

SINTESI PSICOTRAUMATOLOGIA DOTT. GIANNANTONIO

TERAPIA SENSOMOTORIA

Il dott. Michele Giannantonio, psicologo psicoterapeuta libero professionista, insegna alla SBPC (Scuola Bolognese di Psicoterapia Cognitiva), al CISSPAT (Centro Italiano Sviluppo Psicoterapia a Breve Termine) e presso numerosi corsi e master di formazione in psicoterapia e psicotraumatologia. Socio ordinario dell'Associazione Italiana di Analisi e Modificazione del Comportamento e Terapia Comportamentale e Cognitiva (AIAMC) e dell'Associazione Italiana di Ipnosi (SII), facilitatore e supervisore EMDR, è curatore del sito internet www.psicotraumatologia.com e membro del Comitato Scientifico dell'Associazione Italiana Vulvodinia. Da un ventennio si occupa di psicotraumatologia, in particolare attraverso l'applicazione e lo studio dei seguenti approcci: EMDR, Psicoterapia Ipnocica, Psicoterapia Sensomotoria e Psicoterapia Corporea.

In "*Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi*" (2009) e nelle sue principali pubblicazioni Giannantonio esplora il modo complesso attraverso cui i traumi si manifestano sia nell'individuo sia nei gruppi. Emerge come ogni persona reagisce ad una esperienza traumatica in modo differente e, anche di fronte ad esperienze traumatiche particolarmente gravi, solo una percentuale ridotta di persone (percentuale che varia a seconda delle ricerche effettuate) svilupperà, nel lungo termine, un disturbo post-traumatico da stress. Questo può significare per lo studioso che le persone possono reagire ad un trauma anche manifestando altre forme di patologie oppure che l'attuale diagnosi di Disturbo post-traumatico da stress è eccessivamente restrittiva. In ogni caso, la risposta presentata dalla persona in seguito all'esposizione ad un evento traumatico è il risultato di una complessa interazione di molte variabili, sintetizzabili nel modo seguente (Briere, 1997):

- 1) tipo di evento stressante;
- 2) variabili della vittima;
- 3) risposta soggettiva all'evento stressante;
- 4) supporto e risorse sociali.

1) Tipo di evento stressante.

Ovviamente, a parità di condizioni, a maggiore intensità di un evento traumatico corrisponde una maggiore probabilità di avere disturbi a lungo termine; inoltre ad una maggiore intensità dell'evento corrisponde una maggiore intensità dei disturbi successivi. Un tale tipo di valutazione, però, può essere effettuata solo nel caso di eventi discreti, facilmente identificabili, connotati da un aspetto

traumatico facilmente visibile, come un terremoto, un infarto, un stupro. Molto più complesso è valutare la gravità di esperienze che dipendono molto più ampiamente dalla valutazione che viene effettuata dalla persona.

2) Variabili della vittima (per una sintesi aggiornata: Yehuda, 1999). Si tratta della variabile più interessante e problematica per quanto riguarda l'effetto dell'esposizione ad un trauma. Sono state compiute diverse osservazioni e studi sulle variabili soggettive che contribuirebbero a generare la risposta di una persona nei confronti di un evento traumatico. Alcune delle variabili che sembrano influire negativamente nella risposta ad un evento traumatico sono le seguenti:

- bassa autostima e percezione di ridotta controllabilità degli eventi;
- preesistenti disturbi psicopatologici;
- presenza di disturbi psichiatrici nei familiari;
- elevata reattività psicosomatica;
- preesistenti disturbi di personalità;
- comportamenti antisociali prima dei 15 anni;
- caratteristiche di personalità per cui si tende ad affrontare un problema emotivo con strategie di ipercontrollo e di evitamento;
- sesso femminile;
- pochi anni d'età (ma non è sempre vero);
- basso livello socioeconomico;
- disfunzioni relazionali familiari;
- precedente esposizione a traumi, specialmente se non superati adeguatamente;
- variabili genetiche;
- sviluppo inadeguato nel sistema comportamentale dell'attaccamento

3) Risposta soggettiva all'evento stressante.

Molte ricerche sembrano dimostrare l'esistenza di una correlazione fra la reazione iniziale all'evento traumatico e le condizioni di salute della vittima nei mesi successivi. Tale variabile dipende probabilmente dai punti 1, 2 e 4.

4) Supporto e risorse sociali.

Ci sono molti elementi che portano a ritenere che un trauma abbia più possibilità di essere affrontato adeguatamente e gradualmente superato se la vittima del trauma può beneficiare di relazioni sociali che le consentano di ottenere supporto emotivo. Per l'autore tale variabile deve

essere innanzitutto intesa come preesistente capacità della vittima di instaurare relazioni interpersonali solide e soddisfacenti. Sembra allora che in persone con scarse abilità interpersonali, come in alcuni disturbi di personalità, ci sia una maggiore probabilità di avere effetti negativi duraturi in seguito all'esperienza di un evento traumatico.

Da queste considerazioni appare molto chiaro come i problemi che emergono in una persona dopo essere stata esposta ad un evento traumatico non sono di tipo "causa-effetto", e cioè la conseguenza diretta ed inevitabile di quello che è successo inteso come evento storico ed oggettivo. Sono, invece, il risultato di un insieme molto complesso di variabili che, solo piuttosto arbitrariamente, può essere ricostruito a posteriori, per esempio in sede di psicoterapia o in ambito giudiziario.

Ne consegue che, anche in sede di psicoterapia, è certamente doveroso e indispensabile affrontare gli eventi traumatici che hanno influito negativamente sullo sviluppo e/o sulla serenità di una persona, ma di solito questo non è sufficiente.

Inoltre, anche nel caso in cui il disturbo della persona sia proporzionato all'entità del trauma o dei traumi subiti, non è sempre vero che si possa lavorare con una logica chirurgica. La presenza di determinati eventi traumatici, infatti, può avere compromesso un adeguato sviluppo psicologico e relazionale della persona, che solamente nei casi più fortunati si rimette in moto automaticamente e senza particolari problemi dopo essere intervenuti sugli eventi traumatici. Durante l'intervento su eventi di questo tipo si deve frequentemente intervenire sui meccanismi che hanno aiutato la persona, magari per molti anni, a tenere sotto controllo emozioni e sensazioni violente legate ai traumi. In casi di particolare complessità, infine, prima di intervenire su specifici episodi traumatici è necessario anche molto tempo, magari per sviluppare un rapporto di fiducia con il paziente oppure per creare le risorse che gli serviranno per affrontare l'intervento diretto sugli eventi traumatici. Il definitiva, come afferma Piers (1999), «il problema del paziente adulto non può essere ridotto ad un particolare set di eventi infantili».

TRAUMA E MEMORIA

Il modo in cui i ricordi traumatici si presentano ad una persona variano in funzione delle diverse componenti del ricordo che, in qualche modo, risultano inadeguate e comunque diverse rispetto al normale modo di ricordare. In presenza di ricordi traumatici, invece, la libera compresenza armonica di sensazioni, immagini, comportamenti, emozioni e significati, non è possibile, ma si ha a che fare con una grande variabilità nel modo in cui queste componenti o il loro rapporto reciproco sono alterate rispetto all'abituale modo di ricordare. Alcune modalità sono le seguenti:

1. innanzitutto le emozioni possono essere peculiari: alcuni ricordi sono così carichi emotivamente tanto che è impossibile parlarne anche dopo anni di psicoterapia, oppure risultano essenzialmente impermeabili ad ogni tentativo di rielaborazione verbale. Possono esserci ricordi estremamente intrusivi, ripetitivi, sempre uguali a se stessi da anni, che non sembrano risentire di un approccio verbale, specialmente se ciò che si ripresenta alla memoria è sovraccarico di emozioni e non è esprimibile in parole, come sensazioni viscerali o frammenti sensoriali dei ricordi, la materia prima di cui paiono essere costituiti i ricordi altamente traumatici (Levin, Lazrove, van der Kolk, 1999).

2. alcuni meccanismi di difesa della nostra mente (meccanismi dissociativi e di esclusione delle informazioni) possono condurre alle seguenti situazioni:

- rendere vuoti emotivamente i ricordi: esprimibili verbalmente, ma difficilmente modificabili attraverso le parole in quanto le emozioni ed il corpo non partecipano alla psicoterapia o alla comunicazione umana autentica e profonda; se si riesce a mobilitare queste emozioni, le parole non sembrano essere il miglior strumento per la loro gestione e rielaborazione;

- creare veri e propri stati dell'Io in vari gradi dissociati dall'ordinario flusso di consapevolezza e dalla personalità dominante (Phillips, Frederick, 1995), ovvero vere e proprie aree separate della mente con una relativa autonomia rispetto alla totalità della mente della persona;

- produrre amnesie più o meno ampie, fino alla completa dimenticanza dell'esistenza di un evento passato; una forma di memoria che invece non ha bisogno di parole, la memoria procedurale, fatta di schemi comportamentali e sensomotori, emozioni, sensazioni, tende a persistere e a condizionare la persona e si presenta come intrinsecamente incommensurabile con la parola.

- la presenza dei ricordi in stati di coscienza diversi da quello ordinario e quindi praticamente impossibili da richiamare alla nostra consapevolezza "a comando".

3. La presenza di ricordi traumatici di origine relazionale si può anche manifestare attraverso particolari dinamiche relazionali all'interno del rapporto terapeutico. Le esperienze di trascuratezza emotiva e di abuso nelle loro molteplici sfaccettature possono produrre modalità relazionali distorte che, in modo automatico, possono, ad esempio, portare il paziente alla manipolazione del rapporto terapeutico così da riprodurre un'ulteriore vittimizzazione del paziente stesso, oppure abbandono, rifiuto, eccessiva intimità o fusione, violenza psicologica, abuso sessuale e, in generale, ad effettuare test per valutare la "tenuta psicologica" dello psicoterapeuta oppure valutare quanto lo

psicoterapeuta stesso si dimostrerà diverso dalle persone che hanno fatto stare male il paziente nel corso della sua vita.

4. Possono essere presenti frammenti di ricordi intrusivi che non si riescono a collocare adeguatamente in un coerente contesto spazio temporale.

5. E' possibile che una persona possa essere tormentata da un ricordo al quale non corrisponde un evento fattuale reale oppure da un ricordo che distorce in modo più o meno ampio la realtà fattuale.

6. Quando un evento traumatico si è ripetuto più volte nel tempo, è frequente che una persona abbia difficoltà a capire quante volte si è verificato, in quale momento e a ricostruire l'esatto svolgersi degli eventi. Sembra che i ricordi siano stati assemblati in uno o pochi eventi prototipici, schemi degli eventi stessi, come avviene frequentemente secondo Giannantonio nell'abuso sessuale intrafamiliare protratto nel tempo.

7. E' possibile che alcuni eventi traumatici siano impossibili da recuperare verbalmente e congruentemente perché avvenuti prima che il cervello fosse in grado di collocarli in un contesto spazio-temporale.

8. La disarmonia del ricordare appare frequente quando una persona ricorda un evento traumatico accaduto durante l'infanzia ed esprime valutazioni di merito all'accaduto come se avesse la maturità psicologica presente al momento in cui è accaduto l'evento traumatico. Ad esempio, è molto frequente che persone abusate sessualmente in età infantile in ambito intrafamiliare si sentano in colpa a molti anni di distanza perché, a torto, ritengono di essere almeno in parte responsabili dell'accaduto in quanto si sarebbero dovute rifiutare più attivamente oppure avrebbero dovuto evitare sistematicamente la persona abusante: questo è il ragionamento di un bambino o di un ragazzino, non di una persona adulta.

TRAUMA E NEUROBIOLOGIA

Nelle varie pubblicazioni di Giannantonio emerge una vasta e sufficientemente consolidata letteratura che conferma che in presenza di alcune situazioni traumatiche, specie se estreme e ripetute nel tempo (come lo stato di guerra e l'abuso sessuale intrafamiliare), si possano rilevare alterazioni neurologiche e biochimiche. Molte ricerche testimoniano alterazioni nel volume dell'ippocampo destro in reduci di guerre, in donne soggette ad abusi sessuali prolungati nel tempo,

in persone sottoposte ad abuso fisico e psicologico protratto (Van der Kolk, et al., 1997; Bremner, 1998; Krystal, et al., 1998; Bremner et al., 1998). Queste modificazioni neurologiche sono state anche confermate in animali sottoposti a prolungato stress sociale, lesioni a loro volta correlate con il livello di cortisolo. La ricerca, inoltre, indica chiaramente come in condizioni di stress eccessivo e/o prolungato (quindi in presenza di livelli abnormi di adrenalina o cortisolo) l'amigdala, importante nella memorizzazione della paura, non sia soggetta a deficit di memorizzazione, al contrario dell'ipotalamo, implicato nell'integrazione delle memorie e nella collocazione spazio-temporale delle memorie medesime (LeDoux, 1996). In alcuni casi è stato possibile riscontrare una correlazione fra queste alterazioni e le performance di recupero verbale alla Wechsler Adult Intelligence Scale (WAIS), in presenza di quozienti intellettivi normali (Bremner, et al., 1995; Yehuda et al., 1995). Allo stesso modo, alcuni dati indicano che la corteccia prefrontale, con funzione di supervisione nell'integrazione delle esperienze, controllo e di estinzione nei confronti dei ricordi di paura memorizzati dall'amigdala, possa andare incontro ad alterazioni in condizioni particolarmente stressanti (LeDoux, 1996; Levin, Lazrove, Van der Kolk, 1999). Il corpo calloso è risultato di volume ridotto in alcuni reduci del Vietnam, in vittime di abuso sessuale protratto e in vittime di incuria con PTSD (Teicher et al., 1997). Da un punto di vista biochimico è stato osservato che, mentre un trauma singolo può produrre un incremento della memorizzazione correlato con l'incremento noradrenergico, un trauma protratto può produrre un depotenziamento mnestico a causa dell'aumento abnorme di cortisolo e noradrenalina, congiuntamente all'incremento di oppioidi (Schacter, 1999). Alcune esperienze traumatiche, in particolari condizioni, possono esitare in processi di memorizzazione anomali che tendono a non risolversi spontaneamente. Tali ricordi possono essere frammentati, non accessibili o parzialmente accessibili, connotati da emozioni magmatiche e da memorie procedurali invalidanti, dolorose e difficilmente gestibili, intrinsecamente non verbali, probabilmente anche a causa di un relativo decremento funzionale dell'emisfero cerebrale sinistro durante il ricordo di gravi traumi (Levin, Lazrove, Van der Kolk, 1999; van der Kolk et al., 1997).

Una parte sostanziale ed autorevole della letteratura sui disturbi post-traumatici supporta l'ipotesi che la fonte della sofferenza riguardi essenzialmente la memoria procedurale ovvero è la memoria implicita ad essere fonte di sofferenza nei disturbi post-traumatici, mentre la memoria esplicita può addirittura essere anche assente; negli adulti, sofferenti di disturbi post-traumatici quindi, la memoria implicita è ben conservata, laddove quella esplicita può essere deficitaria. A fronte di ciò, si impone drasticamente la constatazione che interventi psicoterapeutici orientati primariamente alla memoria semantica ed episodica hanno poche possibilità di ottenere risultati apprezzabili con i disturbi post-traumatici, specialmente se provvisti di marcate caratteristiche dissociative; i pazienti

capiscono tutto quello che c'è da capire sulla loro patologia, in termini cognitivi, psicodinamici, umanistico-esistenziali e così via, ma il disturbo rimane invariato. Al contrario, strumenti più diretti alla rielaborazione della memoria procedurale si dimostrano particolarmente efficaci.

Secondo Giannantonio tale concezione viene anche suffragata dalle conoscenze neurologiche e biochimiche sul PTSD: i dati indicano infatti come ciò che viene saldamente memorizzato in modo indelebile in coincidenza delle esperienze traumatiche sia mediato dall'amigdala, depositaria della memoria emozionale implicita (soprattutto la paura), ovvero l'aspetto procedurale dell'emozione. La mielinizzazione dell'amigdala, inoltre, avviene prima dell'ippocampo, rendendo possibile la memorizzazione in età infantile di esperienze di paura che sono impossibili da riferire in parole. Tale memorizzazione delle emozioni sarebbe inoltre indipendente dalla memorizzazione episodica e semantica delle emozioni, legata alla funzionalità dell'ippocampo (LeDoux, 1996). La valutazione di uno stimolo esterno o interno ad un trauma, inoltre, sarebbe valutato prima dall'amigdala rispetto all'ipotalamo e ciò comporta che la persona è portata a rispondere in modo condizionato prima che possano intervenire modalità di controllo più raffinate come quelle corticali, e addirittura prima che possa essere portata a termine l'attività percettiva. E' addirittura possibile produrre un condizionamento alla paura senza che la corteccia cerebrale sia coinvolta nel processo. Tutti questi elementi portano a considerare che una psicoterapia rivolta essenzialmente alle memorie emozionali episodiche e alla loro astrazione semantica è destinata al fallimento in quanto l'aspetto procedurale delle emozioni è condizionato a livello di strutture emozionali virtualmente indipendenti dal controllo corticale. La memoria episodica degli eventi traumatici, poi, può risultare alterata da variabili biochimiche, che possono anche esitare in alterazioni del substrato neurologico.

LA PSICOTERAPIA SUL TRAUMA

Qualunque psicoterapia si voglia impiegare nell'intervento con persone traumatizzate, secondo Giannantonio tale psicoterapia, seguendo Phillips e Frederick (1995), dovrebbe comunque avere i seguenti obiettivi:

1. **Stabilizzare il paziente.** La persona che deve affrontare la rielaborazione di uno o più traumi deve essere messa nelle condizioni di massima stabilità e sicurezza possibile. Ciò vuole dire che, prima di intervenire direttamente su un trauma, è necessario verificare la presenza di una sufficiente stabilità psicologica, emotiva, relazionale della persona. Se tali condizioni non sono presenti, esse diventano il primo obiettivo della psicoterapia. In alcuni casi è certamente indicato o necessario che questo processo di stabilizzazione sia condotto anche farmacologicamente. Il tempo richiesto per la

fase della stabilizzazione può variare enormemente: in alcuni casi è necessario pochissimo tempo, in casi particolari sono necessari anni prima di potere lavorare direttamente sulle esperienze traumatiche.

2. Accesso al trauma. Evidentemente, per intervenire terapeutamente su un evento traumatico, tale evento deve essere condivisibile all'interno della relazione terapeutica. Dovrà essere accuratamente ricostruito, evidenziandone gli elementi salienti, i momenti più dolorosi, le parti del ricordo che la persona evita di affrontare perché troppo dolorose, le parti del ricordo che, eventualmente, la persona non riesce a ricordare. In alcuni casi si tratta di una fase particolarmente complessa e delicata perché, oltre ad essere dolorosi, i ricordi traumatici possono presentare anche altre caratteristiche. In particolare, alcuni ricordi o parti di ricordi possono essere esclusi dalla piena consapevolezza della persona e diventare accessibili durante l'esplorazione di essi insieme al terapeuta. Ciò può comportare un notevole coinvolgimento emotivo.

3. Rielaborazione dell'esperienza traumatica. Attraverso il procedimento psicoterapeutico la persona deve potere rielaborare quanto accaduto. In particolare, deve riuscire a ripercorre mentalmente i fatti senza esserne travolta emotivamente ma, contemporaneamente, senza evitare di sentire le emozioni che questi fatti suscitano in lei.

4. Integrazione e formazione di una nuova identità. Il superamento di uno o più traumi conduce all'integrazione dei traumi stessi all'interno delle esperienze e delle conoscenze della persona. La persona attribuisce un senso all'accaduto, è in grado di parlarne adeguatamente, è consapevole che i traumi hanno avuto un effetto su di lei, ma ora è orientata non più verso il passato, bensì verso il presente ed il futuro.

PSICOTERAPIA SENSOMOTORIA

Il principale riferimento teorico e tecnico della Psicoterapia Sensomotoria è l'Hakomi Method (Kurtz, 1990), un approccio somatico alla psicoterapia a sua volta influenzato da numerose discipline fisiche, come lo yoga, l'integrazione posturale, la danza ed altri approcci basati sul movimento. Questo approccio viene però inserito in un quadro teorico che utilizza i contributi teorici e tecnici della psicoterapia psicodinamica e cognitivo-comportamentale, nonché le attuali ricerche sulle neuroscienze, la teoria dell'attaccamento e la dissociazione, con particolare riferimento ai lavori pionieristici di Janet (1919) e ai contributi recenti di Nijenhuis (2004), Steele e Van der Hart (2009) e Schore (2003).

Nata quindi come una nuova forma di psicoterapia corporea, la Psicoterapia Sensomotoria è diventata progressivamente un approccio psicoterapeutico integrato, specificatamente calibrato per trattare il PTSD e i disturbi post-traumatici complessi, così come le problematiche relative allo sviluppo e alla storia di attaccamento del paziente (Fisher & Ogden, 2009).

La psicoterapia sensomotoria, sebbene si radichi sui modelli psicoterapeutici tradizionali, si approccia al corpo come ad elemento centrale nell'ambito della valutazione e dell'intervento terapeutico, utilizzando specifici strumenti di osservazione, teorie e interventi rivolti in primis al corpo, non abitualmente presenti nella maggior parte degli approcci. Nello stesso tempo vengono integrati principi teoretici e approcci di trattamento provenienti da differenti tradizioni della salute mentale e della psicoterapia corporea.

Nella pratica clinica viene riservata una marcata attenzione alla consapevolezza e ai movimenti corporei, a come aiutare i pazienti a diventare consapevoli dei loro corpi, ad insegnare loro a seguire le loro sensazioni fisiche e ad implementare azioni fisiche che promuovono l'autostima e la competenza. I pazienti vengono innanzitutto invitati ad osservare la relazione tra la loro organizzazione fisica, le convinzioni e le emozioni. Nell'esplorazione compiuta all'interno del setting imparano anche a monitorare come le loro sensazioni fisiche, le posture e i movimenti fisici condizionano i loro stati emotivi e influenzano le parole e i contenuti che utilizzano e condividono in terapia.

Questo approccio incorpora attivamente e in modo sostanziale gli aspetti somatici all'interno della terapia, fornendo un approccio mente-corpo fortemente unificato, utilizzando, a seconda delle esigenze, interventi bottom-up o interventi top-down, senza che alcuna dimensione dell'esperienza umana venga pregiudizialmente trascurata dall'agire clinico. In questo processo il terapeuta aiuta il paziente a diventare curioso e interessato al modo in cui le risposte corporee del passato continuano a presentare la loro influenza nel contesto del tempo presente, e a come cambiare queste risposte per consentire un funzionamento più flessibile e adattivo nel presente e nelle proiezioni verso il futuro.

La principale strategia adottata dalla Psicoterapia Sensomotoria per aiutare il paziente ad elaborare i ricordi post-traumatici è quella di confrontarsi gradualmente con i ricordi stessi, approcciandoli in primis attraverso la componente sensomotoria, mantenendola inizialmente disconnessa rispetto alle dimensioni emotive e cognitive. Questo artificio, apparentemente banale, fornisce invece un aiuto importantissimo per mantenere il paziente in una condizione di sicurezza psicofisiologica, all'interno della finestra di tolleranza, dimensione ottimale per potersi confrontare, finalmente in modo diverso, con i ricordi post-traumatici.

Esistono molti tipi differenti di approcci corporei in psicoterapia, ma tutti mettono al centro dell'attenzione il ruolo fondamentale delle cosiddette "memorie corporee", che svolgono un ruolo di primo piano in psicotraumatologia. Tutte le persone ricordano attraverso immagini, suoni, odori, gusti, ma anche attraverso sensazioni fisiche. In alcuni casi, le sensazioni fisiche e la reattività corporea rappresentano l'ostacolo più importante per la serenità di una persona e queste memorie corporee, non essendo fatte di parole, richiedono interventi terapeutici di tipo più direttamente corporeo. Infatti, le memorie corporee possono risultare completamente refrattarie ad interventi psicoterapeutici basati esclusivamente sulla parola o sulla relazione terapeutica.

La maggior parte delle psicoterapie corporee utilizza il contatto fisico all'interno del contesto psicoterapeutico, anche attraverso l'uso di tecniche di bodywork (lavoro corporeo), numerosissime e anche molto differenti tra loro. In psicotraumatologia, ma anche nella psicoterapia dei disturbi sessuali, le tecniche corporee possono quindi essere considerate opportune quando:

- una persona non ha completamente rielaborato e risolto malesseri e problemi attraverso strategie terapeutiche più orientate all'uso della comprensione verbale e razionale;
- nonostante l'applicazione di efficaci strategie psicoterapeutiche che non utilizzano solo la parola, il paziente manifesta ancora importanti condizionamenti, come un atteggiamento di iperallerta, un atteggiamento problematico nei confronti del suo corpo, difficoltà di abbandono, paura del contatto fisico, dell'intimità o della sessualità, sentimenti di vergogna e di imbarazzo eccessivi nella vita di tutti i giorni; in alcuni casi, ad esempio, le persone possono non tollerare la propria nudità anche se si trovano da sole e in condizioni di assoluta sicurezza e privacy;
- una parte importante del malessere di una persona ha a che fare con il suo schema corporeo e la percezione del suo corpo; alcune parti del corpo, ad esempio, sembrano estranee, anestetizzate, "dimenticate", oppure vengono percepite con disgusto, sembrano "sporche" o estremamente vulnerabili;
- sono presenti confini corporei non adeguati; il paziente si sente "intruso" dalla presenza di un'altra persona con estrema facilità oppure, al contrario, permette una eccessiva intimità nella vita di tutti i giorni, esponendosi a situazioni pericolose o quantomeno non realmente desiderate;
- sono presenti contratture muscolari croniche che svolgono la funzione di una vera e propria "corazza emotiva", connessa ad uno specifico atteggiamento nei confronti di se stessi e delle altre

persone; questa corazza può rimanere presente, almeno in parte, anche in seguito ad un precedente intervento psicoterapeutico efficace.

- In alcuni casi queste contrazioni muscolari croniche possono invece impedire lo svolgersi ottimale della psicoterapia, impedendo l'accesso alle emozioni o ad una loro adeguata elaborazione. La persona, infatti, appare costantemente distante dal mondo delle sensazioni fisiche e delle emozioni, trovandosi costretta a compensare con un eccesso di razionalità e di rimuginazione mentale.

Possono quindi essere utilizzati approcci psicoterapeutici che lavorano sul contatto fisico e le difficoltà emotive che questo comporta, sulla costruzione di uno schema corporeo più adeguato, sulle costruzioni di confini corporei flessibili e resistenti, sull'abbandono, sulla capacità di distinguere il contatto accuditivo e "tecnico" dal contatto erotico o minaccioso, sullo scioglimento di tensioni muscolari croniche, sulla riarmonizzazione posturale.

Secondo Giannantonio il lavoro psicoterapeutico si muove quindi su differenti dimensioni ed utilizza conseguentemente strumenti ed approcci differenti, a seconda delle esigenze:

- tecniche di respirazione;
- movimento fisico;
- tecniche di rilassamento;
- lavoro sulla distanza/vicinanza per la definizione dei confini corporei;
- contatto fisico minimale;
- tecniche di massaggio profondo orientate allo scioglimento delle tensioni muscolari, al rilascio emotivo, alla riappropriazione di una percezione completa del corpo;
- tecniche di massaggio orientate al rilassamento, all'abbandono, alla percezione del piacere;
- tecniche di bodywork specifiche: riflessologia, integrazione posturale, massaggio Grinberg, Rolfing, etc.

L'uso di tecniche di rilassamento da parte di persone che hanno subito traumi può essere uno strumento di grande utilità, in alcuni casi lo si può ritenere addirittura indispensabile. Si tratta però di uno strumento di aiuto orientato a ridurre l'ansia di base di una persona e a migliorare la sua capacità di regolare, modulare le emozioni. In nessuno caso, quindi, si deve pensare a queste tecniche come a psicoterapie specificatamente orientate al trattamento dei traumi subiti. Esistono molte tecniche di rilassamento e una delle più efficaci e meglio studiate è il Training autogeno.

Training assertivo e tecniche per la crescita personale. E' esperienza frequente nelle persone che hanno subito esperienze stressanti o traumatiche prolungate, tipicamente all'interno di un contesto familiare, avere sviluppato delle capacità interpersonali relativamente carenti. In particolare, sono presenti atteggiamenti eccessivamente passivi o aggressivi, laddove si ha difficoltà a mediare tra questi estremi. Restando chiaro il fatto che in presenza di esperienze di questo tipo, secondo l'autore, la scelta principale debba essere diretta verso psicoterapie specificatamente orientate al trattamento di eventi traumatici, nondimeno può essere utile abbinare o completare un percorso terapeutico attraverso l'apprendimento di tecniche di assertività, strategie di difesa dalle critiche manipolative, incremento di un atteggiamento positivo, l'intervento attivo allo scopo di migliorare la propria autostima.

BIBLIOGRAFIA

- Giannantonio M. (2014). *Il piacere delle donne. Come affrontare e risolvere le problematiche sessuali e affettive*. Erickson
- Giannantonio M. (2013). *Trauma, attaccamento e sessualità. Psicoterapia integrata-corporea e bodywork per le ferite invisibili*. MIMESIS
- Giannantonio M. (2012). *Paura di sentire. Come gestire il «pericolo» delle emozioni*. Erickson
- Giannantonio M. (2010). *Mi vado bene? Autostima e Assertività*. Erickson
- Giannantonio M. (2009). *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi*. Erickson
- Giannantonio, M., Lenzi, S. (2009). *Il disturbo di panico. Psicoterapia cognitiva, ipnosi, EMDR*. Cortina
- Giannantonio M. (2005). *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*. Ecomind, Due Edizioni
- Giannantonio, M., Boldorini, A.L. (2002-2007). *Autostima, assertività e atteggiamento positivo. I fondamenti e la pratica dello sviluppo personale*. Ecomind, Tre edizioni