



Società Italiana di Analisi Bioenergetica

Corpo & identità

La rivista italiana di analisi bioenergetica

n. 2/2024



A cura di

*Chiara Blasi, Rossana Colonna, Barbara D'Amelio,
Rosaria Filoni, Christoph Helferich, Luisa Laurelli*



S.I.A.B.

Società Italiana di Analisi Bioenergetica

Corpo e identità

La rivista italiana di analisi bioenergetica

n.2/2024

A cura di

*Chiara Blasi, Rossana Colonna, Barbara D'Amelio,
Rosaria Filoni, Christoph Helferich, Luisa Laurelli*

Questa rivista fa parte della commissione riviste della Fiap

Indice

Presentazione di <i>Rosaria Filoni</i>	pag.	7
Esplorazione di approcci embodied e bioenergetici nella terapia del trauma: osservazione dell'esperienza somatica e della memoria olfattiva di <i>Sara Invitto e Patrizia Moselli</i>	pag.	11
Sopravvivenza e trasformazione nel vortice orale/edipico di <i>Garry Cockburn</i>	pag.	27
La morte in una stanza Racconto di un processo terapeutico con una paziente terminale di <i>Rossana Colonna</i>	pag.	49
La Voce, cordone energetico vibrante da Sé a Sé e da Sé all'Altro di <i>Bernadette Bailleux</i>	pag.	67
Parlare e ascoltare nelle relazioni razziali di <i>Maria Cristina Francisco</i>	pag.	83
L'impatto della guerra e degli spostamenti forzati sulla salute mentale dei bambini: approcci multilivello, trauma informed e orientati ai bisogni di <i>David Bürgin, Dimitris Anagnostopoulos; the Board and Policy Division of ESCAP, Benedetto Vitiello, Thorsten Sukale, Marc Schmid, Jörg M Fegert</i>	pag.	95

Linee guida per insegnare la ricerca nelle scuole di psicoterapia: livelli di complessità

Luca Rizzi (sif), Luigi Schepisi (sipres), Flavia Luisa Ricci (siab), Catia Camarri (sipt), Dario Davi (sipg), Margherita Spagnuolo Lobb (sipg) pag. 119

(In)tessere relazioni sane

Conferenza Siab del 4 novembre 2024

di *Sara Montozzi e Gaia Vernassa* pag. 121

Consigli di lettura

di *Chiara Blasi e Luisa Laurelli* pag. 127

La FIAP (Federazione Italiana delle Associazioni di Psicoterapia) si propone di riunire le varie Associazioni professionali di metodo che rappresentano i diversi orientamenti esistenti in Italia. Fondata a Roma nel 1997, ha lo scopo di favorire lo scambio tra i vari metodi di psicoterapia e dunque lo sviluppo, la conoscenza e l'attività della psicoterapia in Italia e in Europa.

Ha anche lo scopo di sostenere il ruolo sociale e culturale della psicoterapia. La FIAP rappresenta la psicoterapia italiana nell'EAP (European Association for Psychotherapy), nella sua qualità di NUO (National Umbrella Organisation) per l'Italia. La FIAP riunisce la maggior parte delle associazioni di psicoterapia nazionali. Attualmente vi afferiscono, attraverso le sue Associazioni membro, circa 3000 soci, tutti psicologi e psichiatri specializzati in psicoterapia presso le varie Scuole e orientamenti, che svolgono attività come liberi professionisti in ambito privato e all'interno dei servizi pubblici del SSN e dei servizi privati accreditati.

La FIAP rappresenta ormai una realtà consolidata nel panorama della psicoterapia italiana. Fin dalla sua fondazione, fa del dialogo, sia interno tra colleghi che esterno con le istituzioni, il suo punto di forza. Uno degli scopi fondamentali, infatti, è sostenere e creare luoghi e modalità di collaborazione e scambio tra le Associazioni di metodo. Sostiene e divulga ricerche scientifiche nel settore e promuove scambi scientifici con altre organizzazioni nazionali e internazionali competenti nella psicoterapia e nelle scienze affini.

Nel 2005 la FIAP ha istituito al suo interno la Commissione delle Riviste Italiane di Psicoterapia, a cui questa rivista è associata, con lo scopo di favorire la collaborazione scientifica tra le varie Associazioni afferenti alla FIAP, attraverso un collegamento permanente in cui discutere problemi trasversali e condividere progetti per l'avanzamento della clinica e della ricerca.

SITO: www.info.fiap

CONTATTI: presidenza@fiap.info; fiapsegreteria@gmail.com

Presentazione

Carissime lettrici e carissimi lettori,

siamo contenti di questo numero della nostra rivista che troviamo particolarmente ricco perché gli articoli comprendono tematiche diverse che interessano tutte la nostra professione. I contributi spaziano dalla ricerca alla clinica, all'attenzione a temi sociali e culturali. Ci auguriamo che li leggiate con lo stesso interesse e piacere che proviamo noi nel proporveli.

Partiamo con un articolo di Sara Invitto, nostra collega e docente dell'Università del Salento, e Patrizia Moselli, Presidente della Siab. L'articolo *Esplorazione di approcci embodied e bioenergetici nella terapia del trauma: osservazione dell'esperienza somatica e della memoria olfattiva*, già pubblicato nella rivista Brain Sciences anche grazie al contributo economico della Research Committee dell'Iiba, evidenzia come la psicoterapia corporea sia sempre più citata, specialmente in connessione con gli studi sui disturbi correlati al trauma. Quest'ultimo, oltre a poter creare dolore cronico e dissociazione, interrompe i processi che consentono che la memoria "embodizzata" affondi le sue radici nell'esperienza sensomotoria e plasmi le funzioni cognitive e le risposte emotive. La letteratura sottolinea l'impatto dell'odore di bruciato su individui con PTSD e quanti hanno subito maltrattamenti nell'infanzia. Gli adulti che hanno vissuto queste esperienze manifestano maggiore velocità di elaborazione degli odori spiacevoli e aumento della gravità dei sintomi. Le tecniche di grounding, come l'adottare una postura equilibrata, enfatizzare la respirazione e le capacità sensoriali, sono potenzialmente d'aiuto nella gestione dei disturbi correlati al trauma.

Passiamo poi ad un articolo di Garry Cockburn, già Presidente dell'Ilba, che propone un caso clinico molto interessante: *Sopravvivenza e trasformazione nel vortice orale/edipico*. Si tratta di un'analisi bioenergetica durata tre anni, con una donna quarantacinquenne che aveva chiesto aiuto per un dolore cronico alla schiena e per l'infatuazione erotica per uno studente diciassettenne. Nel corso del processo terapeutico era emerso che questi due problemi erano collegati e che importanti tematiche orali coesistevano con dinamiche sessuali edipiche. Grazie all'attenzione ai temi transferali e controtransferali emersi, presi in esame anche nella supervisione, il terapeuta ha potuto aiutare al meglio la paziente.

Rossana Colonna nel suo *La morte in una stanza. Racconto di un processo terapeutico con una paziente terminale* ci fa dono di una sua esperienza professionale e umana che la ha messa a contatto con la fine della vita di una paziente. Oltre ad analizzare possibili fasi, meccanismi difensivi e vissuti della paziente morente, l'articolo esplora le reazioni controtransferali della terapeuta e il suo possibile vissuto di lutto.

Bernadette Bailleux, nostra collega belga affronta il tema de *La Voce, cordone energetico vibrante da Sé a Sé e da Sé all'Altro*. Questo articolo ci ricorda le caratteristiche della voce come strumento che veicola, insieme alla gestualità, un'informazione sonora e/o di contenuto tra gli interlocutori e i presenti e si sofferma sull'importanza della voce nella nostra pratica clinica di analisti bioenergetici alla scoperta di quello che la voce è capace di rivelare e di esprimere sui vissuti dei nostri pazienti e di come possiamo accompagnarli con la nostra voce di terapeuti.

I due articoli che seguono aggiungono agli aspetti clinici la riflessione su aspetti sociali. Il primo è scritto da Maria Cristina Francisco, una collega brasiliana che ci propone *Parlare e ascoltare nelle relazioni razziali*. "Il razzismo è nell'aria e i sensi lo percepiscono. Entra nella gola e la strozza. Tocca la pelle e la congela. L'ideologia razzista penetra e sradica corpo e mente. Fa registrare memorie interne che comunicheranno nei gesti e nelle abitudini dei corpi bianchi e dei corpi neri. Nella società il corpo bianco si presenterà come luogo privilegiato. Nelle relazioni razziali, per gli analisti, l'ascolto attento comporta ascoltare se stessi, essere coinvolti nel contesto, e riconoscere la relazione di questi corpi socialmente segnati dall'ineguaglianza. L'ascolto è l'arte della cura perché porta a trasformazioni verso i movimenti liberi del respiro, del corpo e della mente". L'autrice, con la passione che contraddistingue i suoi contributi richiama la nostra attenzione sulle conseguenze nei vissuti personali di chi vive

condizioni sfavorevoli. Non possiamo illuderci che questo riguardi Paesi lontani, anzi, possiamo utilizzare il suo stimolo per essere consapevoli di come le caratteristiche sociali, anche del nostro Paese, incidano sulle vite dei nostri pazienti.

Segue *L'impatto della guerra e degli spostamenti forzati sulla salute mentale dei bambini: approcci multilivello, trauma informed e orientati ai bisogni* di David Bürgin, Dimitris Anagnostopoulos ; the Board and Policy Division of ESCAP, Benedetto Vitiello, Thorsten Sukale, Marc Schmid, Jörg M Fegert. Non è un articolo che fa riferimento al nostro approccio ma ci è sembrato indispensabile offrire la testimonianza della nostra comune consapevolezza degli orrori delle guerre e delle loro conseguenze in un mondo che non sa né evitarle né fermarle.

Torniamo alla ricerca e pubblichiamo il Poster premiato nel Congresso Fiap dello scorso autunno *Linee guida per insegnare la ricerca nelle scuole di Psicoterapia: livelli di complessità*. Il poster propone alcune linee guida per l'insegnamento della ricerca nelle scuole di psicoterapia, divise per livelli di complessità fino all'ultimo livello: quello della realizzazione di un articolo scientifico. Questo lavoro aspira a rappresentare uno strumento utile per l'inserimento o il perfezionamento di metodi e strumenti di ricerca all'interno delle scuole riconosciute dal Miur, è stato elaborato da colleghi operanti del territorio europeo ed è stato presentato al Congresso Fiap dai membri della commissione ricerca della Fiap, di cui fa parte la nostra collega Flavia Luisa Ricci.

Ci avviamo al completamento del numero pubblicando il testo di una Conferenza, tenuta presso la nostra sede da due giovani colleghe, Sara Montozzi e Gaia Vernassa che con brio affrontano il tema complesso e spinoso delle relazioni: *(In)tessere relazioni sane*, e per ultimi, ma assolutamente non per importanza pubblichiamo i *Consigli di Lettura* di Chiara Blasi e Luisa Laurelli.

Chiara Blasi ci propone una graphic novel pubblicata prima in Francia e poi in Italia. Il tema è il PTSD e ci avvicina a questo tema con le caratteristiche di immediatezza ed esperienzialità proprie del fumetto, che sicuramente rendono ricco il nostro contatto con la protagonista, una cecchina che torna alla vita civile portando con sé le conseguenze traumatiche della sua esperienza.

Luisa Laurelli ci propone un libro sul tema della tossicodipendenza della psicoanalista Laura Pigozzi: *L'età dello sballo. Giovani, droghe, psicofarmaci, tra conformismo e dipendenza*. L'autrice si interroga su come

Presentazione

possa essere ripensata la cura della tossicodipendenza a partire dalla comprensione dei meccanismi che la sottendono e partendo dalla teoria dell'attaccamento e da quella del sistema cerebrale della ricompensa e riformula la teoria della "fissazione orale", introducendo un occhio critico sul periodo dell'allattamento.

Buona lettura,

Rosaria Filoni

Esplorazione di approcci embodied e bioenergetici nella terapia del trauma: osservazione dell'esperienza somatica e della memoria olfattiva

di Sara Invitto² e Patrizia Moselli³

Riassunto

Recenti studi evidenziano come la psicoterapia corporea stia diventando fortemente citata, specialmente in connessione con gli studi sui disturbi correlati al trauma. Questa relazione evidenzia l'assunzione teorica e i recenti punti emergenti in comune con la simulazione incarnata e le nuove teorie sensoriali, integrando l'analisi bioenergetica, l'*embodiment* e la memoria olfattiva nella terapia del trauma e del disturbo da post-traumatico da stress (PTSD). La memoria embodizzata, che affonda le sue radici nell'esperienza sensomotoria, plasma le funzioni cognitive e le risposte emotive. Il trauma, esperito nelle esperienze somatiche, interrompe questi processi, producendo sintomi come dolore cronico e dissociazione. La letteratura sottolinea l'impatto dell'odore di bruciato su individui con PTSD e coloro che hanno esperito maltrattamenti infantili. Adulti che hanno esperito maltrattamenti infantili manifestano maggiore velocità di elaborazione degli odori spiacevoli e aumento della gravità dei sintomi. Le tecniche di grounding, come l'adottare una postura equilibrata, enfaticizzare la respirazione e le capacità sensoriali, sono potenzialmente d'aiuto nella gestione di disturbi correlati al trauma.

¹ Invitto, S., & Moselli, P. (2024). Exploring Embodied and Bioenergetic Approaches in Trauma Therapy: Observing Somatic Experience and Olfactory Memory. *Brain Sciences*, 14(4), 385. <https://doi.org/10.3390/brainsci14040385>.

² Laboratorio dei processi psicofisiologici e cognitivo-olfattivi, Dipartimento di Scienze e Tecnologie Biologiche e Ambientali, Università del Salento, 73100 Lecce, Italy; SIAB - Società Italiana Analisi Bioenergetica, 00183 Roma, Italy; IIBA International Institute for Bioenergetic Analysis.

³ Presidente Siab, International Trainer, componente del BOT dell'Iiba.

Parole Chiave

Memoria olfattiva; disturbo post-traumatico da stress; analisi bioenergetica; cognizione incarnata, simulazione incarnata

Exploring embodied and bioenergetic approaches in trauma therapy: observation of somatic experience and olfactory memory

by *Sara Invitto* and *Patrizia Moselli*

Summary

Recent studies highlight how body psychotherapy is becoming highly cited, especially in connection with studies on trauma-related disorders. This review highlights the theoretical assumptions and recent points in common with embodied simulation and new sensory theories by integrating bioenergetic analysis, embodiment, and olfactory memory in trauma and post-traumatic stress disorder (PTSD) therapy. Embodied memory, rooted in sensorimotor experiences, shapes cognitive functions and emotional responses. Trauma, embodied in somatic experiences, disrupts these processes, leading to symptoms such as chronic pain and dissociation. The literature discussed highlights the impact of burning odors on individuals with PTSD and those who have experienced childhood maltreatment. Burning odors can increase stress and heart rate in war veterans, with sensitivity to these odors intensifying over time since the trauma. Additionally, adults who experienced childhood maltreatment exhibit faster processing of unpleasant odors and increased symptom severity. Grounding techniques, such as adopting a balanced posture, enhance breathing and sensory capabilities, potentially aiding in managing symptoms associated with trauma-related disorders such as PTSD.

Keywords

olfactory memory; post-traumatic stress disorder; bioenergetic analysis; embodied cognition; embodied simulation

Introduzione

Recenti studi evidenziano come la psicoterapia corporea stia diventando fortemente citata, specialmente in connessione con gli studi sui disturbi correlati al trauma. Precedentemente, la letteratura non aveva sistematizzato le assunzioni teoriche e i recenti punti in comune con la simulazione incarnata e le nuove teorie sensoriali integrando l'analisi bioenergetica, la mente embodizzata e la memoria olfattiva nella terapia del trauma. I disturbi correlati al trauma (TRDs) e il disturbo da post-traumatico da stress (PTSDs) sono espressioni in cui è stata chiaramente evidenziata una componente somatica e psicofisiologica. Da un punto di vista psicofisiologico, una recente metanalisi ha evidenziato che la corteccia cingolata anteriore e l'amigdala bilaterale sono le aree maggiormente iperattivate nel PTSD [1]. Al contrario, la corteccia prefrontale ventromediale e il giro frontale inferiore paiono essere le aree la cui attivazione risulta più inibita. L'evoluzione del PTSD prevede, di norma, il cambiamento dello stato del cervello dall'elevato livello di processazione di stimoli contestuali, multimediali e mnemonici a una struttura primitiva mediata dall'amigdala, di associazioni temporali sensorizzate [2]. Le differenze di personalità di ciascun individuo (e.g., intelligenza, nevroticismo e attenzione) influenzeranno la soglia percettiva dello stimolo in cui avviene il cambiamento, e conseguentemente sarà influenzata la vulnerabilità del soggetto [1]. Questi aspetti, connessi a un sistema di allerta, coinvolgono profondamente anche il sistema olfattivo, che condivide substrati cerebrali comuni con il sistema emozionale, in particolar modo i *pathways* connessi alla paura [3,4]. Le recenti assunzioni teoriche legano basi comuni tra *embodied cognition* e le nuove teorie sensoriali, a cui potremmo affiancare l'analisi bioenergetica, la simulazione incarnata e la memoria olfattiva. La memoria somatica, radicata nell'esperienza sensomotora, plasma le funzioni cognitive e le risposte emotive. Il trauma, incarnato nell'esperienza somatica, interrompe questi processi, conducendo a sintomi come dolori cronici e dissociazione. L'analisi bioenergetica è la psicoterapia corporea sviluppata negli anni '50 da Alexander Lowen [5,6] a partire dalle ipotesi reichiane [7]. Questa analisi si concentra sull'espressione sensoriale, percettiva e cognitiva del corpo, partendo dall'idea che l'inconscio non sia una rappresentazione simbolica cerebrale, ma si esprime attraverso il corpo nel suo complesso. I termini in analisi bioenergetica sono connessi al concetto di "grounding" (e.g., esperienza) e sono fortemente connessi alle

più recenti teorie di neuroscienze cognitive sulla simulazione incarnata e la cognizione radicata [8–11]. In aggiunta, gli aspetti dell'esperienza radicata si connettono in modo molto specifico alla teoria dell'informazione integrata, che vede la coscienza come parte di un processo sensoriale collegato alla causalità [12–14].

L'approccio della mente incarnata sostiene che mente e corpo non sono distinti, bensì concorrono nel determinare processi mentali e cognitivi [15]. Gallagher scrisse un lavoro pionieristico nel campo della psicologia cognitivista, dal titolo *Come il corpo plasma la mente*, parlando di “mente incarnata”. In termini bioenergetici, il corpo plasma la mente, significa che l'azione corporea, in un ambiente ecologico (inteso nel senso di spazio di vita), modifica la nostra cognizione, le emozioni, e le azioni. Inoltre, questo punto di vista potrebbe essere portato all'estremo se consideriamo anche elementi di epigenetica. L'azione corporea può anche modificare l'espressione dei nostri tratti fenotipici se entriamo in una visione evuzionistica e comparata. Ad esempio, recenti studi sull'*handling* e sull'arricchimento socio-ambientale in modelli murini neurodegenerativi, dimostrano come aspetti genomici (es. l'Alzheimer) possano non manifestarsi a livello fenotipico quando le condizioni ambientali sono favorevoli [16,17]. Questo aspetto di azione diretta sul corpo e attraverso il corpo è centrale rispetto a come la terapia corporea possa essere letta anche su diversi livelli interpretativi psicofisiologici.

Il concetto esistenziale di *embodied* ha inizio con Reich e Lowen, e più tardi in altre terapie somatiche [18–20]. Tuttavia, in maniera simile, la psicofisiologia e le neuroscienze cognitive dimostrano come il corpo e l'esperienza corporea siano essenziali per lo sviluppo di processi fisiologici di omeostasi e di processi connessi al pensiero e alla coscienza, descrivendoli in termini energetici sul funzionamento corporeo [21,22].

La cognizione radicata e simulata prevede la re-attivazione di stati percettivi, motori, e introspettivi acquisiti durante l'esperienza con il mondo e offre una visione unificata della cognizione [23], enfatizza le dinamiche interazioni mente-corpo-ambiente e connessioni percezione-azione come fondamento di comportamenti semplici, così come di complesse abilità cognitive e sociali. La cognizione situata si basa sull'ipotesi che l'interazione ecologica uomo-ambiente possa influenzare lo sviluppo degli individui [24,25].

L'essere “radicati”, aspetto centrale dell'analisi bioenergetica, parte da aspetti motori/corporei per arrivare a fattori emotivi e cognitivi [26]. Il significato di memoria incarnata sorge da un cambio di paradigma che si è

sviluppato nel tempo, vale a dire l'idea che il significato dei simboli è ottenuto attraverso l'esperienza sensomotoria in un contesto ambientale. Su queste premesse, molti studi teorici convergono sull'idea che il corpo possa modulare funzioni di più alto livello come le funzioni esecutive e la memoria.

Partendo da questi modelli, l'obiettivo di questa ricerca è di fornire una messa a fuoco dell'intersezione tra analisi bioenergetica, TRD, e PTSD, enfatizzando nello specifico le componenti somatiche e psicofisiologiche coinvolte. I contenuti esplorano come il trauma intacchi sia la mente che il corpo, portando a sintomi quali dolori cronici, dissociazione e elaborazione sensoriale alterata, secondo le teorie alla base della simulazione incarnata e dell'analisi bioenergetica.

Inoltre, l'articolo approfondisce il ruolo della mente incarnata, evidenziando come l'esperienza sensomotoria dia forma alle funzioni cognitive e risposte emotive, e come il trauma interrompa questi processi, esplorando il concetto di "memoria muscolare". Ci focalizzeremo sull'importanza di riconnettersi al corpo nella terapia per la cura del trauma, enfatizzando il ruolo della psicoterapia corporea nel trattare i sintomi del trauma. In aggiunta, l'articolo esamina il ruolo della memoria olfattiva nel trauma, evidenziando come gli odori possano esacerbare memorie traumatiche e come gli stimoli olfattivi siano strettamente interconnessi con l'elaborazione emotiva, esplorando le potenziali implicazioni terapeutiche dell'*embodiment* di stimoli olfattivi in sessioni di terapia per il trauma (vedi la Figura 1).

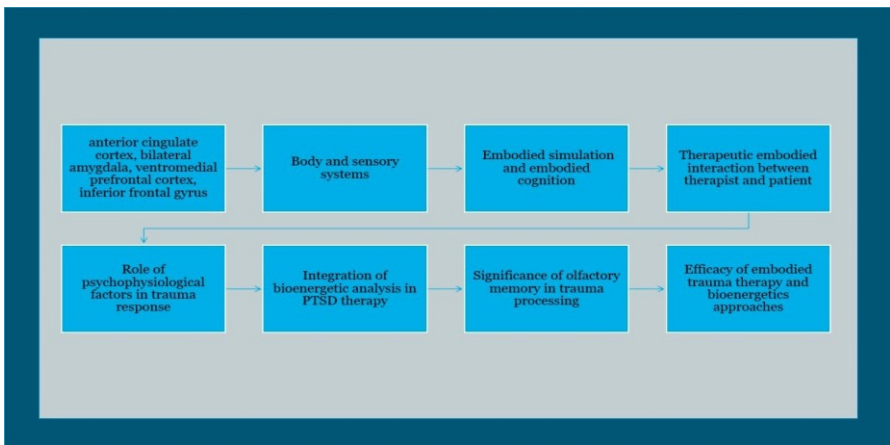


Figure 1. TRS e PTSD in un approccio terapeutico attraverso esperienze somatiche e memoria olfattiva.

Memoria incarnata

La conoscenza comune della memoria incarnata costituisce quei ricordi grazie ai quali, per esempio, ricordiamo l'azione pratica di sederci o che ci consentono di orientarci facilmente in spazi che frequentiamo quotidianamente [27–29]. Ascoltare la musica può evocare una conversazione del passato, e sentire un particolare odore può rievocare un'esperienza emotiva [30]. Pertanto, la riattivazione sensomotoria è configurata come un elemento costituente le tracce mnestiche attraverso cui il nostro sistema cognitivo ritiene le informazioni.

Fuchs ha sottolineato che questa memoria è implicita, che l'esperienza corporea ripetuta è la base del processo che connette il corpo alla sua intenzione di agire nell'ambiente [31]. A sostegno di ciò, Merleau-Ponty esprime l'idea di una visione sensomotoria della memoria corporea, capace di fornire a sé stessa la competenza o la conoscenza di come agire con o su una parte del proprio corpo [15]. Infine, Gallese e Sinigaglia elaborano una visione di memoria corporea come “una molteplicità di possibilità di azione che consente la connessione pratica del corpo con il suo ambiente” [32,33].

Attraverso la conoscenza dei concetti che sono stati gradualmente avallati, la nostra esperienza del corpo non è diretta, bensì mediata da informazioni percettive, influenzate da informazioni interne e ricalibrate attraverso le rappresentazioni implicite ed esplicite del corpo accumulate, che costituiscono la memoria corporea. Pertanto, è possibile affermare che la memoria e, in generale, le funzioni cognitive si siano evolute per servire le azioni umane e facilitare le interazioni tra gli individui e il loro ambiente. Così, i processi cognitivi e mnestici fondano l'esperienza umana e intervengono in un'ambiente realistico che influenza la percezione e coinvolge l'azione.

La personalità individuale è un altro fattore che influenza l'interazione con l'ambiente sviluppandosi a partire da fattori ereditari e ambientali. Specifica dei concetti di personalità della psicoterapia corporea, vale a dire, il modello bioenergetico, è l'idea base che le esperienze di vita e le attitudini emozionalmente significative si manifestano fisicamente. Al contrario, l'abituale uso del corpo influenza le attitudini mentali e gli stati emotivi principali [6]. Di conseguenza, il corpo dovrebbe fornire informazioni rilevanti riguardo una persona, non indicando solo il suo stato emotivo del momento e/o l'immediata volontà di agire, ma anche le sue stabili disposizioni di pensiero, sentimenti, e comportamento. Pertanto, secondo

questa prospettiva, il corpo è una componente indispensabile dell'esistenza umana e, da questo punto di vista, i processi cognitivi e somatici si sviluppano in parallelo. Un altro concetto rilevante è che la memoria può, in una certa misura, essere stimolata e portata alla coscienza da stimoli affettivi, motori, o sensoriali. L'esperienza dell'interazione con l'ambiente evoca strategie di difesa o di coping cognitive o psicosomatiche [34].

La connessione con il proprio corpo ha, quindi, giocato un ruolo centrale nella psicoterapia a partire dalla sua nascita: i fondatori della terapia psicoanalitica consideravano le tensioni somatiche espressione di conflitti interni. Da un lato, il corpo è la sede dello sviluppo dei disturbi mentali: nelle cure primarie, molti pazienti con disturbi psichiatrici manifestano sintomi somatici. Dall'altro lato, è il prerequisito del processo psicoterapeutico in cui il paziente e il terapeuta comunicano verbalmente e attraverso il linguaggio del corpo [35,36].

In caso di patologia, il modello di Weizsäcker del "Gestaltkreis" spiega l'invisibilità del conflitto psicologico di un individuo quando i sintomi somatici lo sostituiscono [37]. In questo senso, la psicoterapia si sforza di trovare una spiegazione e una soluzione funzionale in cui pensieri, sentimenti, esperienze corporee, ed espressioni possano essere interconnesse. Ad esempio, il "rilassamento funzionale" intende esercizi di respirazione come un processo semiotico in cui il terapeuta introietta i segnali corporei di un cliente, li interpreta come propri, e verbalizza il risultato. Per tale ragione, la prospettiva bioenergetica si adatta bene al paradigma della mente incarnata oggi egemone nelle scienze cognitive. Secondo tale prospettiva, la cognizione umana non può essere spiegata solo come una funzione del cervello, bensì come l'interazione dell'intero organismo e dell'ambiente circostante. Dal punto di vista psicodinamico corporeo Shapiro puntualizza che l'elaborazione dell'informazione comincia nella periferia sensoriale [38]. Similmente, Petzold and Sieper propongono un punto di vista ermeneutico in cui il corpo consapevole contiene la storia e lo stato mentale di un individuo [39].

Rispetto ad un aspetto psicoterapico diretto, l'efficacia del trattamento bioenergetico in un setting ambulatoriale in Germania e Svizzera, evidenziando come, dopo sei mesi di terapia, i pazienti mostravano un miglioramento significativo emozionale e somatico che tendeva a massimizzarsi dopo due anni di trattamento ed era confermato dai follow-up [40]. Una rassegna sistematica di studi randomizzati usando la

psicoterapia corporea in un setting clinico ha dimostrato un effetto moderato in termini di efficacia sulla psicopatologia e sullo stress psicologico [39].

Trauma incarnato e terapia bioenergetica

Il trauma incarnato è ben rappresentato nelle condizioni di violenza subita. L'aspetto verbale perde valore in un processo omeostatico, che invece converge nel sistema somatico [26,41,42]. Questo può accadere sia in termini di consapevolezza che di abituazione, nel disturbo da stress post-traumatico (PTSD) ed anche in situazioni di violenza cronica (e.g., violenza domestica) [43]. Per dare significato alla propria esistenza, l'individuo coltiva, intesse ed alimenta relazioni soddisfacenti. Il trauma interrompe questo processo impedendo all'individuo di assaporare il presente, così che il mondo esterno appare distante, inaccessibile, o intrusivo. Le esperienze traumatiche, dunque, lasciano tracce nella mente e nelle emozioni così come nel sistema immunitario e biologico.

Il sistema nervoso autonomo, fortemente coinvolto nelle risposte endogene allo stress e al trauma, è regolato dai riflessi integrati del tronco encefalico e dai nervi cranici.

Attiva i muscoli facciali, della gola e dell'orecchio, consentendoci di urlare, fare smorfie di paura, e ascoltare le risposte d'aiuto in arrivo [44-46]. Se nessuno risponde alle richieste o l'individuo non possiede il tempo necessario per chiedere aiuto perché il pericolo è imminente, il corpo retrocede ad una modalità di sopravvivenza meno relazionale e più primitiva, che costituisce il secondo livello: la risposta di attacco o fuga (e.g., il sistema nervoso simpatico) [47]. In tale processo entra in gioco il sistema limbico, che attiva il sistema nervoso simpatico mobilitando i muscoli, cuore e polmoni per consentire una reazione rapida. Se non c'è via di fuga, è il turno del terzo livello: immobilizzarsi o collassare.

Quando una persona subisce un trauma, sviluppa sintomi somatici che sono espressione corporea di problemi psicologici. Questo trauma, secondo Caizzi, è embodizzato nella modalità subsimbolica che coinvolge le componenti affettive, somatiche, sensoriali e motorie di elaborazione cognitiva [48]. È importante specificare che per molti sopravvissuti a traumi, il corpo può diventare fonte di dolore, intrusività e vergogna. Pertanto, i sopravvissuti spesso si percepiscono come sconnessi dal proprio corpo. Si è stabilito che l'esposizione alla minaccia di trauma stimola il sistema nervoso

autonomo, con conseguenti stati di ipereccitazione simpatica e ipoecitazione parasimpatica che accompagnano le risposte di sopravvivenza (attacco, fuga, sottomissione e congelamento). La letteratura sottolinea come il trauma produca una ricalibrazione del sistema di allarme cognitivo, un aumento della produzione degli ormoni dello stress, e un'alterazione del sistema responsabile della discriminazione di informazioni irrilevanti. Il trauma compromette l'area del cervello che trasmette la percezione fisico-corporea di essere vivi. Questi cambiamenti spiegano la ragione per cui individui traumatizzati sono iper-vigili alle minacce a spese di un coinvolgimento spontaneo nelle proprie vite.

Il corpo umano si comporta da “magazzino” per tutto ciò di cui un individuo fa esperienza nella propria vita; questo comporta che le emozioni vengano represses e intrappolate in diverse parti del corpo causando tensione muscolare. Una delle cause di tensione muscolare è proprio il trauma: quando un individuo vive un'esperienza traumatica e non l'affronta con consapevolezza, percepisce costante paura, una forma di stress che, se cronicizzata, può rappresentare la sintomatologia del PTSD. Il tutto si accumula a livello corporeo, originando tensioni muscolari, che contribuiscono a numerosi altri disturbi, come il dolore cronico, la fibromialgia, disturbi gastrointestinali, e ipertensione [49–51].

In questo caso, parliamo di “memoria muscolare”, ovvero le tracce che il passato ha impresso sul fisico di un individuo. Ci sono diversi tipi di memoria corporea: la memoria costituita dal tono muscolare base, che può essere alterato a causa di esperienze traumatiche; la memoria costituita dalla postura abituale che rappresenta un limite nella flessibilità delle relazioni e una fonte inconscia di malessere e disagio; la memoria di movimenti che, se ripetuti diverse volte nelle medesime circostanze, divengono caratteristiche individuali; ed, infine, la memoria del respiro che, se alterata, incide sul benessere del soggetto [52–54]. Pertanto, il trauma incide in una fondamentale trasformazione di come la mente e il cervello organizzano la percezione, mutando il nostro modo di pensare e le nostre risposte fisiche e ormonali. Al contempo, la mente necessita di essere supportata nella ristrutturazione del processo di elaborazione dei significati associati al trauma; il corpo ha bisogno di sapere che il pericolo è passato e può tornare a vivere la vita nel presente. Pertanto, poiché il trauma influenza mente e corpo, uno dei molti approcci al trattamento usati è la terapia bioenergetica e senso-motoria; coloro che hanno subito un trauma perdono la “connessione somatica” con la realtà presente: a livello corporeo, le risposte

sono percepite come eventi passati che si verificano “ancora e ancora”; perciò, la terapia corporea consente la valutazione e l'intervento sui sintomi del trauma, occupandosi direttamente del corpo e poi accedendo alle funzioni cognitive più primitive, automatiche, e involontarie, che sottendono alle risposte traumatiche e post-traumatiche [55].

L'individuo impara a regolare l'iperattivazione e l'intensità fisica (esperienza corporea, cognitiva ed emotiva) associata al trauma in modo cosciente, incoraggiato ad osservare e descrivere attentamente l'interazione tra pensieri, emozioni, sensazioni fisiche, e movimenti corporei che si verificano nel qui ed ora. La persona può così scoprire che le reazioni elicitate nella vita di tutti i giorni sono alimentate da schemi cognitivi connessi al trauma, che attivano le risposte di difesa che mirano alla sopravvivenza.

È opportuno specificare che i ricordi traumatici sono tendenti a distorcersi; infatti, la maggior parte delle persone ha memorie di eventi traumatici più amplificate di quanto non abbiano in realtà fatto esperienza. Tale distorsione è dovuta a un fallimento del monitoraggio delle risorse: a seguito di un'esperienza, ricordi intenzionali e involontari possono introdurre nuovi dettagli che sono assimilati nella memoria dell'evento di una persona.

Per guarire dal trauma, è consigliabile cominciare con l'aumento della consapevolezza del senso di sopravvivenza e la conoscenza della risposta del corpo al trauma, con l'obiettivo finale di localizzare un senso di sicurezza all'interno del corpo. Questo consente al sopravvissuto di agire con una profonda auto-consapevolezza piuttosto che con una risposta riflessa [56].

Le vittime di un trauma non possono guarire finché non entrano in confidenza con le loro sensazioni corporee. Per entrare un processo di cambiamento psicofisico, le persone devono diventare consapevoli dei loro sentimenti e di come il loro corpo interagisce con il mondo attorno. La consapevolezza corporea è il primo passo per sbarazzarsi del passato. Il processo terapeutico, perciò, comincia a partire dalle sensazioni fisiche sottostanti le emozioni, come la pressione, il calore, la tensione muscolare, il formicolio, ed un senso di vuoto. L'osservazione dei cambiamenti corporei, come l'oppressione al petto o i crampi allo stomaco, mentre la persona verbalizza eventi negativi da cui dichiara di non essere disturbata, può dare spazio a ciò che prende il nome di rievocazione somatica o risposta somatica ai flashback legati all'evento non elaborato. La mente perciò

necessita di essere rieducata alla percezione di sensazioni fisiche, e il corpo ha bisogno di essere aiutato a tollerare e godere del benessere del contatto. La psicoterapia può pertanto agire da intermediario per guidare l'individuo verso una migliore percezione di sé (fisica, emotiva e cognitiva) e del contesto in cui vive. Facendo ciò, la psicoterapia contribuirà alla salute psicofisica dell'individuo.

Inoltre, il processo di guarigione è favorito da processi di plasticità neurale, che contribuiscono a nuove esperienze positive che promuovono la formazione di nuovi modelli procedurali impliciti e adattivi. Questa attivazione può anche risiedere nella corteccia prefrontale ed è parte di una complessa rete neurale che include connessioni afferenti ed efferenti al sistema limbico, in particolare l'amigdala e la corteccia motoria e premotoria [57,58].

Recenti studi suggeriscono che le terapie corporee forniscono un approccio non invasivo al trattamento di disturbi emotivi perché possono modularli mediante il meccanismo dell'empatia [58–61].

Memoria olfattiva e bioenergetica: un modello della risposta incarnata connessa al trauma

Lo studio dei meccanismi della memoria olfattiva può fornire informazioni sul funzionamento delle emozioni umane che può anche essere applicato ai meccanismi dei disturbi mentali, inclusa un'elaborazione patologica delle emozioni. Il PTSD è di particolare interesse perché uno dei meccanismi psicobiologici consiste nel fallimento dell'estinzione di ricordi traumatici emotivamente connotati condizionati dalla paura [45,62].

La memoria olfattiva è di particolare rilievo perché è strettamente connessa a emozioni intense, e si distingue da altri tipi di memoria, come quelle uditive e visive, in quanto non genera automaticamente rappresentazioni verbali o visive ma è la più incarnata ed evoca stati affettivi ed episodi significativi. Contrariamente alla letteratura empirica estensiva sull'elaborazione cognitiva della memoria visiva e verbale, pochi studi hanno esaminato il ruolo degli odori nei ricordi emotivi o traumatici e nei disturbi connessi al trauma. Lo spazio prossimale che il terapeuta bioenergetico stabilisce nella seduta e l'uso del corpo consentono, in questo caso, più ampia variazione e modulazione dell'aspetto olfattivo, ed anche in connessione con l'asse intestino-cervello. Entro tale digressione, Gerda

Boyesen fu una tra i primi psicoanalisti bioenergetici che fa focalizzato l'attenzione sul sistema enterocettivo usando i feedback dell'asse intestino-cervello, attraverso l'osservazione dei movimenti peristaltici [63,64].

Un approccio dell'elaborazione dell'informazione include comunemente stimoli uditivi e visivi per valutare la percezione. Nonostante questo preveda processi simili a quelli visti nella memoria olfattiva (elaborazione, codifica, consolidamento, e recupero), l'olfatto è raramente impiegato per investigarli [65]. Questo è interessante perché si sa da lungo tempo che somministrare uno stimolo olfattivo saliente durante compiti di apprendimento e recupero facilita il richiamo dei ricordi [66].

Stimoli olfattivi, corpo e memoria nel trauma

La rievocazione intrusiva, un sintomo cardine del PTSD, è stata tradizionalmente descritta attraverso il meccanismo del condizionamento classico della paura [45,67]. In uno studio su 100 rifugiati in attesa di un consulto psichiatrico, il 45% ha riportato di avere attacchi di panico originati a partire da stimoli olfattivi; tra questi, il 58% ha fatto esperienza di almeno un ricordo intrusivo sentendo quell'odore [68]. I pazienti affetti da PTSD rispondono intensamente a segnali di pericolo connessi al trauma, anche in ambienti oggettivamente sicuri, e risultano apparentemente incapaci di adattare le proprie risposte sulla base dei segnali contestuali presenti. Un veterano del Vietnam disse che stava bene fino a che, molti anni dopo la guerra, un ristorante vietnamita aprì vicino casa sua: non poteva sopportare l'aroma di una salsa tipicamente impiegata per condire il pesce, che avvertiva spesso in Vietnam. L'ex sodato affermò che l'odore gli rievocava ricordi della sua esperienza della guerra in Vietnam, facendolo sentire a disagio e con la strana sensazione di essere lacerato e coperto di sangue [69].

Alcuni studi hanno anche dimostrato l'aumento della detezione di odori e attivazione simpatica, inclusi aumento della conduttanza cutanea e della frequenza cardiaca, in concomitanza di odori connessi alla paura, tratto ansioso, o disturbo d'ansia [70]. Gli odori possono rievocare ricordi emotivi antichi, incluse memorie di esperienze traumatiche, perché l'anatomia del sistema olfattivo prevede l'attivazione delle stesse strutture cognitive che supportano l'elaborazione delle emozioni (il sistema limbico e i circuiti del lobo temporo-mediale) e la memoria dichiarativa [71].

Per comprendere i processi cognitivi coinvolti nel PTSD, è anche importante studiare il funzionamento del respiro e del sistema olfattivo. Alcuni studi in letteratura hanno esaminato l'effetto dell'odore di bruciato sui veterani di guerra, e si è dimostrato che la frequenza cardiaca aumenta in funzione della valenza negativa (i.e., la sgradevolezza), causando un incremento dello stress e dell'angoscia avvertita dai soldati che soffrono di PTSD [72]. La sensibilità agli odori di bruciato è anche correlata al tempo intercorso dal trauma: al contrario dei sintomi generali del PTSD, che tendono ad essere meno intensi man mano che passa il tempo, i sintomi indotti da questo odore possono intensificarsi [73].

Inoltre, in uno studio condotto da Croy e colleghi sono stati misurati i potenziali chemosensoriali correlati agli odori su adulti che hanno fatto esperienza di maltrattamenti infantili, da cui è esitata un'elaborazione più rapida degli odori sgradevoli e l'aumento della gravità dei sintomi del disturbo. Il grounding – posizionare il soggetto in una postura di equilibrio – consente ed amplifica la respirazione [74]. A sua volta, la respirazione consente un incremento delle capacità di attenzione e sensazione, entrambe fisiche e chemorecettive, ed enfatizza anche aspetti connessi al recupero dei ricordi e all'interocezione [71,75].

Conclusioni

Questa rassegna esplora il nesso tra TRD, PTSD, e la psicoterapia corporea, concentrandosi principalmente sul concetto di simulazione incarnata e le sue implicazioni per l'intervento terapeutico nell'ambito della psicoterapia bioenergetica. Sottolinea che il trauma affligge sia mente che corpo, necessitando di interventi psicoterapeutici embodizzati ed integrati.

Il concetto di memoria incarnata, radicata nell'esperienza sensomotoria, è evidenziato come aspetto critico per la comprensione del modo in cui il trauma impatta sulle funzioni cognitive e sulle risposte emotive. Riconoscere il ruolo delle sensazioni corporee e delle reazioni è cruciale nel trattamento dei sintomi connessi al trauma. L'efficacia del trattamento psicoterapeutico bioenergetico nel curare il TRS garantisce miglioramenti significativi della psicopatologia e dello stress psicologico nel tempo.

Inoltre, l'articolo si concentra sull'importanza della memoria olfattiva nell'elaborazione del trauma e nella sua sintomatologia. Esso propone l'idea che gli stimoli olfattivi possano rievocare ricordi traumatici, ribadendo la

necessità di includere l'esperienza olfattiva negli interventi psicoterapici. Tali aspetti hanno implicazione pratica nella pratica clinica, incluso l'incorporare interventi somatici, lavoro sulla respirazione, ed esperienza sensoriale nelle sessioni di trattamento del trauma.

Sottolineiamo anche la necessità dei terapeuti di essere sintonizzati ai segnali verbali e non verbali del cliente, incluse le sensazioni corporee e le risposte emotive.

Ricerche future possono focalizzarsi sull'esplorazione dei meccanismi neurali sottesi alla memoria incarnata, indagando sugli effetti specifici degli stimoli olfattivi sull'elaborazione del trauma, e valutare ulteriormente l'efficacia a lungo termine della terapia bioenergetica sui disturbi connessi a questo.

Inoltre, questo articolo sottolinea l'importanza di adottare un approccio integrato ed incarnato alla cura, integrando intuizioni provenienti dalla psicologia clinica, dalle scienze cognitive, dalla psicofisiologia e dalla pratica bioenergetica.

Riferimenti

Contributi d'autore: Conceptualization, S.I.; writing—original draft preparation, S.I.; writing— review and editing, S.I.; supervision, S.I. and P.M. All authors have read and agreed to the published version of the manuscript.

Finanziamenti: This research was partially funded by IIBA, International Institute of Bioenergetics Analysis.

Institutional Review Board Statement: Not applicable.

Acknowledgments: The authors acknowledge G. Piraino, R.D. Greco, and G. Gatto for supporting the introductory bibliography; M. R. Filoni and L. Agresti for supporting the paper; and V. Heinrich- Clauer for her fondness and appreciation.

Conflicts of Interest: The authors declare no conflicts of interest. The funders had no role in the design of the study; in the collection, analyses, or interpretation of data; in the writing of the manuscript; or in the decision to publish the results.

Note

1. Pitman, R.K.; Rasmusson, A.M.; Koenen, K.C.; Shin, L.M.; Orr, S.P.; Gilbertson, M.W.; Milad, M.R.; Liberzon, I. Biological Studies of Post-Traumatic Stress Disorder. *Nat. Rev. Neurosci.* **2012**, *13*, 769–787. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
2. Phelps, E.A.; LeDoux, J.E. Contributions of the Amygdala to Emotion Processing: From Animal Models to Human Behavior. *Neuron* **2005**, *48*, 175–187. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
3. Canteras, N.S.; Pavesi, E.; Carobrez, A.P. Olfactory Instruction for Fear: Neural System Analysis. *Front. Neurosci.* **2015**, *9*, 276. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
4. Soudry, Y.; Lemogne, C.; Malinvaud, D.; Consoli, S.M.; Bonfils, P. Olfactory System and Emotion: Common Substrates. *Eur. Ann. Otorhinolaryngol. Head. Neck Dis.* **2011**, *128*, 18–23. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
5. Cockburn, G. «Seeing What Is so Simply Present». *Clin. J. Int. Inst. Bioenerg. Anal.* **2013**, *23*, 75–99. [[CrossRef](#)]
6. Guest, D.; Parker, J.; Williams, S.L. Development of Modern Bioenergetic Analysis. *Body Mov. Danc. Psychother.* **2019**, *14*, 264–276. [[CrossRef](#)]
7. Hall, J. Roots and History of Humanistic Psychology. *Self Soc.* **2015**, *43*, 69–75. [[CrossRef](#)]
8. Wilson, M. Six Views of Embodied Cognition. *Psychon. Bull. Rev.* **2002**, *9*, 625–636. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
9. Varela, F.J.; Thompson, E.; Rosch, E.; Kabat-Zinn, J. *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*; Mit Pr: Cambridge, MA, USA, 2016.
10. Gallese, V. Finding the Body in the Brain: From Simulation Theory to Embodied Simulation. In *Goldman and His Critics*; Wiley-Blackwell: Hoboken, NJ, USA, 2016; pp. 297–317.
11. Gallese, V.; Sinigaglia, C. What Is so Special about Embodied Simulation? *Trends Cogn. Sci.* **2011**, *15*, 512–519. [[CrossRef](#)]
12. Tononi, G. Consciousness as Integrated Information: A Provisional Manifesto. *Biol. Bull.* **2008**, *215*, 216–242. [[CrossRef](#)]
13. Bucci, A.; Grasso, M. Sleep and Dreaming in the Predictive Processing Framework. In *Philosophy and Predictive Processing: 6. Frankfurt am Main*; MIND Group: Kragujevac, Serbia, 2017. [[CrossRef](#)]
14. Marzola, G.; Di Carlo, P.; Brancucci, A. The Relativity of Consciousness: The Application of Time Dilation to the Theory of Integrated Information. *NeuroQuantology* **2019**, *17*, 45–57. [[CrossRef](#)]
15. Gallagher, S. Merleau-Ponty's Phenomenology of Perception. *Topoi* **2010**, *29*, 183–185. [[CrossRef](#)]

16. Fernández-Teruel, A.; Giménez-Llort, L.; Escorihuela, R.M.; Gil, L.; Aguilar, R.; Steimer, T.; Tobeá, A. Early-Life Handling Stimulation and Environmental Enrichment: Are Some of Their Effects Mediated by Similar Neural Mechanisms? *Pharmacol. Biochem. Behav.* **2002**, *73*, 233–245. [[CrossRef](#)] [[PubMed](#)]
17. Muntsant-Soria, A.; Gimenez-Llort, L. Impact of Social Isolation on the Behavioral and Functional Profiles and Hippocampal Atrophy Asymmetry in Dementia in Times of Coronavirus Pandemic (COVID-19): A Translational Neuroscience Approach. *Front. Psychiatry* **2020**, *11*, 1126.
18. Sletvold, J. “The Reading of Emotional Expression”: Wilhelm Reich and the History of Embodied Analysis. *Psychoanal. Dialogues* **2011**, *21*, 453–467. [[CrossRef](#)]
19. Sletvold, J. *The Embodied Analyst: From Freud and Reich to Relationality*; Routledge: London, UK, 2014; ISBN 1-315-83279-8.

Sopravvivenza e trasformazione nel vortice orale/edipico¹

di Garry Cockburn²

Riassunto

Questo caso clinico presenta il lavoro di analisi bioenergetica svolto nell'arco di tre anni con una donna di 45 anni, una professionista, che si è rivolta alla terapia per due problemi distinti: il dolore cronico alla schiena e l'infatuazione erotica per uno studente diciassettenne. Durante la terapia, è emerso che questi due problemi erano intimamente collegati, con radici dinamiche nelle esperienze precoci della cliente.

Nel corso del trattamento, sono emersi forti elementi transferali e controtransferali e sono stati utilizzati per avanzare nel processo terapeutico. Un profondo abbandono orale, descritto come un vortice di "buco nero", giaceva al centro di una galassia di dinamiche sessuali edipiche. La supervisione è stata un elemento essenziale per mantenere questa intensa terapia sicura sia per la cliente sia per il terapeuta. La sincronicità degli eventi della vita reale ha rafforzato il processo terapeutico e ha portato la terapia al punto in cui la cliente è stata maggiormente capace di integrare la 'realtà' e iniziare a ristabilire la vitalità del proprio corpo.

Parole chiave

Oralità, edipo, transfert, controtransfert, supervisione.

¹ Questo articolo è stato pubblicato in *The European Journal of Bioenergetic Analysis and Psychotherapy*, Vol. 4, 1, 2008, pp. 6-31.

² BSW(Hons). CBT.

Survival and transformation in the oral/oedipal vortex

by Garry Cockburn

Summary

This case study presents the Bioenergetic Analytic work undertaken over a period of three years with a 45 year old professional woman who presented with two separate problems, namely, her chronic back-pain and her erotic infatuation with a 17 year old student. During the therapy, these two problems emerged as being intimately linked with each other, having their dynamic origins in the earliest experiences of the client.

In the course of the therapy, strong transference and counter-transference elements emerged and were utilized in the progress of the therapy. A deep oral abandonment lay like a 'black-hole' vortex at the centre of a galaxy of oedipal sexual dynamics. Supervision was an essential element in keeping this intense therapy safe for the client and for the therapist. The synchronicity of real-life events helped reinforce the therapeutic process and bring the therapy to a point where the client was more able to incorporate 'reality' and start to restore the life of her body.

Key words

Oral, Oedipus, transference, countertransference, supervision.

Presentazione iniziale della cliente

La cliente, "Jane", è una donna di 45 anni, sposata e madre di due giovani adulti. Lavora nel settore legale. Si presenta come una donna tranquilla, composta e di corporatura minuta. Jane si è rivolta alla terapia a causa di un intenso dolore nella parte bassa della schiena, che limita gravemente la sua mobilità. Il suo dolore alla schiena è iniziato circa 15 anni fa, a seguito di una leggera torsione durante le pulizie domestiche. È peggiorato progressivamente, ma cinque mesi prima dell'inizio della terapia, il dolore

si è intensificato drasticamente quando si è resa conto che "doveva reprimersi". Jane è stata visitata da due medici specialisti e ha effettuato radiografie, una TAC e una risonanza magnetica. La sua diagnosi medica ha evidenziato danni degenerativi al sacro e alle prime due vertebre lombari, oltre alla presenza di artrite. La Clinica del Dolore le ha spiegato che i movimenti migliorativi per una condizione peggiorano l'altra. Jane si sentiva fisicamente bloccata in una posizione dolorosa. Uno dei medici le ha detto che il suo dolore era "sproporzionato" rispetto alla condizione medica. La prognosi era che la situazione sarebbe continuata a degenerare fino a costringerla su una sedia a rotelle. Questo spaventava Jane, poiché suo padre aveva sofferto di una grave condizione medica non correlata ed è morto ad un'età relativamente giovane.

Jane ha inoltre confessato di sentirsi "impazzire" a causa dell'ossessione per uno studente straniero, ("Juan"), che la sua famiglia aveva ospitato per un anno. Non riusciva a toglierselo dalla testa e sentiva un forte impulso a viaggiare all'estero per raggiungerlo. Era consapevole di quanto fosse "ridicolo" per una donna di 45 anni essere ossessionata eroticamente da un diciassettenne e desiderava liberarsi di questa ossessione. Sperava che questa questione potesse essere affrontata in terapia, insieme al problema del dolore alla schiena.

Storia della cliente

Jane è nata in Nuova Zelanda. Suo padre era avvocato e sua madre una casalinga. Jane è la terza di quattro sorelle, tutte femmine. Queste bambine sono nate in rapida successione. Il padre di Jane aveva perso suo padre da bambino, e sua madre era stata ricoverata in ospedale per una grave depressione dopo la morte del marito e successivamente si suicidò. Il padre di Jane era stato mandato in un collegio cattolico all'età di 5 anni, dove aveva sofferto di asma grave e una forte nostalgia di casa. Aveva due sorelle più giovani, cresciute da una zia e che in seguito divennero suore.

Dal lato materno, la nonna di Jane viveva in casa con loro fino ai 4 mesi di Jane, poi si trasferì in una propria abitazione a 100 chilometri di distanza. Tuttavia, quando Jane aveva 6 mesi, fu mandata a vivere con questa nonna perché "non cresceva". La madre di Jane non riusciva a gestire tre bambine nate in rapida successione. Jane raccontò una storia familiare secondo cui sua nonna aveva dovuto "forzarla a mangiare" con un cucchiaino fino a

quando si riprese, poiché Jane si “rifiutava di nutrirsi”. Sua madre era di nuovo incinta quando Jane aveva 4 mesi. Entrambi i lati della famiglia erano cattolici conservatori, e altrettanto rigidamente lo era suo padre. Jane fu educata in un convento e frequentò l’università, ottenendo una laurea. Da bambina, Jane era considerata “la cocca di papà”, ma dall’età di 16 anni era in conflitto costante con lui, che si oppose fermamente al suo comportamento che considerava “da squaltrina” perché usciva indossando jeans e reggiseni audaci. Jane iniziò a convivere con il suo attuale marito all’età di 19 anni, e suo padre proibì alla madre di visitare l’appartamento dove viveva la giovane coppia. Dopo la laurea, Jane lavorò come attivista femminista a sostegno delle donne svantaggiate. Sviluppò una profonda consapevolezza che “gli uomini stabiliscono le regole e le donne ne subiscono le conseguenze”, riflettendo sia le sue esperienze familiari sia i suoi studi politici. Jane è orientata alla famiglia, sia con il proprio marito e figli, sia con la madre e le sorelle. Ha una vita sessuale attiva con il marito, entro i limiti imposti dalla sua condizione fisica. Non c’è mai stato alcun tradimento coniugale. Lei e il marito attraversavano un periodo di tensione, scaturito dal risentimento di lui per lo studente, ma non è un argomento che possono affrontare apertamente. Jane ha anche rapporti tesi con alcune delle sue sorelle, poiché ha assunto “il ruolo del padre”, in particolare nella pianificazione per la madre anziana.

Formulazione dinamica

Jane si è rivolta alla terapia per venire a patti con il suo dolore cronico alla schiena e liberarsi del suo attaccamento erotico allo studente. Era fortemente determinata a fare progressi su entrambi i problemi e credeva che una terapia dinamica orientata al corpo potesse aiutarla. Sono rimasto colpito dalla sua determinazione a trovare un modo per convivere con la sua profonda disperazione per il dolore alla schiena e dai suoi sforzi per ottenere un secondo parere medico specialistico. Ho ammirato il suo coraggio nel dare un nome al senso di “vitalità” che provava per il legame erotico con lo studente, nonostante l'imbarazzo. Mi sono sentito coinvolto in un'acuta compassione per il suo dolore fisico e sono stato impattato a livello somatico dal suo corpo piccolo e scarico e dal lutto anticipatorio che esprimeva con la sua prognosi medica. Allo stesso tempo, ero attratto dalla potenza del suo attaccamento erotico allo studente e dalle intense emozioni che sembravano

trascendere la moralità convenzionale. Era come se mi venisse chiesto di entrare in questa fantasia trascendente e di supportare la sua realtà, secondo cui "qualcosa che la fa sentire così viva non può essere sbagliato". Questo andava oltre il semplice supporto al cliente in modo non giudicante e forse preannunciava l'inizio di un coinvolgimento nelle potenti dinamiche che hanno caratterizzato questa terapia. Mi sentivo un po' impaurito dall'impostazione decisa della sua forte mascella e dei suoi occhi forti, e dalla sua potente ostinazione. Questo "potere" sembrava essere legato al rapporto con il padre. Era ossessionata e arrabbiata con lui. Al funerale del padre, cinque anni prima, una sorella le aveva detto: "Ti stai comportando come se lui ti avesse abusata sessualmente", un'accusa che lei aveva negato. Era principalmente arrabbiata per l'ipocrisia del padre, data l'incoerenza tra la sua rigidità sessuale e le ripetute gravidanze imposte alla moglie. Aveva controllato completamente la famiglia, occupandosi di tutto, dall'assumere un ruolo di cura dei neonati ogni volta che poteva, a spiegare alle figlie le mestruazioni. Jane riferiva un pessimo rapporto con la madre, che continua negativamente ancora oggi. Attribuiva la sua esile corporatura all'incapacità della madre di nutrirla da bambina. Non si identificava con la madre per la sua convenzionalità (la madre si definiva esclusivamente come moglie del marito, era sopraffatta da troppi figli e non aveva mai insegnato alle figlie come essere "donne"). Questa disidentificazione potrebbe anche essere indicativa di un sentimento inconscio disturbante legato alla non disponibilità precoce della madre. Come terapeuta bioenergetico, ho ipotizzato che Jane si difendesse contro i conflitti derivanti dall'abbandono orale della madre e anche dall'attaccamento edipico compensativo al padre attraverso una rigidità somatizzata nel bacino, che occasionalmente si estendeva a una paralisi temporanea del lato destro del corpo. Questa psicologia isterica rifletteva le relazioni oggettuali della sua prima infanzia, che avevano sfondato le sue difese somatiche e psichiche con la vicinanza dello studente attraente proveniente da una cultura completamente diversa. Sebbene Jane separasse i due problemi che l'avevano portata in terapia, avevo la forte "intuizione" che il suo dolore alla schiena e l'attrazione erotica per lo studente non fossero questioni separate, ma intrecciate. Sentivo speranza nel poter lavorare con la sua disperazione, ma anche ansia che stessi sperando troppo, data la cronicità e la gravità della sua condizione somatica. Forse ero già coinvolto nel controtransfert salvifico che sarebbe emerso molto più avanti nella terapia.

Come terapeuta maschio, non dovevo sorprendermi se l'ambiente terapeutico evocava le dinamiche e i conflitti della sua infanzia, e che il desiderio edipico inconscio per il padre, attualmente proiettato sullo studente, sarebbe stato alla fine proiettato su di me. Pertanto, mi aspettavo, dal punto di vista controtransferale, di essere sfidato a un livello inconscio sia orale che edipico, e di trovare difficile gestire la situazione "quando fa caldo in cucina" (per usare un'espressione del mio supervisore). La terapia doveva basarsi su una forte alleanza terapeutica che permettesse alle proiezioni transferali di emergere e consentisse a Jane di trarre le proprie conclusioni attraverso l'elaborazione dei suoi forti affetti positivi e negativi.

Formulazione diagnostica

Jane presenta una struttura di personalità isterica con somatizzazioni. McWilliams (1994, p. 303), rifacendosi agli scritti di Freud (1950) e di analisti successivi, descrive questa condizione come una doppia fissazione di questioni orali ed edipiche, in cui bisogni orali insoddisfatti amplificano le dinamiche edipiche. Masterson (1988, p. 126 e seguenti) aggiunge una distinzione importante e rilevante. L'autore sottolinea che, quando il padre assume emotivamente il ruolo di "madre" a livello simbiotico-diadico, la successiva relazione edipica con questo padre spesso si "condensa" in un rapporto potente, che contiene sia elementi simbiotici sia edipici. La cliente diventa così gravata da un senso di colpa edipico. Masterson sostiene che, in tali situazioni, un'enfasi sui contenuti sessuali può distogliere il cliente e il terapeuta dalla natura simbiotica fondamentale del problema, portando a un fallimento nel sostenere l'Io debole del cliente. Da una prospettiva caratterologica bioenergetica, il corpo minuto e deperito di Jane e la debolezza che riferisce nelle gambe sono indicativi di una struttura orale sottostante (Lowen 1958, p. 174). L'attenzione di Jane al potere narcisistico del padre e all'incapacità della madre di nutrirla da bambina, nonché il suo rifiuto di identificarsi con la madre come "donna", sono di supporto a questa diagnosi complessiva.

A livello difensivo, e da una prospettiva bioenergetica, vi è una forte "conversione" degli impulsi orali ed edipici della cliente in sintomi corporei di dolore e paralisi. Questo la distingue dal più stereotipato "acting-out" di una persona con tratti borderline. Tuttavia, ora, la forte repressione della sua precoce sessualizzazione, che è stata rafforzata dalla sua educazione

cattolica, non è stata in grado di resistere alla vicinanza di un "oggetto molto eccitante" (lo studente).

Il "mondo oggettuale" di Jane si concentra sul potere e sul valore differenziale dei sessi; la sua rabbia verso il padre e le sue azioni politiche femministe in sostegno delle donne svantaggiate sono coerenti con questa diagnosi.

Idoneità alla psicoterapia

Jane si presenta come una candidata adatta per una terapia psicodinamica bioenergetica. Sembra aver già collegato alcune delle sue difficoltà somatiche con quelle psicologiche e ha cercato uno psicoterapeuta orientato mente-corpo. Lei ha un Io forte, come evidenziato dalla sua capacità di lavorare in un lavoro professionale impegnativo e ad alto stress per un lungo periodo di tempo. Possiede una buona capacità di auto-riflessione e una forte motivazione a comprendere se stessa e ridurre il dolore nella sua vita. Ha la capacità di usare metafora e simboli (sogni) per comprendere i suoi processi psicologici. Le difese che utilizza, come la repressione, la sessualizzazione e le reazioni di conversione (somatizzazione), sono difese di livello più elevato, nevrotiche, rispetto a quelle più primitive (Gabbard, 2004, pp. 24 e seguenti). Sembra avere un senso stabile di sé e la capacità di impegnarsi in una relazione terapeutica a lungo termine.

Obiettivi terapeutici

Gli obiettivi terapeutici di Jane sono:

1. Trovare un modo per convivere con il dolore cronico e intenso alla schiena, che è "sproporzionato" rispetto alla sua condizione medica.
2. Trovare un modo per liberarsi dai sentimenti sessuali travolgenti verso lo studente, poiché il suo desiderio la sta "facendo impazzire" e danneggiando il suo matrimonio e la sua vita familiare.

I miei obiettivi terapeutici sono:

1. Sostenere gli obiettivi di Jane.
2. Aiutare Jane esplorando la mia "intuizione" che i suoi due obiettivi terapeutici siano intrecciati.
3. Aiutare Jane a ridurre il dolore fisico affrontando i processi di somatizzazione nella sua mente e nel suo corpo.

Fase iniziale della terapia

Nei primi sei mesi di terapia, Jane ha costruito una forte alleanza con il terapeuta, una fiducia nel metodo terapeutico e un inizio di fiducia nell'integrità dei propri processi somatici, emotivi e simbolici. La Bioenergetica, il metodo terapeutico che stavo utilizzando, ha sostenuto questi processi. L'essenza della Bioenergetica è che la tensione cronica nel corpo è una difesa contro potenti sentimenti non espressi e non integrati derivanti da deficit, conflitti e traumi dello sviluppo. Difendendosi da questi sentimenti, la vitalità del corpo viene inibita restringendo la respirazione, il movimento e l'espressione. Questi blocchi somatici sono identici a quelli nella mente, così che ciò che può/non può essere pensato, discusso o simbolizzato, allo stesso tempo può /non può essere sperimentato nel corpo come emozione (e viceversa). Questo rapporto tra psiche e corpo nell'isteria era anche il problema originale affrontato da Freud, che diede origine al concetto di inconscio (Green, 2005, p. 157). Lowen (1957), fondatore della Bioenergetica, è stato il primo a dimostrare in dettaglio come questi schemi di tensione cronica, sequenziali nello sviluppo, siano strutturati nella mente/corpo, e diede origine ai vari tipi di personalità caratteriali, come schizoide, orale, narcisista, masochistica, istrionico, ecc.

Man mano che emergeva il materiale, ho introdotto Jane in modo delicato ad alcune tecniche bioenergetiche, come: “radicarsi” sui piedi o in posizione seduta; “aspettare” che il suo corpo le fornisse un impulso, un pensiero o un'emozione; sdraiarsi su un materasso, respirare più profondamente e “seguire e amplificare” i suoi movimenti corporei spontanei; diventare più consapevole a livello corporeo della sua respirazione limitata e della tensione in varie parti del corpo, ecc. Grazie a questo, Jane ha aumentato la sua carica energetica ed è stata molto più in grado di entrare in contatto con i suoi sentimenti repressi. Così, più apriva il movimento nel corpo, più aveva accesso alla potenza del suo attaccamento erotico a Juan. È stata anche in grado di ricordare e sperimentare le reazioni somatiche ed emotive che aveva di fronte alle crisi epilettiche del padre, al suo attaccamento opprimente, ai suoi tentativi di controllare la sua sessualità adolescenziale e al suo abbraccio sul letto di morte. Contemporaneamente ha iniziato a ricordare simbolicamente le sue esperienze precoci. Ha fatto numerosi sogni vividi di neonati affamati che non venivano nutriti. Sua madre ha spontaneamente iniziato a raccontarle storie di quanto fosse stato difficile quando Jane era una neonata. Sua madre ha riferendo che lei stessa era “più

morta che viva” alla nascita di Jane. Man mano che emergevano i bisogni orali di Jane, così emergeva la forza della sua sessualità, espressa sia in sogni e immagini simboliche (serpenti) sia in conversioni somatiche paralizzanti (esperienza di paralisi del lato destro del corpo durante le sedute).

Dopo circa sei settimane, Jane era “stupefatta” dalla Bioenergetica. La sua fiducia in me e in se stessa cresceva man mano che coglieva il legame tra la sua tensione somatica e le esperienze emotive legate a Juan, suo padre e sua madre. Stavo fornendo un ambiente sicuro in cui esprimere i suoi bisogni e le sue profonde preoccupazioni, e lei acquisiva fiducia nella sua capacità di affrontare il percorso terapeutico. Dopo sei mesi, l’orientamento principale dell’approccio terapeutico sembrava ben stabilito e Jane appariva avere un transfert positivo nei miei confronti come terapeuta. Mi disse: “Spero che tu sappia che non potrei fare tutto questo senza di te”. Mi sentivo “soddisfatto” del progresso della terapia con Jane, che sembrava procedere bene. Sembrava anche produttiva, dando luogo a molto materiale dinamico significativo e Jane stava sperimentando una leggera riduzione dei suoi sintomi.

Vignette terapeutiche della fase iniziale

1. Jane ha riferito di sentirsi bloccata nella zona pelvica. Le ho suggerito di posizionare le mani sul bacino e respirare mentre era sdraiata sul materasso. Mentre lo faceva, il suo bacino ha iniziato a muoversi, e lei ha ricordato di aver ballato con Juan, con le sue mani sui suoi fianchi. Ha ricordato di essersi sentita incredibilmente carica sessualmente. Suo marito, in quel periodo, aveva affrontato il suo infatuarsi di Juan con le parole: "Non puoi avere due uomini!" e due giorni dopo, la sua schiena era entrata in un forte spasmo, e da allora era stata assalita dal dolore. Nel comprendere questa profonda connessione mente-corpo, Jane mi disse, in lacrime: "Non avevo altra scelta, dovevo reprimermi. Ho dovuto farmi fuori". Ho provato una profonda compassione per lei, percependo una verità profonda in ciò che diceva.
2. In un’altra seduta, Jane è diventata molto consapevole della parte bassa della sua schiena. L’ho incoraggiata a restare con questa consapevolezza e a continuare a respirare. Ha quindi sentito l’energia muoversi, come un serpente, dalla parte posteriore del bacino fino alla vagina, gridando ad alta voce: "Toglietelo da me!", poi, con gioia, ha dichiarato: "Posso

muovermi!", sentendo una libertà nella parte bassa della schiena, come se fosse la prima volta.

Fase iniziale avanzata della terapia

Man mano che la terapia si approfondiva, il transfert di Jane su di me emergeva così come le mie risposte controtransferali.

Vignetta terapeutica

3. Jane mi ha raccontato che, mentre faceva il bagno, aveva fantasticato di essere una neonata, e che io fossi con lei nella vasca a tenerla in braccio, come neonata. Questo ha innescato il mio primo grande scivolone controtransferale, in gergo terapeutico, con questa cliente, poiché il mio inconscio mi diceva che questa fantasia era troppo carica sessualmente. Mi sono sentito contrarre e la mia respirazione è diventata breve, mentre faticavo a trovare le parole per “spiegare”. Nella seduta successiva è arrivata molto arrabbiata. Ha detto di essersi sentita malissimo per tutta la settimana, di essere caduta da un divano e di essersi fatta male alla schiena. Si era sentita respinta dopo aver condiviso con me la sua fantasia.

Il mio supervisore ha sottolineato che avevo abbandonato e trascurato la neonata, anche se erano presenti delle sfumature sessuali, e ho iniziato a comprendere in maniera più potente il collasso delle questioni orali ed edipiche in una sola. Sono stato in grado di scusarmi con Jane, ammettendo che la mancanza di coraggio era stata solo mia. Lei ha apprezzato la mia risposta onesta, che era inaspettata per lei, poiché “gli uomini non si scusano”. Per un mese o più ha continuato a chiedersi: “Doveva?” e “Quanto era sicuro?” portare le questioni sessuali in terapia e “Di chi era la responsabilità di mantenere i confini sicuri?”. Aveva difficoltà a sentire che c'era una responsabilità comune, la mia di mantenere il confine e la sua di continuare a elaborare se stessa, riflettendo forse, la sua ansia per il suo crescente transfert sessuale su di me.

In quel periodo ho avuto la crescente consapevolezza delle forti forze controtransferali inconscie che mi influenzavano a livello “orale”, e del mio impulso a “farle da madre” e a essere per lei un “nuovo oggetto buono”

(Stark, 1999, pp. 190 e seguenti). Man mano che la terapia si approfondiva, Jane ha ripetuto più volte quanto fossi importante per lei e che non sarebbe riuscita ad affrontare il percorso senza di me. Mentre comprendevo sempre più profondamente la necessità di "tenere il bambino al sicuro" in senso winnicottiano, anche se nell'aria era presente una certa carica sessuale, la mia gratitudine per la supervisione cresceva, poiché rappresentava un modo per mantenere me stesso e la cliente al sicuro. Ho anche avuto bisogno di un mio percorso terapeutico con un collega per liberarmi dalle potenti proiezioni della cliente e per eliminare le resistenze orali emergenti nel mio affidarmi al supervisore. Ho trovato che leggere libri psicoanalitici e bioenergetici rilevanti (vedi bibliografia) mi ha aiutato a radicarmi e a fornirmi un contesto per ciò che sia io sia la cliente stavamo affrontando: (la condensazione di enormi forze orali/edipiche.) C'era una lotta di potere che si svolgeva all'interno della cliente, nei miei confronti e anche dentro di me, ed era importante che mantenessi uno spazio sicuro per lei, permettendo alle sue proiezioni transferali di emergere. L'emergere della sua rabbia e del suo odio verso il padre è cresciuto man mano che Jane ha realizzato di aver "costruito muri contro le sue insistenze" e di essere stata "schiacciata dall'onda travolgente del suo potere". Con il crescere della sua rabbia verso il padre, sono emerse sempre più sensazioni somatiche e immagini a sfondo sessuale. Percepiva che l'intero terreno era stato sessualizzato dal padre, tanto che, se avesse lasciato fluire la sua energia nei piedi (radicandosi), si sarebbe eccitata. Sapeva che se fosse "diventata se stessa si sarebbe trasformata in lui". Il suo bacino cominciava a "contorcersi" in posti strani, ad esempio mentre era seduta su un autobus, e la sua energia pelvica sembrava un "serpente". Ha avuto la fantasia di un serpente che usciva dalla sua vagina e la avvolgeva come un pene allungato. Durante una vacanza da sola in spiaggia, ha provato la sensazione somatica di un pene che entrava ripetutamente nella sua vagina. Si chiedeva se fosse entrata nel mondo dei "ricordi riemergenti", ma era certa che il padre non l'avesse mai molestata.

Sembrava emergere un processo dialettico in cui, man mano che diventava più consapevole delle sue questioni edipiche, oscillava verso una posizione orale, di neonata bisognosa di essere tenuta in braccio. Ciò di cui aveva avuto bisogno da suo padre era "un amore incondizionato, non distratto, avvolgente e cedevole", e lo aveva sperimentato con lo studente ed era ciò che voleva da me. Sembrava ignara delle forze edipiche presenti in questo desiderio orale.

Vignetta terapeutica

4. Jane ha espresso un forte bisogno di essere tenuta in braccio da me. Poiché questa richiesta sembrava provenire da una parte molto infantile di lei, ho accettato di tenerla se avessimo messo un grande cuscino tra di noi. Mentre la tenevo, ho percepito il suo corpo "rilassarsi", e le lacrime e il muco scorrevano abbondantemente. Mi ha riferito che le gambe si sentivano più solide e riusciva a percepire il contatto con il suolo. Poi le ho detto che avrei interrotto il contatto. Avevo notato che la qualità dell'energia stava iniziando a cambiare sottilmente, diventando più sessuale.

Nella sessione successiva è emerso un tema orale potentemente fuso, o condensato, con quello edipico. Si è resa conto in modo terrificante che il "buco nero e vuoto della sua bocca che scende, incontra il buco della sua vagina", e che il braccio di suo padre è proprio dentro di lei, schiacciandole il cuore, e che se qualcuno non la sostiene, non le tiene il bacino, lei si sarebbe disintegrata nel nulla e volata via. Non l'ho tenuta, consapevole che sarebbe stato rischioso sia eticamente sia terapeuticamente, ma le ho suggerito un esercizio in cui poteva tenere il suo bacino con le sue mani, e questo l'ha tranquillizzata. Jane ha successivamente riportato che il mio rischio di tenerla era stato uno degli aspetti più importanti di tutto il suo processo terapeutico. Questo le aveva permesso di aprirsi e radicare i suoi bisogni più antichi di essere tenuta. Ha anche aperto la strada alla consapevolezza che suo padre l'aveva completamente colonizzata.

Il mio supervisore mi ha supportato in questo potente contesto energetico e mi ha ricordato l'equilibrio delicato necessario per evitare di salvarla dal suo dolore. Se l'avessi "eccessivamente supportata", sarebbe stata una ripetizione di un "maschio potente" che le impediva di fare esperienza diretta del suo dolore. Dovevo anche evitare di ritirare il sostegno di fronte alla sua forte rabbia verso il padre, alla sua "formazione reattiva" femminista e alla sua attrazione sessuale per me. La mia posizione terapeutica doveva essere: "Posso essere accanto a te mentre senti il dolore di non essere sostenuta".

Jane ha fatto dei sogni che illustravano i progressi che stava facendo, ad esempio la sua casa era piena d'acqua e quando ha tirato fuori un piccolo granello sul fondo del lavandino, si è scoperto che si trattava di una radice molto grande, con radici laterali che entravano in tutti gli scarichi e tutta l'acqua defluiva in modo sicuro. Tuttavia, veniva anche piena di rabbia,

gridandomi che ero un "bastardo marcio", peggiore di suo padre e dello studente. Diceva che l'avevo fatta innamorare di me e che ora era così eccitata che non sapeva cosa fare con se stessa. Con l'intensificarsi del transfert erotico di Jane, quando diventava più esplicita riguardo alle fantasie su di me, potevo sentire il potere magnetico della sua identificazione proiettiva e, in un'occasione, ho dovuto aggrapparmi consapevolmente alla mia sedia per radicarmi. Le parole del mio supervisore, "quando la cucina è calda - qualunque cosa tu faccia, resta sulla tua sedia", erano ben presenti nella mia testa.

Un'importante considerazione teorica è stata affrontata in questo periodo della terapia. Sebbene la Bioenergetica sia una terapia "psicodinamica" e entrambe le modalità avrebbero lo stesso approccio in questa fase, il mio supervisore mi ha aiutato a riflettere sul fatto che le esperienze somatiche di Jane e la mia vicinanza fisica stessero intensificando il transfert sessuale su di me in un modo che non sembrava portare da nessuna parte. Da una prospettiva bioenergetica, c'era "troppa carica", che non poteva essere processata e integrata. Con l'aiuto del mio supervisore, ho realizzato che dovevo limitarmi a un approccio più "analitico" in questa fase della terapia. Questo significava una riduzione, e poi una cessazione, delle tecniche orientate al corpo, con una maggiore enfasi sull'approccio verbale. Anche il consiglio di Masterson (1988), secondo cui un'enfasi sui contenuti sessuali ed edipici può distogliere dalla natura realmente simbiotica del problema, si è rivelato pertinente. Questo cambiamento ha portato a uno spostamento dal lavoro sulle questioni edipiche a un'esplorazione più profonda dei bisogni orali. Ha rilasciato una forma diversa di rabbia e collera. "Perché non mi aiuti?" è diventato un tema ricorrente, collegato al suo dolore di bambina quando nessuno arrivava "per aiutarla". Sono stato in grado di accogliere la sua rabbia senza ritirarmi, attaccare o avvicinarmi troppo. L'empatia di Jane per il dolore di sua madre quando Jane era nata ha iniziato a emergere. Con il progredire di questo lavoro, i suoi "sogni da bambina" hanno illustrato il cambiamento. In un sogno, Jane aveva bisogno di aiuto per immergersi nell'acqua di una piscina per salvare un neonato incollato, con il viso rivolto verso l'alto, sul fondo ghiacciato della piscina. È riuscita a portare il bambino fuori dall'acqua, ma non era sicura se fosse vivo o morto. Dopo qualche tempo, Jane "ha sentito un fremito di qualcosa di nuovo, un'intenzione a vibrare nel profondo di sé" e ha sognato di partorire un bambino senza dolori del travaglio.

La sua negatività verso sua madre ha iniziato a emergere, e sentiva che la madre era "spregevole, una strega malvagia". In una seduta particolarmente intensa riguardo alla madre, ha sentito tutta l'energia fluire via dalle gambe e dalle braccia, provando una paralisi. Man mano che Jane ha aperto le questioni legate alla madre e si è allontanata da quelle edipiche legate al padre, ha iniziato a sperimentare più caos e la sensazione di "non sapere" cosa stesse accadendo. Ha riportato una sgradevole perdita di energia e direzione che in precedenza derivavano dal suo legame edipico con il padre e con me. Ho dovuto interpretare il processo diverse volte per lei, spiegando che il livello edipico era energizzato, mentre questa perdita di energia riguardava le sue esperienze più precoci. Ha trovato utile questa spiegazione, annuendo silenziosamente e assimilandone il significato. Ha iniziato a rivolgermi "lunghe occhiate", e sono stato in grado di sintonizzarmi con la sua "bambina interiore". In una seduta in cui ero particolarmente sintonizzato, ha avuto l'esperienza di vedere una figura umana contro l'ingresso di una grotta in cui si trovava, e improvvisamente ha vissuto l'esperienza di essere un neonato con un seno in bocca e si stava nutrendo.

Vignetta terapeutica

5. Jane ha riferito che ogni terminazione nervosa nella sua schiena era dolorante e aveva bisogno di essere toccata delicatamente e calmata. Ho aspettato. Ha iniziato a mangiarsi la mano da sola. Ha detto con tono angosciato: "Pensi che la bambina potesse sentire questo, i nervi che dovevano, dover semplicemente stare lì completamente angosciata, senza poter fare nulla?" Poi ha aggiunto: "La bambina non aveva una mente per capire cosa stava succedendo. Doveva solo stare lì angosciata, senza poter fare nulla". Ho risposto: "È successo qualcosa. Nessuno si è occupato della bambina. La bambina ha vissuto l'esperienza proprio come l'hai descritta. Non aveva una mente e nessuno l'aveva in mente. Doveva solo stare lì. Tu ed io possiamo tenerla in mente ora e prendercene cura". C'è stata una pausa carica di significato, poi Jane ha emesso una serie di profondi singhiozzi, dicendo con voce piena e forte: "LA BAMBINA ERA REALE", ripetendolo molte volte. Il suo pianto era più autentico e spontaneo rispetto quanto avevo sentito in passato. Ho ripetuto la sua frase più volte. Poi mi ha guardato con occhi aperti, e io

l'ho guardata a mia volta, annuendo. C'era un senso di scoperta e autenticità nella stanza.

Fase intermedia avanzata della terapia

A seguito della seduta descritta, c'è stato un periodo di due o tre mesi caratterizzati da un approccio più orientato alla "realtà". Jane stava completando un corso post-laurea all'università, in cui eccelle. Sua madre stava sviluppando una demenza progressiva ed era necessario collocarla in una casa di riposo. I rapporti con alcuni dei suoi fratelli e sorelle erano diventati piuttosto tesi. Jane ha utilizzato il processo terapeutico per affrontare queste realtà.

Una volta risolte le problematiche attuali della madre, Jane è entrata in un periodo di terapia, durato circa sei mesi, piuttosto impegnativo. La terapia era caratterizzata da una mancanza di direzione che sembrava arbitraria e caotica in termini di argomento. Essa, e noi, riflettevamo il caos dei suoi problemi di abbandono orale con le sue ansie di annichilimento e frammentazione. La sensazione generale di Jane era che non fossi più disponibile per lei. A lei sembrava che fossi libero dal potere del suo transfert sessuale e quindi sentiva che l'avevo abbandonata. Aveva la sensazione che "qualcosa fosse morto". Pensava che fossi come suo padre quando aveva un attacco epilettico. Era "andato in un posto dove lei non poteva seguirlo, e anch'io". Questo non significa che il transfert e il controtransfert sessuale non fossero più operativi. Sono diventati più sottili e potenti, e a volte mi sono sentito intrappolata in una risacca di cui ero a malapena consapevole.

Vignetta terapeutica

6. Jane mi disse che "avrebbe rinunciato al mondo intero pur di essere tenuta in braccio da me". Ho provato un leggero bagliore narcisistico dentro di me. Tuttavia, ha continuato dicendo che, se il mio "tenerla" fosse avvenuto e "non fosse successo nulla", avrebbe perso tutto e avrebbe smesso di esistere (annichilimento orale), ma se il mio tenerla fosse avvenuto e "fosse successo tutto", sarebbe stata completamente sopraffatta e avrebbe perso se stessa completamente (inghiottimento edipico/sessuale).

A volte Jane regrediva e aveva fantasie di "distruggermi, di farmi esplodere", che forse rappresentavano un movimento verso difese onnipotenti tipiche della posizione schizo-paranoide. Mi disse: "Tu non sei la mia mamma!" e voleva "sdraiarsi nella neve e congelare fino alla morte".

Questo lungo periodo in cui "non succedeva granché" è stato difficile per me, poiché ho sperimentato il sottile e forte controtransfert che la stavo deludendo e che, in qualche modo importante, l'avevo abbandonata ed era colpa mia. Ho iniziato a sentirmi vagamente in colpa, forse cogliendo il movimento di Jane verso una posizione più "depressiva" e riflettendo la mia depressione infantile. Man mano che la pressione e la frustrazione crescevano per Jane nella stanza di terapia, lo stesso accadeva nel suo mondo esterno. Non riusciva più a parlare della terapia con le sue amiche intime. Una vecchia conoscenza, che è un'infermiera psichiatrica, le disse che "non si può andare oltre, sai, e dovresti abbandonare la terapia". Sentiva di non poterne parlare con il marito, che non credeva nella terapia. L'università si rifiutava di concederle il diploma post-laurea per una questione tecnica che avrebbe richiesto sei mesi per essere risolta. Questa pressione è cresciuta fino a farla "esplodere" in una rabbia molto contenuta nella stanza di terapia, dicendomi in modo arrabbiato: "È così che sono tutta la settimana quando non sono qui!"

Questa esplosione ha aperto il profondo "rifiuto di accogliere e nutrirsi della realtà", che era stato un "esperienza organizzatrice" (Hedges, 1994) fin dall'età di 4 mesi, quando si era rifiutata di nutrirsi. Ha anche inaugurato una settimana di significativa "sincronicità tra la sua psiche e la realtà", che avevo osservato in varie fasi chiave della sua terapia e che sembrava prepararla a un nuovo importante cambiamento nella terapia: la capacità di affrontare il dolore che nessuno l'aveva aiutata allora e che nessuno poteva aiutarla ora. Questo sembrava essere la sua ferita essenziale.

Jane pianse per tutto il giorno successivo alla terapia e decise che sarebbe venuta alla seduta successiva, si sarebbe gettata su di me, mi avrebbe baciato e avrebbe ottenuto ciò che voleva. Tuttavia, quella notte, sdraiata accanto al marito, era consapevole del corpo di lui. Il suo corpo si sentiva disponibile, ma qualcosa di "monumentale" (il dolore alla schiena è come un "blocco di cemento") la teneva lontana da lui. Era consapevole che "avrebbe tradito il suo dolore" se si fosse avvicinata a lui. Tuttavia lo raggiunse, dicendogli che si sentiva "molto triste", che aveva "un buco proprio al centro di sé" e che "voleva che lui la abbracciasse". Lui rispose amorevolmente dicendole che "era la cosa più dolce che gli avesse mai detto". In seguito hanno fatto

l'amore. Lei ha detto che dopo ha sorriso e che hanno trascorso una giornata felice. Due giorni dopo suo figlio partì per studiare all'estero. All'aeroporto la fidanzata del figlio piangeva istericamente e cercava di ritardare la salita sull'aereo. Jane era sconcertata, perché poteva vedere se stessa in quella giovane donna. Era quello che voleva da me, e non era un bel vedere. Era anche un parallelismo con la partenza di Juan (lo studente) avvenuta diversi anni prima.

In terapia, si è resa conto di essere stata per sempre “attaccata al suo dolore” e di essersi rifiutata di lasciarlo andare. Il suo dolore era in realtà la sua prima esperienza di “essere viva” con una madre abbandonica. Era anche il suo modo di affrontare la “troppa vitalità” del padre colonizzatore. Aveva dovuto trasformare il suo corpo in pietra e provare dolore per preservare la sua vita.

Vignetta terapeutica

7. Jane si rese conto di avere un luogo senza parole di “aiutami!” e mi disse che aveva bisogno della mia energia in questo vuoto. Quando ha aperto questo spazio disperato di “aiutami!” nei suoi occhi, ho mantenuto il contatto visivo, parlato con dolcezza, annuendo e rassicurandola che ciò che stava facendo era giusto. È stata in grado di ricevere la mia affermazione sintonizzata della sua realtà vuota e di accogliere l'energia del mio contatto visivo e delle mie parole. Il suo viso e il suo corpo sono diventati pieni di vita e lei è apparsa “vibrante” e molto più giovane della sua età cronologica. Abbiamo mantenuto quello spazio insieme, con una consapevolezza reciproca di due adulti separati nella stanza. L'ho raggiunta, le ho stretto la mano e detto: "Sono molto felice di conoscerti". Lei ha ricambiato con un sorriso ampio, rispondendo: "Anche io sono felice di conoscere te".

Verso la fase di chiusura

La terapia è ancora in corso, e potrebbe essere necessario ri-trovare e ritornare più volte a quel luogo di "aiutami!", poiché rappresenta il vero nucleo del suo sentimento genuino, della sua vitalità e della sua incarnazione. È anche il luogo dell'individuazione e l'inizio dell'età adulta

nel senso più autentico. Nel frattempo, la terapia (e io) siamo "sopravvissuti" alla rabbia annichilente e alla sessualità fagocitante, le quali possono essere entrambe viste come difese maggiori contro il "profondo vuoto" nel centro psichico/somatico di Jane. Jane è consapevole che la terapia deve "andare verso il luogo pianeggiante", come lei lo descrive, tra la fame orale e il desiderio sessualizzante. Sa che questo lavoro per trovare questo spazio è difficile, e ha identificato questa posizione centrale come il luogo di "aiutami!", che è privo di energia. Aprendosi al "buco" al centro della sua esperienza, si apre alla possibilità di "accogliere e digerire la realtà nutriente" disponibile per lei, di recuperare la vitalità del suo corpo, più libera dal dolore e disponibile per le relazioni.

In relazione ai due obiettivi principali di Jane

1. La mobilità di Jane è migliorata in modo significativo. Mentre all'inizio della terapia non riusciva a nuotare la lunghezza della piscina, ora riesce a nuotare per oltre un'ora e di recente ha pitturato casa sua per un intero weekend senza gravi dolori.
2. Il transfert sessuale verso lo studente è stato completamente esplorato in relazione alle sue dinamiche orali/edipiche con la madre e il padre. Jane ora ha una comprensione più profonda del transfert verso il terapeuta e ha iniziato a riportare la propria energia sessuale verso il marito, riconoscendo che "non lo aveva mai davvero lasciato entrare".

Discussione

La segnalazione di Jane era che il suo dolore fisico fosse "sproporzionato" rispetto alla sua condizione medica e che non riuscisse a muoversi, essendo "bloccata tra due condizioni dolorose". Quanto simbolico! Jane ha realizzato di essere "attaccata al suo dolore" e che è "nel dolore" che trattiene "la sua esperienza di essere viva". Questo è un modo precoce "sensomotorio" (il sé corporeo) di cercare di stabilire una "rappresentazione del sé" (Krueger, 1989, p. 41). È intrappolata tra l'annichilimento/frammentazione dell'esperienza di abbandono orale materno e l'inghiottimento sessuale dell'esperienza paterna. Il suo rifiuto precoce di mangiare (rifiuto di partecipare, ingerire, digerire e incorporare la realtà) [Latino: *corpus*=*corpo*] era il suo unico modo per preservare la sua "vitalità". Non aveva difese contro il "maternage" del padre, né contro la successiva attrazione edipica verso di lui. Questo ha richiesto

un'intensificazione del legame doloroso e l'immobilizzazione del suo corpo, in particolare della mascella e del bacino. Il suo bisogno di essere "tenuta" per impedire al suo "bacino di frammentarsi e volare a pezzi" punta a queste profonde ansie. Ha detto (in relazione allo studente): "Non avevo altra scelta, dovevo reprimermi. Ho dovuto uccidermi". Jane ha dovuto "uccidersi per rimanere in vita" dall'età di quattro mesi, e questo è diventato anche un principio organizzativo della colonizzazione da parte del padre.

Benjamin (1998, p. 32), da una prospettiva femminista sull'isteria, ha notato come la passività femminile rappresenti una conformità alla ricerca del padre di un oggetto passivo, attraverso cui egli ottiene la propria trasformazione edipica scaricando ed espellendo nella figlia passiva (il contenitore materno mancante) le sue tensioni ingestibili. Data la potenza della colonizzazione sessuale del padre su di lei e l'intensità dei suoi problemi infantili, la posizione di Benjamin getta una luce considerevole nella comprensione della lotta di Jane nei confronti del padre.

Per quanto riguarda me stesso, è stato necessario "essere soggiogato" (Ogden, 1996, p. 106) e sopravvivere a queste/i molto potenti difese/transfert di abbandono (annichilimento/frammentazione) e di inghiottimento sessuale. Ho descritto sopra quanto fossero potenti queste forze, tanto che "dovevo aggrapparmi alla sedia" per evitare di essere risucchiato nel vortice orale/edipico. Mi sono trovato a sperimentare le richieste implacabili, cosce e inconscie, della cliente, per lunghi periodi di tempo. In due occasioni ho dovuto intraprendere una terapia personale per chiarire i miei problemi iniziali che si erano innescati, non solo con il cliente ma anche con il mio supervisore. Ho dovuto rivelare tutto al mio supervisore per mantenere me stesso e la cliente al sicuro. Nel complesso, il processo di supervisione, la terapia personale e le letture pertinenti sono state parti essenziali del mio radicamento e del mio processo di contenimento.

Conclusione

Questa terapia è stata formativa per il mio sviluppo come psicoterapeuta. L'impatto complessivo su di me è stato la conferma di essere in grado di sostenere in sicurezza una cliente e me stesso attraverso un processo transferale e controtransferale intenso e impegnativo. Ha anche evidenziato quanto siano stati necessari per me il processo di supervisione e la mia terapia personale. Ha approfondito la mia comprensione e conoscenza

teorica, sia delle fasi generali della psicoterapia, che degli elementi dinamici coinvolti nella psicopatologia precoce dell'individuo. Inoltre, ha ampliato la mia conoscenza della relazione tra terapia somatica e psicodinamica, aumentando la mia capacità di integrarle più pienamente attraverso un forte focus sui processi transferali e controtransferali.

Ma, soprattutto, questa esperienza mi ha dato un senso di umiltà, nel constatare come un altro essere umano possa affidarmi la parte più profonda di sé, e come, attraverso il processo terapeutico, entrambi possiamo emergere come esseri umani "trasformati".

Bibliografia

I seguenti libri hanno approfondito la mia conoscenza e comprensione dell'“isteria”:

- Benjamin, J. (1998). *The Shadow of the Other: Intersubjectivity and Gender in Psychoanalysis*. New York: Routledge. (Vedi pp. 31 e seguenti per una comprensione moderna e femminista dell'“isteria”).
- Freud, S. (1950). *Collected Papers Vol. I*. London: Hogarth Press. (Vedi “Early Papers”, capitoli I-X, che descrivono le sue opinioni su isteria e paralisi).
- Freud, S., & Breuer, J. (2004). *Studies in Hysteria*. London: Penguin.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Green, A. (2005). *Key Ideas for a Contemporary Psychoanalysis*. New York: Routledge. (Vedi capitolo 9, *Analysis of the Material and Its Component Parts*, sull'isteria e le somatizzazioni).
- Johnson, S. (1994). *Character Styles*. New York: Norton. (Vedi capitolo 10, *The Exploited Child: Hysterical Defences and the Histrionic Personality*, pp. 230-265).
- Krueger, D. (1989). *Body Self & Psychological Self: A Developmental and Clinical Integration of Disorders of the Self*. New York: Brunner/Mazel.
- Lowen, A. (1958). *The Language of the Body*. New York: Macmillan. (Vedi capitoli 12 e 13, *The Hysterical Character 1, 2*, pp. 239-286).
- Lowen, A. (1967). *The Betrayal of the Body*. New York: Macmillan.
- McWilliams, N. (1994). *Psychoanalytic Diagnosis*. New York: Guilford Press. (Vedi capitolo 14, *Hysterical (Histrionic) Personalities*, pp. 301-333).
- Masterson, J. (1988). *Psychotherapy of the Borderline Adult: A Developmental Approach*. New York: Routledge. (Vedi pp. 126 e seguenti sulla condensazione tra l'orale/l'edipico e l'isteria).

I seguenti libri hanno accresciuto la mia comprensione del processo terapeutico, delle fasi della terapia e delle questioni terapeutiche come il contatto fisico in terapia:

- Cashdan, S. (1988). *Object Relations Therapy: Using the Relationship*. New York: Norton.
- Gabbard, G. (2004). *Long-Term Psychodynamic Psychotherapy*. Washington DC: APP.
- Hedges, L. (1994). *Working the Organizing Experience*. Northvale: Guilford Press.
- Hedges, L., Hilton, R., Hilton, V., & Caudill, B. (1997). *Therapists at Risk*. New York: Aronson.
- McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic Case Formulation*. New York: Guilford Press.
- McWilliams, N. (2004). *Psychoanalytic Psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Ogden, T. (1990). *The Matrix of the Mind*. New York: Aronson.
- Ogden, T. (1996). *Subjects of Analysis*. New York: Aronson.
- Ogden, T. (2005). *This Art of Psychoanalysis*. New York: Routledge.
- Stark, M. (1999). *Modes of Therapeutic Action*. New York: Aronson.

La morte in una stanza ***Racconto di un processo terapeutico con una*** ***paziente terminale***

di *Rossana Colonna*⁷

Riassunto

Questo articolo nasce da un percorso di ricerca interiore dell'autrice che raccontando la sua esperienza terapeutica con una paziente, malata terminale, esplora il processo terapeutico nell'assistere al percorso di fine vita di un paziente. Oltre ad analizzare possibili fasi, meccanismi difensivi e vissuti della paziente morente, esplora le reazioni controtransferali della terapeuta e il suo possibile vissuto di lutto.

È un articolo che più che dare risposte apre domande, come aperto è il tema del morire.

Parole chiave

Morte, morire, elaborazione del lutto, perdita, processo terapeutico, controtransfert

⁷ CBT Siab

Death in a room

Story of a therapeutic process with a terminal patient

by *Rossana Colonna*

Summary

This article is the result of the author's soul-searching. By recounting her therapeutic experience with a terminally ill patient, she explores the therapeutic process in assisting a patient's end-of-life journey. In addition to analysing possible phases, defensive mechanisms and experiences of the dying patient, she explores the therapist's counter-transference reactions and her possible experience of mourning.

It is an article that rather than giving answers opens up questions, as open is the theme of dying.

Key words

Death, dying, grieving, loss, therapeutic process, countertransference

*Tra gli esseri che muoiono,
gli uomini sono le uniche creature
per le quali la morte costituisce un problema (...)
sono gli unici esseri viventi
che sanno di dover morire (Elias, 1985, p.21)*

Riflessioni

«Ora esistiamo ma poi scompariamo. Ogni vita, ogni avvenimento, ogni sentimento, ogni amore, ogni cibo, ogni atomo, ogni pianeta, ogni sistema solare è fugace. Ogni forma è trascinata dalla ruota del vivere e del morire» (Ostaseski, 2017, p. 270).

In certi momenti più di altri, la vita appare un tutt'uno con la morte. Vita e morte, inseparabili. In questi momenti la legge implicita dell'esistenza,

quella dell'impermanenza, diventa un dono, posizionandoci nel *qui e ora* come nessun'altra legge e nessun altro dono riesce a fare.

Ogni istante appena nato, muore. Concretamente, la morte seguirà ogni nascita.

Del resto, «il vivente è tale solo a condizione di essere mortale ...ciò che non muore non vive» (Jankélévitch, 2009, p. 446).

Filosofi, psicoanalisti, sociologi, metafisici, religiosi hanno alimentato, nei secoli, articolate riflessioni sulla morte, sul suo significato esistenziale o spirituale e sul suo profondo legame con la vita. Pertanto, più che sulla morte è sul morire che vorrei soffermarmi, *morire è un processo*.

Quante volte la morte entra nella stanza di terapia? Paura della morte, terrore della morte, angoscia di morte, elaborazione di una morte, dolore per la morte, la morte entra prendendo svariate forme, sentimenti o sintomi. Se morire è un processo, come io penso, *a quale processo assistiamo* noi terapeuti quando un paziente sta realmente morendo e *quale processo viviamo* insieme al paziente che muore?

Si parla tanto di cure di fine vita, ci si specializza sempre più in ambito psiconcologico, aumentano i servizi a domicilio in grado di riservare cure specifiche e crescono *hospice* e case di cura per accogliere adeguatamente i malati terminali. Qui, i pazienti ricevono assistenza finalizzata a garantire, a se stessi e ai familiari, una buona e dignitosa qualità del vivere e del morire.

Ma cosa sappiamo del fine vita nella stanza di psicoterapia? Ammesso che si debba saper qualcosa, in questo percorso di ricerca personale, intrapreso per confrontarmi col vivere e il morire, non mi è parso che la morte, la morte *reale* del paziente, fosse un tema di particolare riflessione o condivisione.

Che ci sia una tendenza ad evitare di affrontare un tema così angosciante come il dolore di un paziente terminale per la sua inevitabile morte?

«Sebbene Freud abbia scritto con acutezza e saggezza sulla morte in saggi brevi e non sistematici quali *I nostri atteggiamenti verso la morte*, redatto all'indomani della Prima guerra mondiale, la sua "demortalizzazione" (...) della morte nella teoria psicoanalitica formale ha enormemente influenzato generazioni di terapeuti, spingendoli a lasciare da parte la morte in sé e a muoversi verso ciò che ritenevano rappresentasse a livello inconscio, in particolare l'abbandono e la castrazione. Si potrebbe in effetti affermare che l'enfasi psicoanalitica sul passato sia un modo di ritrarsi dal futuro e dal confronto con la morte» (Yalom, 2017, p.25).

Eppure, non è una rarità ricevere pazienti che hanno la morte davanti a sé più di altri. Possono ammalarsi nel corso della psicoterapia, arrivare con

gravi patologie o con delicati interventi chirurgici alle spalle, qualunque sia il decorso, accade.

Mi stava accadendo per la terza volta quando incontrai la paziente di cui parlerò in questo articolo ma questa volta, in totale risonanza con ciò che accadeva nella mia vita personale costellata di morti ad un orizzonte non così lontano, mi sentivo particolarmente invitata a sostare nel *qui e ora*. Nel *qui e ora* in cui alberga l'impermanenza di tutte le cose, le persone, le relazioni, nel *qui e ora* in cui si spoglia nuda l'impermanenza dello scorrere delle vite, tutte.

Quando non è più tempo di indagare e analizzare

Due anni fa circa arrivò “una *caterpillar*” nel mio studio, una donna di 48 anni, elegante, che chiamerò Simona. Svolgeva una professione particolarmente prestigiosa che la rendeva austera nel suo aspetto nonostante quell'austerità non riuscisse a nascondere del tutto la sua affettuosità. Era una *caterpillar* per la forza, la tenacia, la resistenza con la quale aveva condotto la sua vita nel passato e stava conducendo la sua lotta *per* la vita nel presente ma era anche eleganza per quel portamento così fuori dal comune.

Proveniva da una famiglia di un elevato ceto sociale dalla quale aveva ricevuto un'educazione rigorosa sotto vari aspetti, soprattutto quello alimentare. Così tutta la sua esistenza fu incentrata sul mantenere il controllo di ciò che poteva e non poteva mangiare. Si pesava ogni mattina.

Aveva ‘ereditato’ dal padre l'idea e l'immagine di donna amabile solo se dotata di un corpo ‘in linea’, e lei così ‘in linea’ non era. Aveva ‘ereditato’ dalla madre un vuoto affettivo sia a causa della sua freddezza e trascuratezza sia a seguito di una loro separazione fisica, avvenuta intorno ai suoi 8-9 anni in concomitanza con la separazione dei suoi genitori. Date le condizioni di notevole agio e lusso in cui viveva a casa del padre, mantenne lì la sua dimora ma il padre le impedì qualunque relazione con la madre. Aveva molta rabbia. Erano le ingiustizie a mandarla in collera e il suo apparato viscerale ne risentiva.

Ricevette la diagnosi di un tumore allo stomaco l'anno precedente al nostro primo colloquio, anno in cui venne operata con urgenza in uno degli ospedali più rinomati d'Italia, lì rimase per mesi. Equipe d'eccellenza con risultati eccellenti. Di fatto era ‘pulita’ quando arrivò da me, stomaco asportato e nessuna cellula cancerogena in circolo.

Correre il rischio di focalizzare l'attenzione sui suoi conflitti interni era altissimo.

Ma c'è un dettaglio importante su cui soffermarsi: «quando approcciamo al paziente oncologico, dobbiamo rovesciare, a mio avviso, l'ottica e la visione che abbiamo del cancro, ottica che è spesso individuabile all'interno degli approcci psicocorporei di derivazione reichiana come evento 'totalmente' psicocorporeo. (...) Questo approccio ha di certo le sue ragioni ma anche delle pericolose controindicazioni, poiché spesso vi è una visione semplicistica della malattia psicosomatica» (Moselli, 2013, p.25).

Considerata la localizzazione del suo tumore, proprio lì allo stomaco, era un rischio che potevo correre ma cosa avrei ottenuto dall'elaborazione delle sue dinamiche conflittuali che probabilmente l'avevano portata ad ammalarsi? Mi sarei persa di vista la tragedia esistenziale nella quale si ritrovava.

«La malattia oncologica è forse la malattia biopsicosociale per eccellenza. E dunque è importante ricordare che, come lo stesso Lowen un giorno (...) disse, quando ormai la malattia è avvenuta non è più tempo di indagarne e analizzarne l'origine ma è soprattutto il momento di sostenere il paziente nella sua battaglia» (Moselli, 2013, p. 26).

Non era più tempo di indagare e analizzare.

In quel mare di incertezze in cui navigava, la prima certezza che ebbi fu che aveva bisogno di essere sostenuta nell'abbracciare quel terribile cambiamento che stava vivendo.

Cambiamento che più in là nei mesi divenne un vero e proprio "attraversamento", una vera e propria transizione. Simona non aveva più uno stomaco, non aveva più il *suo* stomaco. Al suo posto aveva dei tubicini grazie ai quali poteva, anzi doveva, mangiare poco alla volta e spesso. Per ironia della sua sorte, adesso poteva mangiare quasi tutto quello che voleva. Senza più preoccupazioni ed ossessioni. Eppure continuava a pesarsi ogni mattina.

Come intendere, dunque, l'invito a non indagare? Non indagare non significava non chiedere nulla della sua storia o non ascoltare le sue ferite quando si riaprivano. E si riaprivano. Non significava nemmeno non occuparsi della sua rabbia quando si accorgeva di continuare a non essere vista nei suoi bisogni anche in quel momento così vulnerabile della sua vita.

Non indagare e non analizzare significava trovare le coordinate per poter stare più che mai nel *qui e ora* del suo momento.

Dopo qualche seduta dal primo colloquio mi chiese se avessi mai seguito pazienti oncologici, risposi di sì perché era vero ma non mi chiese se sapessi

affrontare il processo del morire, forse credeva che lo sapessi, o forse no, ‘voleva’ vivere! Personalmente, avevo avuto la sensazione che volesse sapere quanto conoscessi il patimento che vivono i pazienti oncologici gravi alle costanti prese con un dolore che potremmo definire ‘totale’: psichico, emotivo e prepotentemente fisico (viscerale, osseo, neuropatico, ecc.).

Ad ogni modo, Simona voleva vivere. Sappiamo quanto Lowen abbia scritto su volontà di vivere e desiderio di morire.

Lowen, attraverso un particolare esercizio di respirazione eseguito sul cavalletto bioenergetico e l’osservazione della conseguente reazione dei pazienti, individua tre gruppi di persone. Ci sono i pazienti che hanno una forte paura e insicurezza a lasciarsi andare, denotando un’inconscia paura di morire nascosta da una forte volontà di vivere, più volontà dell’Io che forza vitale. Più è forte la volontà di vivere più l’individuo è in uno stato di lotta, lotta contro la paura di morire.

Ci sono, invece, pazienti con un debole desiderio di vivere del corpo. Per Lowen denota un’inconscia e profonda voglia di morire che si manifesta ad un certo livello della personalità.

Infine, ci sono i pazienti che «stanno nel gruppo di mezzo, la cui volontà non è fortemente manifesta perché non c’è una grande voglia di morire» (Lowen, 2001, p. 205).

Anche O. Rank (1945), elaborò la presenza in tutti gli esseri umani di una costante tensione tra “ansia di vita” e “angoscia della morte”. È il prezzo da pagare nel processo di espansione e di individuazione. In questo emergere (come individui separati da) si va incontro all’ansia di vita, con sentimenti di solitudine e vulnerabilità che se diventano insopportabili possono indurci ad un ritiro del processo di individuazione, trovando rassicurazione nella fusione con l’altro e dando così origine all’“angoscia di morte”. Per Rank oscilliamo continuamente tra questi due poli.

Irvin Yalom, psicoterapeuta esistenzialista contemporaneo, che si è confrontato a lungo sul tema del morire sia in ambito clinico che personale, raccogliendo innumerevoli storie di morte racconta similmente di una forte correlazione tra la paura della morte e la percezione di una vita non vissuta. «In altre parole, più la vita viene percepita come non vissuta, più grande è l’angoscia della morte. Più non si riesce a sperimentare la vita con pienezza, più si avrà paura di morire. Nietzsche ha espresso quest’idea con forza in due brevi epigrammi: *Consumate la vostra vita e Morite al momento giusto*» (Yalom, 2017, p.52).

Dunque, la volontà di vivere di un paziente con una grave malattia che significato assume? Che posto dare alla volontà di vivere di Simona o alla

sua paura di morire troppo presto? La sua forte volontà di vivere implicava una resistenza da analizzare? Quell'attaccamento alla vita spiegava in qualche modo la sua forte e inconscia voglia di morire? La paziente aveva davvero bisogno di lavorare in e attraverso la sua disperazione per poter accettare la sua malattia e, di conseguenza, la sua sottostante voglia di morire? E se sì, in che modo?

Questi erano interrogativi che mi ponevo.

Interrogativi che mi riportavano ad una sorta di insegnamento, percepito tutte le volte in cui entravo in risonanza con il suo qui e ora, col *qui e ora* del suo momento esistenziale: *quando la malattia sopraggiunge non è il momento di indagare*, segui il paziente e le sue fasi.

A quale processiamo assistiamo?

Simona, era in chemioterapia quando la incontrai. Chemioterapia alla quale non smise mai di essere sottoposta, nonostante fosse trascorso un anno e mezzo dal suo intervento chirurgico. Durante l'iter di alcuni controlli post chemioterapici, apparvero cellule metastatiche sparse tra la zona toracica, addominale e pelvica. Cambiò protocollo terapeutico e questo le portò nell'arco di alcuni mesi intollerabili effetti collaterali. Sonnolenza, nausea, debolezza muscolare, dolori sottocutanei, tremori, perdita massiva di capelli non presente sin ad allora.

Inizì gradualmente ciò che prima ho chiamato "attraversamento". Con la gastrectomia aveva già subito una trasformazione di sé ma questa era una trasformazione ignota che bussava quotidianamente alla sua porta invitandola a stare... 'a bocca aperta', e invitando a stare a bocca aperta tutti coloro che la amavano e che le stavano vicino, compresa me.

Potersi stupire ogni giorno di quei cambiamenti o sintomi che rendono incontrollabile la vita quotidiana è smettere di lottare e diventa parte del processo del morire: imparare a stare a bocca aperta rimanendo testimoni umili di una transizione in corso. Dal vivere al morire.

«In quei momenti il tempo non divora più la nostra vita. Entriamo nell'eterno adesso. Il futuro non esiste; non è ancora avvenuto. Il passato non esiste; è già avvenuto. Lì, nel luogo oltre la tirannia del tempo, non c'è più paura della morte» (Ostaseski, 2017, p. 292). Non c'è più paura di vivere.

In questo tempo di transizione assistiamo al processo più vulnerabile e umano che il morire ci concede. Arrendersi al dolore, accettare che la morte

è un destino e darsi alla vita. Ho scoperto che molte persone malate di cancro terminale contattano un senso di risveglio interiore che le rende sensibili ad assaporare ogni momento della vita.

La percezione della preziosità di ciascun momento genera più connessione e intimità con gli altri ma anche con se stessi.

Simona, rientrava in questa categoria di persone. La *caterpillar* si era ammorbidita, la sua attività mentale dove risiedeva gran parte della sua forza 'caratteriale' si era fermata. Simona, si era placata. Aveva smesso di pesarsi ogni mattina. Non si accorse nemmeno come, accadde e basta.

In questa fase di transizione, la connessione non è costante, si vive anche un profondo senso di solitudine, la solitudine dell'ultimo viaggio, di cui può esserne consapevole chi è in punto di morte e non chi muore di morte improvvisa.

Anche se più connesso, chi è in punto di morte muore da solo. È bene allontanarsi dall'ipocrisia dell'essere vicini e comprendere chi sta morendo. Non possiamo comprendere. Ma cosa possiamo fare per alleviare il dolore dell'isolamento?

Il dolore dell'isolamento può essere mitigato con i gruppi di sostegno forniti sia dai centri oncologici che reperibili online.

«Un'inchiesta recente ha indicato che in un solo anno quindici milioni di persone hanno cercato aiuto presso una qualche forma di gruppo online. Sollecito chiunque abbia una malattia che mette a rischio la sua vita ad approfittare di gruppi formati da individui che vivono la stessa condizione» (Yalom, 2017, p.115). Le ricerche dimostrano che sia autogestiti che condotti da professionisti tendono a migliorare la qualità della vita.

Un altro spazio di sostegno in cui poter mitigare il dolore dell'isolamento è il setting terapeutico individuale. Simona, lo aveva. E questo mi ha consentito di osservare alcuni aspetti e fasi della malattia. La malattia scuote e allo stesso tempo apre, Simona si era aperta al contatto.

Ricordo tante sedute trascorse in silenzio a massaggiare il suo corpo sensibile. Massaggiare era accogliere, accettare, amare, dire 'ciao' ma anche 'addio'.

Il massaggio bioenergetico dolce di Eva Reich è stato un modo per stare insieme a lei e inviare messaggi amorevoli al suo cervello limbico.

Come un neonato che accarezzato in tutto il corpo attiva le sue funzioni vitali così Simona col massaggio bioenergetico dolce si sentiva stimolata a vivere il suo momento presente e a potersi lasciare andare. A cosa?

A fare contatto con ciò che la malattia scuoteva e apriva in lei.

Trovare in cosa la malattia stia aprendo il paziente è importantissimo. Quasi ogni paziente grave scopre il suo insegnamento a vivere. Troviamolo questo varco ed entriamo, anche qui a bocca aperta.

Assistere a questa transizione col succedersi di sentimenti diversi e conflittuali, a mio avviso, è stato ed è come assistere al processo del lutto di se stessi. Stare nel qui e ora coi pazienti in punto di morte significa occuparsi di questo graduale processo.

Il lutto per la perdita di tutte le cose, le persone e di se stessi

L'elaborazione del lutto non è affatto scontata. Già S. Freud, nel 1917, usa l'espressione "lavoro del lutto" ad indicare il difficile lavoro psichico ed emotivo che una persona è costretta ad affrontare quando la dura realtà richiede di prendere atto dell'inesorabile perdita di qualcuno che amiamo.

Tanto è universale il tema del dolore per la scomparsa di una persona cara, tante sono le teorie che si sono succedute per illustrare fasi di elaborazione del lutto, sviluppi e possibili interventi. Riporto quelle che dal mio punto di vista sono le più salienti.

Freud concettualizza tre fasi: il diniego, l'accettazione e il distacco. Secondo la sua teoria, una buona elaborazione prevede un graduale ritiro dell'investimento libidico verso tutto ciò che riguarda l'oggetto perduto per poter disporre della capacità di vivere 'anche dopo', 'anche senza'.

Abraham, nel 1924, si discosta dalle considerazioni di Freud. Una buona elaborazione del lutto avviene tramite un processo d'introiezione più che di distacco: la relazione con la persona perduta si ricostruisce internamente per facilitare il superamento del dolore e consentire la trasformazione della relazione stessa, da fuori a dentro.

Per Klein (1940), il lavoro del lutto non consiste solo nell'elaborare il legame con l'oggetto perduto. Nel processo del lutto la persona si ritrova a vivere una variante dello stato maniaco-depressivo temporaneo. Rivivendo le primissime fasi dello sviluppo rivive il lutto infantile con la presenza di angosce persecutorie, sensi di colpa, sentimenti di perdita.

Bowlby, nel 1969, elabora invece quattro fasi: la prima è quella dello shock e dello stordimento, la seconda è quella del desiderio e della ricerca della persona deceduta, la terza ha a che fare con la disperazione e disorganizzazione che ne consegue, la quarta consente la riorganizzazione della persona rimasta in vita e la sua ripresa. Difficoltà nella

riorganizzazione sono strettamente legate agli stili di attaccamento interiorizzati.

Queste teorie, pur nella loro diversità concettuale, possono rappresentare una cornice teorica di riferimento per tutti quei pazienti in lutto a seguito della perdita di qualcuno a loro caro.

Ma il paziente terminale cosa ha bisogno di elaborare? Il paziente terminale ha bisogno di elaborare il lutto per la perdita di se stesso e del suo mondo intero.

Elisabeth Kubler-Ross, psichiatra di fama internazionale per i suoi studi sulla morte risalenti agli anni '70, è stata di prezioso aiuto per tutti gli operatori sanitari che si sono occupati di pazienti gravi non guaribili, interrogandosi umanamente su come affrontare la loro sofferenza psichica, oltre che fisica.

Dall'esperienza appresa con i suoi malati in fin di vita elabora cinque fasi, intese come reazioni difensive, che insorgono durante una grave malattia.

La prima è di negazione e rifiuto della diagnosi e prognosi. È l'incredulità per ciò che ci viene comunicato. Quando questa prima fase non può più durare viene sostituita da sentimenti di rabbia e risentimento che ne determinano la seconda. Questi sentimenti possono andare in tante direzioni e possono rappresentare il momento più delicato in cui richiedere o fornire aiuto.

«La terza fase, la fase del compromesso, è meno nota ma egualmente vantaggiosa per il malato, anche se soltanto per brevi periodi di tempo. Se nel primo periodo non siamo stati capaci di affrontare la triste realtà e nella seconda fase siamo stati in collera con la gente e con Dio, forse possiamo riuscire a fare una specie di accordo che possa rimandare l'inevitabile evento: "Se Dio ha deciso di toglierci da questo mondo e non risponde alle mie arrabbiate suppliche, forse sarà meglio disposto se glielo chiedo con delicatezza"» (Kubler-Ross, 1976, p.103).

Questo patteggiamento è un tentativo di dilazionare, legato verosimilmente all'attesa di un premio per buona condotta.

Quando la malattia progredisce, i sintomi aumentano e il paziente diviene sempre più debole, e non può più negare o negoziare, egli inizia a prendere consapevolezza della grave perdita che subisce. In questa quarta fase Kubler-Ross distingue due tipi di depressione: reattiva prima e preparatoria poi. Quella reattiva è per quello che si sta perdendo, quella preparatoria è per quello che si perderà. In questa fase il paziente è a un passo dal perdere tutte le cose, le persone che ama, e tutto se stesso. Non si sa quanto sia lungo

questo passo ma è fondamentale accompagnarlo in questa presa di contatto profonda.

In questa fase si può solo stare. C'è molto meno fare. «Nel dolore che prepara la morte c'è bisogno di poche parole o addirittura di nessuna. È più un sentimento che si può esprimere reciprocamente e spesso si esprime meglio con una carezza sulla mano o sui capelli o semplicemente stando seduti insieme in silenzio» (Kubler-Ross, 1976, p.110).

Una buona accoglienza in questa fase può consentire la fase successiva: l'accettazione. Accettazione che non va confusa con una fase felice ma la persona è più in pace con il suo destino ed è pronta a 'salutare' i suoi cari e per certi aspetti anche a prendersene cura, come ad esempio, lasciare un testamento.

Dunque, accompagnare una persona che muore in questo processo di elaborazione del lutto di sé è compiere un viaggio in un mare di emozioni molto forti e contrastanti.

Quanta disponibilità c'è dentro di noi ad assistere a tutto ciò?

Simona, arrivò da me nella fase della rabbia ma il succedersi degli eventi e la transizione 'subita', quasi repentinamente, richiedevano uno spostamento, suo ma anche mio, verso una dolorosa presa di contatto con la realtà.

Essere disponibili a sedersi accanto ad un paziente che è al termine della vita cosa implica per il terapeuta? In questo tempo che trascorre cosa vive il terapeuta insieme al paziente?

Quale processo viviamo? La questione del controtransfert

«Per parlare ora dell'operatore di fronte al paziente terminale, molte cose si possono dire sulle difese adottate e sulle varie reazioni controtransferali (nel senso di una accezione allargata del termine: per controtransfert qui si intendono tutte le emozioni provate dall'operatore di fronte al paziente). Tra le più comuni reazioni controtransferali degli operatori vi è la negazione del dolore, il non parlarne col paziente, il dimenticare l'appuntamento con pazienti particolarmente difficili, e così via. Tutti questi sono segnali del fatto che a livello inconscio percepiamo bene la problematica del dolore, connessa a nuclei più o meno bene elaborati dentro di noi, per cui evitiamo un problema nostro, oltre che del paziente» (Migone, 2012).

Se lo psicoterapeuta è tra questi operatori, credo possa essere molto alta la probabilità di un sentimento controtransferale che ci allontani dal dolore e ci induca a colludere col paziente che nega la realtà presente.

Un esempio mi arriva sempre da Simona. Nella sua fase di transizione, in cui imprevedibilmente il suo corpo, come descritto, iniziava a manifestare reazioni fisiche di forte impatto, arrivava in studio sempre avvolta dalla sua eleganza. Nel vestire e nel presentare se stessa. Era certo che in quel periodo quell'eleganza rappresentasse un modo per continuare a lottare o meglio a resistere contro quanto accadeva. Entrava in studio 'come se' il trambusto settimanale non l'avesse vissuto. Ma lo aveva vissuto eccome. E per un periodo consistente tendeva a parlare di altro, ritagliava solo gli ultimi cinque o dieci minuti della seduta a raccontarmi quanto stesse male. Fu un 'lavoro' riportarla piano piano a sé per potersi concedere di rimanere a bocca aperta dinanzi al suo scompiglio, in ascolto. Non era bello sentirsi così vulnerabile ma comprese che poteva essere un'opportunità per imparare qualcosa di nuovo. Che giovamento avrei potuto mai apportarle se non mi fossi messa nella condizione di essere punta anch'io dal quel dolore?

A quattro o cinque mesi circa dalla sua dipartita mi chiese se potesse partecipare alle classi di esercizi di bioenergetica che stavo organizzando ed erano in partenza di lì a poco. Avrei mai potuto acconsentire? Negando la sua realtà, certamente. Quel 'no' fu importante perché le permise di sentire che non aveva altre energie se non quelle per occuparsi della sua stanchezza, della sua fatica, dei suoi dolori neuropatici.

Una richiesta del genere da parte del paziente potrebbe suscitare un altro tipo di risposta controtransferale. «(...) Quella opposta, cioè la fantasia onnipotente di far sparire il dolore o la morte. Questa reazione si può dire uguale e contraria a quella precedente, in quanto si nega ugualmente una realtà. La fantasia può essere quella di poter curare una malattia terminale con terapie alternative o con mezzi psicologici» (Migone, 2012).

Potremmo comportarci come dei 'curatori' speciali che offrono molto ai loro pazienti che soffrono e che sanno cosa fare per farli star bene.

Personalmente, credo che l'approccio bioenergetico più di altri possa catalizzare la richiesta d'aiuto di un certo tipo di pazienti. Quelli che, senza conoscerla, vedono la Bioenergetica come salvifica per il potere che attribuiscono all'energia nei processi di guarigione. Questo fu il caso di un paziente che arrivò da me con una diagnosi di meningioma di cui mi parlò solo due mesi dopo dal nostro primo colloquio. Negava la diagnosi tanto quanto negava la prognosi. Era convinto che se avesse seguito le cure mediche 'giuste', tra cui l'approccio bioenergetico, sarebbe guarito.

Sappiamo che avere un buon grounding ci aiuta a vivere la relazione terapeutica con i pazienti gravi, ne abbiamo bisogno ancora di più se poi questi pazienti sono anche gravemente malati.

Proiettando sul terapeuta la figura del ‘curatore’ il rischio di un *enactement* controtrasferale potrebbe indurci a svolgere realmente questo ruolo.

Vivo in una terra incantevole per il suo mare, i suoi colori, il sole, la natura, le tradizioni ma è una terra tradita. Una realtà che, secondo studi, analisi e dati degli ultimi trent’anni, ha sviluppato un quadro allarmante per casi di tumore. Un’acciaieria, una centrale a carbone e un cementificio hanno circondato una terra che splendeva inquinandola con le loro polveri sottili a discapito della salute dei cittadini. L’alta probabilità di ammalarsi in questa terra tradita è un dato di realtà.

Una reazione opposta a quella precedente può essere l’indifferenza, l’abitudine «tipica in coloro che hanno visto molti casi di pazienti o amici che hanno subito grandi dolori» (Migone, 2012). Ovviamente anche nell’indifferenza c’è un’implicita negazione ma può cambiare la motivazione. Inizialmente, quando ho conosciuto Simona mi ritrovavo in una condizione simile, che potrei definire paradossalmente di leggerezza. La sensibilità nel sintonizzarmi con la gravità del caso sembrava quasi soppiantata dall’essere assuefatta a sentir parlare di casi di tumore, soprattutto nella mia vita personale in quel periodo. Per fortuna non lo era del tutto. Dopo poche sedute dall’inizio del percorso feci una supervisione e la terapeuta mi disse “Lo sai che i casi di tumore allo stomaco hanno una bassa percentuale di sopravvivenza dopo i cinque anni?” Non era una questione di sapere ma sentire quella verità mi spiazzò, mi riportò d’un tratto ad una presa di coscienza.

Fu a seguito di questa presa di coscienza che mi permisi di sentirmi punta, toccata dal dolore che questo incontro con Simona poteva generarmi. E generò.

«Perché non si può morire un po’ – come invece sostengono i poeti – si vive o si muore. È la legge che regola il soggetto incarnato. Chi muore non può più essere incontrato» (Fraire, Rossanda, 2008, p.19).

Col progredire della terapia avevo sempre più la sensazione che ad un ‘certo livello’ mi preparassi alla morte di questo incontro. Nell’ultima fase sentivo la morte nell’aria, la morte nella stanza, e mi chiedevo con cosa avesse a che fare tutto questo, con cosa avesse a che fare quel ‘certo livello’ in cui sentivo di prepararmi alla sua morte.

Quando T. Ogden parla di *terzo analitico intersoggettivo*, o anche solo *terzo analitico*, descrivendolo come una sorta di terzo soggetto generato dallo scambio conscio e inconscio tra analista e paziente, definisce quello spazio intermedio che si crea nell'interazione tra i due. Uno spazio sospeso tra la realtà e l'immaginazione. Quel luogo intermedio, intersoggettivo, è di più della somma delle sue parti e consente al procedimento analitico di evolvere. Parte dell'elaborazione del lutto di se stessa, delle sue relazioni e di tutti i suoi progetti avveniva in quel luogo intermedio con fantasie di morte e separazione.

Simona, durante una delle silenziose sedute in cui distesa si preparava consciamente a ricevere un mio contatto, ad un livello preconscious si preparava ad altro. La guardai e aveva le mani congiunte in prossimità del petto, chiunque abbia visto un defunto in un feretro sa individuarne l'immagine. Ecco lei in quel momento aprì gli occhi e scherzando mi disse: "vedi mi sto preparando, vengo bene?" E sorrise.

Per Ogden è un luogo anche creativo, di gioco, seppur non privo di affetti e sentimenti profondi. Mi sentivo recettiva nell'attivazione di quelle fantasie.

Bion ha chiamato *rêverie* «lo stato mentale aperto alla ricezione di tutti gli 'oggetti' provenienti dall'oggetto amato» (1962, p.73), stato mentale necessario per avvicinarsi alla verità del qui e ora della seduta.

Accogliere lo stato mentale dei pazienti senza esserne sopraffatti e allo stesso tempo dare significato alla sofferenza rendendola tollerabile è un lavoro di contenimento preziosissimo per i pazienti con malattie gravi la cui sofferenza è particolarmente insostenibile.

Forse è questo che consentì a Simona di affrontare in seduta l'atto più angoscioso di tutto il suo fine vita: scrivere il testamento.

Voleva tutelare la madre, i cui rapporti si erano nel tempo consolidati. La madre era la persona, all'interno della sua famiglia di provenienza, più economicamente svantaggiata e voleva garantirle sicurezza anche dopo la sua scomparsa. Sapeva che scrivere il testamento fosse l'unica via.

Un giorno le chiesi di più su questo testamento, piuttosto che limitarmi ad ascoltare una lamentela per un qualcosa che avrebbe dovuto ma non voluto fare, e mi disse che da sola non ce l'avrebbe fatta. Le domandai con chi avrebbe potuto scriverlo, come, quando. Mi disse che in realtà ci aveva già pensato e che avrebbe voluto scriverlo in mia presenza in quella stanza. Mi chiese se mi andasse bene e accettai. Avvenne dopo due sedute.

Lacrime solitarie scendevano sul suo volto mentre scriveva di getto parole che sottovoce tirava fuori come fossero parte di un discorso che aveva

già avuto luogo dentro di lei. Pensò a tutti, riservò un dono ad ogni persona importante nella sua vita.

Mi lasciò incredula la naturalezza con la quale avveniva tutto ciò.

Si era aperta a questa possibilità e in risonanza provavo una commozione fortissima. In quel momento stava facendo un dono anche a me, condividere l'esperienza di questo atto d'amore mi aprì ad una dimensione profonda della mia umanità.

«Dobbiamo considerare molto seriamente il nostro atteggiamento verso la morte e il morire, prima di poter sedere tranquillamente e senza angoscia vicino a un malato inguaribile» (Kubler-Ross, 1976, p. 301).

Il processo che il terapeuta vive e attraversa insieme al paziente può aver a che fare con l'entrare in un rapporto d'intimità con l'inevitabilità della morte, anche propria. Se è un rischio che sentiamo di poter correre, corriamolo.

Il lutto del terapeuta

«Osservare la morte tranquilla di un essere umano ricorda una stella cadente; una dei milioni di luci di un vasto cielo, che splende improvvisamente per un breve momento, solo per sparire per sempre nella notte infinita. Essere terapeuti di un malato in fin di vita ci dà coscienza dell'unicità di ogni individuo in questo vasto mare dell'umanità. Ci dà coscienza della nostra finitezza, della breve durata della nostra vita» (Kubler-Ross, 1976, p. 309).

Ho sempre pensato, da un certo punto della mia vita in poi, che l'evento della morte, nel momento stesso in cui avviene, faccia contatto con tutte le altre morti. Invisibilmente un filo le collega, rianimandone il sentimento di perdita che ne era conseguito.

Quanto la morte di un paziente può essere vissuta come un lutto?

È vero che la relazione terapeutica deve avere dei confini ben strutturati per garantire un buon processo ma non può mettere limiti al vissuto autentico di amore genuino che può nascere dall'intima condivisione.

Se la relazione terapeutica è stata vissuta con autenticità può attivarci questa connessione profonda con la morte e le morti, e in parte farci sentire un po' in lutto.

Simona, morì tra una seduta e l'altra. "E cosa accade al terapeuta quando muore un paziente?", mi capitò di leggere su un piccolo articolo letto online di cui non ricordo la fonte, "il terapeuta piange da solo". Indubbia

l'importanza della supervisione per non sentirsi soli e per processare i propri vissuti ma c'è tanta verità in questa affermazione. Il terapeuta piange da solo perché al di fuori, al di là di quella stanza, non può condividere con nessun amico, parente, conoscente del paziente.

Se stiamo seguendo un paziente con una malattia grave, che sia infausta o no la sua sorte, chiediamoci se siamo disposti a non resistere, a non spaventarci nell'affrontare il nostro dolore, quello che spezza, quello che ci mette in contatto con la nostra fragilità umana. Perché di questo è fatto il morire: di fragilità umana.

Potremmo scoprire quanto questo possa consentirci di sintonizzarci maggiormente con tutti i pazienti, poiché in tutti i pazienti troviamo e troveremo morte, in ogni forma.

Nutro tanta gratitudine per la paziente di cui ho parlato in questo articolo per avermi donato lezioni di vita, per avermi concesso di invecchiare ad ogni incontro facendo esperienza della mia umanità.

Del resto, tralasciando tecniche e conoscenze, ciò che offriamo più di tutto ai pazienti è la nostra umanità. L'esperienza del morire è l'esperienza più umana in assoluto.

A proposito di lezioni di vita, mi piace chiudere questo scritto con le sue ultime parole del testamento che mi rimasero impresse nella mente ma non solo: "Colori ed allegria, please, sono solo diretta altrove".

Bibliografia

- Abraham K., (1924). *Tentativo di una storia evolutiva della libido sulla base della psicoanalisi dei disturbi psichici*, vol.1, in *Opere*, Torino: Bollati Boringhieri, 1975
- Bion W.R., (1962). *Apprendere dall'esperienza*, Roma: Armando, 1972
- Bowlby J., (1969). *Attaccamento e perdita*, vol.1, Torino: Bollati Boringhieri, 1989
- Elias N., (1985). *Humana conditio*, Bologna: Il Mulino, 1987
- Fraire M., Rossanda R., (2008). *La perdita*, Torino: Bollati Boringhieri
- Freud S., (1917). *Lutto e melanconia*, in *Opere*, vol.8, Torino: Bollati Boringhieri, 1976
- Jankelevitch V., (2009). *La morte*, Torino: Piccola Biblioteca Einaudi
- Klein M., (1940). *Il lutto e la sua connessione con gli stati maniaco-depressivi*, in *Scritti*, Torino: Bollati Boringhieri, 1971
- Kubler-Ross E., (1976). *La morte e il morire*, Assisi: Cittadella editrice, 2005
- Lowen A., (2001). *La voce del corpo*, Roma: Astrolabio, 2009

- Migone P. (2012). *Lo psicoterapeuta di fronte al dolore e alla morte*, testo disponibile al sito www.psychiatryonline.it/psicoterapie/lo-psicoterapeuta-di-fronte-al-dolore-e-alla-morte consultato in data 20/10/2024
- Moselli P., (2013). *La malattia come processo di consapevolezza*, Grounding, La rivista italiana di analisi bioenergetica, 1, 2013
- Ogden T.H., (1997). *Reverie e interpretazione*, Roma: Astrolabio, 1999
- Ostaseski F., (2017). *Cinque inviti. Come la morte può insegnarci a vivere pienamente*, Milano: Mondadori, 2024
- Rank O., (1924). *Il trauma della nascita*, Firenze: Guaraldi, 1972
- Yalom I., (2017). *Fissando il sole. Come superare il terrore della morte*, Vicenza: Neri Pozza Editore, 2024

La Voce, cordone energetico vibrante da Sé a Sé e da Sé all'Altro

di Bernadette Bailleux¹

“La voce, intrecciata ai segni del discorso che articola, tradisce chi parla: rivela come parla di qualcuno o di qualcosa. Rivela anche da dove parla, dove si raccoglie e prende forma”.

Denis Vasse

Riassunto

Questo articolo è la sintesi dell'intervento che l'autrice ha proposto durante le *Journées Francophones* dell'Istituto di Analisi Bioenergetica della Francia del Sud (IABFS) nel 2022. Se in una prima parte ci ricorda le caratteristiche della voce come strumento che veicola, insieme alla gestualità, un'informazione sonora e/o di contenuto tra gli interlocutori e i presenti, nella seconda parte si sofferma sull'importanza della voce nella nostra pratica clinica di analisti bioenergetici alla scoperta di quello che la voce è capace di rivelare e di esprimere sui vissuti dei nostri pazienti e di come possiamo accompagnarli in questi vissuti con la nostra voce di terapeuti. Attraverso i modelli di autori come Winnicott, Sanders Pierces et Fonagy descrive il prezioso potenziale del nostro respiro che si fa suono.

Parole chiave

Voce, identità, caratteriologia, stile vocale, gesto vocale, gioco.

¹ Bernadette Bailleux, Analista Bioenergetica Certificata, Supervisore, Psicoterapeuta Vocale, Dottoressa in Comunicazione dell'UCL (Università di Louvain-Belgio), Autrice di *Et dedans Et dehors la Voix, Etude du Jeu*, (2001), Pul N° 387, Louvain-la-Neuve, Società Belga per l'Analisi Bioenergetica (SOBAB) & SomaVibrance.

The Voice, energetic vibrating cord from Self to Self and from Self to the Other

by *Bernadette Bailleux*

Summary

This article is a summary of the intervention that the author proposed during the *Journées Francophones* of the Institute for Bioenergy Analysis of Southern France (IABFS) in 2022. In a first part it reminds us of the characteristics of the voice as an instrument that conveys, together with gestures, a sound and/ or content information between the interlocutors and those present, in the second part she focus on the importance of the voice in our clinical practice of Bioenergetics Analysts to discover what the voice is able to reveal and express about the deep feelings of our patients and how we can accompany them in these experiences with our therapist's voice. Through the models of authors such as D.W. Winnicott, C. Sanders Pierces and Y. Fonagy she describes us to discover the precious potential of our breath that becomes sound.

Keywords

Voice, identity, character, vocal style, vocal gesture, play.

Grazie a tutto il team dell'Istituto di Analisi Bioenergetica della Francia del Sud (IABFS) per aver organizzato queste Giornate Francofone 2022 e per l'invito a partecipare. Appena ho ricevuto questo invito mi sono posta un'infinità di domande, la prima delle quali è stata "Cosa giustifica la scelta del tema della voce nel 2022?". Avendo lavorato su questo tema negli anni '90, mi sembrava quasi bizzarro e obsoleto "Perché riattivarlo?" Alcune risposte mi sono arrivate rapidamente da una collega in particolare, che mi raccontava del Covid e delle difficili esperienze vissute da tanti lavoratori, appollaiati sui loro sgabelli dietro gli schermi, cercando di farsi sentire, cercando di fare bella figura; o ancora, nello stesso contesto, il difficile ascolto di chi offre il proprio orecchio salvifico in servizi di tipo telesoccorso

dove la voce è l'unico legame con la disperazione dell'altro...Perciò, convinta, ho deciso di accettare questa conferenza. Ma cos'altro posso dire o ripetere senza annoiare chi mi ha già ascoltato o letto?

Ricordare i fondamentali?

- La voce è una realtà sonora che, come tale, conosce le qualità di qualunque fatto sonoro: è evanescente, effimera, immateriale. Pertanto per la psiche del ricevente è suggestiva, significativa, eminentemente soggettiva e parla direttamente e immediatamente all'immaginario.
- La voce è una realtà transizionale di tipo winnicottiano e... fisico-acustico: transita verso le orecchie, le mie e quelle altrui in un doppio (triplo) anello di comunicazione audio-fonica, ed è quindi anche il luogo della riflessività psichica; è una corda energetica che vibra da sé a sé e da sé all'altro.
- La voce è il luogo di una melodia vocale intrecciata al testo, al "detto".
- La voce porta dei segnali che il nostro orecchio psicoterapeutico reichiano e loweniano riesce a captare.
- La voce è sempre nuda.
- La voce...
Ok ma ancora!?

Comunicare un certo numero di teorizzazioni interessanti e le mie raccomandazioni a voi miei colleghi analisti bioenergetici? Sì, degli elementi teorici spesso ignorati nell'analisi bioenergetica-audio-fonetica, e quindi strumenti per una maggiore attenzione alla melodia vocale dei nostri pazienti!...

Al termine di questa lenta riflessione, ho iniziato!

Dalla gravità alla leggerezza o dalla regressione all'integrazione identitaria

Allora mi è venuta voglia di condividere ciò che ha mi ha fatto interessare alla voce come analista bioenergetica. Innanzitutto la mia vita in una famiglia in cui padre e madre adoravano cantare canzoni. Entrambi erano bravi musicisti. Ricordo con tanto piacere di aver accompagnato mio padre verso i sei anni ad ascoltare mia madre durante un concorso di canto al conservatorio; l'abito che indossava la rendeva magnifica... E che fortuna

poter essere lì, sola con mio padre come figlia maggiore! Le voci dei miei genitori, quindi, non sempre così gentili. Una madre molto impegnata e messa in ombra da mio padre. Mio padre, un uomo affettuoso ma autoritario, piuttosto carismatico con una voce forte e una rabbia nociva, impressionante e talvolta spaventosa.

Curiosamente (?!...) il mio Analista Psicoterapeuta Bioenergetico era in gran parte il suo calco: autoritario, carismatico, gaudente, pedagogo, ecc., e non privo di forte rabbia all'interno della nostra Società Belga e dell'Istituto Internazionale di Analisi Bioenergetica!

Anni di guai, questa psicoterapia! Il mio terapeuta, ancora in formazione in Analisi Bioenergetica, soprattutto a New York, applicava rigorosamente i protocolli di Lowen: infiniti esercizi di radicamento, colpi sui cuscini fino allo sfinimento, archi in entrambe le direzioni... rabbia, tristezza, disperazione, mancanza... e soprattutto per me, confusione e stanchezza vissute per molti mesi, al punto da dover sospendere per settimane le lezioni che impartivo usufruendo di congedi non retribuiti. Stavo sprofondando nella depressione quando, per fortuna, Bob Lewis è apparso nel training di questi entusiasti pionieri loweniani, e sono potuta crollare sul divano, infine *paternée-maternée* dal mio terapeuta, finalmente liberata da questo senso di colpa insopportabile di “non farcela”. Una regressione ed una ricostruzione furono possibili, portandomi alla scelta di formarmi come Psicoterapeuta in Analisi Bioenergetica...

Ma l'essenziale non c'era ancora. L'analisi bioenergetica restava per me una psicoterapia che risveglia le emozioni pesanti di tristezza, collera, rabbia, paura, stanchezza, emozioni sempre considerate, almeno nella mia mente, come “da lavorare” ovviamente!!! Niente di divertente...!

Mi ricomponevo con difficoltà ma volevo, dopo 10 anni, affrontare tutto questo da sola.

Ed è stata la scoperta, durante una vacanza, di un lavoro specifico sulla voce – un corso con attori del Teatro Roy Hart di Neufchâteau in Belgio – che mi ha risvegliato totalmente e ha permesso la mia “integrazione identitaria”; la mia voce ha preso il suo posto e ho scoperto il gioco vocale, quel qualcosa in più specifico, energetico, che scalda il cuore, soprattutto se condiviso. *La voce mi ha portato alla gioia... alla leggerezza, ad una flessibilità maggiore del “lavoro” vissuto come pesante in analisi bioenergetica.* In realtà ho riscoperto questo piacere infinito del canto e delle molteplici improvvisazioni, una gioia di vivere calorosa e radicata. Stavo giocando! Finalmente! E mi riunificavo! Al di fuori dello studio di un terapeuta!

La scoperta dell'evidente complementarità dell'approccio vocale con il lavoro di radicamento del corpo per far emergere suoni vibranti, brutti o belli, manifestanti emozioni o suonati, mi ha subito sedotta. Sperimentare nuovi suoni, tracce di emozioni sepolte e fino ad allora inesplorate mi rivelava il valore di continuare questa esplorazione. Scoprire, ad esempio, la *“mia voce d'angelo”* molto acuta (come disse uno dei miei docenti del Roy Hart) a partire dalla mia voce parlata spesso nasale, è stato un piacere, senza sofferenza o senso di colpa. Facendomi piagnucolare sempre più forte come una ragazzina, portando poi la mia coscienza in questo suono e costringendomi a fermare i miei gemiti e ad aprire il suono nelle note alte dove mi trovavo, mi ha rivelato una voce chiara e pura, sconosciuta fino ad allora, utile per il canto di un mezzosoprano o di qualsiasi altra espressione vocale. Qualcosa da ripetere con i pazienti nel mio studio, mi dicevo! Eh sì....

Prestando attenzione anche a tutti i loro registri vocali. Anche se la mia voce parlante è sempre stata più quella di un contralto, e in coro mi è capitato di essere scelta per rinforzare i tenori, grazie al lavoro di analisi bioenergetica, tutti i registri di una voce femminile sono oggi alla mia portata, il che rende felice la mia attuale insegnante di canto al conservatorio. Riesco a individuare tutti gli accenti dagli anni della mia infanzia all'età adulta. Tutte le fasi della mia costruzione identitaria. Perché per gli altri dovrebbe essere diverso, mi sono chiesta? Ed è anche per questa riconciliazione che presto così tanta attenzione alla voce dei miei pazienti in analisi bioenergetica!

L'ambiente universitario in cui ho trascorso parte del mio tempo come psicosociologa-counselor in formazione e il mio gusto intellettuale nel tradurre queste esperienze in parole, mi hanno spinto a mettere delle parole su queste esperienze sotto forma di una tesi di dottorato in comunicazione presso l'Università Cattolica di Louvain in Belgio, dove ho svolto i miei primi studi universitari. Freud voleva *“fare scienza”*? Ho provato a seguire le sue orme...

Occasione di una riflessione sul *“pensare alla voce”* in modo generale e sul posizionamento dello Psicoterapeuta nell'ascolto del proprio paziente. La nostra voce è nuda e come psicoterapeuti soffriamo come tutti di quella che ho definito in questa tesi la *“Sindrome di Ulisse”*.

Un'occasione anche per un incontro con grandi autori dei quali riporterò qui, molto brevemente, i tratti teorici fondamentali di tre di loro al servizio della causa della voce: Donald Woods, psicanalista winnicottiano inglese, Charles Sanders Peirce, grande semiologo noto soprattutto agli studiosi della

comunicazione e Yvan Fonagy, psicoanalista lacaniano, autore di *La Vive Voix, Essai de Psychophonétique*. Ognuno a modo suo ha contribuito a consolidare ulteriormente la mia comprensione e la mia pratica del gioco vocale con i miei pazienti.

La sindrome di Ulisse e la nostra voce “nuda”

La nostra voce è nuda e sempre sincera! Un'affermazione sorprendente perché possiamo mascherarla, cosa che spesso gli attori fanno prestandole una sorta di maschera per interpretare il personaggio che sono portati a diventare. Eppure resta la loro voce che affermo nuda... completamente nuda perché loro la prestano e la adattano alla cornice desiderata. Com'è possibile allora che navighiamo attraverso la vita esprimendoci senza vergogna, senza esitazione, completamente nudi in questa parte importante di noi stessi, senza preoccuparci di ciò che esprime la nostra melodia vocale, senza il minimo imbarazzo o vergogna? Molto semplicemente perché soffriamo di quella che chiamo Sindrome di Ulisse...essendo una sindrome un insieme di sintomi caratterizzanti una condizione patologica!

Ricordate. Ulisse, felice prigioniero della ninfa-maga Circe, decide di lasciarla per tornare a Itaca dove Penelope lo attende paziente. Circe, nonostante il rammarico nel vederlo partire, lo invita ad evitare la zona delle sirene. Niente da fare, Ulisse vuole sentirle! Allora gli consiglia di mettere della cera nelle orecchie dei suoi marinai e di farsi legare all'albero della barca affinché non si precipiti dietro alle sirene nell'abisso profondo dove annegano i loro prigionieri. Ordina addirittura ai marinai di stringere i legacci quando attraverseranno il settore delle Sirene, non appena lo vedranno dimenarsi esausto mentre cerca di saltare in mare per unirsi a loro. Ed è esattamente ciò che succede. I marinai, sordi ai canti ammaliati delle sirene, vedono Ulisse dimenarsi per sciogliere i suoi lacci, e subito li rinforzano per non vederlo scomparire. Sordi al meraviglioso canto della sirena, solo i loro occhi lavorano, mentre Ulisse sente il canto perfetto e nudo delle sirene, attratto da questo canto delizioso. La storia mitologica racconta che queste incantatrici annegarono di disappunto!

Siamo come i marinai di Ulisse, sordi per la maggior parte del tempo alla melodia vocale dei nostri pazienti, mentre dovremmo avvicinarci all'atteggiamento aperto di Ulisse e lasciarci invitare dal canto magico delle melodie vocali nell'aldilà delle parole dei nostri pazienti.

Cosa dovremmo sentire e cosa sentiamo sul momento? Cosa, se fossimo

Ulisse, vibrerebbe nella nostra testa e ci sfiderebbe?

Freud, suo malgrado in quanto particolarmente interessato al contenuto verbale di ciò che comunicava la voce dei suoi pazienti, metteva gli psicoanalisti nella posizione migliore per cogliere l'universo ondeggiante della loro voce. Fuori dalla visione del paziente, lasciato a se stesso e alla propria voce, lo psicoanalista può, a suo piacimento, prestare un ascolto alla cieca. Come possiamo noi, analisti bioenergetici invitati alla "lettura corporea", lasciarci cogliere da queste proprietà di una melodia vocale ed entrare nel bagno sonoro che ci viene offerto?

Identità vocale a confronto con identità personale e sociale

Ecco una rappresentazione dettagliata della nostra nudità, vale a dire di ciò che siamo portati in ogni momento a dare con la nostra voce quando ci esprimiamo. Si tratta proprio della nostra identità, l'insieme di ciò che siamo in ogni momento!

Innanzitutto le caratteristiche genotipiche, che ci restano impresse, con le quali nasciamo e ci evolviamo (l'innato). Sono programmate ma sono manipolabili dagli aspetti fenotipici della nostra realtà (l'acquisito). Sono in genere caratteristiche che colpiscono al primo contatto, al telefono ancor più che di persona. Dalla nostra nascita siamo normalmente programmati maschi o femmine, con una probabile evoluzione genetica, usuale negli esseri umani. Una lenta progressione verso la vita adulta che modula anche i nostri strumenti vocali al ritmo degli eventi della nostra vita e quindi dei contatti buoni o cattivi con chi ci circonda.

Ma alcune caratteristiche fenotipiche si rivelano anche al primo contatto: l'accento particolarmente caratteristico che opera su di noi così come altri elementi meno percepibili, costituiti dalla nostra storia particolare e dagli eventi che "operano" su di noi. Il bagno culturale in cui nuotiamo e che agisce sulla nostra psiche, "come il vino o il legno lavora", avrebbe detto Jean-Louis Barrault.

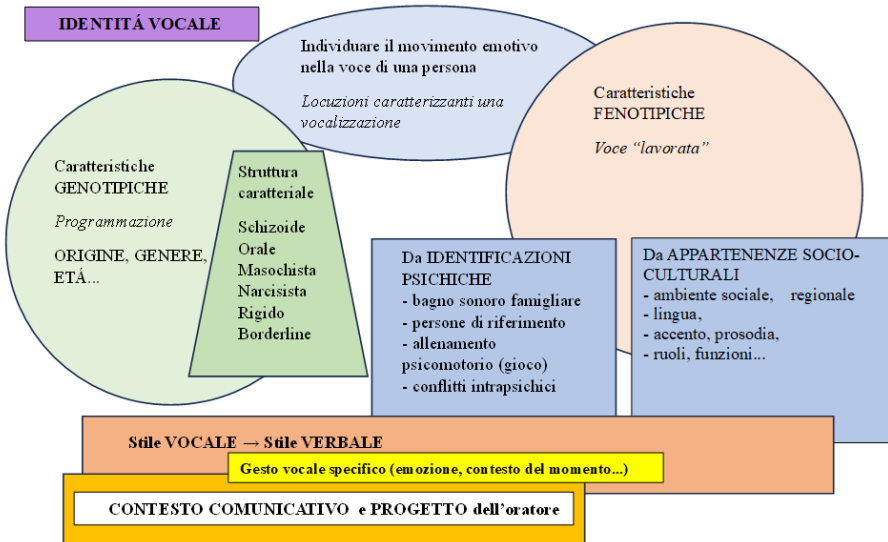
Ecco, da un lato le caratteristiche legate alle nostre identificazioni psichiche, dall'altro i segni di appartenenza socioculturale che ci allenano (in tutti i sensi della parola allenarsi) ad adottare abitudini vocali che creano letteralmente la nostra glottide, questo luogo della nostra fisiologia attraverso il quale passa il nostro respiro, che si sonorizza quando parliamo o cantiamo.

Perché sì, questo insieme di muscoli, fibre e cartilagini riflette in scala

ridotta tutti i movimenti del nostro corpo. Nello specifico, questa costruzione della nostra glottide, ci porta a una possibile riflessione su una caratterologia delle voci.

Subito dopo aver richiamato le principali caratteristiche delle teorie di Donald Woods Winnicott e Charles Sanders Peirce, farò appello più avanti all’osservazione molto dettagliata di Yvan Fonagy per questa riflessione caratterologica.

L’approccio dei modelli di Winnicott e Sanders Peirce è particolarmente interessante per chiarire il lavoro dell’analista bioenergetico. Entrambi presentano un modello teorico tridimensionale². (Vedi le tabelle seguenti).



Donald Woods Winnicott e Charles Sanders Peirce o due modelli teorici creativi per l’analisi bioenergetica

Questi modelli possono essere sovrapposti e darci idee per analizzare le azioni che intraprendiamo come analisti bioenergetici per aiutare i nostri pazienti a progredire. Inoltre riflettono perfettamente la voce umana e i

² Detto in breve, un modello tridimensionale offre una maggiore apertura alla riflessione creativa rispetto a un modello bidimensionale che spesso comporta l’esclusione di uno o dell’altro “o... o...”. Esempio: verbale/non verbale, preedipico/edipico laddove il modello ternario consente il “e... e...”.

diversi accenti che può assumere.

Winnicott presenta la costruzione psichica del bambino in tre fasi che qui riassumo: fusione – transizione – simbolizzazione; le sue teorie insistono sul fatto che durante tutta la nostra vita continuiamo a passare attraverso queste tre fasi, in particolare attraverso la nostra voce.

La voce è tipicamente un oggetto transizionale sia per noi stessi che per l'altro. Segue le caratteristiche della fusione in quanto è contiguo a noi stessi e comprensivo dell'altro poiché si deposita nell'incavo dell'orecchio di chi ascolta, quindi si fonde con lui, che voglia sentire o meno³.

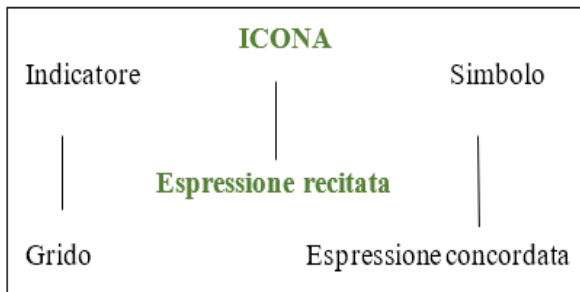
È allo stesso tempo transizionale, nel senso che, come spiega ampiamente Winnicott la nostra psiche attraverso il cervello può impossessarsi del suono e giocare con esso. Essendo il suono, come già espresso, invisibile, impalpabile, effimero, l'immaginazione lavora quando ascolta una voce in modo specifico ad ognuno! Il bambino potrà padroneggiare le parole e i suoni di una lingua ripetendoli instancabilmente attraverso il gioco, accompagnato da un genitore o anche da solo. Inizierà con la lallazzazione di cui ha parlato Françoise Dolto per proseguire nel linguaggio parlato; la simbolizzazione avverrà quando le parole vocalizzate assumeranno significato. La voce può anche produrre suoni codificati che tutti possono cogliere in una determinata società e contesto, come “uff, brrr, splash, prout...”. Possiamo facilmente farli ripetere ai nostri pazienti nei nostri studi, come gioco o semplicemente per prolungare un'emozione che ricorda un momento dell'infanzia.



Le tre aree di Winnicott, una nuova concezione della psiche

³ Devi tapparti le orecchie per non sentire un suono apparire nel tuo spazio vicino, o lasciare il luogo in cui si diffonde questo suono.

La tricotomia di base di Sanders Peirce raggiunge e completa l'osservazione di Winnicott. Riassumendo in termini semplificati, se emetto un grido di paura alla sensazione di un'arma puntata alla tempia, il mio grido, spontaneo, sarà un indicatore di disagio a qualsiasi orecchio vicino. Se ripeto scherzosamente lo stesso grido, dopo un "mani in alto" terrificante di un bambino piccolo, il suono prodotto verrà designato come iconico, mentre se lo produco perché mi è dettato da un testo teatrale, sarò nel simbolo o nell'espressione concordata in un contesto teatrale.



Tricotomia dei segni di Charles Sanders Peirce o Le possibili *biforcazioni* di un segno all'altro nella comunicazione vocale e verbale

È particolarmente interessante notare che questi riferimenti di Winnicott e Sanders Peirce ci invitano ad aiutare a identificare i luoghi delle nostre pratiche cliniche come analisti bioenergetici. Le tappe che seguiamo la maggior parte delle volte in una sessione di lavoro sono l'identificazione di un gesto o di un'emozione che si mostra alla nostra coscienza (occhi, orecchie, intuito...) e apre una traccia, un filo che cominciamo a tirare.

Detto diversamente, quando un paziente sospira senza rendersene conto, ci sta donando un elemento di sé che è in "fusione-contiguità" con lui. Questo per noi è un indizio. Se non è cosciente di questo gesto vocale, lo inviteremo a prenderne coscienza segnalandolo e invitandolo ad esempio a riprodurre questo gesto (a iconizzarlo...), gesto che, essendo ripetuto, consente l'inizio di un distanziamento-transizione che apre al terzo livello dell'integrazione simbolica. Il paziente sarà in grado di esprimere a parole l'esperienza spiegando ciò che ha vissuto, creando collegamenti con la sua storia, ecc. ecc.

Quindi dal primo movimento emotivo che sentiamo all'insaputa del paziente, tiriamo il filo proponendo in particolare di riprodurre questo movimento emotivo con coscienza e le parole possono emergere occupando

tutto lo spazio necessario affinché il significato venga da lui recepito. La ripetizione che chiediamo è un modo di giocare con questa emozione che si diramerà improvvisamente verso un approfondimento emotivo (lo scoppio di rabbia più evidente, una tristezza travolgente che si manifesterà, un ghigno incerto, ecc.) fino all'integrazione in una modalità personale del paziente. E questo avviene sempre con la nostra complicità, quindi con il sostegno e nella relazione.

Notiamo anche che il lavoro transizionale al quale ci invita Winnicott è ancora più interessante quando possiamo giocare con la nostra voce insieme al paziente. A seconda del luogo emotivo in cui si trova, a seconda del luogo della sua regressione, suoneremo la nostra voce per stimolare il suo stesso gesto vocale. E la nostra conoscenza loweniana ci guiderà: ricordiamo che la voce sorge sempre su un respiro e quindi sull'espiazione; richiede una respirazione più profonda e apre quindi il canale verso l'espressione emotiva, e l'espressione emotiva verso la consapevolezza-distanziamento e così il significato risvegliato può gradualmente prendere il suo posto e integrarsi nell'identità del paziente nella relazione.

Yvan Fonagy e il “gesto vocale”

Quali elementi possiamo individuare per aprire le nostre orecchie e realizzare questo movimento dall'indicatore al simbolico, dalla fusione o spontaneità del gesto al gesto o parola esplicita che ha senso quando si tratta della voce?

Come annunciato, Yvan Fonagy è in questo senso un autore complementare dei primi due poiché tutta la sua ricerca lo porta a considerare la creazione di una caratterologia delle voci, basata esclusivamente sull'osservazione dei movimenti articolatori e glottici degli individui, la glottide è secondo lui il luogo di una miniaturizzazione di tutti i movimenti corporei che un individuo può produrre o abbozzare. Sebbene lacaniano, questo autore è molto vicino ai nostri riferimenti loweniani...!

La sua opera *La vive voix* sottotitolata *Essai de Psycho-phonétique* ci invita a percepire che ogni “gesto vocale” compiuto da una persona quando parla è, da un lato, metafora di una realtà pulsionale inerente a quella persona, è il lato psicologico della sua psicofonetica, e da un altro lato questo stesso gesto vocale è prodotto da una persona, in un dato contesto storico e culturale della persona che definisce il modo in cui pronuncia una lingua; è il lato fonetico di questo gesto. Si unisce quindi all'idea che la nostra voce

offra la totalità della nostra identità quando viene espressa. Il suo enorme lavoro sperimentale ed il rigore nel riportare i risultati (tabelle comparative, statistiche, ecc.) tendono a dimostrare che il gesto vocale, nozione che integra l'idea della «liberazione delle energie espressive insita nel gesto articolatorio necessario alla parola», può essere considerata a sé stante, anche se, e forse ancor più in quanto è intrecciata con il verbo nella parola, e si «innesta sulla comunicazione verbale», «senza distruggere, senza ostacolare in alcun modo la comunicazione» (Fonagy, Y. 1983, p.40). La glottide è per lui «il luogo totalizzante di tutta l'espressione emotiva di una persona». (ibidem, p.14).

Si mescola con la mobilitazione muscolare necessaria per la pronuncia dei fonemi di una lingua, una lingua sulla cui superficie, dice, sono iscritti segni sonori che sono essi stessi metaforici delle pulsioni umane iscritte quindi nella lingua. Ciò che ci interessa qui è che Yvan Fonagy ci invita a distinguere due momenti nella nostra espressione vocale/verbale: quello dello stile vocale/verbale di una persona e quello del suo gesto vocale/verbale momentaneo o *gesto-gap*. Quando ascoltiamo una persona per la prima volta, il nostro orecchio viene colpito da alcune caratteristiche di quella persona attraverso la sua voce.

Il suo stile vocale e il suo stile verbale ci vengono consegnati completamente nudi e colpiscono il nostro orecchio e la nostra immaginazione. Questo primo momento è privilegiato. Se si tratta di un futuro paziente e di un primo incontro telefonico, sollecita subito i nostri pensieri interiori, quindi il nostro controtransfert... Anche se il contenuto dello scambio ci invita attraverso il verbo, la melodia che lo accompagna ci solletica i timpani.

Lo stile vocale-verbale risiede quindi sia nel modo abituale di una persona di parlare, di esprimersi e di pronunciare le parole della nostra lingua, sia nel modo di innestare una melodia che le è propria e la distingue da qualsiasi altra persona. I suoi gesti vocali abituali sono molto simili a quelli che l'analista bioenergetico può identificare come caratteristiche corporee di una persona poiché sono il prolungamento di una specifica muscolatura all'interno della glottide. Certi gesti vocali/verbali sono così iscritti nella muscolatura a causa di conflitti pulsionali irrisolti, ci dice Yvan Fonagy, da distaccarsi dall'atteggiamento emotivo che riflettono. D'altra parte, saranno direttamente collegati a questa persona, senza previa analisi semantica, da parte dell'ascoltatore; non c'è bisogno di pensare per riconoscere una persona dalla sua voce! Lo stile vocale può essere considerato un sintomo caratterologico. È quindi particolarmente efficace,

continua Yvan Fonagy, poiché consente, in un certo senso, la mimetizzazione di una comunicazione inconscia permanente e, a priori, perfettamente staccata dal contenuto delle parole pronunciate. È indipendente dalla situazione concreta, dal messaggio comunicato. Esprime quindi molto spesso all'insaputa sia del mittente sia del destinatario del messaggio, sebbene sia familiare ad entrambi.

Molto spesso, quello che richiama il nostro orecchio non è più lo stile della persona diventato normale o neutro dopo qualche tempo ma un “gesto-gap”, una sonorità inattesa che sopraggiunge nel flusso abituale e che si offre come l'indizio di un movimento emozionale particolare in un dato momento che ci fa dire sentendo un amico al telefono “Ehi, non hai la tua solita voce oggi! Cosa sta succedendo? Sei stanco?...”

Questo gesto vocale differenziato, segno di un'emozione specifica in un dato momento, influenza quindi in modo significativo lo stile vocale abituale. Motivo per cui è interessante per noi analisti bioenergetici chiudere gli occhi di tanto in tanto nei nostri studi per essere ascoltatori non solo dell'emozione improvvisa ma anche delle emozioni cristallizzate nello stile vocale-verbale di un paziente. Una voce costantemente acuta può, per una donna, essere indice di una struttura orale in perenne richiesta e/o priva di radicamento. Una voce perennemente nei bassi spesso rivela una pesantezza emotiva in cui il paziente vive permanentemente. In altre parole, proviamo a spostare il cursore del nostro udito più verso l'udito di Ulisse alla ricerca di tutti i colori iscritti nella voce di una persona che verso la sordità dei suoi marinai quando non ascoltiamo più ciò che accade inaspettatamente.

FONAGY LA VIVE VOX ET LE GESTE VOCAL		
STILE	<i>vocale</i>	<i>verbale</i>
	Costanza delle caratteristiche pulsionali o emotive CRISTALLIZZATE	
	nella melodia vocale	nella pronuncia verbale
GESTO VOCALE	- <i>gap</i>	(- <i>gap</i>)
	- Variazione percettibile nel gesto vocale - Ciò che attira l'attenzione dell'orecchio già familiare con lo stile	

Stile vocale/verbale e gesto vocale-gap secondo Yvan Fonagy

Durante il mio lavoro di dottorato, ho stabilito una griglia di espressioni caratteristiche osservabili nelle voci parlate. Questa griglia era compatibile con le osservazioni necessarie all'analisi dei partecipanti incontrati per la parte sperimentale della mia tesi. Sarebbe molto interessante completarla. Si ispira in particolare agli esami effettuati da Yvan Fonagy. Fornirò qui solo tre esempi di queste espressioni che possono caratterizzare una voce in modo generale (il suo stile) o in modo particolare (un gesto-gap, una deviazione improvvisa) (Bailleux, 2021).

- Voce collerica-aggressiva: elevata intensità del suono; l'espressione facciale udibile fa sentire l'impulso di mordere o colpire degli "staccato" che variano a seconda del tipo di rabbia.
"forte contrazione muscolare (preparazione al combattimento)",
"sillaba eccessivamente accentata";
"allungamento delle consonanti, attacco forte della vocale";
"accento enfatico espressivo".

Associazioni strette

Arrabbiata: vibrazione delle corde vocali come scosse da spasmi.

Carica di odio: vibrazione ed espressione molto controllate frenate, a differenza della rabbia.

- Voce strozzata: forte contrazione muscolare della glottide, poca vibrazione delle corde vocali, riduzione dell'estensione melodica.

Associazioni strette:

Stretta, "nodo in gola", soffocata...

- Voce interiorizzata: notevole calo di tono e intensità in una forma di monologo: non farsi ascoltare e considerarsi come unico interlocutore.

Qualche raccomandazione per gli analisti bioenergetici?

Se mi avete seguito fino qui, avete capito che un certo numero di gesti dell'analista bioenergetico possono essere utilmente rinforzati. Risiedono per la maggior parte del tempo in una nuova attenzione del nostro orecchio ma anche in una nuova attenzione ai nostri stessi giochi vocali.

Detto altrimenti e per terminare, mi permetto di:

Incitarvi ad aprire l'orecchio

- Realizzare questo movimento dall'indizio al simbolico, dalla fusione o spontaneità del gesto al gesto o alla parola esplicita che abbia senso,

passando ovviamente attraverso lo spazio transizionale o potenziale o iconico o giocoso così creativo al quale ci invitano Winnicott e Sanders Peirce.

Vi incoraggio a seguire Yvan Fonagy:

- mediante ascolto cieco: lo stile vocale e lo stile verbale di una persona sono la continuità di elementi della sua struttura caratteriale.
- prestando attenzione ai gesti-gap, o ai momenti di deviazioni emotive a sorpresa che colgono all'improvviso l'orecchio... forse ci invitano a giocare con il nostro paziente.

Vi incito a conoscere bene e a sviluppare la vostra voce:

- partecipando a laboratori vocali, lezioni di canto, improvvisazione, teatro, ecc., non importa quale tipo di formazione purché vi piaccia e possiate trasporre l'esperienza nel vostro studio.
- per fare l'attore mettendovi nei panni del genitore negativo o beffardo o depresso... o di quello positivo che si dondola canticchiando (vedi le osservazioni dei bambini prematuri che si calmano al suono di una voce umana che canticchia accanto a loro o gli uccelli che cantano alle vostre finestre).

Vi invito a prestare attenzione:

- al vostro controtransfert... conoscere-identificare le voci che vi fanno arrabbiare, vi rendono isterici, vi addormentano, vi fanno fluttuare nel cielo...
- identificare presenze simili nella propria voce, riconoscerle,... essere in grado di giocare con loro...
- osare lasciarsi andare non appena l'alleanza terapeutica è presente, tanto più se la persona chiede canto o improvvisazione.
- osare intrecciare la vostra voce con quella dei pazienti come quando Donald Woods Winnicott produceva degli scarabocchi adattando il tratto della sua matita a quello del paziente senza uno scopo particolare.

In breve vi invito:

- ad invitare la musica nello spazio di lavoro, per ballare e aumentare l'energia nel piacere, o una ninna nanna se la tua voce non è buona, un modo per offrire all'altro qualcosa che ti piace e che gli permetta di costruirsi accogliendo questo dono.
- registrarlo facendogli scoprire, con le cuffie, la sua voce, quella che sentono gli altri... e da lì seguire le sue reazioni.
- attivare i suoni sui chakra in relazione con esercizi di analisi bioenergetica. (Bailleux, (2013).

Vi incoraggio a non dimenticare:

- che la voce viene portata dal respiro, e che farla uscire e chiedere di prolungarla è un modo per energizzare la persona, quindi per avvicinarsi anche alle sue emozioni e quindi alla sua capacità di integrarle;
- che la filosofia attuale spinge certamente verso l'autonomia, ma che non lo siamo mai completamente poiché il nostro orecchio ci offre l'altro vivo e "a nudo" e che nello stesso modo noi ci abbandoniamo a lui e siamo in legame con lui permanentemente!

Sempre separati e connessi...

Il nostro cervello è programmato per sognare e riattivare le voci che ci piacciono e ci rassicurano nei momenti difficili. Coltiviamo quindi queste voci gioiose, guaritrici e stimolanti.

Bibliografia

- Bailleux B. (2001): Et dedans et dehors la voix, Etude du jeu, *Pul. N. 387*, Louvain-la-Neuve.
- Bailleux B. (1999): Le Geste vocale en Analyse Bioénergétique: une tension vers un accord identitaire? in *Le Geste et la Parole*, Revue de la SOBAB, 93-113, Bruxelles.
- Bailleux B. (2001): Winnicott, un Maître de la relation? in *Le Geste et la Parole*, Revue de la SOBAB, Bruxelles.
- Bailleux B. (2001): Donner de la voix, in *Revue Education Permanente*, n°145, 115-127, Paris.
- Vasse D. (1974): *L'Ombilic et la Voix*, Paris : Ed. Le Champ Freudien.
- Winnicott D.W. (1990): *La Nature Humaine*, Paris: NRF.
- Winnicott D.W. (1998): *La petite "piggle" Traitement psychanalytique d'une petite fille*. Paris: Ed. Payot.
- Winnicott D.W. (1975): *Jeu et réalité*, Paris: Gallimard.
- Fonagy Y. (1983): *La Vive Voix, Essais de Psycho-phonétique*, Paris: Ed. Payot.

Esempi di Associazioni dove esercitare la propria voce:

Ecole pleine voix, Ariège, Francia, <https://www.voix-formation.com>

Roy Hart Théâtre, Malérargues, Francia, <https://roy-hart-theatre.com>

Parlare e ascoltare nelle relazioni razziali

di *Maria Cristina Francisco*¹

Riassunto

I temi razziali sono sempre più visibili in questo periodo ed è necessario far parlare ed ascoltare il corpo nella relazione tenendo conto della sofferenza che il razzismo provoca. Il razzismo causa sofferenza e può uccidere. Ci sono molti modi di uccidere e di morire. Il respiro e la gola subiscono l'impatto dello strozzare o far tacere la voce, veicolo di espressione e autonomia di pensiero. Il razzismo è nell'aria e tutti i sensi lo percepiscono. Entra nella gola e la strozza. Tocca la pelle e la congela. L'ideologia razzista penetra e sradica corpo e mente. Fa registrare memorie interne che comunicheranno nei gesti e nelle abitudini dei corpi bianchi e dei corpi neri. Nella società il corpo bianco si presenterà come luogo privilegiato. Nelle relazioni razziali, per gli analisti, l'ascolto attento comporta ascoltare se stessi, essere coinvolti nel contesto, e riconoscere la relazione di questi corpi socialmente segnati dall'ineguaglianza. L'ascolto è l'arte della cura perché porta a trasformazioni verso i movimenti liberi del respiro, del corpo e della mente.

¹ Maria Cristina Francisco, CBT, è una psicologa clinica. È membro dell'IABSP (Istituto di analisi bioenergetica di San Paolo); membro del Brazilian Biosynthesis Institute; membro dell'Istituto AMMA per la psiche e la nerezza; membro della FLAAB (Federazione latinoamericana di analisi bioenergetica). Ha ricevuto il premio per il miglior lavoro sociale per il progetto "Meeting Point - tra donne e uomini neri" alla 24a conferenza internazionale IIBA a Toronto, Canada, nel 2017. È autrice del libro *Black Eyes Crossed the Sea - The Black Body on Stage in Bioenergetic Analysis and Biosynthesis*. machrisfran@gmail.com

Parole chiave

Corpo, ascolto, parlare, razzismo, respiro

Speaking and Listening in Racial Relations

by *Maria Cristina Francisco*

Abstract

Racial issues are increasingly visible in current times and it is essential to speak and listen to the body in relationships, in the face of the suffering caused by racism. Racism causes suffering and can kill. There are many ways to kill and die. The breath and throat are affected by choking or muting the voice, the vehicle of expression and autonomy of thought. Racism is in the air and all bodily senses recognize it. It enters the throat and chokes. It touches the skin and freezes. Racist ideology enters and roots the body and the mind. It registers internal memories that will communicate in gestures and attitudes in the white body and in the black body. In society, the white body will present itself as a place of privilege. Listening attentively to the analyst in race relations involves listening to oneself, being involved in the context, and recognizing the relationship of these socially marked bodies that solidify inequality. Listening is the art of caring, as it leads to transformations toward the rescue of free movements of the breath, the body and the mind.

Keywords

Body, listening, speaking, racism, breathing.

Introduzione: il razzismo oggi

Le questioni razziali sono oggi sempre più visibili. Anche se questa consapevolezza tarda ad arrivare, è essenziale che si realizzi. Dobbiamo parlare e dobbiamo ascoltare perché le atrocità della schiavitù e della colonizzazione sono ancora radicate nelle relazioni attuali in molti modi diversi. Il cambiamento è urgente. Di fronte alla morte dei neri – uno di loro immortalato dall’omicidio dell’americano George Perry Floyd Jr. il 25 maggio 2020 – la crudeltà del razzismo ha però incendiato l’opinione pubblica. La campagna “Black Lives Matter” è cresciuta di fronte al genocidio dei neri. Ci sono molti modi per uccidere e morire, uccidere e morire lentamente. Gli atti razzisti tolgono il fiato.

“Non riesco a respirare”, come pronunciato più volte da George Floyd mentre Derek Chauvin, un agente di polizia bianco, ha premuto il ginocchio sul collo di Floyd per 8 minuti e 46 secondi, causandone la morte, è una sensazione che spesso sperimentano i neri nella loro vita quotidiana quando si confrontano con la violenza. Il petto si stringe, è difficile respirare, e quando non c’è aria ti senti soffocare. Questo crea uno stato di ansia. Sei in massima allerta per la tua vita prima di una minaccia di morte, concreta o soggettiva che sia. Il razzismo è così radicato nella nostra vita quotidiana che coloro che non prestano attenzione credono che non esista. Tuttavia, coloro che soffrono della sua presenza conoscono fin troppo bene la sua esistenza. Il razzismo è nell’aria e i sensi lo riconoscono. Ti scende in gola e ti soffoca. Ti tocca la pelle e ti gela, i rumori nelle tue orecchie ti fanno impazzire. Il tuo sguardo è sotto processo. Il razzismo ha radici, è radicato e si sostiene nei corpi e nelle menti relazionali. Detta il nostro modo di fare, vedere, comprendere e agire nella vita. Come un virus, il razzismo infetta il corpo. Nessuno è immune. Anche chi non si considera razzista – forse perché si sente asintomatico – può riprodurre varie pratiche razziste con immediatezza o effetti che si manifestano lentamente e che sono addirittura letali, sia fisicamente che psicologicamente. Pertanto è necessario essere antirazzisti e costruire pratiche antirazziste. Altrimenti, sarà strutturato nelle relazioni e creerà disuguaglianze: i neri e gli indigeni saranno esclusi e i bianchi privilegiati.

Il razzismo e i sensi

Nel contatto relazionale tra le persone, alcune parti del corpo sono presenti e importanti nella complessa azione di avvicinamento all'altro: gli occhi, le orecchie, la gola e la pelle. La pelle registra le sensazioni e permette di trasmettere i messaggi al cervello. Attraverso la vista, gli occhi danno significato alla visione e riconoscono qualcosa che è esterno a me e non sono io. Si verifica un allontanamento. Per una persona con disabilità visiva, il riconoscimento degli altri avviene attraverso la mera presenza; la vista, tuttavia, può portare al giudizio. In questo articolo, metterò in evidenza la gola e le orecchie.

Esiste un tipo di comunicazione sociale quotidiana che consiste in suono e rumore, espressioni che si interconnettono. Mi riferisco qui al suono di varie manifestazioni dei *Black Movements* e al rumore prodotto dalla violenza sui corpi e sulle comunità nere e indigene. Molto spesso questi suoni e rumori non vengono uditi perché gli ascoltatori sentono solo ciò che gli interessa, anche se l'udito ha luogo verso ciò che ci circonda.

Impariamo a parlare quando siamo ascoltati. Quando non siamo ascoltati, lo sforzo costante per essere ascoltati colpisce direttamente una parte specifica del corpo: la gola. Quindi, si forma un anello di tensione attorno a quella regione e parlare diventa difficile. Parlare con la propria voce coinvolge la bocca (labbra, lingua, denti e mascelle), polmoni, gola e laringe (corde vocali). Questa espressione apre la strada a memorie e ricordi corporei, che sono le radici delle esperienze, e sviluppa la corporeità, un corpo che si relaziona alla cultura e al mondo. Il corpo cerca la sua interezza quando coinvolge i suoi vari sistemi organici: nervoso, respiratorio, digestivo e muscolare. Usando il suo linguaggio, che è il movimento, comunica con molte altre forze della natura. In questo senso, considero il parlare come un modo per radicarsi, per appropriarsi della voce dal proprio posto, dal proprio terreno che è stato messo a tacere, cancellato e dimenticato nella sua peculiarità.

Il corpo esiste e si colloca nello spazio e nel tempo. Il valore di questa cultura ancestrale è che dà un nuovo significato al passato e al presente. Questo nuovo significato fornisce una base per aiutare le persone ad affrontare i pericoli di tutti i giorni e la morte. Lo spazio relazionale si organizza attraverso sensazioni, affetti e ricordi. Abilitando il processo di ascolto, notiamo che deve essere organizzato in modo che tenga conto e rispetti le esperienze culturali delle persone. Questo consente al corpo di

recuperare il riconoscimento del suo luogo umanizzato, un luogo di appartenenza, e il recupero di una storia che viene riconosciuta.

Questo pensiero si basa sulla premessa di un corpo integrato, presente nello spazio e nel tempo, nel suo luogo di appartenenza, nella sua origine di identità, e con una visione di sé e degli altri in uno spazio comune.

Tuttavia, il razzismo fa una classifica dei corpi. Fin dal loro primo incontro, i corpi neri e indigeni hanno sempre causato estraniamento ai bianchi, che non li comprendevano e il cui sguardo era governato dal giudizio morale e religioso secondo i valori della cultura europea. I neri e gli indigeni portano soggettivamente in sé ricordi e storie fondati su culture diverse piene di significati e conoscenze incorporate, con i loro modi di vedere e relazionarsi con il mondo, integrati con la natura perché sono profondamente ancorati alla terra. Nella loro arroganza, i coloni bianchi hanno oggettificato questi corpi e hanno cercato di annullare o appropriarsi della loro conoscenza. Tali atti hanno portato conseguenze e creato stereotipi e ignoranza che hanno causato la sofferenza psicologica del sentire di essere invisibili. Resistere a questa situazione “comporta anche la ricerca e gli sforzi per riconquistare conoscenze e pratiche locali e tradizionali che sono state - e sono ancora - negate come umanamente valide, qualificate come primitive, arretrate e persino selvagge” (Nogueira, 2019, pag. 15).

Dobbiamo ammettere che viviamo in un paese multietnico e multiculturale con varie conoscenze ed esperienze. Il nostro sguardo è ancora immerso in una monocultura considerata assoluta in termini di cosa significhi essere umani, i cui riferimenti sono i bianchi europei e i loro discendenti. Tuttavia, tutte le razze che coesistono sono state influenzate reciprocamente nel loro incontro iniziale e tutte hanno cicatrici derivanti da quell’immensa crudeltà. Le esperienze di questo fatto, tuttavia, sono diseguali. I corpi dei popoli indigeni e africani sono profondamente radicati e integrati con la terra. La cultura bianca egemonica, nel tempo, ha sottolineato l’idea di divisione tra corpo e mente, collocando la mente in un luogo più elevato e immortale, mentre il corpo è associato alla transitorietà e al peccato. In netto contrasto con questo pensiero bianco egemonico, i popoli indigeni e africani pensano che il corpo viva in un’unità cosmica.

I corpi neri e indigeni sono strumenti di conoscenza e resistenza. Questa conoscenza in forma di memoria corporea fornisce supporto alla comunicazione necessaria per sopravvivere allo sterminio e alla diaspora. I registri interiori di ricordi ed esperienze e il profondo contatto con se stessi hanno nutrito la forza per sopravvivere alla crudeltà del traffico di esseri umani e della schiavitù. Il dono di esistere e di non perdere la loro

autonomia, oltre alla loro conoscenza funzionale, trasmessa oralmente, ha permesso la resistenza e impedito l'annullamento completo delle loro esperienze e identità. Questa eredità corporea non è stata distrutta nemmeno sotto i ripetuti tentativi di distruggere la loro umanità. Il corpo era coinvolto in un movimento pieno del desiderio di essere liberi. Il pensiero sconfinato e la capacità di agire non erano del tutto corrotti. Attualmente, questa conoscenza che vive ancora attraverso l'arte è una risorsa preziosa per aggirare la violenza e la repressione perché è un modo liberatorio di vivere.

“Questa è una grande sfida, sia per il processo di incorporazione di riferimenti che sono al di fuori dello standard teorico e metodologico della psicologia brasiliana, sia per il processo di adattamento di questi riferimenti al contesto socio-storico del Brasile. Il termine “incorporare” ha a che fare con il movimento di consentire a tutto il mio corpo di comprendere i significati teorici di questo paradigma, invece di essere semplicemente il risultato di una relazione mentale/razionale. [...] Questa comprensione è importante perché anche per una parte della popolazione afro-brasiliana, che ha sofferto di sradicamento culturale secolare per secoli, che, in altre parole, non è direttamente coinvolta nelle pratiche culturali afro-brasiliane tradizionali, il processo di incorporazione e comprensione delle fondamenta africane può essere ostacolato. [...] Oserei presentare questa riflessione basata sul fondamento filosofico africano secondo cui la conoscenza valida è quella che ha origine dall'esperienza vissuta. Ciò significa anche che le comunità non sono essenze umane metafisiche, ma un insieme di pratiche sociali millenarie che vengono mantenute e trasmesse intergenerazionalmente attraverso specifici processi educativi” (Nogueira, 2019, pag. 79–80).

La *capoeira* porta nel corpo un'arte e una conoscenza ancestrali; e il *candomblé* è profondamente connesso alle forze del sacro e della natura. Per i popoli indigeni, la posizione di *pajé* (sciamano) è data a coloro che hanno il dono della guarigione e della leadership. Pertanto, le danze, la musica e la parola come forma d'arte sono espressioni sopravvissute alla dominazione e hanno consentito uno spazio per esprimere sentimenti ed emozioni. La saggezza africana e quella di molti popoli aborigeni ancora la cultura e le tradizioni alla natura, all'oralità e al movimento del corpo. Una di queste tradizioni orali africane è il *Griot*, o *Griottes* nel caso delle donne. In particolare oggi queste narratrici nere hanno un ruolo importante nella lotta contro il maschilismo e nei ruoli di leadership nella letteratura, nel cinema e nella preservazione dei valori religiosi di origine africana. Ancora oggi,

c'è una lotta costante contro i pregiudizi e la discriminazione e per preservare le tradizioni orali ancestrali, che coinvolgono corpi unici, radicati nella collettività e che sono in profonda comunicazione con il Cosmo.

Parlare è una rivelazione

“Pertanto, nella cultura scritta, la conoscenza era frutto della mente e non più frutto del corpo; di conseguenza, tutte le altre culture incentrate sul corpo erano etichettate come inferiori o primitive, cioè incapaci di creare una relazione profonda e reale con il mondo. [...] Tuttavia, in varie regioni africane dove la tradizione orale sopravvisse al processo di colonizzazione guidato dagli europei seduti nelle loro biblioteche, il corpo è ancora di fondamentale importanza come produttore di significato e conoscenza. Persino durante la tragica traversata del Kalunga (che significa “grande mare” in lingua bantu), nell’orribile era della tratta degli schiavi verso il Nuovo Mondo, i corpi neri che vivevano nelle culture orali resistettero coraggiosamente all’esercizio quotidiano della violenza inflitta dalle ‘eliche’ della nave. In questo senso, la lotta degli schiavi per salvaguardare la loro memoria avveniva già nelle famigerate navi negriere. Sia sul ponte superiore, dove l’equipaggio della nave costringeva gli schiavi a ballare e cantare per esercitare i loro corpi, sia sul ponte inferiore, dove importanti legami identitari emergevano nei canti di lamento e nelle cospirazioni contro capitani e marinai spietati, il corpo aveva un ruolo essenziale come strumento di resistenza. [...] Così, gli africani che attraversarono l’oceano Atlantico non lasciarono la loro cultura nel loro continente di origine, perché quella cultura non era conservata nei libri o in un luogo specifico, ma ancorata nel loro stesso corpo, in un costante processo di dare un nuovo significato alla loro cultura” (Gonzaga, 2020).

Non solo il corpo, con la sua conoscenza registrata, si salvò attraverso le lotte, ma resistette anche attraverso l’arte e il movimento. Tuttavia, in questa lotta costante e infinita, il corpo subisce gli effetti psicosociali del razzismo. Soffre di squilibri e può ammalarsi. “Radicamento interiore, respirazione e voce –, tacere e non parlare sono ingredienti che alimentano l’isolamento e, di conseguenza, la solitudine. Uno degli effetti del dominio è l’esperienza dell’umiliazione, che diventa un sentimento intimo di vergogna e porta il corpo a un’espressione frenata, contratta, esclusa con un’immagine sociale svalutata che viene giudicata e condannata solo dalla mera presenza del colore della pelle. Queste sono quelle che chiamiamo ferite narcisistiche. Questa condizione porta con sé aspetti come disagio e turbamento. La

vergogna ha molteplici sfaccettature – non essere autorizzati a essere chi sei, essere sostituiti, visti come inferiori, ecc. – e nessuno si sente a suo agio a parlare di tali sentimenti. Le persone cercano abitualmente il riconoscimento e hanno il desiderio di essere ascoltate nella sfera sociale e affettiva e questo è davvero estenuante. È come una lotta in grado di creare ansia e produrre reazioni di tensione muscolare.

È necessario creare possibilità di espressione; innanzitutto dovremmo essere in grado di riconoscerla e chiamarla con il suo nome. <<Parlare dei sentimenti significa liberare la propria voce>> (Francisco, 2020, p. 156).

Dovremmo esercitare un diverso tipo di presenza, in cui ci relazioniamo gli uni con gli altri in complicità, ascoltando ciò che l'altro ha da dire. Solo quando si verifica un tale incontro, ci sarà una relazione che può creare un cambiamento.

Ascoltare è un'arte

L'orecchio comprende strutture chiamate orecchio esterno, orecchio medio e orecchio interno. Il suono viene catturato e poi decodificato, interpretato e compreso dalla corteccia uditiva. Quando incontriamo altre persone, è naturale sentire delle storie. Sappiamo che per evitare errori o interpretazioni errate, è importante ascoltare l'altro lato di una storia, ascoltare entrambe le parti. Le realtà sociali e individuali causate dal razzismo richiedono comprensione e impegno. Stiamo vivendo qualcosa di mal detto, mal detto e malintenzionato, che deve essere combattuto per il bene di tutti. Siamo tutti colpiti, che ci crediamo o no. La storia deve essere appresa oltre che letta. Deve andare oltre l'ascolto: deve essere ascoltata, cioè deve implicare l'essere attivi nella storia, riconoscere luoghi ingiusti per molti e privilegi per pochi e ripensare posizioni prestabilite.

Parlare e risuonare nelle relazioni razziali hanno un'importanza che è investita nei ricordi e nelle storie. In questo senso, è necessario <<valutare l'importanza dell'ascolto come trattamento sociale e psicologico dei conflitti>> (Dunker & Thebas, 2019, p.16).

L'ascoltatore strettamente connesso in quella relazione, è in grado di ascoltare questa storia? È veramente interessato? Questa è una domanda che richiede una risposta e un atteggiamento di auto-esame perché coloro che ascoltano producono effetti su coloro che parlano. Allo stesso tempo, il processo risuona nell'ascoltatore. La verità viene svelata. Sarà un atto di coraggio rivisitare scenari di vita che sembravano normali. L'ascolto va

oltre la comprensione intellettuale. Pervade le viscere e spesso provoca irrequietezza. Non c'è altro modo se vogliamo che da questo incontro emerga una connessione trasformativa.

<<L'ascolto è un'arte che comporta rischi. [...] Inizia ascoltando te stesso. Non solo di ciò che vorresti vedere e trovare in te stesso, ma dell'intera estensione effettiva di ciò che esiste in te stesso, comprese voci indesiderabili, sentimenti inadeguati, segnali controproducenti e messaggi enigmatici. [...] Ascoltare il tuo sé è ignorare se stessi, spogliarsi di ciò che è noto e delle innumerevoli versioni che creiamo e rifacciamo di noi stessi, che la psicoanalisi chiama narcisismo>> (ibid., p. 29–30).

Le società nei paesi colonizzati portano nei loro gesti, parole e sguardi gli atteggiamenti e i valori dei coloni, ponendo l'altro in posizioni inferiori, di solito stabilendo il maschio europeo bianco come superiore. Le società impongono questi valori al mondo come positivi, mentre tutti gli altri popoli e le loro culture sono in una posizione di subalternità. Per secoli, abbiamo avuto difficoltà ad andare d'accordo. Le relazioni sono diventate tossiche e sbilanciate. C'è tensione e conflitto perché ai bianchi vengono concessi solidi privilegi basati su argomenti che sono giustificati in base ai loro punti di vista, mentre i neri e gli indigeni vengono relegati ai margini dello spazio e delle opportunità.

<<È impossibile parlare della storia singola senza parlare di potere. C'è una parola *Igbo* a cui penso ogni volta che penso alle strutture di potere del mondo, ed è *nkali*. È un sostantivo che si traduce liberamente in "essere più grande di un altro". Come i nostri mondi economici e politici, anche le storie sono definite dal principio di *nkali*: come vengono raccontate, chi le racconta, quando vengono raccontate, quante storie vengono raccontate, dipendono in realtà dal potere. [...] Il potere è la capacità non solo di raccontare la storia di un'altra persona, ma di renderla la storia definitiva>> Adichie, 2019, p.11).

Una volta, durante la mia formazione come psicologa, il mio professore di filosofia ha sottolineato che dovremmo sempre leggere e ascoltare le cose in modo critico. Coloro che si considerano parte della storia "vincente" – i bianchi e la bianchezza – e che credono che ci sia una sola verità, ingannano se stessi, si lasciano ingannare e vivono quell'inganno. Ascoltano storie incomplete. Sono certamente nella scena più comoda e conveniente della storia, ma subiscono le conseguenze di un mondo disparitario. Viviamo in

una realtà relazionale ed è attraverso le relazioni che il cambiamento può emergere. Comprendere la diversità culturale e il modo in cui le diverse culture vedono il mondo ci offre non solo più possibilità per una vita migliore, ma migliora anche il nostro ascolto quando a parlare sono persone nere e indigene. Crediamo che l'ascolto porti al radicamento, al rafforzamento dell'identità e, per le persone bianche, ampli il loro sguardo e la capacità di vedere se stessi senza il velo che copre la loro vera immagine di sé.

Nella prefazione al suo libro *Physical Dynamics of Character Structure*, Lowen sottolinea il ruolo attivo del terapeuta corporeo nel lavoro analitico:

<<Tuttavia, richiede una maggiore capacità da parte dell'analista di gestire le tensioni emotive che ne derivano. Se questa capacità manca, l'analista non ha completato la propria preparazione per il compito. Solo con umiltà e candore si osa affrontare faccia a faccia i grandi pozzi di sentimento che giacciono nel profondo degli esseri umani>> (Lowen, 1977, p.16).

Riflettendo su queste parole e aggiornandole ai giorni nostri, portandole nel contesto di un paese multiculturale come il Brasile, osserviamo che il suo passato colonizzato si fa ancora sentire nel presente e nei corpi razzializzati. Pertanto, gli eventi della realtà quotidiana si rifletteranno nel linguaggio e nei corpi relazionali delle persone, e tutto questo entrerà sicuramente nell'ambiente dell'analista. Sia l'analista che il paziente ne saranno influenzati.

Uno dei principi fondamentali della bioenergetica è la respirazione. La respirazione avviene nella gabbia toracica, che contiene i polmoni e il cuore dove si trova il desiderio. Il desiderio è considerato qui come un atto di libertà, una forza che ci costituisce di fronte all'oppressione razzista tra gli altri atti oppressivi. Il processo respiratorio subisce danni; c'è angoscia nel sentire e soffrire. Quando comprendiamo e includiamo questo soffocamento, questo dolore come narrazione e come risultato del colpo razzista, ci consentirà la liberazione di energia e piacere. La capacità di comprendere questa implicazione molto reale che viene sperimentata deve essere presente e inclusa nel processo di ascolto e analisi; altrimenti, il trattamento potrebbe fallire come risultato di una storia non abbracciata, del paziente che non si presenta più e dell'analista escluso dal processo storico e sociale. Dobbiamo comprendere le nostre abitudini e i nostri atteggiamenti per rispettare e prenderci cura di tutti coloro che cercano una vera trasformazione. All'interno di questa linea di pensiero e cura per garantire

l'efficacia del trattamento, rispettando i limiti individuali, l'analista fungerà da catalizzatore che può o meno accelerare il processo terapeutico. È fondamentale essere consapevoli della storia sociale e culturale in tutta la sua complessità. Il processo terapeutico richiede pazienza, perseveranza e costante autoconoscenza da parte dello psicoterapeuta e fiducia da parte del paziente. Anche quando si presta la massima attenzione, è importante avere chiaro che soffriamo le difficoltà di una società disparitaria.

<<La tensione tra bianchi e neri è reale. La nostra attenzione deve essere intensificata per non riprodurre esperienze traumatiche; altrimenti, gli analisti saranno ben lontani dall'essere veri agenti trasformativi>> (Francisco, 2020, p.267–268).

Quindi, come psicoterapeuti, siamo portati a una sorta di complicità in termini di responsabilità quando accogliamo i nostri pazienti. È importante esercitare un diverso tipo di presenza in cui entrambi i corpi sono influenzati dagli eventi e sono in costante dialogo. È responsabilità degli analisti corporei essere attenti alla gestione delle tecniche e all'ascolto in questa singolarità.

Bibliografia

- Adichie C.N. (2019). *O perigo de uma história única*. São Paulo: Companhia das Letras, São Paulo (Ebook).
- Black Lives Matter. Disponibile su https://pt.wikipedia.org/wiki/Black_Lives_Matter (accessed: Aug 13, 2020).
- Donato D. (2016) *As quatro funções da escutade Pierre Schaeffer e sua importância no projeto teórico do Traité*. *Debates*,Unirio,16:32–51, Disponibile su: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4122518/mod_resource/content/0/%20as%204%20escutas%20-%20Davi%20Donato.pdf (accessed: Aug 13, 2020).
- Dunker C., & Thebas C. (2019). *O palhaço e o psicanalista: como escutar os outros pode transformar vidas*. São Paulo: Planeta do Brasil (Ebook).
- Francisco M.C. (2020). *Olhos negros atravessaram o mar – O corpo negro em cena na análise corporal: Bioenergética e Biossíntese*. Barcelona: Hakabooks.
- Gaiarsa J.A. (1994). *Respiração, angústia e renascimento*. São Paulo: Ícone Editora.
- Gonzaga R. *O corpo africano: “gramática” do Cosmos*. Artigo, AFREAKA. Available online: <http://www.afreaka.com.br/notas/o-corpo-africano-gramatica-cosmos/> (accessed: Aug 13, 2020)
- Lima T., Nascimento I., & Oliveira A. (Orgs). (2009). *Griots-culturas africanas: linguagem, memória, imaginário*, 1a. edição, Lucgraf, Natal. Available online:

https://muralafrica.paginas.ufsc.br/files/2011/11/griots_livro.pdf (accessed: Aug 13, 2020).

Lowen A. (1977). *O Corpo em terapia: a abordagem bioenergética*. São Paulo: Summus.

Nogueira S.G. (2019). *Libertação, descolonização e africanização da psicologia: breve introdução à psicologia africana*. São Carlos: EdUFSCar.

Soares A., & Teixeira N. (2016). *O corpo: olhares diversos*. Manaus: Edua.

L'impatto della guerra e degli spostamenti forzati sulla salute mentale dei bambini: approcci multilivello, trauma informed e orientati ai bisogni

di David Bürgin, Dimitris Anagnostopoulos; the Board and Policy Division of ESCAP, Benedetto Vitiello, Thorsten Sukale, Marc Schmid, Jörg M Fegert

Tratto da: Bürgin D, Anagnostopoulos D; Board and Policy Division of ESCAP; Vitiello B, Sukale T, Schmid M, Fegert JM. Impact of war and forced displacement on children's mental health-multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches. Eur Child Adolesc Psychiatry. 2022 Jun;31(6):845-853. doi: 10.1007/s00787-022-01974-z. PMID: 35286450; PMCID: PMC9209349.

Riassunto

La guerra e le aggressioni militari ai bambini devono essere considerate una violazione dei loro diritti umani fondamentali e possono avere un impatto persistente sulla loro salute fisica e mentale e sul loro benessere, con conseguenze a lungo termine per il loro sviluppo. Questo editoriale sulla politica di definizione dell'ambito mira ad aiutare a guidare il supporto alla salute mentale per le giovani vittime di guerra attraverso una panoramica del peso diretto e indiretto della guerra sulla salute mentale dei bambini. Evidenziamo approcci multilivello, orientati alle necessità e *trauma informed* per riacquistare e sostenere la sicurezza esterna e interna dopo l'esposizione al trauma della guerra. L'impatto della guerra sui bambini è tremendo e pervasivo, con molteplici implicazioni, tra cui risposte immediate allo stress, aumento del rischio di specifici disturbi mentali, disagio per la separazione forzata dai genitori e paura per la sicurezza personale e familiare. Pertanto, le esperienze che i bambini devono sopportare durante e come conseguenza della guerra sono in netto contrasto con i loro bisogni di sviluppo e il loro diritto a crescere in un ambiente fisicamente ed emotivamente sicuro e prevedibile. Gli interventi di salute mentale e psicosociali per i bambini colpiti dalla guerra dovrebbero essere multilivello, specificamente mirati alle esigenze del bambino, trauma informed e orientati alla forza e alla resilienza.

DOI: 10.53233/CI2024 - 002006

Gli interventi di supporto immediati dovrebbero concentrarsi sulla fornitura di risorse fisiche ed emotive di base e di cure ai bambini per aiutarli a riacquistare sia la sicurezza esterna che quella interiore. Lo screening e la valutazione del carico di salute mentale del bambino e delle risorse sono indicati per informare gli interventi mirati. Un crescente corpo di ricerca dimostra l'efficacia e l'efficienza degli interventi *evidence based*, dagli interventi di gruppo a bassa soglia e a breve termine alla psicoterapia individuale. Ovviamente, supportare i bambini comporta anche abilitare e supportare i genitori nella cura dei loro figli, nonché fornire infrastrutture post-migrazione e ambienti sociali che promuovano la salute mentale. I sistemi sanitari in Europa dovrebbero intraprendere uno sforzo concertato per soddisfare le crescenti esigenze di salute mentale dei bambini rifugiati, direttamente esposti e traumatizzati dalla recente guerra in Ucraina, nonché di quelli indirettamente colpiti da questi eventi. L'attuale crisi richiede un'azione politica e un impegno collettivo, insieme a linee guida da parte dei professionisti della salute mentale su come ridurre i danni nei bambini esposti direttamente o indirettamente alla guerra e alle sue conseguenze.

Parole chiave

Bambini, guerra, rifugiati, migrazione forzata, salute mentale, peso, diritti umani, diritti dei bambini, psicopatologia, disturbo da stress post-traumatico, depressione, ansia, trauma

Impact of war and forced displacement on children's mental health—multilevel, needs-oriented, and trauma-informed approaches

by David Bürgin, Dimitris Anagnostopoulos; the Board and Policy Division of ESCAP, Benedetto Vitiello, Thorsten Sukale, Marc Schmid, Jörg M Fegert

Abstract

The infliction of war and military aggression upon children must be considered a violation of their basic human rights and can have a persistent impact on their physical and mental health and well-being, with long-term consequences for their development. Given the recent events in Ukraine

with millions on the flight, this scoping policy editorial aims to help guide mental health support for young victims of war through an overview of the direct and indirect burden of war on child mental health. We highlight multilevel, need-oriented, and trauma-informed approaches to regaining and sustaining outer and inner security after exposure to the trauma of war. The impact of war on children is tremendous and pervasive, with multiple implications, including immediate stress-responses, increased risk for specific mental disorders, distress from forced separation from parents, and fear for personal and family's safety. Thus, the experiences that children have to endure during and as consequence of war are in harsh contrast to their developmental needs and their right to grow up in a physically and emotionally safe and predictable environment. Mental health and psychosocial interventions for war-affected children should be multileveled, specifically targeted towards the child's needs, trauma-informed, and strength- and resilience-oriented. Immediate supportive interventions should focus on providing basic physical and emotional resources and care to children to help them regain both external safety and inner security. Screening and assessment of the child's mental health burden and resources are indicated to inform targeted interventions. A growing body of research demonstrates the efficacy and effectiveness of evidence-based interventions, from lower-threshold and short-term group-based interventions to individualized evidence-based psychotherapy. Obviously, supporting children also entails enabling and supporting parents in the care for their children, as well as providing post-migration infrastructures and social environments that foster mental health. Health systems in Europe should undertake a concerted effort to meet the increased mental health needs of refugee children directly exposed and traumatized by the recent war in Ukraine as well as to those indirectly affected by these events. The current crisis necessitates political action and collective engagement, together with guidelines by mental health professionals on how to reduce harm in children either directly or indirectly exposed to war and its consequences.

Keywords

Children, War, Refugee, Forced migration, Mental health, Burden, Human rights, Children's rights, Psychopathology, Post-traumatic stress disorder, Depression, Anxiety, Trauma.

Contesto e introduzione

“I bambini sono sia la nostra ragione per eliminare gli aspetti peggiori dei conflitti armati sia la nostra migliore speranza di successo in tale compito.”
Dame Graça Machel, attivista per i diritti umani, ex first lady del Mozambico e del Sudafrica (1996).

La “Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti dell’infanzia” (UNCRC), ratificata da quasi tutte le nazioni del mondo, afferma i diritti fondamentali dei bambini e in particolare il diritto alla vita, alla salute e allo sviluppo, vieta la discriminazione e richiede mandati per la protezione degli interessi dei bambini [1, 2]. In una risoluzione successiva, il Consiglio di sicurezza delle Nazioni Unite ha adottato l’UNCRC con un Protocollo opzionale all’UNCRC sui “Diritti del bambino sul coinvolgimento dei bambini nei conflitti armati”, e ha stabilito che la violenza contro i bambini nei conflitti armati rappresenta una minaccia per la pace, la sicurezza e lo sviluppo durevoli [3, 4]. L’inflizione di guerra e aggressione militare ai bambini può quindi essere considerata una violazione dei diritti umani fondamentali dei bambini. Da una prospettiva evolutiva e psicopatologica, può causare un deterioramento persistente della salute, del benessere e del potenziale di sviluppo. L’esposizione alla guerra, la vita in zone di conflitto, la fuga e la migrazione forzata possono creare o aumentare ampie sequele di rischi diretti e indiretti per la salute fisica e mentale, in particolare per i bambini e i loro tutori, e priva i bambini di opportunità di sviluppo e risorse di base. Gli effetti sulla salute dei bambini derivano dalla violenza effettiva contro se stessi e le loro famiglie e da un’assistenza sanitaria inadeguata, malnutrizione, malattie infettive e disagio causato alle loro famiglie [5–8]. Per quanto riguarda la salute materna e infantile, gli studi mostrano una tendenza verso peggiori esiti correlati alla gravidanza, come un tasso più elevato di nascite premature tra le madri rifugiate, tassi più elevati di nati morti, bambini con basso peso alla nascita e aumenti della mortalità prenatale e postnatale [5, 9, 10]. Il peso globale delle conseguenze sulla salute mentale della guerra e della migrazione è enorme, con alti tassi di prevalenza di depressione e disturbo da stress post-traumatico (PTSD) nei paesi colpiti dalla guerra [11–13]. La fuga e la migrazione forzata sono ulteriori fattori di rischio per la salute mentale dei bambini, ancora di più per i minori non accompagnati separati dai genitori [10]. Oltre alle conseguenze per la salute fisica e mentale, i conflitti armati infliggono costi elevati in quanto i servizi sociali di base si deteriorano, le divisioni comunitarie

esistenti si ampliano, le economie locali crollano, la scuola viene interrotta e le opportunità educative diminuiscono [14, 15]. Presi insieme, i rischi inflitti dalla guerra, dalla vita in zone di conflitto, dalla fuga e dalla migrazione forzata ai bambini sono molteplici e potrebbero avere impatti per tutta la vita sul benessere fisico, mentale, sociale e sullo sviluppo. Nel rapporto dell'UNICEF *The State of the World's Children 2021*, la pandemia di COVID è considerata la punta dell'iceberg della salute mentale, che è stata ignorata per troppo tempo [16]. Il peso sulla salute mentale inflitto ai bambini europei dalla recente guerra in Ucraina è la parte dell'iceberg che ha il potenziale di affondare la nave. Oltre ai bambini direttamente colpiti dalla guerra, anche tutti gli altri bambini in Europa potrebbero essere colpiti indirettamente poiché i media portano la guerra in ogni casa. Ciò aggiunge un ulteriore livello di insicurezza e ansia ai bambini che sono già gravati dalla pandemia di COVID che è stata accompagnata da livelli più elevati di ansia e una ridotta qualità della vita [17, 18]. Pertanto, l'attuale crisi richiede un'azione politica e un impegno collettivo per prevenire e ridurre i danni ai bambini, supportando al contempo tutti coloro che sono coinvolti nella loro cura. L'obiettivo di questo editoriale sulla politica di definizione dell'ambito è aiutare a guidare il supporto alla salute mentale per le giovani vittime di guerra attraverso una panoramica del peso diretto e indiretto della guerra sulla salute mentale dei bambini e degli approcci multilivello, orientati al bisogno e *trauma informed* per riacquistare e mantenere la sicurezza esteriore e interiore dopo l'esposizione al trauma della guerra.

Metodi

A causa della complessità e dell'urgenza dell'obiettivo della ricerca e dello scopo di evidenziare una guida tempestiva per gli operatori sanitari e i soccorritori, considerando il recente scoppio della guerra in Ucraina, abbiamo cercato studi che valutassero e affrontassero l'impatto della guerra e della fuga sulla salute mentale dei bambini nelle principali zone di conflitto e di guerra. È stata eseguita una revisione selettiva della letteratura utilizzando più strategie di ricerca. È stata condotta una ricerca bibliografica di pubblicazioni pertinenti fino al 1° marzo 2022 utilizzando i database PubMed e Google Scholar. Le seguenti parole chiave sono state utilizzate in diverse combinazioni: “bambini”, “guerra”, “fuga”, “trauma”, “trauma informed” e “salute mentale”. Per questa revisione, l'infanzia è stata definita come età inferiore ai 18 anni secondo la UNCRC [2] e “bambini” si riferisce

a questa fascia di età se non diversamente specificato in modo esplicito. Sono stati esaminati gli elenchi di riferimenti bibliografici di revisioni pertinenti per possibili studi aggiuntivi. Gli studi sono stati valutati qualitativamente.

Impatto della guerra e dello sfollamento forzato sulla salute mentale dei bambini

Disagio psicologico immediato e reazioni di stress nei bambini

“Non ci vuole molta immaginazione per pensare alle esperienze che i bambini possono aver avuto nel fuggire dalle loro case sotto minaccia, assistere a combattimenti e distruzione, vedere atti violenti diretti ai loro cari, lasciare i loro amici e beni, marciare o essere trasportati in veicoli affollati, trascorrere mesi in campi di transito e infine trovare un sollievo temporaneo in un paese in pace mentre le autorità decidono se alla famiglia può essere concesso il permesso di rimanere legalmente e indefinitamente.”
Yule [8, p. 696].

I bambini esposti alla guerra e alla fuga mostrano un'ampia gamma di possibili reazioni di disagio e stress, ad esempio paure specifiche, comportamento di dipendenza, pianto prolungato, mancanza di interesse per l'ambiente e sintomi psicosomatici, nonché comportamenti aggressivi [19–23]. Anche il gioco dei bambini può essere influenzato, ad esempio con l'emergere di temi morbosi, restrizioni nel gioco di fantasia e ritiro sociale [23–25]. È importante comprendere che non è solo la natura “oggettiva” dell'esperienza specifica ad essere importante, ma anche il modo in cui ogni bambino percepisce, valuta e interpreta soggettivamente tale esperienza [8]. Pertanto, possono esserci enormi differenze nelle reazioni allo stress dei bambini a ciò che dall'esterno può sembrare un'esperienza simile [8]. Inoltre, è importante considerare che i bambini rispondono in modo diverso allo stress delle esposizioni violente a seconda del loro livello di sviluppo e che è necessario comprendere tali reazioni allo stress nel contesto del loro sviluppo socio-emotivo e cognitivo [26]. Nel complesso, le reazioni allo stress dei bambini comprendono un'ampia gamma di potenziali reazioni emotive e comportamentali a diverse esperienze angoscianti che dipendono

non solo dalla natura oggettiva dell'esperienza, ma anche dalla percezione soggettiva del bambino.

Stress post-traumatico, ansia e disturbi depressivi

Accanto alle reazioni allo stress immediato nei bambini, gli studi mostrano una maggiore prevalenza di alcuni disturbi mentali tra i bambini durante e dopo il conflitto rispetto alla popolazione generale [27]. La maggior parte degli studi si è concentrata principalmente sul PTSD come risultato primario, mentre altri hanno valutato anche la depressione e i disturbi d'ansia [27]. In generale, molteplici meta-analisi documentano un elevato carico di disturbi mentali e psicopatologia sulle popolazioni colpite da conflitti, sfollate internamente e rifugiate [28–33]. Una meta-analisi di otto studi su bambini e adolescenti rifugiati e richiedenti asilo ha riportato una prevalenza del 22,7% di PTSD, del 13,8% di depressione e del 15,8% di disturbi d'ansia [29, 30]. Questi dati sollevano preoccupazione, poiché gli studi stimano che il numero assoluto di bambini esposti alla guerra tra il 1989 e il 2015 sia di circa 400 milioni [11, 12].

L'elevato carico psicologico sui rifugiati sottolinea la necessità di un'assistenza sanitaria mentale continua oltre il periodo iniziale di reinsediamento [29, 30]. Alcuni studi mostrano che la prevalenza di disturbi mentali nei primi anni di reinsediamento aumenta solo chiaramente per il PTSD, tuttavia 5 anni dopo il reinsediamento si riscontra un aumento anche dei tassi di disturbi depressivi e d'ansia [34]. Una meta-analisi sui fattori di rischio per il PTSD nei bambini mostra che i fattori pre-traumatici e le misure oggettive associate all'evento stesso generano solo effetti da piccoli a medi, mentre sono state riscontrate dimensioni dell'effetto da medie a grandi per molti fattori associati all'esperienza soggettiva dell'evento e variabili post-traumatiche, come basso supporto sociale, minaccia di vita percepita, ritiro sociale, scarso funzionamento familiare e soppressione del pensiero [35]. Questi risultati indicano che i fattori peri-traumatici e i fattori post-evento hanno un ruolo importante nello sviluppo del PTSD nei bambini [35]. Nel complesso, questi rapporti evidenziano l'urgente necessità di sostegno durante e dopo l'esposizione alla guerra, nonché di assistenza sanitaria mentale a lungo termine per i giovani e le famiglie in fuga dalla guerra e in cerca di rifugio.

Conseguenze estese: separazione dai genitori, perdita di sicurezza esterna e interiore

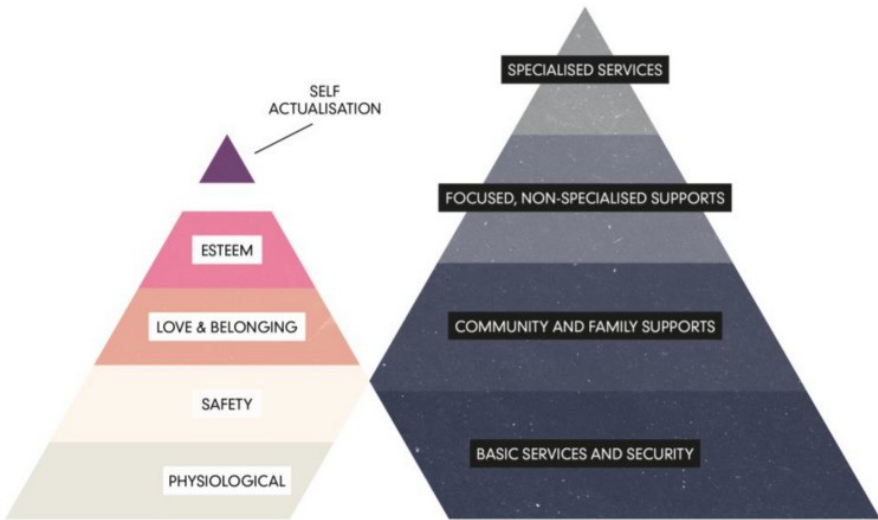
Durante la guerra, i bambini spesso vengono separati da uno o entrambi i genitori. La ricerca sull'attaccamento ha mostrato le conseguenze dannose della privazione e della separazione dai genitori in una varietà di contesti e circostanze [36, 37]. Nel complesso, la ricerca ha scoperto che la separazione genitore-figlio ha costantemente effetti negativi sullo sviluppo socio-emotivo, sul benessere e sulla salute mentale dei bambini [38]. Un altro problema importante durante la fuga dal pericolo è la perdita di luoghi sicuri in cui vivere con conseguenti alti livelli di stress prolungato. All'interno della teoria della sicurezza sociale, si pensa che gli schemi cognitivi della sicurezza sociale si sviluppino durante l'infanzia e l'adolescenza in relazione alla valutazione che un bambino fa di se stesso, del mondo sociale e del futuro proiettato [39]. Tali percezioni sono modellate dalle situazioni reali che il bambino incontra (ad esempio, esposizione ad abusi e violenza) e dal significato e dalle narrazioni che le persone in generale, e i loro genitori in particolare, attribuiscono a tali eventi [39]. Pertanto, i bambini esposti alla guerra vengono privati della loro sicurezza a più livelli, dal sentimento individuale di essere al sicuro durante la separazione e la perdita della vita familiare, all'essere lontani dagli amici, dalle loro case, città e talvolta persino dai loro paesi.

Nel complesso, l'impatto della guerra sui bambini è enorme, e va dalle risposte immediate allo stress e dal rischio aumentato di specifici disturbi mentali (PTSD, depressione e ansia) alle ampie conseguenze della separazione dai genitori e della perdita di sicurezza. Pertanto, le esperienze dei bambini durante e subito dopo la guerra sono in netto contrasto con la necessità e il diritto di svilupparsi in un ambiente sicuro, protetto e prevedibile [8].

Approcci multilivello, orientati alle esigenze e *trauma informed* che mirano a ridurre l'impatto della guerra sulla salute mentale dei bambini

Gli interventi a sostegno dei bambini colpiti dalla guerra dovrebbero essere completi, sostenibili e privi di danni [40]. Il supporto dovrebbe essere multilivello, orientato alla resilienza, multidisciplinare e adattato alle esigenze di sottogruppi e individui [40, 41]. La piramide di intervento

multilivello per la salute mentale e il supporto psicosociale nelle emergenze proposta dall'Inter-Agency Standing Committee (IASC) [42] include quattro livelli di intervento: fornitura di servizi di base e sicurezza, supporto alla comunità e alla famiglia, supporto non specializzato mirato e supporto specializzato (vedere Fig. 1, a destra). In una tale comprensione multilivello dell'intervento, tutti i livelli della piramide sono importanti e dovrebbero idealmente essere implementati contemporaneamente in base alle esigenze dell'individuo. Una tale comprensione multilivello dell'intervento è strettamente collegata a una comprensione socioecologica e multisistemica della resilienza, dove la resilienza è collegata alla capacità di un individuo di sfruttare le risorse, ma anche alle risorse fornite per essere sfruttate [43, 44]. Pertanto, sono necessari approcci multisistemici e multilivello.



Piramide di sinistra: gerarchia dei bisogni fondamentali (dei bambini) [45, 46]. Piramide di destra: piramide di intervento multilivello per la salute mentale e il supporto psicosociale nelle emergenze; all'interno di questa piramide tutti gli strati della piramide sono importanti e dovrebbero idealmente essere implementati contemporaneamente [42]

Le esperienze che i bambini in guerra e quelli in cerca di rifugio affrontano sono in netto contrasto con ciò che può essere considerato come bisogni fondamentali di ogni bambino: bisogni fisiologici e di sicurezza di base, tra cui il bisogno di riparo e cibo; bisogno di sicurezza e protezione;

bisogno di continuità di cure da parte di una persona cara; e bisogno di una buona istruzione e opportunità di sviluppo e prosperità [8, 46]. I bisogni umani di base sono stati descritti da Maslow [45] nella sua gerarchia dei bisogni di base visualizzati come una piramide (vedi Fig. 1, a sinistra) e discussi nel contesto dello sviluppo del bambino [46, 47]. Questi e altri bisogni di base rappresentano anche diritti riconosciuti, tra cui il diritto di essere protetti durante la guerra e il diritto di ricevere aiuto se colpiti dalla guerra per riacquistare salute e dignità (Articoli 38 e 39, [1, 2]). Che si viva in una zona di guerra, si sia in volo o si soggiorni in un nuovo paese che offre rifugio, i bisogni dei bambini dovrebbero essere valutati correttamente e di conseguenza soddisfatti, dai bisogni fisiologici più basilari per poi salire lungo la piramide. Gli sforzi e gli interventi di aiuto multilivello dovrebbero essere *trauma informed* e, in quanto tali, “fondati sulla comprensione e sulla reattività all’impatto del trauma, che enfatizzi la sicurezza fisica, psicologica ed emotiva sia per gli operatori che per i sopravvissuti e che crei opportunità per i sopravvissuti di ricostruire un senso di controllo, autoefficacia e empowerment” [48, p. 82]. L’assistenza *trauma informed* si basa su tre pilastri importanti: sicurezza, connessioni e gestione delle emozioni [49]. Cerca quindi di tradurre la ricerca sul trauma in pratica per informare e migliorare gli sforzi di assistenza, affrontare concretamente il trauma e promuovere la resilienza migliorando così i risultati [50]. Nel complesso, il supporto e l’intervento per la salute mentale e psicosociale per i bambini colpiti dalla guerra dovrebbero essere multilivello, mirati ai bisogni del bambino, dai bisogni fisici di base in su, e dovrebbero essere *trauma informed* e quindi orientati alla forza e alla resilienza.

Interventi multilivello per bambini esposti alla guerra e alla migrazione forzata

(a) Fornire aiuti e interventi immediati

Gli aiuti umanitari immediati devono essere mirati a soddisfare i bisogni fisiologici e di sicurezza esterna di base dei bambini e devono garantire loro l’accesso ai servizi di base e la sicurezza da danni diretti (livelli inferiori di bisogni e piramidi di intervento nella Fig. 1). Questi servizi di base includono la fornitura di cibo, riparo, acqua e assistenza sanitaria di base, stabiliti in modi partecipativi, sicuri e socialmente appropriati [42]. L’esame

degli interventi per i bambini colpiti dalla guerra sottolinea “l’importanza di fornire ai bambini sicurezza e un senso di protezione, nonché di soddisfare i bisogni di base e di stabilire un rapporto di fiducia con il bambino” [51]. Tali interventi non specifici hanno l’obiettivo di ridurre lo stress, di fornire aree e rifugi sicuri; di ripristinare o riattivare i fattori protettivi [52]. Costruendo e aggiungendo servizi di base, il primo soccorso psicologico dovrebbe mirare a ridurre il disagio iniziale post-trauma e a supportare il funzionamento adattivo [53]. Il primo soccorso psicologico consiste in otto azioni fondamentali che riguardano: contatto e coinvolgimento, sicurezza e comfort, stabilizzazione, raccolta di informazioni, assistenza pratica, connessione con i supporti sociali, informazioni sul supporto di *coping* e collegamento con servizi collaborativi [53, 54]. Da una prospettiva *trauma informed* , è importante ricostruire un po’ di normalità nell’anormale. Ciò potrebbe includere la ricostruzione di strutture e routine quotidiane, la fornitura di luoghi sicuri in cui i bambini possano giocare e interagire con gli altri, la fornitura di offerte di relazioni ai bambini e quindi l’opportunità di parlare di emozioni, di essere consapevoli di sé stessi e degli altri e di avere l’opportunità di regolare le proprie emozioni con un caregiver.

(b) Valutare e selezionare il carico e i bisogni di salute mentale

Quando si guidano gli sforzi di aiuto, è importante riconoscere che alcuni bambini potrebbero “solo” aver bisogno di un senso di sicurezza e supporto da parte della famiglia e delle persone vicine, mentre altri potrebbero aver bisogno di un supporto psicosociale più complesso e mirato che affronti le diverse reazioni allo stress e i problemi emotivi e comportamentali che si manifestano [8]. Pertanto, è necessario un modello di intervento graduale con un approccio di assistenza graduale [42, 55, 56]. Per tale approccio è indicata la valutazione dei bisogni dei bambini e quindi uno screening del loro carico di salute mentale [55]. L’individuazione attraverso una valutazione adeguata e il successivo trattamento dei problemi di salute mentale tra i bambini rifugiati dovrebbe essere una priorità per ridurre la morbilità associata alla guerra [57]. Valutare i bisogni dei bambini più piccoli può essere particolarmente difficile [23, 57, 58]. Utilizzare strumenti convalidati per valutare le circostanze dei minori rifugiati che possono essere facilmente e ampiamente implementabili, come negli strumenti di screening basati online, è di grande importanza (come ad esempio implementato all’interno di “PORTA”) [59–61]. Una valutazione e uno

screening adeguati del carico e dei bisogni di salute mentale dei bambini e delle loro risorse sono una preconditione per un intervento indicato e mirato.

(c) Fornire interventi basati sull'evidenza per gruppi e individui

Sulla base di una valutazione individuale del carico e dei bisogni dei bambini, dovrebbero essere resi disponibili trattamenti basati sull'evidenza appropriati, efficienti ed efficaci. Esistono diverse forme di programmi e trattamenti, che vanno dagli interventi di gruppo a soglia più bassa implementati da non specialisti alla psicoterapia individuale focalizzata sul trauma da parte di professionisti qualificati [62–65]. Con un approccio di cura graduale in mente, interventi con soglie di partecipazione più basse e meno sedute possono essere implementati in contesti di gruppo per ridurre il carico di salute mentale dei minori, ad esempio come implementato nel programma *Mein Weg* (inglese *My Way*) [20, 21, 66]. Un altro programma a bassa soglia a breve termine è START (Stress-Trauma symptoms-Arousal-Regulation-Treatment), per il quale ci sono prove preliminari di efficacia nel migliorare la regolazione delle emozioni negli adolescenti con esposizioni traumatiche e che è stato recentemente adattato e testato in adolescenti rifugiati [67–69]. In una meta-analisi di 36 studi, si è scoperto che diversi trattamenti avevano dimensioni complessive di effetto elevate, con interventi in classe basati sull'evidenza che mostravano dimensioni dell'effetto di pari entità rispetto ad altre terapie individuali [62, 63]. In una revisione di 25 interventi basati sull'evidenza per bambini e giovani colpiti da conflitti armati, diversi elementi sono stati osservati in oltre il 50% dei protocolli di intervento [62]. Questi elementi includevano: promozione dell'accesso, psicoeducazione per bambini e genitori, creazione di intuizioni, tecniche di creazione di rapporti, strategie cognitive, uso di narrazioni, tecniche di esposizione e prevenzione delle ricadute [62]. Nel complesso, un crescente corpo di ricerca dimostra l'efficacia e l'efficienza degli interventi basati sull'evidenza, dagli interventi di gruppo a bassa soglia e a breve termine agli interventi psico-evidenti individualizzati e a lungo termine.

(d) Fornire infrastrutture post-migrazione e ambienti sociali appropriati che favoriscano la salute mentale

Per un aiuto a lungo termine, è importante considerare la fornitura di infrastrutture fisiche appropriate in cui le persone in cerca di rifugio possano riacquistare e mantenere la propria salute mentale. I peggiori risultati in termini di salute mentale si riscontrano nei rifugiati che vivono in sistemazioni istituzionali con limitate opportunità economiche. È probabile che gli aiuti umanitari che migliorano le condizioni di vita abbiano un impatto positivo anche sulla salute mentale [33]. Inoltre, i fattori successivi alla migrazione possono moderare la capacità di coloro che cercano rifugio di riprendersi dal trauma pre-migrazione, sottolineando l'importanza di affrontare gli stress post-migrazione per migliorare la salute mentale [70]. Con una prospettiva *trauma informed*, sono necessarie infrastrutture e ambienti sociali che offrano ai bambini l'opportunità di svilupparsi in un ambiente sicuro che sia appropriato per quanto riguarda l'interazione sociale, l'istruzione e la promozione della forza. Nel complesso, sono necessarie strutture post-migrazione che soddisfino le esigenze "superiori" dei bambini oltre a fornire sicurezza iniziale. Ciò include l'interazione sociale e un senso di appartenenza, istruzione e una promozione dei punti di forza individuali.

(e) Sostenere i genitori durante e dopo la guerra

Sostenere i bambini significa anche sostenere i genitori e consentire loro di prendersi cura dei figli. Gli studi hanno dimostrato che i genitori più esposti alla guerra mostrano meno calore e più durezza nei confronti dei figli, il che spiega in parte l'adattamento dei bambini [71]. Nel complesso, gli studi hanno costantemente documentato la natura protettiva del sostegno genitoriale sulla salute mentale dei bambini nei conflitti armati [72]. Nei bambini in età prescolare, gli studi mostrano la sensibilità e la regolazione emotiva, lo stile di attaccamento e i sintomi di PTSD delle madri come moderatori centrali tra esposizioni traumatiche e conseguenze sulla salute mentale dei loro figli [73]. Tali risultati sono emersi anche tra la psicopatologia dei genitori e dei bambini [23]. Un altro moderatore dell'associazione esposizione-esito per i bambini è l'ambiente familiare e il funzionamento genitoriale [23]. In generale, gli interventi nelle zone di guerra dovrebbero garantire il minimo disagio alle comunità e alle famiglie

e, ove possibile, dovrebbero coinvolgere i genitori in programmi di prevenzione o trattamento per i bambini [74]. Pertanto, promuovere uno sviluppo sano dei bambini colpiti dalla guerra dovrebbe anche concentrarsi sul sostegno dei loro genitori. In particolare, aiutare i genitori a mantenere interazioni calde nonostante le atrocità della guerra, limitando così il più possibile la durezza, potrebbe favorire un sano adattamento del bambino [71].

(f) Sostenere i bambini colpiti indirettamente

La guerra non colpisce solo i bambini direttamente esposti, ma anche quelli indirettamente colpiti attraverso i mass media che portano le immagini della guerra nelle case. I bambini non possono proteggersi dai temi affrontati nelle notizie e dalle onnipresenti immagini di guerra in televisione, sui giornali e sui social media. L'ansia percepita della guerra nei genitori potrebbe portare a una perdita del senso di sicurezza e a un'ansia aumentata nei bambini. Come discusso sopra, gli schemi cognitivi della sicurezza sociale si sviluppano durante l'infanzia e l'adolescenza in relazione alla valutazione che un bambino fa di se stesso e del mondo sociale circostante e dal significato e dalle narrazioni che le persone in generale e i loro genitori in particolare attribuiscono a tali eventi [39]. I bambini colpiti indirettamente dalla guerra, per lo più non vengono separati dalle loro famiglie e non devono lasciare i loro amici, la casa e la città, ma possono sperimentare questa minaccia sociale a livello collettivo, sentendo parlare di missili e deterrenza nucleare. Considerando la pandemia di COVID e il suo peso sulle famiglie con livelli già elevati di ansia e problemi di salute mentale e una ridotta qualità della vita dei bambini e dei genitori [17, 18, 75–79], l'attuale sensazione di insicurezza ha il potenziale per creare un doppio pericolo. I bambini e gli adolescenti vulnerabili devono quindi far fronte sia alla guerra in Europa sia alle conseguenze di una pandemia durata due anni. Questa situazione creerà probabilmente ulteriori sfide e lotte per i fornitori di servizi psichiatrici per bambini e adolescenti che affrontano le crescenti esigenze di salute mentale post-COVID. Come possono i genitori parlare ai propri figli? È importante trovare un equilibrio tra dire la verità sulle avversità della guerra e trasmettere comunque speranza e segnali di sicurezza fisica ed emotiva. È importante proteggere i bambini dalla costante inondazione di informazioni schiaccianti sulla situazione attuale, in particolare dalle immagini inquietanti nei media e a volte spegnere i propri dispositivi. Fornire opportunità di relazione e incoraggiare i bambini a

parlare dei propri sentimenti e a condividere i propri sentimenti può essere utile. Molto può essere fatto anche attraverso semplici azioni concrete per sostenere i bambini e le famiglie direttamente colpite dalla guerra, come donazioni di denaro o vestiti. Quando i bambini vedono che i genitori fanno qualcosa per i bambini rifugiati, ciò potrebbe aiutare a collegare il loro stress a un contesto essenziale di significato e azione.

Implicazioni per la psichiatria infantile e adolescenziale europea

Considerando l'impatto diretto o indiretto della guerra sulla salute mentale dei bambini: come possono contribuire i servizi psichiatrici infantili e adolescenziali europei e in particolare la Società europea per la psichiatria infantile e adolescenziale (ESCAP)?

Lo scoppio della guerra in Ucraina e l'elevato carico sulla salute mentale dei bambini a seguito della pandemia di COVID sottolineano la necessità di concentrarsi sulla salute mentale e su un aiuto e un intervento adeguati per chi ne ha bisogno. Dovremmo supportare i nostri colleghi in Ucraina, Russia e nei paesi in cui le persone trovano rifugio, ad esempio, fornendo aiuto ai colleghi e al personale di emergenza. Continueremo a sostenere le crescenti esigenze di salute mentale dei bambini nella situazione attuale. Con la speranza che le nazioni europee forniscano nuovi fondi e risorse per affrontare le crisi di salute mentale dei bambini e per avviare programmi su larga scala per contrastare queste sfide. È necessario un *follow-up* longitudinale e orientato allo sviluppo poiché lo stress traumatico precoce e cronico spesso non guarisce naturalmente in coloro che ne sono fortemente colpiti [80–82]. La salute mentale dei bambini è stata messa a dura prova a causa di recenti crisi e avversità, e la pandemia di COVID e la guerra in Ucraina hanno creato un recente doppio pericolo. Questi tuttavia possono essere visti come episodi attuali di un continuum di crisi all'interno dell'Europa, ai suoi confini e in tutto il mondo, che costituiscono un impatto negativo cumulativo sulla salute mentale, il benessere e lo sviluppo dei bambini, per citarne due: le attuali crisi dei rifugiati intorno al Mediterraneo e le future implicazioni del cambiamento climatico sulla salute mentale dei bambini [76]. L'attuale crisi mostra anche che i bambini nelle nostre stesse sfere europee sono colpiti dalla guerra, ma che dobbiamo essere consapevoli del numero molto più elevato di famiglie colpite dalla guerra in tutto il mondo [13]. Per rispondere a questa esigenza, l'Unione Europea e altre nazioni devono investire nel futuro dei bambini del mondo, poiché sono,

nelle parole di Dame Graça Machel (1996), “sia la nostra ragione per eliminare gli aspetti peggiori del conflitto armato sia la nostra migliore speranza di riuscire in tale incarico”. Quindi, è tempo di unirci e dare il massimo per proteggere e sostenere i nostri bambini!

Note

- 1.UNICEF (2019) The United Nations convention on the rights of the child–the children’s version. <https://resourcecentre.savethechildren.net/document/united-nations-convention-rights-child-childrens-version/>
- 2.United Nations General Assembly Convention on the rights of the child. United Nations Treaty Ser. 1989;1577(3):1–23. [Google Scholar]
- 3.Ramcharan BG (2002) Impact of armed conflict on children resolution 1314 (2000). In: *The security council and the protection of human rights*. Brill Nijhoff, pp 278–282
- 4.Vachachira JS. Report 2002: implementation of the optional protocol to the convention on the rights of the child on the involvement of children in armed conflict. *NYL Sch J Hum Rights*. 2001;18:543. [Google Scholar]
- 5.Goldson E. The effect of war on children. *Child Abuse Negl*. 1996;20(9):809–819. doi: 10.1016/0145-2134(96)00069-5. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
- 6.Kadir A, Shenoda S, Goldhagen J. Effects of armed conflict on child health and development: a systematic review. *PLoS ONE*. 2019;14(1):e0210071. doi: 10.1371/journal.pone.0210071. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 7.Santa Barbara J. Impact of war on children and imperative to end war. *Croat Med J*. 2006;47(6):891–894. [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 8.Yule W. Emanuel Miller lecture from pogroms to “ethnic cleansing”: meeting the needs of war affected children. *J Child Psychol Psychiatry*. 2003;41(6):695–702. doi: 10.1111/1469-7610.00657. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
- 9.Keygnaert I, Ivanova O, Guieu A, Van Parys A-S, Leye E, Roelens K (2016) What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European Region. World Health Organization. Regional Office for Europe [PubMed]
- 10.World Health Organization (2018) Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: No public health without refugees and migrant health
- 11.Hoppen TH, Morina N. The prevalence of PTSD and major depression in the global population of adult war survivors: a meta-analytically informed estimate in absolute numbers. *Eur J Psychotraumatol*. 2019;10(1):1578637. doi:

- 10.1080/20008198.2019.1578637. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 12.Hoppen TH, Priebe S, Vetter I, Morina N. Global burden of post-traumatic stress disorder and major depression in countries affected by war between 1989 and 2019: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health*. 2021 doi: 10.1136/bmjgh-2021-006303. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 13.Morina N, Hoppen TH, Priebe S. Out of sight, out of mind: refugees are just the tip of the iceberg. An illustration using the cases of depression and posttraumatic stress disorder. *Front Psychiatry*. 2020;11:179. doi: 10.3389/fpsyt.2020.00179. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 14.Alexander J, Boothby N, Wessells M (2010) Education and protection of children and youth affected by armed conflict: an essential link. *Protecting education from attack: a state of the art review*, pp 55–67
- 15.United Nations Children’s Fund: UNICEF . *Children and conflict in a changing world: Machel study 10-year review*. New York: UNICEF; 2009. [Google Scholar]
- 16.UNICEF (2021) *The state of the world’s children 2021: on my mind—promoting, protecting and caring for children’s mental health*. ERIC.
- 17.Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M, Devine J, Schlack R, Otto C. Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and mental health in children and adolescents in Germany. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021 doi: 10.1007/s00787-021-01726-5. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 18.Ravens-Sieberer U, Kaman A, Erhart M, Otto C, Devine J, Löffler C, Hurrelmann K, Bullinger M, Barkmann C, Siegel NA, Simon AM, Wieler LH, Schlack R, Holling H. Quality of life and mental health in children and adolescents during the first year of the COVID-19 pandemic: results of a two-wave nationwide population-based study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021 doi: 10.1007/s00787-021-01889-1. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 19.Lieberman AF, Knorr K. The impact of trauma: a developmental framework for infancy and early childhood. *Pediatr Ann*. 2007;36(4):209–215. doi: 10.3928/0090-4481-20070401-10. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
- 20.Pfeiffer E, Sachser C, Tutus D, Fegert JM, Plener PL. Trauma-focused group intervention for unaccompanied young refugees: “Mein Weg”—predictors of treatment outcomes and sustainability of treatment effects. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2019;13:18. doi: 10.1186/s13034-019-0277-0. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
- 21.Pfeiffer E, Sukale T, Muller LRF, Plener PL, Rosner R, Fegert JM, Sachser C, Unterhitzberger J. The symptom representation of posttraumatic stress disorder in a sample of unaccompanied and accompanied refugee minors in Germany: a network analysis. *Eur J Psychotraumatol*. 2019;10(1):1675990. doi:

- 10.1080/20008198.2019.1675990. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
22. Shaw JA. Children exposed to war/terrorism. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2003;6(4):237–246. doi: 10.1023/b:ccfp.0000006291.10180.bd. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
23. Slone M, Mann S. Effects of war, terrorism and armed conflict on young children: a systematic review. *Child Psychiatry Hum Dev.* 2016;47(6):950–965. doi: 10.1007/s10578-016-0626-7. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
24. Cohen E, Chazan S, Lerner M, Maimon E. Posttraumatic play in young children exposed to terrorism: an empirical study. *Infant Mental Health J: Off Publ World Assoc Infant Mental Health.* 2010;31(2):159–181. doi: 10.1002/imhj.20250. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
25. Feldman R, Vengrober A. Posttraumatic stress disorder in infants and young children exposed to war-related trauma. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2011;50(7):645–658. doi: 10.1016/j.jaac.2011.03.001. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
26. Joshi PT, O'Donnell DA. Consequences of child exposure to war and terrorism. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 2003;6(4):275–292. doi: 10.1023/b:ccfp.0000006294.88201.68. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
27. Attanayake V, McKay R, Joffres M, Singh S, Burkle F, Jr, Mills E. Prevalence of mental disorders among children exposed to war: a systematic review of 7,920 children. *Med Confl Surviv.* 2009;25(1):4–19. doi: 10.1080/13623690802568913. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
28. Amiri S. Prevalence of suicide in immigrants/refugees: a systematic review and meta-analysis. *Arch Suicide Res.* 2020 doi: 10.1080/13811118.2020.1802379. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
29. Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G, Misso M, Gibson-Helm M. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med.* 2020;17(9):e1003337. doi: 10.1371/journal.pmed.1003337. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
30. Blackmore R, Gray KM, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Fitzgerald G, Misso M, Gibson-Helm M. Systematic review and meta-analysis: the prevalence of mental illness in child and adolescent refugees and asylum seekers. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2020;59(6):705–714. doi: 10.1016/j.jaac.2019.11.011. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
31. Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental disorders in conflict settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet.* 2019;394(10194):240–248. doi: 10.1016/S0140-6736(19)30934-1. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
32. Henkelmann JR, de Best S, Deckers C, Jensen K, Shahab M, Elzinga B, Molendijk M. Anxiety, depression and post-traumatic stress disorder in refugees

- resettling in high-income countries: systematic review and meta-analysis. *BJPsych Open*. 2020;6(4):e68. doi: 10.1192/bjo.2020.54. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
33. Porter M, Haslam N. Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *JAMA*. 2005;294(5):602–612. doi: 10.1001/jama.294.5.602. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
34. Giacco D, Laxhman N, Priebe S. Prevalence of and risk factors for mental disorders in refugees. *Semin Cell Dev Biol*. 2018;77:144–152. doi: 10.1016/j.semcdb.2017.11.030. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
35. Trickey D, Siddaway AP, Meiser-Stedman R, Serpell L, Field AP. A meta-analysis of risk factors for post-traumatic stress disorder in children and adolescents. *Clin Psychol Rev*. 2012;32(2):122–138. doi: 10.1016/j.cpr.2011.12.001. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
36. de la Pena CM, Pineda L, Punskey B. Working with parents and children separated at the border: examining the impact of the zero tolerance policy and beyond. *J Child Adolesc Trauma*. 2019;12(2):153–164. doi: 10.1007/s40653-019-00262-4. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
37. Jones-Mason K, Behrens KY, Gribneau Bahm NI. The psychobiological consequences of child separation at the border: lessons from research on attachment and emotion regulation. *Attach Hum Dev*. 2021;23(1):1–36. doi: 10.1080/14616734.2019.1692879. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
38. Waddoups AB, Yoshikawa H, Strouf K. Developmental Effects of Parent-Child Separation. *Annu Rev Dev Psychol*. 2019;1(1):387–410. doi: 10.1146/annurev-devpsych-121318-085142. [DOI] [Google Scholar]
39. Slavich GM. Social safety theory: a biologically based evolutionary perspective on life stress, health, and behavior. *Annu Rev Clin Psychol*. 2020;16(1):265–295. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032816-045159. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
40. Wessells MG. Children and armed conflict: interventions for supporting war-affected children. *Peace Conflict J Peace Psychol*. 2017;23(1):4–13. doi: 10.1037/pac0000227. [DOI] [Google Scholar]
41. Tol WA, Barbui C, Galappatti A, Silove D, Betancourt TS, Souza R, Golaz A, van Ommeren M. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research. *Lancet*. 2011;378(9802):1581–1591. doi: 10.1016/S0140-6736(11)61094-5. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
42. Inter-Agency Standing Committee (IASC) IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. Geneva, Switzerland: IASC; 2006. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
43. Panter-Brick C, Leckman JF. Editorial commentary: resilience in child development—interconnected pathways to wellbeing. *J Child Psychol*

- Psychiatry. 2013;54(4):333–336. doi: 10.1111/jcpp.12057. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
44. Ungar M, Theron L. Resilience and mental health: How multisystemic processes contribute to positive outcomes. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(5):441–448. doi: 10.1016/S2215-0366(19)30434-1. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
45. Maslow AH. A theory of human motivation. *Psychol Rev*. 1943;50(4):370–396. doi: 10.1037/h0054346. [DOI] [Google Scholar]
46. Prince DL, Howard EM. Children and their basic needs. *Early Childhood Educ J*. 2002;30(1):27–31. doi: 10.1023/A:1016589814683. [DOI] [Google Scholar]
47. Harper FD, Harper JA, Stills AB. Counseling children in crisis based on Maslow's hierarchy of basic needs. *Int J Adv Couns*. 2003;25(1):11–25. doi: 10.1023/A:1024972027124. [DOI] [Google Scholar]
48. Hopper E, Bassuk E, Olivet J (2010) Shelter from the storm: trauma-informed care in homelessness services settings. *Open Health Serv Policy J* 3(1)
49. Bath H. The three pillars of trauma-informed care. *Reclaim Children Youth*. 2008;17(3):17–21. [Google Scholar]
50. Forkey H, Szilagyi M, Kelly ET, Duffee J, Council On Foster Care A, Kinship Care COPCOCA, Neglect COPAOC, Family H (2021) Trauma-informed care. *Pediatrics* 148(2). 10.1542/peds.2021-052580 [DOI] [PubMed]
51. Yahav R. Exposure of children to war and terrorism: a review. *J Child Adolesc Trauma*. 2014;4(2):90–108. doi: 10.1080/19361521.2011.577395. [DOI] [Google Scholar]
52. Barenbaum J, Ruchkin V, Schwab-Stone M. The psychosocial aspects of children exposed to war: practice and policy initiatives. *J Child Psychol Psychiatry*. 2004;45(1):41–62. doi: 10.1046/j.0021-9630.2003.00304.x. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
53. Ruzek JI, Brymer MJ, Jacobs AK, Layne CM, Vernberg EM, Watson PJ. Psychological first aid. *J Ment Health Couns*. 2007;29(1):17–49. doi: 10.17744/mehc.29.1.5racqxjueafabgwp. [DOI] [Google Scholar]
54. Brymer M, Layne C, Jacobs A, Pynoos R, Ruzek J, Steinberg A, Vernberg E, Watson P (2006) Psychological first aid field operations guide. National Child Traumatic Stress Network
55. Ehnholt KA, Yule W. Practitioner review: assessment and treatment of refugee children and adolescents who have experienced war-related trauma. *J Child Psychol Psychiatry*. 2006;47(12):1197–1210. doi: 10.1111/j.1469-7610.2006.01638.x. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
56. Rassenhofer M, Fegert JM, Plener PL, Witt A. Validierte Verfahren zur psychologischen Diagnostik unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge eine systematische Übersicht. *Praxis Kinderpsychol Kinderpsychiatr*. 2016;65(2):97–112. doi: 10.13109/prkk.2016.65.2.97. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
57. Gadeberg AK, Montgomery E, Frederiksen HW, Norredam M. Assessing trauma and mental health in refugee children and youth: a systematic review of

- validated screening and measurement tools. *Eur J Public Health*. 2017;27(3):439–446. doi: 10.1093/eurpub/ckx034. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
58. Wolmer L, Hamiel D, Pardo-Aviv L, Laor N. Addressing the needs of preschool children in the context of disasters and terrorism: assessment, prevention, and intervention. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(7):1–9. doi: 10.1007/s11920-017-0792-8. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
59. Fegert JM, Sukale T, Brown RC (2018) Mental health service provision for child and adolescent refugees: European perspectives. In: *Understanding uniqueness and diversity in child and adolescent mental health*. Elsevier, Amsterdam, pp 195–222
60. Hahnefeld A, Sukale T, Weigand E, Munch K, Aberl S, Eckler LV, Schmidt D, Friedmann A, Plener PL, Fegert JM, Mall V. Survival states as indicators of learning performance and biological stress in refugee children: a cross-sectional study with a comparison group. *BMC Psychiatry*. 2021;21(1):228. doi: 10.1186/s12888-021-03233-y. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
61. Sukale T, Hertel C, Mohler E, Joas J, Muller M, Banaschewski T, Schepker R, Kolch MG, Fegert JM, Plener PL. Diagnostics and initial estimation of refugee minors. *Nervenarzt*. 2017;88(1):3–9. doi: 10.1007/s00115-016-0244-4. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
62. Brown FL, de Graaff AM, Annan J, Betancourt TS. Annual research review: breaking cycles of violence—a systematic review and common practice elements analysis of psychosocial interventions for children and youth affected by armed conflict. *J Child Psychol Psychiatry*. 2017;58(4):507–524. doi: 10.1111/jcpp.12671. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
63. Brown RC, Witt A, Fegert JM, Keller F, Rassenhofer M, Plener PL. Psychosocial interventions for children and adolescents after man-made and natural disasters: a meta-analysis and systematic review. *Psychol Med*. 2017;47(11):1893–1905. doi: 10.1017/S0033291717000496. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
64. Fu C, Underwood C. A meta-review of school-based disaster interventions for child and adolescent survivors. *J Child Adolesc Ment Health*. 2015;27(3):161–171. doi: 10.2989/17280583.2015.1117978. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
65. Morina N, Koerssen R, Pollet TV. Interventions for children and adolescents with posttraumatic stress disorder: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Clin Psychol Rev*. 2016;47:41–54. doi: 10.1016/j.cpr.2016.05.006. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
66. Pfeiffer E, Sachser C, Rohlmann F, Goldbeck L. Effectiveness of a trauma-focused group intervention for young refugees: a randomized controlled trial. *J Child Psychol Psychiatry*. 2018;59(11):1171–1179. doi: 10.1111/jcpp.12908. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

67. Dixius, A., & Mohler, E. (2017). START—development of an intervention for a first stabilization and arousal-modulation for highly stressed minor refugees/START—Entwicklung einer Intervention zur Erststabilisierung und Arousal-Modulation für stark belastete minderjährige Flüchtlinge. *Praxis Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 66(4):277–287. 10.13109/prkk.2017.66.4.277 [DOI] [PubMed]
68. Dixius A, Möhler E. Feasibility and effectiveness of a new short-term psychotherapy concept for adolescents with emotional dysregulation. *Front Psych*. 2021;11:1630. doi: 10.3389/fpsy.2020.585250. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
69. Dixius A, Stevens A, Moehler E. A pilot evaluation study of an intercultural treatment program for stabilization and arousal modulation for intensely stressed children and adolescents and minor refugees, called start (Stress-Traumasymptoms-Arousal-Regulation-Treatment) *ARC J Psychiatry*. 2017;2(2):7–24. [Google Scholar]
70. Hynie M. The social determinants of refugee mental health in the post-migration context: a critical review. *Can J Psychiatry*. 2018;63(5):297–303. doi: 10.1177/0706743717746666. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
71. Eltanamly H, Leijten P, Jak S, Overbeek G. Parenting in times of war: a meta-analysis and qualitative synthesis of war exposure, parenting, and child adjustment. *Trauma Violence Abuse*. 2021;22(1):147–160. doi: 10.1177/1524838019833001. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
72. Tol WA, Song S, Jordans MJ. Annual Research Review: Resilience and mental health in children and adolescents living in areas of armed conflict—a systematic review of findings in low- and middle-income countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2013;54(4):445–460. doi: 10.1111/jcpp.12053. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
73. Hamiel D, Wolmer L, Pardo-Aviv L, Laor N. Addressing the needs of preschool children in the context of disasters and terrorism: clinical pictures and moderating factors. *Curr Psychiatry Rep*. 2017;19(7):38. doi: 10.1007/s11920-017-0793-7. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
74. Thabet AA, Ibraheem AN, Shivram R, Winter EA, Vostanis P. Parenting support and PTSD in children of a war zone. *Int J Soc Psychiatry*. 2009;55(3):226–237. doi: 10.1177/0020764008096100. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
75. Bäuerle A, Teufel M, Musche V, Weismüller B, Kohler H, Hetkamp M, Dörrie N, Schweda A, Skoda E-M. Increased generalized anxiety, depression and distress during the COVID-19 pandemic: a cross-sectional study in Germany. *J Public Health*. 2020;42(4):672–678. doi: 10.1093/pubmed/fdaa106. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
76. Clemens V, Deschamps P, Fegert JM, Anagnostopoulos D, Bailey S, Doyle M, Eliez S, Hansen AS, Hebebrand J, Hillegers M, Jacobs B, Karwautz A, Kiss E,

- Kotsis K, Kumperscak HG, Pejovic-Milovancevic M, Christensen AMR, Raynaud JP, Westerinen H, Visnapuu-Bernadt P. Potential effects of “social” distancing measures and school lockdown on child and adolescent mental health. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020;29(6):739–742. doi: 10.1007/s00787-020-01549-w. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
77. Clemens V, von Hirschhausen E, Fegert JM. Report of the intergovernmental panel on climate change: implications for the mental health policy of children and adolescents in Europe—a scoping review. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2020 doi: 10.1007/s00787-020-01615-3. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
78. Fegert JM, Vitiello B, Plener PL, Clemens V. Challenges and burden of the Coronavirus 2019 (COVID-19) pandemic for child and adolescent mental health: a narrative review to highlight clinical and research needs in the acute phase and the long return to normality. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2020;14:20. doi: 10.1186/s13034-020-00329-3. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
79. Zhang SX, Miller SO, Xu W, Yin A, Chen BZ, Delios A, Dong RK, Chen RZ, McIntyre RS, Wan X. Meta-analytic evidence of depression and anxiety in Eastern Europe during the COVID-19 pandemic. *Eur J Psychotraumatol*. 2022;13(1):2000132. doi: 10.1080/20008198.2021.2000132. [DOI] [PMC free article] [PubMed] [Google Scholar]
80. Betancourt TS. Attending to the mental health of war-affected children: the need for longitudinal and developmental research perspectives. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2011;50(4):323–325. doi: 10.1016/j.jaac.2011.01.008. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
81. Halevi G, Djalovski A, Vengrober A, Feldman R. Risk and resilience trajectories in war-exposed children across the first decade of life. *J Child Psychol Psychiatry*. 2016;57(10):1183–1193. doi: 10.1111/jcpp.12622. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]
82. Jensen TK, Skar AS, Andersson ES, Birkeland MS. Long-term mental health in unaccompanied refugee minors: pre- and post-flight predictors. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2019;28(12):1671–1682. doi: 10.1007/s00787-019-01340-6. [DOI] [PubMed] [Google Scholar]

Presentiamo il Poster che espone il lavoro di ricerca vincitore del primo premio al Congresso Fiap di ottobre 2024 *Arcipelago psicoterapia. Connessioni, confini, contesti*. Tra i ricercatori premiati Flavia Luisa Ricci, Docente Siab.

Linee guida per insegnare la ricerca nelle scuole di psicoterapia: livelli di complessità

Luca Rizzi (sif), Luigi Schepisi (sipres), Flavia Luisa Ricci (siab), Catia Camarri (sipt), Dario Davi (sipg), Margherita Spagnuolo Lobb (sipg)

Tra gli strumenti essenziali per realizzare l'integrazione tra clinica e ricerca c'è sicuramente l'insegnamento di aspetti specifici della ricerca nei programmi delle scuole di psicoterapia. Consapevole della necessità di una riflessione propositiva su questo argomento, la commissione ricerca della European Association for Gestalt Therapy (EAGT) ha elaborato delle linee guida per sostenere gradualmente gli allievi delle scuole di psicoterapia nell'acquisizione di competenze di ricerca.

La commissione ricerca della FIAP ha fatto proprie tali linee guida e le ha inserite in un circuito italiano di metodi e scuole di psicoterapia, per realizzare un adattamento "creativo" in un territorio che – grazie alla legge 56/89 – consente una qualità alta della performance psicoterapica.

Il presente poster propone alcune linee guida per l'insegnamento della ricerca nelle scuole di psicoterapia divise per livelli di complessità fino all'ultimo livello: quello della realizzazione di un articolo scientifico.

Questo lavoro aspira a rappresentare uno strumento utile per l'inserimento o il perfezionamento di metodi e strumenti di ricerca all'interno delle scuole riconosciute dal MIUR. Il documento è stato elaborato da colleghi operanti del territorio europeo e viene presentato in questo contesto dai membri della commissione ricerca della FIAP.



LINEE GUIDA PER INSEGNARE LA RICERCA NELLE SCUOLE DI PSICOTERAPIA: LIVELLI DI COMPLESSITA'

LUCA RIZZI (SIF), LUIGI SCHEPISI (SIPRES), FLAVIA LUISA RICCI (SIAB) CATIA CAMARRI (SIPT), DARIO DAVI' (SIG), MARGHERITA SPAGNUOLO LOBB (SIGP)



Introduzione

Questo lavoro è stato elaborato dalla commissione della ricerca Europea Association for Gestalt Therapy (EAGT) del territorio europeo e viene presentato dalla commissione ricerca FIAP per contribuire a rendere complementari e sinergici due mondi, quello della ricerca e quello della clinica.

Da qui l'importanza del dialogo con e tra le scuole che formano i futuri clinici, per lo sviluppo di un pensiero condiviso sull'insegnamento e l'utilizzazione della ricerca in psicoterapia.

Presentiamo una guida strutturata per l'insegnamento della ricerca in psicoterapia a diversi livelli di complessità, fino alla stesura di articoli scientifici.



4

Post-Formazione e Ricerca Avanzata

- Pubblicare i risultati in riviste peer reviewed → **FARE UNA SUBMISSION**
- Collaborare con altri nella ricerca target per pubblicazioni → **SVILUPPARE UN TEAM DI RICERCA**
- Individuare i risultati → **VALUTAZIONE: RIUSCITA SPECIFICA SUL PROPRIO ARGOMENTO.**



3

Competenze Avanzate nella Ricerca

- Formare domande di ricerca → **IPOTESI DI RICERCA**
- Metodologie di ricerca → **SVILUPPARE UN PROGETTO DI RICERCA**
- Aderenza ai principi etici → **IN LINEA CON LE EVIDENZE SCIENTIFICHE**
- Condurre una ricerca dall'inizio alla fine → **DARE CONTINUITA' NEL TEMPO**
- Divulgare una ricerca presso i congressi → **DARE VISIBILITA'**



2

Competenze nella pratica

- Esperienza pratica di ricerca → **PER PROVARE AD OPERAZIONALIZZARE**
- Impatto etico → **ADERENZA AI PRINCIPI DEONTOLOGICI**
- Misura di ricerca → **INDIVIDUARE GLI STRUMENTI**
- Partecipazione alle conferenze → **CONFRONTARSI ESPRIMENDO LE PROPRIE OPINIONI**
- Descrizione del processo e dei momenti di cambiamento



1

Introduzione e competenze fondamentali

- Sviluppo della capacità di leggere e valutare articoli → **VALUTAZIONE QUALITA'**
- Etica- epistemologia della scienza-deontologia → **PERCHE' ABBIAMO BISOGNO DI RICERCA?**
- Partecipare a convegni o congressi → **SVILUPPARE UN CONFRONTO**
- Storia e questioni contemporanee → **DOVE STA GUARDANDO LA RICERCA**
- Metodi di ricerca → **QUALI SONO GLI STRUMENTI**
- Sapere usare i motori di ricerca

L'obiettivo

Uno strumento per delineare gli step di insegnamento di metodi e di strumenti di ricerca all'interno della forma in psicoterapia allineandosi agli standard europei.

(In)tessere relazioni sane

Conferenza Siab del 4 novembre 2024

di Sara Montozzi¹ e Gaia Vernassa²

Tutti noi veniamo al mondo programmati per entrare in connessione.

Nasciamo con il bisogno di essere accolti da un altro essere umano e questo bisogno essenziale permane per tutta la vita. La co-regolazione è ciò che viene definito un imperativo biologico, ovvero un presupposto in assenza del quale non siamo in grado di sopravvivere.

In assenza di queste connessioni, abbiamo una maggiore difficoltà nella regolazione delle emozioni, una bassa autostima e una difficoltà a stabilire relazioni durature, sane.

La co-regolazione è essenziale; innanzitutto per la sopravvivenza, e in secondo luogo per vivere una vita improntata al benessere.

Quando parliamo di relazioni sane non intendiamo relazioni che siano in uno stato di costante equilibrio. Quello di cui abbiamo bisogno nelle relazioni è che sia presente un ciclo di reciprocità, rottura e riparazione.

A livello corporeo il nostro benessere è alimentato dai momenti di connessione con persone regolate, sane e accoglienti e ci disregoliamo quando non sperimentiamo queste esperienze a sufficienza.

L'assenza di connessione comporta delle conseguenze sulla salute e dà vita a quotidiane esperienze di sofferenza. Quando ci sentiamo soli aumenta il rischio di sviluppare malattie fisiche e disturbi psicologici. Il nostro sistema immunitario è compromesso e abbiamo livelli infiammatori più alti, nonché un più alto rischio di sviluppare un cancro, problemi cardiaci e diabete. Soffriamo maggiormente di ansia e depressione e con il passare degli anni questi rischi aumentano (Cacioppo e Cacioppo, 2014).

¹ Psicoterapeuta ad indirizzo bioenergetico Siab

² Psicoterapeuta ad indirizzo bioenergetico Siab

È interessante che la ricerca mostri come a determinare questi rischi non sia l'effettiva circostanza di solitudine, ma piuttosto la percezione di essere soli.

Quindi posso essere anche circondata/o da persone ma sentirmi comunque profondamente sola/o.

Vi chiedo di provare a ricordare una volta in cui vi trovavate in compagnia di altri e vi sentivate disconnessi e una situazione in cui eravate con altri e vi sentivate connessi.

Nel primo caso si attiva il sistema simpatico di attacco o fuga oppure il nostro sistema può andare verso il collasso e lo spegnimento dorso-vagale, mentre nella seconda situazione rimaniamo ancorati alla sicurezza e alla connessione data dal sistema ventro-vagale.

A questo punto è doveroso inserire una breve descrizione della teoria polivagale di Porges, che mira a spiegare le reazioni dell'uomo in situazioni di pericolo. Questa teoria si basa sull'evoluzione biologica del nostro sistema nervoso e un elemento centrale da cui partire è la differenza enorme che c'è tra noi mammiferi e i rettili. I mammiferi per sopravvivere hanno bisogno di instaurare relazioni sociali, legami affettivi mentre i rettili sono animali solitari. Per questo, nel passaggio evolutivo tra rettili e mammiferi il sistema nervoso autonomo si è dovuto modificare per aumentare le possibilità di sopravvivere in condizioni di pericolo: il sistema di difesa è infatti caratterizzato da due branche fondamentali del sistema nervoso autonomo, l'una in grado di promuovere reazioni di attacco, fuga, congelamento (sistema simpatico) e l'altra in grado di innescare la reazione di morte apparente (sistema parasimpatico dorso-vagale).

Successivamente, nei mammiferi si sarebbe sviluppata una terza branca, il sistema parasimpatico ventro-vagale, in grado di attivare comportamenti di affiliazione e vicinanza, di collaborazione e aiuto reciproco. Quest'ultima branca è attiva solo in condizioni di sufficiente sicurezza ed è quella più legata ai comportamenti di attaccamento e di cooperazione tipici degli esseri umani. La branca del sistema simpatico si attiva invece in condizioni di medio-pericolo, in cui sentiamo cioè di poter provare a reagire o a fuggire, mentre la branca del parasimpatico dorso-vagale è simile alla reazione rettiliana e si attiva nell'uomo solo in condizioni di grave pericolo di vita.

Quando ci troviamo in uno stato ventro-vagale, entriamo in connessione e comunichiamo con gli altri. Le normali difficoltà della vita quotidiana non sembrano poi così grandi.

Quando a volte accade qualcosa di travolgente, quando accadono troppe cose contemporaneamente o quando sembra che la vita sia costituita da una progressione di infinite difficoltà scendiamo di qualche gradino verso la mobilitazione del percorso simpatico, il sistema di attacco o fuga. Perdiamo la sensazione di essere al sicuro nel momento presente, di osservare gli eventi da un'angolazione più ampia e dunque reagiamo attaccando o fuggendo. Se continuiamo a sentirci intrappolati in un ciclo continuo di difficoltà, senza possibilità di fuga e senza la possibilità di imparare a gestirle, scendiamo ulteriormente nella gerarchia arrivando al gradino finale, quello dove risiede il più antico elemento costitutivo del sistema nervoso, il sistema dorso-vagale di collasso, spegnimento e disconnessione. Quando ci troviamo in questa condizione iniziamo a spegnerci, a disconnetterci. Perdiamo la speranza che le cose possano cambiare.

Proprio all'interno del sistema ventro-vagale troviamo il sistema di ingaggio sociale. Quando si è costituito il sistema ventro-vagale, all'altezza del tronco encefalico, sono entrati in connessione cinque circuiti, e così il sistema di ingaggio sociale ha preso vita. Il percorso ventro-vagale verso il cuore, unito ai nervi che controllano gli occhi, le orecchie, la voce e il modo in cui incliniamo la testa, rendono il sistema di ingaggio sociale un sistema biologico di connessione tra il nostro volto e il nostro cuore.

Micro momento dopo micro momento, attraverso i nostri occhi, le orecchie, la voce e i movimenti della testa, il sistema di ingaggio sociale trasmette verso l'esterno un invito alla connessione con qualcuno o un segnale che ci avverte di mantenere la distanza di sicurezza. Oltre a trasmettere segnali di accoglienza o avvertimento, il sistema di ingaggio sociale ricerca segnali provenienti dagli altri per permetterci di comprendere quando entrare in connessione è sufficientemente sicuro.

In assenza di esperienze precoci di coregolazione sicura, le strategie di autoregolazione si sviluppano da una prospettiva di sopravvivenza. Anche se potrà sembrare che stiamo bene, la nostra esperienza interiore è quella di una paura alimentata da uno stato di attivazione simpatica.

Prendete in considerazione i diversi modi che utilizzate per coregolarvi e autoregolarvi. Se nei vostri primi anni di vita avete sperimentato connessioni con persone sulla cui presenza potevate contare, è più probabile che la vostra capacità di autoregolazione si basi su fondamenta create dalla coregolazione. Mentre vi muovete nel mondo, sperimentate continui promemoria che vi ricordano che il mondo è un luogo sicuro, che ci sono

persone sulle quali potete contare, persone alle quali tenete e persone con le quali potete entrare in connessione.

Se non avete avuto la possibilità di sperimentare queste esperienze di sicurezza, prevedibilità e coregolazione nei primi anni della vostra vita e, a oggi, non le avete ancora sperimentate a sufficienza, è più probabile che vi autoregoliate partendo da uno stato autonomico di sopravvivenza. Mentre vi muovete nel mondo, potreste percepire di essere soli, di non potervi affidare agli altri, di dover fare tutto da soli.

Stephen Porges, colui che ha ideato la teoria polivagale, descrive il trauma come un'interruzione cronica della connessione. La ricerca ci dice che le esperienze di connessione e solitudine sono in grado di predire stati di benessere, insorgenza di malattie e mortalità. Gli studi ci dicono che la nostra percezione di connessione o solitudine ha un impatto sul modo in cui il nostro corpo reagisce ai virus, sulla salute del nostro cuore, sulle nostre abilità cognitive e perfino su quanto a lungo viviamo. John Cacioppo, un pioniere nella ricerca sulla solitudine, ci ricorda che gli umani sono esseri sociali e che è nella nostra natura riconoscere, interagire e creare relazioni con gli altri. La connessione con gli altri ha a che fare con il senso di appartenenza e con la creazione di un senso di sicurezza condiviso. Il senso di appartenenza non è soltanto uno stato psicologico, è un bisogno biologico. La connessione sociale è un ingrediente necessario a una vita improntata al benessere.

Possiamo esplorare la nostra esperienza di connessione attraverso una versione breve della *UCLA Loneliness scale*. Rispondete a queste tre domande indicando se rappresentano la vostra esperienza di rado, a volte, o spesso:

1. Quanto spesso senti la mancanza di compagnia?
2. Quanto spesso ti senti esclusa/o?
3. Quanto spesso ti senti isolato/a dagli altri?

Date un punteggio alle risposte: di rado=1, a volte=2, spesso=3. I punteggi finali si posizionano lungo un continuum da 3 a 9 e vanno da una minima ad una massima sensazione di solitudine. Seppure non abbiamo bisogno di una scala che ci dice quello che il nostro sistema nervoso già sa, i numeri rappresentano una validazione esterna e spesso un riconoscimento importante della nostra esperienza.

Sono necessari sia un buon supporto che una buona connessione sociale per aiutarci a soddisfare le nostre esigenze quotidiane. Il supporto sociale deriva dalle persone sul cui aiuto e sulla cui presenza contiamo affinché ci aiutino in modo concreto, permettendoci di gestire la nostra vita quotidiana.

La connessione sociale ha origine dalle persone che fanno parte della nostra vita, che conosciamo e che ci conoscono in profondità. Le connessioni sociali sono ricche di reciprocità, diamo e prendiamo, offriamo e riceviamo.

È soltanto attraverso l'esperienza di connessioni sociali e di continue, prevedibili opportunità di reciprocità e co-regolazione che possiamo creare le fondamenta per l'auto-regolazione che ci sosterrà quando le esperienze di co-regolazione non saranno disponibili.

*L'inferno è la sofferenza di coloro i quali non sono capaci di amare.
(I fratelli Karamazov, Dostoevskij)*

Alla luce di quanto detto sopra, ossia che in assenza di esperienze precoci di coregolazione sicura, le strategie di autoregolazione si svilupperanno in una prospettiva di sopravvivenza e, pertanto se sembrerà che stiamo bene, la nostra esperienza interiore è quella di una paura alimentata da uno stato di attivazione simpatica. Ed è proprio in questo stato di simpaticotonia che si struttura quella che Reich ha chiamato "armatura" o "corazza" indicando le tensioni muscolari croniche del corpo che sono necessarie all'individuo a proteggersi dalle esperienze dolorose e minacciose che vive lungo il corso della vita. In questo senso, quindi, l'armatura muscolare – tensioni muscolari croniche – serve a mantenere l'equilibrio vincolando l'energia che non può essere scaricata.

Lowen ha parlato successivamente del "carattere" indicando il comportamento fisso che l'individuo ha strutturato per ricercare il piacere, perché è importante dire che la ricerca originaria nel neonato è il piacere. Ed è proprio durante tale ricerca e apertura che si possono fare esperienze dolorose e per questo motivo ci si ritrae e ci si contrae. Il carattere è strutturato sia nel corpo, sotto forma di tensioni muscolari croniche, in genere inconse, che limitano, quando non bloccano, gli impulsi a protendersi per cercare qualcosa; sia è un atteggiamento psichico sostenuto da un sistema di negazioni, razionalizzazioni e proiezioni che l'Io mette in atto per impedire che il conflitto emotivo emerga alla coscienza.

Durante i primi 5-6 anni, in accordo con la psicoanalisi classica, si fanno le prime esperienze, che andranno a strutturare il carattere da adulti. Queste esperienze vengono fatte per ricercare il piacere e in ogni periodo di questo arco temporale il piacere è dato dalla soddisfazione o meno di un dato bisogno o diritto.

Ci dice Lowen, che in base a quanto questi bisogni se vengano soddisfatti o meno, si strutturano cinque tipi di carattere, intendendo non una classificazione di persone ma delle posizioni difensive. In questo senso la struttura del carattere definisce il modo in cui un individuo tratta il proprio bisogno di amare, la sua ricerca di intimità e il suo desiderio di piacere.

All'inizio della vita c'è il carattere schizoide il cui bisogno è il contatto che se non avviene o avviene in maniera distonica/violenta, minaccia l'esistenza. Per questo l'adulto eviterà il contatto intimo.

Diritto di esistere. = esistenza/bisogno; il carattere orale ha rinunciato troppo presto al bisogno di appoggio e calore. Basa il suo rapporto di intimità solo sul suo bisogno di calore e di appoggio, quindi su di una base infantile.

Diritto di sentirsi al sicuro nella propria condizione di bisogno. = bisogno/indipendenza; nel carattere psicopatico c'è un conflitto tra indipendenza, autonomia e intimità. Questo tipo di carattere può avere rapporti solo con quelli che hanno bisogno di lui e finché è in grado di controllare il rapporto può limitare l'intimità.

Diritto all'autonomia e all'indipendenza. = indipendenza/intimità; nel carattere masochista il conflitto è fra amore o intimità e libertà 'Se sono libero non mi amerai'. Qui viene negato il diritto all'indipendenza. Questo tipo di carattere in genere instaura un rapporto di sottomissione. L'ansia è legata al fatto che se esprime un sentimento negativo o afferma la propria libertà implicherà la perdita del rapporto o l'esclusione dall'intimità. =intimità/libertà.

il carattere rigido è relativamente libero in quanto è continuamente guardingo nei rapporti, non consente al cuore di far girare troppo la testa, infatti nei rapporti rimane sempre sulla difensiva. Il diritto di desiderare e di muoversi direttamente e apertamente verso la soddisfazione di questi bisogni. =libertà/resa all'amore.

Bibliografia

- Cacioppo J. et al. (2014). *Toward a neurology of loneliness*. Psychol Bull 2014 Nov
Dana D. (2023). *Ancorati. Come familiarizzare con il vostro sistema nervoso autonomo attraverso la teoria polivagale*. Roma: Giovanni Fioriti Editore, 2023
Lowen A. (1975). *Bioenergetica*. Milano: Feltrinelli, 1983.

Consigli di lettura

di *Chiara Blasi*¹

PTSD - Lontana da casa

di *Guillaume Singelin*

Quarta di copertina

Tiratrice scelta esemplare sul fronte, il ritorno alla vita civile è brutale per Jun che si ritrova senza un posto dove rifugiarsi, disperata e sofferente tenta di sopravvivere giorno per giorno malgrado le risse violente contro gli spacciatori per procurarsi dei calmanti. Riuscirà Jun a superare il trauma e ritrovare la pace interiore?

L'autore

Autore di talento, Guillaume Singelin è il capofila di una nuova ondata di disegnatori che riossigena il fumetto europeo. Dopo due anni di studi grafici raggiunge il team di riproduzione del lungometraggio *Mutafukaz*. Già riconosciuto per le sue qualità di disegnatore, Guillaume è diventato anche maestro nell'arte della narrazione, dove la sua facilità grafica sublima l'originalità delle sue strisce. Un campo in cui l'influenza del cinema è onnipresente, la sua narrazione si avvicina agli storyboard normalmente destinati al cinema.

¹ CBT, vive e lavora in Francia.

La storia

Pubblicato in Francia a febbraio del 2019, PTSD esce in Italia ad aprile del 2021 edito da edizioni BD, questa graphic novel è un racconto, non ci sono riferimenti precisi alla sintomatologia e agli aspetti clinici del PTSD ma entrare in queste pagine dove le emozioni parlano attraverso i colori e il movimento dei personaggi è un viaggio singolare.

Jun è una veterana di guerra, un cechino, una compagna su cui i colleghi potevano contare quando montava la guardia. Una volta tornata ad una vita senza guerra il suo corpo e la sua mente non sanno più cosa significhi vivere senza la minaccia di morte costante che li avvolge.

Jun si aggira per le strade di una città immaginaria dove cerca di procurarsi il cibo e i farmaci per calmare dolore, ipervigilanza e incubi, sintomi del PTSD insieme a molti altri che impediscono il reinserimento sociale delle persone che ne soffrono. Quando la giovane ex combattente si ritrova in situazioni di pericolo la violenza si scarica ferocemente contro gli altri, veterani come lei o spacciatori, tutti avversari e tutti vittime dello stesso gioco di potere. La disperazione, il senso di solitudine e di abbandono ma soprattutto la paura, la invadono a tal punto da non permetterle di decifrare un gesto gentile e di accoglierlo.

L'arrivo di un cane al suo fianco, l'incontro con una giovane madre e il suo bambino permettono a Jun di ritrovare la capacità di entrare in relazione e di utilizzare le competenze infermieristiche apprese sul campo per trasformare l'esperienza traumatica attraverso la cura degli altri "dimenticati dallo stato" come lei, nelle strade della città.

"Non volevo che P.T.S.D. avesse una correlazione diretta con l'attualità. L'universo del libro è immaginario, così come la guerra di cui si racconta". (G. Singelin)

Eppure è così inevitabile pensare a quanto sia attuale...

Consigli di lettura

di Luisa Laurelli¹

L'età dello sballo. Giovani, droghe, psicofarmaci, tra conformismo e dipendenza.

di Laura Pigozzi

Alla luce delle nuove scoperte scientifiche come può essere ripensata la cura della tossicodipendenza a partire dalla comprensione dei meccanismi che la sottendono? Questo sembra essere l'exkursus che la psicoanalista Laura Pigozzi disegna nel suo libro, *L'età dello sballo*, in cui partendo dalla teoria dell'attaccamento e da quella del sistema cerebrale della ricompensa, riformula la teoria della "fissazione orale", introducendo un occhio critico sul periodo dell'allattamento. L'Autrice afferma:

«(...) l'utilizzo del latte come iper-rasserente, fuori da un piano nutritivo, ne fa una droga.»

Moltissime ricerche ormai suggeriscono che la disregolazione psicologica del bambino predica i disturbi da uso di sostanze in adolescenza, costituendo un vero e proprio fattore di rischio per le dipendenze. Gli studi fatti su molti adulti tossicodipendenti (incluso dipendenti da eroina, da cocaina, e dipendenti da più sostanze) sui loro rapporti con i caregivers nelle loro famiglie di origine hanno caratterizzato i loro genitori come emozionalmente distanti e ipercontrollanti (Bernardi, Jones, e Tennant 1999). Diagnosi di disordini affettivi (Hans, 1999), disturbi d'ansia e di personalità (Beckwith, Howard, Espinosa, & Tyler, 1999), sono comuni nelle madri dei tossicodipendenti. Gli effetti estremamente deleteri della

¹ Gruppoanalista e psicoterapeuta Bioenergetica CBT, vive e lavora a Roma.

depressione materna sulle relazioni madre-figlio delle donne svantaggiate e sullo sviluppo comportamentale e emozionale dei figli sono stati ben documentati (Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000).

Il tossicodipendente, dunque, è portatore di un attaccamento insicuro (Ainsworth et al., 1978) connotato da instabilità e ambivalenza. A questo proposito la psicoanalista afferma:

«Oggi, in epoca plusmaterna, viene confuso l'attaccamento sicuro con la simbiosi perenne. In realtà, l'attaccamento sicuro si rivelerà tale quando il bambino potrà staccarsi dalla madre, senza paura di perderla. L'attaccamento madre-bambino si rivela invece insicuro quando non si potrà staccare con serenità, proprio perché è insicuro andarsene.»

Negli anni Sessanta alcuni psicologi comportamentisti americani avevano ideato un esperimento in cui veniva insegnato ai topi a spingere una leva che erogava eroina e che azionavano continuamente, dimenticando di bere e mangiare e molti morirono durante l'esperimento. Alla fine degli anni Settanta, lo psicologo Bruce K. Alexander, con alcuni colleghi dell'Università canadese Fraser, modificò l'esperimento mettendo i topi in un *Rat Park* (che dà il nome all'esperimento). L'ambiente era spazioso con abbondanza di cibo e di animali di entrambi i sessi, con giochi e zone in cui potersi riprodurre. Il risultato fu che i topi che sceglievano di consumare l'acqua con morfina, questa volta, erano una minoranza. I topi hanno mostrato che la socialità gratificante ha un effetto che combatte la dipendenza.

Questo esperimento può farci riflettere su diversi aspetti: come si può essere legati in una relazione senza essere dipendente dall'altro? E, come funzionano i meccanismi che procurano piacere?

Per quanto riguarda il primo interrogativo: dobbiamo distinguere l'interdipendenza, che lega beneficamente gli esseri umani in un collettivo, dalla dipendenza da un solo altro, dal primo altro, dalla madre, o dal padre, e poi da quelli che ne prenderanno il posto. Se nell'interdipendenza l'altro è un'occasione di vita, nella dipendenza esso decade a oggetto di soddisfazione, trattato dunque al pari di una sostanza: nelle dipendenze affettive, l'altro è la mia droga.

Il secondo aspetto permette di interrogarci sul sistema della ricompensa che ci ha aiutato filogeneticamente a sopravvivere, attivandosi nella ricerca di momenti piacevoli, come mangiare, stare con gli altri, avere rapporti sessuali, costruendo memorie replicabili. In neurologia, questo circuito si

chiama «sistema cerebrale di ricompensa», definizione che mette in luce l'effetto compensatorio che produce. Quando però salta la funzione regolatrice, il circuito della ricompensa si trasforma in un circuito di dipendenza. Il piacere viene reiterato senza limite, in una modalità ridondante e compulsiva, la ricerca della ricompensa diventa un meccanismo che fa sprofondare in un abisso di appagamento senza fine.

«Un godimento eccessivo e mortifero, che sembra calmare momentaneamente l'ansia, ma altro non è che un travestimento attraente e dopaminico. È qui che si perde il controllo della propria vita e, anche quando si desidera riprenderselo, i tentativi possono essere fallimentari, abortiti da un meccanismo diventato cieco e senza guida.»

La psicoanalista aggiunge a queste teorie ben note un'ipotesi sulla radice della dipendenza da individuare nella regolazione dell'allattamento. Il latte materno infatti, contiene endorfine che possono entrare nel ciclo della dipendenza se non viene rispettato il piano di crescita e sviluppo del bambino. Quando ha fame, un bambino piange, la madre lo nutre e il bambino forma una rappresentazione interna che può essere ripetuta quando avrà ancora bisogno di cibo, si costruisce così il circuito della ricompensa. Quando la madre non c'è il bambino immagina la voce, il viso e il seno, provando trasporto verso questi oggetti che mancano, questo è il momento in cui getta le radici del pensiero e del desiderio. È dunque importante che la madre alterni presenza e mancanza. È qui che si prepara non solo il pensiero associativo, ma anche tutta la vita simbolica del bambino, che verrà poi veicolata dal linguaggio.

La psicoanalista sostiene che:

«Quando un neonato viene allattato al seno, il contatto con il capezzolo e la suzione stimolano la produzione di beta-endorfine sia nel bambino che nella madre: ecco perché la madre potrebbe non essere abbastanza lucida da mettere limiti all'esperienza di allattamento. Per di più, le mode contemporanee sostengono un allattamento sregolato per eccesso, poggiando la loro teoria sul presupposto che il bambino «sa» (sic!) quando staccarsi. Invece, il bambino sa molto bene soprattutto una cosa: dar piacere alla madre. Entrambi, drogati di beta-endorfine, potrebbero non volersi staccare mai. Sebbene le beta-endorfine del latte materno rilassino il piccolo, aiutandolo a dormire, e concorrano a costruire un buon legame emotivo con la madre, occorre che questo non sia un processo sregolato.»

Ed ancora:

«Non può essere, dunque, il godimento della madre e del bambino a dettare i tempi di allattamento, perché il godimento, con il suo lato mortifero, è legato al circuito della dipendenza che, di per sé, non avrebbe fine. Sarebbe così strano pensare che lo spuntare dei dentini segnali un necessario cambio di alimentazione? Il mordicchiamento del capezzolo, tanto piacevole tra adulti, non sembrerebbe, se realizzato dal bambino, più una pratica erotica che di cura? Così facendo il circuito gira a vuoto senza portare verso la prospettiva di uno sviluppo umanizzante. La regolazione dell'allattamento è, per una madre, il primo esercizio della sua funzione di organizzatrice delle esperienze del piccolo: si tratta di quello che in psicoanalisi si chiama «funzione paterna» e che ogni madre non solo può, ma dovrebbe esercitare per armonizzare il primissimo sviluppo di suo figlio.»

Lo svezzamento è dunque cruciale, perché ogni fase dello sviluppo successivo è come un nuovo svezzamento: ma come fare se si è persa la prima matrice di un più regolato rapporto con la nutrizione? Prima ancora che intervenga la funzione paterna, è l'andirivieni della madre e del suo seno che scandisce un tempo e una regola a quell'orologio interno del neonato che detterà anche i battiti evolutivi successivi.

Perché sorga il desiderio occorre che il bambino sperimenti la frustrazione e i limiti che possono trasformare il vuoto in una mancanza che rimette in moto il desiderio.

La Pigozzi si domanda:

«Il giovane tossicodipendente non è forse come un bambino, oralmente affamato, sempre in cerca di quella «tetta» che si chiama droga e che, purtroppo, trova? È la tetta che non diventa desiderio, ma resta declassata a oggetto di soddisfazione, come quando un bambino, già ben nutrito, brama ancora il capezzolo.»

Lavorare sui livelli arcaici disregolati da cure primarie inadeguate non significa additare colpe materne primitive, si tratta piuttosto di sottolineare la responsabilità della madre nelle cure primarie, renderla più consapevole che certe pratiche eccessive, come l'allattamento a oltranza, il dormire tutti nel lettone, così come certe lontananze mortifere, lasciano a livello dei circuiti delle memorie implicite che hanno sede nell'amigdala tracce profonde.

La nostra responsabilità come psicoterapeuti coi pazienti affetti da dipendenza, non è quindi di “spacciatori di benessere”. In conclusione, la Pigozzi sottolinea che:

«Il terapeuta non può essere un seno materno sempre pronto, pena la replica del bisogno assoluto. Spetta a chi conduce la cura operare una frustrazione, un confine, uno stop, un no.»

Quindi, se il paziente dipendente è preda della brama di aumentare le sedute terapeutiche, chiediamoci se non stia usando la terapia come una sostanza. Quando è così non si può soddisfare la sua richiesta perché la soddisfazione cerca e trova, la sostanza che riempie, mentre l'analisi dovrebbe aiutare a transitare dal bisogno della cosa che soddisfa immediatamente – la droga, l'alcol, ma anche un cibo di cui ci si vorrebbe ingozzare eccetera – al desiderio che domanda altro dalla soddisfazione immediata, mettendo in moto uno spazio altro.

Nelle tossicomanie è esattamente questo meccanismo che va bloccato, con un palo se occorre, lo stesso palo che Lacan diceva andasse messo nelle fauci della madre-cocodrillo che divorava il figlio, per tenerle aperte e liberare il bambino.

