n.1
dicembre 2022

Psicologia, Psicoterapia e Benessere

Gestalt
Analisi Transazionale
Analisi Esistenziale

Quadrimestrale pubblicato dalla
IRPIR Istituto di Ricerca sui Processi Intrapsichici e Relazionali

Psicologia Psicoterapia e Benessere

Gestalt Analisi Transazionale Analisi Esistenziale

Volume No 1 Dicembre 2022

Rivista quadrimestrale pubblicato da

ISTITUTO DI RICERCA SUI PROCESSI INTRAPSICHICI E RELAZIONALI - I.R.P.I.R.

Sede legale: Piazza Antonio Mancini, 4 – 00196 Roma
Stampa: Piazza dell'Ateneo Salesiano, 1 – 00139 Roma
e-mail: info@psicologiapsicoterapiaebenessere.it

Registrazione presso il Tribunale di Roma n. 242/21 del 02/12/2021

I contenuti di PPB sono distribuiti con Licenza Creative Commons Attribuzione - Non commerciale 4.0 Internazionale

Direttore responsabile:
Maria Luisa De Luca

Condirezione:
Susanna Bianchini, Carla de Nitto, Raffaele Mastromarino

Comitato di Redazione:
Laura Bastianelli
Davide Ceridono
Massimo Gubinelli
Cinzia Messana
Maria Teresa Tosi
Lucio D'Alessandris
Silvia Tauriello
Roberta Sanseverino
Massimo Vasale

Comitato scientifico:
Maurizio Andolfi
Antonio Arto
Ellyn Bader
William Cornell
Bruce Ecker
Richard G. Erskine
Donata Francescato
Paolo Gambini
Massimo Grasso
Mario Llanos
Camillo Loriedo
Francesco Marucci
John McNeel
Paolo Meazzini
Michele Novellino
Sabino Palumbieri
Michele Pellerey
Paolo Renzi
Albino Ronco
Vezio Ruggeri
Carmine Saccu

Coordinamento:
Elzbieta Baca

Redazione:
Antonio Palummieri
Simone Forzan

Codice etico
La rivista aderisce a COPE's Best Practice Guidelines for Journal Editors http://publicationethics.org/resources/guidelines.

Norme per gli autori
Per proporre un contributo visitare il sito:
https://www.psicologiapsicoterapiaebenessere.it/index.php/ppb/about/submissions#authorGuidelines
Le proposte di articoli saranno sottoposti a una procedura di referaggio in doppio cieco.

INDICE

Editoriale

Susanna Bianchini e Carla de Nitto 5

Introduzione

Maria Luisa De Luca 9

Editoriale Polarità

Editoriale di Pio Scilligo
Pio Scilligo 13

Psicoterapie per un nuovo umanesimo: un'intervista al Prof. Bruce Ecker sulla condizione esistenziale dell'uomo, la Coherence Therapy e il riconsolidamento della memoria
Bruce Ecker e Laura Bastianelli 17

Psychotherapies for a new humanism: an interview to Prof. Bruce Ecker about existential condition of human being, Coherence Therapy and memory reconsolidation.
Bruce Ecker e Laura Bastianelli 35

Studi e Ricerche

Il dialogo morale in psicoterapia
Maria Teresa Tosi 49

Le origini Traumatiche della bulimia nervosa: analisi del fenomeno
Riccioni Olimpia e Massimo Vasale 69

Il trauma relazionale complesso alla luce della teoria polivagale: il potere trasformativo del sentirsi al sicuro
Laura Andrea Schio 107

Esperienze, Documentazione, Riflessioni

L'Etica in azione: la cura responsabile in psicoterapia per promuovere
Silvana Bove, Maria Rizzi e Domitilla Spallazzi 141

Psicologia Psicoterapia e Benessere, 2022, Vol. 1, No. 1, 5-8

Editoriale

Susanna Bianchini[1], *Carla de Nitto*[2]

La rivista cambia titolo e veste tipografica!

Come mai?

La ricostruzione di alcune tappe della sua storia è utile per comprendere questo cambiamento e il senso che lo accompagna.

È nata nel 1987, con il nome *Polarità*, pubblicata dall'Istituto di Formazione per Educatori e Psicoterapeuti (IFREP) e dall'Istituto di Ricerca sui Processi Intrapsichici e Relazionali (IRPIR), ambedue fondati da Pio Scilligo. Nel 1995, in seguito ad un cambiamento della veste giuridica dell'IFREP che da s.r.l. divenne Associazione culturale (IFREP-93), la rivista ha cambiato nome in *Psicologia, Psicoterapia e Salute*; anche in questa nuova veste editoriale essa ha mantenuto l'impronta iniziale di "organo informativo delle associazioni IFREP-93 e IRPIR".

Oggi diventiamo *Psicologia, psicoterapia e benessere* ed il senso di questo nuovo cambiamento lo possiamo trovare proprio nel tratteggiare il legame esistente tra queste due associazioni.

Esse si differenziano in quanto l'associazione IFREP-93, nata nel 1993, ha come obiettivo prioritario la formazione di educatori e psicoterapeuti, ed è riconosciuta dal MIUR come ente gestore della Scuola per la formazione in psicoterapia, la Scuola Superiore in Psi-

[1] Presidente Associazione "IRPIR"
[2] Presidente Associazione " IFREP-93 fondata da Pio Scilligo"

cologia Clinica (SSPC-IFREP), mentre l'IRPIR, nata nel 1981, è un'Associazione culturale che mantiene rapporti con altre Associazioni italiane ed internazionali di Analisi Transazionale e non solo: grazie all'accordo stipulato nel 1995 tra l'IRPIR e l'European Association of Transactional Analysis (EATA), il titolo di psicoterapeuta rilasciato dalla SSPC-IFREP è riconosciuto valido anche come titolo di Analista Transazionale in campo clinico.

Quanto finora ripercorso è stato possibile in seguito al fermento che ha animato la vita delle due associazioni, grazie a quella fucina inesauribile di idee nel campo della ricerca, della teoria, della metodologia dell'apprendimento nata ad opera di Pio Scilligo e di un gruppo di suoi collaboratori. E sempre Scilligo diede un contributo significativo all'avvio, nel 1993, della Scuola Superiore di Specializzazione in Psicologia Clinica della Università Pontificia Salesiana.

A cavallo tra gli anni '90 ed il 2000 la SSPC-IFREP, dati i vincoli del MIUR, non era in grado di soddisfare la crescente richiesta di formazione in psicoterapia secondo il proprio modello. Dal suo gruppo docente nacquero così nel 2008 due nuove Scuole sul territorio nazionale: la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Transazionale dell'Associazione Studi e Attività di Psicologia Applicata (SSPT-SAPA) di Latina e la Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Interpersonale e di Gruppo dell'Associazione di Ricerca in Psicoterapia Interpersonale (SSPIG-ARPI) di Palermo.

A distanza di un anno, nel 2009, morì Pio Scilligo, proprio a ridosso del periodo in cui si era appena avviato il fenomeno della "gemmazione" di nuove realtà formative.

Le quattro scuole di specializzazione in psicoterapia, la SSPC-IFREP, la SSSPC-UPS, la SSPT-SAPA e la SSPIG-ARPI condividevano un nucleo portante originario che caratterizzava la formazione degli psicoterapeuti rappresentato da una visione antropologica dell'uomo di taglio umanistico-personalistico, dal modello teorico dell'Analisi Transazionale socio-cognitiva (ATSC) e da un modello di apprendimento di tipo teorico-esperienziale (Scilligo,

1992; Franta, Scilligo, Arto, Fizzotti, 1991). Esse, pur facendo riferimento ad enti gestori diversi, hanno mantenuto lo scambio ed il confronto rispetto alla ricerca teorico-applicativa all'interno del Laboratorio di Ricerca sul Sé e sull'Identità (La.R.S.I.), laboratorio nato nel 2006 in seno all'IRPIR. Gli esiti delle ricerche finalizzate a sostenere lo sviluppo dell'ATSC venivano pubblicati nella rivista *Psicologia Psicoterapia e Salute* che, formalmente, continuava ad essere l'organo ufficiale di informazione dell'IFREP- IRPIR.

Così nel tempo l'IRPIR è diventata associazione di riferimento non solo della SSPC-IFREP ma anche della SSPT-SAPA e della SSPIG-ARPI (per una evoluzione dettagliata di quest'ultima associazione vedi il Foglio Informazioni dell'IRPIR del 2022) e anche della SSSPC-UPS, pur essendo la Scuola espressione diretta dell'Università Pontificia Salesiana.

Agganciare la rivista all'IRPIR ci è sembrato, quindi, rispecchiare il dinamismo che negli anni si è verificato e che sia espressione, anche da un punto di vista formale, della sinergia che ha caratterizzato nel tempo il lavoro delle quattro scuole; è così diventata la soluzione che ha permesso di codificare l'esito del processo di differenziazione fin qui tratteggiato: da un tronco iniziale, l'IRPIR, ad una varietà di rami rappresentata dalle scuole precedentemente citate.

Questo passaggio ci ha così portato al nuovo nome della rivista: *Psicologia, Psicoterapia e Benessere*, che tuttavia si colloca in soluzione di continuità con il precedente, e ad una rinnovata linea editoriale; questa sarà di seguito presentata da Marialuisa De Luca, Direttore Responsabile, la cui responsabilità è condivisa con gli attuali direttori delle Scuole: Carla de Nitto, della SSPC-IFREP, Raffaele Mastromarino, della SSSPC-UPS e Susanna Bianchini, della SSPT-SAPA e Presidente dell'IRPIR.

Bibliografia

Franta H., Scilligo P., Arto A., Fizzotti, E. (1991). Una proposta di formazione per psicoterapeuti. *Polarità*. Vol. 5, No. 3, 399 – 417.

Scilligo, P. (1992). Lo psicologo clinico e la sua formazione nelle scuole di psicologia clinica. *Polarità*, Vol. 6, No. 2, 235 – 241.

Psicologia Psicoterapia e Benessere, 2022, Vol. 1, No. 1, 9-12

Introduzione al primo numero

Maria Luisa De Luca[1]

Cogliamo l'occasione della presentazione di questo primo numero la nuova rivista *Psicologia, Psicoterapia e Benessere* per descrivere la struttura e la linea editoriale che, come condirezione e comitato di redazione, abbiamo in mente di realizzare.
La rivista si pone in continuità con la sua storia iniziata con le riviste *Polarità* e *Psicologia, Psicoterapia e Salute* fondate da Pio Scilligo; per valorizzare questa continuità abbiamo scelto di presentare l'editoriale scritto da Susanna Bianchini e Carla de Nitto che apre il numero tracciando i passaggi di questa storia e, di seguito, l'editoriale che apriva il primo numero di *Polarità* scritto da Pio Scilligo. Questa scelta aiuterà il lettore e anche noi a chiarire il senso e gli obiettivi fondamentali anche di questa nuova rivista, nonché a ricordarci, come scrive Pio Scilligo nell'editoriale di apertura di *Polarità* che 'Dare inizio ad una rivista richiede coraggio da un lato e senso dell'umorismo dall'altro'!
Il focus sulla ricerca teorica ed empirica (realizzata con metodologie quantitative, qualitative e miste) rimane assolutamente centrale e si esprime nella sezione *Studi e Ricerche* tramite la quale vogliamo dare spazio ai contributi che possono 'colmare la valle' tra clinica e ricerca (Scilligo, 2009), a validazione di strumenti di ricerca e condividere il lavoro che svolgiamo nel Laboratorio di ricerca sul Sé e sull'Identità (La.R.S.I.) attivo da molti anni nell'IRPIR.

---

[1] Direttore Responsabile

Altrettanto centrale nel nostro progetto culturale è l'ampia attenzione alla clinica e alla prevenzione/promozione della salute mentale che trova spazio nella sezione *Esperienze, documentazione e riflessioni (Esperienze e Riflessioni)* dove vogliamo accogliere contributi di taglio applicativo e riflessioni ispirate dalla pratica clinica, inclusa la discussione di casi clinici, e dagli interventi preventivi in senso ampio.
Nella sezione *Focus sull'AT e l'ATSC* vogliamo dare spazio alla presentazione e rielaborazione dei concetti-chiave dell'Analisi Transazionale e dell'Analisi transazionale Socio-Cognitiva per favorirne l'assimilazione e l'arricchimento teorico tramite riflessioni integrative con altri approcci.
La sezione *Interviste* ci permetterà di ospitare personaggi rilevanti in ambito clinico e preventivo che in modo più snello e dinamico rispetto al classico articolo potranno dare stimoli teorici e applicativi che possono ampliare i nostri orizzonti.
Nella sezione *Recensioni e aggiornamenti bibliografi*ci ci proponiamo di presentare testi, libri e articoli, rilevanti per i temi cari alla rivista e che possono suggerire approfondimenti utili a tutti i nostri lettori e agli allievi e ex allievi delle Scuole di specializzazione che collaborano con l'IRPIR.
Questa breve presentazione delle sezioni ha anche lo scopo di invitare a pensare contributi da proporre per la pubblicazione e a sollecitare proposte che volentieri prenderemo in considerazione per la pubblicazione.
Non tutte le sezioni saranno presenti in ogni numero della rivista: in questo numero per la sezione *Interviste* presentiamo una preziosa intervista, nella versione italiana ed inglese, a Bruce Ecker, fondatore dell'approccio della Coherence Therapy (Ecker, Hulley, Ticic, 2018) realizzata da Laura Bastianelli e che permette di entrare nel vivo dell'approccio e della sua integrazione con l'AT e ATSC.
Per la sezione *Studi e Ricerche* presentiamo un interessante contributo di Maria Teresa Tosi, Il dialogo morale in psicoterapia, frutto della rielaborazione di una presentazione al convegno 'La

Cura e la Responsabilità' realizzato dall'IFREP qualche anno fa e che fa anche da base teorica per un contributo (di Bove, Rizzi e Spallazzi) che presentiamo nella sezione successiva.
Sempre nella sezione *Studi e Ricerche* troviamo uno studio di Olimpia Riccioni e Massimo Vasale che esplora le connessioni tra esperienze traumatiche precoci e la Bulimia nervosa tramite la sintesi di studi empirici e riflessioni teoriche con importanti ricadute per la clinica. Segue un contributo di Laura Andrea Schio che esplora il contributo della teoria polivagale alla comprensione del trauma relazionale e come questa comprensione aiuti a rileggere la relazione terapeutica.
Nella sezione *Esperienze, documentazione e riflessioni* presentiamo un lavoro di Silvana Bove, Maria Rizzi e Domitilla Spallazzi, anch'esso basato su un contributo presentato al convegno 'La Cura e la Responsabilità' e che entra nel vivo dell'applicazione dei parametri etici nella pratica clinica nel quadro di riferimento Analitico Transazionale.
Ci auguriamo che questo nuovo inizio sia accolto con favore e interesse dalla comunità scientifica e professionale che ha cura delle persone e del loro benessere e che stimoli il contributo e le proposte di chi con dedizione e passione riflette sul proprio lavoro clinico e preventivo.

Bibliografia

Ecker, B., Hulley, L., Ticic R. (2018). Sbloccare il cervello emotivo. Milano: Franco Angeli.

Scilligo, P. (2009). La ricerca clinica e la prassi psicoterapeutica: una valle da colmare. In: M. L. De Luca, *Psicoterapia e ricerca: dalla teoria alla clinica*, (69-89). Roma: L.A.S.

Psicologia Psicoterapia e Benessere, 2022, Vol. 1, No. 1, 13-15

Editoriale di Pio Scilligo al primo numero della rivista Polarità

Dare inizio ad una rivista richiede coraggio da un lato e senso dell'umorismo dall'altro. Il coraggio è necessario per soddisfare l'aspettativa della comunità scientifica che è abituata a un linguaggio specifico e può diventare sorda o intrattabile se il pensiero della scoperta si presenta vestito in maniera stravagante e fuori epoca. L'umorismo è necessario per non soccombere sotto false pretese scientifiche in ambiti dove il linguaggio tecnico nasconde ignoranza e dove il ritorno al semplice e al buon senso può informare meglio e preparare terreno nuovo per la susseguente verifica corredata dei carismi della scienza. L'umorismo è necessario soprattutto come approccio creativo e come antidoto contro una tendenza a recepire e impostare i problemi in termini di "chiodi" a causa di una possibile convinzione di fondo che l'unico strumento di lavoro sia il martello. La rivista intitolata Polarità si presenta in termini di contraddizioni nell'ambito terapeutico ed educativo. Già terapeutico ed educativo possono essere visti come polarità. Numerose altre polarità concettuali sono familiari e ad esse è riservato lo spazio in questa rivista: alla prevalenza dell'oggettivo vogliamo contrapporre anche il soggettivo; al predominio del razionale vogliamo contrapporre anche l'intuitivo; al teorico vogliamo contrappore l'applicativo; alla significatività scientifica vogliamo contrapporre la significatività clinica; alla logica descrittiva vogliamo aggiungere la logica deontica; al determinismo oggettivo vogliamo affiancare l'intenzionale soggettivo; al materiale vogliamo unire lo spirituale. Non ci illudiamo di trovare la sintesi delle concezioni polari, ma miriamo a lasciarle emergere, ad assaggiarle, a masticarle, a sceglierle o a ributtarle in-

dietro. L'impegno nella rivista sarà rivolto in modo focalizzato in alcune direzioni specifiche rappresentate dalle sezioni in cui vengono suddivisi i contributi: a) lo studio critico, teorico ed empirico, oggettivamente e soggettivamente impegnato, dei presupposti e dei processi terapeutici ed educativi; b) la creazione e la presentazione di strumenti di misurazione per la ricerca e la diagnosi; c) l'esame di modelli di intervento utili soprattutto per operatori nell'area della salute mentale, della formazione psicologica, educativa e psicoterapeutica; d) interventi di sutura tra ricerca di base, ricerca applicativa e tecnologia: applicazioni operative di modelli teorici in campo sia clinico sia educativo e presentazione di esperienze; e) aggiornamenti nella ricerca clinica su aspetti teorici applicativi di maggiore interesse, mirando alla tempestività nel riportare ricerche pubblicate nelle riviste scientifiche in lingua inglese; f) comunicazioni e dibattiti. Dal punto di vista della impostazione teorica e della visione del mondo vi è ampia apertura ad approcci diversificati, proprio perché l'intento è di mettere a confronto le polarità. La rete di contenimento è un approccio fenomenologico esistenziale che privilegia una concezione della persona come attiva e creativa, che si muove nella realtà oggettiva e soggettiva e continuamente risponde intenzionalmente e volutamente e non solo reattivamente agli stimoli esterni ed interni. Questa posizione colloca la rivista in un ambito problematico. Viene assunto un atteggiamento cauto verso i procedimenti scientifici nello studio dell'agire umano: ad esempio non si sottovalutano una serie di interrogativi che la ricerca scientifica riconosce e talora preferisce mettere in sordina: il peso da dare alla verifica empirica visto che essa dipende dai significati che le si attribuiscono; come considerare l'origine dei costrutti teorici visto che gli ambientalisti si rifanno alla genetica e i genetisti all'ambiente; come procedere scientificamente dato che la metodologia scientifica ha scarsa competenza nell'ambito della causalità circolare; come porsi di fronte ai fatti dato che i fatti sono sempre interpretati. La cautela non impedisce di procedere prendendo atto seriamente dei fatti oggettivi dato che l'alternativa alla inconclusività dell'approccio positivistico nella comprensione dell'attore umano non può essere la

magia. Alcuni assunti di fondo possono servire da guida nel sottomettere contenuti per la pubblicazione e nel leggere contenuti: La comprensione precede la tecnica. La variabilità della tecnica prevale sull'uso sistematico di una tecnica. Il formalismo nell'incontro cede il passo all'essere presenti. Il ricercatore, lo psicoterapeuta, l'educatore oltre ad essere osservatori sono attori coinvolti nel processo. Nella vita umana il primo posto non è del controllo ma dell'esistere. La decisione precede la conoscenza.

Pio Scilligo 24 maggio 1987

Psicologia Psicoterapia e Benessere, 2022, Vol. 1, No. 1, 17-33

Psicoterapie per un nuovo umanesimo: un'intervista al Prof. Bruce Ecker sulla condizione esistenziale dell'uomo, la Coherence Therapy e il riconsolidamento della memoria

Bruce Ecker[1], Laura Bastianelli[2]
(traduzione di Enea Slavic)

Psychotherapies for a new humanism: an interview to Prof. Bruce Ecker about existential condition of human being, Coherence Therapy and memory reconsolidation

Abstract

L'articolo presenta il testo originale e integrale dell'intervista condotta dalla Prof.ssa Laura Bastianelli al Prof. Bruce Ecker durante il Convegno di Roma 2019, "Psicoterapie per un nuovo umanesimo". Il Prof. Ecker ha risposto a tre domande stimolo illustrando il modo in cui il tipo di neuroplasticità conosciuta come riconsolidamento della memoria possa illuminare il panorama della psicoterapia e dare risposta ad alcuni dilemmi esistenziali dei nostri clienti.

---

[1] PhD, MA, LMFT, Co-creatore della Coherence Therapy e co-direttore del Coherence Psychology Institute (NYC).
e-mail: bruce.ecker@coherenceinstitute.org
[2] Docente nelle Scuole di specializzazione SSPC-IFREP e SSSPC-UPS. Associato alla Ricerca presso il Coherence Psychology Institute (NYC). Membro del Laboratorio di Ricerca sul Sé e l'Identità dell'IRPIR. Roma (Italia).
e-mail: l.bastianelli@tiscali.it

The article presents the original and integral text of the interview conducted by Prof. Laura Bastianelli with Prof. Bruce Ecker during the 2019 Rome Conference, "Psychotherapies for a New Humanism." Prof. Ecker answered three stimulus questions by illustrating how the kind of neuroplasticity known as memory reconsolidation can illuminate the landscape of psychotherapy and provide answers to some of our clients' existential dilemmas.

Keywords
Riconsolidamento della memoria; Coherence Therapy; Costruttivismo; Approccio umanistico-esistenziale; Cambiamento trasformativo.

Memory Reconsolidation; Coherence Therapy; Constructivism; Humanistic-existential approach; Transformational change.

Come concettualizzi la condizione esistenziale dell'essere umano all'interno della teoria della Coherence Therapy?

La Coherence Therapy rivela profondamente una condizione esistenziale che affligge ciascuna delle nostre vite. Rivela in tutta la sua pienezza quanto possiamo essere dominati da una memoria emotiva negativa che è al di fuori della consapevolezza. La Coherence Therapy porta alla consapevolezza cosciente l'apprendimento emotivo specifico sottostante che ha generato il sintomo o il problema riportato dal paziente.

Non c'è interpretazione o teorizzazione. La sostanza dell'apprendimento emozionale unico sottostante diventa chiara e direttamente apparente a livello esperienziale.

In questo modo, la Coherence Therapy dimostra che l'apprendimento emotivo e la memoria sono la vera fonte di quasi tutti i problemi e sintomi presentati dai clienti in terapia, tra cui depressione, ansia e panico, attaccamento insicuro, sintomi post-traumatici, bassa autostima e vergogna, problemi di rabbia, problemi sessuali,

procrastinazione, basso rendimento, lutto complicato, comportamenti compulsivi, misofonia, sintomi somatici di molti tipi e molti altri.

Nel corso dell'evoluzione, il cervello ha sviluppato un sistema di memoria emotiva che conserva ciò che abbiamo appreso nelle nostre esperienze di pericolo o di sofferenza. La sopravvivenza è stata massimizzata da tale sistema di memoria. Tutto ciò che apprendiamo nelle esperienze di pericolo o sofferenza rimane nella memoria implicita senza limiti di tempo e ci obbliga a certi comportamenti e stati mentali.

Questo è il dilemma esistenziale della memoria emotiva. Ognuno di noi ha molti insegnamenti di questo tipo provenienti da pericoli e sofferenze e nessuna consapevolezza di questi apprendimenti.

Ad esempio, molti clienti adulti che vanno in terapia non hanno la consapevolezza dell'apprendimento emotivo che deriva dalla loro infanzia secondo il quale *commettere errori* è vergognoso e li rende non amabili. Quindi, non sanno perché sentono una continua ansia sociale e sono compulsivamente perfezionisti.

Ma non tutti gli apprendimenti emotivi derivano da relazioni interpersonali. Ad esempio, molte persone hanno esperienze di vita brutalmente ingiuste e arbitrarie, come una malattia che si porta via una gloriosa carriera atletica che stava appena iniziando, oppure un bambino con un attaccamento sicuro in una famiglia materialmente agiata che poi cade in povertà. E poi, più tardi nella vita la persona non ha consapevolezza del perché reagisce intensamente provando rabbia e risentimento per ogni situazione percepita come ingiusta o arbitraria.

Questi sono solo alcuni esempi comuni di ciò che intendo per apprendimenti emotivi. Nessuno sfugge alla presa degli apprendimenti emotivi acquisiti. Questo significa che siamo nella presa dei comportamenti e degli stati mentali che sono forzati dagli

apprendimenti emotivi che sono al di fuori della nostra consapevolezza.

Gli apprendimenti emotivi negativi persistono a pieno regime per decenni nella vita adulta di un individuo. Tale persistenza viene vista come patologia dalla maggior parte dei professionisti nel campo della psicoterapia. Tali apprendimenti sono solitamente chiamati "credenze patogene".

Ma, secondo un'ampia ricerca neuroscientifica, la persistenza a lungo termine degli apprendimenti emotivi è il *corretto funzionamento* dell'apprendimento emotivo e del sistema della memoria.

Il cervello si è evoluto attraverso la selezione naturale in un modo per cui tutto quello che apprendiamo mentre proviamo un'emozione forte non svanisce nel tempo. Gli apprendimenti emotivi *non dovrebbero* dissolversi nel tempo. Chiaramente, sono completamente adattivi nella loro formazione originale. Quindi, chiamarli patogeni significa chiamare patogena la *stessa* selezione naturale.

Pertanto, secondo il quadro di riferimento della Coherence Therapy, vivere nell'incantesimo e nella presa degli apprendimenti emotivi è completamente normale ed è realmente una condizione esistenziale della vita.

In un certo senso, è una condizione esistenziale molto *strana*, rispetto alle *altre* condizioni esistenziali della vita.

Altre condizioni esistenziali sono piuttosto *comuni* per le persone, come il fatto che la vita finisca sempre con la morte, oppure la nostra *vulnerabilità alla sofferenza* che può essere di molti tipi, oppure l'incertezza intrinseca di ciò che accadrà nelle nostre vite.

Queste condizioni esistenziali sono ovvie e ben note a tutti. Ma gli apprendimenti emotivi *non* sono ovvii e ben noti a tutti perché si formano al di fuori della consapevolezza e modellano la nostra percezione e la nostra esperienza al di fuori di essa.

Quindi, la maggior parte delle persone *non è consapevole* di *essere* sotto l'incantesimo di apprendimenti emotivi specifici, e tuttavia i loro apprendimenti emotivi modellano fortemente il modo in cui viene percepita la realtà, e in cui forzano alcuni comportamenti e generano certi sentimenti o pensieri. Quindi, essere dominati da apprendimenti emotivi è una condizione esistenziale che per la maggior parte delle persone *non è ovvia*.

C'è un *altro* aspetto degli apprendimenti emotivi che è ancora più strano.

Le altre condizioni esistenziali con cui le persone hanno familiarità sono molto reali. Ad esempio, ogni vita finisce realmente con la morte. Ogni apprendimento emotivo *sembra* essere, allo stesso modo, molto reale. *Sembra* essere una solida verità che riguarda il mondo stesso, ma in realtà ogni apprendimento emotivo è un'illusione. È un miraggio molto realistico creato dalla propria mente.

Ad esempio, considerate l'apprendimento emotivo per il quale *fare un qualsiasi errore* è vergognoso e mi rende non amabile.

Questo apprendimento emotivo genera la aspettativa continua che altri formino giudizi estremamente negativi su di me se dico o faccio qualcosa di sbagliato. E non importa quante cose in precedenza io abbia fatto correttamente o bene. Un errore cancella tutto.

Questa visione di come gli altri risponderanno viene sentita come una solida realtà che riguarda il mondo, quindi la persona prova un'intensa ansia sociale ed è attenta in modo perfezionista a tutto.

Ma questa visione di come le persone risponderanno è un *miraggio* creato e mantenuto dall'apprendimento emotivo e dal sistema della memoria, che si trova principalmente nel cervello sottocorticale.

La realtà sentita di quel modo di vedere le persone può persistere facilmente per tutta la vita. L'apprendimento emotivo rinchiude la persona nella prigione di un quadro immaginario che sembra essere la realtà.

Come ho detto, quella prigione *può rimanere chiusa per tutta la vita* - ma, il cervello ha anche la chiave che può sbloccare ogni cella della prigione costituita dalla memoria emotiva.

La chiave è un processo ben definito che il cervello usa per effettuare il disapprendimento profondo e l'annullamento di un apprendimento emotivo specifico, e dopo tale processo la sua realtà percepita scompare immediatamente. Ciò che sembrava orribilmente reale e vero per decenni improvvisamente *non è* affatto reale o vero. Il suo potere soggettivo è sparito.

Questo è un cambiamento trasformativo, non un miglioramento incrementale.

Il processo del cervello per questo profondo disapprendimento è stato scoperto dai neuroscienziati. Il processo di disapprendimento avviene attraverso un tipo specifico di neuroplasticità chiamato riconsolidamento della memoria, e i neuroscienziati lo hanno scoperto circa 20 anni fa.

Ogni volta che si verifica tale cambiamento trasformativo in un qualsiasi tipo di psicoterapia, significa che si è verificato il processo di riconsolidamento della memoria. Nella Coherence Therapy, la metodologia è progettata per indurre il cambiamento trasformativo attraverso il riconsolidamento della memoria nel modo più efficiente possibile.

Nei momenti in cui si sta verificando il disapprendimento, la persona realizza che ciò che era sembrato così reale nel mondo era in realtà solo un miraggio creato dalla propria interpretazione, dal proprio modello mentale, dalla propria attribuzione di significati e ipotesi.
Per me, il potere del cervello emotivo di creare le qualità del mondo con tale realismo è un grande mistero. E poi, il cervello emotivo può dissolvere molto rapidamente e completamente ciò che sembrava così reale.

Qui nel nostro contesto attuale (il convegno "Psicoterapie per un nuovo Umanesimo, n.d.r.), il punto è che la prigione della memoria emotiva è una condizione esistenziale *dalla quale possiamo liberarci*, *a differenza* delle altre condizioni esistenziali che sono inevitabili.

La neuroscienza ci ha fornito una conoscenza empirica su come funziona il processo del disapprendimento e della dissolvenza, e forse per la prima volta nella storia umana, questa conoscenza rende possibile per le persone, e su larga scala, essere liberate dalle celle della prigione della memoria emotiva.
A mio parere, in questo momento, questa nuova conoscenza è lo sviluppo più importante per il campo della psicoterapia.

Quali concetti guidano il tuo intervento clinico nel lavoro con il cliente? (Ad esempio: il ruolo del passato, del presente e del futuro, deficit e risorse, difese e protezioni, relazione reale vs transfert e controtransfert).

Ok, rivedrò i concetti principali della Coherence Therapy.

Primo, la produzione dei sintomi è intesa nei termini del concetto che ho menzionato in precedenza, il concetto di apprendimento emotivo acquisito.

Ciò significa che un determinato sintomo esiste perché è emotivamente necessario secondo almeno un apprendimento emotivo che è al di fuori della consapevolezza cosciente.

Questo lo chiamiamo il principio della coerenza del sintomo. I sintomi si rivelano come un'espressione coerente di apprendimenti emotivi coerenti.

Gli apprendimenti emotivi si rivelano come costrutti unici e personali. Le persone creano e apprendono significati, modelli mentali e schemi in modo adattivo e al di fuori della consapevolezza. Questi sono apputo gli apprendimenti emotivi della persona.

Quindi, questa è una visione costruttivista dell'apprendimento emotivo e della produzione dei sintomi.

Inoltre, come ho detto prima, la persistenza a lungo termine degli apprendimenti emotivi rappresenta il corretto funzionamento del sistema della memoria implicita, non una sorta di patologia o disfunzione.

La nostra frase "coerenza del sintomo" intende denotare tutto ciò.
Mi rendo conto che questa visione della produzione dei sintomi potrebbe sembrare contro-intuitiva. In altre parole, potrebbe essere difficile immaginare come un sintomo che causa grandi sofferenze possa essere emotivamente necessario in qualche modo coerente.

Quindi ecco un breve esempio: una delle mie clienti era una donna che aveva un attacco di panico completo, con tutte le componenti fisiologiche, quasi ogni giorno mentre era al suo nuovo lavoro come manager.

Abbiamo esaminato il suo panico e trovato un apprendimento emotivo che aveva formato durante l'infanzia, in risposta ai suoi

genitori che la avvertivano frequentemente che sua madre sarebbe potuta morire se lei le avesse provocato un qualsiasi tipo di stress.

Sua madre aveva un problema cardiaco molto serio.

Nella sua mente di bambina, il significato degli avvertimenti dei suoi genitori era che "lei è letale", in qualche modo misterioso. Ha imparato che "è una presenza letale", quindi doveva sempre evitare di esprimersi direttamente, perché farlo avrebbe potuto uccidere le persone. Ma questo apprendimento era completamente implicito e al di fuori della sua consapevolezza.

L'apprendimento emotivo consisteva sia nel problema di essere letale sia nella sua soluzione, ovvero non esprimersi mai direttamente o creare qalche interferenza, e tutto ciò era completamente al di fuori della consapevolezza.

Nel suo nuovo lavoro come manager, per la prima volta nella sua vita le era richiesto di prendere decisioni che riguardavano direttamente altre persone. Quindi, nell'ambito lavorativo era in preda al panico perché la sua "letalità" non era contenuta in modo sicuro e stava venendo fuori "riversandosi" sugli altri.

Ma lei non ne è stata cosciente fino a quando, in terapia, questo non è diventato parte della sua consapevolezza come una sua personale verità emotiva.
Quindi, questo è un esempio per dimostrare come anche un sintomo che rappresenta un'intensa sofferenza per il cliente viene generato in modo coerente, perché il sintomo è necessario secondo un qualche apprendimento emotivo.

Ora descriverò i concetti che definiscono le due attività principali svolte nella Coherence Therapy.

La prima fase dell'attività viene definita dal concetto di accesso esperienziale diretto agli apprendimenti emotivi sottostanti al sintomo.
Gli apprendimenti emotivi specifici sono portati alla luce come esperienza soggettiva, diretta, lucida.

Il cliente viene guidato nel *sentire* l'apprendimento sottostante a livello affettivo e somatico, e ad esprimere in parole questa esperienza sentita di ciò che è stato appreso.

Questo è il recupero dalla conoscenza implicita alla conoscenza esplicita dell'apprendimento emotivo sottostante, attraverso un accesso diretto ed esperienziale.

Poi arriva la seconda fase dell'attività nella Coherence Therapy. Viene definita dal concetto di disapprendimento profondo di questi particolari apprendimenti emotivi.

Il disapprendimento profondo avviene attraverso il processo di riconsolidamento della memoria, che effettivamente depotenzia e annulla l'apprendimento emotivo target. La sua potente realtà soggettiva scende a zero. Quindi, il sintomo del cliente scompare definitivamente, perché il sintomo veniva prodotto solo perché era necessario secondo quell'apprendimento emotivo.

Descriverò brevemente il processo di disapprendimento per la donna che aveva appreso di essere "letale".

Dopo essere diventata consapevole di credere e sentirsi letale, il processo di disapprendimento ha implicato un attento riesame dei messaggi genitoriali riguardanti la possibilità che lei potesse uccidere sua madre, riesaminando anche il suo comportamento attuale.

I suoi genitori avevano comunicato spesso, "potresti uccidere tua madre," e lo dicevano in vari modi, ma in realtà non hanno mai detto

“sei letale”. Il suo essere letale era il modo in cui da bambina aveva *interpretato il significato* dei messaggi.

Molto spesso, l’apprendimento emotivo sottostante consiste in significati attribuiti dal cliente stesso. Non sempre, ma abbastanza spesso.

Il significato attribuito da lei del suo essere “letale”, si era formato in uno stato dell’Io bambino.

Ora, la stavo guidando nel riesaminare il significato dei messaggi genitoriali da uno stato dell’Io adulto. Questo non era un semplice riesame intellettuale, ma una profonda rivisitazione dell’esperienza originale con il suo stato dell’Io adulto, che osservava questo materiale per la prima volta nella sua vita.

Ben presto fu colpita dalla sua comprensione potente, realizzò che la vigilanza spaventosa dei suoi genitori non diceva nulla di lei. Vide che la paura dei suoi genitori li aveva completamente accecati impedendo loro di vedere la persona gentile e premurosa che lei in realtà era ed è.
Questa non è stata una *mia* interpretazione. È stata la sua conoscenza esperienziale, lucida, derivante dal riesame del proprio comportamento e di quello dei suoi genitori.

Questa nuova conoscenza si è immediatamente giustapposta al suo costrutto di essere letale e lo ha disconfermato. La sua identità di “essere letale” ha immediatamente perso tutto il suo realismo.

Il disapprendimento profondo avviene in questo modo, attraverso l’apprendimento target che incontra direttamente una disconferma altamente specifica.
I suoi attacchi di panico scomparvero immediatamente, in modo completo e permanente. Sono scomparsi perché l’apprendimento emotivo che stava generando il panico non esisteva più.

Di nuovo, questo è un cambiamento trasformativo, distinto dal miglioramento incrementale.

Questi sono i concetti principali che strutturano la Coherence Therapy. Potrei anche commentare brevemente su come questo quadro di riferimento concettuale si relaziona con alcuni degli altri quadri di riferimento concettuali che hai menzionato, che sono familiari a tutti.
In merito al ruolo del passato versus il ruolo del presente e del futuro: i sintomi del cliente sono generati da apprendimenti emotivi che esistono nel presente, dopo essere stati formati nel passato; ed è possibile accedervi e portarli alla consapevolezza anche senza memoria del passato.

Per esempio, l'apprendimento emotivo implicito della mia cliente di essere una presenza letale che potrebbe uccidere altri stava agendo nel presente, e questo poteva essere portato alla consapevolezza anche se non fosse stata in grado di ricordare le sue esperienze infantili.

Ciò che è necessario per guidare il cambiamento trasformativo è il contenuto dell'apprendimento emotivo che opera nel presente, *non* le esperienze originali nelle quali si è formato quell'apprendimento.

La memoria autobiografica, episodica di quelle esperienze originali è utile se è disponibile, ma non è necessaria o essenziale per il processo di disapprendimento che avviene attraverso la disconferma.

Prendiamo ora in considerazione la terapia concettualizzata in termini di deficit e risorse. Costruire risorse per rafforzare ciò che è deficitario è una strategia che di solito produce un cambiamento incrementale e non trasformativo. È una strategia che è prevalentemente incompatibile con il nostro quadro di riferimento di apprendimento e disapprendimento emotivo.

Per capire il perché, facciamo un paragone. Immaginate che all'inizio della terapia io concettualizzi gli attacchi di panico sul lavoro della mia cliente come causati da un deficit, e quindi lavoro per costruire le sue risorse. Sono completamente all'oscuro del fatto che in realtà il suo panico è dovuto alla sua convinzione inconscia di essere, nel suo nuovo lavoro, pericolosamente letale per gli altri. Quindi, lavoro per costruire risorse ad esempio proponendo letture inerenti le competenze che dovrebbe avere, faccio un resoconto delle sue abilità reali in modo che riconosca quanto sia capace, le propongo di parlare con il suo supervisore per chiarire quali sono le aspettative nei suoi confronti, e varie altre risorse utili.

Ma tutto ciò avrebbe qualche effetto sulla sua convinzione inconscia relativa al suo essere letale e sul terrore che essa genera? Non credo proprio.

L'apprendimento emotivo relativo al suo essere letale è in uno stato dell'Io bambino che non presta alcuna attenzione alle nuove risorse adulte che stiamo costruendo.

In generale, creare risorse probabilmete non disconfermerà in modo specifico l'apprendimento emotivo sottostante non riconosciuto. La disconferma può verificarsi accidentalmente durante lo sviluppo delle risorse, ma *non è probabile* che ciò accada, quindi non è una strategia affidabile per un cambiamento trasformativo.

Creare risorse tende a produrre cambiamenti incrementali che sono sempre suscettibili di ricaduta perché l'apprendimento emotivo sottostante al sintomo esiste ancora.

Un altro importante concetto nella psicoterapia è il ruolo della relazione cliente-terapeuta. Potrei citare brevemente il modo in cui quest'ultima rientra nel nostro quadro di riferimento.

Ho spiegato che ciò che conta nel nostro quadro di riferimento è il disapprendimento profondo dell'apprendimento emotivo sottostante al sintomo. Ed ho menzionato che il disapprendimento avviene attraverso una disconferma che è specifica ed esperienziale. Quindi, ora la domanda è la seguente: l'esperienza che il cliente fa del terapeuta, disconferma in modo specifico l'apprendimento emotivo sottostante al sintomo? La risposta è la seguente: dipende dal contenuto specifico dell'apprendimento emotivo target.

Alcune esperienze emotive non possono essere disconfermate e annullate dall'esperienza che il cliente fa del terapeuta. Ma alcune esperienze emotive possono essere disconfermate in questo modo. Se la disconferma possa essere realizzata o meno attraverso l'esperienza che il cliente fa del terapeuta, diventa evidente solo dopo che l'apprendimento emotivo target è diventato esplicito e il terapeuta ha acquisito familiarità con il suo contenuto specifico.

Nel nostro quadro di riferimento, la relazione terapeuta-cliente è uno dei tanti modi possibili per creare la disconferma cruciale per il cambiamento.

Inoltre dovrei menzionare quanto segue: la relazione terapeuta-cliente di solito viene concettualizzata come un insieme di fattori comuni non specifici, quali l'alleanza, l'empatia, la fiducia e altri fattori.

Tra i terapeuti e i ricercatori c'è una *credenza diffusa* nella teoria dei fattori comuni non specifici, secondo la quale quasi tutta l'efficacia terapeutica è dovuta ai fattori comuni non specifici, e un processo terapeutico *specifico* non può essere una delle cause principali di una forte efficacia terapeutica.

Tuttavia, il processo di disapprendimento è un processo specifico ben definito che è stato rivelato dalla ricerca sul riconsolidamento della memoria. In terapia, osserviamo quotidianamente che questo

processo specifico produce un cambiamento trasformativo, e questo rappresenta una forte sfida alla teoria dei fattori comuni non specifici.
Ok, mi fermerò qui per quanto riguarda i concetti che hai citato.

3. Salvaguardare la ricchezza dell'approccio umanistico-esistenziale: cosa consideri rilevante per il futuro?
Il quadro teorico umanistico-esistenziale è tutelato molto bene dai risultati della ricerca sul riconsolidamento della memoria, poiché alcuni dei principali pilastri dell'approccio umanistico-esistenziale ricevono da essa un forte sostegno empirico.

Uno di questi pilastri è il principio fondamentale che ogni persona possiede intrinsecamente la capacità di crescita psicologica e di un cambiamento terapeutico liberatorio. Il compito del terapeuta è solo quello di facilitare abilmente le capacità innate di ogni persona.

Bene, la scoperta del riconsolidamento della memoria è esattamente la scoperta che la mente e il cervello possiedono intrinsecamente un processo per un cambiamento terapeutico potente, un cambiamento trasformativo che elimina completamente e in modo permanente il pattern del problema.

Coloro che si occupano di ricerca sull'esito in psicoterapia hanno sempre considerato una *terapia di successo* come quella con un miglioramento parziale, modesto, incrementale. Quindi ora, avere improvvisamente la prova empirica di un meccanismo integrato di cambiamento trasformativo rappresenta un rimodellamento fondamentale del panorama nel campo della psicoterapia.

Potrebbe anche essere considerato un progresso *rivoluzionario*, e pone in modo diretto una base empirica solida sotto il quadro di riferimento umanistico-esistenziale.

Un altro pilastro di questo quadro di riferimento è il seguente: il terapeuta considera il cliente come la persona nella stanza che è il vero esperto per quanto riguarda il processo e il contenuto interiore del cliente.

In altre parole, il terapeuta sa molto bene che deve imparare dal cliente il processo e il contenuto interiore del cliente stesso, e solo dopo che ha imparato da lui/lei procede per guidare il cambiamento in quel processo e quel contenuto.

La ricerca sul riconsolidamento della memoria sostiene direttamente anche questo pilastro, perché la ricerca mostra che il processo di cambiamento profondo richiede che si abbia un'esperienza che disconfermi in modo specifico l'apprendimento emotivo esistente del cliente.

Quella specificità è necessaria e richiede al terapeuta di imparare dal cliente con sensibilità il contenuto unico del suo apprendimento emotivo sottostante.

Questo approccio fenomenologico e rispettoso è l'unico modo affidabile per portare avanti il processo del cambiamento profondo.

Se il terapeuta si affida invece alla propria teorizzazione o interpretazione del materiale interiore del cliente, il processo di solito vaga in modo inefficace perché gli apprendimenti emotivi di ciascuna persona sono unici e non sono deducibili o inferibili in modo affidabile dai sintomi manifestati.

Ecco, questo è un rapido sguardo su come il quadro teorico umanistico-esistenziale sia ben salvaguardato dai risultati della ricerca sul riconsolidamento della memoria. E probabilmente è ovvio dai miei commenti che prevedo anche che i risultati della ricerca sul riconsolidamento aiuteranno a perfezionare i metodi terapeutici umanistico-esistenziali futuri per ottenere il cambiamento

trasformativo in modi più costanti di quanto sia mai stato creduto possibile.

Letture consigliate

Bastianelli, L., Tosi, M.T., Giacometto, R., Messana, C., & Ceridono, D. (2019). Why Transactional Analysis works: reasons for a possible explanation of change in psychotherapy. *International Journal of Psychotherapy*, 23 (3), pp. 7-20.

Ecker, B., Ticic, R., Hulley, L. (2018) "*Sbloccare il cervello emotivo. Eliminare i sintomi alla radice utilizzando il riconsolidamento della memoria"*. Milano: Franco Angeli (Trad. it. a cura di Laura Bastianelli di Ecker, B., Ticic, R., Hulley, L. (2012). Unlocking the Emotional Brain. New York: Routledge).

Ecker, B., Ticic, R., Hulley, L., Bastianelli, L. (2018) A Demonstration of Social-Cognitive Transactional Analysis Implementing the Therapeutic Reconsolidation Process. *Coherence Psychology Institute LLC*.

Ecker, B., Vaz, A. (2022) Memory reconsolidation and the crisis of mechanism in psychotherapy, *New Ideas in Psychology*, Volume 66,100945, ISSN 0732-118X,

https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2022.100945.

Psicologia Psicoterapia e Benessere, 2022, Vol. 1, No. 1, 35-47

Psychotherapies for a new humanism: an interview to Prof. Bruce Ecker about existential condition of human being, Coherence Therapy and memory re-consolidation

Bruce Ecker[1], *Laura Bastianelli*[2]

Psicoterapie per un nuovo umanesimo: un'intervista al Prof. Bruce Ecker sulla condizione esistenziale dell'uomo, la Coherence Therapy e il riconsolidamento della memoria

Abstract

The article presents the original and integral text of the interview conducted by Prof. Laura Bastianelli with Prof. Bruce Ecker during the 2019 Rome Conference, "Psychotherapies for a New Humanism." Prof. Ecker answered three stimulus questions by illustrating how the kind of neuroplasticity known as memory reconsolidation can illuminate the landscape of psychotherapy and provide answers to some of our clients' existential dilemmas.

L'articolo presenta il testo originale e integrale dell'intervista condotta dalla Prof.ssa Laura Bastianelli al Prof. Bruce Ecker durante il Convegno

[1] Bruce Ecker: MA, LMFT, Co-originator of Coherence Therapy and co-director of Coherence Psychology Institute (NYC).
email bruce.ecker@coherenceinstitute.org

[2] Trainer at SSPC-IFREP and SSSPC-UPS. Research Associate at Coherence Psychology Institute (NYC). Member of IRPIR's Research Lab on the Self and Identity (LaRSI). Rome (Italy). email l.bastianelli@tiscali.it

di Roma 2019, "Psicoterapie per un nuovo umanesimo". Il Prof. Ecker ha risposto a tre domande stimolo illustrando il modo in cui il tipo di neuroplasticità conosciuta come riconsolidamento della memoria possa illuminare il panorama della psicoterapia e dare risposta ad alcuni dilemmi esistenziali dei nostri clienti.

Keywords
Memory Reconsolidation; Coherence Therapy; Constructivism; Humanistic-existential approach; Transformational change.

Riconsolidamento della memoria; Coherence Therapy; Costruttivismo; Approccio umanistico-esistenziale; Cambiamento trasformativo.

How do you conceptualize the existential condition of human being inside the Coherence Therapy theory?

Coherence Therapy deeply reveals an existential condition that plagues each of our lives. It reveals the full extent to which we are dominated by negative emotional memory that is outside of awareness. Coherence Therapy brings *into* conscious awareness the specific, underlying emotional learning that has been generating the client's presenting symptom or problem. There is no interpreting or theorizing. The substance of the unique, underlying emotional learning becomes clearly and directly apparent experientially. In that way, Coherence Therapy shows that emotional learning and memory is the actual source of nearly all of the problems and symptoms presented by therapy clients, including depression, anxiety and panic, insecure attachment, post-traumatic symptoms, low self-worth and shame, anger problems, sexual problems, procrastination, underachieving, complicated grief, compulsive behaviors, misophonia, somatic symptoms of many types, and many others.

In the course of evolution, the brain developed an emotional memory system that preserves what we learned in our experiences of danger or suffering. Survival was maximized by such a memory system.

Whatever we learn in experiences of danger or suffering remains in implicit memory timelessly and compels us into certain behaviors and states of mind. And *that* is the existential dilemma of emotional memory. Each of us has many such learnings from dangers and sufferings, with no awareness of these learnings. For example, many adult therapy clients have no awareness of their childhood emotional learning that *making any mistake* is shameful and makes them unlovable. So they don't know why they feel continuous social anxiety and are compulsively perfectionistic. But not all emotional learnings are from interpersonal relationships. For example, many people have experiences of life itself being brutally unfair and arbitrary, such as an illness that takes away a glorious athletic career that was just beginning, or a child with secure attachment in a materially comfortable family that then plunges into poverty. And then later in life the person has no awareness of why he or she has an *intense* reaction of anger and resentment to every situation perceived as unfair or arbitrary. Those are just some common examples of what I mean by emotional learnings. No one escapes being in the grip of the emotional learnings that they have acquired. And that means being in the grip of the behaviors and the states of mind that are compelled by one's emotional learnings, from outside of awareness.

Negative emotional learnings persist at full strength for decades into a personal's adult life. That persistence is viewed as pathology by most of the psychotherapy field. Such learnings are usually called "pathogenic beliefs". But according to extensive neuroscience research, the long-term persistence of emotional learnings is actually the *proper functioning* of the emotional learning and memory system. The brain evolved through natural selection in such a way that whatever we learn while feeling strong emotion does not fade out over time.

Emotional learnings are not *supposed* to fade out over time. And clearly, they are fully adaptive in their original formation. So, to call them pathogenic is to call natural selection itself pathogenic.

Therefore, according to the framework of Coherence Therapy, living in the spell and in the grip of emotional learnings is completely normal and is truly an existential condition of life. In some ways, it is a very *strange* existential condition, as compared to the *other* existential conditions of life. Other existential conditions are quite *apparent* to people, such as the fact that life always ends in death, or our vulnerability to suffering of many kinds, or the inherent uncertainty of what will happen in our lives. Those existential conditions are obvious and well known to everyone.

But emotional learnings are *not* obvious and well known to everyone because they form outside of awareness and they shape our perception and our experience from outside of awareness. So most people are *not conscious* of *being* under the spell of specific emotional learnings, and yet, their emotional learnings: strongly shape how they perceive reality and compel certain behaviors and generate certain feelings or thoughts. So, being ruled by emotional learnings is an existential condition that is *not apparent* to most people. And there is *another* aspect of emotional learnings that is *even more* strange.

The other, familiar existential conditions are very real. For example, each life really does end in death. Each emotional learning *appears* to be similarly very real. It *appears* to be the solid truth of the world itself, but actually each emotional learning is an illusion. It is a very realistic mirage created by one's one mind.

For example, consider the emotional learning that *making any mistake* is shameful and makes me unlovable. This emotional learning generates the continual expectation that others will form extreme negative judgments if I say or do *anything* wrong. And it doesn't matter how many things I have previously done correctly or done well. One mistake erases all of that. That view of how others will respond feels like a solid reality of the world, so the person feels intense social anxiety and he or she is perfectionistically careful in every way.

But that view of how people will respond is a *mirage* created and maintained by the emotional learning and memory system, which is mainly in the subcortical brain. The felt realness of that view of people can easily persist for a whole lifetime. Emotional learning locks the person into the prison of an imaginary tableau that appears to be reality. As I said, that prison *can remain locked* for a lifetime – but the brain also has the key that can *un*lock each prison cell of emotional memory. The key is a well-defined process that the brain uses for deeply unlearning and nullifying a specific emotional learning, and then its realness disappears immediately. What seemed horribly real and true for decades suddenly is clearly *not* real or true at all. Its subjective power is gone. That is a transformational change, not an incremental improvement.

The brain's process for that profound unlearning was detected by neuroscientists. The unlearning process happens through a special type of neuroplasticity called Memory Reconsolidation, which brain researchers discovered about 20 years ago. Whenever such tr change occurs in any type of psychotherapy, it means the Memory Reconsolidation process has occurred. In Coherence Therapy , the methodology is designed to induce tr change through Memory Reconsolidation as efficiently as possible. In the moments when the unlearning is happening, the person realizes that what had seemed so real about the world was actually only a mirage created by their own construing, their own mental model, their own attributed meanings and assumptions. To me, the power of the emotional brain to create the qualities of the world with such realness is a great mystery. And then the emotional brain can very quickly dissolve completely what seemed so real.

Here in our present context, the point is that the prison of emotional memory is an existential condition *that we can free ourselves from, unlike* the other existential conditions that are inescapable. Brain science has supplied us with empirical knowledge of how that unlearning and dissolving process works, and perhaps for the first time in

human history, this knowledge makes it possible for people to be freed from the prison cells of emotional memory on a large scale. In my opinion, this new knowledge is now the most important development for the psychotherapy field.

Which concepts guide your clinical intervention encountering the client? (Eg: the role of the past / present and future; deficits / resources; defenses / protections; real relationship / transference and countertransference).

Ok, I'll review the top-level concepts of Coherence Therapy .

First, symptom production is understood in terms of the concept I mentioned earlier, the concept of acquired emotional learning. This means that a given symptom exists because it is emotionally necessary according to at least one emotional learning that is outside of conscious awareness. We call that the principle of symptom coherence. Symptoms are revealed to be a coherent expression of coherent emotional learnings. And learnings are revealed to be the person's own unique constructs. People adaptively form and learn meanings, mental models and schemas outside of awareness. And these are the person's emotional learnings. This is a constructivist view of emotional learning and symptom production. Plus, as I mentioned earlier, the long-term persistence of emotional learnings is the proper functioning of the implicit memory system, not some kind of pathology or dysfunction. Our phrase "symptom coherence" is intended to denote all of that. I realize that this view of symptom production might seem counter-intuitive. In other words, it might be difficult to imagine how a symptom that really does cause great suffering could be emotionally necessary in some coherent way.

So here is a short example: One of my clients was a woman who had a full, physiological panic attack almost every day while she was at her new job as a manager. We looked into and underneath her panic,

and found an emotional learning that she had formed in childhood in response to her parents frequently warning her that if she causes her mother to feel any stress, her mother could die from it. Her mother had a very serious heart condition. But in her mind as a child, the meaning of her parents' warnings was that *she is lethal* in some mysterious way. She learned that she is a lethal presence, so she must always avoid expressing herself directly, because doing that could kill the person. But this learning was completely implicit and outside of awareness. The emotional learning consisted of both the problem of being lethal and her solution of never directly expressing herself or impinging, and all of that had been completely outside of awareness. In her new job as a manager, for the first time in her life she was required to make decisions that *did* directly affect several other people. So she was panicking at work because her lethality was not safely contained and was coming out onto others. But she had no conscious awareness of this until now in therapy it came into awareness as her own emotional truth. So that's an example to show that even a symptom that is an intense suffering for the client is generated coherently because the symptom is necessary according to some emotional learning.

Next I'll describe concepts defining the two main activities carried out in Coherence Therapy: The first phase of activity is defined by the concept of *direct, experiential accessing* of the symptom's underlying emotional learnings. The specific emotional learnings are brought into direct, lucid, subjective experience. The client is guided to *feel* the underlying learning affectively and somatically, and to express in words this felt experience of what has been learned. That is the retrieval of the underlying emotional learning from implicit knowledge into explicit knowledge through direct, experiential accessing. Then comes the second phase of activity in Coherence Therapy . It is defined by the concept of *profound unlearning* of those particular emotional learnings.

Profound unlearning happens through the process of Memory Reconsolidation, which actually depotentiates and nullifies the target emotional learning. Its potent subjective realness goes down to 0. Then the client's symptom disappears permanently, because the symptom was being produced only because it was necessary according to that emotional learning.

I'll describe briefly the unlearning process for the woman who had learned she was lethal. After she became aware of believing and feeling that she is lethal, the unlearning process involved closely re-examining her parents' messages that she could kill her mother, and also re-examining her own actual behavior all along. Her parents had often communicated, "you could kill your mother," and they said it in various ways, but they never actually said "you are lethal." Her lethality was how she had *construed the meaning* of her parents' messages, as a child. Very often, the underlying emotional learning consists of the client's own attributed meanings. Not always, but quite often. Her attributed meaning that she is lethal had formed in a child ego state. I was now guiding her to view from an *adult* ego state in re-examining that meaning of her parents' messages. But this was not a merely intellectual re-examining.

It was a deep *revisiting* of the original experience, with her adult ego state attending to this material for the first time in her life. Very soon she was struck by her own powerful realization, the realization that her parents' scary vigilance did not mean anything about herself at all. She saw that her parents' fear had completely blinded them from seeing what a *kind and caring* person she actually was and is. This was not an interpretation from *me*. It was her own lucid, experiential knowing from re-examining her parents' behavior and her own behavior. This new knowing immediately juxtaposed with her lethality construct and *disconfirmed* it. Her identity of lethality immediately lost all of its realness. Profound unlearning happens in that way, through the target learning having a direct encounter with a highly specific disconfirmation. Her panic attacks immediately disappeared,

completely and permanently. They disappeared because the emotional learning that had been generating panic no longer existed. Again, that is a trasformational change, as distinct from incremental improvement.

So those are the top-level concepts that structure Coherence Therapy. I could also comment briefly on how this conceptual framework relates to some of the other familiar conceptual frameworks that you mentioned. Regarding the role of the past versus the role of the present and future: The client's symptoms are generated by emotional learnings that exist in the present, after being formed in the past; and they can be accessed and brought into awareness even without memory of the past. For example, my client's implicit emotional learning of being a lethal presence who could kill others was operating in the present and that could have been brought into awareness even if she could not remember her childhood experiences. What's needed for guiding tr change is the content of the emotional learning that's operating in the present, not the original experiences in which that learning was formed.

The autobiographical, episodic memory of those original experiences is useful if it is available, but it is not necessary or essential to the unlearning process of disconfirmation. Next let's consider therapy conceptualized in terms of deficits and resources. Building up resources to strengthen deficits is a strategy that usually produces incremental change, not trasformational change . It's a strategy that is mainly not compatible with our framework of emotional learning and unlearning. To see why, let's compare. Imagine that at the start of therapy I was viewing my client's panic attacks at work as being caused by deficits, so I then work to build up her resources. I am completely unaware that actually her panic is due to her unconscious belief that she is lethally dangerous to others at her new job.

So I work to build up resources such as reading about workplace skills, and making an inventory of her own actual skills so that she

recognizes how capable she is, and also talking with her superviser to clarify what's expected of her, and various other helpful resources. But would any of that have any effect on her unconscious belief in her lethality and the terror it generates? I do not think so. Her emotional learning of her lethality is in a child ego state that is not paying any attention to those new adult resources we're building up.

In general, building up resources is not likely to specifically disconfirm the underlying, unrecognized emotional learning. Disconfirmation can happen accidentally during resource development, but it is not likely to happen, so it's not a reliable strategy for trasformational change. It tends to produce incremental change that is always susceptible to relapse because the emotional learning underlying the symptom still exists.

Another major concept of psychotherapy is the role of the client-therapist relationship. I could mention briefly how that figures in our framework: I have explained that what matters in our framework is the profound unlearning of the symptom's underlying emotional learning. And I've mentioned that unlearning happens through disconfirmation that is *specific* and *experiential*. So now the question is this: Does *the client's experience of the therapist* specifically disconfirm the emotional learning underlying the symptom? And the answer is: It depends on the specific content of the target emotional learning. Some emotional learnings cannot possibly be disconfirmed and nullified by the client's experience of the therapist. But some emotional learnings *can be* disconfirmed that way. Whether or not disconfirmation can be achieved by the client's experience of the therapist becomes apparent only after the target emotional learning has become explicit and the therapist is now familiar with its specific content. In our framework, the client-therapist relationship is one of many different possible ways for creating the crucial disconfirmation. And I should also mention this: The client-therapist relationship is usually conceptualized as a set of non-specific common factors, such as alliance, empathy, trust, and other factors.

And among therapists and researchers there is widespread belief in non-specific common factors *theory*, which states that nearly all therapeutic efficacy is due to the non-specific common factors, and also that a *specific* therapeutic process can never be a major cause of strong therapeutic effectiveness.

However, the process of unlearning *IS* a well-defined, *specific* process that was revealed by Memory Reconsolidation research, and in therapy we observe daily that this specific process produces trasformational change , and *that* is a strong challenge to non-specific common factors theory.

Ok, I'll stop there regarding concepts.

Safeguarding the richness of the humanistic-existential approach: what future? (what do you consider relevant for the future?)

The humanistic-existential framework is safeguarded very well by the findings of Memory Reconsolidation research, because some of the main pillars of the humanistic-existential framework receive strong empirical support from that research. One of those pillars is the core principle that each person inherently possesses the capability for psychological growth and liberating therapeutic change, and the job of the therapist is only to facilitate skillfully that innate capability of each person. Well, the discovery of Memory Reconsolidation is exactly the discovery that the mind and brain inherently possess a process for powerful therapeutic change, *transformational* change that completely and permanently eliminates the problem pattern.

Psychotherapy outcome researchers have all along regarded merely a partial, modest, *incremental* improvement as successful therapy, so for us to now suddenly have empirical proof of a built-in mechanism of *tr* change is a *fundamental* reshaping of the landscape of the psychotherapy field. It could even be considered a *revolutionary* ad-

vance, and it directly puts empirical solid ground underneath the humanistic-existential framework.

Another pillar of that framework is this: The therapist regards the client as the person in the room who is the real expert regarding the client's inner process and inner content. In other words, the therapist knows very well that she or he must *learn from the client* about the client's inner process and inner content, and *only then* proceed to guide change in that process and that content. Memory Reconsolidation research directly supports *that* pillar also, because the research shows that the process of profound change requires having an experience that disconfirms the client's existing emotional learning *very specifically.* That necessary specificity *requires* the therapist to *sensitively learn from the client* the unique content of the client's underlying emotional learning. That phenomenological, respectful approach is the only *reliable* way to carry out the process of profound change. If the therapist instead relies on his or her own theorizing or interpreting about the client's inner material, the process will usually wander ineffectively, because each person's emotional learnings are unique and are not reliably deduced or inferred from the manifested symptoms. So that's a quick glimpse of how the humanistic-existential framework is nicely safeguarded by the findings of Memory Reconsolidation research.

And it's probably obvious from my comments that I also envision that the findings of reconsolidation research will help refine future humanistic-existential therapy methods for achieving tr change more consistently than was ever believed possible.

Bibliography

Bastianelli, L., Tosi, M.T., Giacometto, R., Messana, C., & Ceridono, D. (2019). Why Transactional Analysis works: reasons for a possible explanation of change in psychotherapy. *International Journal of Psychotherapy*, 23 (3), pp. 7-20.

Ecker, B., Ticic, R., Hulley, L. (2018) *Sbloccare il cervello emotivo. Eliminare i sintomi alla radice utilizzando il riconsolidamento della memoria*. Milano: Franco Angeli (Trad. it. a cura di Laura Bastianelli di Ecker, B., Ticic, R., Hulley, L. (2012). Unlocking the Emotional Brain. New York: Routledge).

Ecker, B., Ticic, R., Hulley, L., Bastianelli, L. (2018) A Demonstration of Social-Cognitive Transactional Analysis Implementing the Therapeutic Reconsolidation Process. *Coherence Psychology Institute LLC*.

Ecker, B., Vaz, A. (2022) Memory reconsolidation and the crisis of mechanism in psychotherapy, *New Ideas in Psychology*, Volume 66,100945, ISSN 0732-118X,

https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2022.100945.

Psicologia Psicoterapia e Benessere, 2022, Vol. 1, No. 1, 49-67

Il dialogo morale in psicoterapia

Maria Teresa Tosi[1]

Moral dialogue in psychotherapy

Abstract

Il senso della cura e della responsabilità in psicoterapia comprende una ri-considerazione della dimensione morale nel rapporto paziente-psicoterapeuta. Viene proposto un approccio che vuole arricchire la relazione terapeutica con un dialogo teso a sostenere lo sviluppo del senso morale nelle persone. La moralità, vista come dimensione legata all'iter evolutivo e alle esperienze affettive delle persone, in studi e ricerche recenti è considerata parte essenziale dell'identità personale. La cornice teorica dell'analisi transazionale socio-cognitiva permette di considerare lo sviluppo del senso morale come aspetto che si fonda su esperienze, sentimenti, pensieri e valutazioni che riguardano, in modo diverso, Bambino, Adulto e Genitore. In tal modo, l'ATSC suggerisce spunti interessanti agli psicoterapeuti che vogliano coinvolgersi con rispetto, curiosità e delicatezza in un dialogo che promuova la crescita morale dei propri pazienti.

Cure and responsibility in psychotherapy comprehend a re-consideration of the moral dimension in the client-psychotherapist relationship. An approach is proposed which aims to enrich therapy through a dialogue on the development of morality. Morality, seen as a dimension which is linked to the overall development of a person and to her affective experiences, is recently studied and researched as an essential part of personal identity. The theoretical framework of the social-cognitive transactional analysis

---

[1] Psicologa, Psicoterapeuta, Teaching and Supervising Transactional Analysis, Docente SSPC-IFREP e SSSPC-UPS.

(SCTA) helps consider the moral sense development as an aspect founded on experiences, feelings, thoughts and evaluations which belong, in diverse ways, to the Child, the Adult and the Parent. With that, SCTA offers really interesting cues to those therapists who want to involve themselves, with respect, curiosity and sensitivity, in a dialogue which support the moral growth of their clients.

Keywords
Dialogo morale; Psicoterapia; Codice deontologico.

Moral dialogue; Psychotherapy; Code of ethics.

Introduzione

In questo mio contributo, l'approccio etico-deontologico alla professione, aspetto su cui gli psicoterapeuti sono fortemente sollecitati, farà da sfondo alle mie considerazioni che riguardano in modo specifico l'attivazione di una riflessione di tipo morale nella psicoterapia.

In particolare, gli analisti transazionali hanno sviluppato molti anni fa un dibattito molto interessante circa l'opportunità di creare un codice etico che sottolineasse gli aspetti filosofici, più che comportamentali, nelle scelte di tipo etico degli analisti transazionali, nei diversi campi di specializzazione, psicoterapeutico, educativo, organizzativo e del counselling. Quel dibattito permise di arrivare, nel 2007 e poi nel 2011, all'approvazione da parte del Council della European Association for Transactional Analysis (EATA) di un Codice Etico, che sottolineava la natura dei valori e dei principi collegati ai valori di base che siano tenuti presenti in un comportamento professionale responsabilmente etico. Il codice Etico dell'EATA ha connotato di fatto in modo potente la stessa identità professionale degli analisti transazionali europei che, nella mia esperienza, si interrogano con una certa sistematicità su questo aspetto della professione.

In questa cornice, come psicoterapeuta analista transazionale è etico e responsabile, oltre che parte della cura, interrogarmi sui percorsi

che permettono alle persone di sviluppare un senso morale consapevole ed evolutivamente maturo, perché certamente la moralità delle persone non può essere scissa dalla loro personalità e dalla loro identità.
In questo contributo tratterò, quindi, tre aspetti principali:
- il ruolo del senso morale nell'identità
- una visione evolutiva della morale
- l'opportunità di un dialogo terapeutico che sostenga lo sviluppo morale delle persone

Il posto del senso morale nell'identità delle persone
Quale rapporto può essere ipotizzato tra senso morale e identità delle persone?
Nel delineare alcune direzioni per riflettere su questo rapporto delicato e complesso, è utile, come primo passo, scegliere una definizione di alcuni termini, che vengono diversamente concettualizzati.
Per quanto riguarda l'identità personale, trovo interessante la definizione che ne dà Reda (1986), il quale la considera un'attiva rappresentazione di sé. L'identità personale cambia nel tempo, può essere più o meno stabile, sfaccettata, integrata, evolutivamente appropriata, e, dal punto di vista soggettivo, aiuta le persone ad avere un senso di continuità di sé nel tempo. E' influenzata dalla rappresentazione corporea, dal genere scelto, dall'identificazione con altri significativi, dalle appartenenze sociali e culturali, dai ruoli, dalla memoria autobiografica, dai nuclei di desideri e intenzioni e dal senso morale che guida le scelte.
I cambiamenti legati alle fasi evolutive, ai contesti di appartenenza, ai traumi vissuti, o a profonde esperienze trasformative hanno certamente un impatto sull'identità personale, che le persone hanno bisogno di elaborare per ritrovare un senso di sé relativamente stabile. Per esempio, è esperienza frequente per gli psicoterapeuti notare l'effetto di cambiamenti importanti nella percezione di sé che hanno i pazienti, in connessione a eventi positivi o traumatici. Ecco

alcune delle frasi che segnalano questo momento di confusione nelle persone: “E’ come se stessi cambiando pelle!”, “Non mi riconosco più, in questo momento.”, oppure “Non mi conoscevo da questo punto di vista!”.

Secondo Scilligo (2005, p. 67), l’identità personale è un insieme organizzato di significati del Sé, che include il senso della continuità della nostra esperienza, la coerenza con cui ci rappresentiamo a noi stessi e anche l’insieme delle caratteristiche per cui siamo riconosciuti dagli altri come identici nel tempo. Fanno parte dell’identità i normativi morali alla base delle azioni che intraprendiamo e, tanto più si è psicologicamente integrati, tanto più i normativi morali saranno scelti autonomamente e responsabilmente attuati.

Una tradizione filosofica importante ritiene che le memorie autobiografiche offrano una narrativa interiore che permette di trovare una connessione tra le esperienze e le idee presenti e passate e quindi di dare un senso di continuità al senso di identità personale (Locke, 1690; Hume, 1739-40). Questa visione dell’identità ci dice che siamo le persone che siamo perché la memoria delle nostre esperienze ci permette di trovare un filo conduttore che ci orienta e ci definisce.

Anche il più recente approccio narrativo in psicoterapia (Mc Adams, Josselson, Lieblich, 2006; Tosi, 2010) afferma che le nostre identità narrative diventano le storie in cui viviamo. Il modo in cui ci narriamo, non solo è uno specchio delle nostre esperienze, ma diventa anche la storia entro cui viviamo. Dal mio punto di vista, se alla memoria autobiografica, esplicita, noi aggiungiamo anche la memoria affettiva, implicita, non-simbolica e simbolica non-verbale, compresa la relazione che esiste tra i tre, (Bucci, 2001) allora il concetto di memoria si allarga, permettendoci di collegare il senso della propria identità a più percorsi narrativi.

Anche il sistema dei desideri, bisogni e intenzioni appare centrale nel senso della propria identità, se mi baso sulla mia esperienza clinica influenzata dalla ricerca di Luborsky e collaboratori (Luborsky & Crits Christoph, 1990) sul Tema Relazionale Conflittuale Centrale

(CCRT). Il CCRT è proposto dagli autori come uno schema inconscio di tipo transferale, rintracciabile nelle narrative spontanee da parte dei pazienti di eventi affettivi relazionali significativi. Il CCRT comprende una dimensione legata ai bisogni/desideri e intenzioni, e due dimensioni diverse legate alle risposte degli altri e del sé. Ho colto, in primo luogo, che il nucleo di desideri/bisogni/intenzioni dei pazienti rimane stabile nel tempo, mentre, con la psicoterapia, tende a cambiare la percezione delle risposte degli altri e del sé che diventano maggiormente costruttive, come dimostrato dai ricercatori citati. In secondo luogo, ho compreso che tanto più il nucleo di desideri/bisogni e intenzioni è implicito nella narrazione dei pazienti, e quindi fenomenologicamente assente, tanto più la persona manifesta un'identità impoverita o disgregata e carenza di direzione nella vita, una sorte di morte psicologica (Tosi, 2010).

A conclusione di questa breve disamina è possibile affermare che storie autobiografiche, memorie affettive, desideri profondi e intenzioni sono fondamentali nella percezione della propria identità personale.

Le riflessioni proposte risultano significative soprattutto se l'identità personale viene studiata dal punto di vista soggettivo: come la persona percepisce se stessa. Tuttavia un numero crescente di ricerche, in ambito filosofico e psicologico, mostra che i tratti morali sono la parte più essenziale dell'identità personale. Ciò è specialmente vero se spostiamo l'angolo di osservazione, da "chi sono io" a "chi è l'altro".

Strohminger e Nichols (2014) hanno dimostrato, attraverso cinque esperimenti, che la moralità è l'essenza dell'identità personale. Gli esperimenti fanno parte di uno studio descrittivo che esplora il modo in cui le persone percepiscono la costanza nell'identità degli altri, in diverse situazioni ipotetiche.

Uno degli studi presenta la storia fantastica di Jim che, in seguito a un incidente stradale, ha avuto il trapianto del cervello. Nell'esperimento si racconta che Jim, in seguito all'operazione, presenta, in modo selettivo, diversi cambiamenti: non manifesta

nessun cambiamento cognitivo (condizione di controllo); è incapace di riconoscere gli oggetti (agnosia visiva); manifesta perdita della memoria autobiografica (amnesia), oppure mancanza di desideri (apatia), o perdita del senso morale. I partecipanti alla ricerca dovevano decidere in che misura concordavano con l'affermazione: "Il paziente che ha subito il trapianto è sempre Jim".

I risultati della ricerca mostrano che il senso morale è la dimensione maggiormente collegata all'identità e che la perdita di senso morale viene considerata il cambiamento più drammatico nella percezione dell'identità. Inoltre, i risultati mostrano l'importanza di altre dimensioni che sono, nell'ordine: le storie autobiografiche, i desideri, le cognizioni. Tipicamente, le spiegazioni fornite dai partecipanti alla ricerca per spiegare la propria scelta erano: "La nostra coscienza morale, la nostra bussola morale, è una componente enorme di ciò che definisce la nostra identità e la nostra anima [ ]. La coscienza morale e la capacità di empatizzare con le sofferenze degli altri sono aspetti essenziali dell'identità personale […]" (Strohminger & Nichols, 2014, p. 161).

L'ipotesi relativa al "sé essenziale morale" si rivelò vera anche negli esperimenti in cui le persone dovevano considerare il cambiamento di identità di una persona con un trauma cerebrale, o sotto l'effetto di un farmaco psico-attivo, o in seguito al passaggio dell'anima da un corpo all'altro, o per la re-incarnazione dopo la morte, o a causa di cambiamenti cognitivi dovuti all'età (Strohminger & Nichols, 2014).

Strohminger e Nichols decisero, in uno studio successivo, di investigare l'ipotesi sul ruolo centrale del senso morale nell'identità nella popolazione clinica reale (2015). Lo studio doveva testare quali tipi di danno cognitivo causano il fatto che una persona non appaia più se stessa agli altri. Anche in questo studio, quindi, si sceglie di esplorare la prospettiva di cosa sia "centrale" per una persona che osserva l'identità dell'altro. I ricercatori effettuarono la ricerca con 248 volontari che avevano dei familiari che soffrivano di tre tipi di malattia neurodegenerativa: Alzheimer, demenza frontotemporale, o sclerosi laterale amiotrofica (SLA). Ognuna delle tre malattie presenta sintomi caratteristici di tipo cognitivo e comportamentale.

Tutti i partecipanti alla ricerca erano affettivamente coinvolti con i malati. Gli autori della ricerca scoprirono che: a) la facoltà morale ha il ruolo principale nella percezione di una discontinuità nell'identità personale dell'altro, b) il cambiamento percepito nell'identità del paziente risulta il fattore che media totalmente l'impatto della malattia degenerativa sul deterioramento della relazione tra malato e caregiver. Quando il malato presentava una perdita del senso morale, i suoi familiari o amici soffrivano moltissimo e la relazione peggiorava. Discutendo i risultati dello studio, gli autori affermarono inoltre che: "La nostra ricerca segnala un allontanamento da teorie che basano l'identità personale sulla memoria, sui tratti distintivi, sulle emozioni prevalenti, o sul funzionamento mentale globale". (Strohminger & Nichols, 2015, p. 1469).
Secondo Strohminger e Nichols (2014), una possibile spiegazione del perché il senso morale abbia una posizione così privilegiata nel definire l'identità personale è relativa alla affidabilità degli altri. Cerchiamo istintivamente di distinguere tra le persone coloro che rappresentino compagni potenziali affidabili, capaci di cooperare e di affiliarsi. A livello profondo questa dimensione di affidabilità sarebbe più importante della personalità o degli interessi specifici di ognuno.
Ritengo quindi utile distinguere due dimensioni nell'identità personale: una soggettiva ed una intersoggettiva. A livello soggettivo, le memorie autobiografiche ed affettive e i propri desideri/intenzioni sono cruciali per definire "chi sono", mentre a livello intersoggettivo i tratti morali mi definiscono in modo speciale nella relazione con gli altri. Le due dimensioni (soggettiva e intersoggettiva) naturalmente si influenzano a vicenda in un movimento circolare.

Il senso morale in una prospettiva evolutiva

Riprendendo il tema della definizione di concetti, userò come sinonimi morale ed etica, secondo l'uso corrente in filosofia, intendendo per morale un aspetto della coscienza che fa riferimento ai quei processi cognitivi ed emozionali che sono alla base della

formazione di una guida interiore che regola la condotta di un individuo rispetto ai criteri di bene e male (Galimberti, 1999, Lecaldano, 2006, 2010). Si tratta dunque della capacità delle persone di distinguere e scegliere tra ciò che è bene e ciò che è male, un comportamento giusto da uno sbagliato. Esempi di valori morali sono: la cooperazione, il rispetto della vita e della libertà, l'onestà, la giustizia, la lealtà. Quando parliamo di senso morale ci riferiamo immediatamente a relazioni, perché la morale ha a che fare con un modo responsabile di essere attenti agli altri, oltre che a sé, nel presente e nel futuro. In genere, nel mondo occidentale, fa riferimento a due dimensioni: il prendersi cura degli altri e il senso di giustizia, oltre alla relazione che può esistere tra il prendersi cura degli altri e il senso di giustizia. I valori morali contribuiscono a orientare le nostre scelte nella vita pubblica e privata, nei loro aspetti più essenziali.

Lecaldano (2010), un filosofo contemporaneo, identifica tre ovvietà di senso comune sulla moralità. In primo luogo la morale influenza la condotta delle persone, collocandosi quindi a livello pratico. Inoltre, in essa c'è una pretesa di oggettività, nel senso che i giudizi morali, per essere riconosciuti come tali, non possono dipendere dai gusti personali. Infine devono essere argomentabili, non possono essere arbitrari, ma, al contrario, debbono fornire ragioni per sostenere un giudizio morale.

Considerando la complessità del senso morale, quando venga riferito a criteri come l'oggettività, la responsabilità, l'argomentabilità, l'autonomia, l'autenticità, è logico chiedersi quali processi psicologici debbano avviarsi e svilupparsi affinché le persone maturino un senso morale. Per trovare una risposta a questa domanda ci vengono in aiuto diverse ricerche e modelli evolutivi del senso morale.

In particolare voglio ricordare:

- Il modello di Kohlberg (Kohlberg & Kramer, 1969), basato sulle ricerche di Piaget, che distingue tre stadi nello sviluppo morale (pre-convenzionale, convenzionale e post-convenzionale),

- Il modello di Westen (1990) che, in modo interessante, lega lo sviluppo morale all'elaborazione della dimensione narcisistica, con la conseguente capacità di tenere in piena considerazione se stessi e gli altri. In questo senso agisce in modo morale la persona che tratta gli altri come fini, non come mezzi.
- Il modello di Hoffman (2000), un ricercatore che ha dedicato la sua vita allo studio del ruolo che ha l'empatia nello sviluppo del senso morale. Hoffman definisce l'empatia come la risposta affettiva più appropriata alla situazione di un'altra persona che alla propria, alla base della moralità (Hoffman, 2000). L'autore distingue cinque fasi di sviluppo dell'empatia, collegate al cosiddetto distress empatico: dal contagio emotivo, fenomeno tipico dei neonati che piangono se un altro neonato piange, alla capacità di essere sensibili alla sofferenza dell'altro, come essere separato da sé con la propria storia e identità.

In un articolo successivo, approfondirò il modello di Hoffman (Hoffman, 2000) e la visione sentimentalistica della morale secondo Hume (1939,1940, Lecaldano, 2010), riferimenti importanti in una visione della genesi della morale che può dare direzione e sostanza al dialogo terapeutico.

In questo contributo voglio invece evidenziare, come primo passo, che la visione del senso morale come nucleo dell'identità personale e dimensione che evolve nel tempo, al pari di altre dimensioni della personalità, sollecita il terapeuta a prendere posizione rispetto alla sua considerazione di questo aspetto nella terapia.

Senso morale e psicoterapia

La riflessione di tipo etico che sto sviluppando come parte della cura in psicoterapia, mi porta a interrogarmi sulle potenzialità offerte dall'analisi transazionale a questo riguardo e sugli stimoli che possano arrivare da altri modelli di psicoterapia.

Berne (1961), fece un grande passo nel demarcare le differenze tra lo stato dell'io Genitore e il Super-Io di Freud, perché pensò che il Genitore potesse avere valore positivo, Ethos nel modello dell'Adulto integrato (Berne, 1961). Al contrario, il Super-Io

freudiano, erede del complesso d'Edipo, rappresenta in primo luogo l'internalizzazione dei vincoli imposti dalla società all'individuo, costituendo quindi soprattutto un'istanza critica. Mi sembra che le potenzialità insite nell'approccio di Berne non siano state completamente sviluppate, nel senso di comprendere in che modo il senso morale sia da collegare o meno allo sviluppo globale della persona e quali stati dell'io ed esperienze siano coinvolti nello sviluppo di questa dimensione. In generale il senso etico viene attribuito all'A integrato o allo stato dell'io Genitore (Berne, 1961; Levin, 1984), ma trovo che ci siano margini per un maggiore approfondimento dello sviluppo di questa dimensione in psicoterapia.

Alcuni analisti transazionali hanno più facilmente discusso l'importanza della spiritualità in una psicoterapia analitico-transazionale. Per esempio, Kandathil e Kandhatil (1997) suggeriscono che la spiritualità, un processo attraverso cui le persone trascendono se stesse, è implicita in alcuni aspetti della teoria dell'AT. In particolare, ne vedono il collegamento con l'autonomia, che Berne considerò l'obiettivo della cura. Nelle ultime pagine di A che gioco giochiamo (Berne, 1964), Berne spiega che l'autonomia prevede il recupero o la liberazione di tre capacità: consapevolezza, spontaneità e intimità. Anche il senso morale, come abbiamo visto, si sviluppa proprio a partire da una posizione autonoma. In particolare Rebecca Trautmann (2003) apre la porta alla possibilità di parlare in psicoterapia di un sé spirituale o di vita spirituale, vista come una delle tante dimensioni possibili dell'essere umano. Questa autrice tocca in profondità questo tema scrivendo: "Quando ci sentiamo a nostro agio nel parlare dei nostri sé spirituali o della nostra vita spirituale, allora cominciamo a capire che non c'è distinzione tra la "mia vita" e la "mia vita spirituale": essere vivi vuol dire essere spiritualmente vivi" (Trautmann, 2003, p. 35).

Anche se spiritualità e moralità sono certamente collegate fra loro e, a volte, si sovrappongono, secondo me il dialogo morale è più vicino alla pratica clinica di un dialogo spirituale, poiché l'approccio morale ha a che fare con le conseguenze positive o negative delle proprie

azioni sugli altri e su se stessi, mentre la spiritualità fa riferimento al trascendente. Se, per esempio, un uomo divorziato dovesse decidere se andare a vivere all'estero per cominciare una nuova vita di coppia, allontanandosi dai suoi figli piccoli, affronterebbe certamente un dilemma morale, non necessariamente un dilemma spirituale.

Gli analisti transazionali sembrano più aperti a discutere il ruolo della spiritualità nella psicoterapia rispetto al ruolo della moralità. Ritengo che l'evitamento di questo aspetto abbia origine nella credenza radicata che lo psicoterapeuta debba restare neutrale, rispettare i valori, anche morali, dell'altro senza influenzare o invadere l'altro con le proprie convinzioni. Questo è senza dubbio un approccio etico e rispettoso alla professione, che probabilmente è stato anche necessario sviluppare nello scorso secolo quando vennero esplicitati i rischi di atteggiamenti normativi dogmatici e distruttivamente repressivi nell'educazione familiare, nelle scuole e nelle istituzioni. Oggi, tuttavia, credo che si corra il rischio opposto: il fatto di evitare qualunque riferimento a un discorso di tipo morale in psicoterapia, potrebbe promuovere un nuovo, implicito atteggiamento a-morale. In un certo senso il rischio è che gli psicoterapeuti non considerino un proprio compito sensibilizzare i clienti rispetto alle esperienze quotidiane di ciò che consideriamo bene e ciò che consideriamo male nella vita sociale, impoverendo di fatto la relazione terapeutica.

Tra gli autori che sostengono l'importanza di portare la questione dei valori morali nel dialogo psicoterapeutico, i terapeuti della famiglia sembrano i più sensibili e aperti.

Boszormenyi-Nagy (1987) sviluppò una teoria e un approccio clinici basati sull'importanza di recuperare un senso di giustizia nelle relazioni familiari, come fattore centrale per la salute mentale. Cigoli (1999) indica il valore del "patto dichiarato" nella coppia che implica un impegno reciproco. I partners della coppia hanno doveri comuni di cui tener conto. Cigoli (1999) pensa che nella cultura occidentale stiamo assistendo a un deterioramento notevole del valore del patto dichiarato. Il patto di coppia sta diventando essenzialmente privato e, come conseguenza, la comunità, la famiglia di origine e il contesto

sociale, vengono marginalizzati. Doherty (1995) invita gli psicoterapeuti a prendersi la responsabilità morale dei dialoghi terapeutici al fine di avviare un processo a cascata nella comunità. Propone una sequenza di interventi che spaziano da una minore a una maggiore intensità rispetto alla sollecitazione di un dialogo morale. Lo psicoterapeuta può semplicemente validare le riflessioni morali spontanee dei pazienti rispetto alle implicazioni delle proprie scelte, o arrivare a dissentire apertamente con una scelta o comportamento del cliente che ritenga moralmente insostenibile. E' utile ricordare le qualità del terapeuta che voglia affrontare un discorso morale in terapia: partecipazione, coraggio e cautela. Doherty (2009) distingue tre domini di linguaggio e di significato in psicoterapia relativi a: spiritualità, moralità, cura clinica. I terapeuti possono usare sia le differenze che le connessioni fra i tre domini. Per esempio, termini come giusto e sbagliato, obbligo e giustizia appartengono al registro morale, mentre impegno e responsabilità sono al punto di sovrapposizione tra dominio clinico e morale.

Secondo Whiting, Nebeker e Fife (2005), nelle professioni che si occupano della salute mentale, si presentano regolarmente opportunità terapeutiche in modi che non rientrano in un certo protocollo teorico o clinico. Un terapeuta moralmente sensibile è capace di lasciare da parte il protocollo se lo ritenga necessario.

Sono convinta che il tema della responsabilità e della cura nelle professioni d'aiuto, unito a un approfondimento del concetto di identità personale, incoraggi a riconsiderare in modo nuovo ed esplicito il ruolo del dialogo morale in psicoterapia. Ritengo che sia compito di uno psicoterapeuta indirizzare la propria attenzione ai processi che promuovano una ricerca personale, consapevole, dei valori morali personali, una sensibilità verso il senso morale delle proprie azioni e una responsabilità nella costruzione di un sistema di valori auto diretto. Questo processo non può essere rimandato perché si valuta che il cliente abbia escluso il proprio G, o non abbia sviluppato un G2 integrato, né può essere evitato per il rischio di non rispettare il sistema di valori dell'altro. In realtà lo sviluppo dei valori morali è frutto di una ricerca e di una crescita nel tempo che

coinvolge esperienze, sentimenti, riflessione, apertura, dubbi: si tratta di cercare una verità personale e autentica. È auspicabile che gli psicoterapeuti si coinvolgano in questo processo perché possiamo ritenerlo al cuore dei rapporti sociali e interpersonali e parte importante dell'identità personale. Certamente i terapeuti devono avvicinarsi a questo processo con coraggio, partecipazione e cautela, come afferma Doherty (1995). Aggiungerei anche con la curiosità di esplorare un'area che può riservare sorprese, dubbi e sfide esistenziali.

L'analisi transazionale socio-cognitiva e lo sviluppo del senso morale

Nell'analisi transazionale socio-cognitiva (ATSC) (De Luca e Tosi, 2011; Scilligo, 2009; Tosi, 2016) gli stati dell'io sono visti come schemi complessi emotivi, cognitivi e comportamentali, che continuano a evolvere per tutta la vita. Gli stati dell'io vengono definiti in base a tre dimensioni evoluzionistiche (esistenza, sopravvivenza e continuazione della specie) a cui si aggiunge una dimensione evolutiva. Usando la cornice di riferimento degli stadi evolutivi basata sul lavoro di ricerca della Mahler (Mahler e Furer, 1968) rivisto da Scilligo (2009), lo stato dell'io Bambino è caratterizzato da esplorazione, orientamento e attaccamento e viene riferito, tra le principali abilità, a processi automatici di regolazione delle emozioni; l'Adulto è caratterizzato da simbolizzazione, riflessione e empatia e viene considerato mediatore nell'esame della realtà di fronte alla propria creatività e normatività; il Genitore infine correla con gli stadi dell'interdipendenza e dell'identità. L'ATSC considera lo sviluppo dei valori, e quindi anche dei tratti morali, specialmente collegato al Genitore perché, quando le persone sviluppano le competenze collegate ai due stadi dell'interdipendenza e dell'identità, hanno la capacità di darsi limiti, regole e valori che sono basati sulle esperienze fatte con gli altri, nella propria cultura di appartenenza e tramite la riflessione su sé e sul mondo. Da un punto di vista descrittivo-funzionale, il Genitore ha funzione normativa in

relazione a sé e agli altri, con gradi diversi di amore e odio, libertà e controllo.
Aspetto specificamente interessante dell'ATSC, in relazione a questo scritto, è quanto afferma Scilligo (2009) sullo sviluppo evolutivo del Genitore, che considera successivo rispetto al Bambino e l'Adulto. In particolare il Genitore, in un processo che possiamo considerare a spirale, si avvale delle competenze più primitive, legate allo sviluppo del Bambino, e delle capacità empatiche e riflessive dell'Adulto. "Grazie alle abilità di coscienza più evolute del Genitore, è possibile che la persona possa integrare funzioni complesse, quella protettiva, che garantisce un rapporto armonico con il mondo esterno, e quella espressiva, che consente la manifestazione di sé e il raggiungimento di mete, aspirazioni e valori propri …. Lo sviluppo delle sue funzioni è strettamente interrelato ai processi degli altri due stati dell'io, più precoci nello sviluppo" (Scilligo, 2009, p. 181). Scilligo (2009) collega i processi regolativi, considerati caratteristica dello stato dell'io Genitore, al processo di formazione dei valori secondo il contributo di Higgins (2006). Questo autore riconosce l'importanza della dimensione edonica (attrazione verso ciò che piace e repulsione da ciò che non piace o disgusta) nella motivazione della persona umana nella scelta dei valori. Ritiene altresì che la forza dell'impegno, impiegato allo scopo di raggiungere gli obiettivi desiderati (piacere) o di evitare conseguenze non volute (dolore), contribuisca a costruire l'esperienza della forza motivazionale, cioè "l'esperienza dell'intensità della forza di attrazione o di repulsione del valore bersaglio" (Higgins, 2006, p. 439). L'esperienza della forza motivazionale viene dunque considerata una variabile determinante, oltre a quella edonica, nella formazione del valore. Il valore è associato non solo a un'esperienza di piacere o dolore ma anche a un'esperienza della forza di attrazione o repulsione verso qualcosa. Secondo Scilligo (2009, p. 184), nella prospettiva dell'ATSC i processi edonici sono tipici dello stato dell'io Bambino, mentre quelli collegati alla forza dell'esperienza di attrazione o repulsione verso qualcosa sono mediati in parte dallo stato dell'io Adulto e in gran parte da quello del Genitore. L'analisi di Scilligo

(2009) del contributo di Higgins approfondisce anche il concetto di forza dell'impegno che alimenta a sua volta l'esperienza della forza motivazionale. Scilligo (2009, pp. 200-201) collega inoltre le tre componenti della costruzione del valore ai livelli di coscienza indicati da Zelazo (2004) fornendo un quadro teorico complesso che spiega la genesi dei processi regolativi dello stato dell'io Genitore nell'ottica dell'Analisi Transazionale.

Ritengo utile ai fini di questo scritto distinguere tra formazione dei valori, come approfondita da Higgins e ripresa da Scilligo, e formazione dei valori morali che possiamo considerare una classe specifica di valori. Per esempio il valore dell'autorealizzazione non rappresenta di per sé un valore morale. Certamente la dinamica suggerita da Higgins tra dimensione edonica, esperienza della forza motivazionale e forza dell'impegno mette in luce aspetti significativi di come venga a caratterizzarsi anche il senso morale delle persone.

La teoria di Scilligo (2009) viene ripresa da Tosi (2018) che sottolinea come gli stati dell'io, per come sono definiti nell'ATSC, permettono di cogliere la natura complessa delle scelte morali delle persone, scelte che si formano a partire da esperienze emotive significative che hanno un impatto sullo sviluppo dell'empatia, capacità di riflessione sull'esperienza e elaborazione di sistemi di significato con valore normativo e regolativo. A partire dall'infanzia, e per tutta la vita, impariamo a regolare il nostro comportamento e a sviluppare il nostro sistema di significati e di ideali secondo processi sofisticati.

Bianchini e de Nitto (2019), a partire dalla visione degli stati dell'io nell'ATSC, espandono la loro comprensione dello stato dell'io Genitore considerandone la natura processuale e evolutiva. Anche nel loro lavoro è possibile cogliere che le diverse caratteristiche degli stati dell'io Genitore Libero, Ribelle, Protettivo, Critico provengono dall'apprendimento e dalla formazione di funzioni regolative con funzione adattiva e di valori che rimandano a colorazioni diverse di amore, odio, libertà e controllo. Le autrici rivolgono la loro attenzione ai processi di socializzazione dei bambini che possono stimolare responsabilità rispetto alle conseguenze delle proprie

azioni e internalizzazione di principi morali. Lo sviluppo dei Genitori Libero e Protettivo è essenziale per orientare scelte etiche che tengano conto dei propri scopi personali e valorizzino l'interdipendenza e la relazione con gli altri.
Sembra proprio, nella cornice teorica descritta, che il senso morale, parte di un sistema di valori più ampio e forse nucleo essenziale dell'identità, richieda uno sguardo attento volto a comprendere le vicissitudini, esperienze, traumi, risorse, elaborazioni cognitive che ne sono alla base. Gli psicoterapeuti hanno l'occasione di affrontare con professionalità, rispetto e delicatezza un aspetto delle persone che li aiuti a diventare agenti eticamente consapevoli nel mondo.

Conclusioni

In questo articolo ho sostenuto l'importanza e l'opportunità di includere nella psicoterapia un dialogo sul senso morale dei clienti, come parte di una relazione terapeutica che sostenga lo sviluppo di un'identità personale armonica. Studi e ricerche relativi all'ipotesi di un "essential moral self" (Strohminger e Nichols, 2014), il modello di Hoffmann (2000) che lega il senso morale allo sviluppo dell'empatia e la cornice teorica dell'ATSC rappresentano riferimenti significativi per i terapeuti che vogliano coinvolgersi con i clienti nell' esplorazione e costruzione dei propri principi morali, orientandosi verso scelte autentiche e responsabili.

Bibliografia

Berne, E. (1961). Transactional Analysis. A systematic individual and social psychiatry. Grove Press, New York.

Berne, E. (1964). Games people play. Grove Press, New York.

Bianchini, S., de Nitto, C. (2019). The Parent Ego State as a Developmental Achievement: a View from Social-Cognitive Transactional Analysis. Transactional Analysis Journal, 49, 1, 14-31

Boszormenyi-Nagy, I. (1987). Foundations of Contextual Therapy. Brunner/Mazel, New York, 1987.

Bucci, W. (2001). Pathways to emotional communication. Psychoanalytic Inquiry, 21: 40-70.

Cigoli, V. (1999). Il patto infranto [The broken agreement]. In: Andolfi, M. (Ed.), La crisi della coppia [The couple's crisis]. Raffaello Cortina Editore, Milano

De Luca, M.L., Tosi, M.T. (2011). Social-Cognitive Transactional Analysis: an introduction to Pio Scilligo's model of ego states. Transactional Analysis Journal, 41, 206-218.

Doherty, W. J.(1995). Soul Searching. Why Psychotherapy Must Promote Moral Responsibility. Basic Books, A Division of Harper Collins Publishers, Inc.

Doherty, W. J. (2009), Morality and Spirituality in Therapy, in: Walsh, F. (Ed.). Spiritual Resources in Family Therapy. 2nd edition (pp.215-228). New York: W.W. Guilford

EATA Ethical Code 2007/2011. https// www.eatanews.org/

Higgins, E.T. (2006). Value from Hedonic Experience and Engagement. Psychological Review, 113, 3, 439-460

Hoffman, M.L. (2000). Empathy and Moral Development. New York: Cambridge Un. Press.

Hume, D. (1739-40). A Treatise of Human Nature. Oxford: Clarendon Press. Retrieved 30 June 2014.

Kandhatil, G. & Kandhatil, C.(1997). Autonomy: Open door to spirituality. Transactional Analysis Journal, 27, 24-29.

Kohlberg L., Kramer, R. (1969). Continuities and discontinuities in childhood and adult moral development. Human Development, 12: 93-120

Lecaldano, E. (2006). Un'etica senza Dio [An ethics without God]. Gius. Laterza & Figli.

Lecaldano, E. (2010). Prima lezione di filosofia morale. Editori Laterza.

Levin, P. (1984). The cycle of development. Transactional Analysis Journal, 12, 129-139.

Locke, J. (1690). An essay Concerning Human Understanding. 1st ed. 1 vols. London: Thomas Bassett

Luborsky, L. & Crits-Christoph, P. (1990). Understanding transference: The CCRT (Core Conflictual Relational Theme) method. New York: Basic Books

Mahler, M. S. & Furer, M. (1968). On human symbiosis and the vicissitudes of individuation. New York: International Universities Press.

Mc Adams, D. P., Josselson, R., Lieblich, A., (2006). Identity and Story. Washington: APA.

Reda, M. A. (1986). Sistemi cognitivi complessi e psicoterapia [Complex cognitive systems and psychotherapy]. Carocci Editore

Scilligo, P. (2005). La nuova sinfonia dei molti Sé. Roma:LAS

Scilligo, P. (2009). Analisi transazionale socio-cognitiva [The social-cognitive transactional analysis]. Roma: LAS.

Strohminger, N. & Nichols, S. (2014). The essential moral self. Cognition, 131, 159-171.

Strohminger, N. & Nichols, S. (2015). Neurodegeneration and Identity. Psychological Science. 26, 9, 1469-1479.

Tosi, M. T. (2010). The lived and narrated script: An ongoing narrative construction. In Erskine, R. G. (Ed.) Life scripts: A transactional analysis of unconscious relational patterns (pp. 29-54). London: Karnac Books.

Tosi, M. T. (2016). Social-cognitive transactional analysis: from theory to practice. In Erskine, R. G. (Ed.) Transactional Analysis in Contemporary Psychotherapy. (pp. 229-255). London: Karnac Books.

Tosi, M.T. (2018). Personal Identity and Moral Discourse in Psychotherapy. Transactional Analysis Journal, 48, 2, 139-151

Trautmann, R., L. (2003). Psychotherapy and Spirituality. Transactional Analysis Journal, 33, 1, 32-36.

Westen, D. (1990). The Relations Among Narcissism, Egocentrism, Self-Concept, and Self-Esteem: Experimental,Clinical, and Theoretical Considerations. In: Psychoanalysis and Contemporary Thought, 13, pp.185-241.

Whiting, J. B., Nebeker,R. S., Fife, S. T. (2005). Moral Responsiveness and Discontinuity in Therapy: A Qualitative Study. Counseling and Values, Oct. 2005, Vol. 50

Zelazo, P.D. (2004). The Development of Conscious Control in Childhood. Trends in Cognitive Science, 8, 12-17

Psicologia Psicoterapia e Benessere, 2022, Vol. 1, No. 1, 69-106

Le origini traumatiche della bulimia nervosa: Analisi del fenomeno

Olimpia Riccioni [1], Massimo Vasale[2]

The traumatic origins of bulimia nervosa: Analysis of the phenomenon

Abstract

L'articolo mira ad approfondire la relazione tra traumi precoci e Bulimia Nervosa (BN). Negli ultimi trent'anni il campo della ricerca scientifica ha attribuito una crescente importanza al ruolo che gli eventi traumatici rivestono nell'insorgenza e nel mantenimento dei Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA). Dopo un breve excursus sul ruolo del trauma precoce nella genesi della BN, verranno presentate una sintesi degli studi correlazionali che hanno esplorato la relazione tra trauma e BN ed un'analisi dei fattori di mediazione che contribuiscono alla genesi di tale disturbo in seguito ad eventi traumatici. L'articolo prosegue con la definizione della BN come strategia di coping disfunzionale volta a sopperire i deficit metacognitivi e di regolazione affettiva post-traumatica e con la descrizione del ruolo delle memorie traumatiche nel mantenimento dei comportamenti alimentari. Nelle conclusioni, gli Autori mostrano come la lettura dei comportamenti

[1] Psicologa, specializzanda della Training School-Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Cognitivo-Comportamentale dell'Adulto e dell'Età evolutiva.
e-mail: olimpiariccioni@gmail.com

[2]Psicologo, psicoterapeuta, analista transazionale, Docente Invitato presso la Facoltà di Scienze dell'Educazione dell'Università Pontificia Salesiana, Docente della Scuola Superiore di Specializzazione in Psicologia Clinica dell'Università Pontificia Salesiana.
e-mail: massimo.vasale@libero.it

alimentari disfunzionali come strategia di coping rispetto ai traumi abbia importanti implicazioni per il trattamento.

The article aims to deepen the relationship between early trauma and Bulimia Nervosa (BN). In the past thirty years, the field of scientific research has given increasing importance to the role that traumatic events play in the onset and maintenance of Eating Disorders. After a brief excursus on the role of early trauma in the genesis of the BN, a summary of correlational studies will be presented, which have explored the relationship between trauma and BN, and an analysis of the mediation factors that contribute to the genesis of this disorder following traumatic events. The article continues with the definition of the BN as a dysfunctional coping strategy aimed at overcoming metacognitive deficits and post-traumatic affective regulation and with the description of the role of traumatic memories in maintaining eating behaviors. In the conclusions, the authors show that reading dysfunctional eating behaviors as a coping strategy with respect to trauma has important implications for treatment.

Keywords
Trauma; Bulimia nervosa; Disturbi dell'alimentazione; Strategie di coping; Disregolazione.

Trauma; Bulimia Nervosa; Eating disorder; Coping strategies; Dysregulation.

Introduzione

I disturbi alimentari (DA) (anche detti Disturbi del Comportamento Alimentare - DCA) sono uno dei problemi di salute più diffusi tra gli adolescenti e i giovani adulti dei paesi Occidentali: in Italia sono più di tre milioni di giovani a soffrirne (Dalla Ragione & Giombini, 2013; Ruocco et al., 2015).

Il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, noto come DSM-5, li classifica all'interno della sezione "Disturbi della nutrizione e dell'alimentazione", includente la pica, il disturbo da ruminazione, il disturbo evitante/restrittivo dell'assunzione di cibo, l'anoressia nervosa, la bulimia nervosa, il disturbo di alimentazione

incontrollata e due ulteriori opzioni diagnostiche (altro disturbo della nutrizione o dell'alimentazione specificato e disturbo della nutrizione o dell'alimentazione non specificato) (A.P.A., 2013).

Per ciò che concerne la Bulimia, essa è stata vista per molti secoli come un sintomo secondario a varie forme di disturbi mentali e patologie cerebrali; fu lo psichiatra Gerald Russel a definirla, a partire dal 1979, come un'entità nosografica autonoma, attribuendole la denominazione di Bulimia Nervosa (BN), così da evitare confusioni terminologiche con la bulimia-sintomo e per sottolineare il suo stretto legame con l'Anoressia Nervosa (Vanderlinden, Norré Jan & Vandereycken, 1995).

Tale patologia si caratterizza per:

- ricorrenti episodi di abbuffata alimentare;
- ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie volte ad evitare l'aumento di peso, come il vomito autoindotto, l'uso improprio di lassativi o diuretici, il digiuno protratto o l'esercizio fisico eccessivo;
- una frequenza di abbuffate e condotte compensatorie in media di almeno una volta alla settimana per tre mesi;
- livelli di autostima eccessivamente influenzati dalla forma e dal peso del corpo (A.P.A., 2013).

Si tratta di una patologia complessa, il cui esordio, oltre a verificarsi spesso in comorbidità con altri disturbi psichiatrici e di personalità (in particolare, il disturbo di personalità borderline), è legato al coinvolgimento di molteplici fattori; tra questi rivestono una notevole importanza non solo i fattori di rischio bio-psico-sociali, ma anche gli eventi di vita traumatici e relazionali risalenti ai primi anni di vita (Zaccagnino, 2017).

Negli ultimi trent'anni il campo della ricerca scientifica ha iniziato ad attribuire una notevole importanza al ruolo che tali eventi rivestono nell'insorgenza e nel mantenimento dei DCA (*ivi*).

A partire dagli anni Ottanta, studi longitudinali ed evidenze cliniche, focalizzando l'attenzione su esperienze di vita oggettivamente traumatiche, come maltrattamenti fisici e violenza sessuale, hanno rilevato un'alta frequenza di esperienze di questo tipo nella storia

clinica dei pazienti con BN, confermando una correlazione, seppure aspecifica, tra esperienze di vita traumatiche e sviluppo di DCA (Vanderlinden & Vandereycken, 1998; Giannantonio, 2009; Messina et al., 2013).

Vi sono, in effetti, altri fattori, cosiddetti di mediazione, che possono assumere un ruolo rilevante in tale relazione: tra questi, degni di nota sono le caratteristiche oggettive dell'evento, le variabili relative al soggetto (età, storia di attaccamento, caratteristiche di personalità), l'eventuale presenza di sintomi dissociativi, un ambiente familiare invalidante, la ri-traumatizzazione ed un'immagine corporea negativa, i quali possono spingere i soggetti con una vulnerabilità biologica di base ad adottare comportamenti disfunzionali di modulazione emotiva, prevalentemente di area dissociativa (come l'abbuffata), al fine di interrompere i ricordi intrusivi e le emozioni soverchianti legati al passato (La Rosa & Onofri, 2017; Dalle Grave, 2017; Zaccagnino, 2017). In questo contesto, il cibo si trasforma in contenimento, evasione e supporto rispetto a ricordi ed emozioni traumatiche (Vanderlinden & Vandereycken, 1998; Salvatori & Salvatori, 2001; Cuzzolaro, 2014; Balbo, 2017, Zaccagnino, 2017).

Leggere i comportamenti alimentari come una strategia di coping disfunzionale, ovvero come contenimento della frammentazione sensoriale e della dissociazione rispetto a pensieri ed emozioni intrusive legati a traumi, ha importanti implicazioni per il trattamento (Balbo, 2017).

In linea con queste premesse, il presente lavoro mira ad approfondire la relazione che esiste tra traumi precoci e BN, evidenziandone alcune implicazioni terapeutiche.

Dopo un breve excursus sul ruolo del trauma precoce nella genesi del disturbo, verrà presentata una sintesi degli studi correlazionali, clinici ed epidemiologici, che hanno esplorato la relazione tra trauma e BN e verrà proposta un'analisi dei fattori di mediazione che contribuiscono alla genesi di tale disturbo in seguito ad eventi traumatici. Il lavoro prosegue con la definizione della BN come strategia di coping disfunzionale volta a sopperire i deficit metacognitivi e di regolazione affettiva post-traumatica e con la descrizione del ruolo

delle memorie traumatiche nel mantenimento dei comportamenti alimentari. Infine, verranno messe in evidenza alcune implicazioni terapeutiche derivanti dall'analisi della relazione tra BN e trauma.

1. Relazione tra traumi precoci e Bulimia Nervosa

Esperienze traumatiche subite durante gli anni dell'infanzia e dell'adolescenza possono costituire dei fattori di rischio precipitanti della BN.

"*Un trauma è un qualsiasi evento stressante che, nell'esperienza di chi lo vive, stravolge totalmente le normali risorse di fronteggiamento. Come conseguenza, la persona vive un senso di impotenza, paura intensa o terrore*" (Herbert & DiDonna, 2013, 27).

In questo contesto, il trauma non riguarda, tuttavia, specifici eventi catastrofici (ad es., un incidente automobilistico o un attacco terroristico), ma ha a che fare piuttosto con l'"*impatto cumulativo operato sui bambini dalle separazioni dai caregiver, dai fallimenti dell'attaccamento, dalla grave trascuratezza (neglect), dall'abuso e dalla violenza in famiglia*" (Fisher, 2021, 23)

Il trauma, sebbene origini al di fuori del soggetto, può avere un impatto molto forte sul suo assetto cognitivo, emotivo e comportamentale, alterandone l'equilibrio bio-psico-sociale e scardinando i meccanismi con cui la persona interpreta la realtà e gli attribuisce un significato (Ammaniti, 2002; Balbo, 2017). Esso, specialmente se prolungato e vissuto in età precoce, può determinare, da una parte, alterazioni a livello del corpo e della sua rappresentazione mentale (ad esempio, alterazioni del sistema simpatico e parasimpatico, che possono provocare i tipici sintomi di iperarousal) e, dall'altra, un indebolimento delle capacità mentali (soprattutto del cosiddetto "cervello destro" deputato all'elaborazione delle emozioni e comprendente ippocampo, amigdala, corteccia prefrontale e altre strutture limbiche). La conseguenza di tale indebolimento è che le funzioni mentali superiori non si integrano adeguatamente con le funzioni inferiori, sia per l'input di informazioni che per l'output comportamentale, provocando alterazioni a livello della coscienza di sé, della memoria, delle capacità di metacognizione e di regolazione delle

emozioni e degli impulsi e spingendo i soggetti più vulnerabili a sviluppare comportamenti alimentari patologici al fine di gestire, elaborare ed affrontare le esperienze traumatiche infantili e le emozioni che da esse scaturiscono (La Rosa & Onofri, 2017; Dalle Grave, 2017; Zaccagnino, 2017).

In linea con questo punto di vista, Van der Kolk e colleghi (cit. in Salvatori & Salvatori, 2001) sostengono che l'instaurarsi di una patologia alimentare in seguito ad un trauma è associata ad una mancanza di capacità adattive riguardo alla regolazione dell'umore e che comportamenti alimentari patologici si sviluppino proprio come meccanismo per controllare l'umore stesso.

Studi neurobiologici evidenziano che un aspetto neuroanatomico comune tra il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e la BN è proprio la compromissione, in seguito all'esposizione ad eventi traumatici e stressanti, del "circuito controllo inibitorio" (composto dalla corteccia prefrontale laterale e dalla corteccia frontale dorsomediale) e del "circuito della ricompensa" (composto principalmente dal corpo striato ventrale, dalla corteccia orbitofrontale, dalla corteccia cingolata, dall'insula e dalla corteccia prefrontale mediale), i quali, definendo il tratto clinico più saliente della BN, ovvero l'impulsività, e interferendo con le capacità mentali adulte di gestire, elaborare ed affrontare le esperienze traumatiche, possono spingere questi soggetti ad assumere maggiori quantità di cibo al fine di modulare il loro umore (Balbo, 2017).

Risulta chiaro, quindi, come il trauma precoce possa essere considerato un *marker aspecifico* della patologia alimentare (Giannantonio, 2009).

2. Studi correlazionali: clinici ed epidemiologici

Fino ad oggi sono stati pubblicati numerosi studi che hanno indagato la presenza di eventi difficili e/o traumatici nella storia di vita di pazienti con disturbi alimentari.

I primi lavori che citano i disturbi alimentari in seguito ad un trauma subito nell'infanzia risalgono agli anni Ottanta. Dopo i primi resoconti di casi clinici, sono stati condotti numerosi studi retrospet-

tivi su campioni clinici più ampi, la maggior parte dei quali si è focalizzata sulla violenza sessuale.

Uno studio degno di nota è stato quello di Vanderlinden e Vandereycken del 1993 (cit. in Vanderlinden e Vandereycken, 1998, 22), in cui venne esaminata la relazione tra trauma infantile (violenza sessuale e altre esperienze traumatiche, come violenze psicologiche, trascuratezza affettiva e/o maltrattamenti fisici) e comorbilità psichiatrica in un campione di 80 pazienti affette da DCA, mostrando come nelle pazienti affette da BN vi fosse una percentuale di molestie sessuali pari al 18% e una percentuale di maltrattamenti fisici pari al 37%, con un maggior rischio di incidenza di disturbi d'ansia, depressione, sintomi dissociativi e disturbo di personalità borderline.

Un altro studio interessate è stato quello di Welch e Fairburn del 1994 (cit. in Vanderlinden & Vandereycken, 1998, 16), in cui vennero osservati quattro campioni appaiati: 50 casi di BN appartenenti al territorio sanitario, 50 casi di controllo appartenenti anch'essi al territorio sanitario e privi di DCA, 50 casi di controllo della medesima provenienza ma con altri disturbi psichiatrici e 50 pazienti con BN in regime di trattamento residenziale; dall'osservazione emerse una percentuale di abuso sessuale significativamente maggiore nelle pazienti affette da BN non ricoverate rispetto al gruppo di controllo (26% contro il 10) e una differenza non significativa nelle percentuali di abuso tra queste e le pazienti psichiatriche del gruppo di controllo (24%).

Infine, un altro studio rilevante dal punto di vista clinico è stato quello condotto da Welch e Fairburn (1996) su un campione di 102 pazienti bulimiche, le quali vennero confrontate con 204 controlli sani e con 102 pazienti psichiatrici. Ciò che emerse fu che nel 35% dei casi di BN erano avvenuti un abuso sessuale e/o fisico e che essi erano più comuni tra il gruppo dei bulimici che in quello dei controlli sani.

Tali ricerche diedero un notevole contribuito allo studio dell'eziopatogenesi dei disturbi alimentari; a partire da questi primi studi, infatti, nell'ambito della letteratura scientifica, si verificò un rapido moltiplicarsi delle ricerche sull'argomento e furono avviati

studi su altre forme di maltrattamento infantile, data la scarsa letteratura in merito (Vanderlinden & Vandereycken, 1998; Waller, Corstorphine & Mountford, 2007; Carretti & Craparo, 2008).

Il primo fu quello di Rorty, Yager e Rossotto (1994) che, dopo aver confrontato 80 donne con una lunga storia di BN e 40 donne che non avevano mai sofferto di un DCA o di difficoltà connesse, rilevò maggiori livelli di violenza fisica, di violenza psicologica e di abuso multiplo tra le pazienti bulimiche rispetto al gruppo di controllo. Successivamente vennero pubblicati ulteriori studi, come quelli di Kent e Waller (2000), di Brewerton (2007) e di Groleau e colleghi (2012), i quali confermarono la correlazione tra traumi interpersonali infantili, in particolare abuso emotivo, e sviluppo della BN, ridando ampia considerazione a ciò che a partire dagli Ottanta era stato oscurato o minimizzato, ovvero l'impatto dei "traumi relazionali" sulle traiettorie di sviluppo degli individui (Carretti & Craparo, 2008).

Ad oggi altri studi, come quelli di Amianto e colleghi (2018), Hicks e colleghi (2018), Pugh e colleghi (2018), Brustenghi e colleghi (2019) e Monteleone e colleghi (2019) mostrano come esperienze traumatiche infantili, in particolare abuso emotivo e deprivazione emotiva, e la conseguente disregolazione emotiva che da essi deriva siano significativamente presenti in pazienti affetti da bulimia.

Questi studi, sebbene siano stati rilevanti per la ricerca sull'eziopatogenesi dei disturbi alimentari, hanno il limite di essere stati eseguiti solo su campioni clinici selezionati, aspetto che non permette di estendere e generalizzare i risultati all'intera popolazione.

A tali risultati possiamo aggiungere quelli derivanti dal filone di studio delle esperienze infantili avverse (Adverse Child Experiences - ACE), i quali indicano che i pazienti con disturbi alimentari riportano più frequentemente una storia di esperienze avverse infantili rispetto alla popolazione generale (Guillaume et al., 2016; Pop et al., 2020; Rienecke et al., 2022).

Nello studio di Rienecke e colleghi (2022), ad esempio, i pazienti con disturbi dell'alimentazione hanno riportato più ACE rispetto al campione rappresentativo a livello nazionale.

Nello studio di Guillaume e colleghi (2016), che ha esplorato in un campione ampio di pazienti se alcuni sottotipi di trauma infantile siano associati a caratteristiche più gravi di disturbi dell'alimentazione, indipendentemente dalla comorbidità psichiatrica, e se tali traumi agiscano in modo cumulativo, è emersa un'associazione tra le caratteristiche cliniche più gravi dei DA e una storia di trauma infantile. Inoltre, gli Autori hanno scoperto che l'abuso infantile era associato, in maniera indipendente dalle comorbidità psichiatriche, ad una maggiore gravità dei sintomi chiave dei DA, come la restrizione alimentare, le preoccupazioni per il peso, la forma e il cibo e il funzionamento quotidiano. Tali risultati dimostrano che l'abuso infantile aumenta la gravità dei sintomi dei disturbi alimentari. I sottotipi di abuso, inoltre, pur non avendo tutti lo stesso impatto, sembrano agire in modo cumulativo esacerbando la gravità di un'ampia gamma di caratteristiche dei DA.

Per ovviare al limite insito nel campionamento di tipo clinico, la ricerca scientifica ha avviato ulteriori studi su popolazioni non cliniche con l'intento di confermare quanto emerso dagli studi clinici. In particolare, Neumark-Sztainer e colleghi (2000) hanno condotto uno studio su 9.943 studenti adolescenti di seconda media e prima e terza superiore del Connecticut, da cui sono emersi tassi significativamente più elevati di disturbi alimentari tra i soggetti, sia maschi che femmine, che riportavano esperienze di abuso fisico o sessuale, bassi livelli di comunicazione intrafamiliare e di cure/aspettative genitoriali.

Ackard e Neumark-Sztainer (2002), eseguendo uno studio su un campione di 81.247 di ragazzi e ragazze delle scuole superiori, hanno riscontrato un'associazione tra gli episodi di violenza fisica/sessuale e la presenza, sia nei maschi sia nelle femmine, di condotte alimentari disturbate; tra queste, soprattutto abuso di lassativi, vomito autoindotto, uso di pillole dimagranti e abbuffate.

Messman-Moore e Scheer Garrigus (2007), esaminando un campione di 301 studentesse, hanno osservato: come l'abuso fisico fosse associato con la paura di ingrassare, la dieta, il desiderio di magrezza, i comportamenti bulimici e, indirettamente, con deficit di

autoconsapevolezza; come l'abuso emotivo fosse associato a deficit di regolazione emotiva e di sazietà e a comportamenti bulimici; e, infine, come coloro che presentavano abusi multipli ed erano stati rivittimizzati in età adulta esibivano maggiori livelli di sintomatologia, in particolare deficit di autoconsapevolezza, paura di ingrassare, desiderio di magrezza e tendenze bulimiche.

In sintesi, anche negli studi sulla popolazione non clinica è stata riscontrata una correlazione significativa tra abuso sessuale, fisico e/o psicologico e problematiche alimentari.

Rispetto alla prevalenza di altre esperienze sfavorevoli infantili (ESI) nei pazienti con DCA, la letteratura scientifica appare ancora limitata: non sono state trovate significative correlazioni tra BN e perdita di un genitore, né tra BN e separazione dei genitori, anche se va evidenziata la mancanza di lavori di questo tipo (Messina et al., 2013). La maggior parte degli studi ha concentrato l'attenzione su esperienze di vita oggettivamente traumatiche, nonostante siano diversi i fattori che possono rivestire un ruolo importante nello sviluppo della BN (Vanderlinden & Vandereycken, 1998).

3. Fattori di mediazione

Diversi studi hanno riscontrato che, sebbene gli eventi traumatici aumentino il rischio di problemi psichici, molte persone che subiscono traumi non vanno incontro a nessun problema psichiatrico (Salvatori & Salvatori, 2001). La correlazione tra trauma e successivo sviluppo della BN è aspecifica (Giannantonio, 2009): non è stata riscontrata, cioè, una connessione diretta tra esperienza traumatica e successivo sviluppo di un disturbo del comportamento alimentare (Vanderlinden & Vandereycken, 1998). Il trauma è un fattore di rischio che, se correlato ad altri elementi, può rendere l'individuo più vulnerabile rispetto alla possibilità di sviluppare un disturbo del comportamento alimentare (*ivi*; Salvatori & Salvatori, 2001).

Molti sono, tuttavia, i fattori che mediano tale relazione, tra cui spicca la resilienza, intesa come processo di adattamento a fonti significative di stress o trauma (Luthar, 2006; Schoon, 2006; Windle, 2010 cit. in Leys et al., 2017, 125), che è stata definita in vari modi,

tra cui "*la capacità di riprendersi o recuperare dallo stress, di adattarsi a circostanze stressanti, di non ammalarsi nonostante avversità significative e di funzionare al di sopra della norma nonostante lo stress o avversità*" (Smith et al., 2008, 194). Il concetto di resilienza, piuttosto che un tratto di personalità fisso, comprende meccanismi di protezione e risorse all'interno di più domini (individuale, familiare e comunitario) e costituisce un'abilità che può essere rafforzata o danneggiata (Fossion et al., 2015 cit. in Leys et al., 2017, 125).

Diversi studi (Bonanno et al., 2007; Waugh et al., 2008; Wingo et al., 2010; Zhou et al., 2016 cit. in Fergerson, 2018, 13) hanno dimostrato che la resilienza modifica le relazioni tra trauma e psicopatologie.

Rispetto ai DA, uno studio recente (Fergerson, 2018), ad esempio, esaminando in un campione di 519 donne l'impatto della resilienza sulla relazione tra violenza sessuale e comportamenti alimentari disfunzionali, ha confermato l'ipotesi secondo cui la resilienza media la relazione tra i sintomi del trauma e i comportamenti alimentari disfunzionali.

Di seguito, illustreremo alcuni fattori che possono svolgere un ruolo di mediazione tra l'input costituito dal trauma e l'output costituito dalla psicopatologia.

- *Caratteristiche oggettive dell'evento*

Non tutti gli eventi sono di per sé traumatici (Zaccagnino, 2017). Importante è tener conto della natura dell'evento e dell'impatto che potrebbe avere sull'individuo: essere coinvolti in una catastrofe naturale è diverso dall'essere oggetto di persecuzione da parte di altri esseri umani, come nel caso dell'abuso sessuale ripetuto (Ammaniti, 2002).

Le ricerche indicano che i traumi causati dall'uomo sono più "traumatici" di quelli naturali perché, nel primo caso, chi li subisce sviluppa la convinzione di essere vittima deliberata di un proprio simile; tali traumi hanno, dunque, una capacità maggiore di infrangere l'assetto psicologico e di minare la fiducia dell'individuo nel futuro e nei confronti delle relazioni interpersonali (Simonetta, 2010). Rientrano in questa categoria non soltanto i "traumi dello sviluppo",

ovvero le condizioni di minaccia soverchiante da cui è impossibile sottrarsi, ma anche i cosiddetti "traumi relazionali", ovvero le esperienze dolorose vissute nel rapporto con l'altro che, se apparentemente potrebbero sembrare meno invalidanti, portano in realtà con sé numerose conseguenze sulla salute psicologica dell'individuo; il soggetto, infatti, potrebbe costruire a partire da queste esperienze credenze negative su di sé e sull'altro quali, ad esempio, "non sono degno d'amore" o "il mondo è un luogo malevolo", le quali potrebbero generare sentimenti di colpa, vergogna ed impotenza, intaccando in questo modo la sua identità e prevedibilità del mondo (Zaccagnino, 2017).

- *Variabili relative al soggetto*

La ricerca epidemiologica indica che, sebbene la percentuale di popolazione generale che potrebbe andare incontro nella vita ad esperienze traumatiche sia piuttosto elevata (tra il 40 e il 75%), solo una ridotta percentuale di queste persone svilupperà a lungo termine una psicopatologia riscontrabile clinicamente (Giannantonio, 2009). Non tutte le persone che vivono un'esperienza traumatica si definiscono, infatti, come traumatizzate. La traumaticità di un evento è legata non solo alle caratteristiche oggettive dell'evento, ma anche alle variabili relative al soggetto, quali predisposizione biologica, età, tratti di personalità e storia di attaccamento (Simonetta, 2010; Zaccagnino, 2017).

Rispetto alla predisposizione biologica, possono aumentare la vulnerabilità alla malattia i seguenti aspetti: una familiarità psicopatologica per i disturbi d'ansia, dell'umore o per la psicopatologia in generale; diagnosi psicologiche (come disturbi d'ansia, depressivi o PTSD) che possono precedere la BN e risentono, almeno parzialmente, di una predisposizione genetica (Giannantonio, 2009; Madowitz, Matheson & Liang, 2015; Castonguay & Oltmanns, 2016); l'appartenenza al genere femminile, in quanto le donne, essendo maggiormente esposte ad esperienze traumatiche di più elevata gravità, hanno un maggiore rischio di sviluppare quadri psicopatologici; infine, alterazioni neurobiologiche associate ai traumi, sebbene non

sia sempre possibile stabilire se esse siano preesistenti o conseguenti al trauma (Giannantonio, 2009).

Rispetto all'età del soggetto al momento del trauma, le ricerche indicano come ad una minore età della vittima sia associata una maggiore probabilità di conseguenze negative e durevoli (Lingiardi & Gazzillo, 2014). In età precoce, infatti, essendo le strutture cerebrali implicate nell'elaborazione cognitiva delle informazioni ancora immature, il rischio di mettere in atto meccanismi di difesa primitivi, tra cui comportamenti alimentari anomali, è più elevato[3] (Vanderlinden & Vandereycken, 1998).

Per quanto riguarda i fattori di rischio psicologici, sembrano giocare un ruolo importante: pattern di reazione successivi al trauma, tra cui, ad esempio, strategie di ipercontrollo ed evitamento; la presenza di alcuni tratti di personalità quali, ad esempio, locus of control esterno, bassa autostima, nevroticismo, introversione, ipersensibilità interpersonale, dipendenza, anassertività, senso di inefficacia, irritabilità, impulsività, risentimento e sospettosità (Giannantonio, 2009; Simonetta, 2010).

Infine, rispetto allo stile di attaccamento la letteratura è concorde nel sostenere che un attaccamento di tipo insicuro, soprattutto quello disorganizzato, riveste un ruolo importante nell'ambito dei fattori soggettivi che concorrono negativamente all'elaborazione traumatica. Esso, infatti, essendo altamente correlato ad esperienze traumatiche, non solo rende l'individuo più vulnerabile nei confronti dello stress, ma lo influenza anche nella costruzione di un'idea negativa di sé stesso e del mondo, con cui interagirà con gli altri ed interpreterà la realtà (Simonetta, 2010).

- *Sintomi dissociativi*

Il trauma, essendo un evento emotivamente non sostenibile per chi lo subisce, porta all'attivazione di meccanismi di difesa arcaici, i quali provocano un distacco dall'esperienza di sé e del mondo ester-

---

[3] Tuttavia, esistono in letteratura molti dati contradditori e possono entrare in gioco altre variabili, come la frequenza di esposizione, le quali possono far passare in secondo piano la variabile anagrafica delle vittime (Giannantonio, 2009).

no. Questo distacco implica una brusca sospensione delle normali capacità di mentalizzazione e rappresenta un ostacolo all'integrazione dell'evento traumatico nella continuità della vita psichica (Liotti & Farina, 2011).

Pierre Janet fu il primo, alla fine del 1900, a studiare la relazione tra esperienze traumatiche, sintomi dissociativi e disturbi del comportamento alimentare (Balbo, 2017). Un concetto essenziale della sua teoria è quello di dissociazione: una certa idea ("idea fissa"), oppure un intero complesso di idee e sentimenti che l'accompagnano, sfugge al controllo e, talora, persino alla consapevolezza della coscienza personale; questa idea sfuggita o dissociata comincia a vivere una sua vita indipendente e spinge i pazienti prima a rifiutare il cibo, poi ad abbuffarsi e, infine, a rimettere senza alcun controllo (Vanderlinden, Norré Jan & Vandereycken, 1995).

Le memorie traumatiche, quindi, non vengono rimosse dalla coscienza ma, fin dall'inizio, non si integrano nella sintesi personale di sé, portando alla formazione di veri e propri Stati dell'Io dissociati, i quali possono riemergere improvvisamente, alternandosi tra di loro. In accordo con la teoria della dissociazione strutturale della personalità di van der Hart, Nijenhuis e Steele (2011), all'interno di un soggetto traumatizzato vi sono due o più parti della personalità non coese: una parte emotiva (EP), che è quella che vive al tempo del trauma, rivivendolo in forma emotiva e senso-motoria, e che agisce secondo il sistema biologico della difesa; una parte apparentemente normale (ANP), che è quella che mantiene al suo interno la memoria autobiografica dell'individuo, dalla quale però sono stati esclusi tutti i ricordi relativi all'evento traumatico e che permette di vivere la vita di tutti i giorni senza sentirsi sopraffatti dal senso di vuoto e impotenza che genererebbe il ricordo di un evento doloroso (Zaccagnino, 2017). Queste due parti si alternano tra di loro e, quando a prevalere è la parte distaccata dal trauma, operante attraverso i sistemi d'azione della vita quotidiana, il soggetto appare piuttosto sereno e capace di condurre una vita normale; tuttavia, se a prevalere è la parte emotiva, allora la persona, vulnerabile alla patologia alimentare, può iniziare a sperimentare un'alterazione della propria esperienza corporea, che

spesso si traduce in derealizzazione (sensazione di irrealtà del mondo circostante) e depersonalizzazione (un estraniamento della propria persona, compreso il vissuto del proprio corpo) ed ad avere una serie di sintomi, che possono spingere all'adozione di condotte alimentari disfunzionali, al fine di interrompere i ricordi intrusivi, modulare l'ansia e riempire il vuoto emotivo (Giannantonio, 2009; Lingiardi & Gazzillo, 2014; Balbo, 2017).

Dunque, in accordo con la "*mood modulation theory*"[4], la dissociazione potrebbe coesistere con i sintomi bulimici e avere la funzione di ridurre l'intensità di stati affettivi negativi mediante esperienze di distacco e di passaggio a livelli più bassi di coscienza; secondo la "*escape theory*"[5], invece, potrebbe facilitare l'innesco di abbuffate, nel tentativo di "fuggire" dai sensi di colpa e da autovalutazioni negative rispetto ai propri standard perfezionistici mediante lo spostamento d'attenzione/coscienza da un livello più speculativo e astratto, come la valutazione di sé, ad elementi somatici più immediati o a stimoli ambientali esterni, come il cibo (La Mela & Maglietta, 2011).

---

[4] La "*Mood Modulation Theory*" postula che i soggetti affetti da DCA siano coinvolti in comportamenti di alimentazione incontrollata per alleviare stati emotivi negativi e prevede che gli episodi bulimici seguano periodi in cui sono stati vissuti affetti negativi particolarmente intensi (Hawkins e Clement, 1994).

[5] La "*Escape Theory*" (Heatherton e Baumaeister, 1991) postula che i pazienti affetti da DCA siano caratterizzati da bassa autostima e standard eccessivamente elevati su di sé e sul proprio aspetto fisico e pertanto tendano ad autovalutazioni negative, concentrandosi sui propri fallimenti e generando stati affettivi negativi, come ansia e depressione. Da tali stati affettivi si verificherebbe il tentativo di "fuga", attraverso un processo di '*cognitive narrowing'*, che consiste nello stabilire un livello di attenzione/coscienza più basso, prossimo ad elementi somatici immediati o a stimoli ambientali (come il cibo). Tale modello suggerisce che i soggetti affetti da BN tentino di "evadere" da stati di auto-coscienza negativi restringendo e focalizzando la loro attenzione (*cognitive narrowing*) sul cibo al fine di distaccarsi e "fuggire" da stati di auto-coscienza stressanti.

- *Ambiente familiare invalidante*

Oltre alle esperienze familiari del passato, anche le relazioni familiari attuali hanno un importante impatto sul funzionamento psicologico del soggetto (Vanderlinden & Vandereycken, 1998).

Il sostegno genitoriale è un fattore determinante nell'influenzare le modalità adattive e reattive del soggetto al trauma, ovvero una sua percezione sollecita, una ridefinizione cognitiva degli stressor ed una risposta emozionale e comportamentale più adattiva; al contrario, scarsità o assenza di sostegno aumentano la vulnerabilità verso un livello generale di difficoltà psicologiche in età adulta (Simonetta, 2010). Il trauma negato o non riconosciuto costringe il soggetto ad agire come se l'esperienza sfavorevole non fosse mai accaduta (Ricciutello, Cheli, Montenegro et al., 2012). È importante, quindi, tener conto della risposta che la vittima percepisce da parte dell'ambiente quando tenta di rivelare a qualcuno l'evento traumatico: una mancata reazione o una risposta ostile possono risultare traumatiche almeno quanto l'evento stesso, impendendo, di conseguenza, l'individuazione di strategie di coping più funzionali (Vanderlinden & Vandereycken, 1998).

Ackard e colleghi (2001) hanno dimostrato, a tal proposito, come le adolescenti che non parlavano dell'abuso subito mostrassero un maggior rischio di sviluppare comportamenti di abbuffata/eliminazione rispetto a quelle che avevano, invece, rivelato la loro esperienza traumatica.

- *Rischio di ri-traumatizzazione*

Chi è stato vittima di esperienze sfavorevoli infantili, come violenza fisica e sessuale, può essere più vulnerabile ad avere situazioni stressanti successive; infatti, una delle caratteristiche più sorprendenti dei pazienti traumatizzati è il fatto che spesso si trovano coinvolti in circostanze in cui si ripetono le situazioni traumatiche originarie o alcuni loro elementi (Vanderlinden & Vandereycken, 1998).

Esiste una correlazione significativa tra attaccamento disorganizzato e riverificarsi di esperienze traumatiche (Simonetta, 2010). Una possibile spiegazione di questo fenomeno può essere legata

all'incapacità di instaurare confini sicuri ed appropriati nelle proprie interazioni sociali (Vanderlinden & Vandereycken, 1998; Simonetta, 2010). La presenza di relazioni gravemente disfunzionali con le figure di attaccamento può non aver consentito un adeguato utilizzo di un "contenitore relazionale", che funga da occasione di apprendimento e di integrazione degli stati affettivi (*ivi*).

Dunque, la presenza di un abuso sessuale o fisico in età infantile rende più che doppia la probabilità che una persona sia oggetto di un ulteriore abuso nel proseguo della vita (Vanderlinden & Vandereycken, 1998; Giannantonio, 2009). Tuttavia, non si devono considerare solo il ripetersi della violenza sessuale e/o fisica; tra un trauma vissuto nell'infanzia e lo sviluppo della sintomatologia alimentare possono verificarsi anche altri tipi di eventi, i quali possono funzionare come fattori scatenanti nello sviluppo di quest'ultima. Ad esempio, in molte pazienti si nota che il disturbo del comportamento alimentare inizia quando la giovane adolescente si trova a dovere affrontare la propria sessualità e ad avere contatti più intimi. Queste situazioni, anche se positive e per nulla violente, possono essere vissute come traumatiche ed agire in modo tale da suscitare i ricordi relativi alle esperienze traumatiche vissute nell'infanzia ed i sentimenti ed i pensieri ad esse connessi (*ivi*). Wonderlich e colleghi (2001) hanno trovato che la rivittimizzazione è associata a più alti livelli di disordini alimentari e ad impulsività.

- *Immagine corporea negativa*

Maltrattamenti precoci (sessuali, fisici e/o emotivi), assenza di fattori protettivi e fallimento nello sviluppo di competenze appropriate all'età causano una generale "mortificazione" del Sé, il quale inizia ad essere percepito come inefficace, impotente ed indegno (Ricciutello et al., 2012). In questa svalutazione dell'immagine di sé rientra anche quella dell'immagine del proprio corpo; spesso, infatti, i soggetti con esperienze traumatiche infantili sperimentano sentimenti di repulsione, disgusto, ipercontrollo e distacco nei confronti del proprio corpo (Giannantonio, 2009). In simili situazioni il problema non è tanto il peso in difetto o in eccesso, quanto il senso della propria identità, perché è la vita stessa, il suo significato e valore che si

sono trasformate e alterate (Ciccolini & Cosenza, 2015). Il corpo finisce per diventare la rappresentazione più intima e, nello stesso tempo, più estranea dell'individuo, lo scenario ineludibile di tutte le manifestazioni psichiche prodotte dalla mente, il teatro dove si gioca la partita dell'identità (Dalla Ragione & Mencarelli, 2012; Ciccolini & Cosenza, 2015).

Le sensazioni di ansia, imbarazzo e vergogna nel pensare che il proprio aspetto fisico possa rivelare agli altri alcune inadeguatezze personali spinge i soggetti a adottare comportamenti di evitamento e negazione del corpo e strategie compensatorie, che possono incrementare l'insoddisfazione corporea e portarli a focalizzarsi sempre di più sul controllo del peso e della forma del corpo, dando vita ad un disturbo alimentare (Balbo, 2017; Dalle Grave, 2017).

In conclusione, anche l'immagine corporea negativa può svolgere un ruolo da mediatore tra il trauma e la BN: i comportamenti alimentari disadattivi possono, infatti, essere interpretati come "*un modo per gestire un'immagine negativa di sé e, più in particolare, un'esperienza corporea negativa derivata dalla violenza sessuale e/o fisica*" (Vanderlinden & Vandereycken, 1998, 39).

4. BN come strategia di coping disfunzionale

Di fronte ad una mancata condivisione degli affetti con i propri caregivers e ad un mancato consolidamento di uno stabile e positivo senso di sé, il soggetto può subire un indebolimento delle capacità mentali superiori e inferiori, sperimentando non solo un'attivazione ed un'allerta costanti, ma anche un deficit nella regolazione delle emozioni, degli impulsi e del comportamento (La Rosa & Onofri, 2017).

In tale prospettiva, i sintomi degli *Eating Disorders*, secondo Schwartz e Gay (cit. in La Rosa & Onofri, 2017, 253), possono assumere più funzioni: possono trasformarsi in ristoro, nutrimento, piacere, legame, intorpidimento, distrazione, sedazione, bisogno di aiuto, ribellione, liberazione dalla rabbia, senso di identità e autostima, mantenimento di debolezza/impotenza, controllo e potere, conteni-

mento per la frammentazione, dissociazione da pensieri intrusivi e anche danno e castigo.

Di seguito evidenzieremo come le principali caratteristiche della BN possano assumere una funzione di coping:

- *La preoccupazione circa il peso, il cibo e le forme del corpo*

La preoccupazione estrema per il peso, il cibo e le forme corporee è considerata la psicopatologia specifica nei soggetti affetti da BN; questi soggetti, avendo alla base uno scarso concetto di sé ed una profonda mancanza di fiducia nella validità e attendibilità dei propri sentimenti, pensieri, percezioni e comportamenti, credono che il peso e la forma fisica siano di estrema importanza per giudicare il proprio valore e che debbano essere mantenuti sotto controllo (Dalle Grave, 1998).

Nell'ottica cognitiva, il tema del controllo è strettamente connesso alla capacità di autoregolazione degli stati interni e alla capacità di influenzare gli eventi esterni. Esso, quindi, diventa estremamente rilevante non solo in relazione al cibo e, quindi, al bisogno di controllarne l'assunzione, ma anche in riferimento a tutti gli aspetti che caratterizzano la vita quotidiana del soggetto (Zaccagnino, 2017).

Waller (1992) ha mostrato come, in soggetti affetti da disturbi alimentari, una storia di abusi sessuali si connetta alla percezione di un livello più basso di controllo personale, che incrementa l'esigenza di un maggior controllo sugli eventi ritenuti imprevedibili (Zaccagnino, 2017).

In tal senso, pensare al peso, al cibo e alle forme corporee è una strategia di coping, una modalità estrema e disfunzionale con cui il soggetto tenta di ridurre l'idea negativa di sé e il proprio senso di vulnerabilità. Alcune ragazze riportano come l'esperienza di "assenza di sentimenti" sia legata ad una maggiore attenzione al peso, al cibo e alle forme corporee, ovvero il pensare a questi parametri esterni permette loro di distrarsi dal grande vuoto interiore (Dalle Grave, 1998). Tuttavia, è anche vero che nelle persone con compor-

tamenti bulimici sono presenti elevati livelli di impulsività, i quali diminuiscono il loro senso di controllo (*ivi*).

- *Il fenomeno del binge eating*

Un episodio di abbuffata è definito come l'ingestione in un determinato periodo di tempo di una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che la maggior parte degli individui assumerebbe nello stesso periodo e in circostanze simili ed è accompagnata da una sensazione di perdere il controllo, ovvero dalla sensazione di non riuscire ad astenersi dal mangiare o di smettere di mangiare una volta iniziato (A.P.A., 2013).

Solitamente l'antecedente più comune è un'emozione negativa: rabbia, irritabilità, depressione, solitudine, vergogna, ansia, senso di colpa, tristezza o preoccupazione. Tuttavia, altri fattori scatenanti possono essere l'aumento di peso, la sensazione di gonfiore e grassezza, la fame, la noia, la restrizione dietetica, condizioni interpersonali stressanti (Dalle Grave, 1998; A.P.A., 2013).

Due modelli che hanno cercato di spiegare perché si verifichino le abbuffate sono quello della restrizione alimentare e quello delle emozioni. Secondo il modello della restrizione alimentare, le abbuffate sarebbero la diretta conseguenza della dieta ferrea: nella maggior parte dei casi esse si verificano, infatti, durante i periodi di restrizione alimentare e possono essere indotte da alterazioni della fame e della sazietà, da emozioni secondarie alla restrizione alimentare o dal pensiero "tutto o nulla", tipico dei soggetti affetti da bulimia. Tale modello ha però alcuni limiti: il primo è che non tutte le persone che si abbuffano restringono l'alimentazione prima delle crisi bulimiche; il secondo è che non sempre gli antecedenti delle abbuffate sono legati a stimoli di fame e sazietà, ma possono associarsi anche a stati emotivi negativi o minacce percepite all'autostima (*ivi*). Rispetto a quest'ultimo aspetto, il modello delle emozioni suggerisce due potenziali processi che potrebbero spiegare il legame tra abbuffate e stati emotivi negativi o minacce all'autostima: 1) il "processo del blocco delle emozioni", secondo il quale le abbuffate avrebbero la funzione di allontanare l'attenzione dell'individuo da stati emotivi percepiti come intollerabili; 2) il "pro-

cesso della fuga dall'autoconsapevolezza", secondo il quale le abbuffate sarebbero la conseguenza di una sorta di restringimento cognitivo che l'individuo utilizza per fuggire dalla consapevolezza di stati emotivi negativi o di situazioni percepite come minaccianti (*ivi*). Prima e durante l'attacco bulimico alcune persone riferiscono, infatti, di essere agitate e di sperimentare una totale assenza di controllo sul proprio comportamento oppure di avere uno stato alterato di coscienza; le pazienti con BN spesso dichiarano di assumere una personalità diversa durante le crisi bulimiche, come se fossero possedute da un demonio, oppure di vivere una sorta di amnesia su quanto è accaduto durante l'abbuffata (Vanderlinden, Norré Jan & Vandereycken, 1995). Ciò è particolarmente frequente nelle pazienti con comportamenti bulimici vittime di esperienze di abuso, dove si sono riscontranti elevati livelli di dissociazione della coscienza (amnesia, depersonalizzazione, derealizzazione). Queste pazienti ricorrerebbero alla dissociazione e, quindi, all'abbuffata, come meccanismo per gestire il dolore connesso al trauma e per affrontare i vari eventi stressanti della vita (Dalle Grave, 1998). Tale comportamento produce all'inizio sensazioni piacevoli le quali, tuttavia, durano poco, dando spazio a sentimenti di disgusto, senso di colpa e depressione autosvalutativa (*ivi*).

- *Il fenomeno del purging*

Un'altra caratteristica essenziale della BN è il frequente ricorso a condotte compensatorie inappropriate; esse sono estremamente importanti per ridurre la sensazione di malessere fisico, per gestire la paura di aumentare di peso e, infine, per controllare i livelli di ansia (Dalle Grave, 1998; A.P.A., 2013).

Il vomito autoindotto risulta essere la tecnica compensatoria maggiormente usata da queste pazienti; i suoi effetti immediati sono quelli di ridurre il malessere e la paura di ingrassare (Dalle Grave, 1998). All'inizio tale strategia viene vissuta in modo positivo, come la soluzione del problema, tuttavia, a lungo termine, incrementa sentimenti di disgusto verso sé stessi e riduce la propria autostima (*ivi*).

Oltre al vomito autoindotto, altre condotte di eliminazione vengono usate dai pazienti bulimici, tra cui l'uso di lassativi e diuretici, l'esercizio fisico eccessivo e la dieta ferrea (A.P.A., 2013).

Tutte queste strategie possono contribuire a mantenere il disturbo ed essere lette come strategie di coping disfunzionale (*ivi*). Possono essere interpretati, infatti, come un tentativo, seppure doloroso e poco efficace, di autoterapia nei confronti di emozioni, sensazioni e memorie, spiacevoli e dolorose, legate al passato traumatico.

5. Il ruolo delle memorie traumatiche nel mantenimento dei comportamenti alimentari disfunzionali

Da un punto di vista neurobiologico si è visto come, in condizioni di stress eccessivo, l'amigdala, fondamentale nella memorizzazione della paura (memoria implicita), non vada incontro ad un deficit di memorizzazione, al contrario della corteccia pre-frontale e dell'ippocampo, implicati nell'integrazione e valutazione della memoria esplicita (Giannantonio, 2009). Ciò comporta la formazione di ricordi intrusivi, frammentati, non accessibili alla consapevolezza e connotati da emozioni magmatiche, dolorose e difficilmente gestibili, che possono rendere più probabile lo sviluppo della sofferenza psichica (De Luca, 2003; Giannantonio, 2009).

È stato visto come nelle pazienti che soffrono di BN le memorie traumatiche possono contribuire all'insorgenza e al mantenimento del disturbo, avendo un impatto significativo sui processi di elaborazione dell'informazione e di regolazione emotiva (ruminazione, evitamento del pensiero, dissociazione) e sull'organizzazione dei sintomi del DCA (Balbo, 2017; Zaccagnino, 2017). In particolare, è stato notato che le memorie traumatiche legate ai sentimenti di vergogna svolgono un ruolo centrale nel mantenimento della sintomatologia alimentare (Hayaki, Friedman & Brownell, 2002); la vergogna, un'emozione a valenza negativa e derivante da esperienze sfavorevoli infantili, può influire sul benessere della persona, operando come un ricordo di autodefinizione intrusivo e influenzando l'autostima e lo stile interpersonale della persona (Matos & Pinto-Gouveia, 2010).

Le prime esperienze di vergogna, immagazzinate a livello implicito, possono riemergere improvvisamente, generando reazioni di rabbia, critica e biasimo, le quali possono condurre all'adozione di comportamenti alimentari disfunzionali, quali abbuffate e condotte di eliminazione, al fine di modulare tali reazioni negative e interrompere i ricordi intrusivi (Balbo, 2017).

In tale ottica, i ricordi traumatici e, nello specifico, le memorie legate alla vergogna, fungerebbero sia da trigger (causa scatenante), sia da predittori, sia da perpetuatori dei sintomi alimentari (*ivi*).

6. Implicazioni terapeutiche

La concettualizzazione di un disturbo e della sua eziopatogenesi determina in modo significativo sia il piano di trattamento, sia le strategie e tecniche che verranno utilizzate per la sua realizzazione. Ecco perché l'interesse per la relazione tra trauma e bulimia nervosa ha importanti ripercussioni terapeutico-riabilitative. In quest'ultima parte del lavoro, ci focalizzeremo sulle implicazioni terapeutiche derivanti dagli studi che hanno esplorato il rapporto trauma-bulimia nervosa, offrendo alcune riflessioni in merito.

Dato che le memorie traumatiche possono contribuire all'insorgenza e al mantenimento della bulimia nervosa (Zaccagnino, 2017), la pianificazione del suo trattamento dovrebbe tener conto dell'importanza di lavorare sul trauma, che può diventare necessità soprattutto nei casi in cui questo, presente in anamnesi, costituisca una base significativa per il mantenimento del disturbo, impedendone la remissione completa o un'accettabile (per il paziente) remissione parziale.

Nelle terapie che hanno ottenuto evidenze di efficacia per la cura della BN, come la Terapia Cognitivo Comportamentale (CBT) e la Psicoterapia Interpersonale (IPT), il lavoro sul trauma, tuttavia, non rappresenta un target specifico del trattamento (Bevere, Borrello, Brambilla et al., 2013; Zaccagnino, Civilotti, Cussino et al., 2017), il che potrebbe spiegare almeno una parte dei fallimenti e dei drop out che si riscontrano applicando questi modelli di intervento.

L'Analisi Transazionale, d'altro canto, è una teoria della personalità ed un modello psicoterapeutico che appare ben attrezzato, dal punto di vista teorico, per comprendere ed affrontare gli effetti, intrapsichici e relazionali, dei traumi dello sviluppo, potendo contare sul concetto di stato dell'Io Bambino, che comprende comportamenti, pensieri e emozioni riproposti dall'infanzia (Stewart & Joines, 1998) e su quello di convinzione di copione e decisione di sopravvivenza (Cornell et al., 2018), che permettono di concettualizzare le risposte cognitive e le strategie comportamentali che i bambini adottano in risposta ad abusi e trascuratezza. Siamo d'accordo, quindi, con Brunt (2005, p. 240-241), quando afferma che: "*l'analisi transazionale ha molto da offrire nel trattamento dei disturbi alimentari, cosa che non sorprende dato che incorpora molti degli interventi usati nella CBT e nella IPT. Tuttavia, nell'analisi transazionale questi interventi sono integrati all'interno di una cornice psicodinamica che affronta i problemi che derivano dai bisogni non soddisfatti dell'infanzia*".

L'attenzione alle esperienze di tipo traumatico ed il lavoro terapeutico su di esse e sugli stati dell'Io dissociati potrebbe essere necessario soprattutto in quei casi complessi di bulimia nervosa in cui, pur registrandosi significativi progressi attraverso la CBT e la IPT, non si riesca ad ottenere una remissione sintomatologica completa del disturbo. In tali casi, i comportamenti bulimici si associano con elevata probabilità ad alti livelli di dissociazione della coscienza e possono svolgere la funzione di strategia di coping, disfunzionale nel lungo termine, ma utile nel breve termine a gestire il dolore connesso al trauma (Balbo, 2017); tali comportamenti potrebbero, per esempio, evitare che memorie traumatiche accedano improvvisamente alla coscienza ed aiutare la persona ad affrontare gli attuali eventi stressanti della vita, che fungono da trigger per ricordi traumatici.

In sintesi, i comportamenti alimentari patologici possono essere interpretati come un tentativo, seppure doloroso e poco efficace in prospettiva, di autoterapia (automedicazione) nei confronti di emozioni, sensazioni e memorie, spiacevoli e dolorose, legate al passato.

La diagnosi dei disturbi alimentari in chiave analitico transazionale consente di creare un ponte tra attuali comportamenti disfunzionali di coping ed esperienze traumatiche passate: le spinte 'Compiaci', 'Sii perfetto' e 'Sii forte' aiutano la persona con DA a mantenersi in una posizione di valore e autostima accettabile, nascondendo in tal modo la propria vulnerabilità; il DA rappresenta una soluzione al conflitto (impasse) tra i messaggi del Genitore nel Bambino (Non sentire, Non essere te stessa, Non crescere) e il bisogno di crescere ed essere se stessi che emerge con la pubertà, all'interno di un contesto sociale in cui il messaggio del Genitore Culturale è "Sii magra, abbi successo!". Il disturbo alimentare è anche una forma di racket in cui il sentimento sostitutivo è espresso come sensazione somatica ("*mi sento grassa*") (Brunt, 2005, p. 246).

Una questione clinica che si pone nel riflettere sul trattamento della BN, soprattutto laddove siano presenti storie traumatiche di abuso, è allora relativa a "*se, quando e in quali condizioni*" intervenire sul trauma.

Rispetto al "se", riteniamo che esso dipenda da un'accurata valutazione del caso e del suo andamento e che occorra tener presenti alcuni aspetti, tra cui: il peso del trauma nel mantenimento, più che nella genesi, del disturbo; esiti trattamentali inadeguati (alta frequenza di ricadute post-trattamento, permanenza di una sintomatologia significativa post-trattamento, sintomatologia residuale che contribuisce ad un funzionamento personale o sociale eccessivamente basso, storia di drop-out ripetuti all'interno di trattamenti focalizzati sul disturbo).

Se affrontiamo la questione del "quando", in termini clinici, non possiamo dimenticare, come osserva Brunt (2005, p. 242), che la complessità della terapia dei DA è connessa ad almeno quattro questioni che meritano una speciale attenzione: "*il grado di rischio fisico; l'interrelazione tra sintomi psicologici e fisiologici; la natura ossessivo-compulsiva dei disturbi alimentari; il bisogno di introdurre quanto prima il cambiamento comportamentale*".

Rispetto al "quando" in termini teorici emergono almeno tre possibili orientamenti, sintetizzabili nel modo seguente: a) lavorare

prima sui comportamenti problematici e, solo in un secondo tempo, affrontare le memorie traumatiche; b) lavorare prima sui ricordi traumatici così da eliminare la necessità del sintomo legata alla sua funzione protettiva; c) lavorare in contemporanea su entrambi i fronti, quello del disturbo alimentare e quello traumatico.

Ciascuna delle tre prospettive manifesta limiti e svantaggi: se si lavora sui comportamenti bulimici rimandando in un secondo momento l'elaborazione del trauma si rischia di incrementare il senso di impotenza nei confronti della sintomatologia bulimica, dato che il paziente potrebbe vivere come troppo difficile abbandonare il sintomo (e la sua funzione di coping), senza prima aver "curato" la ferita che ne mantiene la necessità; se si lavora direttamente sul trauma, lasciando da parte i comportamenti bulimici, si rischia di rinforzare la necessità del disturbo, ovvero di riaprire la ferita troppo presto, quando il paziente non ha abbastanza risorse per non ricorrere ai sintomi alimentari come strategia di coping; il lavoro in contemporanea, d'altro canto, richiede competenze terapeutiche molto sofisticate e, probabilmente, anche un setting fortemente contenitivo per evitare di destabilizzare il paziente a contatto con il trauma, ed è difficile che possa essere svolto in un setting di tipo ambulatoriale con una frequenza di una volta alla settimana.

Una questione clinica simile, peraltro, ha per anni attraversato la riflessione sul trattamento delle tossicodipendenze e dell'alcolismo. Chi le riteneva solo un sintomo derivante da traumi del passato ha finito per proporre un intervento che rischiava di mantenere inalterato l'uso o, nei casi peggiori, di favorirlo (posizione messa in ridicolo da frasi come "ho capito tantissime cose della mia storia, ma continuo a bere"); tale atteggiamento terapeutico potrebbe aver interferito con l'efficacia di approcci interessati esclusivamente all'elaborazione della storia traumatica piuttosto che alla gestione della sintomatologia ed al cambiamento. Coloro che hanno focalizzato l'attenzione solo sull'uso, dando dignità di malattia alla dipendenza, cioè senza più considerarla come un sintomo di qualcos'altro, hanno avuto maggiori successi terapeutici trascurando, tuttavia, che, senza un lavoro più profondo sui traumi, importanti fattori di mante-

nimento, si corre il rischio di molteplici ricadute e di hopping (salto da una dipendenza ad un'altra dipendenza). Solo quando questi due punti di vista, rappresentati in termini polari, il primo dall'aiuto professionale psicoterapeutico, il secondo dal movimento dell'autoaiuto e delle Comunità Terapeutiche, hanno cominciato a dialogare ed a considerare senza pregiudizi le rispettive posizioni (importanza di occuparsi del disturbo attuale ed importanza di considerare tra i fattori di mantenimento alcune esperienze traumatiche non ancora rielaborate in modo adattivo), è stato possibile entrare nell'era dell'integrazione e della personalizzazione dei trattamenti, potendo tener conto di entrambi i poli nel lavoro terapeutico e riabilitativo.

Rispetto al "quando", ci sembra, inoltre, che la valutazione del caso dovrebbe tener conto delle risorse e del livello di stabilizzazione raggiunto dal paziente: affrontare ed elaborare un trauma richiede che la persona sia sufficientemente stabilizzata dal punto di vista sintomatologico ed emotivo e che sia capace di auto-stabilizzarsi o che abbia un sufficiente attaccamento nei confronti delle risorse esterne al sé, professionali e non, fonte di potenziale eteroregolazione. La capacità di auto-stabilizzarsi implica un lavoro di insegnamento e di sviluppo di competenze di autoregolazione, di gestione dello stress e di dipendenza amorevole (per es. saper chiedere aiuto in situazioni stressanti) che, in fasi sintomatologiche intense e acute, è perlopiù impossibile da attuare.

Molti dei trattamenti che si rivolgono direttamente al trauma (uno per tutti, l'EMDR) dedicano, in effetti, un tempo significativo alla stabilizzazione del paziente ed alla costruzione di adeguate strategie di coping, senza le quali la persona utilizzerà le sue abituali strategie, ovvero le condotte alimentari disfunzionali (Shapiro, 2019).

La questione del rapporto tra trauma e bulimia nervosa ha, quindi, una rilevanza clinica, perché il modo in cui concepiamo questa relazione incide sulle priorità in termini di obiettivi del trattamento e di metodo. All'interno di un modello causalistico della malattia mentale, che vedeva alcuni disturbi come sintomi derivanti da una causa più profonda, il trauma era concepito come la causa del sinto-

mo alimentare e questa visione ha portato molti clinici a trascurare il sintomo (non dandogli dignità di disturbo) ed a focalizzare l'attenzione del trattamento sull'elaborazione e la risoluzione del trauma alla sua base. Tale atteggiamento terapeutico ha portato, però, a ripetuti fallimenti terapeutici, in cui, più si lavora sulla causa, più il sintomo permane e si rinforza.

L'adozione di un modello multifattoriale non causalistico e complesso permette di vedere il trauma non più come la causa del sintomo, ma come un fattore che può aumentare la vulnerabilità dell'individuo allo sviluppo di uno o più disturbi (fattore di rischio), che può contribuire all'esordio del disturbo (fattore scatenante) e che, infine, può influire sul mantenimento del disturbo (fattore perpetuante) (Becciu & Colasanti, 2016; Balbo, 2017). Un tale modello permette di non focalizzare tutta l'attenzione terapeutica sulle presunte cause del sintomo, trascurando il disturbo nella sua complessa funzionalità (strategia di coping, adattamento creativo alle sfide ambientali, ma anche fonte di identità e di sicurezza personale e relazionale).

Il modello causa-sintomo, imperniato sul paradigma biomedico, concepisce i problemi psichici come una conseguenza di qualche agente patogeno che, una volta eliminato, porta alla scomparsa del sintomo. La complessità degli attuali modelli multifattoriali, che costituiscono l'odierna base per la comprensione dei DCA, basata sul paradigma bio-psico-sociale, consente invece di concepire i disturbi come fenomeni complessi in cui interagiscono fattori di vario ordine (individuali e ambientali) con funzioni diversificate e spesso plurime (fattori di vulnerabilità, scatenanti e perpetuanti).

Volendo prendere a prestito una metafora medica (consapevoli dei rischi e dei limiti che può comportare l'adottare metafore che rimandano al riduzionismo), un disturbo psichico come la BN di origine traumatica appare simile ad una frattura ossea della gamba mal curata o non curata. La rottura dell'osso, non riparata adeguatamente, può contribuire a generare numerosi altri problemi, fermo restando che, in qualche modo, il corpo "andrà avanti e sistemerà la situazione (automedicazione)". Se la persona non riceverà le cure necessarie (ad

esempio, un gesso messo in modo appropriato), l'osso non si riparerà in modo corretto; nel frattempo, la persona adotterà tutta una serie di strategie (ad es. assumere posture che gli procurano meno dolore, usare una stampella per poter camminare, evitare tutta una serie di movimenti), che influenzeranno il suo modo di muoversi ed affrontare le circostanze della vita. In qualche misura, i sintomi presenti nella bulimia nervosa di origine traumatica possono avere la funzione di una stampella che la persona usa per gestire il dolore di una frattura. Quest'ultima, alla fine, si sistema ma, dato che l'osso non è stato curato correttamente, comporterà significative limitazioni funzionali (per esempio, nel movimento della gamba); nel frattempo, la persona, che ha trovato nella stampella un valido aiuto (è stata la sua sicurezza contro il dolore e la possibilità di farsi nuovamente male), ha finito per adattare il suo corpo e la sua testa alla stampella: se la porta dappertutto, impara a fare ogni cosa con la stampella ed evita ciò che non riesce a fare senza, comincia anche ad avere alcuni sintomi secondari tipici di chi cammina con la stampella (ad es. dolori muscolari o neurologici legati a posture inadeguate) e, alla fine, anche se le viene detto che l'osso si è sistemato, avrà difficoltà a camminare senza la stampella e tenderà a volerla tenere, perché si sente zoppo e meno sicuro nel camminare. Quando una tale persona cercherà un aiuto, parlerà dei sintomi che la affliggono (una sciatica, dolori alla gamba non rotta, mal di collo, paura nel camminare veloce); se valutiamo che la sua sintomatologia abbia un'origine traumatica (una gamba rotta e mal aggiustata) e gli proponiamo di rompere nuovamente la gamba e sistemarla per bene (intervento sul trauma), il rischio è che non sia pronta per questo lavoro: in fondo, è venuta per una sciatica e potrebbe preferire qualcosa di più semplice per poterla curare (non basta qualche iniezione?). Anche se si convincesse subito della giustezza della diagnosi, l'idea di doversi rompere nuovamente l'osso per aggiustarlo bene potrebbe spaventarla, tanto da preferire andare avanti come ha fatto finora, tenendosi le sue limitazioni e finendo per sentirsi ancora più legata alla sua stampella.

Così, dal punto di vista terapeutico, un primo passo utile potrebbe essere quello di far vedere alla persona che può levare la

stampella e riprendere a camminare anche se, anni fa, l'osso si è rotto; aiutarla ad acquisire sicurezza anche nel camminare con una gamba un po' zoppa e mostrargli come possa davvero fare le stesse cose che fa, senza stampella, eliminando i limiti che derivano dal suo uso (ad esempio, avrà entrambe le mani libere). Semplificando, il focus del lavoro diventa togliere la stampella: si vive meglio con l'esito di un trauma osseo stabilizzato, piuttosto che con l'esito di un trauma osseo stabilizzato ed una stampella; si vive meglio senza un disturbo alimentare che con, nonostante l'esperienza di vita ed i suoi traumi potrebbero averci convinto del contrario.

L'idea che si debba lavorare prima di tutto sul passato per cambiare il presente contrasta con un altro aspetto della psicoterapia efficace, cioè l'idea che, lavorando sul presente, si possa cambiare il futuro a volte meglio che lavorando sul passato. Dato che ogni frattura lascia la sensazione di una vulnerabilità aumentata e diminuisce la fiducia di poter andare avanti contando sulle proprie competenze e capacità, lavorando sul presente aiutiamo la persona a prendersi cura di sé oggi ed a vivere nonostante i segni che i traumi le hanno lasciato. In tal modo, la persona può impegnarsi nello stare meglio adesso e, se una volta abbandonata la stampella, vuole sistemare anche l'osso, allora potrà scegliere di operarsi nuovamente, sapendo che proverà dolore ma che, stavolta, un bravo medico la aiuterà a sistemare l'osso come si deve.

L'idea di poter avere una vita adeguatamente felice e piena anche da "traumatizzati" è in linea, infine, con una visione umanistica esistenziale dell'uomo e, in modo particolare, con il concetto di autotrascendenza (Frankl, 1998), per il quale noi non siamo i nostri traumi e possiamo trascenderli.

D'atra parte, quando uno o più traumi continuano ad incidere sull'intensità e sulla frequenza della bulimia, causando continue ricadute e contribuendo al mantenimento di una sintomatologia residuale clinicamente significativa, che abbassa la qualità della vita e le possibilità di trovare un'adeguata realizzazione personale e sociale, allora la necessità di intervenire sul trauma diventa un'opzione tera-

peuticamente significativa, da contrattare con la persona, che resta comunque libera di decidere se "operarsi" o meno.

L'ultima opzione relativa al "quando" (lavorare in contemporanea su entrambi i fronti, quello del disturbo alimentare e quello traumatico), per quanto teoricamente possibile, ci sembra applicabile solo a determinate condizioni e si intreccia con la terza domanda della questione clinica: "in quali condizioni?". Ammesso che sia preferibile lavorare in contemporanea invece che in termini sequenziali (prima sul disturbo, poi, una volta stabilizzata la persona, sul trauma), ci sembra che questa opzione richieda alcune condizioni specifiche, quali: un chiaro contratto terapeutico, un ambiente molto contenitivo preferibilmente di tipo residenziale, specifiche competenze professionali nella gestione delle problematiche di tipo traumatico, la possibilità di apprendere strategie di coping attraverso training specifici, come quelli offerti all'interno della DBT (Linehan, 2015).

In conclusione, nel trattamento di casi clinici complessi di bulimia nervosa, la relazione circolare tra sintomatologia alimentare, traumi pregressi e disturbo nel suo insieme merita un'attenta valutazione clinica, che tenga conto delle risorse personali e sociali della persona, della fase del suo ciclo di vita e della sua risposta specifica ad interventi più orientati al disturbo o più orientati all'elaborazione del trauma, così da costruire con il paziente un piano di trattamento personalizzato, sostenuto da un contratto terapeutico che sappia portare avanti in modo dialettico il lavoro sul disturbo e quello sui traumi (a volte in modo sequenziale, a volte contemporaneamente), adeguandosi alle evoluzioni ed involuzioni naturali che avvengono nel corso del trattamento. Abbiamo, quindi, bisogno di trattamenti flessibili che siano in grado di tener conto di più variabili nella presa delle decisioni terapeutiche e di adattarsi alle singole persone che, anche se accomunate da un disturbo alimentare simile, differiscono da un punto di vista psicologico, biologico-temperamentale, sociale e di risposta al trattamento.

Bibliografia

Ackard, D. M., & Neumark-Sztainer, D. (2002). Date violence and date rape among adolescents: associations with disordered eating behaviours and psychological health. *Child Abuse and Neglect, 26,* 455–473.

Ackard, D. M., Neumark-Sztainer, D., Hannan, P. J., French, S., & Story, M. (2001). Binge and purge behaviour among adolescents: associations with sexual and physical abuse in nationally representative sample: The Commonwealth Fund Survey. *Child Abuse and Neglect, 25*(6), 771–785.

American Psychiatric Association (A.P.A.). (2013). *DSM-5: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Amianto, F., Spalatro, A.V., Rains, M., Andriulli, C., Lavagnino, L., Abbate-Daga, G. & Fassino, S. (2018). Childhood emotional abuse and neglect in obese patients with and without binge eating disorder: Personality and psychopathology correlates in adulthood. *Psychiatry Research, 269*, 692-699.

Ammaniti, M. (a cura di) (2002). *Manuale di psicopatologia dell'adolescenza*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Balbo, M. (2017). *EMDR e Disturbi dell'Alimentazione: tra Passato, Presente e Futuro.* Firenze: Giunti O.S. Psychometrics S.r.l.

Becciu, M., & Colasanti, A. R. (2016). *Prevenzione e salute mentale: Manuale di psicologia preventiva*. Milano: Franco Angeli.

Bevere, F., Borello, S., Brambilla, F., Dalle Grave, R., De Lorenzo, A., Di Fiandra, T., Donini, L. M., Fabbri, A., Faravelli, C., Fav, A., Ghirardini, A. M. G., Maj, M., Marabelli, R.; Marinoni, G., Monteleone, P., Palma, G. L., Pavone, L., Ruocco, G., Sandri, G., Santonastaso, P., Scarpa, B., Simonetti, G., & Siracusano, A. (2013). Appropriatezza clinica, strutturale e operativa nella prevenzione, diagnosi e terapia dei disturbi dell'alimentazione. *Qua-*

derni del Ministero della Salute, *17/22*.

Brewerton, T.D. (2007). Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders, 15,* 285–304.

Brunt, M. (2005). The Use of Transactional Analysis in the Treatment of Eating Disorders. *Transactional Analysis Journal, 35 (3): 240-253.*

Brustenghi, F., Mazzetti, F.A.F., Di Sarno, C., Giulietti, C., Moretti, P., & Tortorella, A. (2019). Eating Disorders: The Role of Childhood Trauma and the Emotion Dysregulation. *Psychiatria Danubina, 31* (3), 509-5011.

Caretti, V., & Craparo, G. (a cura di) (2008). *Trauma e Psicopatologia: Un approccio evolutivo-relazionale*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.

Castonguay, L. G., & Oltmanns, T. F. (a cura di) (2016). *Psicologia clinica e psicopatologia: Un approccio integrato*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Ciccolini, L., & Cosenza, D. (a cura di) (2015). *Il trattamento dei disturbi alimentari in contesti istituzionali*. Milano: Franco Angeli.

Cornell, W.F., de Graaf, A., Newton, T. & Thunnissen, M. (2018). *Dentro l'AT. Fondamenti e sviluppi dell'Analisi Transazionale*. Roma: LAS.

Cuzzolaro, M. (2014). *Anoressie e Bulimie*. Bologna: Il Mulino.

Dalla Ragione, L., & Giombini, L. (a cura di) (2013). *Solitudini Imperfette: Le buone Pratiche nei Disturbi del Comportamento Alimentare.* http://www.uslumbria1.gov.it/pagine/documenti-ricerche-e-pubblicazioni

Dalle Grave, R. (1998). *Alle mie pazienti dico…: Informazione e auto-aiuto per superare i disturbi alimentari*. Verona: Positive Press.

Dalle Grave, R. (2017). *Come vincere i disturbi dell'alimentazione: Un programma basato sulla terapia cognitivo-comportamentale*. Verona: Positive Press.

De Luca, M.L. (2003). Ritrovare il senso perduto: Puntualizzazione clinica secondo l'approccio relazionale. *Ricerca di senso, 1*(1), 63–79.

Fergerson, A. (2018). *Sexual Victimization, Trauma, & Resilience to Disordered Eating*. Honors College Capstone Experience/Thesis Projects. Paper 752. In https://digitalcommons.wku.edu/stu_hon_theses/752

Fisher, J. (2021). *Trasformare l'eredità del trauma. Un manuale pratico per la vira quotidiana e per la terapia*. Milano: Mimesis.

Frankl, V.E. (1998). *Homo patiens. Soffrire con dignità*. Brescia: Queriniana.

Giannantonio, M. (2009). *Psicotraumatologia: Fondamenti e strumenti operativi*. Torino: Centro Scientifico Editore.

Groleau, P., Steiger, H., Bruce, K., Israel, M., Sycz, L., Ouellette, A.-S., & Badawi, G. (2012). Childhood Emotional Abuse and Eating Symptoms in Bulimic Disorders: An Examination of Possible Mediating Variables. *International Journal of Eating Disorders, 45*(3), 326–332.

Guillaume, S., Jaussent, I., Maimoun. L., Ryst, A., Seneque, M., Villain, L., Hamroun, D., Lefebvre, P., Renard, E. & Courtet, Ph. (2016). Associations between adverse childhood experiences and clinical characteristics of eating disorders. *Scientific Reports, 6, 35761. https://doi.org/10.1038/srep35761*

Hawkins, R.C., & Clement, P.F. (1994). Binge eating: Measurement problems and a conceptual model. In: Hawkins, R.C., Fremouw, W.j., Clement, P.F., editors. *The Binge-Purge Syndrome: Diagnosis, Treatment, And Research*. New York: Springer.

Hayaki, J., Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (2002). Shame and

severity of bulimic symptoms. *Eating Behaviors, 3,* 73–83.

Heatherton, T.F., & Baumeister, R.F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin, 110,* 86-108.

Herbert, C., DiDonna, F. (2013). *Capire e superare il trauma*. *Una guida per comprendere e fronteggiare i traumi psichici*. Trento: Erickson.

Hicks White, A.A., Pratt, K.J., Cottril, C. (2018). The relationship between trauma and weight status among adolescents in eating disorder treatment. *Appetite, 129*, 62-69.

Kent, A., & Waller, G. (2000). Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical Psychology Review, 20,* 887–903.

La Mela, C., & Maglietta, M. (2011). Esperienze dissociative e disturbi dell'alimentazione: il ruolo di dissociazione e perfezionismo nell'alimentazione incontrollata. *Cognitivismo Clinico, 8*(1), 27–46.

La Rosa, C., & Onofri, A. (a cura di) (2017). *Dal basso in alto (e ritorno…): Nuovi approcci bottom-up: psicoterapia cognitiva, corpo, EMDR*. Roma: Apertamenteweb S.a.S.

Leys, C., Kotsou, I., Goemanne, M. & Fossion, P. (2017). The Influence of Family Dynamics On Eating Disorders and Their Consequence On Resilience: A Mediation Model. *The American Journal of Family Therapy, 45 (2): 123-132.*

Linehan, M.M. (2015). *DBT Skills Training. Manuale.* Milano: Raffaello Cortina Editore.

Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi: Valutazione clinica e diagnosi al servizio del trattamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici: Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione associativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Madowitz, J., Matheson, B. E., & Liang, J. (2015). The relationship between eating disorders and sexual trauma. *Eating Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity,* 1–13.

Matos, M., & Pinto-Gouveia, J. (2010). Shame as a Traumatic Memory. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 17,* 299–312.

Messina, E., Oliani, D. M., Veglia, T. A., & Berlincioni, V. (2013). Traumi infantili e Disturbi del Comportamento Alimentare: una review. *Bollettino della Società Medico Chirurgica di Pavia, 126*(2), 481–486.

Messman-Moore, T. L., & Scheer Garrigus, A. (2007). The Association of Child Abuse and Eating Disorder Symptomatology: The importance of Multiple Forms of Abuse and Revictimization. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma, 14*(3), 51–72.

Monteleone, A.M., Cascino, G., Pellegrino, F., Ruzzi, V., Patriciello, G., Marone, L., De Felice, G., Monteleone, P., & Maj, M. (2019). The association between childhood maltreatment and eating disorder psychopathology: A mixed-model investigation. *Eur Psychiatry, 61,* 111-118.

Neumark-Sztainer, D., Story, M., Hannan, P. J., Beuring, T., & Resnick, M. D. (2000). Disordered eating among adolescents: association with sexual/physical abuse and other familial/psychosocial factors. *International Journal of Eating Disorders, 28,* 249–258.

Pop, L-M., Iorga, M., Jain, A. & Petrariu, F.D. (2020). Adverse Childhood Experiences in Relationship with Eating Disorders. *The Medical-Surgical Journal, 124 (1): 123-133.*

Pugh, M., Waller, G., & Esposito, M. (2018). Childhood trauma, dissociation, and the internal eating disorder "voice". *Child Abuse & Neglect, 86*, 197-205.

Ricciutello, C., Cheli, M., Montenegro, M. E., Campieri, M., Fini, A., & Pincanelli, F. (2012). Violenza intrafamiliare e salute mentale in adolescenza: il trauma complesso come disturbo dello sviluppo. *Rivista di psichiatria, 47*(5), 413–423.

Rienecke, R.D., Johnson, C., Le Grange, D., Manwaring, J, Mehler, P.S., Dufy, A., McClanahan, S. & Blalock D.V. (2022). Adverse childhood experiences among adults with eating disorders: comparison to a nationally representative sample and identification of trauma profiles. *Journal of Eating Disorders, 10(1): 72-82.*

Rorty, M., Yager, J., & Rossotto, E. (1994). Childhood sexual, physical, and psychological abuse and their relationship to comorbid psychopathology in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 16,* 317–334.

Ruocco, G., Agostini, C., Bertuzzi, F., Brighenti, F., Calabrese, G., Davanzo, R., Del Rio, D., Fava, I., Fernandez, I., Gaudio, C., Giacco, R., La Vecchia, C., Luzi, L., Novellino, E., Paolisso, G., Parillo, M., Riccardi, G., Rizzo, M. R., Scazzina, F., & Truscelli, G. (2015). Nutrire il pianeta, nutrirlo in salute: Equilibri nutrizionali di una sana alimentazione. *Quaderni del Ministero della Salute*, *25*.

Salvatori, A., & Salvatori, S. (2001). *L'abuso sessuale al minore e il danno psichico: il vero e il falso secondo la rassegna della letteratura internazionale*. Milano: Giuffrè Editore S.p.A.

Shapiro, F. (2019). *EMDR. Il manuale. Principi fondamentali, protocolli e procedure.* Milano: Raffaello Cortina Editore.

Simonetta, E. (a cura di) (2010). *Esperienze traumatiche di vita in età evolutiva: EMDR come terapia*. Milano: Franco Angeli.

Smith, B.W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P. & and Bernard, J. (2008). The Brief Resilience Scale: Assessing the Ability to Bounce Back. *International Journal of Behavioral Medicine, 15: 194-200.*

Stewart, I., Joines V. (1998). *L'analisi transazionale. Guida alla psicologia dei rapporti umani*. Milno: Garzanti.

van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., & Steele K. (2011). *Fantasmi nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale.* Milano: Raffaello Cortina Editore.

Vanderlinden, J., & Vandereycken, W. (1998). *Le origini traumatiche dei disturbi alimentari*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.

Vanderlinden, J., Norré, J., & Vandereycken, W. (1995). *La Bulimia Nervosa: Guida pratica al trattamento*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.

Waller, G., Corstorphine, E., & Mountford, V. (2007). The Role of Emotional Abuse in the Eating Disorders: Implications for Treatment. *Eating Disorders, 15*(4), 317–331.

Welch, S. L., & Fairburn, C. G. (1996). Impulsivity or comorbidity in bulimia nervosa. A controlled study of deliberate self-harm and alcohol and drug misuse in a community sample. *British Journal of Psychiatry, 169*(4), 451–458.

Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. M., Redlin, J., Demuth, G., Smyth, J., & Haseltine, B. (2001). Eating disturbance and sexual trauma in childhood and adulthood. *International Journal of Eating Disorders, 30,* 401–412.

Zaccagnino, M. (2017). *Nuove prospettive nella cura dei disturbi alimentari: Il ruolo dell'attaccamento nel lavoro clinico con EMDR*. Milano: Franco Angeli.

Zaccagnino, M., Civilotti, C., Cussino, M., Callerame, C., & Fernandez, I. (2017). *EMDR in Anorexia Nervosa: From a Theoretical Framework to the Treatment Guidelines*. *Eating Disorders - A paradigm of the Biopsychosocial Model of Illness,* 193–213. Disponibile da https://www.intechopen.com/books/eating-disorders-a-paradigm-of-the-biopsychosocial-model-of-illness/e

Psicologia Psicoterapia e Benessere, 2022, Vol. 1, No. 1, 107-140

Il trauma relazionale complesso alla luce della teoria polivagale: il potere trasformativo del sentirsi al sicuro

Laura Andrea Schio[1]

The complex relational trauma in the light of the polyvagal theory: the transformative power of feeling safe

Abstract

Quello che si vuole evidenziare all'interno di questo articolo, utilizzando come teoria di riferimento la teoria polivagale, è come una maggiore comprensione del funzionamento del sistema nervoso autonomo e dei substrati neuropsicologici responsabili delle esperienze emozionali e dei processi affettivi, essenziali per il comportamento sociale, possa aiutare la comprensione del paziente traumatizzato ed orientare il modo di accostarsi a lui.

Verrà sottolineato come talvolta lo stato fisiologico, se non ben regolato e gestito dopo aver vissuto un trauma, possa limitare il campo del comportamento e dell'esperienza psicologica nell'individuo poiché la portata del trauma può essere stata così destabilizzante da condizionare le esperienze future impedendo all'individuo di sentirsi nuovamente al sicuro.

Infine verrà posto l'accento sull'importanza terapeutica della creazione di un ambiente sicuro al fine di favorire il potenziamento del circuito vago

[1] Psicologa, Psicoterapeuta in formazione presso l'Humanitas, Scuola di Psicoterapia ad orientamento Cognitivo – Comportamentale Integrato specialistica per Infanzia e Adolescenza.
e-mail: laura.andrea.schio@gmail.com

mielinizzato, connesso al coinvolgimento sociale, che molto spesso nei pazienti traumatizzati risulta inibito.

What is pointed out in this article, based on polyvagal theory as a reference, is how a greater understanding of the autonomic nervous system functioning, as well as the neuropsychological substrates responsible for emotional experiences and affective processes, which are essential for social behavior, can help understand traumatized patients and support the way to approach them.
It will be highlighted that sometimes the physiological state, if not well-regulated and managed after experiencing a trauma, can limit both the field of behavior and psychological experience of individuals, because the extent of the trauma may have been so destabilizing that it influences future experiences preventing the individual from feeling safe again.
Finally, the emphasis will be placed on the therapeutic importance of creating a safe environment in order to favor the strengthening of the myelinated vagus circuit linked to social involvement, which is often inhibited in traumatized patients.

Keywords

Complex relational trauma, Polivagal theory, Autonomic nervous system, Neuroception

Trauma complesso relazionale; Teoria Polivagale; Sistema Nervoso Automatico

Introduzione

Con questo articolo ci si propone di analizzare il trauma alla luce della teoria polivagale evidenziando inoltre i possibili spunti applicativi nella clinica della suddetta teoria.

Il trauma a cui si fa riferimento in questo lavoro è quello complesso, in particolare quello di tipo relazionale ovvero un’esperienza relativa ad eventi traumatici multipli che si verifica nel sistema di cura primario del bambino, che dovrebbe essere la risorsa principale di stabilità e sicurezza per la vita di quest’ultimo

(NCTSN, 2003, 5)[2]. Tale tipologia di trauma si verifica nell'ambito delle microinterazioni ripetute e può riguardare «episodi di svalutazione, ritiro, aggressività, indisponibilità, piattezza emotiva, rifiuto, intrusività» che compromettono in questo modo il funzionamento psicologico ed emotivo del soggetto (Governatori, 2015).

Il trauma relazionale complesso

Si definisce quindi come trauma psicologico complesso quell'insieme di esperienze avverse che sono di natura interpersonale, ripetitive o prolungate, che comportano un danno diretto attraverso varie forme di abuso (psicologico/emotivo, fisico e sessuale), *neglect* o di abbandono da parte di persone che hanno responsabilità della cura, della protezione e dell'educazione (come genitori, operatori, insegnanti) del bambino o che comportano perdite traumatiche nelle relazioni fondamentali di quest'ultimo. Tali esperienze avvengono in una fase precoce dello sviluppo o occorrono in fasi cruciali e delicate, come ad esempio la prima infanzia, minando importanti conquiste dello sviluppo e rischiando di provocare danni evolutivi che perdurano nell'arco della vita (Cheli, s.a.).

Il trauma complesso viene anche chiamato trauma cumulativo per indicare un trauma ripetuto nel tempo, risultato di fallimenti da parte dell'ambiente, rappresentato dalla propria figura di riferimento, nelle primissime fasi dello sviluppo. In questo periodo il bambino dipende infatti in modo completo e inconsapevole da un ambiente che non è ancora in grado di differenziare da sé e che in alcuni casi può presentarsi come non supportivo (Winnicott, 1965). Un'esperienza diviene, infatti, psicologicamente traumatica, cioè «lesiva dell'integrità-continuità delle funzioni essenziali dell'apparato mentale» non tanto per la presenza di fattori di paura o dolore ma soprattutto per l'assenza simultanea di quelle relazioni sociali che ci si aspetta che intervengano ad offrire protezione o a mitigare il dolore (Liotti, 2005, 132).

---

[2] La traduzione delle fonti in inglese è stata fatta dall'autore.

Il concetto di trauma complesso mette l'accento sulle esperienze che sono soggettivamente disturbanti e caratterizzate da una percezione di pericolo che può non essere particolarmente intensa nel momento in cui tali esperienze si vivono. Il trauma si configura come soggettivo poiché gli eventi traumatici non costituiscono di per sé la spiegazione unica per l'insorgenza delle varie manifestazioni psicopatologiche. Non tutti gli individui infatti rispondono al trauma allo stesso modo e tale risposta dipende dalla connotazione soggettiva che assume l'evento traumatico insieme alle predisposizioni genetiche dell'individuo, alla sua personalità, storia, al suo contesto di vita e ai suoi personali comportamenti di *coping* (EMDR Italia, s.a.; Williams, 2009).

Le esperienze precoci di natura traumatica come la trascuratezza e l'abuso psicologico possono comportare la perdita della capacità di regolazione affettiva, di una base sicura e della capacità di riconoscere e rispondere con adeguatezza ai pericoli e tali conseguenze fanno sì che sia più elevato il rischio di ulteriori esposizioni ad eventi traumatici come gli abusi sessuali e le violenze fisiche.

È qui, in particolare quando si parla della capacità dell'individuo di riconoscere e rispondere con adeguatezza ai pericoli, che si inserisce la teoria polivagale che analizza la comunicazione bidirezionale tra il cervello ed il corpo, mediata dalla regolazione vagale, e che asserisce che la nostra propensione agli scambi sociali è dovuta sia alle necessità relazionali, sia a quelle che riguardano la regolazione psicofisiologica.

La teoria polivagale

La teoria polivagale deriva da uno scambio dialettico tra la curiosità di Porges per i sistemi biocomportamentali e la sua insoddisfazione nei riguardi dei modelli di integrazione esistenti tra gli stati fisiologici e il comportamento (Porges, 2014). Negli anni '60, infatti, i costrutti ed i modelli di intersezione tra la fisiologia e il comportamento erano molto limitati e la letteratura sulla psicofisiologia umana era dominata dal concetto di *arousal* (attivazione) le cui caratteristiche erano, però, definite in modo vago. Nel 1968 Porges

entra nella Società per la Ricerca in Psicofisiologia e ne fa parte per 40 anni durante i quali si assiste ad uno spostamento degli interessi di ricerca e di metodologia dalle valutazioni delle reazioni periferiche del sistema nervoso autonomo all'indagine delle funzioni del cervello attraverso l'elettroencefalogramma, le tecniche di diagnostica per immagini, la risonanza magnetica funzionale. Il mondo accademico della fine degli anni '60 infatti aveva delle conoscenze limitate sul ruolo del cervello nel regolare la fisiologia periferica e «dato che non erano conosciuti i dettagli dei meccanismi potenzialmente coinvolti nella connessione tra i processi psicologici e la fisiologia, gli scienziati si sentivano al sicuro nell'utilizzare gli indici di attivazione fisiologica come correlati dei processi psicologici e come *biomarker* della salute fisica e mentale» (Porges, 2014, 3). La teoria polivagale propone, invece, «un modello bidirezionale che lega mente e corpo e che considera il ruolo del cervello nella regolazione della fisiologia periferica (per esempio regolazione neurale sia delle attività cardiovascolari sia delle funzioni endocrine) come una piattaforma neurale da cui emergono comportamenti sociali con funzioni adattive e comportamenti di difesa» (*ibidem*).

La teoria polivagale si presenta, quindi, come una teoria che richiede e che si basa sulla «comprensione profonda dell'evoluzione delle funzioni comportamentali adattive che si sono modificate insieme ai mutamenti filogenetici a livello di regolazione neurale del sistema nervoso autonomo» (Porges, 2014, 6).

La teoria polivagale parte, infatti, dall'idea che l'evoluzione ha modellato la fisiologia ed il comportamento umano e per questo i mammiferi hanno strutture cerebrali evolute che regolano i comportamenti di difesa e quelli sociali. Ognuna delle tre maggiori strategie comportamentali adattive ovvero immobilizzazione, mobilizzazione e comunicazione sociale o ingaggio sociale è sottesa da un circuito neurale distinto che coinvolge il sistema nervoso autonomo (*ivi*, 14-15).

Il sistema nervoso umano, simile a quello di altri mammiferi, si è evoluto non solo per sopravvivere in ambienti sicuri, ma anche per promuovere la sopravvivenza in condizioni di minaccia e

pericolo, come quelle caratterizzanti un trauma complesso. Tale capacità è garantita dalla presenza di due circuiti neurali arcaici ovvero il sistema nervoso simpatico ed il circuito dorso-vagale che regolano rispettivamente le strategie di difesa di attacco-fuga e morte simulata. Il comportamento sociale invece è promosso da un terzo circuito neurale che, insieme ai due che supportano le strategie di difesa, si organizza, da un punto di vista filogenetico, secondo una gerarchia di risposte adattive in cui il circuito più recente, ovvero quello ventro-vagale, è utilizzato per primo e qualora esso dovesse fallire nel garantire la sicurezza, allora subentrerebbero i circuiti più antichi senza una sequenza logica o alcuna consapevolezza (Porges, 2014).

Nel percorso filogenetico l'evoluzione dell'uomo si è indirizzata, quindi, verso l'aumento della complessità neuronale, comportamentale e affettiva della specie tanto che allo stato attuale i tre circuiti possono essere concepiti come elementi dinamicamente collegati che favoriscono l'adattamento predisponendo l'organismo fisiologicamente per affrontare l'ampia varietà di condizioni ambientali possibili (D'Ambrosio, 2017).

La teoria polivagale si propone, quindi, di fornire spiegazioni articolate circa il comportamento umano mettendo al centro della teorizzazione il funzionamento del sistema nervoso autonomo, in particolare del nervo vago a cui è necessario riferirsi per la comprensione della regolazione del mondo affettivo ed emotivo e sul come questo mondo si è evoluto dai nostri antenati fino ad oggi.

«Il sistema nervoso autonomo è la parte del sistema nervoso che controlla le funzioni viscerali del corpo. Esso innerva la muscolatura liscia e cardiaca e le glandole e governa i processi viscerali, che comprendono l'attività cardiovascolare, la digestione, il metabolismo e la termoregolazione. Il sistema nervoso autonomo funziona primariamente a un livello subcosciente, e si divide tradizionalmente in due sistemi, il simpatico e il parasimpatico, in base alla regione del cervello e del midollo spinale da cui partono i nervi autonomi (ossia le fibre preganglioniche). Il simpatico è formato dalle fibre autonome che escono dai segmenti del torace e lombari del midollo spinale. Il parasimpatico è formato da fibre autonome che escono

dall'asse cerebrale (brainstem) lungo i nervi cranici oppure dai segmenti sacrali del midollo spinale» (Porges, 2003a, 3).

In particolare, la funzione del simpatico è "attivante e catabolica" poiché aumenta l'*arousal*, permette la focalizzazione dell'attenzione e dello stato di coscienza e predispone il corpo alle reazioni di evitamento attivo come l'attacco-fuga, che sono mediate dallo stimolo di adrenalina e noradrenalina a partire dall'aumento della frequenza cardiaca. La funzione di attivazione simpatica può trasformarsi, in alcuni casi, in iperattivazione e portare a *freezing* ipertonico e irrigidimento muscolare. Al contrario la funzione del parasimpatico è "rilassante e anabolica", ovvero di ripristino dell'energia poiché diminuisce l'*arousal*, rallenta la frequenza cardiaca, facilita il riposo e la digestione. Il sistema parasimpatico agisce attraverso il vago a trasmissione colinergica facilitando i sistemi di attaccamento, socializzazione ed inibendo le reazioni di difesa a mediazione simpatica. Così come nel caso del primo sistema, anche in caso di iperattivazione del sistema parasimpatico possono presentarsi reazioni estreme, in questo caso di evitamento passivo, con riduzione del campo di coscienza fino a perdita di sensazioni somatiche, comparsa di stati dissociativi, depersonalizzazione, derealizzazione e perdita di coscienza fino ad arrivare alla cosiddetta immobilità tonica o morte simulata (Baldini, 2011).

Il modello classico della strutturazione e del funzionamento del sistema nervoso autonomo definito anche "binario" prevede che il sistema nervoso autonomo sia suddiviso nei due sistemi poco fa citati ovvero quello simpatico e quello parasimpatico e che sia organizzato secondo un principio di antagonismo tra quest'ultimi che «competono per aumentare o diminuire l'attività di organi bersagli specifici» (Porges, 2014, XVII). La teoria polivagale ha ampliato invece tale modello attraverso l'enfasi riposta sul nervo vago mielinizzato che funge da sistema di regolazione tra il complesso dorsovagale ed il sistema simpatico-adrenergico. Nel modello classico, quindi, i due sistemi a cui si faceva riferimento erano quello simpatico e quello vagale, mentre nel modello tripartito di Porges si presuppone una separazione in due parti del sistema vagale. La prima

parte è filogeneticamente più antica, viene denominata “complesso dorso-vagale” e fa riferimento a quella parte del nervo vago non mielinizzata che nasce dal nucleo motore dorsale del vago nel midollo allungato; mentre la seconda parte viene detta “complesso ventro-vagale” ed è presente solo nei mammiferi essendo più recente in senso evolutivo. A differenza del sistema dorso-vagale quello ventro-vagale è composto soprattutto da fibre mielinizzate e funzionalmente più efficaci ed origina dal nucleo ambiguo innervando il viso, la laringe ed il cuore. Essendo coinvolto nella mimica e nella regolazione della voce ha una funzione fondamentale nel modulare gli stati affettivi ed il comportamento sociale (Tagliavini, 2011).

L’attivazione dei tre sistemi o circuiti contemplati dalla teoria polivagale dipende dalla condizione di sicurezza-pericolo riscontrata ed è, gerarchica (Taylor, 2016). Infatti la cornice filogenetica nella quale è inserita la teoria polivagale permette di considerare le risposte del sistema nervoso come un’organizzazione per livelli gerarchici secondo il principio per cui i circuiti più evoluti del sistema nervoso inibiscono quelli più primitivi e solo quando i circuiti più recenti falliscono allora intervengo quelli più antichi (Marzocchi, 2014a).

I tre circuiti neurali che regolano la reattività

Le fasi filogenetiche, come si è detto in precedenza, riflettono la formazione di tre sottosistemi, circuiti distinti legati alla comunicazione sociale (espressione facciale, vocalizzazione, ascolto), alla mobilizzazione (comportamenti di attacco-fuga) e all’immobilizzazione (morte simulata, sincope vaso-vagale). Il sistema di mobilizzazione dipende dal funzionamento del sistema nervoso simpatico; l’immobilizzazione dipende dal vago dorsale condiviso con la maggior parte dei vertebrati; la facilitazione dei sistemi d’azione come quello di attaccamento, della socializzazione e dell’esplorazione dipende dal sistema ventro-vagale di sviluppo più recente e riscontrabile nei mammiferi (Baldini, 2011; Porges, 2014). I mammiferi, infatti, hanno strutture cerebrali evolute che regolano i comportamenti sociali e di difesa e man mano che il si-

stema nervoso dei vertebrati diventava più complesso nel corso dell'evoluzione, si espandeva anche il suo repertorio affettivo e comportamentale.

Nella Tabella 1 che segue, vengono riportati in ordine filogenetico i tre circuiti neurali evidenziati dalla teoria polivagale che fanno parte del sistema nervoso autonomo. Per ciascuno di essi viene evidenziata la funzione comportamentale che riveste ed il punto dal quale i neuroni motori relativi emanano gli impulsi di tipo motorio agli organi della periferia corporea (Fiore, 2017).

Fase filogenetica	Componente SNA	Funzione comportamentale	Neuroni motori inferiori
III	Vago mielinizzato (complesso ventro vagale)	Comunicazione sociale, autoconsolazione, inibizione degli effetti simpatico-surrenali	Nucleo ambiguo
II	Simpatico-Surrenale	Mobilizzazione (evitamento attivo, inibizione delle influenze dorso-vagali)	Midollo spinale
I	Vago non mielinizzato (complesso dorso-vagale)	Immobilizzazione (morte simulata, evitamento passivo)	Nucleo motore dorsale del vago

Tabella 1 *Le tre fasi filogenetiche della teoria polivagale*

Fonte: PORGES, S. W. (2014). *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione.* Roma: Giovanni Fioriti, 233.

Il primo e più antico circuito è quindi quello dorso-vagale (DV), un ramo non mielinizzato del nervo vago condiviso dalla maggior parte dei vertebrati. Esso regola gli organi sotto al dia-

framma ed in condizioni di pericolo la sua attivazione causa immobilizzazione ed ottundimento emotivo; ad uno stadio filogenetico successivo troviamo lo sviluppo del sistema nervoso simpatico (SNS) che governa l'attivazione metabolica, l'aumento del battito cardiaco, la capacità del cuore di contrarsi e l'aumento della frequenza respiratoria, necessarie per la strategia di difesa dell'attacco-fuga; l'ultimo circuito invece, quello ventro-vagale (VV) presenta due componenti: la prima una componente visceromotoria che regola il cuore e gli organi sopra il diaframma, la seconda una componente somatomotoria che regola i muscoli del collo, della faccia e della testa ovvero regola il sorriso, il contatto oculare, la vocalizzazione; tutto ciò, quindi, che è necessario per la comunicazione ed il coinvolgimento sociale verso cui l'essere umano si orienta in condizioni di sicurezza (Teoria Polivagale di Porges e Sistema di Difesa nei traumi, 2017).

Il complesso ventro-vagale cioè la parte di vago mielinico è presente sin dalla nascita perciò quello che si suppone è che intervenga anche nell'interazione madre-bambino e nella modalità di attaccamento di quest'ultimo. Inoltre dato che tale sistema necessita di tempo per maturare poiché le fibre nervose devono mielinizzarsi, è stato anche ipotizzato che la qualità delle cure precoci che il bambino riceve dal proprio *caregiver* possano influenzare il successivo funzionamento del sistema nervoso autonomo (Tagliavini, 2011).

Da quello che si è letto è quindi possibile rilevare l'importanza che il nervo vago ha nella concettualizzazione della teoria polivagale. Esso nei «mammiferi […] è il decimo nervo cranico, origina dal tronco encefalico e proietta a molti organi. Non è un unico nervo, ma piuttosto una famiglia di vie neurali che si originano in diverse zone del tronco encefalico» (Tresoldi, 2017, 1). Infatti il nervo vago si configura come il più lungo dei nostri nervi, emerge dal decimo nucleo della parte alta del tronco e percorre praticamente tutto il nostro corpo passando per il diaframma e rendendoci innervati fino alla pelvi, quindi ogni viscere dal collo in giù ha un'innervazione anche di tipo vagale. Inoltre, come si è detto in precedenza, ha più componenti, ovvero un sistema controllato dal nu-

cleo ambiguo e un sistema di natura vegetativa, tipico dei rettili, controllato dal nucleo motore dorsale (Porges, 2014); per questo il vago può essere definito come polifunzionale.

Il vago che origina dal nucleo motore dorsale è denominato anche vegetativo: si connette al cuore attraverso neuroni non mielinizzati ed è coinvolto nelle funzioni vegetative della digestione e della respirazione. Il vago invece che origina dal nucleo ambiguo è denominato anche vago emotivo: è dotato di fibre efferenti mielinizzate che innervano il cuore, il palato molle, la faringe, l'esofago ed ha un ruolo più importante nei processi associati con il movimento, le emozioni e la comunicazione, aspetti cioè che rientrano nei comportamenti sociali e di sopravvivenza tipici dei mammiferi (Tresoldi, 2017).

L'80% delle fibre vagali sono fibre afferenti mentre le restanti efferenti così che «si crea un processo dinamico di retroazione tra i centri cerebrali di controllo e gli organi, con il fine di regolare l'omeostasi» (Tresoldi, 2017, 1). Il vago infatti «non è soltanto un nervo motore diretto dal tronco celebrale ai diversi organi periferici controllati, ma ha anche una parte sensoriale afferente che informa dello stato dei visceri: il vago costituisce un sistema neurale integrato che comunica in modo bidirezionale fra i visceri e il cervello» (La Neurologia dell'Attaccamento, 2017).

In particolare la concettualizzazione di due branche del vago provenienti da due periodi diversi di evoluzione è stata formulata per rispondere a quello che viene chiamato "il paradosso del vago". Dopo aver ricevuto nel 1992 una lettera inviata da un neonatologo che poneva alcune domande venutegli dall'osservazione di neonati prematuri, Porges (2014) iniziò a studiare l'impatto dell'attività vagale sul cuore cercando di approfondire quando questa potesse proteggerlo e quando divenire potenzialmente letale. Nei neonati, infatti, la regolazione vagale del cuore si configurava come un indice di resilienza e salute qualora fosse presente come un'aritmia senorespiratoria, mentre al contrario si configurava come un indice di rischio se declinata in bradicardia. La domanda quindi che Porges si poneva era se fosse giusto pensare che una certa quantità di attività

vagale fosse buona per l'uomo, ma che troppa diventasse letale o se ci fosse la possibilità, in seguito confermata, che diverse componenti fossero coinvolte (Marzocchi, 2014a). Il paradosso rinvenuto quindi, prima di scoprire che il vago fosse polifunzionale, era proprio che lo stesso sistema produceva risposte incompatibili tra loro e che, a seconda dell'intensità del suo funzionamento, era in grado di far sperimentare all'individuo o stati fisiologici definiti come di "ingaggio sociale" e "immobilizzazione senza paura" (Cheli, Gambuzza, 2017) che permettono di essere prosociali nei confronti degli altri e dell'ambiente o lo stato fisiologico definito come "immobilizzazione con paura-minaccia alla sopravvivenza" provocando la sospensione dell'azione e del fabbisogno metabolico (*ibidem*).

La neurocezione: un sistema di percezione innato ed inconsapevole

La prosocialità, o al contrario la fuga ed il ritiro, sono strategie comportamentali adattive messe in atto dall'uomo in risposta alla percezione che ha dell'ambiente che lo circonda, come sicuro o al contrario come spaventoso. La messa in atto di un comportamento piuttosto che di un altro dipende secondo Porges (2014) dalla neurocezione ovvero «un processo neurale, distinto dalla percezione, che è in grado di distinguere le caratteristiche ambientali (e viscerali) che rappresentano condizioni di sicurezza, pericolo o minaccia. La neurocezione permette agli umani e ad altri mammiferi di mettere in atto comportamenti sociali operando una distinzione tra contesti sicuri e contesti pericolosi» (Tresoldi, 2017, 2). Essa viene attivata da «specifici circuiti che coinvolgono alcune zone della corteccia temporale che comunicano con il nucleo centrale dell'amigdala e della sostanza grigia periacqueduttale»[3].

In coloro che hanno vissuto un trauma relazionale la neurocezione può risultare compromessa ed inefficace nel percepire sicu-

[3] La sostanza grigia periacqueduttale è quella «regione neuronale del mesencefalo ricca di corpi cellulari che circonda l'acquedotto celebrale», detto anche acquedotto di Silvio, «che connette il terzo e il quarto ventricolo» (Breedlove, Rosenzweig, Watson, 2009, 104).

rezza e pericolo. Tale inefficacia può condurre ad una reattività fisiologica non adattiva e alla messa in atto di alcuni meccanismi di difesa associati, come si vedrà di seguito (Porges, 2014).

Porges (2014) afferma che grazie a quello che abbiamo ereditato come specie, la neurocezione avviene nelle parti primitive del cervello senza la consapevolezza cosciente. Anche se infatti non siamo consapevoli di un pericolo a livello cognitivo, il nostro corpo a livello neurofisiologico ha già iniziato una sequenza di processi neurali che porterebbero alla messa in atto di comportamenti di difesa adattiva come attacco, fuga o immobilizzazione.

Il nostro sistema nervoso infatti, come si vedrà qui di seguito, è in grado di analizzare il contesto che circonda l'individuo e la percezione che si ha di tale contesto stimola l'attivazione di diverse strategie comportamentali accompagnate da relative reazioni psicofisiche.

Esistono specifiche aree del cervello che colgono e valutano alcune caratteristiche come i movimenti del corpo, del volto e le vocalizzazioni che contribuiscono a creare o meno un'impressione di sicurezza. L'uomo, mediante valutazioni che avvengono nel lobo temporale della corteccia, è in grado di fare delle ipotesi sulle intenzioni di coloro che sono inseriti nel suo ambiente sociale basandosi sui "movimenti biologici" del viso e degli arti di quest'ultimi (Porges, 2014). Il sistema nervoso, quindi, attraverso l'elaborazione di informazioni sensoriali che arrivano dall'ambiente e dai visceri valuta il rischio continuamente.

Negli ultimi anni l'osservazione del battito cardiaco è diventato per molti ricercatori il modo privilegiato per studiare in che modo il sistema nervoso regoli il nostro organismo. Quando si osservano, infatti, delle variazioni nel nostro ritmo cardiaco in risposta al variare degli stimoli, quello è l'azione del nervo vago che tramite la sua attività di regolazione garantisce al nostro organismo un equilibrio. Il sistema nervoso dei mammiferi, quindi, attraverso la neurocezione valuta il rischio presente nell'ambiente e qualora quest'ultimo venisse percepito come sicuro allora inibisce le strutture limbiche più arcaiche che controllano i comportamenti di attacco-

fuga e di immobilizzazione (Camplone, 2016; Porges, 2014). Nei contesti sicuri, infatti, gli stati autonomici vengono regolati in modo adattivo per inibire l'attivazione del sistema nervoso simpatico che, come si è detto, è adibito alla strategia della mobilizzazione e per impedire che il sistema nervoso centrale, soprattutto la corteccia, possa subire la mancanza di ossigeno, opzione che potrebbe verificarsi qualora venisse azionato il complesso dorso-vagale (Porges, 2014).

Come visto in precedenza Porges illustra i meccanismi primordiali delle nostre reazioni ad uno stimolo, interno o esterno, attraverso la descrizione delle due componenti del sistema nervoso autonomo ovvero quello simpatico e quello parasimpatico, il quale secondo l'autore è diviso in altrettante due parti: una attiva in condizioni di sufficiente sicurezza e l'altra in grado di attivarsi in condizioni di grave pericolo di vita inducendo un «crollo del tono vagale, ipotonia muscolare […] e catalessia» (Camplone, 2016).

Ciascuno dei tre circuiti neurali che coinvolgono il sistema nervoso autonomo sottende «[…] risposte motorie differenziate che partono dal sistema nervoso centrale per mettere in atto funzioni adattive specifiche: immobilizzare e conservare risposte metaboliche; mobilizzare per ottenere risorse metaboliche, o mandare segnali con un dispendio minimo di energia» (Porges, 2014, 169). Attraverso la neurocezione un contesto viene percepito come sicuro o come pericoloso e a seconda della valutazione effettuata dall'individuo vi sarà la disattivazione di due circuiti e l'attivazione invece del terzo.

In situazioni di pericolo di vita, in cui la minaccia appare come soverchiante ed insormontabile, il sistema nervoso simpatico ed il circuito ventro-vagale vengono inibiti a favore dell'attivazione del circuito dorso-vagale che comporta la messa in atto della prima strategia comportamentale in ordine filogenetico ovvero l'immobilizzazione, anche chiamata morte simulata. Viene così facilitata ed attivata l'antica via vagale che provoca azioni di evitamento passivo come la dissociazione, l'immobilità tonica e la *feigned death* ovvero morte apparente poiché le altre strategie comportamentali non si configurano come opzioni percorribili.

In situazioni in cui l'ambiente circostante viene percepito invece come insicuro vi è l'inibizione del circuito dorso-vagale e di quello ventro-vagale, poiché le reazioni che mediano non sono adattive nella situazione designata, a favore invece dell'attivazione del sistema nervoso simpatico. Quest'ultimo regola la seconda strategia adattiva in termini filogenetici ovvero la mobilizzazione, una reazione di evitamento attivo poiché l'individuo si trova a dover attaccare o fuggire. Qualora vi fosse un'eccessiva attivazione, il sistema simpatico potrebbe però portare a reazioni disadattive come il blocco/*freezing* ipertonico o la paura incontrollabile.

Infine, in presenza di un ambiente sicuro vi è la prevalenza del circuito ventro-vagale sul sistema simpatico e sul circuito dorso-vagale legati alla difesa, all'attacco e alla fuga. Mediante il contatto con l'altro, attraverso la vista, la voce e l'udito, il sistema ventro-vagale regola, calmandolo, il sistema simpatico. Il cosiddetto "freno del vago" tiene bassa, infatti, la frequenza cardiaca aumentando l'effetto del vago sul cuore ed inibendo così l'effetto del simpatico (Tagliavini, 2011).

La neurocezione quando non compromessa favorisce la competenza ed il coinvolgimento sociale dell'individuo dato che la relazionalità, l'interconnessione secondo Porges è un imperativo biologico.

I muscoli della faccia e della testa influenzano sia l'espressione sia la capacità recettiva di indicatori sociali e possono così ridurre o aumentare in modo efficace la distanza sociale. Infatti «la regolazione neurale dei muscoli striati della faccia e del capo serve come sistema di ingaggio sociale che riduce la distanza psicologica e come filtro che influenza la percezione dei comportamenti di coinvolgimento messi in atto dagli altri» (Porges, 2014, 202).

La neurocezione e la competenza sociale che si acquisisce e si perfeziona nel tempo sono quindi strettamente collegate tra loro dato che «l'identificazione e la costruzione di contesti sicuri giocano un ruolo importante per permettere al sistema di ingaggio sociale di promuovere il comportamento prosociale» (*ivi*, 229).

La neurocezione ed il trauma

Dopo che la persona ha subìto un trauma o una serie di traumi ripetuti e prolungati nel tempo, la neurocezione, ossia la capacità di valutare l'ambiente come pericoloso o sicuro è compromessa poiché la persona continua spesso ad avere a livello corporeo la percezione di essere in pericolo, percezione che porterà di conseguenza all'attivazione delle strategie comportamentali collegate con il funzionamento del circuito dorso-vagale e del sistema nervoso simpatico (Bertuzzi, 2014).

In alcuni individui quindi si verifica uno sfasamento per cui il sistema nervoso percepisce l'ambiente come pericoloso quando invece non lo è e così facendo inibisce la possibilità di un'interazione sociale (Porges, 2014). L'individuo quindi potrebbe avere una consapevolezza sociale distorta e sostituire comportamenti sociali spontanei con condotte asociali o reazioni difensive (Istituto di scienze cognitive, 2014).

La neurocezione risulta perciò compromessa sia quando vi è una difficoltà nell'inibire i meccanismi di difesa in un ambiente sicuro, sia quando vi è una difficoltà nell'attivare i meccanismi di difesa in situazioni di rischio.

Quando il trauma è di tipo relazionale ogni essere umano può essere percepito dalla vittima come fonte di pericolo. È importante per questo, ai fini terapeutici, capire quali sono gli stimoli nell'ambiente che possono innescare la reazione dell'individuo e lavorare a favore di un maggior coinvolgimento del sistema ventro-vagale legato alla percezione della sicurezza.

Il bambino e la madre imparano insieme a regolare gli stati affettivi e quelli comportamentali e tale processo di mutua regolazione si dispiega lungo il corso dello sviluppo del bambino e permette a quest'ultimo di apprendere come comunicare e interagire con gli altri e come attivarsi all'interno del proprio ambiente, acquisendo un'organizzazione sempre più complessa (Sander, 1962). Il successo o il fallimento delle sequenze interattive dipende in gran parte dalla capacità della madre di leggere i comportamenti e i segnali del bambino alla luce di stati mentali, sentimenti e desideri

sottostanti, che le permettono di prevederne le azioni e regolarne il disagio (Fonagy, Target, 1998). La regolazione diadica, inoltre, risulta fondamentale poiché viene introiettata nella formazione della struttura del sé del bambino contribuendo così alla sua flessibilità personale e alla resilienza nei confronti delle situazioni avverse (Ammaniti, Gallese, 2014).

Gli eventi traumatici come il maltrattamento, la trascuratezza, l'abuso e la violenza, che spesso comportano la presenza di modalità inadeguate di accudimento primario, scarsa responsività e sensibilità nei confronti dei segnali che il bambino manda, possono compromettere i processi di integrazione delle esperienze relazionali all'interno del sé del bambino, favorendo così una grave distorsione nella rappresentazione del sé e del proprio senso di *agency*.

L'essere umano sin dalla nascita è orientato verso gli altri e ricerca la relazione. Un sano sviluppo della personalità avviene parallelamente all'instaurarsi di soddisfacenti relazioni con gli oggetti, in primis con la madre e la relazione madre-bambino si presenta come esemplificativa di un modello generale di relazioni che il bambino si troverà ad instaurare durante il suo sviluppo (Accursio, Bucolo, 2007). La presenza o l'assenza di intersoggettività nella vita del bambino influisce sullo sviluppo del cervello che è un organo di adattamento che costruisce la sua struttura attraverso le interazioni con gli altri e la cui sopravvivenza dipende proprio da tali interazioni. I genitori sono l'ambiente primario a cui il cervello si adatta ed i primi anni di vita risultano così come un periodo di esuberante sviluppo del cervello dove le prime esperienze hanno un impatto smisurato sullo sviluppo dei sistemi neurali (Cozolino, 2008). Il contatto umano stimola la crescita dei circuiti neurali, guida la trascrizione genica e modella il funzionamento sensomotorio contribuendo alla regolazione del sistema nervoso autonomo. In una situazione ottimale livelli di stress moderati vengono in breve tempo risolti attraverso un comportamento adattivo, mentre quando lo stress è prolungato, estremo o si è troppo giovani per adattarcisi, il funzionamento del cervello ed il comportamento vengono condizionati ed organizzati attorno a paura, rigidità ed evitamento di stimolazione ed esplora-

zione. Il trauma può impedire a chi lo subisce di godere dei benefici effetti delle relazioni poiché è proprio una relazione che si è configurata come traumatica.

In presenza di un trauma interpersonale quindi tutti i sistemi del cervello sociale possono venire modellati per scopi offensivi e difensivi invece di essere utilizzati per un libero e flessibile scambio di informazioni tra individui. I traumi interpersonali possono quindi far sì che il sistema dei neuroni specchio venga utilizzato per difesa e non per cooperazione, che gli schemi di attaccamento vengano utilizzati come piani di battaglia e non come modalità di connessione, che i sistemi di regolazione siano distorti in direzione dell'attivazione e della paura preparando così il nostro corpo alla continua allerta. Quando il cervello si trova ad essere modellato in questo modo la «vita sociale non è più una fonte di nutrimento emozionale ma un campo minato» (Cozolino, 2008, 239) e la normale propensione al contatto dell'essere umano che è un essere sociale può risultare compromessa.

Il modello polivagale, sostiene, inoltre che il sistema di ingaggio, di coinvolgimento sociale che sottende alla normale propensione al contatto, è neuroanatomicamente e neurofisiologicamente intatto in molti bambini che presentano deficit nella comunicazione sociale, anche quelli con autismo i quali non si coinvolgono in comportamenti prosociali spontaneamente. Secondo Porges (2014) tale incapacità può essere migliorata attraverso la stimolazione dei circuiti neurali che regolano i muscoli facciali e della testa per permettere al bambino di esercitare la regolazione neuronale del suo sistema di ingaggio sociale. Lo sviluppo avvenuto nel corso dell'evoluzione, infatti, permette alle interazioni sociali di stabilizzare l'attivazione fisiologica attraverso le espressioni facciali, l'uso della parola e la prosodia (Van der Kolk, 2014).

Quando i bambini sono piccoli necessitano non soltanto di un riconoscimento e di un'assunzione di responsabilità da parte dei genitori, ma anche di un loro atteggiamento responsivo verso il "linguaggio della tenerezza" del bambino. L'opposto dell'amore quando si parla di traumi precoci complessi non risulta essere l'odio, ma

piuttosto la paura poiché se la paura del genitore è costantemente presente allora potrebbero innescarsi da parte del bambino «degli speciali sforzi vitali volti alla sopravvivenza che limitano la sua crescita psichica e che costituiscono l'immagine in negativo dei "processi positivi" dello sviluppo normale» (Borgogno, Cassullo, 2011, 100).

Alcuni bambini hanno così poche esperienze relazionali positive che rischiano di non sviluppare mai pienamente la loro capacità di essere socialmente appropriati, empatici ed in grado di regolarsi da soli. Il bambino prima, e l'adulto poi, diventa ostaggio di convinzioni negative su di sé e sugli altri che si esprimono in modelli comportamentali improntati sulla necessità di fronteggiare minacce esterne ed interne anche quando tale necessità non è realmente giustificata dalle circostanze. Con il tempo le difese di sopravvivenza possono prendere il sopravvento e diventano uno schema abituale da adottare in molte situazioni lasciando la loro impronta sullo sviluppo fisiologico e sulla personalità dell'individuo (Cheli, Gambuzza, 2017).

Molti disturbi psichiatrici e problemi comportamentali come l'autismo, l'ansia sociale ed il PTSD sono caratterizzati da una difficoltà a stabilire e mantenere relazioni. Secondo la prospettiva polivagale tali disturbi sono accumunati da una caratteristica, ovvero un sistema di ingaggio sociale deficitario con conseguenti scarse capacità di regolazione affettiva e di regolazione fisiologica. Dato che la regolazione del centro vagale dei mammiferi è integrata nel sistema di ingaggio sociale, quando quest'ultimo è compromesso, si verificano effetti comportamentali e autonomici.

Nello specifico i deficit che riguardano la regolazione autonoma somato-motoria fanno riferimento ad un contatto visivo e ad un'espressione facciale ridotta, a mancanza di prosodia, a difficoltà nella masticazione, mentre quelli che riguardano la regolazione viscero-motoria si riferiscono alla difficoltà nelle regolazioni autonomiche che possono portare a problemi cardiovascolari e digestivi. Le modificazioni nello stato autonomico a loro volta compromettono i comportamenti interattivi sociali spontanei e possono supportare

allo stesso tempo comportamenti adattivi di difesa. La compromissione del sistema di ingaggio sociale è associata, quindi, dal punto di vista neurofisiologico ad un cambiamento della regolazione autonomica che prevede una diminuita influenza del vago mielinizzato sul cuore. Attenuandosi l'effetto del nervo vago mielinizzato sul cuore viene a potenziarsi l'attivazione dei sistemi neurali e delle strategie di adattamento più arcaiche ovvero la mobilizzazione attraverso il sistema simpatico e l'immobilizzazione attraverso il vago non mielinizzato. L'attivazione dei circuiti neurali più antichi ha però dei costi impliciti poiché se l'inibizione del circuito del vago mielinizzato si prolunga, allora aumenta il rischio di incorrere in disturbi fisici come quelli cardiovascolari ed in quelli mentali come i disturbi d'ansia e la depressione (Porges, 2014).

Come evitare l'inibizione del circuito vago mielinizzato e favorire al contrario il suo potenziamento?

Secondo Porges la risposta risiede nel porre l'enfasi sull'utilizzo della mimica facciale, della voce e del contatto con il bambino per creare un ambiente sicuro all'interno del quale esso possa sentirsi libero di sperimentarsi e sperimentare qualcosa che probabilmente non ha mai avuto la possibilità di fare ovvero il relazionarsi in modo sicuro con qualcun altro. Il trauma defrauda della possibilità di essere padroni del proprio corpo e della propria mente e cioè di se stessi. Il percorso di cura, a prescindere dal metodo o dall'approccio utilizzato, dovrebbe mirare a rendere l'individuo libero di sentire ciò che sente senza esserne sopraffatto ripristinando il giusto equilibrio tra il cervello emotivo e quello razionale. D'altra parte uno stimolo può catapultare la persona in uno stato di *iperarousal* o *ipoarousal* spingendola fuori dalla sua "finestra di tolleranza" (Siegel, 2013), rendendola reattiva, disorganizzata ed impedendole di apprendere dall'esperienza.

Quello che Porges mediante la sua teoria dimostra è come la mente, il corpo ed il cervello abbiano bisogno per guarire «[…] di convincersi che ci si possa quietamente lasciare andare. Ciò accade soltanto quando ci si sente sicuri a un livello viscerale e ci si può

permettere di connettere quel senso di sicurezza a un passato di impotenza» (Van der Kolk, 2015, 240-241).

La teoria polivagale asserisce che quando si lavora con un paziente traumatizzato è necessario individuare il suo stato fisiologico cercando di capire come questo stato condizioni il suo comportamento. Inoltre dalla teoria in questione viene sottolineata l'importanza del prestare attenzione al linguaggio non verbale e alla prosodia della voce, tenendo presente che un paziente che ha subito un trauma può presentarsi come molto sensibile a stimoli acustici a bassa frequenza che possono ispirare un senso di pericolo data la vulnerabilità del sistema nervoso (Bertuzzi, 2014).

Gli interventi terapeutici efficaci dovrebbero, quindi, essere in grado di promuovere una neurocezione della sicurezza con conseguenti miglioramenti nella salute mentale e fisica dell'individuo. Per fare questo risulta fondamentale la creazione di un ambiente sicuro in cui l'individuo possa sperimentarsi e possa imparare ad autoregolarsi dopo aver permesso a se stesso di cogliere i segnali di sicurezza, mediati attraverso la voce e l'espressione facciale, di coloro che lo circondano.

Secondo Van der Kolk (2015) disporre di una buona relazione di supporto costituisce, di per sé, la più potente protezione contro la traumatizzazione e gli effetti che possono derivare dall'aver sperimentato un'esperienza traumatizzante. Gli esseri umani hanno bisogno di relazioni in grado di fornire sicurezza emotiva e fisica ed i legami di attaccamento si configurano come la tutela più grande contro le minacce insite nel vivere esperienze sfavorevoli durante la propria esistenza.

«La guarigione dal trauma implica una (ri)connessione con gli altri esseri umani» (Van der Kolk, 2015, 241) a partire dall'ambiente terapeutico e quindi dalla relazione che viene ad instaurarsi con il terapeuta. È necessario che la persona si muova in un ambiente sicuro per permetterle di sostenere il coraggio di tollerare, affrontare ed elaborare la realtà di ciò che è successo. Sentirsi al sicuro è un prerequisito necessario per la creazione di relazioni sociali

e per l'efficacia del supporto sociale, come quello terapeutico, nella guarigione di patologie fisiche e mentali.

Secondo la teoria polivagale gli interventi in grado di stimolare nell'individuo traumatizzato la sensazione di essere al sicuro e quindi, di conseguenza, il possibile coinvolgimento sociale, risultano particolarmente efficaci per la regolazione degli stati fisiologici e per la cura quindi di quei disturbi psicologici che dipendono dall'attivazione inadeguata del sistema delle difese.

L'esperienza con l'altro, quando avviene in un contesto caratterizzato da sicurezza, è in grado quindi di svolgere una funzione di regolazione dell'organismo dato che, al contrario, lo sperimentare emozioni negative porta all'attivazione, a livello fisiologico, di una reazione di allarme che interferisce con il normale svolgimento delle attività quotidiane.

Il sentirsi al sicuro ha un potere trasformativo poiché permette quindi alla persona di inibire i circuiti deputati alle strategie di difesa della mobilizzazione ed immobilizzazione, potenziando invece quelli che, secondo Porges, sono i principi per stabilire delle relazioni. Tali principi secondo l'autore sono: la reciprocità, il movimento, l'interazione faccia a faccia, le vocalizzazioni prosodiche volte a ridurre le potenziali reazioni difensive a movimenti, vicinanza e contatto fisico ed il gioco come "esercizio neurale" poiché «consente la co-regolazione dello stato fisiologico per promuovere gli stati neurofisiologici che supportano la salute mentale e fisica» (Istituto di scienze cognitive, 2014, 93-94).

Da professionisti, tenere conto della teoria polivagale significa operare nella quotidianità avendo sempre in mente l'importanza di far sentire il soggetto al sicuro, «affinché il suo SNA […] possa utilizzare il più possibile la via evoluta e mielinizzata (quindi più efficiente dal punto di vista neurale) del vago ventrale, in grado di garantire salute, crescita, recupero delle energie e buone relazioni sociali, ovvero tutte quelle condizioni ottimali per un individuo affinché possa crescere in modo sano ed armonico nelle varie aree di sviluppo. Si tratta di stimolare ed allenare questa via vagale perché

possa rinforzarsi il più possibile, come in una sorta di palestra» (Iaccarino, s.a.).

Il circuito vagale mielinizzato permette a noi ed altri mammiferi di abbassare i meccanismi di difesa quando interagiamo con individui sicuri e di rimuovere il freno per promuovere le risposte di attacco-fuga in presenza di individui pericolosi. Infatti in presenza di un ambiente sicuro vi è la prevalenza del circuito ventro-vagale sul sistema simpatico e sul circuito dorso-vagale legati alla difesa, all'attacco e alla fuga. Mediante il contatto con l'altro, attraverso la vista, la voce e l'udito, il sistema ventro-vagale regola, calmandolo, il sistema simpatico. Il cosiddetto "freno del vago" tiene bassa, infatti, la frequenza cardiaca aumentando l'effetto del vago sul cuore ed inibendo così l'effetto del simpatico (Tagliavini, 2011).

«Man mano che il sistema nervoso matura, avere una forte ed allenata via del vago ventrale significa avere la capacità di tenere più facilmente a bada l'accensione del simpatico e del vago dorsale, ovvero saper tenere a bada le proprie reazioni difensive nella relazione con gli altri e con il mondo circostante, sviluppando la capacità di pensare e riflettere, prima di agire (ovviamente anche in base alla tappa di sviluppo). Ciò si traduce in un evidente vantaggio evolutivo dato dalla possibilità di muoversi nei diversi contesti e nelle diverse situazioni non solo in preda ai meccanismi difensivi automatici attivati dalla neurocezione, ma padroneggiando il proprio mondo istintuale, cognitivo ed emotivo e funzionando in modo più efficiente sul piano sociale» (Iaccarino, s.a.).

Tale vantaggio evolutivo sembra venire meno in soggetti che hanno vissuto esperienze traumatiche le quali sembrano abbassare l'influenza tonica del freno del vago e limitare la capacità del circuito del vago mielinizzato di ripristinarsi velocemente per sostenere gli stati di calma (Porges, 2014).

L'importanza della creazione di un ambiente sicuro

Un lavoro terapeutico efficace è possibile solo quando il paziente si sente salvo e al sicuro nel *setting* terapeutico. Ricerche hanno dimostrato che la relazione terapeutica è un elemento centrale

per il cambiamento positivo dei clienti in psicoterapia e che i diversi esiti terapeutici possono essere attribuiti solo in minima parte a specifiche e diverse tecniche (Geller, Porges, 2014). La teoria polivagale pone l'enfasi sull'esistenza di un forte legame tra il sistema nervoso autonomo ed il comportamento e spiega che quando un paziente si sente al sicuro con il proprio terapeuta, allora lo stato fisiologico del paziente stesso è in grado di creare le condizioni ottimali, sia per il paziente che per il terapeuta, per impegnarsi in un lavoro terapeutico che si configuri come efficace. Oltre a promuovere sicurezza la ricerca attuale suggerisce che un ambiente terapeutico sicuro faciliti lo sviluppo di nuovi percorsi neurali nel cervello dei pazienti, i quali percorsi contribuiscono a riparare i danni derivanti da esperienze traumatiche e consentono positive interazioni sociali le quali sono essenziali per la salute e la crescita neurale della persona.

La teoria polivagale tramite il costrutto della neurocezione e del sistema di ingaggio sociale sottolinea che ci sono segnali *top-down* (dal cervello al corpo) e *bottom-up* (dal corpo al cervello) che regolano il nostro stato fisiologico. Entrambi i percorsi possono innescare stati fisiologici ed esperienze psicologiche simili e quello che fa la teoria polivagale è cercare di spiegare quali possono essere gli stati fisiologici in grado di formare i substrati di una varietà di emozioni e di stati affettivi (Geller, Porges, 2014).

Il terapeuta potrà dire che il suo paziente sta sperimentando una sensazione di sicurezza quando quest'ultimo emetterà dei segnali non verbali come la postura aperta, un viso disteso ed un respiro con una frequenza normale che indicano che le difese del soggetto sono inibite. D'altra parte se il terapeuta saprà comunicare al suo paziente un addolcimento, un'apertura fisica ed emotiva utilizzando segnali non verbali caratterizzanti l'esperienza del sentirsi tranquillo e al sicuro, allora questo aiuterà anche il paziente ad inibire le sue difese e a comunicare al terapeuta sicurezza la quale verrà rilevata da quest'ultimo attraverso la neurocezione (Geller, Porges, 2014).

Il calore e la prosodia della voce, un contatto oculare non invadente, né sfuggente ma delicato, una postura del corpo aperta che indichi di voler accettare e ricevere l'altro creano un ambiente

terapeutico in grado di facilitare profondamente la crescita del paziente. È per questo motivo che offrire al paziente una presenza costante dimostrando di essere in quel momento con lui e di essere lì per lui, è essenziale per lo sviluppo di una relazione terapeutica positiva. Permettendo al paziente di sviluppare sentimenti di sicurezza attraverso la sua presenza costante, il terapeuta si rende capace di regolare, attraverso la relazione, le risposte del sistema nervoso allo stress del paziente. La presenza terapeutica viene intesa non solo come l'essere completamente concentrato in quel momento sul paziente, ma anche il riuscire a prendere consapevolezza, quando si presentano, delle barriere che si frappongono tra il paziente e la capacità del terapeuta di sintonizzarsi con esso ed il riuscire poi, una volta capite e superate queste barriere, a tornare concentrati sul paziente con nuove ed utili consapevolezze riguardo se stessi.

La presenza del terapeuta intesa non solo come presenza fisica ma come un essere lì con e per il paziente, permette al terapeuta stesso di sintonizzarsi sul paziente, ad esempio sulla sua espressione facciale, e di riconoscere quando colui con il quale si sta relazionando non si sta sentendo al sicuro in modo da regolarsi per abbassare le difese del paziente e mantenere con lui una relazione autentica e basata sulla sicurezza (Geller, Porges, 2014).

La voce e l'espressione facciale come mezzi attraverso i quali può essere comunicata sicurezza all'altro

Il viso e la voce, quindi, sono potenti canali attraverso i quali è comunicata all'altro sicurezza e che si rivelano come fondamentali per l'instaurarsi di una relazione con l'altro basata sul dialogo e sulla presenza. L'importanza dei movimenti del viso e della prosodia del linguaggio è affermata, come si è visto, anche dalla teoria polivagale. Infatti «secondo la prospettiva della teoria la connessione neurale tra il viso (e quindi la voce) ed il cuore fornisce un portale attraverso il quale la regolazione neurale degli stati fisiologici può essere esercitata attraverso il coinvolgimento sociale» (Geller, Porges, 2014).

La neurobiologia ci porta ad individuare le caratteristiche dell'ambiente che favoriscono il sentirsi sicuri e tale percezione ottimizza il comportamento abbassando le difese.[4] In condizioni di sicurezza viene infatti attivato il giro fusiforme, ovvero la parte della corteccia predisposta a riconoscere i visi, e inibita l'amigdala insieme alle reazioni difensive simpatiche come la secrezione del cortisolo e le reazioni infiammatorie, favorendo così uno stato viscerale di calma con un notevole risparmio energetico (Erba, 2016).

Negli esseri umani prevalgono esigenze sociali che hanno non solo una funzione relazionale ma anche di regolazione psicofisiologica. Secondo Porges la propensione alle relazioni sociali è infatti funzionale alla necessità che si ha di regolare i parametri fisici e psicologici attraverso gli scambi ed il contatto. Ognuno crea delle relazioni sociali che hanno lo scopo di far sentire sicuri e di mantenere così il proprio benessere psicofisico svolgendo una funzione di regolazione del proprio organismo «mediato attraverso le risposte del nervo vago» (Camplone, 2016).

La regolazione neurale dei muscoli del corpo, in particolare del viso, in condizioni di sicurezza riduce la distanza con l'altro facendo sì che le espressioni del viso si distendano, le corde vocali promuovano un tono di voce pacato e rassicurante ed i muscoli dell'orecchio medio vengano modulati per individuare meglio la voce umana in mezzo ad altri rumori. Al contrario quando il tono di questi muscoli viene ridotto, si perde la prosodia (l'insieme delle leggi che regolano l'intonazione, l'accentazione ed il tono di una lingua), diminuiscono le espressioni facciali positive, è compromessa la capacità di individuare la voce umana e si perde così la consapevolezza dei comportamenti di ingaggio sociale degli altri (Erba, 2016; Porges, 2014).

La neurocezione e la competenza sociale che si acquisisce e si perfeziona nel tempo sono quindi, come detto in precedenza, strettamente collegate tra loro.

---

[4] Si fa riferimento ad appunti presi durante il seminario "Trauma-Ambiente-Adattamento del Sistema Nervoso Periferico: La teoria Polivagale" a cui ho partecipato in data 19/03/2018.

Per questo è importante all'interno del *setting* terapeutico essere in grado, attraverso l'utilizzo dell'espressione facciale, del tono di voce, della postura, di far percepire al paziente un contesto sicuro in modo che le sue difese si abbassino e che venga stimolata l'attivazione del sistema ventro-vagale del paziente e quindi del suo sistema di ingaggio sociale. Secondo Porges (cit. in Howes, 2013, 67) il circuito più evoluto, ovvero quello ventro-vagale, è in grado di abbassare la frequenza cardiaca e di calmare l'essere umano e secondo l'autore questo stato d'animo si riflette poi sui muscoli del viso e del capo e sulla modulazione della propria voce tanto che per spiegare questo concetto egli utilizza la frase: «*Wearing your heart on your face*», ovvero «indossando il tuo cuore sul tuo viso» (Porges cit. in Howes, 2013, 67). È fondamentale con pazienti traumatizzati creare, all'interno del contesto terapeutico, sicurezza. Le caratteristiche comportamentali degli altri individui innescano aree del cervello che si trovano al di fuori della propria coscienza e che contribuiscono a mutare la fisiologia umana permettendo a colui che si relaziona di sentirsi più o meno vicino e al sicuro con l'altro. Quando i sistemi difensivi vengono inibiti si ha la possibilità di accedere ad aree corticali differenti per una comprensione più profonda di se stessi (Howes, 2013).

Spesso i pazienti traumatizzati, in seguito all'esperienza traumatizzante, in situazioni di sicurezza non riescono più ad attivare il sistema ventro-vagale e quindi il sistema di ingaggio sociale perché sono settati a livello inconsapevole sull'attivazione del sistema nervoso simpatico. Questo infatti permette a questi soggetti da una parte di mantenere inattivato il sistema dorso-vagale e le sue strategie di evitamento passivo che probabilmente saranno state sperimentate durante la situazione traumatica e che quindi il soggetto non vuole rivivere; dall'altra di inibire il sistema ventro-vagale impedendo quindi al soggetto di utilizzare il proprio corpo, la propria mimica facciale e la propria voce per favorire il coinvolgimento sociale con l'altro.

La sensazione di sicurezza che il paziente prova all'interno del *setting* terapeutico è quindi fondamentale e gli permette di acce-

dere ai suoi più profondi pensieri, significati, preoccupazioni, bisogni e di condividerli con il terapeuta. La presenza del terapeuta nell'accezione precedentemente riportata ovvero essere lì per il paziente e con il paziente fornisce il tipo di ambiente nel quale questi sentimenti e bisogni posso essere esplorati, condivisi e trasformati in modo efficace e produttivo.

D'altronde però risulta fondamentale che il terapeuta, per potersi prendere l'impegno durante la seduta di essere "*present-centered*" ovvero centrato sul presente rispetto al paziente, debba prima coltivare la sua capacità di essere presente a se stesso, conoscendo i propri limiti, le proprie difficoltà utilizzando poi queste consapevolezze per essere presente rispetto al paziente. La capacità del terapeuta di sintonizzarsi con se stesso e di accogliere ciò che da questa sintonizzazione deriva facilita, infatti, in lui un senso di calma e sicurezza che verrà poi trasmesso al paziente attraverso la mimica facciale, la prosodia e la postura come detto precedentemente.

Il sintonizzarsi con l'altro da parte del terapeuta permette al paziente di percepire di essere sentito in quel momento e di conseguenza di sintonizzarsi a sua volta con il terapeuta. L'essere sentito secondo Geller e Porges (2014) avrebbe un impatto sulla fisiologia del paziente. La mimica facciale, la prosodia e la postura vengono utilizzate per comunicare al paziente di essere sentito e capito in quel momento e questo fa sì che il paziente stesso riesca a sperimentare uno stato di calma e sicurezza che gli permette di sintonizzarsi a sua volta con il terapeuta.

Può capitare, invece, che il terapeuta si trovi a dover approfondire con il paziente un tema che durante la conversazione risulti doloroso e dolente anche per lui. In quel momento tra il terapeuta ed il paziente si pone quindi una barriera ed il terapeuta, iniziando a dubitare delle sue capacità, può provare e manifestare una forte ansia. Tale stato d'animo sottende un'attivazione del sistema nervoso simpatico e quindi di conseguenza l'inibizione di quello ventrovagale e con esso la disconnessione della relazione tra paziente e terapeuta. Il tono del vago mielinizzato si riduce e questo si riflette in una perdita del tono neuromuscolare nella parte superiore del cor-

po, ovvero il volto: la voce perde prosodia, il volto diventa inespressivo ed il tono neuromuscolare dei muscoli dell'orecchio medio, il quale filtra i rumori che provengono dall'ambiente esterno per rendere più facile l'ascolto della voce umana, si riduce. A questo punto il paziente attraverso la neurocezione percepisce una mancanza di sicurezza all'interno del *setting* terapeutico e avendo percepito il terapeuta ritirarsi dalla relazione, lo fa anche lui (Geller, Porges, 2014; Wagner, 2016).

A dispetto di qualsiasi orientamento teorico o tipo di approccio terapeutico quindi, la presenza del terapeuta e la sicurezza che è in grado di trasmettere al paziente sembrano essere variabili indispensabili per la promozione di cambiamenti, il raggiungimento dei risultati desiderati e l'accrescimento dell'alleanza terapeutica. La sintonizzazione relazionale che viene a crearsi tra il terapeuta ed il paziente viene anche chiamata "*brain-to-brain coupling*" (Hasson, Ghazanfar, Galantucci, Garrod & Keysers, 2012 cit. in Geller, Porges, 2014) ovvero letteralmente accoppiamento cervello-cervello e permette ad un cervello di avere una certa risonanza sul cervello di colui con il quale ci si sta relazionando. È come se l'attivazione del sistema ventro-vagale del terapeuta che gli permette quindi di essere presente per e con il paziente e di coinvolgersi socialmente con lui incoraggi anche il cervello del paziente stesso ad inibire le sue difese e ad attivare il sistema ventro-vagale in uno stato di sicurezza.

Quindi secondo Porges (Geller, Porges, 2014) la promozione della sicurezza da parte del terapeuta all'interno del *setting* clinico comprende tre passaggi: la sintonizzazione del terapeuta con se stesso, la sintonizzazione del terapeuta con il paziente ed infine la sensazione del paziente di sicurezza, calma che gli permette poi di esperire con il terapeuta i suoi vissuti traumatici. Infatti la presenza del terapeuta intesa come l'essere lì con e per il paziente favorisce apertura all'impegno nel lavoro terapeutico da parte del paziente, il potenziamento della relazione terapeutica e la capacità del terapeuta di offrire con prontezza al paziente interventi o risposte efficaci e sintonizzate.

Parlando in termini di teoria polivagale quindi il paziente, attraverso la neurocezione e senza consapevolezza, reagisce alla presenza del terapeuta e alla sicurezza che trasmette regolando la sua fisiologia in modo da abbassare le difese, rallentando così il respiro ed il battito e raggiungendo la calma necessaria per poter impegnarsi nel lavoro terapeutico.

Conclusione

Concludendo quindi secondo Porges in ambito terapeutico bisognerebbe passare da un atteggiamento che può essere definito "rapporto faccia-faccia" ad uno chiamato "rapporto faccia-cuore". Il primo prevede che per instaurare una relazione di tipo sicuro sia necessario interagire mediante l'utilizzo della mimica e della prosodia che sono connesse al circuito ventro-vagale e cioè alla parte del sistema nervoso autonomo più evoluta dell'individuo. Il "rapporto faccia-cuore" invece mira ad utilizzare la mimica, la postura e la prosodia per accedere ai circuiti meno evoluti cercando di rallentare il cuore in una modalità di tipo sicuro, prosociale ed evitando in questo modo attivazioni automatiche di strategie di difesa di tipo attivo (attacco-fuga) o passivo (immobilizzazione) con relative accelerazioni o rallentamenti eccessivi del battito cardiaco.[5]

Le interazioni sociali hanno quindi, come si è visto, una risonanza neurofisiologica la quale ha un impatto più forte su coloro che hanno vissuto eventi di vita avversi. Tale impatto però può essere modulato con l'aiuto di un contatto sicuro e rassicurante che permetta all'individuo di regolarsi a livello fisiologico e che promuova a sua volta azioni che rispecchino il suo sentirsi al sicuro.

[5] Si fa riferimento ad appunti presi durante il seminario "Trauma-Ambiente-Adattamento del Sistema Nervoso Periferico: La teoria Polivagale" a cui ho partecipato in data 19/03/2018.

Bibliografia

ACCURSIO, G., BUCOLO, G. (2007). *Psicologia del profondo. Modelli e tecniche di psicoterapia psicodinamica.* Milano: Franco Angeli.

AMMANITI, M., GALLESE, V. (2014). *La nascita dell'intersoggettività: lo sviluppo del sé tra psicodinamica e neurobiologia.* Milano: R. Cortina.

BALDINI, C. (2011). *Metodo Med. Movimento evolutivo dinamico. Appunti per la formazione.* Milano. Diapositive in <http://www.teatrodanzamed.com/www.teatrodanzamed.com/Vuoto_5_files/1)%20Q3-1.pdf> (21.11.2017), 1-63.

BERTUZZI, A. (2014). La Teoria Polivagale su Attaccamento e Trauma (2014) – Report dal Congresso. *State of mind.* In <http://www.stateofmind.it/2014/09/attaccamento-trauma-2014-liotti-porges/> (21.11.2017).

BORGOGNO, F., CASSULLO, G. (2011). *Le molte facce del trauma.* Roma: Borla.

BREEDLOVE, S. M., ROSENZWEIG, M. R., WATSON, N. V. (2009). *Psicologia biologica. Introduzione alle neuroscienze comportamentali, cognitive e cliniche.* (3. ed.). Milano: Ambrosiana.

CAMPLONE, S. (2016). *Trauma e neurocezione.* In <http://www.medicitalia.it/blog/psicologia/6805-trauma-neurocezione.html> (21.11.2017).

CHELI, M. (s.a.). *Il Trauma Complesso: primi studi epidemiologici sulle conseguenze nello sviluppo.* In <file:///C:/Users/Laura/Downloads/Il%20Trauma%20Complesso-%20primi%20studi%20epidemiologici.pdf> (26.11.2017), 1-9.

CHELI, M., GAMBUZZA, C. (2017). *Il disturbo post traumatico complesso. Dalla teoria alla pratica multidisciplinare.* Milano: FrancoAngeli.

COZOLINO, L. (2008). *Il cervello sociale. Neuroscienze delle relazioni umane.* Milano: Raffaello Cortina.

D'AMBROSIO, M. (2017). *Balbuzie e cluttering. Le nuove prospettive.* Milano: FrancoAngeli.

EMDR ITALIA. (s.a.). *Trauma. Cosa si intende per trauma psicologico?* In <http://emdr.it/index.php/trauma/> (03.04.2018).

ERBA, M. (2016). *La teoria polivagale. Con la teoria polivagale, Stephen Porges chiarisce il ruolo del sistema nervoso autonomo nei disturbi post-traumatici.* In <http://martaerba.it/la-teoria-polivagale/> (02.04.2018).

FIORE, F. (2017). Il neurone: l'anatomia e i diversi tipi della cellula nervosa – Introduzione alla psicologia. *State of mind.* In <http://www.stateofmind.it/2017/04/neurone-introduzione-psicologia/> (06.05.2018).

FONAGY, P., TARGET, M. (1998). *An interpersonal view of the infant* in HURRY, a (Ed.), *Psychoanalysis and Developmental Therapy.* Londra: Karnac Books, 3-31.

GELLER, S. M., PORGES, S. W. (2014). Therapeutic Presence: Neurophysiological Mechanisms Mediating Feeling Safe in Therapeutic Relationships. *Journal of Psychotherapy Integration*, 24 (3), 178-192.

GOVERNATORI, C. (2015). *Trauma Relazionale Precoce: i Pericoli dei Traumi Nascosti*. In <http://www.igorvitale.org/2015/10/01/trauma-relazionale-precoce-i-pericoli-dei-traumi-nascosti/> (21.11.2017).

HOWES, R. (2013). *Wearing your heart on your face. The polyvagal circuit in the consulting room.* In <https://www.psychotherapynetworker.org/> (27.11.2017), 67-70.

IACCARINO, S. (s.a.). *L'importanza di sentirsi al sicuro – seconda parte.* In <http://percorsiformativi06.it/limportanza-di-sentirsi-al-sicuro-seconda-parte/> (26.09.2018).

ISTITUTO DI SCIENZE COGNITIVE. (2014). *Congresso attaccamento e trauma*. Atti del congresso di Roma 19-20-21 settembre 2014.

LIOTTI, G. (2005). Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell'attaccamento. *Infanzia e adolescenza*, 4 (3), 130-144.

MARZOCCHI, C. (2014a). Intervista con Stephen Porges: La Teoria Polivagale e le basi fisiologiche delle nostre intuizioni. *State of mind.* In <http://www.stateofmind.it/2014/12/stephen-porges-intervista-teoria-polivagale/> (21.11.2018).

NCTSN (National Child Traumatic Stress Network). (2003). *Complex Trauma in Children and Adolescents. White Paper from the National Child Traumatic Stress Network Complex Trauma Task Force.* In <http://www.nctsnet.org/> (21.11.2018), 1-41.

PORGES, S. W. (2003a). *La teoria Polivagale: contributi filogenetici al comportamento sociale.* In <http://www.terapiacognitiva.eu/cpc/dwl/polivagale/articolo-cs.pdf> (21.11.2018), 1-26.

PORGES, S. W. (2014). *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione.* Roma: Giovanni Fioriti.

SANDER, L. (1962). *Issues in early mother-child interaction*. In <http://www.jaacap.com/issue/S0002-7138(09)X6001-2> (17.04.2018), 141-166.

SIEGEL, D. J. (2013). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale.* (2.ed.). Milano: Raffaello Cortina.

TAGLIAVINI, G. (2011). Modulazione dell'arousal, memoria procedurale ed elaborazione del trauma: il contributo clinico del modello polivagale e della psicoterapia sensomotoria. *Cognitivismo clinico,* 8 (1), 60-72.

TAYLOR, M. (2016). *Psicoterapia del trauma e pratica clinica. Corpo, neuroscienze e Gestalt.* Milano: FrancoAngeli.

TRESOLDI, M. (2017). *La teoria polivagale di Porges.* In <http://www.oloselogos.it/wp-content/uploads/2017/12/La-teoria-polivagale.pdf> (30.03.2018), 1-5.

VAN DER KOLK, B. (2014). *Prefazione* in PORGES, S., *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione.* Roma: Giovanni Fioriti, XV- XXII.

VAN DER KOLK, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche.* Milano: Raffaello Cortina.

WAGNER, D. (2016). Polyvagal theory in practice. *Counseling Today,* 50-53. In <http://ct.counseling.org/2016/06/polyvagal-theory-practice/> (27.10.2018).

WILLIAMS, R. (2009). *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee.* Milano: Raffaello Cortina.

WINNICOTT, D., W. (1965). *Sviluppo affettivo e ambiente: studi sulla teoria dello sviluppo affettivo,* trad. it Roma: A. Armando. 1994.

Sitografia

La Neurologia dell'Attaccamento in <http://www.unabasesicura.it/teorie-03-neurologia.html> (21.10.2018).

Teoria Polivagale di Porges e Sistema di Difesa nei traumi in <https://www.psicologo-mantova.net/blog/teoria-polivagale-di-porges-e-sistema-di-

Psicologia Psicoterapia e Benessere, 2022, Vol. 1, No. 1, 141-150

L'Etica in azione: la cura responsabile in psicoterapia per promuovere benessere *

Silvana Bove [1], Maria Rizzi[2], Domitilla Spallazzi [3]

Ethics in action: responsible care in psychotherapy to promote well-being

Abstract

L'articolo propone una riflessione sull'importanza di mantenere saldi i valori etici, come guida e fondamento della nostra attività professionale, non solo quando ci troviamo di fronte a situazioni problematiche che ci sollecitano fortemente, ma anche nel lavoro quotidiano con i nostri pazienti/clienti. Le autrici mettono in rilievo come l'agire professionale favorisca il benessere personale solo se responsabilmente e consapevolmente incluso in una cornice valoriale di riferimento. Nella comunità degli Analisti Transazionali il Codice Etico EATA è un valido supporto per costruire "ponti" tra la conoscenza dei principi e dei valori e le scelte dell'agire terapeutico. Il lettore potrà, attraverso le considerazioni proposte e la riflessione guidata, accogliere stimoli per ampliare la consapevolezza sul proprio "muoversi eticamente" e allargare le opzioni in merito alle scelte operative.

---

* Il materiale presentato nell'articolo è elaborato sulla base del Workshop tenuto al Convegno "La Cura e la Responsabilità. La dimensione dissociativo-traumatica e le sue conseguenze sul piano clinico: implicazioni per una cura responsabile dalla prospettiva dell'ATSC.", organizzato dall'IFREP a Roma, 2 dicembre 2017, presso l'UPS, P.za Ateneo Salesiano,1.

[1] Psicologa, psicoterapeuta, CTA trainer, docente presso la SSPC-IFREP, Roma. e-mail: silvana2.bove@libero.it

[2] Psicologa, psicoterapeuta, CTA trainer, docente presso la SSPC-IFREP, Roma. e-mail: rizzimariella@yahoo.it

[3] Psicologa, psicoterapeuta, TSTA P, docente presso la SSPC-IFREP, Roma. e-mail: dspallazzi@gmail.com

The article offers a reflection on the importance of maintaining firm ethical values, as a guide and base for our professional practice, not only when we face to problematic situations that strongly impact us, but also in our daily work with our patients / clients.
The authors emphasize that professional practice promotes personal well-being only if it is included responsibly and consciously in a reference frame of values.
In the community of Transactional Analysts, the EATA Ethical Code is a valid support in order to build "bridges" between the knowledge of principles and values and the choices of therapeutic practice.
Through the proposed considerations and guided reflection, the reader can receive stimuli to increase awareness of his "moving ethically" and to widen the options regarding operational choices.

Keywords
Valori etici; Benessere; Psicoterapia; Analisi Transazionale Socio-Cognitiva.

Ethical values; Well-being; Psycotherapy; Socio-Cognitive Transactional Analysis.

Premessa

Il nostro comune interesse nasce dal confronto su come promuovere benessere individuale tenendo conto, allo stesso tempo, del contesto in cui il singolo è inserito. È emersa una visione condivisa circa l'importanza di tenere a mente i molteplici sistemi con cui la persona interagisce costantemente, di contro ad una posizione, sovente assunta dai pazienti, caratterizzata dal tentativo di massimizzare il proprio benessere soggettivo escludendo l'altro dalla propria prospettiva. Punto di partenza imprescindibile della nostra riflessione è la prospettiva ecologica di Scilligo (2009a) così espressa: "*Si presuppone che le intenzioni e le aspettative della persona che chiede aiuto tengano conto del fatto che ogni persona è parte di un tutto, della comunità planetaria, della comunità locale, della comunità familiare. In altri termini i desideri e le aspettative sono parte di un contesto*

nel quale sono presenti altre persone e oggetti che necessariamente convivono e si incontrano perché sono abitanti dello stesso pianeta." (p. 198)

Lo stretto ed articolato rapporto esistente tra individuo e società mette in evidenza che le scelte individuali sono veramente etiche se generano benessere non solo per il singolo, ma anche per la comunità di cui lo stesso fa parte.

Da questa considerazione deriva la necessità di ancorare sia l'azione terapeutica che le scelte del paziente ad una cornice etica e valoriale su cui attivare confronto e consapevolezza in linea con quanto sostiene Tosi (2022) nel suo contributo presente in questo stesso volume.

Come professionisti, assumiamo tale responsabilità non solo quando ci troviamo a fronteggiare dilemmi di natura etico-deontologica che ci sollecitano fortemente ma anche nella quotidiana attività clinica dove, nel prenderci cura delle persone, più o meno consapevolmente, vestiamo un "abito etico" che portiamo nell'incontro con il paziente.

A partire da questa premessa, nel corso di diversi anni abbiamo elaborato alcuni contributi[4] il cui filo rosso è costituito da una concezione di benessere che poggia sulla prospettiva ecologica, (Scilligo 2009a) etica (EATA 2012) e dell'Analisi Transazionale Socio-Cognitiva (ATSC) (Scilligo, 2009b).

---

[4] Relazione al Convegno FIAP: "Muoversi eticamente nel villaggio globale: il contributo dell'Analisi Transazionale Socio-Cognitiva", 2012
Relazione alla Giornata SIAT: "Una 'mente etica' per promuovere 'benessere etico': il contributo dell'Analisi Transazionale Socio-Cognitiva", 2013
Relazione al XXV Convegno SIMPAT: "Il benessere psicologico secondo l'ATSC: le funzioni del Genitore per promuovere identità e interdipendenza", 2014
Relazione alla Giornata Studio IFREP: "La salute secondo l'ATSC: la 'quaterna del benessere', cos'è e come promuoverla", 2016 (co-relatore: dott. Davide Ceridono)

Elementi teorici

La **visione antropologica** su cui si fonda l'Analisi Transazionale Socio-Cognitiva è di tipo umanistico-personalistico, con al centro la persona considerata libera, responsabile e capace di fare scelte nel contesto delle relazioni. L'individuo è costruttore di se stesso e della propria situazione interpersonale in una danza continua con il mondo esterno, regolata dai processi dell'assimilazione e dell'accomodamento, in accordo con la visione ecologica suddetta.

Ricordiamo che secondo il paradigma della Psicologia Umanistica (Maslow[5],1971) l'uomo non è semplicemente un essere guidato da spinte ambientali o istintuali, ma è mosso da uno slancio interiore verso l'autorealizzazione, è dotato di volontà e capacità autovalutativa ed è, quindi, in grado di scegliere e di assumersi la responsabilità delle sue decisioni determinando il suo processo di crescita.

In questa prospettiva è data rilevanza alla capacità creativa dell'uomo, presente fin dalla nascita, intesa come una caratteristica espressione di una personalità sana, impegnata nel mondo con la sua tendenza naturale a muoversi verso la scoperta e l'espressione delle proprie specifiche potenzialità. Il fine è realizzare ciò in cui crede, affrontando difficoltà, ostacoli, conflitti, nel rispetto delle relazioni con gli altri e con l'ambiente circostante.

Secondo tale concezione la persona definisce e sviluppa la propria identità mentre interagisce/interdipende con gli altri, a loro volta creativi e progettuali, nel contesto del suo mondo fisico, interpersonale, sociale e culturale, sia presente che passato.

Nello sviluppare il filo della riflessione, un altro punto di riferimento è costituito dalla definizione di **benessere psicologico secondo il modello Biopsicosociale** (Zucconi, Howell, 2003). Tale prospettiva lo concepisce come la condizione dinamica di equilibrio fondata sulla capacità della persona di interagire con l'ambiente sia

---

[5] Maslow A. fondatore nel 1961 dell'American Association for Humanistic Psychology (AAHP).

fisico che relazionale in modo positivo, pur nel continuo modificarsi dell'ambiente circostante.

Dalla prospettiva dello psicologo clinico questo implica il tener conto dei sistemi micro e macro in cui la persona è inserita, quali la coppia, la famiglia, l'ambiente di lavoro, la comunità nazionale e internazionale di appartenenza. La promozione del benessere all'interno della relazione terapeutica così delineata assume le caratteristiche di una cura *responsabile.*

Questo modo di intendere la cura è rivelatore di una posizione etica riconoscibile e chiaramente identificabile.

Come analisti transazionali la lente cui facciamo riferimento per osservare l'oggetto della nostra riflessione è il Codice Etico dell'EATA (www.eatanews.org).

Il punto di partenza è la definizione di *etica*.

In senso ampio, l'etica è la disciplina filosofica che studia le azioni dell'uomo che comprendono sia l'intenzione morale che la volontà umana. Suppone la capacità di scegliere come agire. Include la possibilità di scegliere in base ai propri parametri (etica soggettiva) tenendo conto dell'altro (etica intersoggettiva).

Il codice sposta l'attenzione da una mera applicazione di regole, quindi *da un piano più deontologico,* ad una considerazione dei valori e dei principi che ci guidano nell'analisi delle situazioni concrete.

Sebbene i valori e i principi siano strettamente connessi ed interdipendenti tra loro, ai fini della nostra riflessione, sottolineiamo l'importanza dei valori in quanto fondamentali per lo sviluppo di una 'mente etica', una mente cioè capace di riflettere da una posizione esistenziale e filosofica che contribuisce a promuovere benessere.

I valori indicati, senza pretesa di esaustività, dal codice sono:

- Dignità degli esseri umani
- Auto-determinazione
- Salute
- Sicurezza
- Reciprocità

Sono universali e trascendono sia le norme culturali sia la realizzazione individuale, indicano ciò che è fondamentale per promuovere il proprio e l'altrui sviluppo, sono inclusi nella Dichiarazione Universale dei Diritti Umani proclamata il 10 dicembre 1948 dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite.
La realizzazione di ciascuno di tali valori tiene costantemente in considerazione non solo il livello individuale, ma anche quello relazionale e comunitario, incluso l'ambiente fisico.
Percorrendo la strada, dal punto di vista metodologico, che porta a calare la riflessione concettuale nella pratica clinica, scegliamo di focalizzare l'attenzione sul valore dell'Auto-determinazione.
"*Ogni individuo è libero di decidere per il proprio futuro all'interno delle leggi nazionali del suo Paese e della dovuta considerazione dei propri ed altrui bisogni; ogni persona può imparare dall'esperienza ad avere la responsabilità di se stesso tenendo sempre in considerazione la natura del mondo e la libertà degli altri.*"
Se a questa definizione accostiamo il concetto di *cura responsabile* sopra delineato, non possiamo non coglierne la reciproca corrispondenza. Come due facce della stessa medaglia ci rimandano l'una l'aspetto etico, l'altra l'aspetto psicologico di una medesima concezione di *benessere.*
Dal punto di vista valoriale l'Auto-determinazione sottolinea l'importanza di tenere in equilibrio la responsabilità e la libertà per non cadere in due atteggiamenti opposti: da una parte l'iperadattamento e dall'altra la soggettività esasperata.
Dal punto di vista psicologico, il modello dell'ATSC fornisce strumenti per identificare e promuovere processi orientati al benessere delle persone.
Nello specifico, tali processi corrispondono all'attivazione di Stati dell'Io che Scilligo (2009b) ha denominato la 'quaterna del benessere': ossia un'attivazione elevata del Bambino Libero (BL), Bambino Protettivo (BP), Adulto Libero (AL), Adulto Protettivo (AP) che si sostanzia nella capacità delle persone di agire con libertà in base ai propri desideri (BL), di sentire e gestire le proprie emozioni nel qui-e-ora (AL). Al tempo stesso nella capacità di agire protettivamente in

contatto con l'ambiente in cui vivono, sia relazionale che fisico, di dipendere e godere delle risorse esterne a disposizione (BP) in base al contesto in cui si trovano, e di analizzare progettualmente la situazione reale (AP).
Ma non basta, la persona, pur capace di esprimersi liberamente e di proteggersi adattivamente, ha bisogno di orientare le proprie scelte sia con valori personali (GL) sia con valori universalmente condivisi (GP); altrimenti essa vivrebbe in uno stato di benessere solo costruito intorno a sé da una posizione narcisistica, caratterizzata dal portare avanti il proprio progetto in modo unidirezionale senza tener conto dell'altro, del contesto comunitario e fisico in cui vive (de Nitto, 2002). Dunque, un'attivazione moderata degli Stati dell'Io Genitore Libero (GL) e Genitore Protettivo (GP) è necessaria per favorire uno stato di benessere costruito su un senso elevato di individuazione e di interdipendenza.
La funzione di integrazione dei processi degli Stati dell'Io Bambino e Genitore è attribuita allo stato dell'Io Adulto che, con le competenze evolutive di simbolizzazione, riflessione ed empatia (Scilligo 2009b), rende possibile, grazie ad un'abilità di riflessione a livelli di coscienza elevati, la concertazione di funzioni complesse quali quella protettiva ed espressiva, nella danza continua tra sé e il mondo.
Ciò porta ad un benessere costruito in una prospettiva di *autonomia assertiva*, basata sulla "*capacità di proporsi nel contesto sociale in modo consapevole dei propri diritti e dei diritti degli altri in vista di un'azione che rispetta tali diritti reciproci"*. (Scilligo, 2002, p.133).
Con questa visione il terapeuta ha l'occasione di considerare la stanza di terapia come un micro contesto sociale in cui è possibile co-costruire e sperimentare una relazione orientata a promuovere autonomia assertiva in entrambi i membri della coppia.
Per realizzare questo fine occorre che il terapeuta sappia tenere viva l'attenzione alla cura di sé, sia a livello professionale che personale, tenendo conto di sé e del cliente; ciò implica saper valutare l'impatto delle proprie scelte su di sé e sull'altro ai fini di modellare un'esperienza relazionale tesa all'equilibrio tra il proprio e l'altrui benessere.

Stimoli per la riflessione guidata

Proponiamo al lettore una riflessione guidata per creare una connessione tra quanto espresso sul piano concettuale e l'esperienza clinica:

1) scegli un caso della tua pratica attuale e focalizza la tua attenzione sui diversi contesti relazionali (familiare, lavorativo/di studio, sociale, etc. .) e fisici (dove vive, lavora, studia, etc.…) del tuo cliente.

2) Rivolgi a te stesso le seguenti domande:
-Quali informazioni ho sulla qualità di ciascuno di questi contesti? (quale coloritura affettiva emerge: ostile, benevola; quale grado di conflittualità, collaboratività, etc…) Ci sono aree o aspetti che ritengo utile esplorare?
-Quali contesti (o elementi di quel contesto specifico) potrebbero essere una risorsa per il cliente? Quali i limiti?
-Tenendo presente il problema/i problemi della persona, come queste informazioni emerse mi possono essere utili per una più ampia comprensione?

3) Soffermati a considerare le tue riflessioni.
-Come mi oriento ora nel percorso di cura con l'intenzione di sostenere la persona nel costruire il proprio benessere etico?
Articolare la riflessione sui diversi punti proposti può essere uno stimolo per il clinico a mettere in luce, ai diversi livelli, come il cliente nell'organizzare le sue esperienze nei vari contesti di vita spesso mostra due atteggiamenti opposti: l'iperadattamento e/o una soggettività esasperata. La ricerca di tali informazioni e il quadro che ne deriva orienta verso una pianificazione di interventi terapeutici volti alla co-costruzione, a partire dalla relazione terapeutica stessa, di un equilibrio tra la responsabilità e la libertà.

Conclusione

L'esercizio di una attenta riflessione sulla propria prassi terapeutica coniugata ai principi e ai valori, costituisce la bussola che orienta nell' attività clinica. Il terapeuta sviluppa così la propria "mente etica" che, al servizio del cliente, offre sollecitazioni a pensare al proprio benessere all' interno di una nuova prospettiva caratterizzata dalla capacità di interdipendere.

"... essere un professionista nel campo delle relazioni di aiuto significa professare: professare valori, professarli con semplicità, umiltà e grande determinazione." Pio Scilligo (2009b)

Bibliografia

Codice Etico dell'EATA, 13 febbraio 2012 – www.eatanews.org

Dichiarazione Universale dei Diritti Umani - www.unric.org/it/documenti-onu-in-italiano/21

De Luca, M.L., Tosi, M.T. (2012). L'Analisi Transazionale Socio-Cognitiva: Introduzione al modello di Pio Scilligo degli Stati dell'Io. *Psicologia Psicoterapia e Salute*, *17*, (1), 9-44.

De Luca, M.L., Tosi, M.T. (2011). Social-Cognitive Transactional Analysis: an introduction to Pio Scilligo's model ego states. *Transactional Analysis Journal, 41*, (3), 206-220.

de Nitto, C. (2002). Responsabilità comunitaria e narcisismo nel processo di globalizzazione. *Psicologia Psicoterapia e Salute, 8*, (2), 139-147.

Maslow, A. H. (1971). *Verso una psicologia dell'essere*. Roma: Astrolabio.

Scilligo, P. (2002). Globalizzazione come condivisione comunitaria. *Psicologia Psicoterapia e Salute, 8*, (2), 133-138.

Scilligo, P. (2009a). *La ricerca scientifica: tra analisi ed ermeneutica.* Roma: Ifrep

Scilligo, P. (2009b). *L'Analisi Transazionale Socio-Cognitiva*. Roma: LAS.

Tosi, M. T. (2022). Il dialogo morale in psicoterapia. *Psicologia, Psicoterapia e Benessere,* 1 (1), 45-62.

Zucconi, A., Howell, P. (2003). *La promozione della salute.* Bari: La Meridiana.

Pubblicazione online:
ISSN 2974-7457
9 772974 745003