

ITP e interventi con soggetti con depressione

Psicoterapia con l'ITP

Silvano Secco: psicoterapeuta ITP.

ITP e interventi con soggetti con depressione.

“Nell’arte della psicoterapia nostri veri maestri sono i pazienti. Quindi cerchiamo di ascoltarli e poniamoci come ultimi obiettivi della nostra formazione: l’umiltà del non sapere, la calma delle emozioni, l’amore della compassione, l’intuizione dell’attimo”.

Le determinanti e il nucleo abbandonico.

Noi cercheremo in questo breve lavoro di analizzare la determinante psicologica della depressione ed individuare conseguenti aspetti caratterizzanti gli interventi con l'ITP (Tecnica Immaginativa di analisi e ristrutturazione del Profondo).

Alcune volte eventi esterni si amalgamano con l'interiorità psichica, come ad esempio una delusione d'amore, una perdita importante di una persona o di un legame significativo.

Altre volte vi può essere un evento biologico che si amalgama con l'interiorità psichica come ad esempio un tumore, una demenza senile, i rapidi passaggi evolutivi come l'adolescenza.

In queste situazioni l'angoscia e il dolore psicologico possono innescare comportamenti estremi come ad esempio il cutting. Il dolore fisico, che la persona si autoinfligge, mitiga il dolore psicologico poiché induce il cervello, e non solo, a produrre endorfine.

Tutti questi eventi esterni o interni, di fatto, attivano uno stesso nocciolo profondo che chiamo *nucleo abbandonico*, presente in ogni individuo.

Quando nella vita di una persona intervengono, a qualsiasi età, in modo peggiore nel primo anno di vita, eventi oggettivamente negativi e vissuti che si accompagnano ad un senso di perdita irreversibile, totalizzante, irreparabile, provocano una effrazione nella pelle psicologica e l'emersione del nucleo abbandonico, favorendo così lo sviluppo della depressione.

La depressione è simile ad un ritiro che è funzionale alla riparazione delle ferite subite al proprio narcisismo di vita. Nei casi estremi di Depressione maggiore troviamo una sintomatologia grave con disturbi in tutte le aree vitali (sonno, alimentazione, anedonia), aree emotive (continuo sentimento di tristezza implacabile), aree comportamentali (ritiro dalla vita sociale, elevato rischio di tentativi di suicidio).

La teoria e la pratica psicodinamica con l'ITP.

L'ITP si colloca all'interno della più ampia famiglia delle tecniche psicodinamiche e pone l'accento sugli aspetti evolutivi.

Ogni tecnica psicoterapica provoca delle modificazioni a livello cerebrale e non solo. Gli studi

condotti da Kandel E.[1] sull'aplysia hanno dimostrato che quando questo semplice animale si espone ad una situazione ambientale *all'interno del suo neurone sensoriale si attiva un gene, detto CREB, il quale determina la sintesi di proteine che modifica in modo più o meno persistente la sinapsi generando le due possibili forme della memoria: una transitoria a breve termine e una a lungo termine.*

Alcuni accenni alla teoria e pratica psicodinamica ci consentiranno di dare una prima risposta alla domanda: *cosa si aspettano da noi psicoterapeuti questi pazienti?*

Al di là dell'invio ad un Servizio specialistico o singolo psicoterapeuta penso sia fondamentale il ruolo del medico di base. Per questo tipo di pazienti il medico di base è la prima porta d'accesso per una richiesta d'aiuto. Le ricerche dimostrano che il 40-60% delle persone che si sono suicidate hanno visto, prima di compiere l'atto, un medico di medicina generale anziché uno psichiatra. In questo primo contatto è essenziale che il medico di base si prenda cura di questi passaggi nella relazione con il paziente:

- l'accoglienza
- l'ascolto
- un approccio relazionale simile alla consulenza
- aiutare il paziente nella creazione di una corretta motivazione alla successiva richiesta d'aiuto.

Fu Winnicott[2], pediatra e psicanalista, ad inserire il termine *holding* (= sostegno) per designare la capacità del caregiver di fungere da contenitore delle angosce del bambino. Di fatto, è questo che i nostri pazienti chiedono in primis, anche nel contesto della pratica del medico di medicina generale. Questa prima accoglienza provoca degli effetti positivi immediati sul piano clinico della salute.

È importante, come medici e come psicoterapeuti ITP, iniziare il percorso di cura da una storicizzazione della sindrome, cercando di cogliere l'aspetto dei ricordi. In altri termini si dovrebbe fare una buona anamnesi. È essenziale comprendere durante i primi colloqui se la depressione è inserita in una storia di vita caratterizzata da eventi disadattivi importanti di:

- abbandono
- deprivazioni
- trascuratezza
- abusi sessuali
- violenze.

Ad esempio un abbandono subito nel primo anno di vita del paziente è diverso da un abbandono subito in altre fasi, altrettanto significative, dello sviluppo come lo sono i due di vita o durante il periodo della pubertà o dell'adolescenza.

In termini psicodinamici il periodo di vita fetale getta le fondamenta della struttura di personalità. Nel primo anno di vita è possibile, teoricamente e concretamente, distinguere questo periodo in trimestri e classicamente è stato individuato da Klein M.[3] il 9° mese di vita come quella fase dello sviluppo denominata tipicamente *posizione depressiva*.

Per fare un esempio tratto dalla pratica clinica, quando i neonati venivano allontanati dalla madre ed inseriti in brefotrofi, se non ricevevano adeguate cure amorevoli entro il primo anno di vita,

rischiavano di morire. In Germania ad inizio novecento, uno dei maggiori brefotrofi presentava un tasso di mortalità del 71,5% entro il primo anno di vita (Schlossman, 1920). Negli Stati Uniti, durante lo stesso periodo le percentuali andavano dal 31,7% al 75%. In particolare a Baltimora, il 90% di questi bambini, moriva entro l'anno (Chaplin, 1915) e ad Albany, al Randalls Island Hospital, era del 100%.

A tal proposito Spitz R. (1887-1974), psicanalista austriaco, coniò il termine di *depressione anaclitica* [4] così descritta: primo mese, lamentele e richiami; secondo mese, pianto e perdita di peso; terzo mese, rifiuto del contatto fisico, insonnia, ritardo nello sviluppo motorio, assenza di mimica, perdita continua di peso; dopo il terzo mese, cessazione del pianto, stato letargico.

Neurocezione ripetitiva.

Nella depressione si attivano degli schemi di neurocezione [5] ripetitivi che si autoalimentano, provocando a loro volta i tipici pensieri disfunzionali che riflettono lo sfondo emotivo negativo, a carattere auto svalutante, che mettono sotto scacco l'io.

Per neurocezione [6] ci si riferisce alla capacità automatica del Sistema nervoso di reagire agli aspetti di pericolosità di situazioni intrapsichiche o esterne che possono minacciare la nostra sopravvivenza. Nella depressione la reazione difensiva primitiva che si attiva spontaneamente si chiama ipoarousal.

Con arousal si intende il livello di risveglio del livello di attivazione sensoriale che in soggetti con patologie di ordine psicologico appare sempre disregolato.

Una caratteristica presente nei soggetti con depressione, collegata a questo meccanismo di neurocezione ripetitivo e primitivo, è la sensazione della mancanza di risorse sia interne che esterne, con accentuazione dell'isolamento sociale; che a sua volta tende ad aumentare la sofferenza della persona. Ricordo che l'isolamento sociale non deve essere confuso con la solitudine ed ha dei livelli di rischio, per la salute, molto elevato.

Il 118 psicologico e il dolore.

In generale nella terapia ITP è indispensabile la presenza concreta del terapeuta durante lo svolgimento della seduta; alcune volte il paziente percepisce la necessità di contattare urgentemente lo psicoterapeuta al di fuori della seduta canonica, utilizzando il cellulare o altri mezzi di comunicazione. In questa situazione è la voce, nella sua componente tonica, che fa da trade d'union tra paziente e terapeuta.

Questo intervento mediato da strumenti tecnologici proporrei di chiamarlo *118 psicologico*. È un contatto umano e terapeutico immediato che può aiutare il paziente nell'affrontare le situazioni percepite come eccessivamente dolorose. Questo intervento immediato è quasi necessario con i soggetti a rischio suicidario. Certamente richiede una pronta disponibilità da parte dello psicoterapeuta, che non sempre viene accettata da tutti i clinici.

La sofferenza psicologica che il paziente depresso vive è molto simile alla sofferenza creata da un dolore fisico, non tanto per quanto riguarda il coinvolgimento delle terminazioni del sistema nocicettivo, che sono specifiche per quanto riguarda il dolore fisico, quanto invece per quanto

concerne le aree cerebrali coinvolte, che di fatto sono analoghe. In altri termini il bersaglio della corteccia cerebrale è lo stesso sia per quanto riguarda il dolore psicologico e sia per quanto riguarda il dolore fisico.

Particolarmente indagato[7] è il ruolo del dolore, sia fisico che psichico, nella depressione (Gaskin 1992[8]). In particolare la depressione ha una elevatissima comorbidità con il dolore cronico (Dersh [9] et al., 2006) tanto da portare, quando non vi sia una base fisiopatologica per il dolore stesso, alla diagnosi di “depressione mascherata”.

Il dolore psichico appare una componente centrale dello stato depressivo. È stata messa in discussione l'utilità clinica della distinzione tra dolore fisico e psichico in base a numerosi dati clinici e di ricerca. Si evidenzia una stretta analogia tra descrizioni soggettive di dolore fisico e psichico, quest'ultimo spesso appare ancor più intollerabile (Mee et al., 2006[10]).

La tecnica ITP.

Le tecniche cognitive privilegiano un lavoro, *top down*, che procede dall'alto, non tanto dalla parola in senso psicanalitico, quanto dai tentativi di riorganizzare i pensieri disfunzionali.

La tecnica ITP privilegia un lavoro, *bottom up*, che parte dal basso (corpo, sensazioni, emozioni, fantasie, paure) verso l'alto, ovvero le immagini e i simboli. I successivi passaggi, presenti in particolare durante il colloquio psicologico immaginativo, riguardano una forma di pedagogia dell'Immaginario che cerca costantemente di tener collegati i tre registri: Immaginario, Simbolico e Reale. Definisco l'ITP una tecnica completa poiché presta attenzione non solo ai sintomi ma anche alla globalità della persona nella sua evoluzione.

La psicoterapia che segue il modello ITP ha l'obiettivo di far rivivere al paziente in seduta, con la presenza del terapeuta, tutte le fasi dello sviluppo evolutivo, intervenendo tramite specifiche modalità, in quei momenti della vita a carattere traumatico che hanno bloccato o deviato l'evoluzione. La presenza del terapeuta ripropone sempre, almeno inizialmente, un setting di materno o holding.

Una classica seduta con l'ITP della durata di 30'-60' (in alcune particolari situazioni la durata è anche di 2 o 3 ore) è composta da:

- Colloquio iniziale
- Rilassamento digitale
- Imagerie
- Colloquio finale

Esistono poi dei cicli di visualizzazioni che prevedono il suggerimento, da parte del terapeuta, di immagini o Scenari specifici e pertinenti alla particolare situazione emotiva/affettiva del paziente nell'hic et nunc.

Il terapeuta ITP utilizza anche delle tecniche derivate come il gioco per i bambini, il disegno, vari tipi di attività manipolative con materiali plastici. Queste tecniche derivate sostituiscono il lavoro in poltrona e il rilassamento che solitamente può essere proposto già con i preadolescenti con modalità specifiche. La tecnica ITP può essere adoperata non solo con i singoli soggetti, ma anche con gruppi

di persone o coppie.

L'applicazione della tecnica in poltrona inizia sempre con il *rilassamento digitale dialogato*, invitando poi il paziente ad ascoltare le sensazioni che provengono dal corpo. Successivamente viene chiesto al paziente di lasciar trasformare le sensazioni in emozioni ed infine in immagini[11]. Queste ultime quindi non sono il prodotto del pensare, ma sono l'esito della trasformazione vissuta delle sensazioni ed emozioni.

Il rilassamento digitale è un momento terapeutico in sé; di fatto, viene proposto come fase propedeutica all'avvio della Funzione immaginativa e conseguente formazione delle immagini.

Durante un percorso ITP inizialmente nella fase ristrutturante il bersaglio terapeutico è la ristrutturazione della pelle psicologica, ovvero la costruzione dei confini dell'Io che aiuterà il soggetto ad affrontare i disturbi e a trovare le radici del male oscuro. I sintomi e disturbi più evidenti che avevano condotto il paziente in psicoterapia tendono a stemperarsi in questa prima fase di cura con l'ITP e alcune persone chiedono di concludere qui il percorso.

I cicli brevi di visualizzazione.

Nella tecnica ITP esistono dei cicli brevi dove si propongono delle visualizzazioni guidate dal terapeuta, con suggerimento di temi adatti alla situazione specifica in cui si trova il soggetto. L'ultimo caso clinico che potrete leggere in questo lavoro ne è una esemplificazione.

Nei soggetti con depressione le visualizzazioni sollecitano la costruzione o ristrutturazione della pelle psicologica, la riparazione delle ferite, il recupero dei ricordi. Questo lavoro di cura è sempre una risposta ai bisogni di contenimento, di calore, di ritrovamento-riattivazione delle energie.

Alcuni tipici temi da suggerire sono relativi alla soddisfazione dei bisogni primari profondamente violati nella depressione, quali il bisogno di uno spazio sicuro che contenga e protegga, il bisogno di energie, il bisogno di calore. Alcune tipiche visualizzazioni sono quelle del rifugio per il bisogno di contenimento; del caminetto o focolare per il bisogno di calore; della giornata tepida, della pergola al riparo o della sorgente per il bisogno di energia .

Il rilassamento digitale.

Vi sono molti tipi di rilassamento con indicazioni o suggestioni diverse, c'è chi insiste molto sul richiamo delle sensazioni di pesantezza (Schultz), chi invece si sofferma sul respiro (yoga, mindfulness), chi chiede al soggetto di fare degli esercizi di tensione e di distensione di zone muscolari (rilassamento muscolare progressivo).

Nel rilassamento digitale dialogato, specifico dell'ITP, si chiede al paziente di ascoltare le sensazioni derivanti dagli appoggi e dalle posizioni di varie parti del corpo. È interessante osservare come siano le sensazioni che vanno alla mente e non il pensiero che va al corpo. Sono molto importanti il tono della voce e la calma interiore del terapeuta che conduce.

Il rilassamento digitale profondo è funzionale alla creazione di stati di benessere e perché stimola la formazione di immagini, che sappiamo essere composte da sensazioni visive, acustiche, tattili, cinestesiche, kinestesiche, olfattive.

Il rilassamento ed il senso di vergogna nella depressione.

Durante una seduta con pazienti depressi può comparire durante o dopo il rilassamento un senso di vergogna. Il senso di vergogna sembra un segnalatore di un possibile esito da abuso[12] o in altri casi un indicatore del bisogno non soddisfatto di protezione. Altre volte è l'esito di uno stile educativo improntato sulla freddezza, svalutazione, non comprensione.

Il senso di vergogna va quindi accolto aiutando successivamente la persona a togliere dal proprio corpo le sensazioni negative. Alcune persone anche spontaneamente immaginano l'effetto di una doccia o il bagno in mare e contemporaneamente la sensazione dello sporco sulla pelle psicologica che si scioglie.

Pensieri disfunzionali ed emozioni disfunzionali.

I pensieri disfunzionali sono molto presenti e pesanti in tutti i disturbi psicologici compresa la depressione, vengono trattati durante la fase del colloquio psicologico intesa come momento pedagogico, psicoeducativo. In questa fase vengono affrontati gli episodi concreti della vita quotidiana del paziente, cercando di stimolare forme di coping adeguate da utilizzare nel sociale. Si stimola la ricerca da parte dell'Io di difese meno passive e più attive, forme di coping più assertivi.

Per uscire dal ruolo di vittima il paziente deve essere incoraggiato ad affrontare le situazioni problematiche a piccoli e concreti passi, soluzioni che la persona stessa, secondo la logica sottesa nella consulenza di tipo psicologico, deve trovare, inventarsi.

Parallelamente al lavoro di tipo pedagogico bisogna privilegiare un lavoro di conoscenza e *alfabetizzazione* delle emozioni. Questo tipo di pazienti soffrono di una forma di analfabetismo rispetto al mondo delle emozioni. Per tal motivo si dovrebbe dare importanza, durante la consulenza psicologica, alla nominazione ovvero alla ricerca del nome dell'emozione vissuta durante le situazioni critiche, sperimentate nella sua quotidianità. Dare un nome all'emozione sperimentata è un'ottima difesa.

Durante un colloquio possono emergere emozioni disfunzionali che lo psicoterapeuta può cogliere osservando gli elementi non verbali. Se viene utilizzato un colloquio psicologico immaginativo possiamo intervenire, anche durante la prima fase della terapia, in maniera veloce ed efficace partendo proprio da questi segnalatori.

La rabbia.

Gli eccessi di rabbia possono essere l'espressione, su un piano comportamentale, di uno stato depressivo. Una ragazza di 13 anni ha incominciato a reagire a situazione di stress sociale e depressione mascherata inizialmente con una forma di difesa patologica caratterizzata da svenimenti e successivamente con comportamenti aggressivi, sia verbali che agiti.

Del resto la depressione alcune volte viene letta come una forma di aggressività rivolta verso l'interno e nelle malattie d'organo come rabbia rivolta verso il proprio corpo.

Il contributo dell'IPT nella clinica e cura delle Depressioni.

La depressione metaforicamente è simile ad un diamante nero dalle molteplici sfaccettature al cui

centro è posato un forte nucleo abbandonico. Questo diamante nero la persona lo incarna, incastonandolo o al centro del torace o al centro del plesso solare.

Nella cura psicologica della depressione l'obiettivo che l'ITP si pone non è solo quello della risoluzione dei sintomi come avviene per altre tecniche. L'obiettivo clinico dell'ITP è quello di arrivare alla fonte, ovvero alla causa psicodinamica.

Lo psicoterapeuta ITP oltre a prendersi cura degli aspetti depressivi collegati alla quotidianità (famiglia, lavoro, relazioni amicali, programmi di salute giornalieri), alla regolazione dei pensieri disfunzionali, si propone altri obiettivi a breve, medio e lungo termine.

In questo articolo si cercherà di individuare alcune strategie psicoterapiche specifiche della tecnica ITP di Rigo che si confronta con le varie forme di Depressione focalizzando l'attenzione al rilassamento e alla prima fase ristrutturante.

Per noi psicoterapeuti ITP, oltre alla relazione paziente-terapeuta che contiene gli ingredienti di base quali il senso di fiducia e di empatia, i primi passaggi tecnicamente fondamentali sono il rilassamento digitale dialogato e l'avvio corretto della fase ristrutturante.

Il rilassamento e le prime sedute immaginative a carattere ristrutturante e riparativo rappresentano la Chiave d'accesso al *sistema affettivo-umorale* della persona depressa. Non è tanto il corpo, in termini generici, quanto l'*Immagine del corpo* che ci guiderà in questo percorso d'aiuto. L'Immagine del corpo è l'investimento affettivo, agito dal caregiver, che viene incarnato dall'infante. L'Immagine del corpo rappresenta la geografia affettiva ed è diversa dallo Schema del corpo. È la stessa differenza che esiste tra mappa e territorio[13]; entrambe possiedono un loro *senso di realtà* ma sono diverse.

Già Freud S.[14] nel suo approccio ai casi con isteria aveva notato questo aspetto asincronico tra corpo anatomico e corpo dell'isterica. Freud nel 1928 scriveva: *L'Io è soprattutto un Io corporeo*. Poco tempo dopo aggiungerà: *L'Io è in definitiva derivato da sensazioni corporee, soprattutto dalle sensazioni provenienti dalla superficie del corpo. Esso può dunque venire considerato come una proiezione psichica della superficie del corpo*.

Per lo psicoterapeuta che abbia acquisito una formazione con l'ITP una domanda è d'obbligo: *Qual è, come si manifesta l'Immagine del corpo in un paziente con Depressione?* Esiste in effetti, quando parliamo di patologia, una deformazione dell'Immagine del corpo. Sussiste di conseguenza un Immaginario malato con delle sue caratteristiche specifiche.

Prendendo spunto dai casi clinici seguiti in psicoterapia con la tecnica ITP ipotizzo che la persona con Depressione presenti una Immagine del corpo caratterizzata da:

- *rottura nella continuità* tra le parti del corpo o punti di articolazione come il gomito, il polso, la curvatura posteriore al ginocchio[15]
- *sensazioni psicosomatiche negative* sperimentate nelle articolazioni, come ad esempio freddo ai gomiti, brividi lungo gli arti o altre zone muscolari
- *senso di vuoto interiore* che molte volte si associa non tanto con stati d'ansia bensì con una forma d'*angoscia* vissuta come estremamente invalidante anche a livello psicosomatico.

Schilder P.[16] scrive: *“Nella depressione dove le tendenze sadiche sono tanto crudeli ed accentuate lo smembramento del modello posturale nel corpo è comune. Il soggetto depresso nega l’esistenza di quasi ogni parte del corpo. La persona si lamenta che non ci sono più gli intestini, che non riesce più ad urinare e defecare, che non ha arti; può lamentare che le sue membra siano diventati enormi. Una delle mie pazienti disse: “Sono perforata e distorta. Ho tentacoli grandi come gli animali corallini. Penso a me come ad un barile vuoto. Sono soltanto aria e polvere. La paziente affermava anche che la sua testa è diventata un pezzo di legno, e che il suo cervello è stato cucinato tanto tempo fa nella minestra”.*

Ipotizzo come questo tipo di alterazioni dell’Immagine del corpo percepite nella molteplicità di varianti Depressive non sia l’esito di una ferita psicologica, come ad esempio avviene in esperienze di Traumi oggettivi, come gli abusi sessuali. Sono l’esito della attivazione del *nucleo abbandonico primario* che i pazienti verbalizzano con una particolare descrizione di un senso di vuoto.

Nella Depressione, anche in quella Maggiore, i punti di articolazione del corpo sembrano essere depositari di memorie antiche, sensazioni negative. È essenziale, sia durante il rilassamento e sia quando la persona produce delle imagerie, far sperimentare:

- il continuum dell’Immagine del corpo
- forme immaginative di riparazione
- esperienze cenestesiche di calore.

Il continuum dell’Immagine del corpo.

Con sperimentazione del continuum dell’Immagine del corpo si intende aiutare la persona a superare le rotture suggerendo di:

- *ascoltare-vivere l’estensione e continuità* ad esempio tra mano e avambraccio rimarcando la funzione di collegamento del polso
- sottolineare come *ogni parte si colleghi al corpo*
- rimarcare il vissuto del corpo *nella sua interezza.*

Il rilassamento in sé è una forma di massaggio verbale e le parti del corpo quando vengono nominate è come se venissero toccate, provocando al termine del rilassamento un effetto di assemblamento o gestalt istantanea dell’Immagine del corpo che i pazienti stessi verbalizzano come verrà riportato nella parte dedicata ai casi clinici.

La stessa attenzione va posta quando la persona immagina gli elementi dello Scenario poiché esso è proiezione spazializzata dell’Immagine del corpo. Così, per fare degli esempi concreti, gli oggetti rotti, le forme spaccate incontrate nello Scenario immaginativo o, quando si lavora con i bambini, i giocattoli rotti, vanno tutti riparati, oppure in alternativa i pezzi vanno contenuti delle mani del terapeuta o depositati in contenitori accoglienti. La riparazione può essere sia immaginativa e sia concreta, non vi è differenza; gli effetti da un punto di vista psicologico e della cura sono assimilabili.

Questo lavoro di riparazione degli oggetti è simile alla tecnica giapponese del *kintsukuroi* (riparare il vaso rotto con l’oro) che addirittura tende ad aggiungere un valore alle rotture.

È molto significativa la scena del film di Patch Adams quando, nello Scenario concreto, il protagonista ripara il bicchiere rotto del paziente ricoverato anch’egli nella clinica. La riparazione

del bicchiere con una pezza (patch) consentì al paziente di sperimentare una riparazione simbolica e concreta della propria Immagine del corpo.

Il calore.

L'esperienza di freddo psicologico equivalente a vissuti concreti di carenza di calore o deficit di esperienze di contatto umano o deficit di legame, sono elementi tipici presenti nelle varie forme di Depressione. Uno dei dipinti eseguiti da van Gogh "*Sulla soglia dell'eternità*" del 1890 coglie bene nella postura e nei colori del personaggio tutta la tragicità di un bisogno di calore impossibile da raggiungere.

La carenza di calore viene riformulata dalla persona con sensazioni negative di freddo e rappresenta una sperimentazione concreta di insufficienza di energia primaria o esperienza di calore. Ricordo a tal proposito gli esperimenti di H. Harlow con i cuccioli di macachi che preferivano il contatto morbido al biberon di latte.

È strategicamente importante, durante il rilassamento e le visualizzazioni, ricercare e poi richiamare l'ascolto della sensazione di calore vissuta anche in un solo punto del corpo, come ad esempio il ginocchio, e poi suggerire di percepire il movimento di espansione *graduale* del calore nelle altre parti del corpo. Nel controtransfert è essenziale la parallela partecipazione del terapeuta ITP a queste esperienze del paziente.

Nelle Imagerie prodotte dal paziente si possono utilizzare tutti gli elementi dello Scenario per integrare e rafforzare le sensazioni di calore e assorbimento dell'energia.

Il tremore da brivido.

Le persone, in particolare durante le prime sedute di rilassamento, possono provare non solo le tipiche sensazioni di formicolio o di pesantezza, ma anche una sensazione più specifica collegata alla carenza di calore. Mi riferisco alla sensazione di brivido lungo alcune parti del corpo, rabbriviscono.

Il tremore da brivido, di fatto, accelera il metabolismo generando calore. Il brivido è l'alternarsi veloce di contrazioni e decontrazioni che hanno la funzione di produrre calore per scaldare il sangue.

Gli impulsi del brivido partono dal nucleo dorso mediale dell'ipotalamo in un'area vicina al pavimento del terzo ventricolo denominata centro del riscaldamento. Al centro del riscaldamento arrivano afferenze anche dai termorecettori della pelle

Esistono anche i brividi estetici definiti anche orgasmo della pelle che le persone possono provare ascoltando la musica o guardando un'opera d'arte o un film.

L'esperienza estrema del brivido è la sensazione della pelle d'oca, forse il residuo dello strato endotermico di calore ereditato dai nostri antenati il cui strato pelifero è stato da noi sostituito con i vestiti. Per tal motivo è anche importante durante il rilassamento richiamare l'ascolto dell'avvolgimento dato dai vestiti o dalla coperta.

I risultati ai test di personalità e misure fisiologiche condotti in una indagine^[17] hanno dimostrato che gli ascoltatori che hanno sperimentato la pelle d'oca hanno ottenuto punteggi alti per il tratto di

personalità chiamato apertura alle esperienze. Gli studi hanno anche evidenziato che le persone che possiedono questo tratto hanno una immaginazione insolitamente attiva, apprezzano la bellezza e la natura, riflettono profondamente.

Appare poi interessante verificare in quali parti del corpo comunque la persona sperimenti i brividi.

Il deficit di contenimento.

Altro elemento collegato alla carenza di calore, ovvero di contatto, è il deficit di contenimento che richiama il concetto di *pelle psicologica*. Tipiche sono le esperienze spiacevoli vissute durante il rilassamento dal paziente di dismorfismi, levitazione di parti del corpo, perdita di percezione di parti del corpo.

È importante che lo psicoterapeuta ITP richiami i vissuti collegati agli indumenti, aiutando la persona ad ascoltare le sensazioni di avvolgimento come parte integrante dell'Essere. Altri utili suggerimenti sono l'invitare il paziente a:

- fare piccole pressioni (pressing) sui braccioli con le mani
- sperimentare con i piedi sul pavimento movimenti di aggrappamento (clinging o gripping movement)
- afferrarsi con le mani agli indumenti o alla coperta (grasping)
- provare la messa a terra con i piedi (grounding).

Questi richiami, questa eco offerta dallo psicoterapeuta, può far risuonare nel paziente conseguenti sensazioni psicosomatiche terapeutiche di contenimento, di avvolgimento piacevole, di stringimento positivo e graduale del corpo vissuto infine nella sua interezza, globalità.

Il senso di vuoto.

Un altro fenomeno tipico che si presenta nei diversi profili di Depressione dalla forma maggiore a quella minore è il vissuto del senso di vuoto. Più ci spostiamo verso la polarità della Depressione maggiore e più il senso di vuoto assume caratteristiche somatiche, e può essere ben individuato dal paziente nella propria Immagine del corpo, meglio definibile con il termine Fantasma del corpo, poiché richiama esperienze di trauma oggettivo o relazionale.

Nei soggetti con Depressione maggiore la localizzazione, del senso di vuoto e di freddo, si manifesta con maggior frequenza nelle zone anteriori come il plesso solare, l'addome, lo spazio interno nel torace.

Nei soggetti con tumore, che considero una forma somatica di depressione, la localizzazione del vissuto di vuoto si colloca nella parte dorsale e bassa del corpo in particolare a livello del coccige e perineo. Per tal motivi il rilassamento con queste persone dovrebbe avere delle proprie caratteristiche specifiche.

La tematica del vuoto è di fatto molto ampia e richiederebbe una trattazione a parte e articolata sia verso gli aspetti problematici e sia verso quelli più evoluti.

Iperincarnazione.

La melanconia può essere descritta seguendo il pensiero di Fuchs T.[18] come iperincarnazione (Fuchs & Schimmler, 2009). Questo autore utilizza il concetto di carne di Merleau-Ponty e richiama la teoria della embodied cognition.

L'iperincarnazione può essere tradotta anche dalla presenza di ipersensibilità nelle varie forme di Depressione.

Quando iniziare l'intervento con l'ITP.

Rigo L., Rabassini A., Bernardi S., in *"Prospettive attuali sul problema dell'endogeneità e reattività delle depressioni"*, a pg 9 e pg 17, suggerisce che l'intervento psicoterapico parallelo alla terapia farmacologica dovrebbe iniziare *nella fase di ripresa dell'energia vitale o nella fase di passaggio dall'eccitamento maniacale alla depressione cioè di flusso o riflusso della libido, mai nell'acme dello stato melanconico o maniacale o di eccitamento nevrotico.*

In altri termini si tratta di prendere in considerazione il concetto di finestra di tolleranza introdotto da Siegal[19] e ora ampiamente utilizzato dalla Comunità scientifica.

Quando un soggetto si trova in uno stato di iperarousal che esce dai limiti superiori, è difficile gestire l'applicazione di una qualsiasi tecnica psicoterapica d'intervento[20]. In questi momenti sono necessarie tecniche di contenimento che possano sostituire quello che il cervello del paziente non riesce a compiere.

Un esempio estremo è quello descritto da Temple Grandin[21] un'autistica ad alto funzionamento che aveva inventato la stringitrice meccanica che le permetteva di elaborare gli input sensoriali, una tecnica concreta che sostituisse l'abbraccio umano vissuto come insopportabile e fonte di dolore. Per lei ogni stimolo sensoriale e ogni contatto verbale anche positivo le creava dolore insopportabile.

Ritengo che l'intervento con la tecnica ITP nelle due forme di espressione della Depressione, con maniacalità e senza maniacalità, debba trovare modalità di intervento specifiche rispetto ad altre sindromi.

La determinante ipersensibilità.

L'ipersensibilità può provocare nella persona con depressione delle reazioni di iper o ipo arousal, questo dipende dal tipo di legame che si è sviluppato con il caregiver di riferimento. Per tal motivo sarà importante come si svolgerà il lavoro con lo psicoterapeuta sia durante il colloquio, sia durante la parte dedicata al rilassamento e alla fase di Imagerie di tipo ristrutturante.

Il lavoro sulla ipersensibilità va direttamente collegato alla necessità di aiutare il paziente a costruire delle barriere difensive equivalenti alla costruzione della pelle psicologica. Il rilassamento sperimentato dal paziente in compresenza con il terapeuta, è il modo più efficace per aiutare il paziente a costruire quello scudo sensoriale difensivo o schermo alfa di Bion che, non essendo adeguatamente presente, non filtra le emozioni sia positive sia negative e rende il soggetto vittima dei pensieri disfunzionali.

In tutti i soggetti con psicosi e anche in soggetti autistici la carenza maggiore concerne proprio la pelle psicologica. Nei soggetti con diagnosi disturbo di personalità borderline e disturbo narcisistico troviamo una effrazione di questa barriera. In altri termini se nello psicotico e nel depresso tale

barriera risulta deficitaria o assente, nei soggetti borderline appare ferita con numerose effrazioni e buchi.

Nelle forme depressive e ciclotimiche vi è una specifica correlazione tra ipersensibilità sensoriale ed emotività autodistruttiva che può approdare al suicidio. Quando il dolore/sofferenza e/o la tristezza diventano insopportabili e non c'è modo né di buttare fuori né di avviare una elaborazione interiore/psichica, il paziente può mettere in atto la rabbia autodistruttiva.

Del resto la rabbia è una quasi emozione, cioè emozione più azione, che richiede modalità di elaborazione specifiche.

Dobbiamo quindi (tecnicamente/operativamente) procedere con *gradualità*, aiutando il paziente, depresso o bipolare, in particolare se si trova nell'area di funzionamento di tipo psicotico, ad entrare in maniera prudente in contatto con le sue sensazioni ed emozioni che, come tali, sono direttamente in contatto con l'Immagine del corpo. Il contatto più pericoloso concerne quello con il nucleo abbandonico.

Una buona regola operativa nell'ITP è quindi far entrare con molta *gradualità* il paziente in contatto con le emozioni. In altri termini la persona dovrà entrare in contatto con le emozioni solo dopo che si è costruito e ricostruito lo scudo sensoriale affinché non si traumatizzi; questo in particolare quando la depressione si accompagna con una storia di PTSD. La parte dedicata al rilassamento dovrà comprendere stati brevi e veloci di rilassamento, alcune volte si dovranno privilegiare forme di rilassamento veloci in modo particolare se si osservano forme di choc.

L'ipersensibilità sensoriale e l'ipersensibilità del sistema immunitario sono l'esito di un deficit nella costruzione della barriera sensoriale di contatto[22] di cui parla Bion W. in ambito psicanalitico, o deficit della prima funzione dell'Immagine del corpo analizzata da Pankow G[23].

Obiettivo dello psicoterapeuta ITP è il rafforzamento della barriera sensoriale mediante un lavoro costante sulla prima funzione dell'Immagine del corpo, mediante strategie specifiche dell'ITP. Ad esempio mentre la persona si sta rilassando si può chiedere di ascoltare l'avvolgimento della coperta ben aderente al corpo. Oppure durante le visualizzazioni possiamo suggerire immagini con elementi simili al rifugio, ovvero uno spazio che richiami il vissuto di sensazioni di contenimento e protezione.

Quando la persona sta immaginando possiamo rafforzare i contatti con elementi dello Scenario dai quali far emergere calore ed energia come ad esempio l'immagine del calore che proviene dal focolare o dal sole tiepido che riscalda con gradualità la pelle e gli organi interni. L'elemento calore va suggerito con *gradualità* per evitare reazioni di choc da Super Io durante il processo immaginativo.

L'attenzione alla cura della quotidianità.

Nella quotidianità per questi pazienti situazioni relazionali con il partner, i figli, i colleghi di lavoro, gli amici possono determinare forti scompensi emotivi e correlati tentativi di autodistruzione, autosvalutazione. La quotidianità è vissuta con sensazioni di fatica, senso di impotenza, stimola stati d'angoscia alcune volte presente già al risveglio mattutino.

Lo psicoterapeuta ITP dovrà, durante le fasi del colloquio psicologico immaginativo sia iniziale che

finale[24], aiutare il paziente ad assumere atteggiamenti propositivi, attivi rispetto alle situazioni contingenti. Dovrà aiutare il paziente a costruire atteggiamenti di posizionamento e di radicamento, sia di tipo difensivo sia di azione o contrapposizione.

È come se lo psicoterapeuta dovesse aiutare il paziente a ricostruire la *fase del no* che il bambino piccolo assume di fronte al mondo. È come se il paziente avesse bisogno di sentirsi dare la possibilità, il permesso di esistere in questo mondo. L'assertività va quindi appresa e nutrita.

Si tratta di guidare il paziente nel porre attenzione ai comportamenti da assumere rispetto ai momenti della giornata, cercando di indirizzarlo verso l'individuazione delle situazioni che hanno alterato la sua stabilità emotiva. L'obiettivo è quello di aiutarlo a costruire delle difese psicologiche forti, a valenza adattiva.

Il paziente dovrebbe essere incoraggiato ad uscire dal loop della passività evitando di farlo sentire in colpa. L'inattività è un punto di partenza, alcune volte è una forma di aggressività al passivo, altre volte è paragonabile ad una forma di gravidanza psicologica, dove la creatività è per così dire in gestazione in uno stato di noia.

La passività positiva e negativa durante la seduta ITP.

Durate la seduta ITP il paziente ha bisogno di vivere esperienze in cui possa sperimentare la sua passività, senza sensi di colpa, sensi di vergogna; e successivamente immaginare movimenti attivi di elementi dello Scenario rimanendo in posizioni cenestesiche piacevoli di passività. In altri termini il passaggio dal passivo (fase ristrutturante immaginativa) all'attivo (fase conflittuale) deve essere graduale. Alcune volte (vedi esempio di soggetto seduto sulla collina) l'esperienza intermedia dal passivo all'attivo viene vissuta nella sensazione di posizione o nella sensazione di un movimento semplice di una articolazione (movimento di una falange).

La coesione del Sé corporeo si ottiene attraverso esperienze immaginative a carattere *cenestesico*, che corrispondono a un senso di benessere interno chiamato passività. La cenestesia, il benessere interno, si realizza attraverso esperienze di appoggio, calore, soddisfazione, di passività piacevole o di attività rinsaldante il corpo o meglio l'Immagine del corpo, attraverso cui vengono attuate gratificazioni di vario genere, a partire dalle gratificazioni fetale e orale in particolare.

Esempi di visualizzazione intermedia di esperienze immaginative che conduco il paziente di passare da una posizione passiva ad una attiva sono:

- Mentre il soggetto si vive disteso o seduto protetto dall'ombra di un albero con la schiena ben appoggiata può immaginare di osservare il movimento di una foglia dell'albero.
- Mentre il soggetto si vive disteso su un'amaca tesa tra due solidi tronchi di albero può immaginare di osservare lo scorrere delle nuvole bianche nel cielo.
- Mentre il soggetto si vive seduto su uno sdraio all'ombra dell'ombrellone può immaginare di osservare il volo di un gabbiano sostenuto dal vento con le ali spiegate.

Se il soggetto vive le sensazioni di *passività negativa*, ovvero come esperienze di immobilità o impotenza questo significa che sta emergendo un Fantasma di costrizione, che alcune volte richiama esperienze di violenza subita.

Fernanda privilegiava il colloquio psicologico, però appena entrava nella stanza si sedeva subito nella poltrona e chiedeva che vi fosse poca luce. Il colloquio psicologico diventava quindi un momento regressivo ristrutturante, una sintesi operativa.

Il ritmo delle sedute.

Alcune volte il ritmo di seduta deve prevedere un distanziamento, ad esempio una seduta ogni 15 giorni. Questo perché per il paziente l'entrare in contatto con il mondo emotivo è vissuto come rischioso; la depressione e la connessa reattività, come nel caso di Br che viene presentato in questo lavoro, sembrano una barriera patologica di contatto protettiva dell'Io, che si sente minacciato dalle emozioni.

Il tempo della seduta.

Possiamo prediligere nella prime sedute ITP per i primi $\frac{3}{4}$ di tempo la forma di consulenza psicologica e per il restante $\frac{1}{4}$ d'ora la sperimentazione di un rilassamento senza immagini, alternato con Imagerie libere e visualizzazioni guidate dallo psicoterapeuta.

Lo psicoterapeuta nella proposta di visualizzazioni dovrebbe prendere spunto dal materiale proposto dal paziente durante il colloquio o dai sogni significativi che la persona ha raccontato come nel caso di Ma.

Anche la consulenza psicologica di tipo immaginativo ha degli effetti positivi sia per quanto concerne l'abreazione delle emozioni negative sia per quanto concerne la loro elaborazione.

Il viraggio.

Nel caso in cui durante la seduta ITP si formino immagini libere si tratta di prestare la massima attenzione al loro viraggio o trasformazione istantanea in forma distruttiva. Allo stesso tempo dobbiamo sincerarci che l'uscita dalla seduta immaginativa o conclusione sia assolutamente positiva e pulita da elementi autodistruttivi. In particolare in soggetti con diagnosi di disturbo bipolare o ciclotimia.

Anche in soggetti oncologici con grave forma di depressione è frequente trovare nelle Imagerie questi viraggi improvvisi dove interviene nello Scenario qualcosa, un suo elemento scenico, un personaggio che si trasforma in aggressione verso l'Io corporeo immaginario. Non si può concludere la seduta di tipo immaginativo senza aver trovato una soluzione positiva al dramma.

Il bisogno di attaccamento.

Un bisogno fondamentale di cui lo psicoterapeuta deve prendersi cura è il bisogno di attaccamento, che non deve trasformarsi in una dipendenza del paziente al terapeuta. Questo particolare bisogno condiziona sia il tipo di transfert del paziente sia le risposte controtransferali del terapeuta. In un contesto ambulatoriale del medico di base questi pazienti, se non trovano una risposta adeguata al bisogno di attaccamento, tendono a chiedere molte visite o trasformare in sintomi psicosomatici vari una forma di depressione mascherata.

In termini di intervento psicoterapico questo si declina in una disponibilità terapeutica che va ben oltre al tempo dedicato alla seduta, che si consuma all'interno dello studio.

Si dovrebbe costruire una forma particolare di maternage terapeutica o holding. Rammento che nel caso della schizofrenica trattata da Marguerite Sechehaye[25] la terapeuta dovette almeno inizialmente accettare e declinare il suo lavoro nella concretezza per soddisfare alcuni bisogni primari della paziente, anche nella forma di realizzazione simbolica.

Si tratta di costruire un maternage speciale, altrimenti il rischio è la seduzione o la fredda neutralità.

In casi di controtransfert patologico vi è il rischio da parte del terapeuta di avviare nel paziente una simbiosi o un transfert erotico, perché il paziente può manifestare questo difetto di base[26]. Balint sosteneva come alcuni pazienti provassero la sensazione che qualcosa manca, come esito di una grave insufficienza sperimentata nei primi mesi di vita.

L'orientamento.

Nella persona depressa prevale un senso di disorientamento e disorganizzazione, sente che ha perso i suoi algoritmi naturali.

Questo richiede un duplice intervento, durante il colloquio e poi nella seduta in poltrona. Durante la seduta ITP bisogna rafforzare l'orientamento dell'Io corporeo immaginario nello Scenario. Ad esempio se la persona immagina di essere seduta in un vagone di un treno il terapeuta può suggerire di ascoltare il senso della direzione e della spinta in avanti. Di livello superiore e più positivo è l'effetto curativo se la persona immagina di condurre la locomotiva, in questo caso si aggiungono anche la sensazione di padronanza dell'Io.

L'altro intervento che si svolge durante il colloquio ha carattere pedagogico, è rivolto alla quotidianità e richiede forme di rassicurazione empatica. Durante il colloquio si riprendono le situazioni problematiche, anche semplici, vissute durante la giornata, aiutando la persona ad ascoltare le emozioni e poi riflettere; si stimolano domande chiedendo cosa ha provato, analizzando le situazioni.

È importante aiutare la persona ad orientarsi in primis verso le risorse interne e poi verso le risorse esterne[27]. Possono essere utili a tal proposito le visualizzazioni in seduta ITP con orientamento da sx vs dx, stimolazione kinestesica (vedi esempio di seduta con percezione sotto al ginocchio) della posizione per soggetti iperattivi (timici) nella vita reale, ma passivi nello Scenario immaginario.

Le energie e le risorse.

Nelle persone con Depressione, l'assorbimento immaginativo di energia dovrebbe essere vissuto con estrema gradualità, per non provocare choc somatici o choc da Super Io.

Lo choc somatico può essere determinato dalla facilità, dovuta a forme di ipersensibilità, di trasformare semplici sensazioni in stati di iper arousal. Lo choc può essere determinato dalla presenza di un Super Io estremamente rigido e punitivo che non consente di vivere sensazioni positive.

Il paziente una volta sperimentata una forma di energia/calore deve essere accompagnato, orientato dallo psicoterapeuta nel lavoro di assorbimento sequenziale a piccole dosi della energia immaginata che può manifestarsi in parti piccole del corpo come ad esempio il mignolo.

Un esempio di sperimentazione di risorse interne di tipo cognitivo è la cura della capacità riflessiva [28]. Questo avviene quando la persona segue un particolare algoritmo, ovvero esegue in successione l'ascolto, il pensare e infine la nominazione, ovvero dare un nome alle proprie emozioni, sentimenti, comportamenti.

Altre utili sperimentazioni cognitive sono riuscire a stabilire dei sani confini e apprendere delle strategie psicologiche a carattere difensivo. Trovare delle aree di interesse dove poter manifestare la spinta della creatività. Imparare a volersi bene e a voler bene, a farsi rispettare e a rispettare.

Un esempio di risorse esterne, che si attivano dopo la sperimentazione delle precedenti risorse interne e che presuppongono una apertura verso il mondo, sono l'appartenenza a gruppi sociali che siano in sintonia con il proprio stile di personalità introverso o estroverso. Ad esempio far parte di associazioni, squadre, scuole, istituzioni religiose o culturali.

Casi clinici.

Fr, caso con depressione mascherata.

Fr è un imprenditore estremamente attivo nel suo lavoro mentre nella vita quotidiana presenta importanti disturbi del sonno, senso di autosvalutazione, vissuto di inferiorità fisica. Ha difficoltà a stabilire rapporti con le donne se non in situazione di sottomissione, molto legato alla propria madre.

Durante le sedute Fr apprezzava molto il momento del rilassamento, perché riusciva a provare sensazioni di riposo, a calmare la sua costante iperattivazione che coinvolgeva sia l'azione e sia il pensiero. Durante le sue imagerie si viveva costantemente in situazioni di totale passività, assenza di movimento nello Scenario.

L'imagerie di viraggio che segnò la comparsa del movimento nello Scenario fu quando, immaginandosi seduto sulla sommità di una collina, riuscì a percepire, grazie all'aderenza delle gambe alla curvatura della collina, la parte posteriore concava tra coscia e polpaccio (curvatura della cavità popliteo o fossa poplitea). Dopo aver approfondito questa sensazione riuscì spontaneamente ad immaginarsi nel mentre si alzava e poi camminare nello Scenario immaginativo.

In generale il movimento, l'immaginarsi in movimento nello Scenario è di particolare importanza nella terapia ITP. E' fondamentale assecondare sempre il movimento positivo, perché tende a provocare una trasformazione positiva della personalità.

G, caso con disturbo bipolare e bouffées psicotici.

G aveva ricevuto alcune diagnosi di depressione, poi disturbo bipolare, stati d'ansia e alcuni episodi di dissociazione psicotica. Attualmente in cura farmacologica con litio e tavor.

Sono interessanti le prime sedute di rilassamento. Durante il primo rilassamento G è entrato in una situazione difensiva di completa passività e si è addormentato. Nella seconda seduta ha avuto molte difficoltà nel percepire le parti del corpo come il braccio e l'avambraccio, sentiva freddo a livello delle ginocchia e dei gomiti, come se permanesse e si precisasse la rottura del continuum corporeo e della globalità. Fu proposto di conseguenza un rilassamento prolungato, insistendo molto sulla globalità della percezione del corpo, ovvero come ciascuna parte del corpo fosse collegata al tutto.

G inoltre aveva bisogno di essere aiutato nella alfabetizzazione delle proprie sensazioni ed emozioni. Era simile ad un bambino privo di un vocabolario emozionale che, nella relazione terapeutica, stava apprendendo.

Durante il rilassamento fu di grande aiuto indurre l'ascolto delle sensazioni di tepore che G iniziava a percepire spontaneamente nei gomiti, nelle ginocchia. Fu necessario poi un lavoro di espansione graduale al fine di superare i blocchi causati dal freezing psicosomatico alle articolazioni, che a sua volta producevano una forma particolare di scissione. Dobbiamo essere accorti nell'uso delle parole, infatti anche la parola calore poteva attivare delle reazioni di choc da Super io; mentre il termine tepore o percepire con gradualità il calore consentiva una migliore accettazione.

Nel quarto incontro durante il rilassamento G disse di non percepire gli appoggi, aveva sensazioni di asimmetria. Proposi quindi un rilassamento particolare, suggerendo di ascoltare gli appoggi e le posizioni e contemporanea visualizzazione gli *assi* del corpo in questa successione: nuca-collo-spina dorsale, poi nuca-collo-spalle-braccia-mani (senza uscire dalle dita delle mani), infine nuca-collo-spina dorsale-bacino-gambe-piedi (senza uscire dalle dita dei piedi).

Br. caso con depressione maggiore e stati d'angoscia.

Br. è una donna sposata con figlia, lavora. È in cura farmacologica con quetiapina, velaxina. La signora racconta che soffre d'ansia e depressione, si descrive come persona timida, malinconica, con scarsa autostima. Presenta ideazione sia suicidaria che omicida. La signora afferma che dopo anni di tranquillità i disturbi si sono ripresentati in occasione di un intervento chirurgico alla spalla. Le sedute di rilassamento e ITP sono a cadenza quindicennale.

Il primo rilassamento è stato molto breve poiché poteva diventare attivatore di stati d'ansia. Nelle successive sedute ho applicato una tecnica di rilassamento incalzante e veloce, mantenendo costante il contatto dialogico, chiedendole anche il permesso di proseguire.

Alcune volte la signora presentava un forte disturbo d'ansia prima di uscire dal rilassamento - come reazione di choc al benessere che di fatto aveva sperimentato -, proponevo quindi una sua regolazione tramite il respiro con l'espulsione dell'aria mediante tre colpi forti.

Durante la 4 seduta la signora descrive una sensazioni di peso e tensione al petto, si sente molto in ansia. Le chiedo quali parti del corpo senta rilassate, mi risponde che percepisce rilassati solo i piedi e un po' le gambe. Suggesto di ascoltare solo queste parti del corpo proponendo così brevi approfondimenti di ascolto di queste parti del corpo nominandole più volte. Questo lavoro le ha consentito di sentire sensazioni di leggerezza ai piedi e alle gambe con espansione a tutto il corpo.

Nell'8 seduta, per stabilizzare l'arousal e regolare gli stati d'ansia, ho utilizzato un rilassamento prolungato con, al termine, dei movimenti di espirazione importanti. La signora al termine ha vissuto un senso di benessere e di liberazione dei blocchi iniziali del respiro.

Durante la 9 seduta dopo il rilassamento positivo, non avendo immagini spontanee di partenza ho chiesto alla signora di ascoltare le sensazioni di tranquillità e lasciarle trasformare in una immagine o Scenario. Immagina spontaneamente una collina, lei si sente sulla sommità e da lì riesce a guardare il panorama. Approfondiamo le sensazioni degli appoggi ai piedi, le posizioni del corpo immaginato sulla sommità (= espressione della posizione di controllo dell'io nello Scenario).

Acuiamo le sensazioni dello sguardo che si estende nello spazio dello Scenario fino ai suoi confini, consentendo così una esperienza di espansione dell'Essere, contenuto comunque dai confini dell'orizzonte. Uscita dal rilassamento afferma che per la prima volta, durante il rilassamento, che si è sentita bene, non ha provato ansia. In altri termini la visualizzazione ha contribuito a produrre degli effetti positivi di rilassamento e di ristrutturazione dell'Immagine del corpo. Lo Scenario con il suo ampio spazio immaginario, posturale e visivo, ha provocato inoltre una sedazione naturale del suo stato d'ansia.

Anche in una situazione di lavoro con una ragazza di 13 anni che presentava dolore importante provocato da una infiammazione al trigemino in situazione di resistenza al trattamento farmacologico, alcune visualizzazioni guidate con esperienze immaginative di espansione dello sguardo nello Scenario, provocarono una sedazione graduale con rientro a scuola dopo tre mesi di assenza causata dalla patologia organica.

Mi sembra doveroso fare una differenza tra ansia e angoscia. Nella formazione e sperimentazione dell'angoscia le sensazioni somatiche prevalgono con senso di oppressione, di stringimento o blocco diaframmatico, palpitazione, tachicardia, sudorazione e alcune volte dolore.

L'ansia nevrotica generalmente paralizza le forze dell'Io, provoca un effetto di disorientamento, si estrinseca in azioni ripetitive, non ha una giustificazione interna sufficiente.

Em, con depressione reattiva.

Em chiede dopo alcuni anni dalla conclusione della sua iniziale psicoterapia una ripresa delle sedute poiché si sente depressa, ha difficoltà ad assumere il cibo, non riesce a dormire, piange con molta frequenza, si sente triste e depressa. Em ha due figli e si è separata dal marito da poco, un uomo estremamente immaturo e poco disponibile verso lei ma anche nei confronti dei figli. Em incontra un uomo, X, e lei si innamora, ma dopo poco lui decide di interrompere bruscamente la relazione.

Questo innamoramento e l'interruzione fanno emergere dal suo passato anche un trauma molto significativo. In lei questa separazione dal nuovo compagno X aveva attivato un profondo senso abbandonico, non riusciva a ritrovare il suo equilibrio. Soprattutto non riusciva a trovare il modo per lasciarlo andare.

Riporto una sola seduta dove viene utilizzato come momento iniziale dell'ITP la ripresa di un sogno molto significativo di Em. Di fatto, il sogno e l'imagerie l'aiuteranno a lasciar andare il suo nuovo compagno X.

Sogno: *Ero con una mia amica in auto ... (il suo Doppio[29]) ... stavamo andando ad uno dei raduni del gruppo separati ... l'ultima volta è stata una vacanza terrificante con tempo grigio e pioggia ... (associa al sogno la descrizione di uno Scenario che ben rappresenta l'aspetto depressivo) ... eravamo nell'auto piccolina mentre l'auto di X era grande ... (confronto negativo del suo lato femminile con quello maschile che di fatto trova delle spiegazioni nel suo rapporto seduttivo un caregiver significativo) ... c'era suo figlio abbracciato ... non riseco a farmi vedere e l'auto mia era chiusa, poco spaziosa ... (Em puntualizza la descrizione della propria Immagine del corpo proiettata nella figura dell'auto) ... mi dico: devo accettare ...*

Durante il colloquio successivo al sogno racconta: *I miei genitori mi fanno sentire inadeguata ... in*

questi anni mi è venuta la paura di prendere l'ascensore ... un giorno stavo per entrare in una galleria, ero in cinta del primo figlio e mi son detta non entro ... mi era capitato quando ho iniziato ad avere un po' di pancetta e mi son detta non controllo la pancia ... poi mi son ricordata della terapia con te e mi sono rilassata, così mi sono calmata ... avevo paura di rimanere intrappolata.

Prima di iniziare la seduta con ITP, considerati anche i contenuti del colloquio, le propongo di riprendere il sogno: *Immagino di essere seduta nella mia auto dalla parte del passeggero ... alla guida c'è la mia amica ... sento i piedi freddi, sento l'odore dell'auto, fuori piove ... (suggerisco che l'amica accenda il riscaldamento dell'auto e sentire il calore ... in questo scenario sembra riprendere sia scene del sogno e sia il racconto dello scenario del raduno) ... sì sento il calore ... la mia amica mi dà la mano ... (sempre è importante il dialogo costruttivo con il proprio Doppio) ... scendiamo dall'auto ora non piove più ... vedo il figlio di X da solo ... vedo X ... mi sento sospesa ... (questa perdita di peso è dovuta ad una reazione di choc e nel contempo è presente una importante difesa psicologica ovvero il guardare, il vedere) ... (suggerisco di guardare dall'alto ... questo per favorire e rafforzare una difesa psicologica di controllo da parte dell'Io, ovvero il guardare dall'alto le figure angoscianti) ... sì guardo entrambi ... abbraccio X e il figlio ... sento forte l'abbraccio ... (suggerisco di approfondire le sensazioni che le arrivano da questo abbraccio e poi di lasciar andare queste due figure e di osservare, guardare le due figure che si allontanano fino a scomparire ... le dico di immaginare di salire nella sua auto dalla parte del conducente, questo al fine di rafforzare gli aspetti di autonomia) ... guido l'auto ... ora l'auto ha le ruote larghe come quelle di un jeep ... (compare qui un viraggio, la sua auto, ovvero la sua Immagine del corpo ora viene vissuta come più forte) ... raggiungo correndo sopra l'acqua ... (in questa parte dell'imagerie sono presenti elementi di un narcisismo positivo, ben rappresentati dalla libertà di movimento e dall'elemento vitale dell'acqua successivamente rafforzato) ... mi trovo in un paesaggio di mare, c'è una spiaggia ... mi distendo su un plaid ... (suggerisco approfondimenti delle sensazioni di morbidezza e di calore a contatto con il plaid) ... ho sensazioni di calore ... ora c'è anche il sole ... ho senso di libertà ..."*

Caso M. L.

M.L. è una ragazza di 18 anni approdata alla psicoterapia per sintomi di tipo ansioso e crisi di panico, è presente, di fatto, una storia di vissuti abbandonici e stato depressivo con abbassamento periodico dell'umore, disturbo del sonno e scarsità di coping.

In questa seduta prima dell'Imagerie racconta due sogni molto significativi e nella Imagerie gli interventi psicoterapici sono stati molteplici.

Sogni:

1. *"I miei genitori mi nascondevano qualcosa ... che ero stata adottata [30] ... non ero loro figlia ... nel sogno ho vissuto una crisi d'identità e me la sono presa con loro ... poi partiamo ... no ... l'ho scoperto dopo che eravamo andati in una crociera e dovevamo prendere un appartamento della nave".*
2. *"Dovevo assolutamente spostarmi e andare in un posto tramite l'auto (nella realtà sta progettando di prendere la patente e ha iniziato a fare le prime guide con il padre e un amico della sua età) ... io non so guidare ... provavo a guidare sbattendo di qua e di là ... andavo storta ... mi dicevo: devo fare veloce ma devo stare attenta ... in qualche modo alla fine riuscivo ad arrivare".*

Dopo il rilassamento profondo M.L. produce questa imagerie spontanea durante la quale ho dovuto proporre molteplici interventi di ri-orientamento:

“Immagino un paesaggio innevato (suggerisco immediatamente di immaginare indumenti adatti per sentirsi protetta, nominandoli uno ad uno) ... è notte ... c'è un lampione ... (in questa prima parte dello Scenario compaiono elementi abbandonici e depressivi) ...

c'è un paese con case illuminate dove fanno festa (compare un fantasma di esclusione e di isolamento ... suggerisco quindi che in questo Scenario compaia un animale che la possa guidare, orientare per allontanarsi da questa situazione) ... è una renna ... la seguo ... mi porta lungo un sentiero e mi allontanano dal villaggio ... (suggerisco che la renna la conduca nella sua tana dove ad aspettarla ci sono i cuccioli) ... la tana è una casa ... dentro c'è una atmosfera festosa c'è caldo ... ora però ho sonno e provo stanchezza (suggerisco di trovare un giaciglio e sentire il suo corpo la sensazione di calore e il contatto con i corpicini dei cuccioli mentre la renna adulta controlla l'esterno)”.

Soggetti oncologici.

Caso A. con tumore.

A., una giovane donna di 21 anni, da due anni aveva un tumore molto grave nella zona genitale. Ha frequentato per 6 mesi le sedute psicoterapeutiche, che si sono svolte sia in studio sia a casa ed alcune anche in ospedale.

In lei il meccanismo psicologico di negazione era così intenso che non ha mai parlato direttamente del suo tumore, come se la malattia non esistesse.

Era una persona ipersensibile ed introversa, non le piaceva parlare di sé e tantomeno dei suoi pensieri. Questi ultimi erano sempre presenti, simili a serpenti che avvolgevano qualcosa di delicato e vitale, che lei, durante una seduta con solo rilassamento, aveva descritto con una immagine sintetica: una sfera scura, poi luminosa e pulsante localizzata tra le scapole.

L'Immaginario di A. era dominato da vissuti tattili di duro e freddo, da figure mortuarie, mosse da automatismi che lei esprimeva in modo preciso nei sogni e nelle Imagerie di cui riportiamo due esemplificazioni, un sogno raccontato alla decima seduta e l'ultima Imagerie.

Sogno:

“Era stato ricostruito RoboCop era come un essere umano. Poi quando è stato ricostruito gli altri volevano impossessarsene. E' venuta fuori una specie di battaglia. Io ero in mezzo fra due fuochi. Non era piacevole. Forse ero più dalla parte di RoboCop. Forse stavo scappando assieme a lui ... spero di non essere io RoboCop!”.

Imagerie:

“Mi trovo in un museo, non riesco a vedere cosa rappresentano i quadri, riesco a descrivere solo le cornici ... Entro in un'altra stanza ci sono delle statue che sembrano dei morti, sono bianche. Ci sono delle teste ... mi danno fastidio romperle sarebbe un sacrilegio ... entro in un'altra stanza, è vuota ... Viene suggerito di andare in un'altra stanza e trovarvi un pezzo di marmo da lavorare. Il suo

è un lavoro lungo e vissuto di modellamento della propria Immagine del corpo, alla fine riesce a ricavarne una figura femminile che le assomiglia, la lavora fino al bacino e poi si ferma perché stanca, spossata: " ... le mani sono attaccate alla materia ... mi riposo ... ora continuo mi sento soddisfatta ... l'ho terminata ... la guardo ... ho sensazioni di fastidio ... Esco dal museo, c'è un cavallo ... Gli offro del mangiare ... sento la sua vicinanza il contatto ... lo accarezzo ... rimango appoggiata ... mi sento stanca".

Caso B. con tumore.

B. era una donna di 37 anni operata quattro anni prima per un carcinoma mammario e successiva lesione a livello polmonare.

Lei, differentemente da A., parlò subito e con continuità del suo tumore e di quelle che riteneva essere le cause psicologiche. B. era molto interessata a ricercare il significato psicologico del suo male.

Il suo primo rilassamento fu emblematico. Durante il primo rilassamento B. manifestò delle leggere difficoltà nel sentire i contatti, difficoltà che però riuscì a superare muovendo le articolazioni, oppure imprimendo una leggera pressione nei punti appoggio. Quando arrivò alla percezione della fronte disse di sentire nella parte centrale il "nulla". B. doveva continuare, così le venne suggerito, partendo dalla nuca, di sentire del fluido caldo e morbido, allora affermò di vedere davanti a sé un "teschio con un fluido nero vischioso come l'olio". Furono riproposte le sensazioni di calore perché sembravano essere, tra le sensazioni tattili, quelle maggiormente positive. Quando arrivò alla percezione degli appoggi della schiena disse di vedere un'altra Sé. La vedeva ma non la sentiva. Una dimostrazione concreta, questa, di scissione.

Il senso della vista provocava delle scissioni, ovvero amplificava una condizione del suo essere sdoppiata. B. visualizzava nello stesso modo in cui pensava, il pensiero, la macchina per pensare, dirigeva anche la sua vista.

Nella stessa seduta fu ripreso il rilassamento dall'inizio, chiedendole di non pensare, di non vedere e di prestare attenzione solo alle sensazioni di contatto e di calore, le sensazioni cioè più positive e più antiche. B. allora disse *non riesco a sentire mie le parti del corpo*. Venne proposto un'altra volta il rilassamento dicendole di prestare attenzione ai contatti della sua nuca, delle sue spalle, delle sue braccia e così via. Venne posto cioè l'accento alla proprietà delle parti del corpo.

Al termine del rilassamento, durante il colloquio finale affermò che sentiva il corpo come proprio, mentre prima lo sentiva come staccato, un Doppio scisso da sé.

Questo rilassamento di B. esprime molto chiaramente come lei fosse dominata nel corpo da un livello conflittuale. Il conflitto non era depositato nella psiche ma nel corpo. La fase ristrutturante del lavoro psicoterapico con l'I.T.P. fu molto difficile. Il suo Immaginario era dominato dalle scissioni e fratture. Il suo Doppio patologico era presente ovunque, nella sua psiche e nel suo corpo come scisso, negativo, persecutorio.

Il Doppio era a tal punto separato da Sé, che B. non percepiva più il corpo e la psiche come propri. Era diventato il padre padrone che provocava effetti molteplici e patologici di fascinazione, di paura, di attrazione perturbante, di amore narcisistico patologico, di moltiplicazione, di robotizzazione.

ITP con anziani.

Nei casi di persone anziane o depresse le *regressioni dirette* a sfondo positivo o anche le regressioni provocate dal terapeuta possono essere molto utili al soggetto per recuperare energie psicofisiche e riattivare delle potenzialità dimenticate o, forse sarebbe meglio dire, bloccate da eventi successivi.

Il soggetto, ritrovando queste sacche di energia, sembra ritrovare nuova vitalità, vedersi in un altro modo.

P, una donna di 75 anni, viveva sola e non poteva uscire dalla propria abitazione a causa di una grave forma asmatica manifestatasi quando ne aveva 55. Le prime sedute iniziarono a casa e dopo soli due incontri la signora fu in grado di uscire. Anche la colite, che prima l'assillava, scomparve in un tempo brevissimo.

La terza seduta si svolse nello studio, con la possibilità di iniziare il rilassamento che, in un primo momento, sembrava di difficile avvio perché la signora, quando le veniva proposto a casa, si sentiva a disagio, affermava di non percepire la mia voce. Superate le prime resistenze, durante questa terza seduta in studio affermò spontaneamente: *"...mi sento come dopo una passeggiata in montagna...mi sento libera da tensioni...sento la mente leggera..."* .

Durante la seduta successiva venne proposto, dopo il rilassamento, di visualizzare una passeggiata in pianura: *"... sì, sto camminando ... vedo in lontananza le montagne ... c'è l'erba, i licheni ... sto scalando la montagna ... mi ricordo ..."*. La signora oggi si trasforma in un torrente di ricordi che si succedono con incredibile velocità, lei stessa durante il colloquio conclusivo afferma: *" E' come se avessi ripercorso tutto, dai due anni della mia vita, mi sentivo durante l'imagerie come allora, la mia infanzia, sentivo la forza di una volta. Grazie di avermi fatto sognare! "*.

Nella quinta seduta la signora produsse spontaneamente delle immagini dove il ricordare equivale di fatto ad un rivivere: *"Ho tante immagini che vengono ... ricordo quando sono andata sulla montagna X ... ero piccola, mia mamma mi mandò a prendere un panino ... io andai, ma mi vergognavo ... ricordo un panino con la mortadella ... lo mangiavo ..."* propongo approfondimenti, la signora passa dalle cinestesie piacevoli al tentativo parzialmente riuscito di soddisfazione delle pulsioni orali: *"Poi ricordo che stavamo tornando dalla montagna in treno con mio marito e altri amici ci divertivamo ... ricordo l'allegria ... la spensieratezza ... mi facevano rilassare quelle sensazioni ..."* propongo approfondimenti circa queste sensazioni *"Era proprio bello, la cosa più bella è stato quando ho mangiato un salame con le mani senza la forchetta e il coltello ... ho ancora le sensazioni del mordere con i denti ... di affondare i denti..."*. Vengono proposti molti approfondimenti delle sensazioni partendo dai suoi ricordi, anche perché permettono la elaborazione delle pulsioni sadico-orali che, considerati i suoi disturbi d'asma, sono di estrema importanza.

Prima di iniziare la sesta seduta, durante il colloquio iniziale, la signora raccontò che con la figlia stava andando bene e lei stessa sentiva maggiore fiducia nelle proprie capacità. Affermava poi che aveva cercato di capire di più la figura di suo padre, ovvero aveva compreso di aver ricevuto il suo affetto: *" Ho ricordato la tenerezza di mio padre "* . Inizia poi la sua Imagerie con un ricordo: *" ... ero su una funivia con una mia amica ... - è interessante osservare qui la sintesi, provocata dalla salita, di eventi e di simboli: "... andavamo dai mille ai tremila metri ... sopra prendevamo il sole ... non era né caldo né freddo ..."*. La signora si trova in una situazione di soddisfazione totale: *"... poi le montagne*

... tutte le vette ... la neve veniva fatta volare dal vento ... mi dava la sensazione di leggerezza ...". Vengono proposti molti approfondimenti relativamente alla respirazione partendo dalle sue sensazioni di leggerezza: *"... poi la luce ... la neve che riflette la luce ... è bianca ... un bianco particolare ... sembra la luce di Dio ... Poi ricordo quando siamo ritornate alla funivia ho avuto un attimo in cui un battito mi è mancato ... ho visto nero ..."*. Viene ripreso il rilassamento e riproposte le sensazioni positive provate poco prima cercando di ristrutturare l'Immagine del Corpo, intaccato dallo choc (= *ho visto nero*) che aveva in sé molteplici valenze e provenienze di tipo depressivo, ma anche abbandonico. Uscita dal rilassamento, durante il colloquio conclusivo afferma: *"Mi sento bene, non volevo uscire dal rilassamento"*. La signora sembra aver intuito la similitudine tra il rilassamento e la vita uterina: *"Ho capito che la vita è bella ... vale la pena di viverla ... mi ero messa come limite i 75 anni ... ma ora voglio vivere di più."* La signora, dicendo questo, affermava che la sua vita e la sua morte, intese come nascita, erano state riattivate e sostenute dalla relazione affettiva-umana contenuta nella terapia.

L'ottava seduta le permise di riprendere il tema della vita uterina e della propria maternità, durante l'Imagerie racconta: *" Quando è nata mia figlia è stato bellissimo ... la sentivo viva ... ricordo la felicità ..."*. La signora racconta una serie di ricordi che le richiamano il rapporto con il proprio padre e la riconducono spontaneamente ai momenti piacevoli della gravidanza e della nascita. Le propongo quindi di visualizzare un rifugio con il focolare acceso: *"... ricordo c'era un rifugio ... c'era un camino con la legna preparata ... si accendeva il fuoco ... sì, lo sento davanti a me ora ... la schiena è riparata da una giacca a vento ... è un fuoco ora non solo materiale .. non solo psicologico ... lo sento dentro! ... ora sono seduta su una poltrona del nonno ... ho la schiena protetta e il calore davanti ... è come quella volta con i ragazzi e il prete...attorno al fuoco ... sì, sento il gruppo in cerchio e io lì ... attorno al fuoco ..."*.

Il gruppo è una entità immaginativa contenitiva e, se viene considerata nella sua forma a cerchio, diventa una forma psicologica che favorisce la regressione, perché trattiene e protegge l'individuo, come il ventre della madre e come il rilassamento.

Quando rividi la Signora disse di sentirsi bene con se stessa e con gli altri, anche la figlia sembrava percepire questa sua tranquillità: *"Sto imparando a ridere, quello che non ho mai fatto in vita mia ."*. Anche nell'Imagerie inizialmente sembra riprendere questi argomenti: *"Mi sento camminare tra la gente ... sento me stessa e gli altri ... li osservo ... sento i loro muri ... è come se stessero calando i loro muri mentre io li alzo il mio ..."*. La signora non riesce a spiegare, ma quello che sta succedendo in lei è la formazione della *pelle psicologica* percepita come *barriera*, come delimitazione.

Durante la seduta successiva la signora confermò l'ipotesi avanzata poco prima, disse infatti di sentirsi, con questo metodo psicoterapico: *"ricostruire"*. Venne richiesto, durante l'Imagerie, di trasformare la sensazione di serenità provata durante il rilassamento in un colore: *"... sono due colori il rosso e il celeste ..."*. Viene suggerito di collocare ciascun colore in una mano diversa: *"... ho il celeste nella destra e il rosso nella sinistra ... sì, salgono lungo le braccia internamente ... sono arrivati in una parte centrale del corpo ... ora sento un calore alle mani ..."*. Viene suggerito la diffusione del calore anche negli organi interni polmoni, cuore: *" ... sì, lo sento lungo le braccia ... i polmoni ... il cuore ... l'intestino..."*. Nel colloquio conclusivo dirà: *" Respiravo bene !!! "* .

Il soggetto in psicoterapia con l'I.T.P., durante le *regressioni simboliche* costruisce liberamente lo Scenario e l'onirodramma partendo da analogie, da simbologie che giacciono assopite nel suo

Immaginario.

La persona in stato di rilassamento può allora immaginarsi all'interno di una conchiglia o una grotta umida, rivivendo così le sensazioni fetali di contenimento, di accoglienza, di calore, di scambio anche con le pareti dell'oggetto simbolico immaginato. Altre volte la riedizione immaginativa simbolica consente la riparazione di esperienze invece fallimentari o traumatiche.

Le *sensazioni* che il soggetto prova rappresentano concretamente il legame tra l'oggetto simbolico e l'oggetto reale. A queste immagini e sensazioni il terapeuta deve offrire il suo ascolto, per comprendere la *direzione* che l'Immaginario vuole imprimere alla vita del soggetto.

Si può allora affermare che grazie alle regressioni simboliche il soggetto:

- rivive, mediante l'Io-corporeo-Immaginario, le sensazioni
- ripara gli effetti negativi dei traumi registrati anticamente nell'Immagine del Corpo
- crea nuove fondamenta e barriere protettive, si identifica con i simboli.

che di solito si sistemano e rientrano spontaneamente.

Bibliografia.

Balint M., "La regressione", Cortina, Milano 1983.

Bion W. R., *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma, 1962.

Dersh J., Gatchel R.J., Mayer T.G., Polatin P.B., Temple O.W. (2006). Prevalence of psychiatric disorders in patients with chronic disabling occupational spinal disorders. *Spine*, 31, 1156-1162.

Freud S., Breurer J., *Studi sull'isteria*, Boringhieri, 1989.

Fuchus T., *Ecologia del cervello*, Astrolabio, 2021.

Gaskin M. E., Greene A.F., Robinson M.E., Geisser M.E. (1992). Negative affect and the experience of chronic pain, *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 707-713.

Grandin T., "Pensare per immagini", casa editrice Erickson.

Kandel E., *L'età dell'Inconscio. Arte, mente e cervello dalla grande Vienna ai nostri giorni*, Cortina, Milano, 2017.

Klein M., *Lezioni sulla tecnica*, Cortina, Milano, 2020.

Mee S., Bunney B.G, Reist C., Potkin S.G., Bunney, W.E. (2006). Psychological pain: a review of evidence, *Journal of Psychiatric Research*, 40, 680-690.

Pankow G., *L'uomo e la sua psicosi*, Feltrinelli, 1977.

Porges S., *La guida alla teoria polivagale*, Giovanni Fioriti, 2018.

Schilder P., *Immagine di Sé e schema corporeo*, Pgreco Hoepli, 2019.

Secco S., *Il Doppio. Il nostro gemello invisibile*, Psiconline, 2007.

Sechehaye M., "Diario di una schizofrenica", Giunti, 2006.

Siegel D., La mente relazionale, Cortina, 2013.

Winnicott D. W., Sviluppo affettivo e ambiente, Armando, 2013.

Ferenczi S., "Il bambino indesiderato e il suo istinto di morte". Vol.4. Cortina "Opere" 1929.

Ogden P., Fischer J., "Psicoterapia sensomotiva. Interventi per il trauma e l'attaccamento", p 231, Cortina, 2016.

[1] Kandel E., L'età dell'Inconscio. Arte, mente e cervello dalla grande Vienna ai nostri giorni, Cortina, Milano, 2017.

[2] Winnicott D. W., Sviluppo affettivo e ambiente, Armando, 2013.

[3] Klein M., Lezioni sulla tecnica, Cortina, Milano, 2020.

[4] Spitz R., Il primo anno di vita del bambino, Giunti, 2009.

[5] Porges S., La guida alla teoria polivagale, Giovanni Fiorit, 2018.

[6] Neurocezione è un termine coniato da Stephen Porges.

[7] Questi argomenti e frasi sono stati ripresi dalla Rivista *Psycomed*, 2019)

[8] Gaskin M. E., Greene A.F., Robinson M.E., Geisser M.E. (1992). Negative affect and the experience of chronic pain, *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 707-713.

[9] Dersh J., Gatchel R.J., Mayer T.G., Polatin P.B., Temple O.W. (2006). Prevalence of psychiatric disorders in patients with chronic disabling occupational spinal disorders. *Spine*, 31, 1156-1162.

[10] Mee S., Bunney B.G, Reist C., Potkin S.G., Bunney, W.E. (2006). Psychological pain: a review of evidence, *Journal of Psychiatric Research*, 40, 680-690.

[11] Le immagini non sono mai solo visive, bensì alla loro formazione partecipano tutti i canali sensoriali.

[12] Gli abusi possono essere di vario tipo: sessuale, violenza fisica, emotivo, affettivo.

[13] Alfred Kozybski.

[14] Freud S., Breurer J., Studi sull'isteria, Boringhieri, 1989.

[15] Curvatura della cavità popliteo o fossa poplitea.

[16] Schilder P., Immagine di Sé e schema corporeo, Pgreco Hoepli, 2019.

[17] Rivista Psychology of music.

[18] Fuchus T., Ecologia del cervello, Astrolabio, 2021.

[19] Siegel D., La mente relazionale, Cortina, 2013.

[20] È probabile che molti degli adulti che noi vediamo come depressi abbiano avuto una storia di bambini con forme di ADHD o altro disturbo del neurosviluppo così come viene descritto oggi nel DSM 5.

[21] Grandin T., "Pensare per immagini", casa editrice Erickson.

[22] Bion W. R., Apprendere dall'esperienza, Armando, Roma, 1962.

[23] Pankow G., L'uomo e la sua psicosi, Feltrinelli, 1977.

[24] Ricordo che la seduta ITP si compone di tre fasi: il colloquio iniziale, la parte dedicata all'imagierie in poltrona, il colloquio finale.

[25] Sechehaye M., "Diario di una schizofrenica", Giunti, 2006.

[26] Vedi anche Balint quando parla di difetto di base (The basic fault, 1968) termine con il quale egli indica un disturbo precoce delle relazioni oggettuali. Balint M. (1968), The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression, Tavistock, London [trad.it. "Il difetto fondamentale" in "La regressione", Cortina, Milano 1983.

Interessante anche Ferenczi S. (1929), "Il bambino indesiderato e il suo istinto di morte". Vol.4. Cortina "Opere".

[27] Ogden P., Fischer J., "Psicoterapia sensomotoria. Interventi per il trauma e l'attaccamento", p 231, Cortina, 2016.

[28] La capacità riflessiva è la capacità che un individuo apprende precocemente nella relazione con un caregiver significativo di pensare le emozioni, di pensare i pensieri.

[29] Secco S., Il Doppio. Il nostro gemello invisibile, Psiconline, 2007.

[30] Freud nel 1908 introduce il concetto di romanzo familiare. La persona, per lo più nella fase preadolescenziale, di fronte alla disillusione delle immagini genitoriali idealizzate fantastica o sogna di essere un orfano, un figlio illegittimo, un bambino sottratto dalla famiglia vera. È una strategia inconsapevole utilizzata per vendicarsi dei genitori. Consente quindi la manifestazione dell'odio che è l'altra faccia dell'amore di tipo simbiotico e abbassa i livelli di angoscia determinati dalla riattivazione del Complesso d'Edipo. Il romanzo familiare quindi funziona come un fattore protettivo, stimola la creatività perché induce ad esempio la persona a scrivere.