

DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS E ANALISI BIOENERGETICA

di

Giampaolo La Malfa e Barbara Tsèlèpides

La cronaca sempre più spesso ci mette a confronto con le conseguenze di violenze esercitate su singoli, gruppi o etnie. Da un punto di vista clinico, tale conseguenze sono inquadrata nella sindrome post-traumatica da stress (DPTS). Si tratta di una sindrome molto complessa dal punto di vista eziopatogenetico e difficile da trattare, sia nel breve che nel lungo termine. Nel presente articolo verrà presentata la problematica clinica del DPTS, seguita da una riflessione sugli aspetti psicopatologici. In seguito verrà evidenziato il coinvolgimento corporeo nei sintomi e il ruolo terapeutico di alcune tecniche psicoterapiche a mediazione corporea, con particolare riferimento all'Analisi Bioenergetica.

Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS)

Il Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), il più importante sistema classificativo delle malattie psichiatriche di lingua anglosassone, ha codificato i criteri che devono essere soddisfatti per una diagnosi di DPTS.

Da un punto di vista clinico il primo criterio (criterio A) riguarda l'«*esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione oppure violenza sessuale*». Vengono in seguito specificate differenti modalità di esposizione: esperienza diretta, unica o ripetuta, con dettagli estremamente avversi, generalmente nel corso dell'espletamento di doveri professionali (per esempio soccorritori che raccolgono parti dei corpi di vittime di disastri, o professionisti che vengono in contatto spesso con dettagli di abusi su bambini). Una prima caratteristica del DPTS è quindi la presenza di un evento *reale, esterno alla persona, che ne pregiudica* (di fatto o potenzialmente, direttamente o indirettamente) *l'integrità fisica*.

Ciò distingue tale evento da altri, che pure possono svolgere un ruolo altrettanto patogeno. Si pensi a notizie drammatiche ricevute improvvisamente rispetto a persone care, oppure la perdita catastrofica del lavoro o del denaro o degli affetti.

Spesso nel caso del DPTS si ha anche l'evenienza *improvvisa* dell'evento, anche se si possono avere casi di eventi traumatici ripetuti (si pensi alla violenza sessuale), in cui viene meno l'elemento dell'accadimento improvviso.

Il DSM-5 comprende (criterio B) la comparsa, *successiva all'evento/i traumatico/i*, di sintomi cosiddetti *intrusivi*. Per sintomi intrusivi si intende dei sintomi che si impongono alla coscienza del soggetto indipendentemente dalla sua volontà, anzi spesso addirittura contro la sua stessa volontà. Questi sintomi possono essere psichici, come ricordi spiacevoli e improvvisi dell'evento, sogni spiacevoli e incubi ricorrenti in relazione all'evento o *flash back* durante i quali la persona sente o agisce come se l'evento si stesse ripresentando (spesso con un coinvolgimento comportamentale, nei casi più gravi). Molti sono gli esempi: «*ormai da molti mesi non riesco a dormire bene, ho quasi sempre un incubo in cui una massa nera mi avvolge e mi soffoca*», racconta in terapia una donna vittima di una violenza sessuale; ancora: «*ieri mi recavo tranquillamente al lavoro in autobus e improvvisamente, senza ragione, ho rivissuto il mio incidente (il paziente è stato investito sulle strisce) come in un film, è stato terribile*». I sintomi intrusivi possono essere anche corporei, con marcate reazioni fisiologiche, mediate dal sistema simpatico neurovegetativo, a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano in una qualche misura all'evento traumatico. «*Non riesco a prendere l'ascensore da solo. Ogni volta che ci provo tremo e sudo*», dice un paziente che era rimasto per qualche tempo intrappolato nella cabina di una nave durante un naufragio.

Un altro gruppo di sintomi, spesso insorti come risposta ai sintomi del precedente gruppo, sono definibili come *sintomi di evitamento* (criterio C), che coincidono spesso con condotte evitanti tutte le situazioni che possono essere associate all'evento traumatico e comparsa di fobie di vario genere, le più frequenti l'agorafobia (paura di uscire da soli) e la claustrofobia (paura dei luoghi chiusi).

Il DPTS comporta anche sintomi che causano alterazioni negative sia della cognitività che dell'umore. Si può avere un disturbo della memoria (non legato a cause organiche), detto *amnesia*

dissociativa, che riguarda aspetti chiave dell'evento traumatico. «*Ricordo solo di essere salito in auto...poi un buco nero e mi sono ritrovato in ospedale*», racconta un paziente la cui auto è stata travolta da un TIR che aveva perso il controllo (i soccorritori avevano testimoniato che il paziente non aveva mai perso conoscenza). Possono essere presenti credenze negative rispetto a se stessi «*non sono stato un bravo soccorritore, avrei dovuto salvare più persone*» (si lamenta con tormento un soccorritore dopo un incendio con molte vittime), o rispetto al mondo «*non riesco a capir come faccia la gente ad uscire di casa ogni mattina. Sembra non accorgersi di tutti i pericoli che il mondo nasconde*» (riporta in terapia una paziente ferita in un recente attentato, che attualmente si rifiuta di uscire di casa). La vita di questi pazienti può essere caratterizzata da sentimenti costanti di paura, orrore, rabbia. Altre volte, invece, una marcata diminuzione di interessi verso attività che prima erano significative, con un sentimento di distacco e/o estraneità dagli altri, anche i parenti più prossimi, incapacità di provare emozioni positive. «*Da quando sono tornato dall'ospedale – racconta un militare ferito in un'operazione di guerra – ho ritrovato la mia famiglia, la mia casa. Dovrei essere contento, ma non provo niente. Mia moglie, i figli, so che mi amano, ma non riesco a provare niente. Niente mi interessa*». Quest'ultimo gruppo di sintomi spesso impone una diagnosi differenziale, spesso non facile, con l'insorgenza di disturbi depressivi anche gravi.

Particolarmente importanti sono i sintomi che interessano l'*attivazione e la reattività emozionale* (criterio E), insorti durante o dopo l'evento. L'ipervigilanza e un'esagerata risposta a stimoli ambientali sono frequenti, così come i disturbi del sonno e della concentrazione. «*Tutti i rumori mi danno fastidio, ho bisogno di silenzio, in casa devo controllare che tutto sia ben chiuso la sera prima di andare a letto. Le assicurazioni di mio marito non mi bastano mai*», racconta una donna dopo mesi di terapia in seguito ad una violenza sessuale subita. Un altro paziente sopravvissuto ad un incidente stradale mortale: «*da allora è come se il sonno fosse scomparso, i farmaci non mi fanno niente*». La comparsa di irritabilità e/o di comportamenti aggressivi spesso comporta per questi pazienti anche problemi legali. Un giovane uomo, la cui sorella era morta tra le sue braccia dopo un incidente stradale, benchè da tutti riconosciuto come posato e tranquillo, per futili motivi di circolazione, aveva aggredito diverse persone, distruggendo anche diverse suppellettili in un bar (comportamento distruttivo, o pantoclastico).

L'evoluzione nel tempo è molto varia, passando da una possibile remissione completa, a una cronicizzazione della sintomatologia e/o ad evoluzioni psicopatologiche, come quadri depressivi, bipolari, caratteriali (frequenti) o (più raramente) psicotici.

È importante osservare che i bambini sono particolarmente vulnerabili agli eventi traumatici, con forme di risposta peculiari: Per esempio è stato notato che nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile. Inoltre i bambini possono mostrare una ritualizzazione specifica del trauma nel gioco, soprattutto nei bambini di età superiore a sei anni, dopo possiamo osservare un gioco ripetitivo in cui vengono espressi temi o aspetti del trauma.

Considerazioni psicopatologiche

I criteri diagnostici sopra riportati ben riflettono la complessità di questa sindrome, che coinvolge sia il piano biologico (marcate reazioni fisiologiche a fattori scatenanti interni ed esterni, marcate alterazioni dell'*arousal* e delle reattività, difficoltà di sonno), che quello neuro-psicologico (ricordi intrusivi, *flash back*, sogni spiacevoli, difficoltà di concentrazione, pensieri negativi, riduzione d'interessi, incapacità di provare emozioni positive), comportamentale (evitamento degli stimoli, evitamento dei ricordi) e relazionale (disagio significativo in ambito sociale, lavorativo, familiare).

Benché molto complessa ed articolata, la descrizione tratteggiata del DPTS lascia irrisolte molte domande. Perché esiste nei vari soggetti una così ampia differenza di risposta (comparsa di varietà di sintomi) ad uno stesso evento? Perché l'evoluzione del disturbo è così varia? Evidentemente la risposta esaustiva a queste domande esula il compito del presente lavoro. Tuttavia alcune osservazioni sono di estremo interesse.

Innanzitutto dobbiamo ricordare che le descrizioni sopra riportate nascono tutte da un costrutto di pensiero tipicamente anglosassone, nel quali viene privilegiato il modello di reazione allo stress, ponendo l'accento sulla gravità o le circostanze dell'evento traumatico, rispetto al vissuto personale del soggetto che la vive. Se noi adottiamo un *approccio psicopatologico* alla problematica, cioè un approccio che privilegi la *comprensione* e la descrizione del *significato* dell'evento per una specifica persona, possiamo prospettare interessanti risposte ai quesiti proposti.

Per quanto riguarda la prima domanda, perché esiste una così ampia differenza di risposta ad uno stesso evento, occorre osservare che la denominazione stessa di *Disturbo Post Traumatico da Stress* può essere confusiva. Infatti la definizione anglosassone non sembra differenziare i concetti di *stress* e di *trauma*. Al contrario una distinzione tra trauma, stress ed il loro rapporto con gli *eventi di vita* (*life events* nella letteratura internazionale) può risultare molto utile nella comprensione psicopatologica.

Come precedentemente esposto, il criterio A per la diagnosi di PTSD secondo il DSM-5 riguarda l'accadimento di situazioni inusuali nella vita di una persona. La lista dei *life events* che il DSM-5 riporta¹, Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5), differisce per vari aspetti dagli eventi di vita che vengono generalmente valutati per lo stress in varie scale di valutazione². Infatti quest'ultime scale prendono in considerazione sia eventi negativi che positivi, eventi che riguardano aspetti fisici ma anche sociali e relazionali, eventi comunque di cambiamento, che sollecitano le capacità adattative del soggetto. Tali *life events* fanno parte, in differente misura, delle evenienze possibili nella vita usuale di ciascun soggetto.

Gli eventi di vita, non solo quelli negativi, generano stress, cioè sollecitazione. Lo stress è visto come la risposta non specifica dell'organismo in presenza di sollecitazioni interne ed esterne. Lo stress è quindi eminentemente una reazione all'ambiente: sparisce quando sparisce l'evento stressante. Occorre poi distinguere tra stress "normale" e stress "patologico". La distinzione tra stress normale e stress patologico si stabilisce tenendo conto della capacità di adattamento dell'organismo. Quando tale capacità viene meno, in forma acuta o cronica, compare una sintomatologia che definisce la sindrome generale d'adattamento, con vissuti di sofferenza psico-

¹ Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5): Disastri Naturali, Fuoco o esplosioni, Incidenti di trasporti, Seri incidenti sul lavoro o durante attività ricreative, Esposizione a sostanze tossiche, assalti fisici, Assalti sessuali, Altre esperienze sessuali spiacevoli, Combattimenti o esposizione in zone di guerra (militari o civili), Cattività, Malattie o ferite, Grave sofferenza umana, Improvvisa morte violenta, Improvvisa morte accidentale, Gravi ferite o morte causate ad un'altra persona.

² Una delle scale storicamente più conosciuta è la *Holmes and Rahe Stress Scale*. Nel 1967, gli psichiatri Holmes e Rahe, studiarono gli effetti dello stress sulla comparsa di malattie. Intervistarono più di 5.000 pazienti valutando la loro esperienza di una serie di 43 *life events* nei due anni precedenti la comparsa della loro malattia. Ciascun evento, chiamato *Unità di Cambiamento di Vita - Life Change Unit* (LCU), presentava un differente "peso" di stress. A quelli più frequentemente riportati veniva dato un punteggio più alto. Gli eventi con maggiore "peso" di stress risultavano essere quelli più correlati all'insorgenza di malattie. I LCU considerati erano, con tra parentesi il loro "peso stress".

fisica che possono arrivare fino a vere e proprie sindromi cliniche, con coinvolgimento fisico (sindromi psicosomatiche) e/o psicologico (ansia, depressione, fobie).

Per contro i *life events* correlati con l'insorgenza del DPTS sono caratterizzati da eccezionalità, rispetto alla usuale vita quotidiana. Questa eccezionalità dell'evento è uno dei fattori che definisce il *trauma*³ rispetto ai *life events*.

Inoltre il trauma risulta sempre da una percezione o da una sensazione diretta, non riferita da terzi: è qualcosa di visto, di sentito, di odorato. Qualcosa di reale quindi, con un rapporto diretto tra ambiente e soggetto. Infine il trauma, così inteso, in modo assolutamente caratteristico, pone il soggetto a confronto con la realtà della morte.

Ben si comprende che, nel contesto del DPTS, il trauma è il risultato di un incontro con la realtà della morte, che spesso avviene in modo improvviso, inatteso. Incontro che può riguardare se stessi, l'altro o un confronto con quella che viene detta la "morte orribile", cioè lo spettacolo orrendo di cadaveri e quanto altro, che si possono riscontrare sulla scena di eventi particolarmente gravi (incidenti, attentati, guerre). La realtà della morte, in definitiva, è vissuta come annientamento dell'essere.

Il trauma, determina un vissuto emotivo peculiare, il *terrore*, che va distinto sia dalla paura (vissuto reattivo ad uno stimolo esterno) che dall'angoscia. Il terrore coinvolge le rappresentazioni mentali: idee, pensieri, parole spariscono letteralmente dalla coscienza del soggetto. Spesso viene descritta un'esperienza come di *black out*, di "vuoto". Per un momento il soggetto è «*privo di linguaggio, e poiché l'essere umano è un essere di linguaggio, in quel momento risulta disumanizzato*⁴».

Il DSM non tiene conto di questa differenza clinica fondamentale e riporta tutto alla questione dello stress, ignorando l'aspetto essenziale del traumatismo psichico. Quindi, trauma e stress sono entità distinte, anche se è esperienza clinica comune che possano coesistere nello stesso soggetto.

³ Il termine *trauma* deriva dal greco e significa "ferita con effrazione". Il concetto di effrazione è centrale nell'analisi antropologica della violenza, come osserva la Héritier: L'idea centrale è quella dell'effrazione, tanto di un corpo concepito cioè un territorio chiuso, tanto di un territorio fisico o morale concepito come un corpo smembrabile.

⁴ F. Lebigot, *Le traumatism psychique*, Yapaka.be, Bruxelles, 2006.

Appare più corretto qualificare un evento come *traumatogeno*, più che traumatico, per sottolineare il fatto che non è l'avvenimento che è traumatico in sé, anche se grave, ma il vissuto soggettivo del soggetto che l'ha vissuto.

L'evento *traumatogeno* innesca reazioni di difesa e di adattamento nella persona che lo subisce. L'efficacia di queste strategie adattative, che sono il risultato di complessi fattori interagenti (genetici, biologici, psicologici, relazionali e culturali) può essere considerata, nel suo complesso, la *resilienza* di un determinato soggetto. La resilienza, ovvero, in psicologia, la capacità di reagire di fronte a traumi, è un fenomeno psico-fisiologico, in quanto coinvolge sempre domini fisiologici (adattamenti del soma) e psicologici (meccanismi difensivi psicologici, coping) ed è direttamente in relazione alla struttura caratteriale del soggetto. Una metafora può aiutarci a meglio comprendere il fenomeno⁵. Freud rappresentava l'apparato psichico come una sfera, delimitata da una vescicola, costituita da piccole quantità di energia detta *para-eccitazione*, che lo separa dall'esterno. Lo stress, che rappresenta una minaccia alla integrità psicofisica, preme sulla sfera, la deforma come quando si preme su un pallone sgonfio. Ciò provoca aumento della pressione interna, che determina il vissuto di angoscia. Quando la pressione si rilascia, la situazione ritorna normale. Differente è ciò che accade nel traumatismo. L'evento traumatico "rompe" la *vescicola* della nostra metafora, con una vera e propria *effrazione* dell'apparato psichico. Tramite questa effrazione l'evento si insedia nell'apparato psichico come un corpo estraneo, perturbandone il funzionamento stabilmente, anche quando la "pressione" dell'evento cessa. Da questa metafora, ben si comprende come stress e trauma, benché differenti, possano coesistere.

In conclusione l'*interazione* tra l'evento stressogeno e la persona, con la sua struttura caratteriale e le capacità di resilienza con le varie modalità di adattamento, rendono conto sia della differente presentazione sintomatologica del DPTS, anche in termini cronologici, sia delle diverse evoluzioni nel tempo della sindrome stessa. Infatti nel periodo immediatamente dopo l'evento possiamo avere o assenza di sintomi o solo sintomi aspecifici di ansia. Progressivamente poi si possono instaurare, a distanza di giorni, settimane o mesi, tutti gli altri sintomi. Per questa ragione i criteri diagnostici del DSM 5 per il DPTS richiedono un periodo di almeno sei mesi di distanza dall'evento traumatogeno.

⁵ Una metafora è un modello esplicativo, non reificabile. In questo contesto, poi, viene utilizzata al di fuori del paradigma psicoanalitico, da cui prende però origine.

Le considerazioni psicopatologiche sopra riportate, sono anche il punto di partenza delle strategie terapeutiche del DPTS⁶. Schematicamente si possono distinguere, adottando anche in questo caso un *criterio temporale*, tre differenti fasi di trattamento (Lebigot, 2006):

- ✓ *Cure immediate*: somministrate nelle prime ore dall'accadimento dell'evento stressogeno. Essenzialmente si tratta di una funzione di ascolto, di rassicurazione o di sollecitazione della parola, a seconda dell'atteggiamento prevalente della vittima (angoscia o siderazione).
- ✓ *Cure post-immediatezza dell'evento*: generalmente a distanza di giorni o settimane. Può trattarsi di semplici colloqui nei quali il soggetto è libero di esprimere quello che vuole o di sedute di *debriefing*⁷. Il *debriefing* permette, attraverso lo scambio strutturato e "significante" dell'esperienza, tipicamente suddivisa in sette "fasi" (introduzione, discussione dei fatti, discussione dei pensieri/cognizioni; discussione delle emozioni, discussione dei sintomi, informazioni, conclusione), di ridurre le possibili conseguenze negative di un avvenimento traumatico a livello psichico.
- ✓ *Cure a lungo tempo*: che dipendono dall'evoluzione clinica della sindrome e dalla personalità del soggetto.

Il corpo che si ammala e il corpo che guarisce

Il coinvolgimento corporeo nella sindrome DPTS è evidente. L'evento stressogeno, infatti, riguarda direttamente il corpo. Un corpo (o più corpi), minacciato, spesso ferito o addirittura martoriato è al centro dell'evento. Questo stesso corpo è coinvolto poi nella reazione difensiva dell'organismo all'evento traumatogeno, sia nella reazione immediata, sia a lungo termine. La reazione difensiva corporea, automatica, inconsapevole, senza rappresentazione verbale, rappresenta una modalità difensiva arcaica, ma fondamentale per la sopravvivenza della specie.

⁶ Non verranno qui prese in considerazione tutte le opzioni terapeutiche del DPTS, sia di tipo biologico psicofarmacologico, che psicoterapico, limitandosi ad una descrizione generica delle varie fasi dell'approccio terapeutico.

⁷ In inglese letteralmente interrogatorio, seduta post-operativa. Esistono diverse varianti del metodo ideato da Mitchell nel 1983. In generale tale metodo è rivolto a gruppi omogenei di lavoro (pompieri, militari, ecc.) che più che vittime sono soccorritori, ma può essere però svolto anche in sedute singole.

Il coinvolgimento corporeo della risposta difensiva si può poi iscrivere nella memoria emotiva⁸ del soggetto, contribuendo all'espressività clinica cronica della sindrome (Young, 2002).

Da un punto di vista terapeutico, esistono molti metodi psicoterapici a mediazione corporea (il corpo che guarisce), che possono organizzarsi in svariate forme, ma che mirano tutte ad ottenere una migliore integrazione degli aspetti fisici e psichici. Nel nostro contributo focalizziamo l'attenzione sulla metodica denominata *analisi bioenergetica*.

La bioenergetica, ideata da Alexander Lowen, nasce come evoluzione del pensiero e dell'opera di W. Reich (1973). Quest'ultimo, partendo da un quadro di riferimento psicoanalitico, con particolare riferimento all'opera di Ferenczi, arrivò a sottolineare l'assoluta unitarietà di corpo e mente⁹. La successione di espansione e contrazione, che rappresenta il fondamento primario di ogni forma di vita, è anche alla base della vita umana (fisica e psichica).

Ogni organismo, di fronte ad una minaccia reale o immaginaria, interna o esterna, reagisce con un'azione di contrazione, di attivazione di una risposta di allarme/lotta/fuga (stress). Se tale stato, per *vulnerabilità* interne o esterne e/o per fattori ambientali, si cronicizza, si può arrivare a quella che Reich chiamava *simpaticotonia cronica*, ossia un'attivazione cronica del sistema nervoso periferico simpatico, che determina le reazioni fisiche dello stress. Quando un individuo si trova in questa situazione, soffoca le emozioni collegate al piacere con il conseguente insorgere di rimozioni, blocchi, spasmi muscolari che costituiscono la cosiddetta "corazza caratteriale".

⁸ Con Intelligenza Emotiva ci si riferisce a un costrutto psicologico che si sviluppa negli anni '90 e definisce la capacità di usare le emozioni come una particolare forma di intelligenza, identificandole, comprendendole, gestendole per riuscire ad affrontare meglio la vita. Qualsiasi suono o immagine che è in grado di scatenare una reazione emotiva, senza che il soggetto ne abbia consapevolezza, viene trasferito alla memoria emotiva. Tale reazione comporta delle modificazioni neurofisiologiche, quali la variazione del ritmo cardiaco o del respiro, pallore, rossore, sudorazione. Tali stati vengono registrati nel talamo che è connesso al nucleo dell'amigdala a sua volta collegata con l'ipotalamo e quindi con la regolazione endocrina e neurovegetativa. L'amigdala è a sua volta bidirezionalmente correlata all'ippocampo. Pertanto un determinato evento verrà memorizzato (intelligenza emotiva), secondo le modalità suddette, anche con la sua colorazione emotiva, assumendo un valore soggettivo. Il ricordo viene immagazzinato nelle diverse aree che sono state eccitate simultaneamente, così che questo possa essere evocato nel suo insieme da qualsiasi particolare purché facente parte della scena memorizzata: il profumo dei gelsomini, una canzone è in grado così di riportarci a ricordare un evento passato della nostra vita.

⁹ La vegetoterapia è il primo metodo psicoterapico corporeo nato dalla psicoanalisi, è stata creata da Wilhelm Reich, psicoanalista e neuropsichiatra. All'inizio allievo di Sigmund Freud, poi suo collaboratore, iniziò a distaccarsi dalle idee freudiane con la sua importante opera *Analisi del carattere*, nella quale veniva messa in evidenza l'identità mente-corpo nella formazione dell'apparato psichico e criticato il concetto di istinto di morte. Proseguendo il suo lavoro su queste basi, fu sviluppata la *Vegetoterapia Carattero-Analitica*, che stabiliva una relazione tra schemi neuromuscolari e struttura del carattere.

Elaborando il pensiero di Reich e ridimensionando l'importanza della sessualità (certamente presente, ma non esclusiva), Lowen (1978) propose una tecnica psicoterapica corporea innovativa, denominata *analisi bioenergetica*.

L'analisi bioenergetica presuppone che la storia di una persona è scritta nel suo corpo. Ogni bambino ha bisogno, per crescere, di un minimo di sicurezza e di amore. Queste condizioni gli permettono di sviluppare una buona stima di se stesso e relazioni sane con gli altri. In questo processo si impone che il bambino faccia degli adattamenti sia psichici che corporei in risposta alle stimolazioni ambientali positive e negative, per proseguire la sua crescita.

Gli adattamenti che il bambino adotterà sono propri a tutti gli esseri umani e corrispondono ai meccanismi di difesa. Si ha l'abitudine di concepire i meccanismi di difesa come meccanismi che agiscono puramente sul piano psichico, mentre l'analisi bioenergetica ci mette in grado di valutare gli aspetti corporei di tale adattamento. Per esempio spesso si osserva una riduzione della respirazione come reazione all'esperienza della paura, oppure contrazioni della mascella, del collo e del dorso come espressione di una collera repressa. Per la maggior parte delle persone queste tensioni non sono coscienti e la persona sperimenta soltanto emozioni spiacevoli di ansia, tristezza, depressione, incapacità di gioire della vita.

Le caratteristiche adattative costanti dell'individuo determinano la formazione del *carattere*. Tali tratti non devono essere considerati statici e rigidi, ma evolutivi, modificandosi nel tempo in un'ottica *life span* (arco di vita). Lowen sostiene che il termine carattere riassume gli aspetti somatici e psichici della personalità in un modo gestaltico. Anche se sono stati descritti vari tipi caratteriali tipici da un punto di vista bioenergetico (carattere schizoide, orale, psicopatico, masochista, rigido), ancora non esiste una rigida tassonomia del concetto di carattere bioenergetico.

L'analisi bioenergetica dispone di un insieme di tecniche di lavoro corporeo (posture e esercizi) che permettono di approfondire la respirazione, rilassare le tensioni muscolari, migliorare la circolazione energetica ed accedere ad una libera espressione delle emozioni e dei sentimenti. Per Lowen «*La rigidità muscolare non è soltanto il risultato del processo di rimozione, ma è soprattutto il meccanismo stesso della rimozione; infatti lo scioglimento di un irrigidimento muscolare non solo libera l'energia neurovegetativa bloccata, ma riproduce anche il ricordo di quella situazione*

in cui la rimozione della pulsione si era verificata. Il carattere si configura sul versante somatico, integrato funzionalmente con il versante psichico, con la forma e il movimento del corpo. La somma totale delle tensioni muscolari viste come gestaltiche, costituiscono l'espressione corporea del carattere. L'espressione del corpo è la rappresentazione sul versante somatico di quegli stati emotivi la cui espressione sul versante psichico e comportamentale vengono genericamente definiti come carattere. Il carattere esprime unitariamente gli aspetti sia somatici che psichici della personalità e la personalità si esprime globalmente in ogni azione e in ogni atteggiamento proprio perché il carattere è l'atteggiamento fondamentale con cui l'individuo affronta la vita¹⁰».

Caratteristica peculiare della terapia *bioenergetica* è il concetto di *grounding*, ossia di “essere sulle proprie gambe”, di “avere i piedi per terra”. Il *grounding* è lo strumento che promuove il contatto con la propria realtà esterna (ambiente) e interna (il Sé). Su questa base di partenza è possibile iniziare, con opportuni esercizi fisici, a sviluppare la consapevolezza dell'associazione tra corpo ed emozioni. In seguito, sarà possibile lavorare su specifiche emozioni (sia negative quali la paura, la rabbia, il senso di abbandono, sia positive come la tenerezza, l'amore), con opportuni esercizi espressivi, al fine di viverle nel nostro presente in modo più spontaneo e costruttivo. È evidentemente necessario, seguendo i principi della Psicologia dell'Io, un lavoro di rielaborazione verbale, al fine di integrare l'espressioni emozionali con la storia personale della persona e con le sue modalità di espressione nel presente.

Per quanto riguarda l'approccio bioenergetico specifico al DPTS esso si può applicare a tutte le fasi terapeutiche precedentemente ricordate. Il lavoro terapeutico si può incentrare su due differenti livelli. Un primo livello centrato sulla componente somatica della risposta dell'organismo all'evento traumatogeno. È indicato in tal caso il lavoro sui blocchi muscolari più evidenti, con un lavoro specifico sul respiro, sulla motricità e un lavoro sull'espressività delle emozioni, per esempio la paura o la rabbia.

Un altro approccio specifico a tale disturbo, derivante dall'analisi bioenergetica, è conosciuto come metodo TRE, «*Tension, Stress and Trauma Releasing Exercises*» (esercizi di auto-regolazione delle tensioni, stress e traumi), ideato da Bercei (2016). Si tratta di una metodica che permette di

¹⁰ A. Lowen, *Il linguaggio del corpo*, Feltrinelli, Milano, 1978.

rilasciare le tensioni profonde del corpo in una maniera semplice che può essere appresa individualmente o in gruppo e poi praticata autonomamente.

Una parte degli esercizi prepara il corpo a scaricare la tensione tramite una messa in tensione controllata, che provoca delle reazioni muscolari specifiche, chiamate *tremori neurogeni*, che permettono di rilassare le tensioni risultanti dallo stress o dai traumi psichici. Le tensioni dovute allo stress ripetuto e alle conseguenze dei traumatismi trovano la loro origine all'incrocio dei punti di inserzione dei muscoli psoas e del diaframma. Esse hanno per conseguenza di «ripiegarci» su noi stessi per proteggere i nostri organi vitali.

I tremori neurogeni mettono in moto un meccanismo corporeo di autoregolazione. È un processo naturale e involontario regolato dal cervello così detto “primitivo” (zone più profonde del cervello) per preservare il corpo e mantenere l'omeostasi¹¹. Il fine di questi esercizi è di generare tremori totalmente naturali nel corpo per regolare tensioni profonde.

Un secondo livello di utilizzo delle tecniche bioenergetiche, che spesso fa seguito al precedente, prevede un lavoro specifico sul carattere. Ciò è particolarmente indicato quando l'evoluzione del DPTS vira verso una franca psicopatologia cronica. In tal caso il lavoro sulla struttura bioenergetica caratteriale si accompagna ad un lavoro verbale psicoterapico, al fine di integrare le esperienze emotive con una consapevolezza psicologica, sempre incentrata sul “qui” ed “ora” secondo i dettami della psicologia dell'io.

Conclusioni

Eventi che coinvolgono un pericolo reale, o temuto, dell'incolumità della persona, possono determinare una reazione patologica dell'organismo con sintomi che riguardano sia la sfera corporea (reazione di allarme, stress fisico, disturbi del sonno, dell'alimentazione, ecc.) sia quella neuropsicologica (difficoltà di concentrazione, disturbi della memoria, ecc.) che psicologici (ansia, depressione, fobie, psicosi). L'insieme di queste reazioni di fronte ad eventi che mettono in pericolo l'integrità fisica della persona, è denominata Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS). Tuttavia

¹¹ Il tremore neurogeno è osservabile anche nel regno animale, come attività di autoregolazione spontanea, dopo eventi traumatici. A tal riguardo esistono numerosi documentari riguardanti differenti specie animali.

per comprendere i differenti quadri clinici con cui la sindrome si può presentare (con prevalenza di questo e quel sintomo) e dell'evoluzione nel tempo del disturbo, che può andare incontro sia ad una guarigione spontanea, sia ad una cronicizzazione o ad una evoluzione in altri quadri psicopatologici (disturbi depressivi, d'ansia e fobici, ossessivi-compulsivi o francamente psicotici) impone una ulteriore precisazione psicopatologica. I differenti quadri clinici che si possono osservare, sono causati non solo dall'evento (che appare più corretto definire *traumatogeno* più che traumatico), ma da come l'organismo reagisce a tale evento. Assumono quindi molta importanza i fattori caratteriologici e la capacità di resilienza del soggetto, nel determinare sia l'effetto dell'evento stress o trauma, sia il quadro clinico che l'evoluzione nel tempo.

L'analisi del DPTS ha poi mostrato come il corpo, e il suo coinvolgimento nell'evento stressogeno, giochi un ruolo fondamentale. Per tale ragione è stata proposta l'utilità di un approccio psicoterapico che privilegi proprio il corpo, come strumento di cura. Sono stati quindi brevemente tratteggiati i principi teorici della bioenergetica, tecnica a mediazione corporea che unisce il lavoro corporeo alla analisi linguistica secondo i principi della psicologia dell'Io. Da un punto di vista pratico sono stati proposti alcuni esempi e anche una tecnica specifica, direttamente derivante dalla bioenergetica, la «*Tension, Stress and Trauma Releasing Exercises*» (TRE).

L'approccio corporeo della bioenergetica unitamente ad una più corretta indagine psicopatologica, meglio rendono conto di un disturbo, quale il DPTS, ancora oggi di difficile comprensione clinica e trattamento terapeutico.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*, Fifth Edition.

Berceli D. (2016), *Metodo TRE. Esercizi per rilasciare stress e traumi*, Spazio Interiore – Universo Olistico Milano.

Goleman D. (1996), *Intelligenza Emotiva*, Rizzoli, Milano.

Gray M., Litz, B., Hsu, J., & Lombardo T. (2004), *Psychometric properties of the Life Events Checklist (PDF) Assessment*, 11, 330-341.

Héritier F. (1996), *De la violence (I et II)*, Odile Jacob, Paris.

Holmes T.H., Rohe R.M. (1967), *The social readjustment rating scale in Psychosom*, Res. 11, 213.

Lebigot F. (2006), *Le traumatism psychique*, Yapaka.be Bruxelles.

Lowen A. (1978), *Il linguaggio del corpo*, Feltrinelli ed. Milano.

Reich W. (1973), *Analisi del Carattere*, Sugar Editore Milano.

Young B. (et al.) (2002), *L'Assistenza Psicologica nelle Emergenze*, Erickson, Trento.

Sitografia

www.leportedelse.it

www.lesportesdusoi.fr