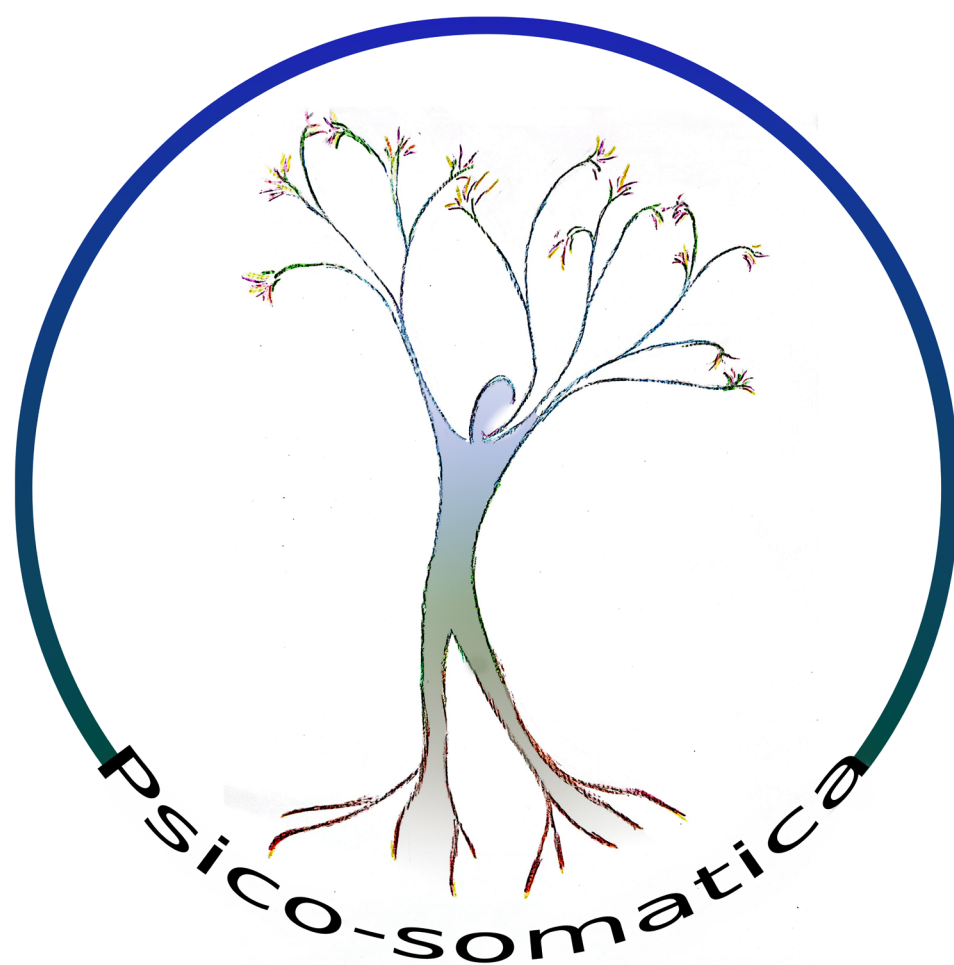


RIFLESSIONI

RIVISTA DI PSICOLOGIA GESTALT ANALITICA • n.7 • DICEMBRE 2025

TRAME PSICO-SOMATICHE IN GA.
RIFLESSIONI CLINICHE SUL TRAUMA,
L'EPIGENETICA E IL TRANSGENERAZIONALE.



AIGA[®]

RIFLESSI

INTRODUZIONE	3
CAPITOLO 1	5
Fondamenti teorici della psico-somatica in Gestalt Analitica	
Elisa Mori > La psico-somatica in GA	6
Gabriella Lorenzi > La psicosomatica relazionale di Sami Ali	19
CAPITOLO 2	26
Tracce del trauma nel corpo. Riflessioni cliniche sul trauma complesso in Gestalt Analitica	
Maria Lettieri > Trauma complesso: il linguaggio del corpo. Quando il corpo si fa sentire per dare voce a ciò che non si riesce a nominare	27
Arianna Papale > Il trauma complesso: prospettive contemporanee di trattamento	38
Francesca Piccolo > Il corpo attacca il corpo: la malattia autoimmune come risposta alla potenza delle emozioni	55
Maddalena Micheli > Ricordando l'esperienza del Workshop sull'embodiment del 2023 a l'Aquila e a Roma	62
CAPITOLO 3	66
Trame psico-somatiche: trauma, epigenetica e transgenerazionale	
Francesca Piccolo > Secondo cervello: l'influenza del microbiota nell'equilibrio tra corpo e psiche	67
Maria Lettieri > Epigenetica, intergenerazionale e transgenerazionale: tra corpo e psiche	81
Maddalena Micheli > Neuroplasticità e resilienza: il ruolo delle relazioni significative	109
Elisa Mori > Psicogenealogia e transgenerazionale teorie e sue applicazioni	122
Arianna Papale > Il transgenerazionale nel corpo: ripetere per guarire	129
CAPITOLO 4	133
Itinerari tematici	
Gianluigi Passaro > L'immaginazione attiva come via verso l'inconscio psicosomatico	134
AUTORI	148

Riflessi

Rivista di Psicologia Gestalt Analitica
Anno VIII - Numero 7 - Dicembre 2025
Registrazione presso il tribunale di Roma
n. 88/2017

In copertina:
Silvia Micheli

Direttore Responsabile
Stefano Crispino

Direttore Editoriale
Rosa Spennato

Redazione
Elisabetta Bernardi
Stefano Alessandrini
Carmen Viccaro

Progetto grafico e impaginazione
www.cristinanenna.com

Hanno collaborato
Maria Lettieri, Gabriella Lorenzi,
Maddalena Micheli, Elisa Mori,
Arianna Papale, Gianluigi Passaro,
Francesca Piccolo

Editore
Associazione Italiana Gestalt Analitica

> Maddalena Micheli

Il gruppo di studio Psico-Somatica in Gestalt Analitica nasce con l'obiettivo di porre l'attenzione su quello spazio transizionale, condensato ideograficamente nel trattino tra i due termini psiche e somatica, che allo stesso tempo, separa e unisce Psiche e Soma.

Si vuole dedicare a mettere in luce quanto nella relazione tra psiche e soma, come tra terapeuta e paziente, il sintomo psicosomatico diventi l'occasione per 'urtare' (*syn-piptein*= *cadere insieme*) il corpo, ed anche *accadere* tra il corpo del terapeuta e del paziente, dando la possibilità di essere ascoltato, contenuto e manifestato nel corpo stesso e attraverso di esso reso rappresentabile come contenuto psichico.

Lo stare in contatto con il sintomo nello spazio della relazione terapeutica modula il percorso da una modalità regressiva come il sintomo, verso una modalità progressiva come il simbolo. Il Corpo allora, come lo spazio tra terapeuta e paziente, diventa un'ancora dove poter 'stare' in senso gestaltico analitico affinché sia possibile trovare luoghi, limiti, confini nella cui esperienza di contatto fare emergere intenzionalità, consapevolezza, immagini che dallo sfondo/psiche vanno in figura/corpo.

Nell'Aprile del 2022 abbiamo dato il via al primo incontro di gruppo, il primo di una lunga serie; da subito abbiamo delineato tre macro aree di interesse: Trauma, Transgenerazionale, Neuroscienze.

Nel 2023 abbiamo presentato il primo seminario del gruppo psico-somatica in Gestalt Analitica presso l'AIGA, dal titolo: 'Tracce del trauma nel corpo. Riflessioni cliniche per il trattamento del trauma complesso in Gestalt Analitica'; sempre nello stesso anno abbiamo partecipato al XIII CONGRESSO NAZIONALE GRP 'La medicina multidisciplinare in ottica psicosomatica' tenutosi presso l'Università degli Studi dell'Aquila. Siamo stati presenti al Congresso con due proposte differenti; un Simposio dal titolo 'Processo figura-sfondo: corpo, relazione, simbolo. La psico-somatica nella Gestalt Analitica' ed un Workshop teorico-esperienziale 'L'esperienza dell'embodiment nella psico-somatica in Gestalt Analitica'. A questo congresso hanno partecipato anche due colleghi, che non fanno parte del gruppo di lavoro, Rosa Spennato e Gianluigi Passaro che hanno portato il loro contributo.

Quest'anno, 2025, a distanza di due anni, in cui le riunioni e i dibattiti sono stati fitti ed intensi, siamo state liete di proporre all'AIGA un seminario dal titolo 'Trame psicosomatiche: trauma, epigenetica e transgenerazionale', e pochi mesi dopo siamo intervenute al XIV CONGRESSO NAZIONALE GRP 'La persona e il suo ambiente nell'approccio integrato in psicosomatica' proponendo un Simposio dal titolo 'Il confine di contatto: come l'Epigenetica incontra la Psicosomatica in una visione Gestalt Analitica'.

Il Gruppo Psico-somatica in Gestalt Analitica: Elisa Mori (coordinatrice), Arianna Papale, Francesca Piccolo, Gabriella Lorenzi, Giulia Compagnone, Maddalena Micheli, Maria Lettieri e Claudia Coltellacci. E arruolata in corsa per la stesura di questa rivista Giovanna Di Carlo.

Ringraziamenti:

Un caloroso grazie va a tutte le persone che hanno contribuito alla realizzazione di questo numero della rivista *Riflessi*, ma ci teniamo a ringraziare in particolare:

Silvia Micheli, collega viterbese, per la creazione grafica del nostro logo visibile in copertina, che ha saputo cogliere una ispirazione verbale e trasformarla in un gesto artistico illuminato dove ci siamo riconosciute subito.

Lorena Rossi, medico oncologa presso l'Ospedale di Ariccia, per aver moderato il simposio di quest'anno presso il Polo Zanutto di Verona, che con la sua professionalità ed anima è in grado di abitare lo spazio tra psiche e corpo.

Gianluigi Passaro, nostro collega che è sempre pronto ad aiutarci, a partecipare ed offrire le sue conoscenze.



FONDAMENTI TEORICI
DELLA PSICO-SOMATICA
IN GESTALT ANALITICA

La psico-somatica in Gestalt Analitica

> Elisa Mori

In collaborazione con Giulia Compagnone e Giovanna Di Carlo

Questo articolo vuole essere un compendio che racchiuda i concetti fondamentali dell'approccio alla psico-somatica in Gestalt Analitica. Partendo dalla storia antica con Ippocrate e le filosofie orientali, attraversando le teorie di D. Winnicott, passando per C. G. Jung fino ad arrivare alla nostra visione che negli ultimi anni si è fatta contagiare dall'incontro con altre tecniche ed altre teorie.

Psychosomatics in Analytical Gestalt

This article offers a compendium that brings together the core concepts of the psychosomatic approach within Analytical Gestalt. Starting from ancient history with Hippocrates and Eastern philosophies, it traces the theoretical developments of D. Winnicott and C. G. Jung, arriving at our contemporary perspective, which in recent years has been enriched by encounters with other techniques and theoretical frameworks.

INTRODUZIONE

Questo articolo vuole essere una introduzione alla psico-somatica in Gestalt Analitica, tratta dai miei appunti e materiali che presento negli anni di lezione al primo anno del corso quadriennale di specializzazione in psicoterapia Gestalt Analitica. La costruzione del corpo teorico ha avuto molte trasformazioni. In occasione della pubblicazione di questo volume della rivista Riflessi che racchiude il lavoro del gruppo di ricerca, abbiamo pensato fosse utile pubblicare anche questo piccolo lavoro che racchiude i fondamenti teorici che sono alla base della nostra visione della psico-somatica.

È molto difficile mettere insieme quello che è un lavoro in continua evoluzione, fatto di confronti e studio con il gruppo di lavoro, ma il supporto delle colleghe Giulia Compagnone e Giovanna Di Carlo è stato prezioso al fine di mettere insieme il materiale e dare forma a questa idea.

Nelle lezioni affronto la psico-somatica in ogni suo aspetto storico, analitico, gestaltico fino ad arrivare al nostro modello, continuamente in evoluzione. Questo lo si evince da quanto il

gruppo di studio, che sta curando questo volume, abbia approfondito molteplici tematiche e si sia confrontato parallelamente con la professione e i casi clinici.

Intraprenderemo il viaggio a partire da alcuni cenni storici, attraversando e attingendo alle teorie particolarmente significative fino ad approdare a quelli che sono i fondamenti del nostro approccio gestaltico analitico.

CENNI STORICI: DALL'ANTICHITÀ ALLA MEDICINA MODERNA

Se l'anima si ammala essa consuma il corpo.

L'idea di un legame intrinseco tra mente e corpo affonda le radici nella storia. Già Ippocrate, nel IV secolo a.C., nella sua teoria degli umori, postulava come *gli organi ubbidiscano ai sentimenti* e come l'equilibrio psichico fosse il fondamento della salute fisica. Questa concezione olistica è alla base della teoria del pneuma (soffio vitale) che vede corpo e spirito interconnessi in un sistema dinamico.

Il termine psicosomatico si fa strada per la prima volta nel 1818 con Christian Heinroth, psichiatra tedesco della corrente romantica, il quale sosteneva come le passioni e le emozioni negative possano tradursi in manifestazioni somatiche, anticipando il concetto psicoanalitico del sintomo di conversione. La visione dello psichiatra tedesco, tuttavia, era carica di moralismo e traduceva nella colpa umana la causa delle malattie. Fu Felix Deutsch, nel 1922, a introdurre un'accezione psicodinamica al termine ampliando l'analisi con le interazioni mente-corpo.

Più o meno negli stessi anni, Sigmund Freud, influenzato dal lavoro di Jean Martin Charcot sull'isteria e l'ipnosi, sviluppò il concetto di conversione, secondo cui le idee inconse insopportabili vengono spostate, riversate sul corpo e rese sintomi somatici.

Il modello psicoanalitico di conversione era già diffuso nella psicosomatica e si proponeva di rivedere il concetto di simbolizzazione del sintomo somatico, traendo esperienza dai nuovi correlati fisiologici sulle emozioni. Riteneva che il sintomo psicosomatico fosse l'effetto di stati di attivazione fisiologica cronica ed abnorme generata da emozioni inappropriate agli stimoli o inadeguatamente veicolati. In altre parole, il sintomo era un derivato, l'espressione di un trauma.

Il termine trauma deriva dal greco e si traduce in ferita, ferita dell'anima che, quando accade, interrompe il normale modo di vivere. Due tipologie, i piccoli traumi o t, ovvero quelle esperienze soggettivamente disturbanti caratterizzate da una percezione di pericolo non particolarmente intensa, ed i traumi T, ovvero tutti quegli eventi che portano alla morte o minacciano l'integrità fisica propria o delle persone care.

Freud, a questo proposito, parla di riattualizzazione del trauma, coazione a ripetere, come tentativo inconscio di controllare una situazione dolorosa, di padroneggiare e risolvere il trauma.

Questa prospettiva segnò la svolta nella comprensione dei disturbi psicosomatici, spostando l'attenzione dal concetto di colpa alle dinamiche inconsce.

Su questa scia Georg Groddeck, allievo indiretto di Freud, interpretò le malattie come espressioni somatiche di processi simbolici inconsce, simili ai sogni. Introducendo il concetto di "Es allargato" propose una visione unitaria di psiche e corpo, dove ogni manifestazione somatica era portatrice di significato.

Lo sviluppo delle ricerche determinò l'ampliamento del raggio di interesse e con Franz Alexander venne introdotta una visione multicondizionale che mescolava fattori psicologici, genetici e somatici. Secondo la teoria della specificità il tipo di risposta emotiva, combinata alla vulnerabilità somatica individuale, determinava l'organo bersaglio del sintomo. Alexander contribuì, dunque, ad una comprensione più complessa del rapporto psiche-soma.

F. Alexander psicanalista ungherese, in merito al trauma, chiamò in causa da un lato quelli legati alla nascita, le cure, il clima emotivo nell'infanzia e, dall'altro lato, la costituzione ereditaria, le malattie organiche dell'infanzia che potrebbero aver aumentato la vulnerabilità di alcuni organi. Non ultimo, le lesioni fisiche avute nel corso della vita.

Nella metà del Novecento, Pierre Marty e Michel de M'Uzan della scuola francese di psicosomatica parlarono di pensiero operatorio descrivendo come il malessere nei pazienti psicosomatici derivasse da una ridotta capacità di simbolizzazione ed elaborazione emotiva in età infantile. Sarebbe questa carenza immaginativa a costringere il corpo a farsi mezzo di comunicazione dell'individuo, portandolo così a manifestazioni patologiche. Peter Sifneos approfondì questa prospettiva con il concetto di alessitimia. Essa rappresenterebbe la difficoltà ad identificare e descrivere le proprie emozioni, nel differenziare sentimenti e sensazioni corporee, la scarsità di fantasie e limitazione dei processi immaginativi. Una manifestazione di questo tipo si iscrive in un vero e proprio tratto di personalità che interagisce con gli eventi stressanti predisponendo la somatizzazione e lo sviluppo di malattie psicosomatiche (Trombini Baldoni, 2003).

Parallelamente, negli Stati Uniti, la ricerca si incentrò sulla relazione tra disturbo psicosomatico e stress.

Per stress si intende una risposta psicofisica a compiti di natura emotiva, cognitiva o sociale, che la persona percepisce come eccessivi. Lo stress, dunque, è una sindrome di adattamento a degli stressor (sollecitazioni), può essere fisiologica ma può avere risvolti patologici, anche cronici. Si distingue tra eustress e distress, rispettivamente stress buono e stress cattivo. Ogni stressor, che perturba l'omeostasi (equilibrio) dell'organismo richiama immediatamente reazioni regolative neuropsichiche, emotive, locomotorie, ormonali e immunologiche.

Flanders Dunbar, a questo proposito, formulò una correlazione tra profili di personalità e malattie specifiche, suggerendo come la struttura della personalità potesse condizionare le risposte corporee agli *stressor*/stimoli stressanti.

Più che focalizzarsi sulle cause eziologiche delle malattie, Dunbar rivolse la sua attenzione, in particolare, al modo in cui ciascun individuo mobilita specifiche difese corporee in risposta agli stimoli ambientali.

Partendo da tale presupposto, Dunbar elaborò il concetto di specificità di malattia in relazione alla personalità, conducendo un'ampia indagine empirica su oltre 1800 casi clinici. Questa ricerca la portò a identificare pattern ricorrenti, ovvero sindromi morbose associate a tratti di personalità comuni. Questa impostazione rimase a lungo un riferimento per il mondo scientifico, mantenendo una notevole diffusione fino agli anni Ottanta.

Le scoperte neuroscientifiche e il modello PNEI (Psiconeuroendocrinoimmunologia) arricchirono poi la comprensione del dialogo tra mente e corpo, consolidando l'idea di un network globale che mettesse in collegamento il sistema nervoso, endocrino e immunitario. In questo scenario, ruolo cruciale nella modulazione della salute fisica era svolto dalle emozioni e dallo stress.

Alcuni studi odierni dimostrano, inoltre, come neuropeptidi e altre molecole siano i messaggeri di questa comunicazione mente-corpo.

Il fisico britannico Roger Penrose ha aperto recentemente una nuova prospettiva sulla coscienza intesa come fenomeno radicato in stati quantistici a livello subatomico. Penrose, a questo proposito, ha coniato il termine *qualia*, definendolo unità fenomenologica soggettiva simile, ad esempio, all'emozione evocata da un brano musicale. Secondo la sua teoria, attraverso l'esperienza emergerebbero alla coscienza vibrazioni quantistiche che rifletterebbero proprio l'unione tra esperienza soggettiva e processi fisici.

Mauro Mancia, neurofisiologo e psicoanalista, nella sua opera *Coscienza, sogno e memoria* (1998), si oppose ad una osservazione della mente esclusivamente riconducibile alla neurofisiologia e affermò come essa fosse un fenomeno da inserire nelle indagini complesse della psicologia e della psicoanalisi. Questo approccio evidenziò la necessità di esplorare la mente come entità dinamica che si snoda all'interno del dialogo tra conscio e inconscio.

Infine, Antonio Damasio, neurologo e prestigioso ricercatore in campo psicosomatico, ha fornito un contributo fondamentale attraverso la teoria dell'interazione tra corpo e cervello. La sua celebre metafora del "cervello in una vasca" mette in evidenza l'impossibilità di concepire la mente come un'entità isolata dal corpo. In assenza di stimoli corporei, secondo Damasio, il cervello non potrebbe generare esperienze mentali significative: emozioni e sentimenti diventano espressioni di un dialogo corpo-mente radicato in circuiti neurali articolati attraverso i vissuti soggettivi.

Anche l'approccio gestaltico, dal suo canto, enfatizza l'importanza della consapevolezza corporea come via per accedere e integrare le esperienze somatiche e rende così visibile il dialogo costante tra soma e psiche.

LA PSICOSOMATICA: PONTE TRA PSICHE E SOMA

La psicosomatica è un campo di studio affascinante e complesso che si colloca nell'intersezione tra psicologia, medicina e filosofia, esplorandone l'intima connessione.

Enigmatica, oscura talvolta, questo approccio rappresenta e vuole contenere in sé proprio il punto di congiunzione tra mente e corpo, psiche e soma. La psicosomatica non si limita solamente ad un'analisi clinica dei sintomi fisici, ma abbraccia una visione olistica dell'essere umano come un'unità inscindibile, in cui i livelli biologici, psicologici e simbolici sono in continuo dialogo.

L'idea che i sintomi fisici possano riflettere conflitti o dinamiche psichiche inconscie è già nota, ma la psicosomatica moderna ne ha fatta la sua chiave interpretativa centrale: ci invita a leggere il corpo non solo come un sistema meccanico, ma come un narratore che, attraverso il linguaggio dei sintomi, esprime le storie e i vissuti dell'inconscio.

«Maggiore è il dubbio, maggiore la consapevolezza, minore è il dubbio, minore la consapevolezza. Senza dubbio non c'è consapevolezza.»

Chang Chen, *La pratica Zen*

La citazione del filosofo Chang Chen richiama al collegamento tra la psicosomatica e un aspetto filosofico e fenomenologico. In molte tradizioni spirituali, infatti, il dubbio non è una debolezza, ma diventa strumento per ampliare la comprensione della realtà. Il dubbio, dunque, non come ostacolo ma opportunità per indagare in modo più profondo la realtà.

A questo concetto è legato il principio di *epochè*.¹

Anticamente il termine *epochè* si riferiva ad eventi o periodi storici rilevanti in grado di sospendere e interrompere il normale flusso del tempo.

Con significato affine, venne rielaborato dalla filosofia fenomenologica e riferito alla «sospensione del giudizio» dovuta all'irrompere di un nuovo evento non comprensibile con i tradizionali canoni di interpretazione. Essendo soggettivo, quindi parziale, i seguaci di queste correnti preferivano sospendere il giudizio. Applicare l'*epochè* nella psicosomatica, e nella psicoterapia

¹ Il termine *epochè* anticamente si riferiva ad eventi o periodi storici particolarmente rilevanti, come la fondazione di una città, la nascita di un profeta, o anche l'inizio di una nuova era astrologica, in grado di sospendere e interrompere il normale flusso del tempo, che subiva in tal modo un mutamento qualitativo nel suo andamento. Con significato affine venne riferito alla "sospensione del giudizio" teorizzata in modo sistematico ed esauriente per la prima volta nell'antica Grecia, in particolare modo da due grandi correnti di pensiero: l'accademia media platonica (attiva dal III secolo a.C. al I secolo a.C.) e un gruppo di filosofi detti neopirroniani (o "veri scettici") (attivi fra il I e II secolo d.C.). [...] Essendo il giudizio soggettivo contestabile in quanto parziale, preferivano sospendere il giudizio. – Fonte: Wikipedia, voce "Epochè"

in generale, significa astenersi dall'etichettare un sintomo fisico esclusivamente come evento biologico, ma esplorarlo come possibile espressione simbolica di dinamiche inconse.

La prospettiva gestaltico analitica considera essenziale evitare l'adozione di modelli rigidi e soluzioni generalizzanti che tendono a offrire risposte preconfezionate e standardizzate alla complessità dell'esperienza umana. Tali approcci, sebbene rassicuranti nella loro immediatezza, rischiano di ridurre la sofferenza del corpo e della mente a un insieme di etichette diagnostiche o protocolli terapeutici replicabili, perdendo così di vista la singolarità del vissuto soggettivo e il suo radicamento relazionale.

Alla luce di ciò, viene privilegiata una posizione epistemologica e clinica fondata sull'*epochè*, intesa come sospensione intenzionale di giudizi automatici, teorie precostituite e interpretazioni abituali. Questo atteggiamento sospensivo non implica passività, ma una disponibilità attiva ad accogliere ciò che si manifesta nel corpo e nella relazione con l'altro, anche quando sfugge alle griglie interpretative già note. La sintomatologia, in questa prospettiva, non è un oggetto da eliminare ma un evento da ascoltare, un'interruzione significativa che può aprire a un mutamento di senso e a una riorganizzazione profonda del vissuto.

È in questa sospensione che il corpo parla e chiede di essere riconosciuto non solo come luogo del sintomo, ma come soglia di significati emergenti, in cui il sintomo diventa linguaggio dell'esperienza, traccia di una storia relazionale e simbolica da esplorare insieme.

Jacques Lacan parla del sintomo come di una "porta di accesso all'analisi": un fenomeno che, per quanto enigmatico e apparentemente privo di significato, può aprire la strada ad una espressione simbolica. Esso diventa così una chiave di lettura che permette di accedere a dimensioni non verbalizzate e non consapevoli dell'esperienza umana.

Questo è l'approccio cardine della psicosomatica, che si pone l'obiettivo di decifrare i messaggi che il corpo trasmette implicitamente attraverso il sintomo. Un corpo che, in questo senso, rappresenta lo spazio in cui si iscrivono le tensioni emotive, i desideri inespressi e i traumi non risolti.

La psicosomatica, dunque, si pone come disciplina di frontiera andando a collegare aree apparentemente distanti, come la filosofia esistenziale, la psicologia clinica e le neuroscienze, proponendo una lettura integrata del vissuto umano. Un approccio multidimensionale in cui nella trama biologica, psicologica e sociale si intrecciano non solo i processi interni, ma anche il contesto relazionale e culturale dell'individuo.

In molte terapie si 'ragiona sulle emozioni'. In questo modo è difficile modificare gli schemi sottostanti, attraverso il corpo invece si può entrare in un vissuto e pertanto modificare lo schema cui è riferito.

Il contributo della psicosomatica ha, quindi, determinato il superamento della dicotomia tra mente e corpo, una distinzione a lungo centrale nella medicina occidentale: il corpo nella

prospettiva psicosomatica non è un'entità separata dalla psiche, ma un interlocutore attivo, capace di tradurre emozioni, paure e desideri in manifestazioni tangibili.

L'osservazione clinica conferma, infatti, come spesso i disturbi somatici si sviluppino in risposta a conflitti inconsci o esperienze traumatiche che non hanno trovato una loro espressione simbolica. In questo senso, il lavoro terapeutico non mira soltanto al sintomo fisico, ma anche a comprenderne il significato profondo e restituire all'individuo la possibilità di dare voce a ciò che il corpo ha veicolato attraverso la sofferenza.

In questo contesto, il terapeuta si pone come un esploratore che accompagna il paziente nel dare senso al proprio sintomo, aprendo nuove possibilità di consapevolezza e trasformazione.

Mente e corpo, psiche e soma: non mondi separati ma facce di una stessa realtà in costante dialogo tra loro.

LA VISIONE INTEGRATA DI DONALD WINNICOTT

*Ogni tentativo intellettuale di rendere facile la
psico- somatica mostra in tutta chiarezza il vero
pasticcio clinico in cui fniamo per impantanarci
Esplorazioni psicoanalitiche
D. Winnicott*

Tra i contributi fondamentali alla psicosomatica, e che la psicosomatica in Gestalt Analitica sente come propri, spicca quello di Donald W. Winnicott (1896 – 1971), pediatra, psichiatra infantile e psicoanalista britannico, la cui visione ha rivoluzionato il modo di intendere la relazione tra psiche e soma. Formatosi nella tradizione kleiniana, Winnicott sviluppò un pensiero che pose al centro il rapporto madre-bambino. Secondo lo psichiatra inglese, l'infante non esiste come entità isolata ma come parte della diade madre-bambino: una unità primaria indissolubile che diventa fondamento per la comprensione del funzionamento psicologico e somatico dell'individuo.

Winnicott riteneva che la natura umana fosse un'interrelazione dinamica tra psiche e soma, con la mente che rappresentava l'entità di confine tra i due e vedeva il medico sul confine in grado di cavalcare i due aspetti del paziente.

In questo contesto, Winnicott vide la malattia psicosomatica non semplicemente come uno stato clinico ma come esito di una scissione difensiva nell'organizzazione dell'Io. Spesso all'interno di un maternage (contenimento materno) non sufficientemente buono, la scissione rappresenta una regressione a stati arcaici, dove il corpo e la psiche si dissociano per proteggere l'individuo da un annientamento psicologico.

La malattia, dunque, acquisisce l'aspetto di tentativo di conservazione dell'integrità del sé attraverso una difesa estrema. Difesa che comporta elevati costi in termini di sofferenza psichica. Winnicott, pur considerando l'aspetto disfunzionale della scissione psiche-corpo, nella capacità del disturbo psicosomatico di proteggere l'individuo da un crollo totale ne rileva il valore positivo.

Riprendendo, così, il concetto di Io corporeo introdotto da Freud, che descriveva l'Io come entità radicata nel corpo e nelle sue percezioni, lo ampliò con Io sono (I am), enfatizzando l'importanza dell'esperienza integrata mente e corpo come base per lo sviluppo di un senso di sé coeso.

Il processo di integrazione psicosomatica, tuttavia, è complesso e non lineare.

Da un lato, si snoda un movimento progressivo verso l'integrazione psiche-soma, propria di uno sviluppo sano, dall'altro, possiamo incontrare scissioni che rappresentano modalità difensive regressive che permettono all'individuo di sopravvivere in condizioni di trauma o stress insormontabili.

Comprendere le dinamiche psicosomatiche richiede un approccio multidisciplinare che integri competenze mediche e psicologiche. Winnicott evidenzia come il trattamento possa fallire se il terapeuta dovesse trascurare uno dei due ambiti. La personalità del medico e la complessità del paziente, inoltre, rappresenterebbero ulteriori sfide nella gestione clinica.

È fondamentale, quindi, un approccio personalizzato che tenga conto della storia dell'individuo, delle sue risorse difensive e delle vulnerabilità. Come sottolinea lo stesso Winnicott, l'obiettivo è favorire un percorso accettabile per l'individuo verso l'integrazione delle sue parti scisse.

La psicosomatica, in questo senso, rappresenta un ambito di ricerca e intervento che riflette la complessità dell'essere umano.

Questo approccio, nella visione di Winnicott, non è solo la descrizione di uno stato patologico ma un'opportunità per esplorare il movimento verso l'integrazione psico-somatica; invita a considerare l'individuo nella sua interezza, ponendo l'accento sulla malattia e sulla tendenza innata dell'individuo verso l'integrazione di sé. Il lavoro terapeutico, dunque, si configura come un accompagnamento delicato e rispettoso, volto a sostenere il paziente nel ricostruire un senso di sé integrato e vitale.

In tale prospettiva, il sintomo somatico non è riducibile né alla sola dimensione organica né a quella psichica, ma si colloca su un piano intermedio, dove corpo e psiche si incontrano, si sfiorano, si separano e si riconnettono. È proprio in questo spazio che la presenza corporea del terapeuta acquista una valenza fondamentale.

Nel paradigma gestalt-analitico, il corpo del terapeuta non è solo contenitore o ricettore di vissuti, ma diviene parte attiva della relazione terapeutica: è uno spazio co-transferale, luogo sensibile

in cui si manifestano e risuonano le dinamiche della relazione terapeuta-paziente. Appartiene al controtransfert del terapeuta, ma è anche uno strumento di accesso per il paziente, una via attraverso cui ciò che non è ancora simbolizzabile può iniziare a prendere forma.

È questa la visione che oggi si riflette nel termine psico-somatico per il nostro modello, dove il trattino non è una semplice congiunzione, ma rappresenta al contempo la connessione e la separazione tra i due poli. In particolare, nella prospettiva gestaltico analitica, esso esprime la posizione incarnata dello psicoterapeuta, il suo sentire corporeo e relazionale sul confine tra corpo e psiche: uno spazio di passaggio, di contatto e trasformazione, che può condurre il paziente – attraverso il corpo dell'altro – verso la simbolizzazione.

Il contributo dell'approccio Gestalt Analitico, inoltre, arricchisce questa visione integrandola con il qui e ora dell'esperienza. Riconoscendo al corpo il ruolo di interlocutore nel processo terapeutico, valorizza l'espressione somatica come via privilegiata per accedere ai conflitti profondi e favorire la loro integrazione. Dal punto di vista psicosomatico cerca di comprendere come i vissuti corporei possano rivelare aspetti della psiche non direttamente accessibili.

Questo processo non solo può alleviare il disagio fisico ma promuovere una maggiore consapevolezza e integrazione tra mente e corpo.

C. G. JUNG. COMPLESSI E SINTOMI: LA FISIOLOGIA DELL'INCONSCIO

«[...] Il complesso ha una sorta di corpo, una certa quantità di fisiologia propria. Questo può disturbare lo stomaco. Disturba il respiro, disturba il cuore – in breve, si comporta come una personalità parziale.

Per esempio, quando volete dire o fare qualcosa e, sfortunatamente, un complesso interferisce con questa intenzione, allora fate o dite qualcosa di diverso dalle vostre intenzioni. Voi siete semplicemente interrotti, e la vostra migliore intenzione viene turbata dal complesso, esattamente come se foste stati interferiti da un essere umano o da circostanze esterne.»

«[...] Oggi sappiamo tutti che 'abbiamo dei complessi'. Che invece i complessi 'abbiano noi' è cosa meno nota, ma dal punto di vista teorico ancora più importante. L'ingenua premessa dell'unità della coscienza, la quale viene identificata con la "psiche", e della supremazia della volontà, è infatti posta seriamente in dubbio dall'esistenza del complesso.»

(C.G. Jung – 1994)

Carl Gustav Jung evidenziò il legame intrinseco tra psiche e soma attraverso la sua teoria dei complessi. Egli osservò che i complessi, rappresentazioni di contenuti ad alta tonalità affettiva, non solo influenzano le esperienze ma hanno anche un impatto diretto sul corpo. Affermava come i complessi avessero una sorta di corpo, tra tutti il complesso dell'Io, e come la loro presenza potesse interferire con le funzioni fisiologiche fondamentali, come respiro e battito cardiaco. In questa visione viene superato il tradizionale dualismo mente-corpo e si sviluppa un modello

integrato dove i sintomi fisici diventano messaggi inviati dal corpo per esprimere conflitti interiori non risolti. Non a caso secondo lo psichiatra svizzero la via regia all'inconscio sono i complessi ed è nei sintomi e nei sogni che essi trovano foce.

Il complesso, descritto da Jung come una personalità parziale, agisce indipendentemente dall'Io cosciente, creando una sorta di scissione che può manifestarsi attraverso il corpo, interferendo con le intenzioni cosce e sabotando i desideri e le azioni della coscienza.

In questa cornice, la psicosomatica diventa un ponte tra due dimensioni dell'esperienza umana. C.A. Meier, allievo e collaboratore di Jung, ha approfondito questa prospettiva, sottolineando come i sintomi psicosomatici siano spesso il risultato di contenuti emotivamente intensi che non trovano un canale di espressione nella coscienza. Quando un conflitto intrapsichico non viene elaborato, esso emerge somaticamente trasformando il corpo nel palcoscenico in cui quelle dinamiche inconse entrano in scena.

IL RUOLO DELLE EMOZIONI: DAL CORPO AL SIMBOLO

Per la psicologia analitica ogni trasformazione terapeutica passa attraverso l'affetto, attraverso le emozioni. È l'esperienza con alto contenuto emotivo a creare e incidere nel corpo e nella mente conflitti, desideri e memorie, spesso relegati ai margini della coscienza. Tuttavia, questi nodi psichici possono costituire un'opportunità per intraprendere un processo di significazione o, restando nella concezione junghiana, il processo di individuazione personale: percorso psichico attraverso il quale ogni individuo integra le proprie parti scisse e realizza la propria personalità, diventa e torna all'identico, a sé stesso.

Restando nel panorama analitico, Claudio Widmann, psicoanalista junghiano, distingue tra sintomo e simbolo. Scrive: «Il sintomo è una perdita di senso mentre il simbolo scandisce ogni percorso che abbia l'ardire di immaginare una esistenza piena di senso.» (Widdman, C., 2012).

Il sintomo viene inteso come una stasi, una cristallizzazione di un conflitto che non riesce a fluire verso una risoluzione. Al contrario, il simbolo funge da elemento dinamico, da finestra che connette coscienza e inconscio aprendo la strada verso la trasformazione.

Il sintomo rappresenta il messaggero evidente, tangibile di un disagio profondo. Esso può manifestarsi nei sogni, nelle immagini, o nelle sensazioni corporee, costringendo l'individuo a confrontarsi con una realtà psichica che preme per essere riconosciuta. In questo senso, l'invito è a dialogare con il sintomo che è, al tempo stesso, ferita che destabilizza, ma anche una feritoia, attraverso la quale intravedere nuove possibilità di significato.

Si parla a questo proposito di funzione trascendente, un processo di stampo analitico in cui attraverso un confronto attivo tra conscio e inconscio si favorisce l'emergere di un *tertium*, di un

nuovo equilibrio psichico. In questo contesto, il sintomo diventa il catalizzatore del movimento di trasformazione, lo spazio in cui l'io può confrontarsi con contenuti spesso nascosti dietro resistenze e difese incise nel corpo.

NEVROSI E SCISSIONE: LA RICERCA DI UNITÀ

Secondo Jung, la nevrosi è il risultato di un'incapacità di affrontare una sofferenza legittima nel qui e ora. In termini gestaltici la si intende come una pacificazione prematura del conflitto. Il confronto, il dialogo tra le polarità è fondamentale per la crescita e la differenziazione. Tuttavia, il conflitto interno in alcuni casi può trovare un ostacolo alla sua espressione. È il caso, questo, delle cosiddette interruzioni di contatto, in cui l'espressione e il soddisfacimento dei propri bisogni non viene raggiunto e il mancato contatto tra organismo e ambiente determina una gestalt incompiuta. L'individuo pur proseguendo la sua esperienza nel campo, porta impresse nella sua memoria emotiva e corporea quelle forme non compiute di bisogni e desideri. In questo contesto, l'emergere del sintomo va a rappresentare non solamente un qualcosa da rimuovere ma l'alleato che si rende portavoce di una frattura che necessita di essere vista, considerata. La risoluzione delle gestalt e il completamento del ciclo di contatto permette il ristabilire dell'incontro tra ambiente e organismo, inteso come mente e corpo, il che significa il ritorno all'omeostasi e la possibilità di una salute psichica.

Nella prospettiva analitica e gestaltico analitica, il conflitto rappresenta un'opportunità per riunificare ciò che è stato separato: esso diventa il motore di un processo di trasformazione, che passa attraverso il riconoscimento del sintomo come messaggero e non come perturbazione da eliminare.

Nella pratica terapeutica, il corpo diventa un contenitore e un mediatore di questa trasformazione, un attore attivo nella dinamica del contatto tra il soggetto e il mondo. Le sensazioni corporee, spesso negate o svalutate, sono messaggi inviati dall'inconscio alla coscienza.

In quest'ottica, il sintomo somatico non va inteso unicamente come alterazione o disfunzione organica, ma come narrazione implicita, come trama silenziosa che chiede di essere decifrata e tradotta in chiave simbolica. Le emozioni giocano un ruolo centrale in questo processo: esse costituiscono il ponte tra psiche e corpo, facilitando il dialogo tra mondi interni apparentemente distanti e disgiunti.

In costante dialogo tra corpo ed emozioni, la psicoterapia si propone come spazio relazionale protetto in cui tale narrazione può emergere, essere esplorata e infine trasformata. In questo spazio, l'esperienza emotiva si fa strada nel qui e ora, e l'attivazione emotiva diviene non solo occasione di consapevolezza, ma leva per la rielaborazione dei conflitti intrapsichici.

La psicoterapia della Gestalt, in particolare, pone l'accento sull'esperienza immediata e sull'autenticità emotiva, offrendo al paziente la possibilità di accedere a livelli più profondi del sé attraverso la piena immersione nel vissuto presente.

In parallelo, la prospettiva junghiana sottolinea l'importanza di un atteggiamento simbolico nei confronti del sintomo: esso è un messaggio dell'inconscio, una spinta verso l'individuazione, verso un cambiamento che coinvolge l'intera personalità. In questo quadro, il concetto di *sincronicità* diviene particolarmente significativo: non tutti i sintomi, né tutte le manifestazioni somatiche, accadono per caso. Vi è un *quando* del sintomo, un tempo psicologico e simbolico in cui esso si manifesta, coerente con il momento evolutivo del soggetto e carico di significato. La sincronicità, cioè la coincidenza significativa tra un evento interno e uno esterno, rappresenta una via attraverso cui l'inconscio tenta di comunicare e orientare il soggetto, e il sintomo può inserirsi all'interno di questa logica, diventando un elemento di rivelazione e di trasformazione.

L'approccio gestaltico-analitico si propone, in questo senso, come un contenitore teorico e clinico capace di valorizzare l'integrazione tra dimensioni corporee, emotive e simboliche. Il lavoro terapeutico nel campo della psicosomatica mira a trasformare il sintomo da disturbo a simbolo carico di significato: l'ascolto delle sensazioni corporee e dei vissuti emotivi che le accompagnano permette al paziente di rimettere in circolo parti di sé rimaste congelate o dissociate. Il sintomo, così riconosciuto e rielaborato, si inserisce in una narrazione più ampia e consapevole, contribuendo a restituire coerenza e senso all'esperienza soggettiva.

Simbolizzare il sintomo significa allora restituirgli dignità, collocarlo all'interno di una storia in divenire, in cui anche ciò che era stato escluso o rimosso può trovare posto e senso. Questo processo di reintegrazione favorisce un movimento verso la totalità e l'autenticità: la persona si riappropria della propria esperienza nella sua complessità, riunificando ciò che era scisso e trasformando la sofferenza in occasione di crescita e consapevolezza.

La psicosomatica, nella prospettiva gestaltico analitica, non è dunque solo una disciplina che studia l'interazione tra mente e corpo, ma un approccio clinico e teorico che invita ad ascoltare il corpo come portatore di senso e le emozioni come chiavi di accesso a un universo interiore ricco di possibilità trasformatrice.

BIBLIOGRAFIA

Canali S., Pani L., *Emozioni e malattia. Dall'evoluzione biologica al tramonto del pensiero psicosomatico*, Bruno Mondadori Editore, Milano, 2003.

Chen-chi Chang, *La pratica dello Zen*, Astrolabio Ubaldini Editore, Roma, 1994.

Damasio A., *L'errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano*, Adelphi Edizioni, Milano, 1995.

Jung C.G. (1952) *La sincronicità*, Bollati Boringhieri, Torino, 1980.

Jung C.G. (1934) *Considerazioni sulla teoria dei complessi*, in *Opere*, vol. VIII, Bollati Boringhieri, Torino, 1994.

Mancia M., *Coscienza sogno memoria. Riflessioni epistemologiche di un fisiologo analista*, Borla, Roma, 1998.

Trombini G., Baldoni F., *Disturbi psicosomatici. Come ristabilire l'equilibrio fra mente e corpo*, Società editrice il Mulino, Bologna, 2001.

Widmann C. (a cura di), *Sintomo o simbolo. Due diverse destinazioni dei contenuti inconsci*, Magi Edizioni, Roma, 2012.

Winnicott D.W., *Esplorazioni psicoanalitiche*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 1995.

SITOGRAFIA

Wikipedia: *Epochè*

https://it.wikipedia.org/wiki/Sospensione_del_giudizio

(consultato il 20 luglio 2025).

La psicosomatica relazionale di Sami Ali

> Gabriella Lorenzi

L'articolo esplora il pensiero di Sami Ali, che critica le teorie psicosomatiche di derivazione psicoanalitica per la loro tendenza a considerare la patologia organica come una semplice somatizzazione di conflitti psichici. Ali propone una teoria relazionale che vede lo psichico e il somatico come elementi coesistenti di un insieme relazionale, piuttosto che come entità separate. La psicosomatica relazionale si concentra sulla relazione come unità d'indagine, introducendo cinque dimensioni fondamentali: tempo, spazio, sogno, affetto e madrelingua. L'articolo discute anche il concetto di narcisismo materiale e l'importanza dell'attività onirica nel valutare il funzionamento psichico. Infine, viene presentata una prospettiva terapeutica che mira a trasformare i termini dell'impasse relazionale, liberando l'immaginario ostacolato.

Sami Ali's Relational Psychosomatics

This article explores the thought of Sami Ali, who criticizes psychoanalytically derived psychosomatic theories for their tendency to regard organic pathology merely as the somatization of psychic conflicts. Ali proposes a relational theory that conceives the psychic and the somatic as coexisting elements of a relational whole, rather than as separate entities. Relational psychosomatics focuses on the relationship as the unit of inquiry, introducing five fundamental dimensions: time, space, dream, affect, and mother tongue. The article also discusses the concept of material narcissism and the importance of dream activity in assessing psychic functioning. Finally, it presents a therapeutic perspective aimed at transforming the terms of relational impasse, thereby liberating the obstructed imaginary.

.....

Il pensiero di Sami Ali si fonda sulla necessità di superare l'illusione che caratterizza le teorie psicosomatiche di derivazione psicoanalitica, le quali interpretano la patologia organica come una somatizzazione, ovvero un modo per risolvere un conflitto psichico attraverso cambiamenti somatici, come avviene nell'isteria o nella nevrosi attuale. Partendo da una visione psicogenetica

e da una causalità lineare, sembra che tutto sia già predeterminato, e l'unico compito sia quello di descrivere il processo attraverso cui si passa dallo psichico al somatico. Questo approccio riduce tutto allo psichico, ignorando la realtà e la diversità delle patologie organiche.

La teoria relazionale, invece, non si interroga su come avvenga il passaggio dallo psichico al somatico, poiché considera lo psichico e il somatico come elementi di un insieme relazionale, coesistenti e non separati. In questo contesto, è più appropriato parlare di una causalità circolare piuttosto che lineare, che sostiene l'interpretazione delle cause basata sulla psicogenesi.

Sami Ali suggerisce di chiedersi cosa intenda la psicosomatica relazionale per "relazione". Questa non ha nulla a che vedere con la relazione d'oggetto di cui parla la psicoanalisi, che è parte integrante della psicopatologia freudiana e si limita ai disturbi funzionali del corpo immaginario. Applicare questo concetto alla patologia organica del corpo reale non fa che aumentare la confusione presente nelle teorie psicoanalitiche della psicosomatica. Per Freud, l'oggetto è correlato alla pulsione, che è il mezzo attraverso cui la pulsione raggiunge il suo scopo.

A questo proposito, la posizione teorica di Fairbairn è utile, poiché formula tutta la concezione della libido in termini di relazione d'oggetto senza oltrepassare gli ambiti della psicoanalisi. Fairbairn (1939) parla di un Io unitario e integrato fin dalla nascita, dove la nozione di oggetto è svincolata da quella di pulsione, privilegiando l'aspetto relazionale. La libido non è una ricerca di piacere, ma una ricerca di oggetto. L'individuo è spinto fin dalla nascita a cercare una relazione con l'altro, motivazione che ha origini biologiche e filogenetiche. A causa della perdita di schemi istintuali, il bambino deve "riapprendere" come entrare in contatto con la madre. Il bambino non cerca il soddisfacimento orale, ma piuttosto, attraverso il contatto con il seno, cerca il rapporto con la madre. Pertanto, la relazione d'oggetto si oppone all'assenza di relazione, che è invece indicata come caratteristica del narcisismo primario, teoria postulata da Freud (1914) per sottolineare l'emergere delle psicosi e che gli servirà per fondare l'ipotesi della pulsione di morte.

La psicosomatica relazionale di Sami Ali, oltre al narcisismo formale di Freud, che pone il soggetto alle prese con la sua immagine, propone il concetto di narcisismo materiale, che postula l'identità del soggetto e dell'oggetto e restituisce l'unità dell'essere in quanto materia. La relazione riguarda sia l'anima che il corpo, esiste fin dalla nascita, anzi, prima della nascita, a livello genetico, come se la relazione fosse precedente agli stessi elementi che devono essere messi in relazione e che saranno poi una madre per il bambino e un bambino per la madre.

Da Cartesio in poi c'è stata una separazione tra Res Cogitans e Res Extensa, ma in realtà non ci sono due cose divise e distinte: psiche e soma. Esiste una patologia organica reale e una patologia funzionale reale, entrambe devono essere comprese senza ridurre l'una all'altra. È fondamentale partire dall'unità per ritrovare l'unità, senza confondere la totalità con l'unità, poiché non è sommando i fattori l'uno all'altro che si raggiunge l'unità.

La relazione per la psicosomatica relazionale è costituita da cinque dimensioni:

- La dimensione del tempo
- La dimensione dello spazio
- La dimensione del sogno
- La dimensione dell'affetto
- La dimensione della madrelingua

LA DIMENSIONE DEL TEMPO

Partendo dal presupposto che la relazione si sviluppa fin dallo stadio intrauterino, oltre ai fattori genetici, subentra la questione del ritmo biologico, legato all'alternanza del sonno lento e del sonno paradossale già percepibile a questo stadio sotto un aspetto elementare che ne prefigura lo sviluppo. Il ritmo non è un fatto isolato, è ciò che dona forma alla vita per confondersi con l'organizzazione temporale. All'interno di tale organizzazione convergono il tempo del corpo e il tempo dell'adattamento, arrivando a volte a casi in cui tutta la soggettività si trova nascosta. Ci troviamo davanti a una soggettività senza soggetto individuato, che caratterizza il funzionamento banale.

LA DIMENSIONE DELLO SPAZIO

La dimensione dello spazio è inseparabile da quella del tempo.

Questa comincia con l'essere lo spazio del corpo proprio, come se avere un corpo fosse l'equivalente di occupare uno spazio, essendo le due realtà perfettamente coincidenti. Così il corpo è in grado di strutturare lo spazio secondo le sue dimensioni particolari, gestite da coppie di opposti: dentro-fuori, alto-basso, vicino-lontano, ecc. Ci troviamo davanti a due processi che operano simultaneamente: il bambino deve imparare a distinguere la destra e la sinistra in rapporto all'altro, che rappresenta il principio di rappresentazione nello spazio con i suoi prolungamenti, soprattutto attraverso l'apprendimento della scrittura, ma nello stesso tempo, egli costituisce lo spazio della rappresentazione attraverso la proiezione dello spazio corporeo. Anche in questa dimensione il peso dell'adattamento si fa sentire nella rottura più o meno consistente tra l'esperienza corporea dello spazio e la sua rappresentazione astratta, che ricorrerà a delle strategie per colmare un vuoto iniziale, come avviene con una protesi. Quindi, anche in questa seconda dimensione ciò che si trova ostacolato è il funzionamento del corpo proprio come rappresentazione.

LA DIMENSIONE DEL SOGNO

Il sogno è una dimensione fondamentale per la psicosomatica relazionale.

Il sogno, come ha dimostrato la neurobiologia, esiste anche prima della nascita ed è iscritto soprattutto nella fase del sogno paradossale, che si riproduce di tanto in tanto durante la notte

ad intervalli regolari. Questo è sufficiente per dimostrare che il sogno segue un ritmo che non dipende da nessuna teoria psicologica e che non avviene, come sostiene Freud, per soddisfare in modo allucinatorio un desiderio che rischia di provocare il risveglio. L'attività onirica non si limita alla fase del sonno paradossale, dove il sogno svela tutta la ricchezza simbolica con cui abbiamo familiarità, ma si propaga alle altre fasi, caratterizzate dalla prevalenza di un pensiero prossimo al pensiero vigile. Così il cervello addormentato non cessa di sognare, esattamente come da svegli noi continuiamo a pensare anche quando non pensiamo niente, perché niente è ancora un pensiero. Si sogna tutto il tempo come si pensa tutto il tempo, in quanto entrambe le attività sono già iscritte nello stesso organismo, determinate dall'inizio, da una parte alla coscienza onirica e dall'altra alla coscienza vigile.

La coscienza onirica è interamente fondata sulla proiezione che crea una realtà al di fuori del soggetto, che è il soggetto stesso e alla quale si crede in modo assoluto come alla realtà. In questo contesto, la proiezione non ha un ruolo parziale, è piuttosto ciò che permette al sogno di costituirsi in quanto pensiero dell'immaginario. In questa prospettiva tutto si svolge attraverso uno spazio ed un tempo immaginari. Tra la coscienza vigile e la coscienza onirica si instaura una relazione di inclusioni reciproche; se tale relazione si rompe ci troviamo davanti a una coscienza vigile senza coscienza onirica, nel caso in cui il funzionamento adattivo si costituisce fino a diventare banale, nel caso contrario, invece, può verificarsi la psicosi. Inoltre, l'attività onirica può manifestarsi anche nella coscienza vigile sotto forma di equivalenti del sogno (fantasie, allucinazioni, gioco, affetto, ecc.) e ciò permette di osservare delle oscillazioni tra lo stato di sogno e lo stato di veglia che imprimono un ritmo particolare all'insieme del funzionamento psichico.

LA DIMENSIONE DELL'AFFETTO

L'affetto deve essere considerato, innanzitutto, in rapporto alla rappresentazione. L'affetto e la rappresentazione sono il dritto ed il rovescio dello stesso fenomeno originale, pertanto non si può avere un affetto senza una rappresentazione né una rappresentazione senza un affetto, a patto che uno dei due termini non sia rimosso in quel momento. Contrariamente a Freud, la psicosomatica relazionale sostiene che l'affetto possa subire una rimozione simmetrica a quella della rappresentazione, secondo tre differenti modalità:

1. L'affetto bloccato nel suo sviluppo, smette di evolversi, va per conto proprio, al di fuori di ogni controllo. L'affetto è diventato inconscio in seguito ad una rottura in cui bisognerà riconoscere una forma di rimozione, che potrà mantenersi a lungo nel tempo, soprattutto se l'attività onirica smetterà di funzionare, quindi non ci saranno sogni. I sogni potrebbero tornare dopo un periodo più o meno lungo di comparsa di patologie non specifiche e con una eziologia non chiara, ma il loro destino risulterà strettamente legato a quello dell'affetto rimosso.

2. Questa forma di rimozione è mista alla precedente, l'atteggiamento globale del soggetto verso la vita affettiva ha subito un profondo cambiamento. Si è creata una distanza nei confronti di tutti gli affetti, che non si presentano più al soggetto cosciente, ma non scompaiono del tutto, rimangono là, ma sono diventati inaccessibili, a causa di un'autoregolazione che impedisce l'evolversi dell'affetto nella vita del soggetto.
3. La rimozione dell'affetto rinvia ad una dicotomia che arriva a separare radicalmente lo psichico dal somatico, aprendo la strada a due fenomeni autonomi che coesisteranno senza influenzarsi. L'angoscia risulta non avere nessuna relazione con lo scompenso fisiologico che l'accompagna, che viene vissuto in sé come un problema organico, di cui solo l'organismo potrà rispondere. In questo modo, l'unità del fenomeno, che articola l'anima ed il corpo si trova definitivamente perduta, così come la possibilità di riconoscere l'affetto e di nominarlo. Per capire ciò che succede in un caso come questo e che riguarda direttamente l'alexitimia, occorrerà risalire alla rimozione dell'affetto che l'ha prodotta.

L'affetto non deve essere ridotto ad un oggetto in mezzo ad altri oggetti che da esso derivano definendolo, come una quantità di eccitazione che cresce, decresce, si trasforma, si sposta. Contemporaneamente si perde tutta la dimensione relazionale, a cominciare dallo stesso Freud che trattava i fenomeni psichici come fatti materiali. L'affetto, quindi, secondo la psicosomatica relazionale, non può che essere una particolare relazione con l'altro, che passa per la lingua materna, per il corpo proprio e per la proiezione. Relazione che porta alla formazione di un oggetto che diventa contemporaneamente effetto e causa.

LA DIMENSIONE DELLA MADRELINGUA

Questa dimensione è strettamente legata alla vita affettiva e rimanda direttamente al corpo profondo, luogo in cui viene messo in gioco il destino biologico dell'uomo, in quanto identità di sé e dell'altro. Il ruolo di questa dimensione deve essere preso in considerazione in tutte le patologie che riguardano il corpo reale quanto il corpo immaginario. È fondamentale includere la dimensione culturale in tutte le questioni che riguardano l'anima ed il corpo, affinché sia possibile dare forma all'etno-psicosomatica-relazionale.

L'unità d'indagine della psicosomatica relazionale è rappresentata dalla relazione e non da fenomeni interni chiamati in causa dalla somatizzazione; è fondamentale il rapporto che si stabilisce tra il funzionamento e la situazione relazionale, che esistono soltanto l'uno in funzione all'altro. Sorpassando il modello psicoanalitico, che non permette di pensare l'unità dell'essere umano, il funzionamento psichico secondo la psicosomatica relazionale deve essere valutato attraverso l'attività onirica. Attività che passa attraverso modalità diverse: quando ci sono i sogni o quando non ci sono, non a livello biologico ma in quanto avvenimento vissuto e che in quanto tale nella coscienza vigile è funzione di una memoria che trattiene o cancella, oppure

quando non ci sono ma poi arrivano o quando ci sono e poi si bloccano, fino alla instabilità del funzionamento onirico.

È importante sottolineare che nessun tipo di funzionamento psichico, aperto o chiuso all'attività onirica, si trova necessariamente in rapporto con la patologia organica. Tale rapporto deve essere, invece, cercato nella situazione relazionale, che può essere conflittuale, ed avere la forma dell'alternativa semplice, a, o non a, e comportare almeno due soluzioni possibili, per esempio, parlare o non parlare, con delle soluzioni di compromesso, quando parlare diventa l'equivalente di non parlare e viceversa. Tutta la psicopatologia nasce da questo tipo di conflitto, dove invece di trovare la soluzione su un piano di realtà, come ogni altro conflitto sociale, la soluzione rimane nel campo dell'immaginario. Tale situazione mette in gioco una causalità magica attraverso la proiezione che consiste nell'agire sul mondo agendo sul corpo, che smette improvvisamente di essere reale per diventare un corpo immaginario.

La situazione può evolvere anche verso l'impasse. Innanzitutto l'impasse isterico, che è un conflitto di potere, che mette in campo due volontà che si affrontano senza permettere nessun compromesso. Nelle altre forme di impasse, l'impossibilità dipende dalla struttura logica della situazione, sia che si fondi sulla contraddizione, come accade principalmente per la psicosi, sia che si implichi il circolo vizioso, come nelle tossicodipendenze, sia che ponga un'alternativa assoluta, che impedisce qualunque evoluzione. Fino ad arrivare alla situazione in cui il conflitto si piega su se stesso, si alimenta autonomamente, gira su di sé in modo indefinito.

Compaiono diversi tipi di reazione a tale sofferenza, che vanno dalla contraddizione, alla creazione di una sublimazione, fino alla malattia organica come segno di una situazione in cui si è bloccati, verso le quali si riuniscono tutte le componenti soggettive ed oggettive di una singolare esistenza. Non ci si ammala a causa dell'impasse, ma al contrario come se la stessa difficoltà dell'essere fosse proiettata contemporaneamente su un piano doppio, biologico e relazionale, dalla totalità deve essere riportata all'unità.

La prospettiva terapeutica consiste nel rintracciare l'impasse relazionale sullo sfondo del quadro clinico, in che tipo di blocco il soggetto si trova incastrato. Pertanto è opportuno valutare contemporaneamente il funzionamento personale, in riferimento allo spazio, al tempo, al sogno e all'affetto. Partendo dal presupposto che l'impasse è per definizione una situazione senza via d'uscita, la sola cosa da chiedersi è come si sia formato attraverso tutta la vita del soggetto. Diventando così oggetto di riflessione, esso è per la prima volta davanti al soggetto e non intorno a lui, inglobandolo completamente ed assorbendo le sue forze. L'intervento terapeutico consiste nel trasformare i termini stessi dell'impasse, liberando tutto l'immaginario ostacolato fino a quel momento. L'immaginario che è prima di tutto il sogno e l'affetto, il che implica la trasformazione di tutto il funzionamento. La relazione con il terapeuta favorisce la dissolvenza e non la soluzione dell'impasse.

BIBLIOGRAFIA

Atti del Convegno Psicosomatica relazionale e cancro. *Malattia, Resilienza e Creatività*, Ariccia (RM), 9-10 Aprile 2011.

Greenberg J. R., Mitchell S.A. (1983) *Le relazioni oggettuali nella teoria psicoanalitica*, Società editrice il Mulino, Bologna, 1986.

Sami-Ali M., *Corpo reale, corpo immaginario. Per una epistemologia psicoanalitica*, Magi Edizioni, Roma, 1998.

Sami-Ali M., *Pensare il somatico. Immaginario e patologia*, Grasso Editore, Bologna, 1990.



TRACCE DEL TRAUMA NEL CORPO.
RIFLESSIONI CLINICHE
SUL TRAUMA COMPLESSO
IN GESTALT ANALITICA

Trauma complesso: il linguaggio del corpo. Quando il corpo si fa sentire per dare voce a ciò che non si riesce a nominare

> Maria Lettieri

Il trauma complesso costituisce una condizione clinica di particolare rilevanza, caratterizzata da esperienze traumatiche, spesso di natura interpersonale, ripetute e prolungate che si radicano nell'esperienza intersoggettiva. Questa forma di trauma si distingue per la sua capacità di generare un ventaglio articolato di manifestazioni somatiche e profonde alterazioni della regolazione neurobiologica. Il presente contributo è tratto dalle riflessioni portate nell'esposizione fatta durante il seminario AIGA "Tracce del trauma nel corpo. Riflessioni cliniche per il trattamento del trauma complesso in Gestalt Analitica", tenutosi nell'aprile 2023. L'approccio delineato integra i recenti sviluppi della letteratura scientifica con la prospettiva teorico-clinica della Gestalt Analitica, offrendo una lettura del trauma complesso come fenomeno profondamente incarnato non solo nei vissuti dell'individuo ma anche nel proprio corpo. L'obiettivo centrale è quello, quindi, di approfondire la comprensione delle modalità attraverso cui il trauma si iscrive nel corpo e delle conseguenti implicazioni per la pratica clinica. In questa prospettiva, acquista particolare significato l'antica intuizione di Ippocrate, che già nel IV secolo a.c. osservava: "Le malattie che sfuggono all'anima divorano il corpo", anticipando con straordinaria lucidità quella che oggi riconosciamo come l'interconnessione indissolubile tra dimensione psichica e somatica nell'esperienza traumatica.

Complex Trauma – The Language of the Body. When the Body Speaks to Voice What Cannot Be Named

Complex trauma represents a clinical condition of particular relevance, characterized

by repeated and prolonged traumatic experiences, often of an interpersonal nature, rooted in intersubjective experience. This form of trauma stands out for its capacity to generate a wide range of somatic manifestations and profound alterations in neurobiological regulation. The present contribution derives from reflections shared during the AIGA seminar “Traces of Trauma in the Body. Clinical Reflections on the Treatment of Complex Trauma in Analytical Gestalt” held in April 2023. The approach outlined integrates recent developments in the scientific literature with the theoretical-clinical perspective of Analytical Gestalt, offering a reading of complex trauma as a phenomenon deeply embodied not only in the individual’s lived experience but also in their body. The central objective is therefore to deepen the understanding of the ways in which trauma inscribes itself in the body and the consequent implications for clinical practice. In this perspective, Hippocrates’ ancient intuition acquires renewed significance: already in the 4th century BC he observed, “Diseases that escape the soul consume the body”, anticipating with extraordinary clarity what we now recognize as the indissoluble interconnection between the psychic and somatic dimensions of traumatic experience.

.....

Keywords: *trauma complesso, corpo, psicologia gestalt-analitica.*

*“L'afflizione che non trova sbocco nelle lacrime fa piangere altri organi”
Henry Maudsley (1872)*

INTRODUZIONE

Il concetto di trauma complesso ha subito un’evoluzione significativa negli ultimi decenni, passando da una comprensione puramente psicologica a una visione integrata che riconosce il ruolo centrale del corpo nella codifica, conservazione e manifestazione delle esperienze traumatiche. Il trauma complesso (C-PTSD) rappresenta una condizione clinica che emerge da esposizioni prolungate e ripetute a eventi traumatici, particolarmente durante periodi critici dello sviluppo. Questa forma di traumatizzazione genera profonde alterazioni nei sistemi di regolazione emotiva, creando una cascata di manifestazioni somatiche che riflettono la disregolazione neurobiologica sottostante. Come osservato da Van der Kolk (2015), “le esperienze traumatiche precoci vengono codificate nel corpo”, un principio che trova sempre maggiore supporto nella ricerca neurobiologica contemporanea. La comprensione del trauma complesso non può prescindere dall’analisi delle sue manifestazioni somatiche, che spesso rappresentano il primo linguaggio attraverso cui il corpo comunica ciò che la mente non riesce a verbalizzare. Questo articolo esplora le interconnessioni tra trauma, corpo e neurobiologia, offrendo una sintesi delle

conoscenze attuali e delle prospettive cliniche, avendo sempre sullo sfondo una visione che vede l'insieme del pensiero gestaltico e quello analitico.

IL TRAUMA COMPLESSO: DEFINIZIONE E CARATTERISTICHE

Seguendo una definizione classica, il trauma complesso (C-PTSD) si distingue dal disturbo post-traumatico da stress (PTSD) tradizionale per la sua natura cronica e relazionale. Esso è caratterizzato da tre dimensioni psicopatologiche fortemente correlate tra loro che si influenzano reciprocamente e si manifestano in modo integrato nell'esperienza del soggetto. La prima dimensione riguarda la dissociazione della coscienza, che comporta alterazioni nella continuità e integrazione dell'esperienza soggettiva. Questa compromissione della coerenza dell'esperienza interiore si accompagna alle somatizzazioni, la seconda dimensione, che rappresentano manifestazioni fisiche di distress psicologico, dove il corpo diventa il teatro di espressione di sofferenze che non trovano altre vie di comunicazione. Infine, la disregolazione emotiva costituisce la terza dimensione caratterizzante, manifestandosi attraverso difficoltà nella modulazione degli stati affettivi e nell'adattamento delle risposte emotive al contesto (Siegel, 2020; Schore, 2019). Per ragioni di sintesi, questo articolo si concentrerà specificamente su quanto emerge in letteratura rispetto alla dimensione psicopatologica correlata alle manifestazioni somatiche del trauma complesso, pur riconoscendo l'interconnessione fondamentale tra tutte le dimensioni coinvolte.

Le ricerche epidemiologiche indicano chiaramente che il maltrattamento infantile rappresenta il maggior fattore di rischio per le più diffuse malattie nell'età adulta, con un impatto significativo tanto sulla mortalità quanto sulla qualità della vita complessiva degli individui. Particolare attenzione merita il neglect, poiché il bambino trascurato tende ad attuare strategie di adattamento che, pur rappresentando una risposta funzionale nell'immediato per sopravvivere in un ambiente carente, possono risultare profondamente disfunzionali nel lungo termine (McLaughlin et al., 2017). Questo fenomeno è stato ampiamente documentato negli studi denominati ACE (Adverse Childhood Experiences - Centers for Disease Control and Prevention, 1998), che forniscono una rassegna completa dell'impatto delle esperienze infantili avverse sulla salute in età adulta. Per quanto riguarda i livelli di arousal nella disregolazione traumatica, l'alterazione può manifestarsi tanto attraverso un'iper-attivazione quanto attraverso un'ipo-attivazione dei sistemi di risposta dell'organismo. Inoltre, i pazienti con storia di trauma complesso presentano frequentemente un quadro clinico caratterizzato da comorbidità multiple che si manifestano in modo interconnesso e complesso (Sar et al., 2004). Questo panorama psicopatologico include tipicamente depressione maggiore e distimia, che si accompagnano spesso al disturbo borderline di personalità e disturbo post traumatico da stress complesso. Inoltre, sono comuni i comportamenti autolesivi e l'ideazione suicidaria, che rappresentano tentativi disfunzionali di gestire il distress emotivo insostenibile. Il tutto si

inserisce nel più ampio quadro del PTSD complesso, che costituisce il framework diagnostico di riferimento per comprendere la globalità della sintomatologia presentata da questi pazienti.

LE MANIFESTAZIONI SOMATICHE NEL TRAUMA COMPLESSO

La letteratura scientifica contemporanea ha progressivamente documentato una correlazione significativa e multifaccettata tra trauma complesso e diverse manifestazioni patologiche a livello fisico (Afari et al., 2014). Questa interconnessione tra esperienza traumatica e corporeità rappresenta uno dei campi di ricerca più fertile e clinicamente rilevante della neurobiologia del trauma. Benedetto Farina, Psichiatra e Psicoterapeuta, dottore di ricerca in neuroscienze e professore Ordinario di Psicologia Clinica presso l'Università Europea di Roma, nella sua presentazione al "Congresso Attaccamento e trauma" del 2022, ha offerto una rassegna sistematica e approfondita della letteratura scientifica relativa a questa complessa correlazione tra trauma e manifestazioni somatiche. Il panorama clinico e di ricerca delineato da Farina (2022) evidenzia come le esperienze di trauma complesso non si limitino a creare disturbi puramente psicologici, ma generino, invece, una cascata di alterazioni che coinvolgono profondamente la dimensione corporea dell'individuo. Queste manifestazioni si articolano attraverso diverse modalità espressive che comprendono lo sviluppo di patologie fisiche vere e proprie, alterazioni significative del sistema nervoso autonomo accompagnate da compromissioni della neurocezione, disfunzioni a carico del sistema immunitario, l'emergere di disturbi somatoformi complessi e la formazione di memorie corporee traumatiche che rimangono dissociate dalla coscienza. Tale quadro multidimensionale riflette la natura profondamente incarnata dell'esperienza traumatica, dove il corpo diventa simultaneamente teatro di espressione del trauma e depositario di memorie che sfuggono alla verbalizzazione cosciente.

Malattie fisiche, disregolazione del sistema nervoso autonomo e della neurocezione

La letteratura scientifica evidenzia frequentemente un'associazione significativa tra il maltrattamento infantile e lo stato di salute nella vita adulta, dove per maltrattamento infantile si intende l'insieme di tutti i tipi di abuso e neglect. Una particolare attenzione merita il neglect, poiché il bambino trascurato tende ad attuare un adattamento alla condizione di trascuratezza che ha conseguenze profonde e durature sul suo sviluppo. Il neglect infantile rappresenta una forma di traumatizzazione caratterizzata dall'omissione di cure essenziali piuttosto che da azioni lesive attive. Il bambino trascurato sviluppa adattamenti alla condizione di privazione che costituiscono una fonte di stress cronico, creando le basi neurobiologiche per il danno biologico a lungo termine (Rothschild, 2000). Questo processo adattivo comporta una vera e propria riprogrammazione dei sistemi di regolazione fisiologica, con conseguenze che si manifestano attraverso diverse modalità patologiche. Sul piano fisico, si osservano malattie come sovrappeso, diabete mellito, ipertensione e cardiopatia ischemica, oltre ad alterazioni dei

sistemi di regolazione e malattie autoimmuni. Sul versante psicologico, emergono disagi che si esprimono attraverso una scarsa o incongrua alimentazione, una scarsa cura del corpo e del suo sviluppo, e un'incapacità generalizzata a prendersi cura di sé e della propria salute, oltre ad una difficoltà nella sintonizzazione con il proprio mondo interiore ed emotivo. Per quanto concerne gli aspetti di disregolazione del sistema nervoso autonomo e della neurocezione, è fondamentale comprendere che, come sottolinea Van der Kolk (2014), "i soggetti collegati a traumi soffrono sia se sentono troppo o se sentono troppo poco", evidenziando così la natura bidirezionale della disregolazione traumatica. La neurocezione, ovvero la capacità del sistema nervoso di valutare automaticamente la sicurezza dell'ambiente (Porges, 2018), risulta compromessa nei soggetti con trauma complesso, portando a risposte difensive inappropriate al contesto attuale. Il corpo può rimanere bloccato nella modalità di risposta traumatica anche quando la minaccia originaria è cessata, continuando a percepire pericolo e mantenendo attive le difese in modo cronico (Levine, 2010). Questo fenomeno si manifesta attraverso un'alterazione dell'arousal, ovvero lo stato di attivazione fisiologica e psicologica di un individuo che riguarda tanto lo stato neurovegetativo quanto il coinvolgimento dei livelli di attenzione, vigilanza ed esperienza emotiva del soggetto. Questa disregolazione può assumere forme diverse e apparentemente contrastanti. Può verificarsi una iper-attivazione, caratterizzata da stati di allerta eccessiva e di ipervigilanza costante. Al contrario, può manifestarsi una ipo-attivazione, con stati di ritiro che possono arrivare fino alla dissociazione completa dall'esperienza presente. Infine, sono frequenti le oscillazioni tra stati di iper- e ipo- attivazione, accompagnate da risposte difensive estreme che coinvolgono l'attivazione vagale-dorsale. In condizioni di sviluppo normale, il caregiver funziona come regolatore esterno dell'arousal infantile, modulando i livelli di attivazione fisiologica, ansia e paura del bambino (Schore, 2019). Questo processo di co-regolazione permette al bambino di sviluppare gradualmente capacità di autoregolazione emotiva e fisiologica che diventeranno fondamentali per la sua vita adulta. L'assenza di un caregiver protettivo genera una cascata di disregolazioni che compromettono profondamente lo sviluppo neurofisiologico del bambino. Si sviluppa così un'incapacità di modulare appropriatamente gli stati di ipo- e iper-arousal, accompagnata da risposte difensive estreme che coinvolgono l'attivazione del complesso vagale-dorsale con risposte di "congelamento" e collasso (Porges, 2018). Il bambino diventa vulnerabile anche allo stress moderato, manifestando difficoltà nel regolare l'attivazione fisiologica anche di fronte a stressor di intensità normale, con conseguenti risposte inappropriate che possono essere tanto insufficienti quanto eccessive rispetto agli stimoli stressanti. Questo processo può essere schematizzato come una sequenza causale dove l'assenza di un caregiver protettivo diventa un fattore di stress pervasivo, generando difficoltà nel bambino di regolare l'attivazione fisiologica di fronte anche a stress moderati, con la conseguente manifestazione di risposte allo stress insufficienti o eccessive. I bambini con un passato di abbandono e disordini dell'attaccamento mostrano una maggior reattività simpatica e una minor regolazione vagale.

Questo si evidenzia nel fatto che l'aritmia sinusale respiratoria diminuisce alla separazione e aumenta al ricongiungimento, indicando un impatto significativo sulle capacità dei bambini di regolare le emozioni e l'arousal nel contesto di stress ambientale (Oosterman et al., 2010; Lyons-Ruth et al., 2006). Le conseguenze cliniche di una disregolazione dell'arousal si manifestano attraverso disturbi del sonno, sintomi psico-somatici, problemi di controllo comportamentale e disregolazione affettiva (Kajepeta et al., 2014). La ricerca ha identificato associazioni statisticamente significative tra disturbi del sonno, inclusi apnea notturna, narcolessia, angoscia da incubo e paralisi del sonno, in soggetti con una storia di traumi infantili. Particolarmente interessante è il dato che il recupero delle esperienze di attaccamento infantile negli individui con disturbi dissociativi è associato a un cambiamento nei modelli di frequenza cardiaca e variabilità della frequenza cardiaca (HRV), che potrebbe riflettere la disregolazione emotiva caratteristica dei processi psicopatologici dissociativi (Farina et al., 2015). Questo suggerisce come il corpo mantenga una memoria delle esperienze traumatiche che si manifesta attraverso alterazioni misurabili dei parametri fisiologici, anche quando la mente cosciente non ha accesso diretto a questi ricordi.

Disturbi somatoformi e del dolore

Il trauma complesso può causare somatizzazione, creando emozioni intense e la conseguente sfida di regolarle. La somatizzazione nel trauma complesso non costituisce semplicemente una conversione di distress psicologico in sintomi fisici, ma rappresenta un'alterazione fondamentale dei circuiti neuro-immuno-endocrini che governano l'integrazione mente-corpo (Ogden, Minton & Pain, 2006). L'iperattivazione cronica dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e del sistema nervoso simpatico crea un terreno fertile per lo sviluppo di condizioni somatiche croniche. La disregolazione dei sistemi di processamento del dolore a livello centrale crea ipersensibilizzazione e amplificazione del segnale dolorifico. Le evidenze cliniche mostrano una correlazione significativa tra storia di trauma complesso e diverse sindromi somatiche come dolore cronico diffuso, stanchezza cronica, fibromialgia, cefalee croniche, sindrome dell'intestino irritabile. La ricerca neuroscientifica ha evidenziato come il rifiuto sociale e il dolore fisico condividano substrati neurali comuni (Kross et al., 2011). L'attivazione della corteccia somatosensoriale secondaria e dell'insula dorsale posteriore durante esperienze di esclusione sociale dimostra che il dolore emotivo e fisico non sono semplicemente analoghi fenomenologici, ma condividono rappresentazioni somatosensoriali sovrapponibili. Questa sovrapposizione neuroanatomica spiega perché individui con storia di trauma complesso, caratterizzato spesso da esperienze precoci di rifiuto e abbandono, sviluppino una vulnerabilità aumentata verso sindromi dolorose croniche. La memoria somatica del trauma si cristallizza in pattern di attivazione neurale che perpetuano la sofferenza fisica. Altre manifestazioni dissociative somatoformi, nel contesto del trauma complesso, possono riguardare le disfunzioni sessuali femminili di origine psicogena

come vaginismo, disturbo dell'orgasmo, dispareunia (Farina et al., 2011). La disconnessione corpo-mente, caratteristica fondamentale della dissociazione, si esprime anche attraverso l'interruzione dell'integrazione senso-motoria necessaria per un funzionamento sessuale armonioso (Kepner, 1987). Tutti questi disturbi rappresentano spesso la somatizzazione di memorie traumatiche implicite che si manifestano attraverso risposte corporee automatiche di protezione, anche in presenza di contesti relazionali sicuri. Il riconoscimento del trauma complesso come fattore eziologico nei disturbi somatoformi richiede un approccio terapeutico integrato che consideri simultaneamente le dimensioni psicologica, neurobiologica e somatica della sofferenza. Interventi mirati al ripristino dell'integrazione mente-corpo, attraverso approcci trauma-informed, rappresentano la strada più promettente per interrompere i cicli di cronicizzazione sintomatologica.

Fobie somatiche e disturbi dell'immagine corporea

I soggetti con trauma complesso spesso sviluppano risposte fobiche legate al corpo. Come afferma Van der Hart (2011), "è tipico che le persone cronicamente traumatizzate abbiano qualche grado di risposta fobica legata al loro corpo, dovuta in particolare a vergogna e disgusto". In molti casi, oltre a sentimenti di vergogna e disgusto, può esserci una percezione alterata del corpo o di parti di esso. Va sottolineato che "la percezione alterata del corpo o di parti di esso si accompagna a stati di coscienza altrettanto alterati, oppure a una marcata sensazione di estraneità e di irrealtà" (Liotti & Farina, 2011). Spesso si riscontrano stati di dismorfofobia.

Memorie traumatiche e processamento simbolico

Nei soggetti che hanno vissuto un trauma complesso è presente una disorganizzazione del ricordo. Robert Lewis ha individuato con il termine "shock cefalico" quel trauma che, passando per la corteccia visiva, rimane inelaborato ma pieno di informazioni sensoriali che restano lì congelate, impedendo l'accesso alle piene sensazioni corporee. I ricordi, che coinvolgono l'attivazione dell'amigdala e delle vie dirette del talamo e corteccia visiva (informazioni sensoriali meno elaborate), non sono disponibili alla rievocazione verbale volontaria ma sono automaticamente attivati se si presentano indizi percettivi simili a quelli registrati durante la paura (Moselli, 2022).

L'APPROCCIO GESTALT-ANALITICO AL TRAUMA COMPLESSO

Aspetto cardine nel trattamento del trauma complesso è l'integrazione delle parti dissociate. L'integrazione dell'approccio gestaltico e junghiano ad aspetti somatici offre un paradigma terapeutico olistico, che ci aiuta nel riconoscere la complessità multidimensionale del trauma e nel trattamento del trauma complesso. La terapia della Gestalt offre una prospettiva unica nel trattamento del trauma complesso, ponendo l'accento sulla consapevolezza del presente e sull'integrazione mente-corpo (Perls, 1973; Clarkson, 2004; Yontef, 1993). La terapia della Gestalt ci insegna che le nostre esperienze sono olistiche e integrate. Emozioni, pensieri e sensazioni

corporee sono inseparabili (Perls et al., 1951). Il qui ed ora ci insegna a stare pienamente nel momento presente, ciò è di fondamentale importanza nell'elaborazione dei vissuti traumatici del paziente. Attraverso la sicurezza data dalla relazione terapeutica, tutto ciò che nel paziente è ancora un'esperienza viva e vivida rispetto all'esperienza traumatica vissuta può essere rielaborata con strumenti nuovi. Il trauma spesso crea scissioni interne, parti che possono rappresentare veri e propri aggressori che diventano polarità conflittuali. L'integrazione di queste polarità, attraverso il lavoro terapeutico, aiuta il paziente a far emergere i contenuti traumatici dissociati - sempre in condizione di sicurezza - e a dargli nuovi significati attraverso il dialogo tra le parti conflittuali. Le tecniche terapeutiche facilitano, così, la consapevolezza e l'integrazione corporea, permettendo ai pazienti di accedere ed elaborare informazioni immagazzinate dentro il loro sé fisico. Il terapeuta, una volta creato uno spazio di fiducia e sicurezza per il paziente attraverso il lavoro con la sedia vuota, il grounding e l'espressione corporea (Kepner, 1987) potrà avviare un dialogo tra le parti traumatizzate del sé, ricreare connessioni con le parti del corpo bloccate e dissociate e facilitare l'espressione delle emozioni che spesso rimangono intrappolate nel corpo del paziente. A tutto ciò dà un contributo fondamentale la psicologia analitica. Attraverso la teoria di Jung degli archetipi e dei complessi autonomi (Jung, 1959; Jung, 1968; Stevens, 1982; Samuels, 1985) è possibile dare una lettura intrapsichica del trauma. Se pensiamo alle esperienze traumatiche nel trauma complesso esse portano con sé un gruppo di contenuti psichici carichi emotivamente, spesso inconsci, formati attorno alle esperienze traumatiche. Queste parti originate possono diventare semi-autonome, interferendo con il funzionamento dell'Io, assumendo una funzione protettiva. Identificare e integrare parti frammentate della psiche, cruciale per la guarigione dal trauma, può rappresentare una via per trasformare il dolore in saggezza, rivelare parti Ombra rinnegate e traumatizzate e tendere verso un processo di integrità e totalità a cui mira il processo di guarigione. Trasformare contenuti traumatici in simboli elaborabili significa dare voce a quelle emozioni, sensazioni, parole e pensieri che non avevano modo di esistere al di fuori del sé del paziente. Il paziente è come se avesse vissuto un lutto, ovvero la perdita della possibilità di essere ed esistere attraverso i propri vissuti. Attraverso l'elaborazione di questo di lutto, durante il quale vi è una discesa metaforica nel mondo sotterraneo, vi è la possibilità di restituire a quelle parti negate il diritto ad esistere. Questo processo simbolico è fondamentale per l'integrazione delle memorie traumatiche (Woodman, 1982; Woodman, 1993). Donald Kalsched è un analista junghiano di spicco il cui lavoro ha rivoluzionato la nostra comprensione del trauma infantile precoce, della dissociazione e del mondo interiore della psiche (Kalsched, 1996; Kalsched, 2013). La sua teoria delle difese archetipiche spiega come la psiche si protegga dal trauma attraverso meccanismi che, pur salvaguardando il nucleo spirituale della persona, possono diventare patologici. Parla anche dei meccanismi di auto-cura che nella persona traumatizzata risultano non essere più in grado di svolgere il loro scopo di protezione dell'individuo. Obiettivo della terapia è quindi aiutare il paziente nel riscoprire la propria capacità di risanare le ferite, affinché esse possano trasformarsi

in feritoie da cui guardare con nuovi occhi la propria storia e la possibilità di 'essere nel mondo'. Il terapeuta con il suo corpo, la sua voce, la sua presenza fisica ed empatica diventa il co-regolatore dell'esperienza vissuta dal paziente nella stanza di terapia, tra il qui ed ora della rievocazione del trauma e il qui e allora dell'esperienza incarnata vissuta, mostrando al paziente che è possibile vivere e non sopravvivere attraverso la possibilità dell'integrazione dell'esperienza. Il terapeuta funge da psicopompo, incarna il dio greco Hermes, mediatore tra mondi diversi, e facilita il processo di guarigione (Tobin, 2022). Ciò aiuterà il paziente ad uscire da dinamiche relazionali disfunzionali nei confronti di parti di sé e nelle relazioni che egli crea con l'esterno.

CONCLUSIONI

Il trauma complesso rappresenta una sfida clinica multidimensionale che richiede un approccio integrato corpo-mente. La comprensione delle manifestazioni somatiche del trauma è essenziale per fornire trattamenti efficaci che riconoscano il ruolo centrale del corpo nell'esperienza traumatica. L'identificazione precoce dei segnali del trauma complesso è fondamentale per poter prevenire la cronicizzazione dei sintomi, riducendone così l'impatto sulla salute psico-fisica dell'individuo e migliorandone la prognosi a lungo termine. Le evidenze emergenti supportano l'importanza di approcci terapeutici sempre più somaticamente informati e che prevedano un'integrazione di tecniche corpo-mente avendo sempre un'attenzione alla regolazione del sistema nervoso autonomo (Porges, 2018; Levine, 2010; Ogden, Minton & Pain, 2006). Tutto ciò richiede che il clinico abbia una formazione specialistica e costantemente aggiornata rispetto ai nuovi sviluppi ma, sopra ogni altra cosa, che crei una relazione di fiducia in cui il paziente possa sperimentare la possibilità di dare nuovo significato alla narrazione della propria storia vissuta per poter integrare in un tutt'uno anche quelle parti che prima erano inviccinabili nonché innominabili.

BIBLIOGRAFIA

AFARI, NILOOFAR; AHUMADA, SANDRA M.; WRIGHT, LISA JOHNSON; MOSTOUFI, SHEEVA; GOLNARI, GOLNAZ; REIS, VERONICA; CUNEO, JESSICA GUNDY (2014). *Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis*. *Psychosomatic Medicine*, 76(1), 2-11. doi: 10.1097/PSY.000000000000010

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1998). *Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. Atlanta, GA: CDC.

CLARKSON, PETRUSKA (2004). *Gestalt Counselling in Action*. Sage Publications.

FARINA, BENEDETTO (2022). *Trauma Recovery: Neurobiologia, attachment e terapia sensoriomotoria*. Raffaello Cortina Editore.

FARINA, BENEDETTO; MAZZOTTI, EVA; PASQUINI, PAOLO; MANTIONE, MARIA GIUSEPPINA (2011). *Somatoform and psychoform dissociation among women with sexual dysfunctions*. Journal of Trauma & Dissociation, 12(1-9), 1-9. doi: 10.1080/15299732.2011.598124

FARINA, BENEDETTO; SPERANZA, ANNA MARIA; IMPERATORI, CLAUDIO; QUINTILIANI, MARIA ISABELLA; DELLA MARCA, GIACOMO (2015). *Change in heart rate variability after the adult attachment interview in dissociative patients*. Journal of Trauma & Dissociation, 16(2), 170-180. doi: 10.1080/15299732.2014.975309

GUPTA, MADHULIKA A.; GUPTA, ADITYA K. (2006). *Medically unexplained cutaneous sensory symptoms may represent somatoform dissociation: an empirical study*. Journal of Psychosomatic Research, 60(2), 131-136. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.06.061

IPPOCRATE DI KOS (IV secolo a.C.). Citazione: “*Le malattie che sfuggono all’anima divorano il corpo*”.

JUNG, CARL GUSTAV (1959). *The Archetypes and the Collective Unconscious*. Princeton University Press.

JUNG, CARL GUSTAV (1963). *Memories, Dreams, Reflections*. Vintage Books.

JUNG, CARL GUSTAV (1968). *Man and His Symbols*. Dell Publishing.

KAJEEPETA, SANDHYA; GELAYE, BIZU; JACKSON, CHANDRA L.; WILLIAMS, MICHELLE A. (2015). *Adverse childhood experiences are associated with adult sleep disorders: a systematic review*. Sleep Medicine, 16(3), 320-330. doi: 10.1016/j.sleep.2014.12.013

KALSCHED, DONALD (1996). *The Inner World of Trauma: Archetypal Defenses of the Personal Spirit*. Routledge.

KALSCHED, DONALD (2013). *Trauma and the Soul: A psycho-spiritual approach to human development and its interruption*. Routledge.

KEPNER, JAMES I. (1987). *Body Process: A Gestalt Approach to Working with the Body in Psychotherapy*. Gestalt Institute of Cleveland Press.

KROSS, ETHAN; BERMAN, MARC G.; MISCHEL, WALTER; SMITH, EDWARD E.; WAGER, TOR D. (2011). *Social rejection shares somatosensory representations with physical pain*. Proceedings of the National Academy of Sciences, 108(15), 6270-6275. doi: 10.1073/pnas.1102693108

LEVINE, PETER A. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness*. North Atlantic Books.

LIOFFI, GIOVANNI, FARINA, BENEDETTO (2011). *Sviluppi traumatici*.

LYONS-RUTH, KARLEN; DUTRA, LISSA; SCHUDER, MICHELLE R.; BIANCHI, ILARIA (2006). *From infant attachment disorganization to adult dissociation: relational adaptations or traumatic experiences?* Psychiatric Clinics of North America, 29(1), 63-viii. doi: 10.1016/j.psc.2005.10.011

MAUDSLEY, HENRY (1872). Citazione: “*L’afflizione che non trova sbocco nelle lacrime fa piangere altri organi*”.

MCLAUGHLIN, KATIE A.; SHERIDAN, MARGARET A.; NELSON, CHARLES A. (2017). *Neglect as a violation of species-expectant experience: neurodevelopmental consequences*. Biological Psychiatry, 82(7), 462-471. doi: 10.1016/j.biopsycho.2017.02.1096

MOSELLI, PATRIZIA (2022). *Riferimento sui ricordi traumatici e attivazione dell’amigdala*.

- OGDEN, PAT, MINTON, KEKUNI, & PAIN, CLARE** (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. W. W. Norton & Company.
- OOSTERMAN, MIRJAM; DE SCHIPPER, J. CLASIEN; FISHER, PHILIP; DOZIER, MARY; SCHUENGEL, CARLO** (2010). *Autonomic reactivity in relation to attachment and early adversity among foster children*. *Development and Psychopathology*, 22(1), 109-118. doi: 10.1017/S0954579409990290
- PERLS, FREDERICKS.** (1973). *The Gestalt Approach and Eye Witness to Therapy*. Science and Behavior Books.
- PERLS, FREDERICK S., HEFFERLINE, RALPH F., & GOODMAN, PAUL** (1951). *Gestalt Therapy: Excitement and Growth in the Human Personality*. Julian Press.
- PORGES, STEPHEN W.** (2018). *Polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. W. W. Norton & Company.
- ROTHSCHILD, BABETTE** (2000). *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. W. W. Norton & Company.
- SAMUELS, ANDREW** (1985). *Jung and the Post-Jungians*. Routledge.
- SAR, VEDAT; AKYUZ, GAMZE; KUNDAKCI, TURGUT; KIZILTAN, EMRE; DOGAN, ORHAN** (2004). *Childhood trauma, dissociation, and psychiatric comorbidity in patients with conversion disorder*. *American Journal of Psychiatry*, 161, 2271-2276.
- SCHORE, ALLAN N.** (2019). *The development of the unconscious mind*. W. W. Norton & Company.
- SCIASCIA, LEONARDO** (1988). *Il Cavaliere e la Morte*. Citazione: “Curioso come il dolore fisico, anche quando ha causa stabile, se non peggio indeclinabile, si possa attenuare e crescere, mutare di intensità e qualità, secondo le occasioni e gli incontri”.
- SIEGEL, DANIEL J.** (2020). *The developing mind: How relationships and the brain interact to shape who we are*. Guilford Publications.
- STEVENS, ANTHONY** (1982). *Archetype: A Natural History of the Self*. Routledge.
- TOBIN, SARAH A.** (2022). *The Integration of Relational Gestalt Therapy and EMDR*. *Gestalt Review*, 26(2), 145-162.
- VAN DER HART, ONNO** (2011). *Fantasmî nel sé*. Citazione: “È tipico che le persone cronicamente traumatizzate abbiano qualche grado di risposta fobica legata al loro corpo, dovuta in particolare a vergogna e disgusto”.
- VAN DER KOLK, BESSEL A.** (2014). Citazione: “I soggetti collegati a traumi soffrono sia se sentono troppo o se sentono troppo poco”.
- VAN DER KOLK, BESSEL A.** (2015). *Il corpo accusa il colpo: Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Raffaello Cortina Editore.
- WOODMAN, MARION** (1982). *Addiction to Perfection: The Still Unravished Bride*. Inner City Books.
- WOODMAN, MARION** (1993). *Leaving My Father's House: A Journey to Conscious Femininity*. Shambhala Publications.
- YONTEF, GARY** (1993). *Awareness, Dialogue and Process: Essays on Gestalt Therapy*. Gestalt Journal Press.

Il trauma complesso: prospettive contemporanee di trattamento

> Arianna Papale

Lo scopo di questo lavoro è quello di integrare al modello Gestalt Analitico le nuove visioni e tecniche focalizzate sul trattamento del PTSD complex. Andremo ad approfondire la sintomatologia del Sé multiplo frammentato insieme ai principali approcci di cura specifici per lavorare le polarità tipiche della dialettica traumatica. La finalità è quella di creare un tutto armonico tra, da un lato la creatività ed il sentimento che permea il nostro orientamento, dall'altro l'operatività che può arricchire la tecnica con cui l'analista diventa in grado di maneggiare le sostanze frammentate e dare loro voce nella stanza di terapia.

Complex Trauma – Contemporary Treatment Perspectives

The purpose of this work is to integrate into the Analytical Gestalt model new visions and techniques focused on the treatment of complex PTSD. We explore the symptomatology of the fragmented multiple Self, alongside the principal therapeutic approaches specifically designed to work with the polarities characteristic of traumatic dialectics. The aim is to create a harmonious whole that, on one side, preserves the creativity and affect that permeate our orientation, and on the other, incorporates the operational tools that enrich the analyst's technique, enabling them to handle fragmented elements and give them voice within the therapy room.

INTRODUZIONE

In occasione del seminario di Aprile 2023 Il trauma ed il corpo, avevo l'intento di integrare al nostro modello Gestalt Analitico, alcune delle prospettive contemporanee sul trattamento del trauma approfondite nelle mie ultime formazioni e che stavo continuando a coltivare. Ancora oggi sento di essere molto attratta dal lavoro sulle polarità che l'approccio IFS Internal Family System di Schwartz, (1995) declina in una tecnica specifica e facilmente applicabile nella stanza di terapia, permettendo al paziente di entrare in contatto con i suoi frammenti traumatici

non soltanto grazie all'ausilio della sedia vuota o piena, ma dalla posizione che assume una volta cominciata la sessione, ascoltando il suo corpo e mappando su di esso le parti di Se' che normalmente agisce. Per tale ragione, nel modello sopracitato, si cerca di facilitare l'accesso ad una parte altra, spontaneamente compassionevole, curiosa, creativa, calma, connessa, chiara; queste sono le cinque C con cui Schwartz definisce il Se' o Self. Dalla prospettiva di questa parte anche le forme di protezione più arcaiche che criticano e colpevolizzano il paziente nella sua mente possono trovare uno spazio di comprensione e relazione. Ammorbidendosi i "Protettori", per l'analista ed il paziente sarà più sostenibile accedere ai nuclei di dolore più profondi anche chiamati da IFS "Esiliati". Nel corso del capitolo tornerò sull'argomento per specificare alcune nozioni di base relative al contributo di Schwartz.

IL MECCANISMO DI TRAUMATIZZAZIONE

Nella prima parte dell'intervento mi sono focalizzata sulla definizione di meccanismo di traumatizzazione, ovvero l'esperienza unica ed individuale di un evento o di una serie di eventi e condizioni durature nelle quali è sopraffatta la capacità del soggetto di integrare la propria esperienza. Viene impedita la capacità di restare presente integrando pensieri, emozioni, sensazioni che permettano la percezione di un Se' sufficientemente coeso ed in relazione con l'altro.

Nella nostra epoca, si abusa considerevolmente della parola trauma, le discipline olistiche imperano laddove gli approcci psicoterapeutici sono considerati dalla massa più lunghi e dispendiosi. L'idea che mi sono fatta, essendo dal principio chiamata nell'anima a continuare lo studiare nuovi mezzi di guarigione per i traumi infantili invisibili, è che la psicoterapia debba integrare a se stessa maggiormente delle tecniche di rilascio somatico, se prima avevamo bisogno di coinvolgere il corpo come ausilio nei processi top down o durante sessioni prettamente di bioenergetica, oggi forse è centrale il ruolo che dovremmo dare al corpo che agisce gli stati scissi mentre il paziente è seduto di fronte a noi, fuso con le sue parti.

UN APPROCCIO INTERDISCIPLINARE

Al momento ciò che ha favorito l'approfondimento di nuove tecniche per la guarigione dei traumi complessi legati alla trascuratezza ed abuso è stato l'incontro tra tre discipline: le neuroscienze, per sostenere il paziente nella conoscenza dei suoi processi mentali, la psicologia dello sviluppo che studia l'impatto delle esperienze sfavorevoli sullo sviluppo della mente e del cervello e la neurobiologia interpersonale che mira all'analisi del comportamento in relazione alle emozioni, alla biologia ed al funzionamento mentale delle persone che ci circondano. Da questi presupposti è stato possibile ideare delle tecniche che coinvolgessero tali aspetti. In prima analisi, la distinzione tra trauma con T grande e t piccola ha significato molto, intendendo per la prima tipologia tutti quei traumi specifici identificabili dal paziente sulla linea temporale che determinano un prima

ed un dopo, dunque esperienze traumatiche “socialmente “ riconosciute, al contrario i traumi con la t piccola sono risultati essere i più difficili da trattare in quanto “invisibili”. Il paziente non può ricordare, perchè avvenuti in sequenze costanti prima che la corteccia prefrontale potesse integrare quelle esperienze in realtà pensabili, si tratta quindi di depositi incastonati nel corpo e nei pattern agiti dalle parti frammentate principali che hanno una leadership all’interno del sistema di personalità individuale. Da qui la distinzione di PTSD semplice, T grande e PTSD COMPLESSO associato alla t piccola. In questo caso si parla, quindi, di tutti quei pazienti che non sono consapevoli di esser stati vittime di traumi, i loro caregivers, traumatizzati a loro volta, ripetono quel che hanno imparato nella loro infanzia, utilizzando i propri bambini come fonte di nutrimento emotivo che ripari loro stessi o come bersaglio della loro rabbia. Per definizione il trauma complesso (o *Complex PTSD*) è spiegato come quell’insieme di sintomi che esitano da traumi cumulativi interpersonali vissuti nel corso dello sviluppo: “storie di abuso e maltrattamento ripetuto in famiglia, grave trascuratezza e abbandono, condizioni di tortura o prigionia, guerre e migrazioni forzate. Quando la persona non può sottrarsi alla minaccia per molto tempo o quando la minaccia avviene all’interno della famiglia da cui si deve continuare a dipendere per sopravvivere, la mente mette in campo strategie più intense per superare il paradosso e lo stato pervasivo di paura: si parla qui di traumatizzazione cronica e non più di singolo evento traumatico”(AISTED 2020).

A livello neurobiologico il maltrattamento nell’infanzia e la trascuratezza sono associati con anomalie strutturali e funzionali in diverse aree cerebrali, inclusa la corteccia (logica e ragionamento), corpo calloso (integrazione dell’emisfero destro e sinistro), amigdala (riconoscimento delle espressioni facciali e paura), lobo temporale (linguaggio, ecc.).

L’abuso influisce anche sul sistema neuroendocrino alterando la produzione dell’ormone regolatore dello stress cortisolo e dei neurotrasmettitori come adrenalina, dopamina serotonina, che influiscono sull’umore e sul comportamento. In opposizione alla tipologia semplice, è molto difficile risalire precisamente a momenti o immagini che hanno danneggiato la personalità del paziente, sistemi difensivi molto arcaici tendono a proteggere le figure genitoriali direzionando tutta l’aggressività per le ingiustizie subite verso lo stesso paziente. Le uniche informazioni che testimoniano la verità di questa ferita sono nascoste nei sogni, inscritte nel corpo e depositate nella memoria implicita a cui non è semplice accedere senza intraprendere un percorso psicoterapeutico.

I RICORDI NEL PTSD COMPLEX ED IL PASSATO ATEMPORALE

Nel trauma complesso un’ esperienza passata convive con quella presente , per questo si parla di passato atemporale. In tutti e due i casi, quei ricordi non si ancorano al passato o al presente, galleggiano ed obnubilano la mente del paziente senza offrirli alcun riferimento.

Queste esperienze «sono» e basta ed i pazienti decidono di avvicinarsi alla psicoterapia proprio quando vivono una tale condizione di separazione dal mondo dove i legami sono fonte di pericolo, i sintomi scoraggiano l'esplorazione e si è al di fuori del flusso della vita, protetti da una prigione invisibile.

LA FRAMMENTAZIONE

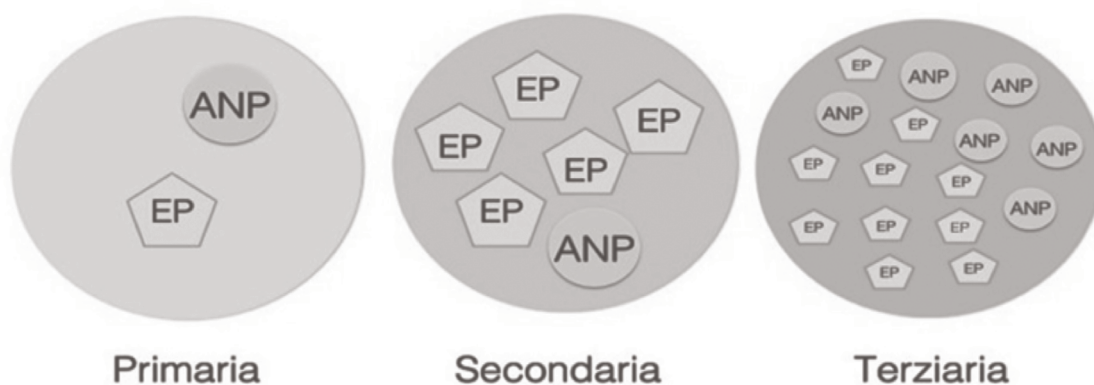
La caratteristica principale della tipologia complessa di PTSD è la frammentazione, la personalità dell'individuo si costella in numerose parti che funzionano come degli organi autonomi, Janina Fisher e molti altri traumatologi le chiamano stati dell'io frammentati (Fisher, 2019). Essi non sono altro che la conseguenza di ferite traumatiche profonde che conducono alla divisione del Sé del paziente in parti, ognuna delle quali conserva una prospettiva in prima persona ed un preciso corollario di emozioni, pensieri, convinzioni che può entrare in conflitto con il repertorio di altre.

Le memorie implicite rivestono queste organizzazioni autonome portando l'individuo ad attivazioni profonde, il mondo diviene una fonte di triggers, l'identità sembra non potersi ancorare ad un'esperienza di coesione, si vive, si incarna quel frammento in modo polare.

A livello neurobiologico le ricerche di Van Der Kolk hanno mostrato come questi fenomeni siano causati da una grande sollecitazione del sistema limbico, dove sarebbero depositate le memorie traumatiche a discapito di un'elaborazione prefrontale che renderebbe "pensabili quelle esperienze". Onno Van Der Hart denominò le parti che sembrano portare avanti le attività quotidiane ANP e rappresentano l'unico aggancio alla realtà, mentre le altre sono sollecitate da varie tipologie di stimoli che produrranno sintomi come ottundimento emozionale e somatico, amnesie, anedonia, risposte evitanti che relegano la persona in una bolla.

DISSOCIAZIONE PRIMARIA E SECONDARIA

Dissociazione Strutturale della Personalità



Nella Dissociazione primaria comprendiamo tutti quei casi in cui avviene una disgregazione che conduce alla generazione di attaccamento disorganizzato e sintomi di ipoarousal insieme ai sintomi negativi del quadro dissociativo. Nella dissociazione secondaria invece abbiamo una vera e propria compartimentalizzazione in cui i frammenti sono ben divisi tra di loro ed impermeabili, fino ad arrivare alla tipologia terziaria ovvero la dissociazione strutturale in cui troviamo stati di iperarousal e sintomi positivi.

La mente in passato ritenuta singola, unita e continua diviene multipla, slegata e discontinua, al concetto di rimozione sostituiamo quindi quello dissociativo che mirerebbe a difendere il Se' da esperienze soverchianti che la mente non può sostenere. Per Bromberg, Stern e Howell, grazie al loro costante impegno clinico, la dissociazione non è solo un meccanismo di difesa, ma un processo attraverso il quale si struttura la mente.

LA DISSOCIAZIONE COME STRUTTURA DELLA MENTE E SISTEMA DI AUTOCURA

Per Giovanni Liotti e Benedetto Farina, la dissociazione è sia “l'effetto primario della traumatizzazione (dèsagrègation, collasso/implosione delle funzioni psichiche) che la reazione attiva, progressiva e strutturante del body mind al meccanismo di traumatizzazione”(*Liotti, Farina,*). I disturbi legati ad i traumi portano ad un gradiente di non realizzazione che può assumere vari livelli : “non reale, non vero, non mio, non me” (Steele, Boon, Van Der Hart, 2016). Per non realizzazione si intende che il paziente non riesce a sentire che gli eventi traumatizzanti siano accaduti, di conseguenza anche le reazioni emozionali, i pensieri, i comportamenti e le sensazioni non gli appartengono, “ gli eventi non sono conclusi, ovvero il passato non è nel passato, il me di allora non è parte di me ora” (Van Der hart 2011).

Un elemento centrale quando si parla di frammentazione si rintraccia nelle memorie viscerali e nei relativi triggers che rinescano la cascata di sensazioni intrusive senza nome, mi riferisco quindi alle memorie implicite che possono essere emozionali, viscerali, percettive, muscolari, autonome, vestibolari, procedurali.

LE POLARITÀ ED IL GIOCO DI PRESTIGIO

Spesso le polarità rispettano la legge del troppo e del troppo poco, alcune parti sanno cosa è accaduto, altre lo annullano; queste coppie di parti spesso generano una tensione che crea molta sofferenza psichica, ma allo stesso tempo tengono unita la mente mantenendo uno status quo nel sistema. In questo modo la realizzazione non può avvenire, la ferita può venir sfiorata solo parzialmente e poi negata subito dopo: qui ci addentriamo nel cuore del trattamento del trauma, i terapeuti devono quindi riconoscere questo meccanismo che Judith Herman chiama Dialettica traumatica “Il conflitto tra la volontà di negare eventi orribili e la volontà di proclamarli a voce

alta è la dialettica del trauma psicologico” (Herman, 2005). La persona traumatizzata si trova quindi tra due opposti: rivivere il trauma e l’amnesia, si alternano così inondazioni di sensazioni soverchianti a stati di anedonia e confusione, insieme agli agiti di parti impulsive e poi inibite. Secondo Onno Van Der Hart, la parte ANP, apparentemente normale, riesce a mantenere la distanza e la fobia rispetto alle parti dissociate EP, ma a volte quelle barriere vengono superate e le EP invadono con il loro contenuto. Il mantenimento di questo circuito porta il paziente ad impiegare ed esaurire molte delle sue energie, ciò va ad inficiare sulle sue abilità integrative. Un altro aspetto utile da tenere a mente nella nostra stanza di analisi, è che secondo Judith Herman, il trauma è autoperpetuante, ovvero, le decisioni, le difese generatesi al momento dell’evento cercano una risoluzione ed un palcoscenico dotato delle stesse caratteristiche dolorose del passato, potremmo definirle gestalt interrotte che si ripetono per completare. Inoltre i circuiti neurali si sono desensibilizzati al dolore, oppure possono esserci dei networks che amplificano la sofferenza, lo rendono indelebile e lo conservano per far sì che la dinamica traumatica vissuta si riattivi. Questo comporta anche una memoria neurale che come una dipendenza da dolore, tende a ricreare le condizioni per quella tipologia di sensazioni con lo scopo di controllare l’ambiente prevedendo il peggio e rivivendo qualcosa che si conosce, se pur causa di sofferenza.

Ogni parte frammentata EP gode di una prospettiva in prima persona, come se fosse un singolo soggetto fenomenico, che agisce, compare insieme al suo preciso corollario di intenzioni, bisogni paure, ma soprattutto ruolo. Ognuna di loro tende ad utilizzare difese di tipo animale (sistema di azione e sopravvivenza). Janina Fisher nel suo ultimo protocollo di trattamento TIST (trauma informed stabilization treatment) definisce come le parti fight, flight, attachment, submit, freeze possano essere mappate dal paziente per ridurre comportamenti suicidari e lavorare sulla prima fase di elaborazione traumatica che è la psicoeducazione. I pazienti con disturbi dissociativi complessi utilizzano questa tipologia di difesa attraverso fobie di esperienze interne che mantengono conseguentemente la non realizzazione. Tali fobie possono attivarsi nei confronti delle sensazioni, pensieri, emozioni, parti di Se’, attaccamento e perdita dell’attaccamento. Nel modello di Schwartz, invece queste parti EP sono di tre tipologie: protettori che comprendono Manager e Vgili del fuoco e poi gli Esiliati. I primi due tengono il paziente al sicuro dalla sostanza traumatica, i Manager controllano strategicamente l’ambiente generando circuiti di autocritica per lasciare sotterranee le ferite degli esiliati, mentre i Vigili del fuoco agirebbero con condotte autolesive ed impulsività spegnendo il dolore attraverso acting out (uso di sostanze, suicidio, autolesioni, aggressività eterodiretta ecc).

L’EQUIVALENZA PSICHICA

L’equivalenza psichica è uno dei principali meccanismi di difesa utilizzati dai pazienti con trauma complesso, essi vivono la realtà interna come sovrapposta a quella esterna. Steel, Boom e Van Der Hart la definiscono una trans ipnotica che trasforma ad esempio un aggressore

interno in esterno, i flashback sono percepiti come minaccia ancora in corso. La mappa del mondo si chiude e tutte le risorse sono investite nel trovare analogia tra passato e presente. Per difendersi da questi attacchi interni i pazienti energizzano le difese di immobilizzazione come il congelamento che aumenta la pressione arteriosa e la frequenza cardiaca rallentando l'eloquio, la resa (flag) che produce ipoarousal, rallentamento cognitivo ed emozionale a causa dell'attivazione del sistema parasimpatico, ed infine nei casi più gravi, il collasso, (faint) in cui le percezioni sensoriali si annullano.

LE PARTI ED I LORO RUOLI

Secondo la teoria delle relazioni oggettuali, il bambino costruisce i suoi modelli operativi interni attraverso l'introietto delle imago genitoriali ed i loro archetipi positivi e negativi. Se avvengono abusi emotivi questo processo non rende possibile l'integrazione che permetta al bambino un senso di coesione interna. Le parti interne arrabbiate nascono proprio quando si imita l'aggressore o percependo alcune parti di Se' come carnefici dove nessun altro può essere il colpevole se non il paziente stesso, i veri perpetuatori dell'abuso restano avvolti da una nuvola protettiva che proverà sempre a salvarli. Questa crudeltà che internamente viene inflitta al paziente mantiene disponibile un'energia di potere che rende perpetuo nella psiche il circolo virtuoso down dog under dog, proteggendo il paziente dall'entrare nuovamente nel flusso dell'esistenza. Si previene così un nuovo abuso minimizzando radicalmente la possibilità di rimettere il paziente in una condizione di impotenza. Inoltre questa forza distruttiva conservata sotto ogni strato, rappresenterebbe anche una via per canalizzare i sentimenti mortiferi sperimentati un tempo nei confronti di chi abusò e contenerli. Tutte le volte che ci avviciniamo ai nuclei vittima del paziente, la possibilità di realizzare che il trauma sia davvero avvenuto scompare a causa dell'azione di queste parti che inducono nel paziente un senso di vergogna, terrore, colpa. Quindi sintetizzando, queste parti hanno tre funzioni:

1. proteggere il paziente dal trauma originario producendo "suggestioni ipnotiche maligne" che lo autocolpevolizzeranno con lo scopo di proteggere gli abusatori.
2. contenere desideri di potere e sadici che in passato non potevano essere espressi nei confronti di chi perpetuava violenza.
3. criticare e punire le parti esiliate piccole producendo fobia dell'attaccamento scoraggiando il legame autentico, sia con il terapeuta che con altri significativi.

Questo aspetto è uno dei più complicati del processo di cura, Janina Fisher specifica che è fondamentale non investire il legame tra terapeuta e paziente dell'energia di attaccamento perché alcune parti lo attaccherebbero, dunque sarà più utile costruire un'alleanza basata sulla psicoeducazione che inviterebbe il paziente a comprendere come le sue parti funzionano. In primis per lavorare con queste parti occorre partire dal contatto con la propria oscurità, quei luoghi

dove voci severe aggrediscono la spontaneità di emozioni, pensieri ed azioni, dove avviene un annientamento dei nostri frammenti infantili, per tale ragione il terapeuta come colui che fa anima deve conoscere queste aree della sua personalità al fine di non colludere attraverso lo spavento reciproco.

Le parti dissociative seguono in qualche modo una gerarchia, il sabotatore, colui che colpevolizza e sferra le sue frecce dritte al cuore per cancellare ogni traccia di innocenza, solitamente ha un ruolo manageriale all'interno di quel sistema. Seguendo la legge che il trauma non si può tradire, le parti continuano a rispettare un patto con le loro regole interne per mantenere unita la mente del paziente ma allo stesso tempo separata. Inoltre esse possono costellarsi in più sottogruppi che emergono quando il primo strato si oltrepassa attraverso il lavoro terapeutico, o esistere sottogruppi di parti organizzate intorno a diversi aggressori interni che in passato furono reali e che si influenzano reciprocamente.

“In alcuni casi i pazienti arrivano a capire che queste parti che imitano l'aggressore in realtà sono parti bambine molto piccole di loro stessi che contengono i ricordi più traumatici insieme a paura, vergogna, vulnerabilità, dolore di non essere stati voluti, oppure possono essere parti bambine che internamente si sono schierate in modo netto con la parte che imita l'aggressore”.

Questo predatore dell'interiorità non è per niente ciò che sembra. Uno sguardo più attento ci fa scoprire che è una guida per la sopravvivenza, installata nel corpo, creata da un bambino: un'armatura a scaglie che protegge un ventre morbido e vulnerabile. Questa armatura è formata da un mosaico di dolorose lezioni tratte dal feroce mondo dell'infanzia”. (Kathy Steele, 2009)

LE PARTI BAMBINE

Esse non sono altro che nuclei di contenuti emotivi, cognitivi e somatici bloccati nelle principali risposte difensive. Possono essere giocose, straripanti di vergogna, arrabbiate, preverbal, incapaci di parlare. Spesso vengono trascurate dalle parti adulte e perseguitate da quelle aggressive all'interno del meccanismo di riattualizzazione traumatica. Il grande senso di impotenza che il lavoro con queste parti restituisce è dovuto alla percezione che tali sensazioni e aperture verso la fragilità autentica del paziente siano sepolte in fosse profondissime, ciò potrebbe dipendere ovviamente anche dall'ostilità che molte parti hanno nei loro confronti, evitando gli stati affettivi di vulnerabilità e sofferenza. A volte può capitare, e questo è un grande obiettivo, che i pazienti riescano a provare spontaneamente compassione per questi bambini interni, grazie a frammenti adulti, adolescenti, o a memorie interiorizzate di coloro che mostrarono in passato cura nei loro confronti. Tale passaggio aprirebbe un varco per raggiungere i luoghi della gentilezza amorevole. Spesso però alcune parti sembrano voler accogliere tali fragilità ma finiscono per farlo in modo apparente, non autentico, approcciandosi magari ad esercizi di visualizzazione o a tecniche induttive che mirano a portare tranquillità nel riappacificare cognitivamente le parti in conflitto senza un vero e proprio lavoro emotivo.

Raggiungere i nascondigli degli “inner children” non è affatto facile, può capitare in un sogno, o quando ci si apre al dialogo somatico attraverso le tecniche di Focusing, Internal family system, Somatic experiencing, Emdr e non è mai un’esperienza gioiosa, almeno all’inizio. Per i traumatologi Steele, Boon e Van Der Hart, le parti bambine devono restare sotto la custodia del paziente, non del terapeuta, può sembrare una sfumatura, ma come sostiene Janina Fisher, forse il nostro compito non è riattivare il legame di attaccamento quanto aiutare il paziente a riparare se stesso attraverso un Reparenting interno.

Il nostro tenerli nella mente, la reverie che aleggia nella stanza, raggiungono il paziente in maniera implicita, ma sappiamo tutti che come terapeuti non possiamo e non dobbiamo sostituirci a quel caregiver. Possiamo illuminarne l’archetipo, risvegliarne il complesso permettendo al paziente di attraversare e vivere il suo viaggio di consapevolezza e riparazione con le sue imago interne attraverso tutte le esperienze di intimità, contenimento, sintonizzazione e connessione che la terapia e la vita fuori dalla stanza di terapia potranno offrire.

Vediamo in conclusione alcune delle funzioni di queste parti:

- sostenere azioni difensive (grido di attaccamento, fuga, attacco, congelamento, resa, collasso, gioco)
- contenere ricordi traumatici, evitare responsabilità come persona adulta
- preservare una versione idealizzata dei genitori abusanti
- contenere bisogni di dipendenza ed attaccamento
- contenere rabbia, furia, vergogna, paura, ed altre emozioni e sensazioni intense ed infine contenere un senso di gioia e gioco reprimendolo.

Chiaramente il sistema dissociativo ha lo scopo di mantenere uno status quo, lasciando ai margini della personalità queste parti poiché contenitori di ricordi non processabili, attraverso di loro viene raccontata la storia del paziente ma senza una narrativa, questo è l’aspetto più doloroso, perché tante parti vorrebbero potersi connettere tra di loro, trovare le parole, le immagini, ma al tempo stesso non ne sono in grado. Ecco perché i sogni in questo caso possono essere molto utili.

LE PARTI DISSOCIATIVE ARRABBIATE

Esse sono temute ed evitate internamente dalle altre, in particolare quelle che funzionano nella vita quotidiana, effettivamente i comportamenti rabbiosi verso di Sé e gli altri possono interferire con altre importanti aree della persona. Questa situazione mantiene internamente un circolo vizioso di rabbia e vergogna, più i pazienti evitano le loro parti arrabbiate distruttive, più queste si arrabbiano, inoltre cresce la vergogna per queste parti andando ad indurre un ulteriore evitamento.

Queste parti sentono di essere molto cattive ed evitano che il paziente costruisca un legame con il terapeuta entrando nella relazione. Principalmente dietro alla rabbia c’è una reazione di difesa

(fight) che rimane congelata nel sistema del paziente, proteggendo in due modi dalla percezione di vulnerabilità e dalla vergogna. All'interno del legame di attaccamento, chi ha adottato una strategia controllante-punitiva utilizza la rabbia per ottenere qualcosa dagli altri, mentre invece la tipologia controllante accudente tende a dirigere la rabbia contro se stessa, come abbiamo constatato in precedenza relativamente alle parti aggressive interne.

Inoltre la rabbia può fungere anche da emozione secondaria, proteggendo dalla vergogna e dall'impotenza portando a condotte autolesive ed autodistruttive.

Le parti bambine che conservano la rabbia lo fanno anche perché odiano quelle adulte del paziente, "la loro logica è che il paziente era in qualche modo un adulto presente all'epoca dell'abuso e quindi avrebbe potuto salvare le parti bambine. La consapevolezza che allora il paziente era solo un bambino senza un adulto interiore e che ha fatto del suo meglio per sopravvivere, rappresenta spesso un punto di svolta per queste parti e apre la porta alla possibilità di addolorarsi per l'impotenza e per la vulnerabilità, sentimenti endemici nel trauma" (Steele, Boon, Van der Hart, 2017).

LE FASI DI TRATTAMENTO

Onno Van Der Hart è stato il primo ad ipotizzare l'urgenza di un trattamento che potesse essere strutturato in fasi e passi specifici per il trattamento del PTSD e dei disturbi dissociativi, è utile specificare che il passaggio alle varie fasi, non è lineare ma ricorsivo, è possibile ricalcarle tutte a seconda del bisogno o la difficoltà emergente del paziente.

Come afferma la Herman "...il bisogno di preservare la sicurezza deve mantenersi in equilibrio con la necessità di guardare il passato. Evitare le memorie traumatiche porta la stagnazione del processo di cura mentre avvicinarle troppo precipitosamente porta a un dannoso rivivere il trauma..."

I pazienti che portano sui loro corpi le memorie traumatiche rivivono il passato nel qui ed ora. Quando si riattivano le memorie implicite, non vi è consapevolezza che quel deposito ora risvegliato sia in realtà un ricordo. In qualche modo ci si ritrova in una confluenza tra passato traumatico e presente. Quando un paziente sperimenta questa confusione è difficile lavorare efficacemente sui ricordi traumatici affinché ricollochii il passato nel passato e comprenda che l'esperienza è finita e che nel momento presente è al sicuro.

Il modello di trattamento di Judith Herman (1992) suddivide il percorso terapeutico in 3 step:

FASE1- Creare sicurezza e sviluppo di competenze

Mantenere il paziente all'interno della finestra di tolleranza promuovendo nuove abilità, si evitano i ricordi traumatici

FASE 2 - Venire a patti con la Memoria Traumatica

Venire a patti con il passato traumatico piuttosto che scoprire tutti i dettagli (ricordare non è guarire)

FASE 3 - Integrazione e Costruzione di Senso

Creare un senso di Sé e un presente sano, lasciando il passato nel passato

La prima fase prevede la costruzione di sicurezza, la stabilizzazione dei sintomi e training sulle abilità personali, l'obiettivo è quello di far focalizzare il paziente sulla sua realtà presente, il modo in cui pensa, sente e svolge le attività di ogni giorno. L'esperienza del presente diviene la più centrale insieme alla costruzione di una routine che sia il più possibile regolata. È basilare permettere al paziente di familiarizzare con la sua regolazione ed arousal come se fosse il caregiver del suo sistema nervoso. In questo senso la teoria polivagale offre un valido supporto per aiutare il paziente a comprendere le sue risposte vagali e promuovere quelle positive.

Proprio perché i processi fisiologici sono importanti, è fondamentale prendere incarico la propria alimentazione, l'igiene del sonno e la consapevolezza somatica per imparare a riconoscere i segnali che il corpo manda (quali sono i triggers, quando ci si attiva emotivamente e ci si disattiva, quando si ha necessità di mangiare, dormire, riposarsi ecc). Il principio di base che muove la fase 1 è il superamento della fobia dell'esperienza interna. Le competenze di stabilizzazione servono in altre parole a stabilire una sicurezza interna ed esterna, a sviluppare efficacemente le competenze di regolazione, a riflettere sull'esperienza lavorando sulle parti dissociative andando a ridurne gli switches e gli episodi di equivalenza psichica in cui la realtà interna (sogni, emozioni, flashbacks, reattività delle parti) contamina la realtà esterna.

Nella seconda fase il fine invece è quello di predisporre il paziente ad una sufficiente capacità integrativa per prepararlo al contatto con i ricordi traumatici e cominciare a lavorare su uno degli aspetti più critici ovvero l'ambivalenza dell'aggressore, che come abbiamo sottolineato inizialmente, è lo stesso caregiver. Solitamente è molto complesso collegare l'aggressore interno alla polarità aggressiva dell'oggetto esterno, poiché ne è presente sempre una buona idealizzata, per questo è fondamentale lavorare in terapia sulla natura "doppia" del caregiver e sulla natura "doppia" dei sentimenti nei suoi confronti (accudimento-paura, amore- odio) che contribuiscono alla supremazia delle parti interne critiche.

Quello che si auspica è poter analizzare e contenere l'ambivalenza degli aspetti buoni e cattivi delle figure primarie andando a verificare anche l'andamento della relazione terapeutica per capire se stanno avvenendo all'interno del setting dei reenactments, ovvero riattualizzazioni transferali attraverso cui il paziente può rivedere questi aspetti scissi ed introiettati nella figura del terapeuta.

Il lavoro sui ricordi avviene per gradi prendendo in esame un singolo pezzetto, quando vi è dissociazione è molto difficile percepire un ricordo nella sua interezza, la mente è annebbiata

dalle parti difensive e dall'attività del sistema limbico, quindi si può partire da un singolo frammento di quella memoria risalendo alla sensazione per via bottom up, o alla core belief, alla credenza di base, seguendo le vie top down. In questa fase è di vitale importanza facilitare la mentalizzazione degli opposti odio e amore nei confronti dell'aggressore (caregivers, abusatori, ecc), fare in modo che le parti dissociative siano ingaggiate nel presente, aiutarle a notare cosa è simile al passato e cosa è diverso.

La terza fase prevede un lavoro integrativo complesso facilitando una maggiore unificazione della personalità attraverso nuove modalità di essere al mondo. Comprende l'elaborazione del lutto abbinata alla presa d'atto delle perdite cumulative che il paziente ha subito; anche se la vita può continuare ad essere dolorosa, questo lavoro sul lutto può alla fine dare sostegno al paziente per mettere in atto cambiamenti adattivi che possono portare più significato e piacere nella vita attuale.

IL PRESENTE COME LUOGO SICURO

L'obiettivo della terapia per questi pazienti è raggiungere la realizzazione, i sopravvissuti infatti utilizzano difese innate contro la minaccia e molte parti dissociative restano bloccate proprio in questi sistemi difensivi. Quando parliamo di realizzazione intendiamo l'accettazione radicale della realtà per quella che è, includendo anche i sintomi che hanno agito ed agiscono per scopi superiori volti alla sopravvivenza. Si parla di processo di personificazione e presentificazione, ovvero per la prima si intende la percezione di appartenere alla propria vita ed anche alle esperienze più dolorose, si fa quindi riferimento alla sensazione che quel dolore senza coordinate sia nato perché qualcosa di traumatico è capitato proprio a noi, come una sorta di incisione, è un processo in cui avviene il riconoscimento della cicatrice impressa sul cuore e nella mente, la presentificazione invece non è altro che l'accettazione di questa realtà.

Sebbene non sia facile la realizzazione deve includere l'accettazione del lato più oscuro della vita, il dolore, la fatica, la mancanza di controllo, l'incertezza, l'ingiustizia, la vulnerabilità, la sconfitta e la disperazione, ciò che la maggior parte dei pazienti fa di tutto per evitare. È possibile che durante il percorso terapeutico quando si fanno passi in avanti, il paziente venga inondato da flashbacks, questa è una delle tante risposte del sistema difensivo che vorrebbe lasciare il paziente nella situazione sofferta ma prevedibile, ciò può accadere quando prova ad accettare qualcosa che è ancora troppo incontenibile o quando si avvicinano esperienze nutrienti e di guarigione, questo si ricollega al tema della dipendenza da dolore ma anche ad una legge, un patto che il trauma vuole rispettare.

PROMUOVERE UN IO OSSERVANTE

Durante tutte le fasi di trattamento l'intento che il terapeuta deve sempre mantenere è quello di facilitare l'accesso ad una parte terza per ogni polarità esistente, una parte che media, che

offre dignità ai frammenti in tensione, che guarda dall'alto la conformazione del paziente, la costellazione di parti che lo hanno fatto sopravvivere. Quando comprendiamo con la mente e con il cuore l'intento profondo dei pezzi è come se li rendessimo accessibili alla coscienza, la loro trance ipnotica diminuisce e la psiche ritrova nella sua dinamica una maggiore energia.

Il paziente giunge quindi ad un atteggiamento autoriflessivo attraverso cui un aspetto del Sé riflette, osserva per aumentare la tolleranza al conflitto interno. Grazie al modello TIST di Janina Fisher e prima ancora al Focusing di Gendlin, si passa dall' Io sento a c'è qualcosa in me che sente, per IFS questo processo viene chiamato DEFUNTSING, ovvero defusione, il paziente può quindi considerare la sua parte come autonoma e uscire per un attimo dalla sua prospettiva. Proprio qui arriviamo al concetto di STANDING IN THE SPACES di Bromberg, grande traumatologo che con questa chiara immagine ci restituisce il senso del percorso terapeutico con il trauma complesso. Restare fra gli spazi permette di aumentare le possibilità di accettare e accogliere altri Sé nonostante sia automatica la tendenza a volerli sopprimere. Annientandoli, nessuna storia verrà raccontata fino in fondo per conservare per sempre un dolore che protegge all'infinito dalla vita ed i suoi aspetti.

Se nulla è lasciato al caso e le fasi di trattamento sono rispettate unitamente al senso ed all'intuito creativo del terapeuta si giungerebbe ad un' accettazione che nasce dalle profondità ed illumina dando origine ad un luogo in cui tutti i miei Se' possono esistere ed essere veri, dunque da un funzionamento on off al contenimento simultaneo. Tutti i frammenti infatti agiscono dalla loro prospettiva e non vogliono che la vecchia storia di dolore sia dimenticata, questo va rispettato e allo stesso tempo, la frequenza di un Se' accogliente per tutti loro fornirebbe una nuova realtà percettiva che promuoverebbe una costellazione ed un'organizzazione più adattiva, in cui molti protettori riconosciuti nei loro ruoli possono cambiare posizione ed agire a scopo d'espansione piuttosto che di conservazione.

Il terapeuta può sostare in questi spazi, nella confusione facendo un uso creativo della realtà contraddittoria e della dialettica traumatica senza cadere nella sete di chiarezza e significato, soprattutto quando si lavora con le parti, le linee guida ed i procedimenti debbono danzare con il modello terapeutico ed il corpo sottile del terapeuta il più integratamente possibile. Il passaggio che l'analista dovrebbe compiere è quello di passare dalla dissociazione al conflitto intrapsichico dando al paziente la percezione che realtà opposte possono essere insieme anche se incompatibili facendo soffiare del vento simbolico che renda più morbida la dialettica polare. Così l'inondazione traumatica degli affetti può ridursi insieme alla tendenza di realtà opposte a prevalere reciprocamente. Stare negli spazi, significa entrare nel campo, accogliere al confine questi nuclei potenti, nonostante sia fonte di immenso dolore, vergogna e dissoluzione è la strada da percorrere.

ASPETTI CHE IL TERAPEUTA DOVREBBE TENERE A MENTE E SUL CUORE

I Reenactment o riattualizzazioni traumatiche sono delle dinamiche in cui il terapeuta accetta di portare su di sé le proiezioni scomode dei persecutori interni al fine di incoraggiare il salire in superficie degli stati frammentati multipli e mettere il paziente in relazione con loro nel momento in cui permeano la relazione terapeutica. Un altro aspetto, come già accennato, è quello della riattivazione del legame di attaccamento all'interno della stanza di analisi, questo potrebbe essere un terreno fraginoso in quanto alcune parti non vedrebbero l'ora di ricreare un legame profondo basato sulla fiducia primaria, ma quello stesso tipo di legame un tempo produsse, a causa della sua ambiguità ed incongruenza, lo sviluppo traumatico, perciò ricreare attaccamento vorrebbe dire a volte vedere la relazione terapeutica annientata da parti difensive che negano tale possibilità. Per questo Janina Fisher parla della necessità di trovare un equilibrio, né troppo vicino, né troppo lontano, per far sì che la riparazione della relazione primaria non assorba tutta l'energia del sistema coppia terapeuta paziente. Il terapeuta quindi avrà bisogno di mantenersi prevedibile e coerente restituendo il conflitto e dando la percezione che verrà gestito a quattro mani in molti momenti. Tutte le parti del paziente andrebbero apprezzate per ciò che fanno, senza che vengano ignorate o attivate oltre misura, se il paziente è coautore di questo processo, aumenterebbe il suo senso di responsabilità e la sua percezione di agency.

L'empatia e la compassione del terapeuta devono essere sincere, non costruite e non forzate, pena l'incursione di parti ciniche e distruttive, perciò quella della compassione è un'energia che va calibrata ed esplorata in precedenza fuori dalla stanza, nel proprio personale rapporto con luci ed ombre interne. Solo allora essa sgorgherà in modo sintonico al momento giusto, incarnandosi nell'attimo perfetto.

Come dice Tara Bracht nel suo libro *Accettazione radicale*, il demone indiano Mara va nominato per essere accolto e digerito, per questo le parti andrebbero sempre nominate, rappresentate in qualche modo, perché il paziente le percepisca maneggiabili, un po' come un alchimista che tocca con cura ed attenzione le ampolle contenenti sostanze preziose o velenose.

LA VIA DELLA TRASFORMAZIONE

È davvero vitale chiedere al paziente cosa sente di essere oltre al suo trauma per attingere a quell'energia altra, il Sé, l'essenza, il nucleo nonostante la frammentazione, il luogo dell'anima. Corretto è il costante passaggio nel momento presente in cui ci si può interrogare sui propri valori: nonostante non mi senta amabile quando parlo attraverso un'antica parte di me, credo nell'amore? Nonostante quando parlo attraverso un'antica parte di me non creda nell'amore, lo spero possibile? L'analista deve seminare il campo per promuovere nel paziente speranza oltre ogni logica, un atto di fede incarnato, che dal terapeuta passi al paziente.

LE PARTI BAMBINE INNOCENTI NEI SOGNI

Ho osservato come nei sogni alcuni animali si presentino a volte per lasciare che il paziente possa entrare in contatto con le sue parti esiliate, in questo caso sarebbe un'esperienza ancora più significativa utilizzare le immagini che la psiche ha prodotto per relazionarsi con la sostanza innocente che può scagionare il paziente dall'odio per se stesso. I pericoli interni rappresentano la minaccia più forte nel PTSD e nelle personalità di tipo Borderline. Sono i pensieri intrusivi ed ossessivi, i flashback, le memorie somatiche, tutto questo è accettato a fatica e vissuto come un'aggressione interna costante, dunque potenziare la sensazione di poter essere al sicuro da questo sistema che vive dentro al paziente può andare a risvegliare la percezione di essere stato una vittima andando ad iniziare il recupero degli esiliati.

ILLUMINARE L'ARCHETIPO DELL'INNOCENZA

Dentro una mia paziente trapassata dagli altri continuamente, invasa fin da piccola, abbiamo incontrato il suo coniglio, un piccolo esserino che si è lasciato contattare grazie al suo coniglio reale. Una volta morto il coniglietto vero, lei ha trovato quello interno, il suo dare amore all'animaletto significava prendersi cura di lei, di quella parte che nessuno ha mai amato nel modo giusto. Gli animali possono anche lasciare questa terra ma una volta incontrati vanno come ad illuminare l'archetipo dell'innocenza così che diventiamo in grado di riprenderci questo pezzo, che vada a compensare le valli di colpevolezza da cui siamo afflitti il più delle volte. Di solito questo passaggio è fonte di immensa guarigione, finalmente possiamo riconoscere qualcosa di buono in noi stessi e allora la vita può andare verso le cose belle perché c'è almeno un "coniglietto" in questo caso, che le merita per diritto di nascita.

LA COMPASSIONE PER RISVEGLIARE LE PARTI INNOCENTI

Ribadiamo poi l'importanza della compassione e di quanto essa possa avere un ruolo centrale nel trattamento delle parti critiche ed aggressive interiorizzate. Come abbiamo visto, alcune di loro hanno sia l'obiettivo di ricreare una dinamica ritraumatizzante dove viene rivissuto l'attacco interno vittima-aggressore, circuito emotivo che funge anche da regolatore emozionale, sia lo scopo di proteggere le parti esiliate dal dolore e la consapevolezza dell'abuso subito.

È necessario accettare il paziente così come è, con i suoi demoni, con le sue parti spietate, con le sue parti vittima. Se anche noi lo volessimo differente da così, non staremmo agendo compassionevolmente, dobbiamo dunque lavorare per saper accogliere le sue ombre più oscure, appoggiandoci al percorso personale che abbiamo svolto e che stiamo svolgendo per integrare le nostre. Implicitamente dovrebbe passare la possibilità che l'intollerabile si può contenere, nella stanza di terapia, nella mente del terapeuta, nel corpo del paziente.

Ma questo è possibile solo se viene data dignità a quella sofferenza in primis da noi. Questo ingrediente accettante non potrà che permeare la relazione ed agire senza che noi ce ne accorgiamo. Dunque, riassumendo, le parti critiche ed aggressive vanno conosciute, abitate, incarnate, incontrate pian piano vissute da una prospettiva di disidentificazione.

L'obiettivo non deve essere liberarsi dei persecutori interni, quanto integrarli, abbassare il volume della loro voce e per poterlo fare dobbiamo accedere alla parte del paziente che può girare la manopola del registratore, una parte imparziale, la mente saggia di Marsha Linehan, la parte che vuole guarire, il sentiero di mezzo tra il cervello emotivo e la corteccia prefrontale che può focalizzarsi su questi agiti, la parte Life Giver come la chiama Kalshed, quella che scrive i suoi sogni per portarli in terapia, la parte che invia sogni dal potenziale guaritore.

CONCLUSIONI

La mente saggia, è quel che è dice l'amore

Il sostare nel mezzo degli spazi tra ogni polarità è parte di questo faticoso processo trasformativo, è una danza tra l'accettare una psiche compromessa da un lato e generare speranza per sé dall'altro, questo movimento avanti ed indietro produce senza ombra di dubbio un avanzamento, laddove alla lotta poniamo la pace, il conflitto riposa, parla, si siede con noi, nella verità di ciò che è, se da un lato è la traccia del male subito, dall'altro il desiderio fiammante di guarigione e di ricongiungimento con la vita diventa uno scopo creativo, un bene per l'intera umanità. Se nulla si fosse rotto, non saremo guidati dal bisogno della nostra anima di ritrovare un luogo, dove ogni pezzo è a casa, dove uno è tutto e tutto è uno, più della somma delle singole parti.

È assurdo

dice la ragione

È quel che è

dice l'amore

È l'infelicità

dice il calcolo

Non è altro che dolore

dice la paura

È vano

dice il giudizio

È quel che è

dice l'amore

È ridicolo

dice l'orgoglio

È avventato
dice la prudenza
È impossibile
dice l'esperienza
È quel che è
dice l'amore.

È quel che è (Einaudi, 1988) Eric Fried

BIBLIOGRAFIA

- Brach T.**, *Disponibilità incondizionata. Lo spirito dell'accettazione radicale*, Ubiliber, Milano, 2025.
- Bromber P.**, *Clinica del trauma e della dissociazione: Standing in the Spaces*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2007.
- Fisher J.**, *Guarire la frammentazione del Sé. Come integrare le parti di sé dissociate dal trauma psicologico*, Raffaello Cortina editore, Milano, 2017.
- Gendlin E.T.**, *Focusing. Interrogare il corpo per cambiare la psiche*, Astrolabio Ubaldini Editore, Roma, 2001.
- Herman J.L.** (2005) *Guarire dal trauma. Le conseguenze della violenza. Dall'abuso domestico al terrore politico*, Giovanni Fioriti Editore, Roma, 2024.
- Kalsched D.**, *Il mondo interiore del trauma*, Moretti & Vitali, Bergamo, 2001.
- Liotti G., Farina B.**, *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociata*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2011.
- Schwartz R.C., Sweezy M.**, *Terapia dei sistemi familiari interni*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2023.
- Steele K., Boon S., Van der Hart O.**, *La cura della dissociazione traumatica. Un approccio pratico e integrativo*, Mimesis Edizioni, Milano, 2017.
- Van der Hart O., Nijenhuis E.R.S., Steele K.**, *Fantasma nel Sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2011.

Il corpo attacca il corpo: la malattia autoimmune come risposta alla potenza delle emozioni

> Francesca Piccolo

Lo scopo di questo lavoro è quello di condividere una riflessione sul ruolo che la retroflessione, come modalità di interruzione di contatto, ha nell'insorgenza della malattia autoimmune. All'interno di una cornice fenomenologico-esistenziale le patologie autoimmuni sono viste come esiti di conflitti non risolti tra parti della personalità che tendono a configurarsi come opposte. La malattia, con i suoi sintomi, pur essendo portatrice di sofferenza, è considerata l'espressione di un adattamento creativo e messaggera di una prospettiva di cambiamento. Nell'ottica della "rottura biografica" essa viene vista come un evento che interrompe la continuità narrativa dell'esistenza e necessita di una nuova narrazione, più profondamente simbolica, che sia in grado di avviare quei processi trasformativi che hanno come fine ultimo l'integrazione di quelle parti che si sono scisse nel corso dell'esistenza stessa. Attraverso la condivisione dell'esperienza clinica, verrà evidenziato il ruolo della relazione terapeutica come spazio di co-costruzione di senso, in cui il sintomo possa essere trasformato in simbolo rendendo possibile per il paziente un più sano contatto con i propri bisogni e una più profonda e autentica espressione del sé.

The Body Attacks the Body – Autoimmune Disease as a Response to the Power of Emotions

The purpose of this work is to share a reflection on the role that retroflection, as a mode of contact interruption, plays in the onset of autoimmune disease. Within a phenomenological-existential framework, autoimmune pathologies are viewed as outcomes of unresolved conflicts between parts of the personality that tend to configure themselves as opposites. Illness, with its symptoms, although a bearer of suffering, is considered the expression of a creative adaptation and a messenger of a perspective

for change. From the standpoint of “biographical rupture,” illness is understood as an event that interrupts the narrative continuity of existence and requires a new, more symbolically profound narration, capable of initiating transformative processes whose ultimate aim is the integration of those parts that became split during the course of existence.

Through the sharing of clinical experience, the therapeutic relationship is highlighted as a space of co-construction of meaning, where the symptom may be transformed into symbol, thus enabling the patient to achieve a healthier contact with their needs and a deeper, more authentic expression of the Self.

.....

La Psico-somatica si configura come un ambito privilegiato all'interno del quale si fa vivo un dialogo costante tra psicologia, medicina e fenomenologia del corpo. Si tratta di una visione che, per mezzo del “trattino”, che altro non è che il corpo del terapeuta con i suoi vissuti, si occupa del dolore del paziente attraverso la connessione tra sintomi e simboli e attraverso un lavoro che permetta a corpo e psiche di tornare ad essere un'unità.

La malattia impone, in qualche modo, al paziente di rendersi consapevole del proprio corpo, perché attraverso i sintomi esso comunica una sofferenza che è anche psichica. Lo spazio relazionale tra paziente e terapeuta diventa il luogo in cui il paziente può tornare a narrarsi, anche partendo dalle ferite che porta nel corpo, per ricostruire la sua storia e per dare voce a quei conflitti che possono essere espressi solo attraverso i sintomi corporei. Il corpo dunque si fa teatro di conflitti intrapsichici non risolti che derivano dall'impossibilità per il paziente di essere in contatto con le proprie emozioni e riuscire relazionarsi in modo sano l'ambiente per la soddisfazione dei propri bisogni.

Nella prospettiva gestaltico analitica la malattia psico-somatica diventa l'occasione per cogliere gli aspetti simbolici di quell'adattamento creativo che il paziente ha messo in atto attraverso il sintomo. Il lavoro terapeutico è guidato dalla possibilità di restituire significati profondi che consentano al paziente di ritrovare la consapevolezza del suo essere nel mondo, imparando a non interrompere il dialogo tra inconscio e coscienza.

È partendo da queste premesse che nel luglio del 2023 ho deciso di presentare il caso clinico di Filippo nell'ambito del convegno organizzato dal GRP, Gruppo di Ricerca in Psicomatica, presso l'università de L'Aquila. Oggi che la pubblicazione di questo numero della rivista diventa l'opportunità di tracciare le traiettorie del viaggio finora percorso dal nostro gruppo di lavoro scelgo di riportare il mio intervento così come l'avevo presentato a L'Aquila.

In Gestalt quando parliamo di retroflessione ci riferiamo ad una particolare modalità di evitamento del contatto con l'ambiente.

“Retroflettere significa letteralmente ‘rivolgere esattamente indietro, contro’. Quando una persona retroflette il suo comportamento, vuol dire che fa a se stesso ciò che originariamente fece o ha cercato di fare ad altre persone o ad altri oggetti. Egli smette di dirigere le varie energie all’esterno, nel tentativo di manipolare e determinare cambiamenti nell’ambiente che soddisferanno i propri bisogni, per ridirigerle all’interno, *sostituendo*, come bersaglio del comportamento, *se stesso all’ambiente*. [Tutto ciò accade] perché ha incontrato quello che allora costituiva per lui un’opposizione insuperabile. L’ambiente – per la maggior parte altre persone – si è mostrato ostile riguardo ai suoi tentativi volti al soddisfacimento dei propri bisogni, l’ha frustrato e punito.” (Perls, Hefferline e Goodman, *Teoria e Pratica della Psicoterapia della Gestalt*, Astrolabio, 1997, pag. 419)

Se l’ambiente risulta sistematicamente ostile, frustrante e punitivo rispetto al soddisfacimento dei bisogni di un individuo, quella persona rinuncia a lottare, si arrende e si adegua per evitare il dolore e il pericolo impliciti nei nuovi tentativi; tuttavia quel bisogno continua a premere, è quindi necessario impegnare una forte quantità di energia per impedirgli di esprimersi. L’impulso non soddisfatto, continua inoltre a organizzare l’apparato motorio (ce ne accorgiamo dalla postura, dal tono muscolare ecc.) come se il bisogno fosse manifestabile. Poiché la sua espressione porterebbe ad una punizione l’individuo impara a reprimerlo. La sua energia viene divisa e quello che è nato come un conflitto tra l’organismo e l’ambiente diventa un conflitto interno tra due parti della personalità, tra un certo comportamento e il suo opposto.

Perls associa la retroflessione a un vero e proprio corpo a corpo tra due parti della personalità e nella malattia autoimmune questo conflitto è ben rappresentato: la risposta immunitaria infatti è una risposta rivolta contro i tessuti dell’organismo anziché contro agenti patogeni esterni, il corpo dunque attacca il corpo.

Una malattia autoimmune, al pari di ogni malattia cronica, rappresenta secondo Michael Bury una “rottura biografica”, una frattura nell’esperienza di vita di un uomo, ed è qualcosa che impone nuove riflessioni su di sé, che obbliga a dare attenzione a qualcosa che molto spesso è dato per scontato o addirittura ignorato: il corpo e le sue sensazioni. È proprio ripartendo dalle sensazioni corporee che diventa possibile recuperare anche quella energia emotiva che è stata imprigionata nel conflitto intrapsichico. Affinché l’individuo possa ricontattare il proprio bisogno profondo e riaprire il proprio confine all’esterno, è fondamentale che il paziente passi attraverso la narrazione della malattia e di sé nella malattia. Questo, seguendo un’ottica esistenzialista, permette di dare un senso a ciò che accade e a *come* l’individuo *si fa accadere*.

Il caso clinico che presento è quello di un uomo che a partire dalla tenera età ha imparato a rinunciare ai suoi bisogni arrivando a sviluppare nel tempo un comportamento retroflessivo che ha raggiunto la sua massima evidenza nel momento in cui ha sviluppato una malattia autoimmune che l’ha costretto a fermarsi e cominciare a riflettere sul suo modo di stare al mondo.

Quando Filippo inizia la terapia è un uomo di circa 40 anni che arriva perché spaventato da una serie di attacchi di panico che vive da circa un anno e non riesce più a gestire, visto il serio peggioramento degli ultimi tempi. Il paziente porta con sé una rabbia rivolta verso i genitori di cui non è pienamente consapevole. Li rimprovera di non aver saputo accogliere le sue paure e non averlo aiutato a superarle quando aveva 5 anni. A quell'età Filippo ha iniziato a manifestare segni di disagio facendo spesso un incubo che lo portava a cercare conforto nel letto dei genitori. Per un po' gli fu consentito di restare ma dopo alcuni mesi fu costretto, in modo forzato, a tornarsene nel suo letto.

Incubi e paure non passarono perciò iniziò a sdraiarsi e dormire silenziosamente sul tappeto ai piedi del loro letto. L'illusione della vicinanza durò qualche mese: con aggressioni verbali e fisiche fu di nuovo costretto a tornare nel suo letto. L'unica cosa che poteva fare era aspettare immobile che le paure passassero.

Coerentemente con quanto descrive Perls, il paziente ha incontrato l'ostilità dell'ambiente nonostante i ripetuti tentativi di "manipolarlo" (in senso gestaltico) fino a quando si è arreso e adattato attraverso un progressivo ritiro dell'energia, delle sue risorse e delle sue emozioni. Ha iniziato quindi a sviluppare un comportamento retroflessivo, "a fare da sé".

Il bagaglio emotivo che accompagna il racconto di questa fase dolorosa della sua vita ha portato con sé un sogno molto significativo in cui il paziente si vede sdraiato in un letto d'ospedale in stato comatoso. Nonostante la presenza dei suoi cari non si sveglia.

La prima cosa che lo colpisce è il suo essere fermo, inerme, un richiamo alla solitudine provata nel suo lettino. Gli viene in mente che spesso viene considerato come una persona che non permette agli altri di avvicinarsi e stargli accanto. Con un lavoro associativo mette a fuoco che è la stanchezza del dover fare tutto da solo a portarlo a questo distacco emotivo, comatoso, dai suoi affetti, con i quali non entra veramente in relazione. Parallelamente appare in figura l'aspettativa, un po' magica, che prima o poi arrivi qualcuno che lo incoraggi e lo rassicuri sul fatto che ogni cosa andrà per il meglio, qualcuno, dice lui, che capisca cosa gli accade e cosa prova soltanto da un suo sguardo.

Si apre dunque la strada alla consapevolezza, il paziente comincia a vedere COME mette in atto i meccanismi retroflessivi, soprattutto nella modalità di *fare a se stessi ciò che in origine avremmo voluto che l'ambiente avesse fatto a noi*.

Inizia a rendersi conto di quanto abbia desiderato nella sua vita un incoraggiamento, o magari anche solo sostegno nelle sue scelte, da parte della sua famiglia che invece non è mai riuscita ad andare oltre il suo atteggiamento sfidante.

Cominciare a vedere quel bambino solo nella sua cameretta e permettergli di ricontattare ed esprimere le paure e la rabbia è stato fondamentale per consolidare l'alleanza terapeutica e permettere al paziente di cominciare a fidarsi ed affidarsi a qualcuno che non fosse se stesso.

Un nuovo radicamento basato sul rinnovato contatto emotivo è stato il primo passaggio per cominciare a modificare alcuni comportamenti, avviando, come dice Polster, la ricerca dell'altro appropriato: il paziente ha iniziato ad essere più esplicito nelle richieste di sostegno trovando risposte positive da parte dell'ambiente, anche e soprattutto da parte della madre e della sorella.

La riscoperta di un femminile più accogliente e protettivo ha consentito la ricostruzione di una "base sicura" grazie alla quale sono emersi lentamente i ricordi dell'abuso subito proprio all'età di 5 anni, da cui hanno avuto origine gli incubi e le paure che l'hanno portato a consolidare allora i meccanismi difensivi.

Il paziente stava dunque imparando a riconoscere le proprie emozioni e tollerarne la presenza. Purtroppo il peso dei ricordi legati all'abuso e la fatica fisica ed emotiva della vita quotidiana, nel frattempo aveva iniziato a vivere da solo, hanno favorito una regressione che l'ha portato a rimettere in atto il suo meccanismo difensivo abituale: fare, fare, fare per non sentire e sperare che qualcuno si accorgesse dei suoi sforzi alleggerendo magicamente le sue fatiche.

La forza delle emozioni, nonostante il suo grande sforzo di tenere tutto sopito, ha avuto però un effetto dirompente che l'ha costretto a fermarsi e prendere coscienza di quanto gli stava accadendo.

Ha iniziato a stare molto male: un gran numero eruzioni cutanee sparse per il corpo, localizzate soprattutto nella bocca, gli provocavano grande dolore oltre che un senso di vergogna. Un altro sintomo importante erano dei forti e invalidanti dolori muscolari ed articolari che gli impedivano di vivere il quotidiano e di lavorare. Dopo il fallimento delle prime cure e diversi approfondimenti, le viene diagnosticata una malattia autoimmune.

Era come se stesse sentendo nel corpo le sensazioni di un sogno fatto nelle prime sedute in cui era immobile nel letto di una stanza asettica, come se visse un coma vigile: il corpo dolorante lo costringeva all'immobilità e lo smarrimento per un cambiamento così grande era altrettanto doloroso dal punto di vista emotivo.

Una caratteristica frequente delle patologie autoimmuni è una certa incapacità di riconoscere le emozioni, il corpo si fa portavoce di ciò che non è ancora nominabile: il lavoro terapeutico a questo punto si è concentrato prima di tutto sul riconoscimento e poi sull'accettazione della malattia attraverso la costruzione di senso e significato. Quei sintomi gli stavano comunicando che era assolutamente necessario fermarsi per ascoltarsi e prendersi cura di se stesso. Inizialmente Filippo parlava della sua malattia con ironia e senza mai nominarla chiaramente, come per sminuirne l'importanza; il suo atteggiamento era, di nuovo come in passato, altamente sfidante "io sono

più forte di te e ti distruggerò (e lo farò da solo)”. Attraverso un lento processo di avvicinamento alla malattia il paziente ha cominciato a nominare la Spondilite Anchilosante aprendo di nuovo la strada alle sue emozioni. Amplificando il dolore e (ancora una volta) l’impotenza che stava provando, Filippo è diventato più consapevole delle sue debolezze e ha imparato a cogliere l’opportunità di farsi aiutare chiedendo all’altro (i suoi genitori in particolare) di stargli accanto.

Un momento di svolta della terapia è stato alla fine dell’estate successiva alla diagnosi. Durante la pausa estiva il paziente tocca l’apice della sua sofferenza fisica ed emotiva. Quel mese d’agosto, scoprirò soltanto al nostro rientro, è stato uno dei peggiori della sua vita.

Avendo già superato la difficoltà più grande legata all’atteggiamento retroflessivo, Filippo riesce ad esprimere la rabbia che ha provato nei miei confronti per “per non aver visto quanto grande fosse la sua sofferenza in quel momento e averlo lasciato solo nella e con la sua sofferenza”. Sono diventata, in quel mese, un’altra di quelle persone che “tanto al dunque se ne vanno”. Poter sperimentare questo nella relazione terapeutica e poter io incarnare quel trattino che è centrale nel nostro approccio alla psico-somatica, è stato fondamentale per restituire senso alle sue modalità e permettergli di riappropriarsi delle proiezioni dolorose. Il mio dispiacere per la sua sofferenza, la mia accoglienza della sua rabbia e allo stesso tempo la presa di coscienza del fatto che in realtà non l’avevo abbandonato, gli avevo infatti detto che se avesse avuto bisogno avrebbe potuto contattarmi, gli hanno permesso di aprire definitivamente gli occhi sul suo modo di muoversi nel mondo, sulla sua difficoltà di chiedere aiuto.

Fondamentale è stato anche l’intenso lavoro fatto nel gruppo: attraverso il racconto della storia familiare e la narrazione dei suoi traumi, l’abuso prima e la malattia poi, ha sentito l’accoglienza del gruppo riuscendo a trasformare la vergogna e la rabbia. Per molto tempo il suo pensiero è stato orientato al voler parlare ai suoi genitori dell’abuso per poterli punire. Sperimentare questa possibilità nel gruppo l’ha messo di fronte a quello che in realtà era il suo bisogno profondo: essere accolto e riconosciuto nel suo dolore, con le sue fragilità, potersi sentire sicuro nel letto con loro. Magicamente, sono emersi altri ricordi legati all’abuso che gli hanno permesso di perdonare i suoi genitori. In particolare ha ricordato il momento in cui suo padre ha affrontato la persona che aveva abusato del figlio impedendogli per sempre di rimettere piede in casa loro. Questo ricordo, insieme all’accettazione dei limiti dei suoi genitori, ha reso possibile il perdono e la riconciliazione. Sono stati sicuramente incapaci di comprendere, e di conseguenza accogliere, il dolore di quel bambino di 5 anni ma, a modo loro e con le risorse disponibili, lo hanno protetto. Sperimentare quel senso di protezione ha facilitato la possibilità di riscoprirli come punti di riferimento e sceglierli come primi “alleati” nelle importanti scelte di vita che ha iniziato a compiere.

Per concludere, siamo partiti dalla “rottura biografica” che la malattia ha rappresentato per Filippo e abbiamo ricostruito, nella relazione terapeutica, il senso che la malattia, con tutti i suoi sintomi,

ha avuto per lui. Questo ha favorito la scoperta di risorse nuove che il paziente ha saputo mettere in campo per capovolgere la retroflessione e tornare ad un'autentica espressione del sé.

BIBLIOGRAFIA

- Bury M.**, *Chronic illness as biographical disruption*, *Sociology of Health & Illness*, 4(2), 167-182, 1982.
- Francesetti G., Gecele M., Roubal J.**, *La psicoterapia della Gestalt nella pratica clinica. Dalla psicopatologia all'estetica del contatto*, Franco Angeli, Milano, 2014.
- Lowen A.**, *La voce del corpo. Il ruolo del corpo in psicoterapia*, Casa Editrice Astrolabio, Roma, 1997.
- Neri C.**, *Il gruppo come cura*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2021.
- Perls F.S.**, *La terapia gestaltica. Parola per parola*, Casa Editrice Astrolabio, Roma, 1980.
- Perls F., Hefferline R.F., Goodman P.**, *Teoria e pratica della terapia della Gestalt. Vitalità e accrescimento nella personalità umana*, Casa Editrice Astrolabio, Roma, 1971.
- Rossero E.**, *Anticorpi anarchici. Narrazioni di malattia autoimmune*, Franco Angeli, Milano, 2022.
- Spagnuolo Lobb M., Amendt-Lyon N.** (a cura di) *Il permesso di creare. L'arte della psicoterapia della Gestalt*, Franco Angeli, Milano, 2003.
- Van der Kolk B.**, *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2015.
- Widmann C.** (a cura di), *Sintomo o simbolo. Due diverse destinazioni dei contenuti inconsci*, Magi Edizioni, Roma, 2012.
- Yalom D., Leszcz M.** (2005) *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, Bollati Boringhieri, Torino, 2022.
- Zinker J.**, *Processi creativi in psicoterapia della Gestalt*, Franco Angeli, Milano, 2002.

Ricordando l'esperienza del Workshop sull'embodiment del 2023 a l'Aquila e a Roma

> Maddalena Micheli

Questo è il racconto di un workshop esperienziale presentato ad un congresso e in un gruppo.

Remembering the 2023 Embodiment Workshop in L'Aquila and Rome

This article recounts the experiential workshop presented at a congress and within a group.

.....

Nel Luglio del 2023, assieme alla dott.ssa Lettieri e alla dott.ssa Papale, abbiamo presentato il workshop **“L'esperienza dell'embodiment nella psico-somatica in Gestalt Analitica”** inizialmente, presso il gruppo dei tirocinanti dell'Istituto Gestalt Analitica di Roma e pochi giorni dopo, all'interno del XIII Congresso Nazionale GRP *“La medicina multidisciplinare in ottica psicosomatica”* tenutosi all'Università degli studi dell'Aquila.

In seguito, avendo riscosso un caloroso feedback da parte dei tirocinanti della scuola di specializzazione I.G.A., ci è stato chiesto di replicare il workshop per i nuovi ingressi. Così a Febbraio del 2024, abbiamo avuto il piacere di ripetere per la terza volta la nostra proposta esperienziale. In entrambi i contesti, in un'aula universitaria e nella grande sala della sede dell'I.G.A., abbiamo mantenuto la stessa struttura introduttiva e teorica, invece, come è ovvio, abbiamo adattato la parte esperienziale ai diversi tipi di ambienti.

DESCRIZIONE DEL WORKSHOP

L'esperienza dell'embodiment nella psico-somatica in Gestalt Analitica

Ho avuto la gioia di moderare la fase introduttiva, nella quale abbiamo presentato la cornice teorica che faceva da sfondo alla nostra proposta esperienziale di gruppo con l'uso di immagini

evocative¹. La dott.ssa Lettieri ha aperto le presentazioni con il tema **“Introduzione alla Gestalt Analitica”**, io ho approfondito l'argomento **“Il Sé incarnato”** e la dott.ssa Papale ha concluso focalizzando su **“Immagine e mondo interiore”**.

Background e obiettivo del workshop

L'intento di tale workshop era quello di favorire l'esperienza del livello corporeo attraverso la presentazione di alcune immagini evocative. Partendo dal presupposto che il nostro modello integra la fenomenologia dell'esperienza con il mondo simbolico interiore, l'uso delle immagini diventa espressione del linguaggio dell'anima, esplicitato attraverso la scelta e “l'andare verso” l'immagine che incarna il nostro momento presente. In tal modo è possibile connettere i processi emotivi a quelli corporei, al fine di produrre un'esperienza di interezza che ha luogo nel qui ed ora.

Facilitando inoltre la connessione tra psiche e corpo si può comprendere il funzionamento del sintomo.

Articolazione del Workshop

Il lavoro presupponeva la presenza di un gruppo da un minimo di 6 partecipanti ad un massimo di 20.

Nella prima fase abbiamo esposto i momenti principali dell'esperienza in accordo con un breve inquadramento teorico sul ciclo di contatto e sulla forza simbolica delle immagini evocative.

Nella seconda fase, con metodi diversi a seconda dei contesti, abbiamo presentato le immagini evocative in formato A4, chiedendo ai partecipanti di sceglierne una.

Nella terza fase, attraverso delle domande guida, abbiamo invitato i partecipanti a sperimentare, per mezzo dell'immagine, le diverse fasi del ciclo di contatto (così come illustrate da Goodman² nel 1951: precontatto, presa di contatto, contatto pieno e post contatto o ritiro). Durante la

¹ Le immagini che selezionammo per il workshop erano ricche di ogni tipo di colore e di elementi naturali e archetipici, alberi, granai, finestre aperte su paesaggi, serpenti, maschere, persone intente in azioni creative; lo scopo era quello di promuovere la creazione di una esperienza d'incontro frutto *“dell'aspirazione dell'inconscio a emergere alla luce e l'aspirazione della coscienza alla sostanza”*, e questo stato rappresenta l'inizio della funzione trascendente, *“ossia della cooperazione tra dati inconsci e dati consci”* (Jung, 1957/58).

² Nel 1951, Fritz Perls e Paul Goodman (con Hefferline per la parte pratica) pubblicarono *“Gestalt Therapy”*, uno dei testi che hanno fatto la storia della psicoterapia. Come riportato da Ginger nel 1987, nel tomo II del testo citato, Goodman espose la sua Teoria del Sé proponendo una divisione del ciclo di contatto in quattro fasi principali:

1. *Il precontatto*, momento di eccitazione in cui le sensazioni nascenti nel corpo emergono in figura sollecitando l'attenzione; il Sé funziona in modalità Es *“mi succede...”*;
2. *Il contatto pieno o la presa di contatto*, un processo attivo durante il quale l'organismo si prepara ad affrontare l'ambiente, l'eccitazione del corpo diviene sfondo mentre l'oggetto del desiderio viene in figura; il Sé funziona in modalità Io consentendo un'azione responsabile sull'ambiente *“scelta/rifiuto”*;
3. *Il contatto finale o contatto pieno*, è il momento della confluenza sana, di indifferenziazione tra l'organismo e l'ambiente, tra Io e Tu; il Sé funziona in modalità Io ma contemporaneamente attiva e passiva, soggetto e oggetto;
4. *Il postcontatto o ritiro*, è la fase di assimilazione dell'esperienza; il Sé funziona nella modalità personalità permettendo l'integrazione dell'esperienza nel bagaglio personale e in una dimensione storica; la coscienza diminuisce progressivamente, la *gestalt* è chiusa e si è nuovamente disponibili al *vuoto fertile dell'indifferenza creativa*, da cui potrà emergere una nuova esperienza.

fase di contatto pieno, abbiamo proposto ai partecipanti di dare forma al vissuto emotivo che l'immagine aveva generato, attraverso una scultura corporea, lasciando il tempo necessario per fare esperienza della propria forma corporea all'interno del campo.

In seguito, abbiamo favorito gradualmente l'ingresso nella fase del ritiro dall'esperienza fino al termine della stessa.

In ultimo, abbiamo dedicato circa trenta minuti per raccogliere brevi suggestioni da parte di ogni partecipante, permettendo la possibilità per chi volesse di approfondire la propria esperienza condividendola con il gruppo.

L'ESPERIENZA CON IL GRUPPO DEI TIROCINANTI ALL'IGA

Le due esperienze all'IGA sono state molto diverse tra loro. La prima volta, la parte teorica riscosse molto interesse suscitando nei tirocinanti numerose domande alle quali fummo liete di rispondere, tuttavia, sacrificando tempo e spazio alla parte pratica che si svolse più come esperienza individuale 'in gruppo'.

Diversamente, reduci anche dalle precedenti esperienze, la seconda volta fummo accorte nel lasciare un'ora e mezza alla fase di gruppo e incontro con le immagini. In quella occasione, predisponemmo i 21 partecipanti in cerchio e dopo aver lasciato il tempo sufficiente per la scelta/incontro della propria immagine evocativa, liberammo il centro ed ebbe inizio un vero e proprio incontro 'di gruppo'. L'esperienza fu talmente coinvolgente che ciascuno volle l'immagine scelta in ricordo dell'esperienza e per avere la possibilità di approfondire i temi emersi nel gruppo all'interno del proprio spazio di terapia personale. Prima di chiudere il gruppo lasciammo ad ognuno anche il foglio con le domande guida³ per avere una traccia anche futura con cui approcciarsi all'immagine in modo gestaltico.

L'ESPERIENZA CON GLI ALLIEVI DELL'UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'AQUILA

Il ricordo che conservo di quel 13 Luglio è riassumibile in quattro parole, entusiasmo, paura, incoscienza e senso di comunità. A distanza di due anni sono felice e grata di aver vissuto quel giorno insieme a tutto il gruppo di studio psico-somatica in gestalt analitica.

³ Riporto qui, sinteticamente, le domande guida che mettemmo a punto per favorire l'ingresso, la fusione e l'uscita dall'esperienza di incontro con l'immagine: Inizio esperienza- come sto ora?; che cosa sento nel mio corpo (caldo/freddo, rigidità/rilassamento, formicolii...); che emozione suscita in me (l'immagine)?; di cosa ho bisogno?; che cosa voglio?; cosa posso fare per ottenerlo?; immaginando di averlo fatto, è cambiato qualcosa? Cosa senti che è cambiato emotivamente e fisicamente?; come posso portare tutto questo nel mio qui ed ora per cambiare qualcosa?; fine esperienza- come sto ora?.

È stata una sfida, forse con un po' di incoscienza dentro, perché un congresso nazionale non era forse il contesto più congruo per un workshop esperienziale e perché la struttura di un'aula universitaria, predisposta per lo svolgimento di una lezione frontale con cattedra e schiere di banchi, non consentiva l'attuazione del workshop nella sua forma originale, cioè in un gruppo di persone contenute che si dispongono in cerchio.

Ricordo che l'aula era piena, di fronte a noi molti studenti universitari armati di quaderni e penna pronti a prendere appunti. All'inizio, tutto si svolse in modo prevedibile e atteso, poi invitammo il pubblico a partecipare, lasciando i banchi per venire a scegliere una delle immagini che avevamo sparpagliato sulla cattedra, o meglio 'a lasciarsi scegliere dall'immagine'.

Fu divertente! Quell'inattesa richiesta venne accolta con interesse e ci diede l'incentivo per passare alla fase successiva. Dopo aver lasciato del tempo ad ognuno per entrare in contatto con l'immagine evocativa scelta e aver distribuito i fogli con le domande guida, chiedemmo se ci fosse qualcuno che voleva condividere la propria esperienza di incontro con l'immagine. La partecipazione fu sopra le nostre aspettative e ci persuase a chiedere un ulteriore passo a chi aveva condiviso. Fu così che due ragazze vennero ad occupare lo spazio tra la cattedra e i banchi ed esplorarono insieme, con grande coraggio, i loro movimenti emotivi e di pensiero evocati dall'immagine.

Nonostante gli ostacoli, relativi a spazio e numero delle persone superiori al progetto iniziale, ciò che rimase e resta tuttora, è la gioia di aver condiviso insieme a tutti i presenti emozioni, lacrime, abbracci, interrogativi e quella potenza così affascinante del linguaggio immaginale che ha la capacità di precipitare all'interno e di unificare, quando, con coraggio, si accetta la sfida di incontrare l'altro e di condividere rendendosi vulnerabili.

BIBLIOGRAFIA

Ginger S., *La Gestalt. Terapia del con-tatto emotivo*, Edizioni Mediterranee, Roma, 1987.

Jung C.G., *La dinamica dell'inconscio*, in *Opere*, vol. VIII, Bollati Boringhieri, Torino, 1976.



TRAME PSICO-SOMATICHE:
TRAUMA, EPIGENETICA E
TRANSGENERAZIONALE

Secondo cervello: l'influenza del microbiota nell'equilibrio tra corpo e psiche

> Francesca Piccolo

Le ricerche scientifiche degli ultimi anni hanno evidenziato il ruolo fondamentale del microbiota intestinale nella regolazione della salute dell'individuo. In particolare il microbiota interviene nella segnatura epigenetica del sistema immunitario ed è capace di influenzare il Sistema Nervoso Centrale per mezzo della comunicazione continua che avviene attraverso l'asse microbiota-intestino-cervello. Con questo contributo vedremo come uno stato alterato del microbiota, la disbiosi, sia correlato a diversi disturbi psichiatrici, neurologici e del neurosviluppo. Dall'epoca prenatale fino alla vecchiaia, la salute del microbiota impatta lo sviluppo neurocognitivo e la regolazione emotiva, suggerendo sempre di più l'importanza di approcci terapeutici integrati, inclusa la psicoterapia, per promuovere il benessere globale.

The Second Brain – The Influence of the Microbiota on the Balance Between Body and Psyche

Recent scientific research has highlighted the fundamental role of the intestinal microbiota in regulating human health. In particular, the microbiota intervenes in the epigenetic programming of the immune system and is capable of influencing the Central Nervous System through the continuous communication occurring along the microbiota–gut–brain axis. This contribution examines how an altered state of the microbiota, dysbiosis, is correlated with a variety of psychiatric, neurological, and neurodevelopmental disorders. From the prenatal stage through old age, the health of the microbiota impacts neurocognitive development and emotional regulation, increasingly underscoring the importance of integrated therapeutic approaches, including psychotherapy, in promoting overall well-being.

Secondo il Prof. David Baulcombe, studioso e ricercatore di epigenetica in ambito botanico, l'epigenetica è quell' "eredità soft che attiene al modo in cui la vita di tutti i giorni agisce sul DNA¹". È ormai noto che l'espressione delle informazioni geniche è influenzata dalle molteplici segnalazioni che provengono dall'ambiente esterno o interno all'organismo, in una reciproca e costante interazione. In questa ottica non possiamo più sottovalutare gli effetti che l'ambiente in cui viviamo, il modo in cui ci alimentiamo, la nostra modalità di gestione dello stress nonché il rispetto dei naturali ritmi biologici hanno sul nostro stato di salute poiché coinvolgono direttamente il sistema immunitario nella sua capacità di offrire una risposta equilibrata.

Una caratteristica che rende i marcatori epigenetici così interessanti e che li differenzia in maniera sostanziale dalle mutazioni genetiche è la loro reversibilità. Questo significa che attraverso interventi concreti sul nostro stile di vita, attraverso strategie comportamentali, psicologiche e/o farmaceutiche possiamo, se e quando necessario, incidere sui cambiamenti fenotipici ereditabili da una cellula o da un organismo, senza che ci sia una variazione del genotipo.

In un lavoro del 2004 Weaver et al.² hanno dimostrato come, a livello epigenetico, un comportamento sia in grado di lasciare un'impronta duratura nella biologia cerebrale. In particolare in cuccioli allevati da madri "poco premurose" è stata osservata una specifica segnatura epigenetica che comporta una minore efficienza dell'ippocampo ed un'alterazione nel funzionamento dell'intero asse dello stress.

Studi successivi, condotti su esseri umani, hanno dimostrato come lo stress materno sia direttamente associato ad uno stato infiammatorio interno che influenza negativamente l'asse dello stress del feto, altera il circuito della serotonina e che, infine, può incidere anche sulla plasticità cerebrale³.

Impostare azioni che migliorino lo stile alimentare, effettuare una regolare attività fisica, utilizzare pratiche meditative che favoriscono la connessione mente-corpo nonché scegliere percorsi di psicoterapia, sono quindi tutte attività che ci consentono di plasmare l'epigenoma influenzando risposte maggiormente adattive nella direzione di un sano equilibrio dell'intera fisiologia del nostro corpo.

In questo articolo esploreremo più nello specifico il ruolo che il microbiota ha nella segnatura epigenetica del sistema immunitario e la sua influenza sul Sistema Nervoso Centrale, sul

¹ P.E. Cicerone (2012). *La rivoluzione epigenetica ha il suo motore nelle piante. Intervista a David Baulcombe*. PNEI News, 6/2012, 4-5.

² Weaver, I. C., Cervoni, N., Champagne, F. A., D'Alessio, A. C., Sharma, S., Seckl, J. R., Dymov, S., Szyf, M., y Meaney, M. J. (2004). *Epigenetic programming by maternal behavior*. Nature neuroscience, 7(8), 847-854.

³ Palma-Gudiel, H., Córdova-Palomera, A., Eixarch, E., Deuschle, M., y Fañanás, L. (2015). *Maternal psychosocial stress during pregnancy alters the epigenetic signature of the glucocorticoid receptor gene promoter in their offspring: a meta-analysis*. Epigenetics, 10 (10), 893-902.

cervello in particolare. Vedremo come la popolazione microbica che abita il nostro intestino sia protagonista di una comunicazione continua e costante con il sistema nervoso e come tale comunicazione sia capace di influenzare il nostro benessere psico-fisico fin dalle prime fasi della nostra vita.

Su tutte le superfici del nostro corpo, mucosali e cutanee, che vengono a contatto con il mondo esterno abitano milioni di microrganismi: parliamo di virus, parassiti, funghi e soprattutto batteri. Usiamo il termine collettivo di **microbiota** per indicare questa vasta popolazione di ospiti: il rapporto tra cellule microbiche e cellule umane è ampiamente sbilanciato in favore delle prime che sono decisamente più numerose. Questo dato è interessante perché il **microbioma**, che è il nome con il quale identifichiamo il patrimonio genetico di tutto il complesso dei microrganismi presenti nel microbiota, rappresenta la parte variabile del nostro genoma.

L'intestino, per la sua estensione superficiale, è il luogo che ospita la maggior parte della popolazione microbica: in esso risiede circa l'80% dei nostri microscopici ospiti.

In uno stato di **eubiosi**, il microbiota si presenta in modo armonico ed è caratterizzato da un'elevata biodiversità: la salute è dunque associata alla presenza di tante e diverse specie batteriche viceversa la patologia si associa a una minore e ridotta diversità.

Tra i microbi presenti stabilmente nel nostro intestino troviamo i cosiddetti *simbionti* o commensali e i *patobionti*. La presenza di entrambi, in un rapporto equilibrato, è fondamentale per assolvere funzioni fondamentali al nostro stato di salute; in cambio del lavoro che fanno per il nostro benessere i nostri ospiti ricevono nutrimento e un ambiente ideale alla loro sopravvivenza.

In particolare, i microbi simbionti hanno la funzione di proteggere l'intestino, mantenendo in salute la barriera epiteliale, e garantiscono una condizione di equilibrio supportando l'apparato digerente nel processo digestivo, fornendo vitamine essenziali, favorendo la scomposizione di fibre alimentari e zuccheri complessi che altrimenti non potrebbero essere assorbiti. In ultimo costituiscono una prima risorsa immunitaria per l'organismo perché competono, in termini nutrizionali, spaziale e anche funzionali, con i patobionti, che sono dei veri e propri patogeni, impedendone la proliferazione. La presenza di questi ultimi, seppur in misura ridotta, risulta comunque importante per fornire una certa attivazione del sistema immunitario che favorisce una risposta adeguata in caso di necessità.

Parliamo di **disbiosi** quando si verifica un disequilibrio, dovuto ad un'eccessiva presenza di patogeni, che altera la funzione intestinale e provoca danni alla barriera epiteliale, compromettendo la normale comunicazione tra intestino e cervello e avviando stati infiammatori che attivano il sistema immunitario.

La condizione di disbiosi può essere innescata dall'assunzione di antibiotici, da una eccessiva sterilizzazione e igienizzazione degli ambienti in cui viviamo, da uno stile alimentare fatto di cibi raffinati, zuccheri o grassi non sani e infine da *condizioni di forte stress*.

Sebbene la grande maggioranza degli studi che riguardano il microbiota si sia principalmente concentrata sulla relazione che esso ha con il sistema nervoso centrale di individui adulti, sono sempre maggiori le evidenze che indicano un possibile coinvolgimento del microbiota nello sviluppo dei circuiti neuronali e, in particolare, viene posta l'attenzione sul ruolo che può avere un microbiota sano nel corretto sviluppo neurologico, cognitivo e comportamentale.

Lo sviluppo neurologico e la formazione del microbiota sono due percorsi che procedono parallelamente e hanno finestre di vulnerabilità molto simili. Le finestre di vulnerabilità, che dette finestre di opportunità, sono periodi critici dello sviluppo in cui i circuiti neuronali sono estremamente plastici e possono essere facilmente sottoposti a rimodellamento in risposta all'esperienza.

Da questo punto di vista le fasi più dinamiche e più delicate, rispetto alla plasticità neuronale e ad una formazione ricca e diversificata della popolazione batterica intestinale, sono proprio l'infanzia e l'adolescenza: alterazioni dell'equilibrio tra microbiota e organismo ospite possono contribuire all'insorgenza di disturbi dello sviluppo neurologico⁴.

Lo sviluppo e lo stato di salute del microbiota intestinale subiscono cambiamenti nel corso dell'intera esistenza di un individuo, sia in termini di diversità che di quantità. I microbi che abitano il nostro corpo colonizzano le superfici a contatto con l'ambiente esterno fin dalla nascita e molto probabilmente iniziano il loro sviluppo addirittura dalla vita intrauterina. È stata infatti ipotizzata la formazione di un microbiota precursore, considerato un passaggio cruciale nello sviluppo neonatale, e questo suggerisce una possibile influenza da parte del microbiota materno ancora prima della nascita del bambino. Diventa quindi immediatamente evidente quanto sia importante, se ancora ci fosse bisogno di sottolinearlo, prendersi cura della salute delle madri.

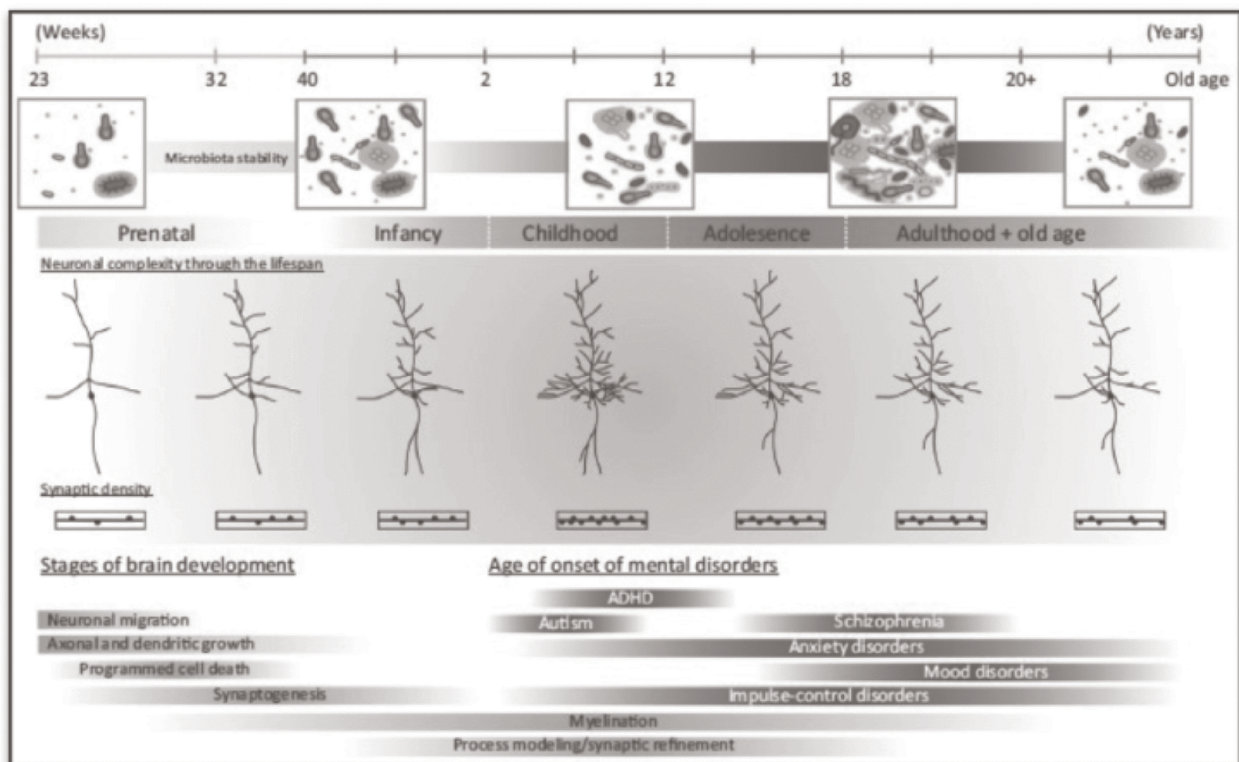
Il momento della nascita costituisce un primo passaggio fondamentale nella formazione del microbiota intestinale del neonato. Il parto naturale ha un impatto diverso sulla composizione microbica rispetto ad un parto cesareo. Nel primo il bambino viene naturalmente esposto al microbiota fecale e vaginale della madre, avendo quindi già al momento della nascita una varietà microbica che non è possibile avere con il parto cesareo, nel quale il bambino viene colonizzato da un ambiente batterico meno ricco, legato a quello della pelle della madre e all'ambiente ospedaliero.

⁴ Borre, Y. E., O'Keeffe, G. W., Clarke, G., Stanton, C., Dinan, T. G., Cryan, J. F. (2014). *Microbiota and neurodevelopmental windows: implications for brain disorders*. Trends Mol. Med. 20, 509-518.

Altri elementi importanti in questa fase dello sviluppo sono l'età gestazionale e l'allattamento al seno: bambini nati a termine e allattati al seno presentano una maggiore biodiversità microbica e con essa un sano sviluppo. Sebbene le suddette condizioni siano sempre auspicabili per la formazione di un microbiota ricco e funzionale, ed eventuali alterazioni gravi entro i primi tre anni di vita possano determinare diversi problemi di salute, non dobbiamo pensare che bambini nati con parto cesareo e/o non allattati al seno siano condannati ad avere una popolazione microbica ridotta o poco diversificata.

Infatti già dal periodo dello svezzamento si avvia la formazione di un microbiota che troverà una maggiore stabilità durante l'adolescenza fino a raggiungere il massimo sviluppo nell'età adulta per poi tornare a diminuire nell'età avanzata.

Infanzia e adolescenza sono momenti delicati non solo per la formazione del microbiota ma anche per il neurosviluppo. L'adolescenza in particolare è una fase considerata insidiosa in relazione all'insorgenza di disturbi di varia natura, tra cui schizofrenia, disturbi dell'umore e disturbi legati alla tossicodipendenza. Accanto a un microbiota ancora immaturo e piuttosto instabile c'è anche un cervello vulnerabile che affronta cambiamenti strutturali, neurochimici e molecolari in risposta agli stimoli ambientali che incontra. Sono processi che si sviluppano parallelamente e che possono influenzarsi vicendevolmente. Borre et al. (2014)⁵ propongono, a tal proposito, un quadro temporale delle fasi dello sviluppo neurologico in relazione al grado di stabilità e diversità del microbiota nel corso della vita (figura 1 - Borre et al. 2014).



⁵ Ibidem.

Dal loro lavoro emerge che al variare dei processi neurologici in atto e della composizione microbica intestinale si associa l'esposizione ai vari disturbi appartenenti per ogni fascia d'età: dall'autismo al disturbo da deficit dell'attenzione/iperattività durante l'infanzia, alla schizofrenia nel periodo dell'adolescenza, ai disturbi dell'umore (prevalentemente ansia e depressione) nell'età adulta, per finire con patologie come Morbo di Parkinson o Morbo di Alzheimer durante la vecchiaia.

Oltre ad avere un'influenza sul Sistema Nervoso Centrale (sia sulla sua formazione che sulla funzionalità), dal punto di vista epigenetico, il microbiota risulta anche essere il principale driver della segnatura del sistema immunitario. A livello intestinale microbiota e sistema immunitario dialogano per tutta la vita e la loro interazione è capace di determinare lo stato di salute o di malattia dell'organismo. La barriera epiteliale intestinale, di cui possiamo dire anche il microbiota è parte, garantisce un'immunità innata all'organismo: i batteri simbiotici, come già accennato, rappresentano una prima difesa contro i patogeni poiché competono con essi sia in termini nutrizionali che spaziali e funzionali regolando la loro presenza attraverso un meccanismo definito "quorum sensing"⁶. In caso di disbiosi questa comunicazione si altera diminuendo la capacità dei microbi commensali di contenere i patobionti, con conseguente vulnerabilità alle infezioni.

L'integrità e la funzionalità della complessa struttura della barriera epiteliale dipendono dalle segnalazioni che provengono dal microbiota. Come verrà specificato più avanti, sono interessanti in questo senso alcuni studi condotti su topi germ-free (GF): questi animali, fatti nascere e allevati in condizioni di assoluta sterilità, presentavano molte disfunzioni a livello metabolico, comportamentale, nervoso e infine immunitario. In questi animali sembra che ad essere compromesso sia tutto il sistema gastrointestinale come organo neuroimmunoendocrino.

A partire da quanto detto finora, si comincia a delineare la relazione costante che il microbiota ha con l'intero organismo e in particolare risulta evidente come le sue segnalazioni abbiano un'influenza sul SNC e sul sistema immunitario.

In particolare, parliamo di "asse microbiota-intestino-cervello" quando ci riferiamo alla complessa comunicazione bidirezionale tra i nostri due cervelli, tra il SNC e il sistema gastrointestinale, anche detto Sistema Nervoso Enterico (SNE). Il SNE è una complessa rete di neuroni organizzati in due grandi plessi, il submucoso e il mienterico, che si collocano lungo l'intero tratto gastrointestinale. È stato definito "**secondo cervello**" per le sue dimensioni, per la presenza di alcuni tipi di neurotrasmettitori che lo rendono simile al nostro principale cervello e per la sua organizzazione autonoma. Rispetto a quest'ultima caratteristica, in pazienti che per ragioni terapeutiche abbiano subito una vagotomia, è stato osservato il mantenimento delle funzioni

⁶ Demori, I. (2021). *Microbiota e immunità*. PNEI Review, 2/2021, 49-62.

intestinali che non risultano quindi essere determinate dagli impulsi provenienti dal cervello ma assicurate da una rete nervosa completamente autonoma. Attualmente, il SNE è classificato come la terza componente del Sistema Nervoso Autonomo (SNA), insieme al sistema nervoso simpatico e parasimpatico.

La comunicazione tra i nostri due cervelli è mediata dal microbiota e procede in entrambe le direzioni: stress ed emozioni di diversa natura possono influire sulla salute dello stomaco e dell'intestino e viceversa è anche possibile che disordini intestinali producano effetti sul cervello centrale⁷. Sono state spesso osservate alterazioni nella risposta allo stress ed è ormai evidente l'elevata comorbidità tra sintomi psichiatrici come l'ansia e i disturbi gastrointestinali, si pensi per esempio alla sindrome del colon irritabile.

Gli effetti benefici esercitati dal microbiota non sono direttamente legati ai microrganismi che lo compongono quanto piuttosto al loro metabolismo cellulare. Durante i processi di fermentazione o di putrefazione del cibo, il microbiota rilascia metaboliti e altri tipi di molecole che dai microbi derivano e questi intervengono nella regolazione della funzione intestinale ma anche nella modulazione del sistema immunitario e del SNC.

Alcune di queste molecole, anche dette postbiotici sono neurotrasmettitori o loro precursori e possono agire a livello locale sul sistema nervoso enterico o, se sono sufficientemente piccole, possono arrivare perfino a superare la barriera ematoencefalica (BEE), raggiungendo il cervello. La BEE è formata dalle cellule endoteliali che sono unite tra loro da giunzioni molto strette la cui funzione è quella di proteggere il cervello dall'ingresso di sostanze nocive e, allo stesso tempo, di lasciar passare solo nutrienti molto piccoli. Questa sua rigidità ha fatto pensare per molto tempo che il cervello non dialogasse con il resto dell'organismo, in particolare che non avesse alcun tipo di comunicazione con le cellule del sistema immunitario. In realtà oggi sappiamo che il meccanismo di controllo è molto più sofisticato. Esiste una seconda barriera più flessibile, la barriera encefalica del liquido spinale o barriera del plesso coroideo, che permette l'accesso al cervello di molecole più grandi, comprese quelle del sistema immunitario, ma che è in grado di chiudersi e impedire il passaggio di molecole potenzialmente dannose nel caso di traslocazione di batteri dall'intestino al sistema circolatorio. Quando si verifica una disbiosi tale barriera si chiude molto velocemente, chiudendo al tempo stesso la comunicazione con il resto dell'organismo, per evitare danni al cervello dovuti ad un'inflammatione sistemica prolungata. Sembrerebbe che sia proprio questo stato di isolamento a determinare vissuti di ansia, infatti si riscontrano frequentemente disturbi di tale natura in pazienti con malattie infiammatorie che coinvolgono lo stato di salute del microbiota intestinale.

⁷ Bottaccioli F., Bottaccioli A.G., Carosella A. (2015). *La saggezza del secondo cervello*. Ed. Tecniche Nuove.

Le vie di comunicazione maggiormente implicate nella comunicazione tra intestino e cervello sono quelle neurali, che coinvolgono il sistema nervoso centrale, autonomo e quello enterico, quelle immunitarie e quelle endocrine e in particolare l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene; sono coinvolti anche il sistema circolatorio e quello linfatico anche se in misura minore (Collins et al., 2012)⁸.

Tracciando le vie neurali vediamo innanzitutto che la comunicazione tra SNC e tratto gastrointestinale ha a che fare con i segnali di fame e sazietà che sono regolati dal rilascio dei cosiddetti peptidi regolatori. Se l'alimentazione viene modificata in relazione ai segnali del SNC, in senso restrittivo, con una dieta ipercalorica o in termini minore qualità del cibo ingerito, c'è un impatto sulla disponibilità dei nutrienti per il microbiota e di conseguenza sulla sua composizione.

Sempre rimanendo sulle comunicazioni a livello nervoso, le vie efferenti dei sistemi simpatico e parasimpatico collegano i circuiti dell'arousal emozionale con il sistema nervoso enterico: lo stress, psicologico e/o fisico, aumenta il tono del simpatico (aumentando una risposta degli organi al pericolo imminente) e diminuisce l'attività del parasimpatico (che è deputato alla regolazione del normale svolgimento delle funzioni dell'organismo). Questa combinazione, unita al rilascio di cortisolo dovuto all'attivazione dell'ipotalamo, altera la funzione del sistema nervoso enterico provocando disturbi nel corretto funzionamento del tratto gastrointestinale, alterazioni nella risposta endocrina e immunitaria e nella composizione del microbiota poiché si riscontra anche un aumento della concentrazione di noradrenalina nel lume intestinale⁹. Una maggiore presenza di noradrenalina è associata all'espressione genica di alcuni batteri che potrebbero alterare la permeabilità della mucosa intestinale, favorendo il fenomeno dell'intestino gocciolante, ovvero la traslocazione dei batteri nel sistema circolatorio, con il rischio che arrivino fino al cervello.

Oltre a quelle appena citate, un'ulteriore conseguenza dell'attivazione da stress è l'aumento della produzione di citochine pro infiammatorie, ovvero la presenza di uno stato infiammatorio che attiva fortemente il sistema immunitario, che sono necessarie per contrastare i batteri che dall'intestino riescono ad entrare nel sistema circolatorio. Quando l'organismo è in un tale stato infiammatorio si verifica anche un maggiore rilascio di serotonina da parte delle cellule enteroendocrine. Se tali stati si mantengono per un tempo prolungato si osservano alterazioni rispetto alle reazioni nella risposta al dolore e nella capacità di regolare la risposta allo stress.

Per ciò che riguarda la comunicazione che va dall'intestino al SNA intervengono i cosiddetti ormoni peptidici, secreti dalle cellule enterocromaffini presenti nell'intestino. Questi ormoni regolano la motilità intestinale e la sensibilità gastrointestinale, intervengono nella segnalazione

⁸ Collins, S. M., Surette, M., & Bercik, P. (2012). *The interplay between the intestinal microbiota and the brain*. *Nature Reviews Microbiology*, 10(11), 735-742.

⁹ Wang, Y., & Kasper, L. H. (2014). *The role of microbiome in central nervous system disorders*. *Brain, behavior, and immunity*, 38, 1-12.

dello stato metabolico dell'organismo ai circuiti cerebrali che regolano l'assunzione di cibo in base al bilancio energetico delle risorse possedute dall'organismo e mediano la comunicazione con il SNC operando una trasduzione endocrina tra l'intestino e il SNC. Un'azione di trasduzione importante operata da queste cellule è quella legata al metabolismo del triptofano, aminoacido essenziale presente in molte proteine di origine animale e vegetale. È un nutriente indispensabile per l'organismo il quale però non è in grado di sintetizzarlo. Il triptofano è un precursore di melatonina e serotonina e, in quanto tale, ha effetti diretti su funzioni vitali come la regolazione sonno-veglia, l'appetito, la sensibilità al dolore, la regolazione dell'umore e più in generale del benessere.

A livello metabolico sono molte le sostanze che vengono prodotte grazie all'azione della flora batterica. Abbiamo accennato alla serotonina, alla melatonina e alla noradrenalina, ma dalla fermentazione dei carboidrati complessi ad opera del microbiota intestinale possiamo ottenere delle sostanze neuro attive chiamate acidi grassi a catena corta, SCFA, come l'acetato, il butirrato e il propionato. Tali sostanze hanno un ruolo primario nel determinare l'equilibrio immunitario e la salute psichica o, in caso di carenza, possono contribuire all'insorgenza di patologie di varia natura tra cui anche quelle psichiatriche come la depressione.

Infine il microbiota intestinale svolge una funzione importante anche nell'attivazione della risposta immunitaria. La disbiosi, con il conseguente peggioramento della qualità microbica, determina profili di citochine alterati che, producendo uno stato infiammatorio, aumentano il rischio di patologie. Sono diversi gli studi preclinici e clinici che mostrano come la manipolazione del microbiota, alterando i livelli di citochine nella circolazione sistemica, può determinare un cambiamento nel comportamento dell'organismo. Uno stato infiammatorio prolungato, dovuto a infezioni, malattie autoimmuni o lesioni, può rendere meno selettiva la barriera ematoencefalica sensibilizzando il cervello alla manifestazione di una successiva patologia. L'elevata permeabilità della BEE è infatti spesso riscontrata in molte condizioni neuropatologiche (Morais et al., 2012)¹⁰.

Sono diverse le manifestazioni psichiatriche in cui troviamo una connessione con l'infiammazione. In persone affette da Disturbo Ossessivo Compulsivo sono stati riscontrati alti livelli di citochine infiammatorie e sono state riscontrate segnature epigenetiche anche post-mortem in aree coinvolte nelle ossessioni¹¹. Esistono anche ricerche che mettono in relazione la schizofrenia con un'elevata sensibilità allo stress, che sappiamo essere associata all'aumento dello stato infiammatorio, tale relazione è infine resa più complessa dai disturbi metabolici di cui spesso soffre questo tipo di pazienti. Oggi sappiamo che in tutte queste manifestazioni è

¹⁰ Morais, L. H., Schreiber, H. L., & Mazmanian, S. K. (2021). *The gut microbiota-brain axis in behaviour and brain disorders*. *Nature Reviews Microbiology*, 19(4), 241-255.

¹¹ de Oliveira, K. C., Camilo, C., Gastaldi, V. D., Sant'Anna Feltrin, A., Lisboa, B. C. G., de Jesus Rodrigues de Paula, V., Moretto, A. C., Lafer, B., Hoexter, M. Q., Miguel, E. C., Maschietto, M., Biobank for Aging Studies Group, y Brentani, H. (2021). *Brain areas involved with obsessive-compulsive disorder present different DNA methylation modulation*. *BMC genomic data*, 22(1), 45

riscontrata sempre anche un'alterazione significativa del microbiota intestinale¹². Sappiamo dunque che l'esposizione cronica agli ormoni dello stress ha effetti sulle strutture cerebrali coinvolte nella salute mentale, peraltro un fattore determinante per la gravità dei disturbi stress correlati è il periodo nell'arco di vita in cui si presenta la situazione stressogena ma anche la durata dell'esposizione. Diverse ricerche ormai evidenziano che lo stress ha effetti negativi anche sulla microflora batterica intestinale: la sovrapproduzione di cortisolo induce il fenomeno *leaky gut* (intestino gocciolante) permettendo il passaggio di sostanze nocive che aumentano la produzione di citochine infiammatorie e che veicolano sostanze pericolose al cervello attraverso il sistema circolatorio e il sistema nervoso autonomo.

La **leaky gut syndrome** è causata da un indebolimento delle cosiddette "giunzioni strette". Queste sono strutture che, in condizioni normali, uniscono tra loro le cellule della parete intestinale, gli enterociti, impedendo che proteine, tossine, allergeni, germi e altre sostanze dannose passino dal lume intestinale al flusso sanguigno, e successivamente a tutti gli organi.

Nel caso in cui queste giunzioni si indeboliscono, l'intestino non è più in grado di svolgere la sua funzione di barriera proprio come un rubinetto che gocciola.

Le cause della sindrome dell'intestino permeabile possono essere diverse. Tra le cause più comuni troviamo stress fisici prolungati, un eccesso di allenamento, cattiva alimentazione (eccessi alimentari, abuso di zuccheri e cereali raffinati, ecc...), utilizzo di farmaci come antibiotici o fans, abuso di lassativi, deficit enzimatici e disbiosi. I sintomi che maggiormente vengono riportati in relazione alla sindrome dell'intestino permeabile sono: cefalea, irritabilità, ansia, sbalzi d'umore, stanchezza cronica, dolori articolari e muscolari, disturbi intestinali (intestino irritabile, costipazione, gonfiore addominale, diarrea), allergie e intolleranze alimentari, alterazioni tiroidee (soprattutto ipotiroidismo). Gli sbalzi d'umore sono direttamente connessi al rilascio di serotonina che ha origine proprio nell'intestino.

Diversi modelli di studio sono stati utilizzati per comprendere l'importanza delle segnalazioni microbiche per il corretto sviluppo della nostra fisiologia. Luczynski et al. (2016)¹³, per esempio, ha osservato la risposta di topi germ-free (GF) confrontandola con quella di animali geneticamente identici ma allevati in condizioni normali. I topo GF vengono fatti nascere con taglio cesareo e in condizioni di sterilità, inoltre sono allevati in isolamento asettico e con cibo e acqua sterilizzati. A livello intestinale questi animali presentano difetti nella barriera epiteliale

¹² Davies, C., Appiah-Kusi, E., Wilson, R., Blest-Hopley, G., Bossong, M. G., Valmaggia, L., Brammer, M., Perez, J., Allen, P., Murray, R. M., McGuire, P., y Bhattacharyya, S. (2022). *Altered relationship between cortisol response to social stress and mediotemporal function during fear processing in people at clinical high risk for psychosis: a preliminary report*. European archives of psychiatry and clinical neuroscience, 272(3), 461–475.

¹³ Luczynski P., McVey Neufeld K.A., Oriach C.S., Clarke G., Dinan T.G., Cryan J.F. (2016). *Growing up in a Bubble: Using Germ-Free Animals to Assess the Influence of the Gut Microbiota on Brain and Behavior*. International Journal of Neuropsychopharmacology, 19, 1–17

con conseguente aumento della permeabilità e difetti nella maturazione del sistema immunitario innato presente nell'intestino. Queste alterazioni causano disfunzioni a livello metabolico, nervoso e comportamentale.

Altri studi a sostegno della correlazione tra stress e cambiamenti nel microbiota intestinale sono quelli condotti su animali a cura di Jaserevic ed al. (2015)¹⁴. I ricercatori hanno osservato che, sottoponendo a stress le madri incinte, il microbiota vaginale subiva cambiamenti sostanziali soprattutto rispetto alla ridotta presenza di lactobacilli, cruciali perché influenzano l'acidità dell'ambiente vaginale e la loro riduzione può rendere l'organismo più suscettibile alle infezioni. Un altro elemento importante è stato il riscontro di un numero ridotto di lactobacilli anche nell'intestino della prole. Tutto questo ci porta una doppia evidenza: innanzitutto abbiamo la conferma di come il microbiota reagisca con alterazioni significative allo stress e in secondo luogo viene dimostrato come tali alterazioni siano trasmissibili attraverso il parto determinando possibili conseguenze a lungo termine sullo stato di salute dei piccoli, questo accade perché se si verifica una disbiosi in una finestra di opportunità così delicata il metabolismo dei nutrienti non risulta efficiente e la disponibilità di substrati energetici potrebbe non essere sufficiente per sostenere un sano sviluppo della prole.

Un altro studio interessante in questo senso è quello condotto da Sudo et al. (2004)¹⁵. Questi ricercatori hanno indagato l'associazione tra microbiota e risposta allo stress confrontando topi germ-free con topi trattati con probiotici e/o antibiotici e topi con profilo microbiotico normale. Queste tre categorie di animali sono state esposte agli stessi stimoli stressogeni e ciò che è stato osservato è una maggiore attivazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene nei topi germ-free che si traduce in un comportamento reattivo maggiormente disregolato come risposta allo stress.

Gli animali privi di microbiota hanno uno sviluppo e una fisiologia peggiori rispetto ad animali con una variegata flora batterica. Hanno la funzione intestinale compromessa, un peso inferiore, una risposta ormonale allo stress disregolata, un sistema immunitario decisamente deficitario, un metabolismo alterato ma, sorprendentemente, una maggiore aspettativa di vita.

Non esistono ricerche simili che coinvolgano l'uomo, tuttavia, in virtù dei meccanismi comunicativi citati prima, sappiamo che alterazioni del microbiota possono portare stati infiammatori a carico del Sistema Nervoso Centrale determinando l'insorgenza di disturbi affettivi in parte dovuti all'aumento della permeabilità della barriera intestinale. L'esempio più evidente di manifestazione patologica che coinvolge l'asse microbiota-intestino-cervello è la

¹⁴ Jašarević, E., Howerton, C. L., Howard, C. D., & Bale, T. L. (2015). *Alterations in the vaginal microbiome by maternal stress are associated with metabolic reprogramming of the offspring gut and brain*. *Endocrinology*, 156(9), 3265-3276.

¹⁵ Sudo, N., Chida, Y., Aiba, Y., Sonoda, J., Oyama, N., Yu, X. N., ... & Koga, Y. (2004). *Postnatal microbial colonization programs the hypothalamic-pituitary-adrenal system for stress response in mice*. *The Journal of physiology*, 558(1), 263-275,

sindrome dell'intestino irritabile, patologia che rientra nei cosiddetti disturbi gastrointestinali funzionali, poiché comporta un'alterazione delle funzioni gastrointestinali, si associa a disturbi come ansia e depressione senza che tuttavia siano presenti danni a carico dell'organo.

Restando nell'ambito della relazione tra microbiota e disturbi come ansia e depressione sono estremamente interessanti gli studi che hanno utilizzato il trapianto di microbiota fecale dall'uomo agli animali. Nello specifico, De Palma et al. (2017)¹⁶ hanno valutato l'effetto del microbiota sul comportamento del ricevente: il microbiota fecale di pazienti con diagnosi di depressione trapiantato in un animale ha in effetti prodotto cambiamenti comportamentali che sono collegati alla patologia di cui soffre il donatore, come l'anedonia e l'ansia. D'altra parte in pazienti depressi si osserva una diminuzione nella produzione di SCFA che determina il malfunzionamento della barriera intestinale. Nonostante queste evidenze non è ancora possibile affermare con chiarezza un ruolo causale del microbiota nell'insorgenza di disturbi psichiatrici, certamente si può parlare di influenza nell'insorgenza e nel mantenimento di tali patologie.

Anche stimoli esterni come l'assunzione di un eccessivo apporto calorico, un consumo frequente di carne rossa o una dieta povera di fibre diminuiscono la produzione di SCFA e aumentano lo stato infiammatorio a carico dell'ipotalamo attivando segnalazioni che partono dall'intestino e arrivano al cervello, con conseguente possibile insorgenza di diverse patologie. Una meta analisi¹⁷ condotta su diverse centinaia di migliaia partecipanti ha mostrato una significativa associazione tra il consumo di carne rossa e carne processata e il rischio di depressione. Questa correlazione è spiegata attraverso un processo che parte dall'infiammazione determinata dall'assunzione di queste carni che stimola la produzione di citochine infiammatorie. La presenza massiccia di queste proteine altera il metabolismo di neurotrasmettitori come la serotonina, la norepinefrina e la dopamina diminuendone i livelli e allo stesso tempo aumenta il livello del glutammato. Queste alterazioni hanno effetti diretti sul cervello comportando conseguenze psicologiche come l'anedonia, l'ansia e la depressione, ma anche conseguenze di tipo biologico con alterazioni della corteccia prefrontale, dell'amigdala e dell'ippocampo.

A cosa ci serve sapere tutto questo... ?

L'influenza del microbiota è stata riscontrata nel corso dell'intera esistenza dell'organismo: dalla fase prenatale, passando per infanzia, adolescenza, età adulta, fino ad arrivare alla vecchiaia. Ognuna di queste fasi vede tappe fondamentali nell'evoluzione del microbiota e questi cambiamenti procedono in modo parallelo con lo sviluppo neurologico. Alterazioni dell'uno

¹⁶ De Palma, G., Lynch, M. D., Lu, J., Dang, V. T., Deng, Y., Jury, J., ... & Bercik, P. (2017). *Transplantation of fecal microbiota from patients with irritable bowel syndrome alters gut function and behavior in recipient mice*. *Science translational medicine*, 9(379).

¹⁷ Nucci, D.; Fatigoni, C.; Amerio, A.; Odone, A.; Gianfredi, V. (2020). *Red and Processed Meat Consumption and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17.

possono influire sull'altro e viceversa. Se a questo uniamo il costante aumento di disturbi mentali, malattie neurologiche e del neurosviluppo non possiamo non renderci conto di quanto importante si imparare a prenderci cura del nostro microbiota intestinale.

Quello che forse oggi scopriamo è che abbiamo l'opportunità di ampliare l'aspetto di cura, fornendo, con un approccio psicoeducazionale, nuove prospettive che possano accompagnarsi ai percorsi più conosciuti, favorendo stili di vita più consoni alla salute fisica e mentale e continuando ad avere un approccio olistico alla visione dell'uomo. In questo senso sono molto incoraggianti gli studi che contemplano l'uso di probiotici nella gestione dei disturbi mentali come supporto ai più tradizionali interventi psicoterapici e farmacologici (sebbene non siano dati definitivi, alcuni studi mostrano l'efficacia dell'uso di probiotici nella riduzione di sintomi ansiosi). Se pensiamo infine all'influenza che la salute materna ha nello sviluppo del microbiota e nel neurosviluppo del feto, possiamo renderci conto dell'importanza della composizione della microflora enterica durante la gravidanza e nel periodo postnatale. Un'attenzione al benessere di donne in gravidanza e neo mamme, dal punto di vista della gestione di eventuali situazioni stressogene e dal punto di vista del mantenimento di uno stato di eubiosi del microbiota intestinale, può contribuire allo sviluppo sano del feto e del neonato, prevenendo l'insorgenza di patologie anche in età adulta.

Il nostro strumento elettivo, la psicoterapia gestalt analitica, ci permette di aiutare i nostri pazienti nella gestione dei disturbi stress correlati che influenzano il microbiota. Il nostro approccio, lavorando sia su un piano simbolico che corporeo, ci consente di aiutare i pazienti nella riscoperta di un equilibrio che favorisce il benessere globale.

Lo stress cronico, che spesso deriva da esperienze traumatiche e da vissuti emotivi non elaborati, è uno dei fattori principali che contribuiscono a squilibrare la flora intestinale, portando a una condizione di disbiosi. Il nostro intervento psicoterapeutico, attraverso il lavoro sul piano simbolico e corporeo, può aiutare a ridurre i livelli di stress e a promuovere un ambiente psicofisico più sano, che favorisca l'equilibrio del microbiota e, di conseguenza, il benessere globale.

Alla luce quindi delle più scoperte scientifiche sopra esposte, concludo sottolineando quanto l'attenzione alla cura del microbiota all'interno di un contesto terapeutico adeguato possa essere uno strumento in più per il trattamento di molti disturbi che hanno un impatto significativo sulla salute dell'individuo.

BIBLIOGRAFIA

Borre, Y. E., O'Keeffe, G. W., Clarke, G., Stanton, C., Dinan, T. G., Cryan, J. F. (2014). *Microbiota and neurodevelopmental windows: implications for brain disorders*. Trends Mol. Med. 20, 509-518.

Bottaccioli, A.G., Bottaccioli, F. (2023). *Come gli stati psichici si traducono in molecole biologiche e come questo cambia la medicina e la psicologia*. Psicoterapia e scienze umane, 1/2023, pp 107-128.

- Bottaccioli F., Bottaccioli A.G., Carosella A.** (2015). *La saggezza del secondo cervello*. Ed. Tecniche Nuove.
- Collins, S. M., Surette, M., & Bercik, P.** (2012). *The interplay between the intestinal microbiota and the brain*. *Nature Reviews Microbiology*, 10(11), 735-742.
- P.E. Cicerone** (2012). *La rivoluzione epigenetica ha il suo motore nelle piante. Intervista a David Baulcombe*. *PNEI News*, 6/2012, 4-5.
- Davies, C., Appiah-Kusi, E., Wilson, R., Blest-Hopley, G., Bossong, M. G., Valmaggia, L., Brammer, M., Perez, J., Allen, P., Murray, R. M., McGuire, P., y Bhattacharyya, S.** (2022). *Altered relationship between cortisol response to social stress and mediotemporal function during fear processing in people at clinical high risk for psychosis: a preliminary report*. *European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 272(3), 461–475.
- Demori, I.** (2021). *Microbiota e immunità*. *PNEI Review*, 2/2021, 49-62.
- de Oliveira, K. C., Camilo, C., Gastaldi, V. D., Sant'Anna Feltrin, A., Lisboa, B. C. G., de Jesus Rodrigues de Paula, V., Moretto, A. C., Lafer, B., Hoexter, M. Q., Miguel, E. C., Maschietto, M.,** Biobank for Aging Studies Group, y Brentani, H. (2021). *Brain areas involved with obsessive-compulsive disorder present different DNA methylation modulation*. *BMC genomic data*, 22(1), 45.
- De Palma, G., Lynch, M. D., Lu, J., Dang, V. T., Deng, Y., Jury, J., ... & Bercik, P.** (2017). *Transplantation of fecal microbiota from patients with irritable bowel syndrome alters gut function and behavior in recipient mice*. *Science translational medicine*, 9(379).
- Jašarević, E., Howerton, C. L., Howard, C. D., & Bale, T. L.** (2015). *Alterations in the vaginal microbiome by maternal stress are associated with metabolic reprogramming of the offspring gut and brain*. *Endocrinology*, 156(9), 3265-3276.
- Luczynski P., McVey Neufeld K.A., Oriach C.S., Clarke G., Dinan T.G., Cryan J.F.** (2016). *Growing up in a Bubble: Using Germ-Free Animals to Assess the Influence of the Gut Microbiota on Brain and Behavior*. *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 19, 1–17.
- Morais, L. H., Schreiber, H. L., & Mazmanian, S. K.** (2021). *The gut microbiota–brain axis in behaviour and brain disorders*. *Nature Reviews Microbiology*, 19(4), 241-255.
- Nucci, D.; Fatigoni, C.; Amerio, A.; Odone, A.; Gianfredi, V.** (2020). *Red and Processed Meat Consumption and Risk of Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 17.
- Palma-Gudiel, H., Córdova-Palomera, A., Eixarch, E., Deuschle, M., y Fañanás, L.** (2015). *Maternal psychosocial stress during pregnancy alters the epigenetic signature of the glucocorticoid receptor gene promoter in their offspring: a meta-analysis*. *Epigenetics*, 10(10), 893–902.
- Sudo, N., Chida, Y., Aiba, Y., Sonoda, J., Oyama, N., Yu, X. N., ... & Koga, Y.** (2004). *Postnatal microbial colonization programs the hypothalamic–pituitary–adrenal system for stress response in mice*. *The Journal of physiology*, 558(1), 263-275.
- Wang, Y., & Kasper, L. H.** (2014). *The role of microbiome in central nervous system disorders*. *Brain, behavior, and immunity*, 38, 1-12.
- Weaver, I. C., Cervoni, N., Champagne, F. A., D'Alessio, A. C., Sharma, S., Seckl, J. R., Dymov, S., Szyf, M., y Meaney, M. J.** (2004). *Epigenetic programming by maternal behavior*. *Nature neuroscience*, 7(8), 847–854.

Epigenetica, intergenerazionale e transgenerazionale: tra corpo e psiche

> Maria Lettieri

Scopo di questo lavoro è riportare una serie di studi che testimoniano come i cambiamenti epigenetici possano agire su di noi a livello pre-concezionale, a partire dalla vita intrauterina e successivamente per tutto l'arco della vita. Il nostro corpo e la nostra mente impara ad interagire con l'ambiente che lo circonda. Tutto ciò che rientra nel campo dell'esperienza può favorire processi epigenetici, ovvero modifiche che riguardano la sequenza del DNA senza però variare il genoma, agendo sul fenotipo e non sul genotipo. I cambiamenti epigenetici riflettono gli adattamenti che un individuo attua rispetto allo specifico ambiente in cui vive. Questi adattamenti riguardano anche le esperienze di vita psicologicamente rilevanti. Pertanto in presenza di esperienze avverse, come maltrattamenti o abusi, o, al contrario, attraverso esperienze di cura ed esperienze di psicoterapia possono esserci cambiamenti epigenetici trasmissibili a livello intergenerazionale (da F0 a F1) e transgenerazionale (da F0 a F2 o F3). In fine, alcuni studi suggeriscono che un trauma pre-concezionale vissuto dai genitori possa essere associato a modifiche epigenetiche, con potenziali effetti sulla linea germinale, trasmissibili quindi alle generazioni successive. Riflettere sulla possibilità che cambiamenti epigenetici "riparativi" possano derivare dal 'processo' e della 'relazione terapeutica' e che ciò possa contribuire ad interrompere la trasmissibilità degli effetti dei vissuti traumatici rappresenta un interrogativo alquanto stimolante.

Epigenetics, Intergenerational and Transgenerational Dynamics – Between Body and Psyche

The aim of this work is to report a series of studies demonstrating how epigenetic changes may act upon us at the pre-conceptual stage, beginning with intrauterine life and continuing throughout the lifespan. Our body and mind learn to interact with the

surrounding environment. Everything that falls within the field of experience can foster epigenetic processes—modifications that affect DNA expression without altering the genome, thereby acting on the phenotype rather than the genotype. Epigenetic changes reflect the adaptations an individual enacts in relation to their specific environment. These adaptations also concern psychologically significant life experiences. Thus, in the presence of adverse experiences such as maltreatment or abuse, or conversely through experiences of care and psychotherapy, epigenetic changes can occur that are transmissible at the intergenerational level (from F0 to F1) and the transgenerational level (from F0 to F2 or F3). Finally, some studies suggest that pre-conceptual trauma experienced by parents may be associated with epigenetic modifications, with potential effects on the germ line, and thus transmissible to subsequent generations. Reflecting on the possibility that “repairing” epigenetic changes may derive from the therapeutic process and relationship—and that this may contribute to interrupting the transmission of the effects of traumatic experiences—represents a particularly stimulating question.

.....

Keywords: *epigenetica, esperienze avverse, sviluppo, intergenerazionale, transgenerazionale.*

*«L'ansia è contagiosa nelle famiglie
e si trasmette attraverso le generazioni
come un'eredità emotiva invisibile.»*

Murray Bowen

CENNI STORICI SULL' EPIGENETICA

I recenti progressi della ricerca consentono di dare maggior sostegno a come mondo psichico e biologia molecolare siano interconnessi fra di loro. È emerso, negli ultimi anni, un nuovo paradigma che non lascia al genoma un mero potere deterministico, bensì esso diventa anche substrato su cui l'ambiente e la vita individuale possono agire. Ciò cambia la nostra visione di ereditarietà, evidenziando il ruolo cruciale dell'ambiente nella modulazione dell'espressione genica. Lo studio di ciò è possibile attraverso una scienza in rapida espansione: l'*epigenetica*. Andando indietro nel tempo, guardando alla cultura ellenica, Aristotele (383-322 a.C.) credeva che 'l'ambiente potesse influenzare le caratteristiche di un individuo e soprattutto che queste potessero essere trasmesse ai suoi discendenti'. Tra XVIII-XIX secolo, viene introdotto il concetto di 'epigenesi' (dal greco ἐπί (epí), che significa sopra o oltre, e γένεσις (génesis), che significa nascita o origine). Utilizzato in biologia dello sviluppo per indicare il concetto secondo cui l'organismo si forma progressivamente a partire da strutture non preesistenti, ciò va in

opposizione alla teoria della preformazione (teoria secondo la quale l'organismo è già presente in miniatura nel germe -uovo o spermatozoo). È solo nel 1946 che il termine 'epigenetica' (dal greco *ἐπί*, epì, sopra e *γεννητικός*, gennitikòs, relativo all'eredità familiare) è stato introdotto da Conrad Hal Waddington per descrivere le interazioni tra i geni e il loro prodotto cellulare, che determinano il fenotipo. In sostanza, l'epigenetica studia tutte quelle esperienze individuali e ambientali che lasciano 'un segno' sul DNA apportando cambiamenti nell'espressione dei geni (il DNA può essere espresso, inibito o modulato) senza però alterare la sequenza del DNA. Questi cambiamenti possono essere influenzati da fattori ambientali come, ad esempio, l'alimentazione, stile di vita, gli ormoni e le interazioni sociali. È stato anche appurato che tali cambiamenti possono essere ereditabili (Goldberg et al. 2007; Bohacek et al., 2013). Esperienze come traumi e particolari condizioni ambientali possano lasciare segni ereditabili, senza alterare direttamente la sequenza del DNA. Come si evince dall'articolo di Bottaccioli F. e Bottaccioli A. G. (2023), una caratteristica peculiare è che, a differenza delle mutazioni genetiche, questi cambiamenti sono reversibili e tale reversibilità può essere ottenuta usando varie strategie: comportamentali, per esempio con la nutrizione (Nur et al., 2021); psicologiche, per esempio con la psicoterapia e le tecniche mente/corpo (Rodriguez et al., 2021; Buric et al., 2017); farmaceutiche, per esempio con le epidrugs per il cancro (Miranda Furtado et al., 2019).

PRINCIPALI MECCANISMI EPIGENETICI

Tre sono i meccanismi di regolazione epigenetica maggiormente identificati: la metilazione del DNA, il rimodellamento della cromatina tramite la marcatura degli istoni, l'azione di RNA non codificanti, in particolare quella dei microRNA.

Metilazione del DNA

La metilazione del DNA è un importante processo chimico che avviene all'interno delle cellule e gioca un ruolo cruciale nella regolazione dell'espressione genica. È il meccanismo epigenetico identificato da più tempo. La metilazione consiste nell'aggiungere un piccolo gruppo chimico chiamato 'gruppo metile' (composto da un atomo di carbonio e tre di idrogeno) a specifiche parti del DNA, in particolare sui nucleotidi citosina nelle regioni CpG. Quando un gruppo metile si attacca a un gene, può impedire che quel gene venga letto e trasformato in proteina, riducendone o bloccandone l'espressione. Quindi è un meccanismo di regolazione che permette alle cellule di controllare quali geni sono attivi o inattivi, senza modificare il codice genetico sottostante. Interviene quando una cellula si divide e occorre quindi trasferire la marcatura alle cellule figlie. Ad esempio, durante lo sviluppo embrionale, la metilazione aiuta le cellule staminali a diventare specifici tipi di cellule (come cellule nervose o muscolari) silenziando i geni non necessari. Ma la metilazione può anche essere fatta ex novo per silenziare un gene o un intero cromosoma. Quindi la metilazione del DNA è fondamentale per: lo sviluppo della cellula; la differenziazione delle

cellule; la regolazione dell'attività genica; la disattivazione di geni dannosi come, ad esempio, quelli tumorali. Cosa molto interessante è che i pattern di metilazione possono essere influenzati dall'ambiente e dai comportamenti, e possono persino essere trasmessi da una generazione all'altra (Bottaccioli F. e Bottaccioli A.G., 2017).

Rimodellamento della cromatina tramite la modificazione degli istoni

Il rimodellamento della cromatina tramite la modificazione degli istoni è un processo che modifica la struttura della cromatina, rendendo il DNA più o meno accessibile. La cromatina è DNA avvolto attorno a proteine chiamate istoni. Questo processo è fondamentale perché permette di 'accedere' al DNA per diverse funzioni, come la lettura dei geni (trascrizione) o la duplicazione del DNA. Gli istoni, le proteine attorno a cui si avvolge il DNA, possono subire delle modifiche chimiche, un po' come aggiungere delle 'etichette'. Queste etichette possono influenzare quanto il DNA è compattato e quindi quanto è accessibile. Il rimodellamento della cromatina e la modificazione degli istoni sono cruciali per l'espressione genica e influiscono su quali proteine possono essere prodotte; guidano la specializzazione delle cellule durante lo sviluppo embrionale; permettono alle cellule di adattarsi a cambiamenti ambientali. Se vi sono alterazioni in questi processi spesso sono connesse a diverse malattie, come il cancro (per maggior approfondimenti Schielea M. A. et al.; 2020)

RNA non codificanti

Gli RNA non codificanti (o ncRNA, dall'inglese non-coding RNA) sono molecole di RNA che, a differenza dell'RNA messaggero (mRNA), non vengono tradotte in proteine. Per molto tempo sono stati considerati 'RNA spazzatura' senza alcuna funzione precisa, ma oggi sappiamo che svolgono un ruolo fondamentale in numerosi processi cellulari, in quanto hanno in sé informazioni aggiuntive. Gli RNA non codificanti sono come dei regolatori che, pur non contenendo direttamente le istruzioni per costruire le proteine, influenzano quali istruzioni vengono lette, quando e come. Sono fondamentali per il corretto funzionamento della cellula e il loro studio è un campo di ricerca in rapida evoluzione con importanti implicazioni per la medicina. Ne esistono di diversi tipi: RNA ribosomiale (rRNA); RNA transfer (tRNA); microRNA (miRNA); RNA lunghi non codificanti (lncRNA). Gli RNA non codificanti sono coinvolti in una vasta gamma di processi biologici. Alcuni di questi riguardano, ad esempio, lo sviluppo embrionale, guidando la specializzazione delle cellule e la formazione dei tessuti; sono importanti per il funzionamento del sistema nervoso, essendo implicati in processi quali l'apprendimento, la memoria e altre funzioni cognitive; permettono alle cellule di adattarsi a cambiamenti ambientali e quindi hanno una funzione nella risposta allo stress. Infine alterazioni nella funzione degli RNA non codificanti sono state associate a diverse malattie, come il cancro, malattie neurodegenerative e malattie cardiovascolari.

ESPERIENZE AVVERSE, EPIGENETICA E PRIME FASI DELLA VITA

Il ruolo dell'epigenetica nelle prime fasi della vita rappresenta un campo di ricerca in rapida evoluzione. Comprendere come l'ambiente e altri fattori possano influenzare l'espressione genica durante questo periodo cruciale può aiutare a migliorare la salute e il benessere delle future generazioni.

Le prime fasi della vita, specialmente durante lo sviluppo fetale e la prima infanzia, costituiscono una finestra temporale di estrema vulnerabilità alle influenze epigenetiche. In questo periodo critico, le modificazioni epigenetiche possono determinare conseguenze permanenti sulla salute e sul corretto sviluppo dell'organismo, influenzando il benessere dell'individuo per tutta la vita. Le esperienze avverse vissute in questa fase sensibile predispongono a una maggiore vulnerabilità biologica, lasciando tracce nel nostro epigenoma che possono condizionare la risposta dell'organismo agli stress futuri.

Tra tutti i fattori ambientali che agiscono in questo periodo sensibile, l'interazione con la figura materna, iniziando nell'utero e proseguendo nel periodo post-partum, costituisce l'ambiente primario con cui l'individuo entra in relazione (Lucion, Bortolini, 2014).

L'**alimentazione materna** rappresenta un esempio paradigmatico di come i fattori ambientali possano influenzare l'espressione genica attraverso meccanismi epigenetici. Una dieta equilibrata durante la gravidanza non solo risulta fondamentale per lo sviluppo fetale, ma può anche modulare l'attivazione dei geni con conseguenze che si estendono oltre la generazione direttamente esposta. La carestia olandese del 1944-45 ha fornito un modello naturale per studiare questi fenomeni. Come riportato da Yehuda e Lehrner (2018), gli studi epidemiologici su questo evento hanno identificato effetti transgenerazionali sulla salute che si sono manifestati non solo nella generazione F1 (figli), ma anche in quella F2 (nipoti) (Bale, 2014). Questo effetto multigenerazionale è attribuibile al fatto che l'esposizione prenatale a un evento traumatico come la carestia ha un impatto diretto sia sul feto che sulle sue cellule germinali, trasmettendo così variazioni epigenetiche alla terza generazione. Le ricerche hanno inoltre evidenziato l'esistenza di finestre temporali critiche: negli adulti esposti in utero alla carestia, i cambiamenti epigenetici sono stati osservati esclusivamente in coloro che erano stati esposti durante il concepimento e la prima metà della gestazione, ma non in quelli esposti nel terzo trimestre o nel periodo postnatale precoce (Heijmans, Tobi, Stein et al., 2008; Ravelli et al., 1976). A livello molecolare, l'impatto della malnutrizione gestazionale si è tradotto in specifiche alterazioni della metilazione del DNA (Tobi, Sliejer, Luijk et al., 2018). Gli effetti a lungo termine di questa "programmazione epigenetica" si manifestano in diversi ambiti: i figli di madri malnutrite presentano tassi di obesità più elevati (Roseboom et al., 2006), mentre gli effetti biologici e comportamentali si estendono fino ai nipoti, influenzando parametri come l'adiposità (Painter, Osmond, Gluckman et al., 2008). Questo fenomeno può essere interpretato come una risposta adattiva: i cambiamenti metabolici

che risultavano vantaggiosi durante un periodo di scarsità alimentare diventano maladattivi in condizioni di abbondanza nutritiva, contribuendo all'aumento dell'obesità nella discendenza.

Ma non solo l'alimentazione materna ha un impatto su possibili cambiamenti epigenetici. Alcuni studi sono stati effettuati su padri che facevano abuso di alcool. Sono stati osservati cambiamenti nella metilazione del DNA nello sperma di uomini con dipendenza da alcol o oppioidi (Ouko, Shantikumar, Knezovich et al., 2014; Chorbov Todorv, Lynskey et al., 2011), anche se non sono stati misurati gli effetti di questa dipendenza sulla prole. Inoltre, secondo un altro studio l'entità dell'alcolismo paterno è stata associata, nella prole, a deficit neurologici e comportamentali (Boschen, Keller, Roth et al., 2018).

Un altro fattore che può avere effetti negativi sullo sviluppo e può influenzare l'epigenetica è l'esposizione a tossine ambientali, come il fumo di sigaretta o l'inquinamento atmosferico. La presenza di un ambiente malsano dal punto di vista chimico/ambientale durante la gravidanza può provocare effetti negativi sulla madre, sul feto e sulle cellule germinali del feto, predisponendo la trasmissione di questi effetti anche alla generazione successiva, mettendo così a rischio di malattia fino a tre generazioni (Perera e Herbstman 2011).

A livello pre-concezionale è stato riscontrato che nei fumatori vi è una riduzione del numero, della motilità e della morfologia degli spermatozoi e un'alterazioni dei microRNA, dei mitocondri e delle proteine dello sperma (Hamad, Shelko, Kartarius et al., 2011; Marczylo, Amoako, Konje, et al., 2012). In questi casi, si è ipotizzato che le perturbazioni ambientali abbiano portato all'interno dei testicoli/epididimi cambiamenti nello sviluppo o nella maturazione degli spermatozoi che sono stati poi trasferiti all'ovocita al momento della fecondazione, influenzando l'espressione genica del primo embrione o modulando le metiltransferasi del DNA o i regolatori degli istoni (Yheuda, Lehrner; 2018). Una serie consistente di studi su animali, sottoposti a insulti sperimentali di natura sia chimica che sociale (esposizione a pesticidi, a cocaina, a trauma, a stress sociale), documenta nei maschi la presenza di signature epigenetiche nello sperma che verranno trasmesse non solo ai figli, ma che potrebbero essere trasmesse anche a generazioni successive (Watkins et al., 2020). Recenti report scientifici (riassunti e commentati da Kleeman et al., 2022) hanno evidenziato che anche gli spermatozoi umani possono portare informazioni su situazioni di attivazione immunitaria del genitore in epoca pre-concepimento, causata ad esempio da una infezione (toxoplasmosi), e che queste informazioni epigenetiche possano influenzare il funzionamento dei sistemi cerebrali e immunitari della prole nel corso di più generazioni senza che esse siano riesposte all'infezione. (Jablonka y Lamb, 2020; Bonduriansky y Day, 2018/2020).

Un discorso più approfondito va fatto per lo stress materno. La teoria dello stress prevede che gli organismi mettano in atto, e continuino ad esprimere, una risposta biocomportamentale a una

sfida ambientale finché la sfida o il fattore di stress sono presenti (Selye, 1956). La rimozione del fattore di stress innesca risposte biologiche che ripristinano l'omeostasi, promuovendo il ritorno al funzionamento di base. L'attivazione della risposta allo stress per brevi periodi di tempo non comporta una ricalibrazione a lungo termine dell'asse della risposta allo stress, mentre lo stress cronico può esercitare effetti che possono essere di lunga durata. Sulla base di un modello di risposta acuta allo stress, la rimozione del fattore di stress provocherà l'attivazione di numerosi meccanismi biologici e psicologici allo scopo di ripristinare i sistemi neurali, fisiologici e comportamentali attivati in risposta alla sfida (Yehuda, 2002).

Lo stress materno durante la gravidanza rappresenta un'importante area di ricerca che ha fornito evidenze significative sulla modulazione epigenetica dello sviluppo fetale. Lo stress materno è associato a un ambiente infiammatorio interno che segna epigeneticamente l'asse dello stress e alcune molecole chiave del feto, altera un sistema placentare protettivo del feto, basato su un enzima che controlla la quantità di cortisolo materno che passa nell'ambiente fetale (Vaiserman y Koliada, 2017; Szyf, 2021). A 22 settimane di gestazione, l'asse HPA (asse ipotalamo-ipofisi-surrene) fetale è sviluppato e funzionante, anche se continua a essere sensibile all'influenza ambientale (Challis, Sloboda, Matthews et al. 2001; Mastorakos, Ilias, 2003). È importante sottolineare che solo il 10-20% del cortisolo materno circolante durante la gestazione passa al feto (Gitau *et al.*, 1998). La placenta nutre e protegge il feto, tamponando gli effetti dei glucocorticoidi materni attraverso l'espressione di un enzima, il 11 β -idrossisteroide deidrogenasi placentare di tipo 2 (11 β -HSD2), che converte il cortisolo in cortisone inattivo (Reynolds, 2013).

In modelli animali, è stato dimostrato che lo stress prenatale riduce l'espressione dell'mRNA che codifica per l'enzima 11 β -HSD2 e la sua attività. Entrambe sono associate a un aumento della metilazione dell'11 β -HSD2 nella placenta (Nugent, Bale, 2015). Tali effetti dello stress avrebbero profonde conseguenze sull'esposizione fetale ai glucocorticoidi e sullo sviluppo di sistemi sensibili ai glucocorticoidi, come l'asse HPA.

Yehuda et al., in uno studio del 2009 riferisce che i sopravvissuti all'Olocausto hanno mostrato un'attività 11 β -HSD2 più bassa rispetto ai controlli, suggerendo che il trauma parentale potrebbe esporre la prole a maggiori livelli di cortisolo in utero (Yehuda et al, 2009). Un recente studio condotto da Karl e collaboratori (2023) su 15 donne in gravidanza ha fornito evidenze dirette di questo meccanismo di trasmissione. Le partecipanti, affette da depressione, mostravano un passaggio di cortisolo in eccesso nell'ambiente uterino in condizioni di stress materno. I risultati hanno rivelato una correlazione significativa tra elevati livelli di depressione durante la gravidanza e maggiori concentrazioni di cortisolo rilevate nei capelli dei neonati a 2 e 8 settimane di vita. Come sottolineato dagli autori, l'incremento del cortisolo nei capelli dei neonati risultava chiaramente 'incorporato nel periodo intrauterino' (Karl et al., 2023), dimostrando così il trasferimento diretto degli effetti dello stress materno al feto attraverso la barriera placentare. Gli

studi condotti sull'uomo negli anni più recenti hanno confermato quanto già documentato nella ricerca animale. Una meta-analisi di Palma-Gudiel e collaboratori (2015) ha identificato una correlazione significativa tra stress materno di tipo psicosociale e alterazioni epigenetiche disadattive del gene NR3C1, che codifica per il recettore dei glucocorticoidi. Numerosi studi hanno investigato la relazione tra stress materno prenatale e l'attività dell'asse ipotalamo-ipofisurrene (HPA) nella prole, valutata principalmente attraverso la concentrazione di cortisolo nel sangue. L'attivazione dell'asse HPA indotta dallo stress comporta un incremento della produzione e del rilascio di cortisolo da parte delle ghiandole surrenali. Questo ormone mobilita le risorse necessarie per attivare la risposta di attacco-fuga, inserendosi in una complessa rete coordinata di risposte biologiche allo stress. Normalmente, gli aumenti di cortisolo legati allo stress attivano meccanismi di feedback negativo che inibiscono l'asse HPA e altri sistemi coinvolti nella risposta stressogena (Yehuda, 2002). Tuttavia, l'esposizione prolungata a fattori stressanti può provocare una disregolazione dell'asse HPA, che si manifesta attraverso alterazioni dei livelli circolanti di cortisolo basale e della risposta allo stress (McEwen, 2006). Il periodo perinatale, caratterizzato da profondi cambiamenti nell'organizzazione neurale, rappresenta una finestra critica durante la quale le esperienze ambientali possono produrre effetti duraturi sul sistema nervoso e sul comportamento (Fagiolini, Jensen, Champagne, 2009). La ricerca ha identificato specifiche finestre di sensibilità durante lo sviluppo gestazionale, in cui l'esposizione ad eventi traumatici esercita un impatto particolarmente significativo sullo sviluppo fetale (Yehuda, Engel, Brand et al., 2005; Glover, O'Connor, O'Donnell, 2010). Un esempio emblematico dell'importanza del timing gestazionale è emerso da uno studio prospettico condotto su neonati le cui madri erano state costrette ad evacuare il World Trade Center durante gli attacchi terroristici dell'11 settembre 2001 (Glover, O'Connor, O'Donnell, 2010). I risultati hanno mostrato che la prole presentava livelli di cortisolo più bassi in associazione al disturbo post-traumatico da stress materno, particolarmente quando l'esposizione al trauma era avvenuta durante il terzo trimestre di gravidanza. Sebbene gli effetti dell'ambiente uterino siano stati ampiamente documentati, la letteratura animale ha dimostrato che questo non rappresenta l'unico meccanismo di trasmissione dello stress (Caldji et al., 1998; Rodgers et al., 2013; Dias e Ressler, 2014; Gapp et al., 2014). Lo stress può essere trasmesso attraverso i gameti (spermatozoi e ovociti), l'ambiente postnatale precoce, oltre all'ambiente gestazionale. Ulteriori ricerche che indagano ciascuna di queste modalità di trasmissione e come gli effetti possano essere differentemente trasmessi da madri e padri contribuiranno a chiarire i meccanismi osservati e i loro correlati biologici nella prole. Le esperienze stressanti durante la prima infanzia possono indurre modificazioni epigenetiche che influenzano il trasporto della serotonina attraverso alterazioni del gene SLC6A4 (van IJzendoorn et al., 2010). La serotonina rappresenta un neurotrasmettitore fondamentale nel sistema nervoso centrale, svolgendo un ruolo cruciale nella regolazione del tono dell'umore, delle funzioni cognitive e di comportamenti basali come il sonno, l'alimentazione e la sessualità. Queste

modificazioni epigenetiche possono compromettere la resilienza dell'individuo alle future esperienze avverse. Lo stress acuto e cronico influenza anche il sistema dell'ossitocina, un nonapeptide rilasciato dalla neuroipofisi che regola la muscolatura liscia durante il parto e l'allattamento. Questo ormone si è dimostrato determinante per la cognizione sociale complessa e il comportamento affettivo, con particolare rilevanza per i fenotipi legati all'ansia (per una rassegna si veda Gottschalk & Domschke, 2018). Uno studio condotto da Unternaehrer e collaboratori (2016) ha analizzato la metilazione dell'esone 3 del gene OXTR (localizzazione cromosomica 3p25.3) nel sangue del cordone ombelicale di 39 neonati. I risultati hanno rivelato un'associazione negativa tra la metilazione di questo gene e diversi fattori: il verificarsi di eventi di vita stressanti nei due anni precedenti la nascita, l'intensità della depressione post-partum e i livelli di cortisolo materno al risveglio e nel profilo diurno durante il secondo trimestre di gravidanza. Questa associazione si è mantenuta significativa indipendentemente da fattori confondenti sociodemografici e perinatali. Questi risultati suggeriscono che le avversità prenatali potrebbero innescare un adattamento epigenetico in un gene di riconosciuta importanza per il parto e il legame madre-bambino, attraverso un'aumentata espressione di OXTR (Unternaehrer et al., 2016). Un ulteriore meccanismo attraverso cui lo stress materno esercita i suoi effetti è rappresentato dall'inibizione della sintesi del fattore neurotrofico cerebrale (BDNF), con conseguenze negative particolarmente evidenti sull'ippocampo (Duman e Monteggia, 2006), rendendo l'individuo più vulnerabile. Il BDNF è attivo nell'ippocampo e nella corteccia cerebrale, svolgendo un ruolo fondamentale nel sostenere la sopravvivenza dei neuroni esistenti e nel favorire la crescita di nuovi neuroni e sinapsi. Questa proteina esercita pertanto una forte influenza sui processi cognitivi come l'apprendimento, la memoria e il pensiero. L'inibizione del BDNF compromette inoltre la plasticità neurale in risposta alle esperienze sociali avverse (Duman e Monteggia, 2006). Un esempio particolarmente significativo degli effetti dello stress materno è emerso durante la pandemia di COVID-19, che ha sottoposto le donne gravide a condizioni di stress eccezionali. In uno studio condotto dal Developing Brain Institute del Children's National Hospital di Washington D.C., ripostato nell'articolo di Bottaccioli e collaboratori (2023), sono state confrontate le immagini cerebrali dei feti di donne gravide prima e durante la pandemia, registrando contemporaneamente i relativi livelli di stress. I risultati hanno mostrato che i superiori livelli di stress e depressione registrati durante la gravidanza in corso di pandemia correlavano con una riduzione del volume cerebrale fetale e un ritardo nello sviluppo che ha interessato l'ippocampo, il cervelletto e le aree corticali (Lu et al., 2022). Sebbene gli studi sull'epigenetica della prole siano limitati nell'essere umano e si concentrino principalmente sulla metilazione del promotore NR3C1, questi dati risultano particolarmente interessanti poiché l'epigenoma rappresenta un probabile intermediario tra i cambiamenti biologici che rispondono allo stress nei genitori e le alterazioni biologiche e neuroanatomiche osservate nella prole. Le firme epigenetiche dimostrano infatti una duplice caratteristica: sono

reattive ai fattori ambientali, incluso lo stress genitoriale, e mantengono stabilità per lunghi periodi di tempo, persistendo attraverso le generazioni e modificando durevolmente le caratteristiche del sistema immunitario. Gli studi di neuroimmagine hanno focalizzato l'attenzione principalmente sui cambiamenti nelle strutture limbiche che rispondono allo stress e sono fondamentali per le emozioni, tra cui la corteccia prefrontale e l'ippocampo. È stato documentato che l'ansia prenatale si associa a riduzioni del volume di materia grigia nella corteccia prefrontale a 6-9 anni di età (Buss et al., 2010). Uno studio indipendente ha osservato un effetto simile dell'ansia materna prenatale sullo spessore corticale frontale neonatale, con un'interessante moderazione da parte di varianti funzionali del gene della catecol-O-metiltransferasi (COMT), che regola la segnalazione delle catecolamine ed è implicato nell'ansia, nel dolore e nella reattività allo stress (Qiu et al., 2014). Inoltre, è stata identificata una forte associazione positiva tra ansia materna postnatale e crescita dell'ippocampo destro della prole, mentre si è osservata una forte associazione negativa tra l'ansia materna postnatale e il volume dell'ippocampo sinistro della prole a 6 mesi di età (Pruessner et al., 2008; Qiu et al., 2013). È significativo notare che la corteccia frontale e l'ippocampo sono strutture coinvolte nella reattività alla paura e allo stress, nell'ansia di tratto e nella psicopatologia, compreso il disturbo post-traumatico da stress (Rusch et al., 2001; Shin et al., 2006; Pruessner et al., 2008). Si ritiene inoltre che la comunicazione tra corteccia frontale e ippocampo sia alla base dell'elaborazione contestuale, processo che può risultare compromesso nei soggetti con PTSD (Maren et al., 2013). Questi studi suggeriscono complessivamente che lo stress materno prenatale potrebbe determinare cambiamenti strutturali precoci in queste regioni cerebrali critiche, precedendo l'insorgenza di problemi clinici successivi nella prole.

In merito all'importanza delle 'cure materne', sorge spontaneo un interrogativo sulle possibili implicazioni epigenetiche. Studi hanno evidenziato come la relazione primaria influenzi lo sviluppo attraverso meccanismi epigenetici (Champagne, Curley, 2009), e in particolare uno studio pubblicato da Weaver e collaboratori del 2004 ha dimostrato per la prima volta, tramite l'epigenetica, che un comportamento lascia la sua impronta in modo duraturo sulla biologia cerebrale. Dallo studio si evince che l'epigenetica gioca un ruolo nella relazione tra comportamento materno e sviluppo dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), e attraverso il cross-fostering, ossia lo scambio della prole tra madri adottive e madri biologiche, sono stati individuati diversi pattern di metilazione in risposta allo stress materno e a diversi modelli di accudimento (Mueller BR, Bale TL., 2008; Weaver I, Champagne FA, Brown S, et al., 2005). In particolare, dalle ricerche di Weaver e collaboratori (Weaver et al., 2007) è emerso che i cuccioli murini allevati da madri 'poco premurose', cioè carenti nelle tradizionali cure verso i piccoli, rispetto ad altri allevati da madri 'premurse' presentavano una segnatura epigenetica specifica, caratterizzata da ipermetilazione a livello della citosina e degli istoni del promotore del gene del recettore per i glucocorticoidi (GR) dell'ippocampo. Questa segnatura epigenetica rende l'ippocampo, e con esso l'asse dello stress,

molto meno efficienti, causando negli animali un'alterazione della risposta di stress rispetto a ratti allevati con maggiore cura durante tutto il corso dello sviluppo. Il dato più importante è che le femmine (F1) degli animali allevati da madri adottive poco amorevoli (F0) presentavano lo stesso epigenoma delle madri e riproducevano lo stesso comportamento poco amorevole verso i loro figli (F2), con differenze che si manifestavano già durante la prima settimana di vita e persistevano durante l'età adulta (Meaney MJ., 2001; Weaver IC, Cervoni N, Champagne FA, et al., 2004). Al contrario, da adulti, i cuccioli che avevano ricevuto maggiori cure presentavano ridotti livelli plasmatici di ormone adrenocorticotropo (ACTH) e corticosterone, aumentata espressione di mRNA del recettore glucocorticoide nell'ippocampo, maggiore sensibilità del feedback dei glucocorticoidi e ridotti livelli di mRNA dell'ormone di rilascio della corticotropina (CRH) (Liu D, Diorio J, Tannenbaum B, et al., 1997).

Anche gli 'stili di cura parentale' possono avere un'influenza sui processi epigenetici, come notò Bowlby quando osservò che diversi input materni, espressi attraverso stili di accudimento, inducevano differenti risposte comportamentali ed emotive nei bambini, che rimanevano stabili nel tempo. Le ripetute interazioni del bambino nel contesto della relazione primaria porterebbero allo strutturarsi di modelli operativi interni (MOI) predittivi del comportamento delle figure significative, di sé stesso e dell'interazione tra tali comportamenti (Bowlby, 1989). Mentre le emozioni, le percezioni, i pensieri e i comportamenti di chi si prende cura del bambino vengono assimilati prima che si sviluppi la memoria autobiografica, depositandosi nella memoria implicita e influenzando la struttura delle narrazioni autobiografiche. Gli stili di accudimento parentale influenzano infatti i processi epigenetici, modulando la responsività dell'asse ipotalamo-ipofisurrene (HPA), fondamentale nella gestione dello stress, dove una relazione primaria sicura favorisce l'omeostasi psicobiologica, mentre relazioni insicure o disorganizzate possono portare a un carico allostatico, interferendo con lo sviluppo del sistema HPA e aumentando il rischio di disordini emotivi e comportamentali (Rocchi et al., 2015). È logico supporre che giochino un ruolo fondamentale i vissuti intrapsichici dei genitori abusati nell'infanzia, con conseguenze sulla qualità della loro genitorialità e dei legami di attaccamento, come evidenziato da una mole di ricerche riassumibile nella categoria ACE (Adverse Childhood Experiences), che sottolinea come essere esposti a esperienze avverse infantili aumenti la possibilità di insorgenza di malattie mentali o fisiche nelle successive fasi della vita, fino alla età anziana (Gauvrit et al., 2022). A questo riguardo, uno studio che ha coinvolto circa 1.300 mamme di bambini di età tra i 4 mesi e i 4 anni ha potuto documentare una relazione tra abusi fisici, sessuali e psicologici patiti dalle madri nell'infanzia e problemi di sviluppo dei figli (Sun et al., 2017).

TRASMISSIONE INTRAGENERAZIONALE E TRANSGENERAZIONALE

Come abbiamo visto l'esposizione a gravi stress da parte di un genitore - che possono provocare disturbi mentali come la depressione, l'ansia o il disturbo post-traumatico da stress (PTSD)

- è un fattore di rischio per una serie di esiti negativi, tra cui la psicopatologia, nella prole. Il meccanismo o i meccanismi attraverso i quali questo rischio viene conferito, tuttavia, non sono stati del tutto chiariti. Per esempio, i genitori esposti ad eventi stressanti possono conferire la vulnerabilità acquisita attraverso fattori di rischio genetici (cioè, i loro figli possono ereditare gli stessi rischi genetici o rischi simili che hanno un impatto, ad esempio, sulla loro vulnerabilità allo stress), o attraverso alterazioni comportamentali derivanti dallo sviluppo di psicopatologia legata allo stress (cioè, influenzando la loro capacità genitoriale o l'ambiente di sviluppo della prole). Negli ultimi anni, grazie ai progressi nella comprensione dei meccanismi epigenetici, è stata promulgata un'ulteriore ipotesi: la prole di genitori gravemente esposti allo stress è a rischio di esiti avversi a causa della trasmissione di cambiamenti epigenetici nei sistemi biologici dei genitori. Tali cambiamenti epigenetici sorgono in risposta all'esposizione continua ad eventi traumatici o eventi che sono fonte di forte stress (Yehuda e Bierer, 2009), processo che è stato definito 'trasmissione intergenerazionale'. Il concetto di trauma intergenerazionale è stato introdotto in letteratura psichiatrica intorno agli anni '70, attraverso la descrizione di problemi comportamentali e clinici nei figli dei sopravvissuti all'Olocausto (Rakoff, 1996), mentre la ricerca sui possibili correlati biologici degli effetti intergenerazionali è iniziata verso la fine degli anni '90 (Yehuda, 1999). I risultati di un'aumentata prevalenza di PTSD tra i figli di genitori con PTSD che hanno vissuto l'Olocausto (Solomon, Kotler, Mikulincer, 1998; Yehuda, Schmeidler, Giller et al. 1988) ha sollevato la possibilità che i figli potessero avere fattori di rischio biologici specifici per il PTSD e/o altri disturbi dell'umore e dell'ansia associati al trauma, in particolare in seguito alle loro stesse esposizioni traumatiche. Questo era vero, anche se in tutti i casi la prole era nata dopo la Seconda Guerra Mondiale (Yehuda et al., 2008). Tipi simili di sintomi sono stati successivamente descritti nei bambini dei veterani del Vietnam (Ancharoff, Munroe, Fisher 1998; Harkness, 1993) non facendo, però, riferimento ad una trasmissione intergenerazionale, ma piuttosto alla natura stressante della convivenza con un individuo traumatizzato che potrebbe esprimere sintomi e raccontare o rivivere esperienze orribili, fenomeno che è stato definito 'traumatizzazione secondaria' (Rosenheck, Nathan 1985). In assenza di studi su meccanismi biologici che supportino i risultati riportati, le spiegazioni erano quasi esclusivamente psicodinamiche o comportamentali: è stato suggerito che i sopravvissuti al trauma esternassero i loro sintomi post-traumatici attraverso i loro comportamenti non verbali e rievocazioni inconsce di paura e dolore, in tal modo il bambino potrebbe diventare un contenitore per le esperienze indesiderate e preoccupanti del genitore (Barocas, Barocas 1980; Kestenberg, 1980). Ricorre in letteratura che i figli di genitori estremamente stressati o traumatizzati sono a maggior rischio di esiti negativi mentali e fisici, ciò è stato dimostrato nei casi in cui l'esposizione traumatica ha preceduto il concepimento o si è verificata durante la gravidanza, a sostegno dell'idea che la trasmissione possa avvenire attraverso i gameti e/o il feto (Franklin et al, 2010; Dias e Ressler, 2014; Gapp et al, 2014) o l'ambiente uterino gestazionale (Yehuda et al, 2005). L'idea che un

cambiamento osservato nella prole possa essere la conseguenza di un cambiamento biologico nel genitore avvenuto in risposta a un evento traumatico si è basata inizialmente sui risultati di ampie coorti che hanno esaminato, come anticipato, gli effetti nella prole di donne incinte esposte allo stress della fame durante le carestie olandesi (Barker, 1990, 1998).

Studi che hanno fornito diversi esempi di quella che può essere descritta come 'trasmissione intergenerazionale', in cui la prole era direttamente influenzata dalla deprivazione nutrizionale materna, indipendentemente dalle alterazioni dei comportamenti materni legate allo stress. I marcatori epigenetici sembrano essere potenzialmente stabili (anche se reversibili) nel lungo periodo: è stata osservata una correlazione positiva tra lo stato di metilazione del gene NR3C1 nella prole a 10 e 19 anni e l'esposizione materna ad una violenza durante la gravidanza (Radtko et al. 2011). Va detto che gli studi che si sono occupati di verificare la trasmissione dello stress genitoriale tramite i gameti riguardano perlopiù esperimenti su animali: Franklin e colleghi hanno sottoposto alcuni topolini maschi appena nati ad un evento traumatico ripetuto, come la separazione improvvisa dalla madre, e hanno verificato che ciò comportava come conseguenza comportamenti depressivi nei topolini, un'alterazione della risposta allo stress in età adulta e che molte di queste alterazioni erano espresse anche nella loro prole, poiché l'evento traumatico provoca, infatti, nei topolini alterazioni epigenetiche sulle cellule germinali e queste alterazioni possono dunque essere trasmesse alla generazione successiva (Franklin et al. 2010). Dati i risultati di queste ricerche l'ipotesi interessante è che la trasmissione di determinate caratteristiche epigenetiche alla generazione successiva sia una modalità evolutiva per migliorare le capacità adattive della prole ad un determinato ambiente (Bowers e Yehuda 2016), ipotesi che riflette la tesi avanzata per il disturbo da stress post traumatico, in cui il disturbo si pensa possa riflettere un deficit nell'abilità di modificare il comportamento in risposta a più favorevoli cambiamenti del contesto. Inoltre, l'ipotesi che la trasmissione intergenerazionale degli effetti dello stress abbia uno scopo adattivo si spiega anche nel caso in cui genitori e figli si caratterizzano per correlati biologici opposti: Yehuda e Daskalakis et al. (2015) hanno esaminato i cambiamenti transgenerazionali della metilazione dei sopravvissuti all'Olocausto su FKBP5, un moderatore dell'attività dei glucocorticoidi, riscontrando che i livelli di metilazione dell'introne 7 di FKBP5 erano significativamente più alti nei sopravvissuti all'Olocausto, ma significativamente più bassi nella loro prole, suggerendo che tale effetto opposto potrebbe essere attribuibile all'adattamento biologico della prole, ma che bisognerebbe approfondire con ulteriori studi. Per quanto riguarda gli effetti fisici sulla prole, è stato riscontrato che lo stress materno prenatale, compresi lo stress psicosociale, i maltrattamenti e l'esposizione a un attacco terroristico, si associa a un ridotto flusso sanguigno uterino, a un basso peso alla nascita e a una nascita pretermine (per altri studi a riguardo: Wadhwa et al, 1993; Glover, 1997; Berkowitz et al, 2003; Lederman et al, 2004, Coussons-Read et al, 2012; Cederbaum et al, 2013; Yonkers et al, 2014; Christiaens et al, 2015), alterazioni che, a loro volta, sono state collegate al successivo sviluppo di ipertensione, insulino-

resistenza, diabete di tipo 2 e malattie cardiovascolari nella prole adulta (Barker, 1998). Analogamente, anche l'esposizione dei genitori all'Olocausto è stata associata a ipertensione, dislipidemia, diabete di tipo 2 e valutazioni soggettive della salute nella prole (Flory et al, 2011), mentre in uno studio longitudinale di Chen y Lacey del 2018 è emerso che c'è una relazione proporzionale tra l'intensità delle avversità nell'infanzia (abbandono fisico, separazione dai genitori, conflitti familiari, etc.) e il livello di proteina C-reattiva. Di grande interesse sono anche le ricerche in ambito inter- e trans-generazionale, che riguardano la trasmissione di problemi comportamentali e psicologici tra genitori e figli (F0-F1) e anche tra nonni e nipoti (F0-F2): dal punto di vista intergenerazionale, uno studio che ha coinvolto 350 diadi genitore/bambino ha concluso che i figli di genitori che hanno subito uno o più esperienze avverse nell'infanzia hanno un peggior stato di salute, in particolare un aumento della frequenza di asma, e alterazioni comportamentali indicate dall'eccesso di tempo passato a guardare la televisione (Lê-Scherban et al., 2018). Oltre ai problemi di salute fisica, sono stati osservati anche problemi emotivi, cognitivi e comportamentali: i figli di sopravvissuti all'Olocausto hanno mostrato un'ansia più elevata, una minore autostima e un'inibizione dell'aggressività (Gangi et al, 2009; Flory et al, 2011), mentre effetti simili sono stati osservati nei figli di madri stressate, in cui l'ansia nel secondo e terzo trimestre è stata associata a sintomi depressivi e a problemi comportamentali/emotivi della prole, tra cui problemi di condotta, problemi emotivi e iperattività/disattenzione (O'Connor et al, 2002; Van den Bergh et al, 2008). Inoltre, i figli di madri che hanno sperimentato lo stress durante la gravidanza possono avere difficoltà anche nei domini cognitivi, poiché si ipotizza che alti livelli di stress possano influenzare lo sviluppo cerebrale della prole, che può riflettersi in cambiamenti nelle abilità cognitive: i figli adolescenti di madri che hanno sperimentato alti livelli di ansia durante le settimane che vanno dalla 12esima alla 22esima della gravidanza hanno risposto in modo più impulsivo e hanno avuto difficoltà a organizzare le loro risorse cognitive (Van den Bergh et al, 2005; Mennes et al, 2006). Lo studio dei correlati biologici dello stress trasmesso per via intergenerazionale è un'area di indagine relativamente recente, con la maggior parte delle ricerche dedicate allo studio della disfunzione dell'asse ipotalamo-ipofisurrene (HPA) nella prole di genitori influenzati dallo stress, area di ricerca che si è ora estesa all'indagine delle modificazioni epigenetiche e dei cambiamenti neuroanatomici nei figli di genitori influenzati dallo stress. Come visto, il cortisolo è un candidato interessante, in quanto le prove suggeriscono che il cortisolo circolante accede ai gameti e al feto in gestazione (Graves e Eiler, 1979; Stratholt et al, 1997; Gitau et al, 1998) e, inoltre, il cortisolo, in quanto parte del complesso del recettore dei glucocorticoidi (GR), influenza la trascrizione genica e potrebbe, in ultima analisi, alterare in modo permanente l'epigenoma della prole (Stahn et al, 2007). È interessante notare che recenti evidenze suggeriscono anche che i microRNA, che potrebbero essere regolati dal cortisolo e che a sua volta è stato dimostrato essere regolato dallo stress, potrebbero avere un ruolo nell'eredità intergenerazionale (Cortez et al, 2011; Daxinger e

Whitelaw, 2012; Honda et al, 2013; Issler e Chen, 2015), mentre diversi studi che hanno analizzato lo stress materno prenatale hanno riscontrato anche cambiamenti corrispondenti nei livelli di cortisolo della prole (Van den Bergh et al, 2008; O'Donnell et al, 2013; O'Connor et al, 2005; O'Connor et al, 2013; Gutteling et al, 2004; Gutteling et al, 2005), sebbene la relazione tra stress genitoriale, cortisolo genitoriale, stress della prole e cortisolo della prole sia meno chiara rispetto alla letteratura sul PTSD. Nella letteratura sul PTSD, le prove suggeriscono che i genitori con PTSD, che è costantemente associato a livelli più bassi di cortisolo, trasmettono un rischio maggiore di PTSD influenzando l'attività dell'asse HPA della prole: in soggetti con PTSD sembra esserci un'interruzione prematura della risposta del cortisolo al momento dell'evento traumatico, a causa di una maggiore sensibilità ai glucocorticoidi che si traduce in un mancato contenimento della risposta del sistema nervoso simpatico, con conseguente disregolazione delle catecolamine (Yehuda, 2002). I livelli di cortisolo inferiori alla norma persistono nel PTSD e può darsi che i livelli di cortisolo fossero più bassi nelle persone che hanno sviluppato il PTSD anche prima di essere esposte al trauma (Yehuda et al, 2000; Delahanty et al, 2000; Pineles et al, 2013), in altre parole, è stato dimostrato che bassi livelli di cortisolo sono uno dei fattori di rischio per il PTSD. Questa ipotesi è stata sostenuta da dati che dimostrano come il PTSD dei genitori, e in particolare quello materno, sia associato a livelli di cortisolo più bassi nella prole (Yehuda et al, 2000) e a maggior rischio di PTSD (Yehuda et al., 2008), mentre l'idea che bassi livelli di cortisolo possano essere correlati alla vulnerabilità al PTSD, potenzialmente dovuta alla presenza di PTSD dei genitori che agisce come fattore di rischio, è stata rafforzata da ulteriori studi che hanno replicato i risultati di bassi livelli di cortisolo nella prole, anche quando si è tenuto conto della traumatizzazione e del PTSD della prole stessa (Yehuda et al, 2002, 2007). I figli di questi studi sono stati concepiti dopo l'esposizione diretta dei genitori all'Olocausto, evidenziando l'idea che i cambiamenti che accompagnano la biologia dei genitori, associati all'esposizione al trauma e al PTSD, possono modificare la biologia della prole, predisponendola così a esiti specifici, dato che gli effetti dello stress in risposta al trauma, e non solo la patologia psichica, possono essere trasmessi (Bierer et al, 2014). Poiché alcuni dati della letteratura umana suggeriscono che gli effetti dello stress persistono oltre la seconda generazione, sarà fondamentale determinare se gli stessi meccanismi biologici associati alla trasmissione dello stress alla seconda generazione siano anche associati al trasferimento dalla seconda alla terza generazione, quindi con una 'trasmissione transgenerazionale': ad esempio in uno studio del 2017 si evidenzia come lo stress della nonna durante la gravidanza sia stato associato a cambiamenti di metilazione a livello genomico nella prole e nei nipoti (Serpeloni, Radtke, de Assis et al, 2017). Tuttavia, per quanto riguarda la trasmissione dello stress, senza alcuna psicopatologia associata, non è ancora noto come i sentimenti soggettivi di stress, l'esposizione agli stressor e il cortisolo nei genitori interagiscano per influenzare la prole e, inoltre, quale sia la direzionalità di queste interazioni, mentre sarà interessante determinare se la successiva psicopatologia della prole riflette la disregolazione

dell'asse HPA osservata in precedenza. Pochi studi hanno messo in relazione diretta lo stress dei genitori, i livelli di cortisolo della prole e il comportamento della stessa: uno studio ha riportato che livelli più bassi di cortisolo al risveglio e più alti di cortisolo serale nella prole adolescente di sesso femminile, significativamente associati all'ansia materna a 12-22 settimane di gestazione, erano anche associati a sintomi depressivi nella stessa prole (Van den Bergh et al, 2008). Resta da chiarire, tuttavia, se il trasporto epigenetico degli effetti del trauma nelle generazioni successive aumenti necessariamente la vulnerabilità a esiti negativi per la salute mentale o se, a livello molecolare, possa servire anche a facilitare la capacità di adattamento a un ambiente in evoluzione, cioè a promuovere la resilienza, nella prole (Yehuda, Lehrner, & Bierer, 2018), di conseguenza, questi processi epigenetici potrebbero essersi evoluti per programmare il fenotipo in modo efficace e rapido per adattarsi a nuove richieste ambientali (Fischer, 2014; Gapp et al., 2016; Yeshurun & Hannan, 2019).

PSICOTERAPIA E REGOLAZIONE EPIGENETICA

Studi suggeriscono che la psicoterapia può influenzare i profili epigenetici, portando a una possibile reversibilità di alcuni cambiamenti associati al rischio di disturbi mentali. Uno degli aspetti più innovativi della ricerca epigenetica è la scoperta che i cambiamenti epigenetici non sono necessariamente permanenti. Diverse forme di psicoterapia possono modificare i pattern epigenetici, migliorando la risposta allo stress e riducendo la vulnerabilità ai disturbi mentali. (Schielea M. A., Gottschalka M. G., Domschkea K., 2020)

È stato suggerito che la psicoterapia funzioni come un 'farmaco epigenetico' (Stahl, 2012) in grado di indurre modifiche epigenetiche esercitando i suoi effetti sui circuiti neurobiologici che si riflettono, in ultima analisi, a livello di manifestazioni cliniche. I precisi 'meccanismi molecolari di azione' nel mediare i risultati psicoterapeutici non sono ancora stati determinati e rimangono diverse questioni aperte. I modelli animali hanno fornito prove del fatto che i meccanismi epigenetici plasmano i processi cognitivi e la formazione della memoria (Day & Sweatt, 2011; Halder et al., 2016; Levenson & Sweatt, 2005; Rudenko & Tsai, 2014) e che sono coinvolti nell'acquisizione, nel consolidamento e nell'estinzione della paura (Kwapis & Wood, 2014). Studi promettenti sugli animali che applicano interventi psicoambientali hanno dimostrato che l'arricchimento ambientale esercita un effetto su uno specifico comportamento - come ad es. riduzione dei comportamenti legati all'ansia, miglioramento dell'apprendimento dei compiti o facilitazione del recupero della memoria - (Laviola, Hannan, Macri, Solinas, & Jaber, 2008; Reynolds, Lane, & Richards, 2010) e a livello neurobiologico (van Praag, Kempermann, & Gage, 2000). Per esempio, in modelli animali con disturbi mentali e neurodegenerativi l'arricchimento ambientale è stato collegato a cambiamenti morfologici come la crescita dendritica e sinaptica e la neurogenesi nell'ippocampo, nonché ad alterazioni molecolari tra cui i livelli di neurotrasmettitori, l'espressione dei recettori dei neurotrasmettitori e l'espressione

delle neurotrofine (per una rassegna, si veda Alwis & Rajan, 2014; Baroncelli et al., 2010). Con particolare attenzione ai cambiamenti epigenetici, è stato osservato che l'arricchimento ambientale induce l'acetilazione e la metilazione degli istoni e ricostituisce il comportamento di apprendimento e l'accesso alla memoria a lungo termine dopo una significativa atrofia cerebrale e perdita neuronale (Fischer, Sananbenesi, Wang, Dobbin, & Tsai, 2007). Supponendo che i processi di apprendimento siano al centro del cambiamento psicoterapeutico (Kandel, 1998), si potrebbe ipotizzare che un simile rimodellamento e riprogrammazione epigenetica possa essere fra i meccanismi di azione terapeutica. Tuttavia, è necessaria un'ampia ricerca per affermare la firma molecolare sottostante.

Resta da chiarire, come detto, se il passaggio alle generazioni successive degli effetti del trauma esponga a delle vulnerabilità in merito alla salute mentale. Se questo venisse confermato allora potrebbe essere possibile che i cambiamenti epigenetici derivanti da una psicoterapia di successo possano essere trasferiti alle generazioni future, promuovendo così la 'prevenzione transgenerazionale' dei disturbi mentali, dotando preventivamente le generazioni future di capacità di coping adattive sia a livello fenotipico che genomico e diminuendo, in ultima analisi, il rischio di manifestazione del disturbo nelle generazioni successive. Tuttavia, la cautela è giustificata. Gli studi futuri devono affrontare la co-segregazione delle informazioni epigenetiche con tratti fenotipici specifici, tenendo conto degli effetti attribuibili all'eredità genetica, ecologica e culturale (Horsthemke, 2018; Nagy & Turecki, 2015).

LIMITI DELLA RICERCA E DELLA LETTERATURA

I progressi della ricerca epigenetica possono essere di grande interesse per la psicologia e la psicoterapia ma non sono privi di sfide e insidie. Molti sono i confondenti biologici che influenzano i pattern epigenetici e in alcuni casi i meccanismi sottostanti la trasmissione dei cambiamenti epigenetici ancora non sono stati chiariti (Schiele, Gottschalk, Domaschke, 2020). Inoltre, la letteratura sull'uomo è limitata e molte ricerche si basano su modelli murini e non sempre vi è la possibilità di poter effettuare ricerche sugli esseri umani.

Un limite importante della letteratura attuale è che si è concentrata di preferenza sugli effetti dell'esposizione allo stress/trauma materno sulla prole, in particolare durante la gravidanza, escludendo gli effetti paterni. Lo stress paterno può influire direttamente sulla prole attraverso modifiche epigenetiche nello sperma (simili ai cambiamenti nella metilazione del DNA o nel contenuto di microRNA osservati in modelli di roditori; Franklin et al., 2010; Dias e Ressler, 2014; Rodgers et al., 2013; Gapp et al., 2014) o attraverso le prime cure postnatali; tuttavia, lo stress paterno può avere un impatto indiretto sulla prole anche attraverso gli effetti che ha sulla madre/altro caregiver. È probabile che lo stress paterno sia trasmesso attraverso una combinazione di modalità dirette (per via spermatica) e indirette (cioè la madre/il partner che alleva il bambino).

Gli studi che indagano sugli effetti dello stress paterno sulla prole possono essere utili per determinare se gli effetti paterni possono essere differenti e unici rispetto a quelli materni e come la loro combinazione genera degli effetti sulla prole. In studi su figli di sopravvissuti all'Olocausto, il PTSD materno, e non quello paterno, ha un effetto sul PTSD della prole; tuttavia, il PTSD paterno modera l'effetto del PTSD materno, in quanto l'effetto del PTSD della madre è maggiore in presenza del PTSD paterno (Yehuda et al., 2008). Infine, non è ancora stato chiarito se le modifiche epigenetiche indotte da traumi possono essere trasmesse dagli individui traumatizzati alle successive generazioni dei figli (Youssef, Lockwood, Su, Hao, Rutten, 2018).

CONCLUSIONE

L'epigenetica rappresenta una rivoluzione nel modo in cui comprendiamo la relazione tra genetica, ambiente e psiche, aprendo nuove prospettive per la prevenzione e il trattamento delle patologie attraverso il riconoscimento del ruolo che la psicoterapia può avere nella modulazione dell'espressione genica. Mentre è da tempo riconosciuto che le esperienze di vita avverse predispongono l'individuo a vulnerabilità specifiche, il contributo innovativo dell'epigenetica risiede nella dimostrazione che queste vulnerabilità vengono effettivamente trascritte nel nostro epigenoma, non attraverso cambiamenti nella sequenza del DNA, ma mediante modificazioni dell'espressione dei geni disponibili. La letteratura scientifica ha consolidato l'evidenza che la presenza di traumi, abusi o maltrattamenti in età infantile genera modificazioni dell'espressione genica capaci di influenzare profondamente il nostro fenotipo (Perroud, 2011). Questa plasticità epigenetica trova una dimostrazione particolarmente eloquente negli studi sui gemelli omozigoti, che rivelano come, a partire da un genotipo identico, l'ambiente sia in grado di plasmare gli individui in modo progressivamente differenziato. Con l'avanzare dell'età, infatti, emergono notevoli differenze nelle coppie di gemelli più anziane, rendendo ciascun individuo portatore di un'espressione genica completamente unica (Fraga et al., 2005). Il campo della psichiatria ha beneficiato significativamente di questi sviluppi, con studi che hanno ampiamente dimostrato come i disturbi psichiatrici presentino precisi correlati epigenetici (Xie et al., 2010; Domschke et al., 2012). Particolarmente rilevante è la scoperta che le caratteristiche epigenetiche sono soggette a trasmissione intergenerazionale, potendo essere ereditate dalle generazioni successive (Bohacek et al., 2013). Questa eredità epigenetica potrebbe rappresentare un vantaggio evolutivo rispetto all'ereditarietà classica, consentendo alle risposte di adattamento alle sfide ambientali di essere acquisite e tramandate attraverso le generazioni per preparare la prole a potenziali esposizioni simili, ipotesi supportata dai risultati di diversi studi disponibili (Bowes e Yehuda, 2016). Tuttavia, questo meccanismo presenta anche dei rischi, poiché può portare alla trasmissione di risposte maladattive quando le condizioni ambientali non si rivelano persistenti e durature quanto le modifiche epigenetiche (Bohacek et al., 2013). In questo scenario, il genitore protegge la prole tramandando la memoria delle minacce basate sulle proprie esperienze,

indipendentemente dalle condizioni ambientali effettive che il figlio si troverà ad affrontare, che potrebbero essere completamente diverse. Una prospettiva particolarmente promettente emerge dalla considerazione che, così come le esperienze avverse creano vulnerabilità epigenetiche, le esperienze di vita positive potrebbero generare fattori di protezione anch'essi trascritti nell'epigenoma. Se consideriamo la trasmissione delle modificazioni epigenetiche alle generazioni successive, diventa plausibile ipotizzare che le esperienze positive possano lasciare 'marker epigenetici' protettivi trasmissibili alla discendenza. Nonostante siano necessari ulteriori studi per chiarire completamente i meccanismi implicati nella trasmissione intergenerazionale e transgenerazionale degli effetti epigenetici, i risultati finora ottenuti aprono prospettive estremamente affascinanti. La possibilità che i cambiamenti epigenetici derivanti da una psicoterapia possano essere trasferiti alle generazioni successive rappresenta una delle sfide più stimolanti per la ricerca futura, con implicazioni profonde per la comprensione della salute mentale e delle sue basi biologiche.

BIBLIOGRAFIA

ALWIS, D. S., & RAJAN, R. (2014). *Environmental enrichment and the sensory brain: The role of enrichment in remediating brain injury*. *Frontiers in Systems Neuroscience*, 8, 156.

ANCHAROFF MRM, MUNROE J, FISHER L. *The legacy of combat trauma: clinical implications of intergenerational transmission*. In: Danieli Y (ed). *International handbook of multigenerational legacies of trauma*. Boston: Springer, 1998:257-76.

BALE TL. *Lifetime stress experience: transgenerational epigenetics and germ cell programming*. *Dialogues Clin Neurosci* 2014;16:297.

BARKER DJ (1990). *The fetal and infant origins of adult disease*. *Br Med J* 301: 1111.

BARKER DJ (1998). *In utero programming of chronic disease*. *Clin Sci (Lond)* 95: 115–128.

BARONCELLI, L., BRASCHI, C., SPOLIDORO, M., BEGENISIC, T., SALE, A., & MAFFEI, L. (2010). *Nurturing brain plasticity: Impact of environmental enrichment*. *Cell Death and Differentiation*, 17, 1092–1103.

BAROCAS HA, BAROCAS CB. *Separation-individuation conflicts in children of holocaust survivors*. *J Contemp Psychother* 1980;11:6-14.

BERKOWITZ GS, WOLFF MS, JANEVIC TM, HOLZMAN IR, YEHUDA R, LANDRIGAN PJ (2003). *The World Trade Center disaster and intrauterine growth restriction*. *JAMA* 290:595–596.

BIERER LM, BADER HN, DASKALAKIS NP, LEHRNER AL, MAKOTKINE I, SECKL JR et al. (2014). *Elevation of 11beta-hydroxysteroid dehydrogenase type 2 activity in Holocaust survivor offspring: evidence for an intergenerational effect of maternal trauma exposure*. *Psychoneuroendocrinology* 48: 1–10.

BOHACEK, J. GAPP, K., SAAB, B.J. & MANSUY, I.M. (2013). *Transgenerational Epigenetic Effect on brain Function*. *Biological Psychiatry* 73(4).

- BONDURIANSKY R. y DAY T.** (2020). *Extended Heredity: A New Understanding of Inheritance and Evolution*. [L'eredità estesa. Una nuova visione dell'ereditarietà e dell'evoluzione]. FrancoAngeli. (Trabajo original publicado en 2018). La cita debería ser Bonduriansky, et al., 2018/2020).
- BOSCHEN KE, KELLER SM, ROTH TL et al.** *Epigenetic mechanisms in alcohol and adversity-induced developmental origins of neurobehavioral functioning*. *Neurotoxicol Teratol* 2018;66:63-79.
- BOTTACCIOLI F., BOTTACCIOLI A.G.** *Fondamenti di Psiconeuroendocrinoimmunologia* 1995; Red Editore.
- BOTTACCIOLI F.**, *Epigenetica e Psiconeuroendocrinoimmunologia*, 2014; Edra Editore.
- BOTTACCIOLI F., BOTTACCIOLI A.G.** *Psiconeuroendocrinoimmunologia e scienza della cura integrata*. Il manuale 2017; Edra Editore.
- BOTTACCIOLI F., BOTTACCIOLI A.G.** *Psychic states are translated into biological molecules: the consequences for medicine and psychology*, *Pinelatioamericana* 2023; 3 (1), 54-70.
- BOWERS E. M., YEHUDA R.** *Intergenerational Transmission of Stress in Humans* *Neuropsychopharmacology REVIEWS* (2016) 41, 232–244.
- BOWLBY J.** (1989) *Una base sicura* Ed.Cortina.
- BURIC, I., FARIAS, M., JONG, J., MEE, C., y BRAZIL, I. A.** (2017). *What Is the Molecular Signature of Mind-Body Interventions? A Systematic Review of Gene Expression Changes Induced by Meditation and Related Practices*. *Frontiers in immunology*, 8, 670. <https://doi.org/10.3389/fimmu.2017.00670>.
- BUSS C, DAVIS EP, MUFTULER LT, HEAD K, SANDMAN CA** (2010). *High pregnancy anxiety during mid-gestation is associated with decreased gray matter density in 6-9-year-old children*. *Psychoneuroendocrinology* 35: 141–153.
- CALDJI C, TANNENBAUM B, SHARMA S, FRANCIS D, PLOTSKY PM, MEANEY MJ** (1998). *Maternal care during infancy regulates the development of neural systems mediating the expression of fearfulness in the rat*. *Proc Natl Acad Sci USA* 95: 5335–5340.
- CEDERBAUM JA, PUTNAM-HORNSTEIN E, KING B, GILBERT K, NEEDELL B** (2013). *Infant birth weight and maltreatment of adolescent mothers*. *Am J Prev Med* 45:197–201.
- CHALLIS JR, SLOBODA D, MATTHEWS SG et al.** *The fetal placental hypothalamic-pituitary-adrenal (HPA) axis, parturition and post natal health*. *Mol Cell Endocrinol* 2001;185:135-44.
- CHAMPAGNE FA, CURLEY JP.** *Epigenetic mechanism mediating the long-term effects of maternal care on development*. *Neurosci Biobehav Rev* 2009; 33: 593-600.
- CHEN, M., y LACEY, R. E.** (2018). *Adverse childhood experiences and adult inflammation: Findings from the 1958 British birth cohort*. *Brain, behavior, and immunity*, 69, 582–590. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2018.02.007>.
- CHORBOV VM, TODOROV AA, LYNSKEY MT et al.** *Elevated levels of DNA methylation at the OPRM1 promoter in blood and sperm from male opioid addicts*. *J Opioid Manag* 2011;7:258.
- CHRISTIAENS I, HEGADOREN K, OLSON DM** (2015). *Adverse childhood experiences are associated with spontaneous preterm birth: a case-control study*. *BMC Med* 13: 124.
- CORTEZ MA, BUESO-RAMOS C, FERDIN J, LOPEZ-BERESTEIN G, SOOD AK, CALIN GA** (2011). *MicroRNAs in body fluids—the mix of hormones and biomarkers*. *Nat Rev Clin Oncol* 8: 467–477.

- COUSSONS-READ, LOBEL M, CAREY JC, KREITHER MO, D'ANNA K, ARGYS L et al.** (2012). *The occurrence of preterm delivery is linked to pregnancy-specific distress and elevated inflammatory markers across gestation.* Brain Behav Immun 26:650–659.
- DAVIS EP, GLYNN LM, WAFFARN F, SANDMAN CA** (2011). *Prenatal maternal stress programs infant stress regulation.* J Child Psychol Psychiatry 52: 119–129.
- DAXINGER L, WHITELAW E** (2012). *Understanding transgenerational epigenetic inheritance via the gametes in mammals.* Nat Rev Genet 13: 153–162.
- DAY, J. J., & SWEATT, J. D.** (2011). *Epigenetic mechanisms in cognition.* Neuron, 70, 813–829.
- DELAHANTY DL, RAIMONDE AJ, SPOONSTER E** (2000). *Initial posttraumatic urinary cortisol levels predict subsequent PTSD symptoms in motor vehicle accident victims.* Biol Psychiatry 48: 940–947.
- DE RIDDER D.,ADHIA D., VANNESTE S.** *The anatomy of pain and suffering in the brain and its clinical implications* Neuroscience and Biobehavioral Reviews 130 (2021) 125–146.
- DIAS BG, RESSLER KJ** (2014). *Parental olfactory experience influences behavior and neural structure in subsequent generations.* Nat Neurosci 17: 89–96.
- DOMSCHKE, K., TIDOW, N., KUITHAN, H. SCHWARTE, K., KLAUKE, B., AMBRÉE, O., et al.** (2012). *Monoamine oxidase: a gene DNA hypomethylation- a risk factor for panic disorder?* Int. J.Neuropsychopharmacology. 15, 1217-1228 cit. in Ziegler et al. 2016
- DUMAN R. S., & MONTEGGIAL.M.,** (2006). *A neurotrophic model for stress related mood disorder.* Biological Psychiatry 59, 1116-1127.
- FAGIOLINI M, JENSEN CL, CHAMPAGNE FA.** *Epigenetic influences on brain development and plasticity.* Curr Opin Neurobiol 2009; 19: 207-12.
- FISCHER, A.** (2014). *Epigenetic memory: The Lamarckian brain.* The EMBO Journal, 33, 945–967.
- FISCHER, A., SANANBENESI, F., WANG, X., DOBBIN, M., & TSAI, L. H.** (2007). *Recovery of learning and memory is associated with chromatin remodelling.* Nature, 447, 178–182.
- FLORY JD, BIERER LM, YEHUDA R** (2011). *Maternal exposure to the holocaust and health complaints in offspring.* Dis Markers 30: 133–139.
- FRAGAM.F., BALLESTAR, E., PAZ, M.F., ROPERO, S., SETIEN, F., BALLESTAR, M.L., HEINE-SUÑER, D., CIGUDOSA, J.C., URIOSTE, M., BENITEZ, J., BOIX-CHORNET, M., SANCHEZ-AGUILERA, A., LING, C., CARLSSON, E., POULSEN, P., VAAG, A., STEPHAN, Z., SPECTOR, T.D., YUE-ZHONG WU, PLASS, C., & ESTELLER, M.** (2005). *Epigenetic differences arise during lifetime of monozygotic twins.* Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS) July 26 2005 vol. 102 no. 30, 10604–10609.
- FRANCIS D, DIORIO J, LIU D, MEANEY MJ.** *Nongenomic transmission across generations of maternal behavior and stress responses in the rat.* Science 1999; 286: 1155-8.
- FRANKLIN, T. B., RUSSIG, H., WEISS, I. C., GRAFF, J., LINDER, N., MICHALON, A., MANSUY, I. M.** (2010). *Epigenetic transmission of the impact of early stress across generations.* Biological Psychiatry, 68, 408–415.
- GANGI S, TALAMO A, FERRACUTI S** (2009). *The long-term effects of extreme war-related trauma on the second generation of Holocaust survivors.* Violence Vict 24:687–700.

- GAPP K, JAWAID A, SARKIES P, BOHACEK J, PELCZAR P, PRADOS J et al.** (2014). *Implication of sperm RNAs in transgenerational inheritance of the effects of early trauma in mice*. *Nat Neurosci* 17: 667–669.
- GAPP, K., BOHACEK, J., GROSSMANN, J., BRUNNER, A. M., MANUELLA, F., NANNI, P., & MANSUY, I. M.** (2016). *Potential of environmental enrichment to prevent transgenerational effects of paternal trauma* *Neuropsychopharmacology*, 41, 2749–2758.
- GAUVRIT, T., BENDERRADJI, H., BUÉE, L., BLUM, D., y VIEAU, D.** (2022). *Early-Life Environment Influence on Late-Onset Alzheimer's Disease*. *Frontiers in cell and developmental biology*, 10, 834661. <https://doi.org/10.3389/fcell.2022.834661>.
- GITAU R, CAMERON A, FISK NM, GLOVER V** (1998). *Fetal exposure to maternal cortisol*. *Lancet* 352: 707–708.
- GLOVER V** (1997). *Maternal stress or anxiety in pregnancy and emotional development of the child*. *Br J Psychiatry* 171: 105–106.
- GLOVER V, O'CONNOR T, O'DONNELL K.** *Prenatal stress and the programming of the HPA axis*. *Neurosci Biobehav Rev* 2010;35:17-22.
- GOLDBERG, A.D.; ALLIS, C.D.; BERNSTEIN, E.** *Epigenetics: A landscape takes shape*. *Cell* 2007, 128, 635–638. [CrossRef] [PubMed]
- GOTTSCHALK, M. G., & DOMSCHKE, K.** (2018). *Ossitocina e disturbi d'ansia*. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 35, 467-498.
- GRAVES CN, EILER H** (1979). *Cortisol content of semen and the effect of exogenous cortisol on the concentration of cortisol and minerals (Ca, Mg, K and Na) in semen and blood plasma of bulls*. *Biol Reprod* 21: 1225–1229.
- HALDER, R., HENNION, M., VIDAL, R. O., SHOMRONI, O., RAHMAN, R. U., RAJPUT, A., BONN, S.** (2016). *DNA methylation changes in plasticity genes accompany the formation and maintenance of memory*. *Nature Neuroscience*, 19, 102–110.
- HAMAD MF, SHELKO N, KARTARIUS S et al.** *Impact of cigarette smoking on histone (H2B) to protamine ratio in human spermatozoa and its relation to sperm parameters*. *Andrology* 2014;2:666-77.
- HAMILTON, S. P.** (2009). *Linkage and association studies of anxiety*.
- HARKNESS L.** *Transgenerational transmission of war-related trauma*. In: Wilson JP, Raphael B (eds). *International handbook of traumatic stress syndromes*. Boston: Springer, 1993:635-43.
- HEIJMANS BT, TOBI EW, STEIN AD et al.** *Persistent epigenetic differences associated with prenatal exposure to famine in humans*. *Proc Natl Acad Sci USA* 2008;105:17046-9.
- HONDA M, KUWANO Y, KATSUURA-KAMANO S, KAMEZAKI Y, FUJITA K, AKAIKE Y et al.** (2013). *Chronic academic stress increases a group of microRNAs in peripheral blood*. *PLoS One* 8: e75960.
- HORSTHEMKE, B.** (2018). *A critical view on transgenerational epigenetic inheritance in humans*. *Nature Communications*, 9, 2973.
- ISSLER O, CHEN A** (2015). *Determining the role of microRNAs in psychiatric disorders*. *Nat Rev Neurosci* 16: 201–212.
- JABLONKA, E. y LAMB, M.** (2020). *Inheritance Systems and the Extended Evolutionary Synthesis*. Cambridge University Press.

- KANDEL, E. R.** (1998). *A new intellectual framework for psychiatry*. The American Journal of Psychiatry, 155, 457–469.
- KESTENBERG JS.** *Psychoanalyses of children of survivors from the holocaust: case presentations and assessment*. J Am Psychoanal Assoc 1980; 28:775-804.
- KLEEMAN, E. A., GUBERT, C., y HANNAN, A. J.** (2022). *Transgenerational epigenetic impacts of parental infection on offspring health and disease susceptibility*. Trends in genetics: TIG, 38(7), 662–675. <https://doi.org/10.1016/j.tig.2022.03.006>.
- KOENEN, K. C.** (22 de julio de 2020). *Pregnant during a pandemic? Mental health of pregnant and postpartum women during COVID-19*. Psychology Today. www.psychologytoday.com/us/blog/mental-health-around-the-world/202007/pregnant-during-pandemic?eml.
- KWAPIS, J. L., & WOOD, M. A.** (2014). *Epigenetic mechanisms in fear conditioning: Implications for treating post-traumatic stress disorder*. Trends in Neurosciences, 37, 706–720.
- LAVIOLA, G., HANNAN, A. J., MACRI, S., SOLINAS, M., & JABER, M.** (2008). *Effects of enriched environment on animal models of neurodegenerative diseases and psychiatric disorders*. Neurobiology of Disease, 31, 159–168.
- LEDERMAN SA, RAUH V, WEISS L, STEIN JL, HOEPNER LA, BECKER M et al.** (2004). *The effects of the World Trade Center event on birth outcomes among term deliveries at three lower Manhattan hospitals*. Environ Health Perspect 112: 1772–1778.
- LÊ-SCHERBAN, F., WANG, X., BOYLE-STEED, K. H., y PACHTER, L. M.** (2018). *Intergenerational Associations of Parent Adverse Childhood Experiences and Child Health Outcomes*. Pediatrics, 141(6), e20174274. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-4274>.
- LEVENSON, J. M., & SWEAT, J. D.** (2005). *Epigenetic mechanisms in memory formation*. Nature Reviews. Neuroscience, 6, 108–118.
- LIU D, DIORIO J, TANNENBAUM B, et al.** *Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal response to stress*. Science 1997; 277: 1659-62.
- LU, Y. C., ANDESCAVAGE, N., WU, Y., KAPSE, K., ANDERSEN, N. R., QUISTORFF, J., SAEED, H., LOPEZ, C., HENDERSON, D., BARNETT, S. D., VEZINA, G., WESSEL, D., DU PLESSIS, A., y LIMPEROPOULOS, C.** (2022). *Maternal psychological distress during the COVID-19 pandemic and structural changes of the human fetal brain*. Communications medicine, 2, 47. <https://doi.org/10.1038/s43856-022-00111-w>.
- LUCION AB, BORTOLINI MC.** *Mother-pup interactions: rodents and humans*. Front Endocrinol 2014; 26: 17.
- MARCZYLO EL, AMOAKO AA, KONJE JC et al.** *Smoking induces differential miRNA expression in human spermatozoa: a potential transgenerational epigenetic concern?* Epigenetics 2012;7:432-9.
- MAREN S, PHAN KL, LIBERZONI I** (2013). *The contextual brain: implications for fear conditioning, extinction and psychopathology*. Nat Rev Neurosci 14: 417–428.
- MASTORAKOS G, ILIAS I.** *Maternal and fetal hypothalamic-pituitary-adrenal axes during pregnancy and postpartum*. AnnNY Acad Sci 2003;997:136-49.
- MCEWEN BS** (2006). *Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain*. Dialogues Clin Neurosci 8: 367–381.

- MEANEY MJ.** *Maternal care, gene expression, and the transmission of individual differences in stress reactivity across generations.* *Annu Rev Neurosci* 2001; 24: 1161-92.
- MENNES M, STIERS P, LAGAE L, VAN DEN BERGH B** (2006). *Long-term cognitive sequelae of antenatal maternal anxiety: involvement of the orbitofrontal cortex.* *Neurosci Biobehav Rev* 30: 1078–1086.
- MIRANDA FURTADO, C. L., DOS SANTOS LUCIANO, M. C., SILVA SANTOS, R. D., FURTADO, G. P., MORAES, M. O., y PESSOA, C.** (2019). *Epidrugs: targeting epigenetic marks in cancer treatment.* *Epigenetics*, 14(12), 1164–1176. <https://doi.org/10.1080/15592294.2019.1640546>.
- MUELLER BR, BALE TL.** *Sex-specific programming of offspring emotionally following stress early in pregnancy.* *J Neurosci* 2008; 28: 9055-65.
- NAGY, C., & TURECKI, G.** (2015). *Transgenerational epigenetic inheritance: An open discussion.* *Epigenomics*, 7, 781–790.
- NUGENT BM, BALE TL.** *The omniscient placenta: metabolic and epigenetic regulation of fetal programming.* *Front Neuroendocrinol* 2015;39:28-37.
- NUR, S. M., RATH, S., AHMAD, V., AHMAD, A., ATEEQ, B., y KHAN, M. I.** (2021). *Nutritive vitamins as epidrugs. Critical reviews in food science and nutrition*, 61(1), 1–13. <https://doi.org/10.1080/10408398.2020.1712674>.
- O'CONNOR TG, HERON J, GOLDING J, BEVERIDGE M, GLOVER V** (2002). *Maternal antenatal anxiety and children's behavioural/emotional problems at 4 years.* Report from the Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Br J Psychiatry* 180: 502–508.
- OUKO LA, SHANTIKUMAR K, KNEZOVICH J et al.** *Effect of alcohol consumption on CpG methylation in the differentially methylated regions of H19 and IG-DMR in male gametes – Implications for fetal alcohol spectrum disorders.* *Alcohol Clin Exp Res* 2009;33:1615-27.
- PAINTER RC, OSMOND C, GLUCKMAN P et al.** *Transgenerational effects of prenatal exposure to the Dutch famine on neonatal adiposity and health in later life.* *BJOG* 2008;115:1243-9.
- PEMBREY ME, BYGREN LO, KAATI G et al.** *Sex-specific, male-line transgenerational responses in humans.* *Eur J Hum Genet* 2006;14:159.
- PERERA, F. & HERBSTMAN, J.** (2011). *Prenatal environmental exposures, epigenetics, and disease.* *Reproductive Toxicology* Apr;31(3):363-73.
- PERROUD, N., PAOLONI-GIACOBINO, A., PRADA, P., OLIE, E., SALZMANN, A., NICASTRO, R., MALAFOSSE, A.** (2011). *Increased methylation of glucocorticoid receptor gene (NR3C1) in adults with a history of childhood maltreatment: A link with the severity and type of trauma.* *Translational Psychiatry*, 1, e59.
- PINELES SL, RASMUSSEN AM, YEHUDA R, LASKO NB, MACKLIN ML, PITMAN RK et al.** (2013). *Predicting emotional responses to potentially traumatic events from preexposure waking cortisol levels: a longitudinal study of police and firefighters.* *Anxiety Stress Coping* 26: 241–253.
- VAN PRAAG, H., KEMPERMANN, G., & GAGE, F. H.** (2000). *Neural consequences of environmental enrichment.* *Nature Reviews. Neuroscience*, 1, 191–198.
- PRUESSNER JC, DEDOVIC K, KHALILI-MAHANIN, ENGERT V, PRUESSNER M, BUSS C et al.** (2008). *Deactivation of the limbic system during acute psychosocial stress: evidence from positron emission tomography and functional magnetic resonance imaging studies.* *Biol Psychiatry* 63: 234–240.

QIU A, RIFKIN-GRABOIA, CHEN H, CHONG YS, KWEK K, GLUCKMAN PD et al. (2013). *Maternal anxiety and infants' hippocampal development: timing matters*. *Transl Psychiatry* 3: e306.

QIU A, TUAN TA, ONG ML, LIY, CHEN H, RIFKIN-GRABOIA et al. (2014). *COMT haplotypes modulate associations of antenatal maternal anxiety and neonatal cortical morphology*. *Am J Psychiatry* 172: 163–172.

RADTKE KM, RUF M, GUNTER HM, DOHRMANN K, SCHAUER M, MEYER A et al. (2011). *Transgenerational impact of intimate partner violence on methylation in the promoter of the glucocorticoid receptor*. *Transl Psychiatry* 1: e21.

RAKOFF V. *A long term effect of the concentration camp experience*. *Viewpoints* 1966;1:17-22.

RAVELLI GP, STEIN ZA, SUSSER MW. *Obesity in young men after famine exposure in utero and early infancy*. *N Engl J Med* 1976;295:349-53.

REYNOLDS RM, JACOBSEN GH, DRAKE AJ. *What is the evidence in humans that DNA methylation changes link events in utero and later life disease?* *Clin Endocrinol* 2013;78:814-22.

REYNOLDS, S., LANE, S. J., & RICHARDS, L. (2010). *Using animal models of enriched environments to inform research on sensory integration intervention for the rehabilitation of neurodevelopmental disorders*. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 2, 120–132.

ROCCHI G., SERIO V., CARLUCCIO G.M., MARINI I., MEUTI V., ZACCAGNI M., GIACCHETTI N., ACETI F., *Early attachment relationships and epigenetic customization* 2024; IP 193.207.177.254.

RODGERS AB, MORGAN CP, BRONSON SL, REVELLO S, BALE TL (2013). *Paternal stress exposure alters sperm microRNA content and reprograms offspring HPA stress axis regulation*. *J Neurosci* 33: 9003–9012.

RODGERS, A. B., MORGAN, C. P., BRONSON, S. L., REVELLO, S., & BALE, T. L. (2013). *Paternal stress exposure alters sperm microRNA content and reprograms offspring HPA stress axis regulation*. *The Journal of Neuroscience*, 33, 9003–9012.

RODRIGUEZ, N., MARTINEZ-PINTEÑO, A., BLÁZQUEZ, A., ORTIZ, A. E., MORENO, E., GASSÓ, P., LAFUENTE, A., LAZARO, L., y MAS, S. (2021). *Integrative DNA Methylation and Gene Expression Analysis of Cognitive Behavioral Therapy Response in Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder; a Pilot Study*. *Pharmacogenomics and personalized medicine*, 14, 757–766. <https://doi.org/10.2147/PGPM.S313015>.

ROSEBOOM T, DE ROOIJ S, PAINTER R (2006). *The Dutch famine and its long-term consequences for adult health*. *Early Hum Dev* 82: 485–491.

ROSENHECK R, NATHAN P. *Secondary traumatization in children of Vietnam veterans*. *Hosp Community Psychiatry* 1985;36:538-9.

RUDENKO, A., & TSAI, L. H. (2014). *Epigenetic modifications in the nervous system and their impact upon cognitive impairments*. *Neuropharmacology*, 80, 70–82.

RUSCH BD, ABERCROMBIE HC, OAKES TR, SCHAEFER SM, DAVIDSON RJ (2001). *Hippocampal morphometry in depressed patients and control subjects: relations to anxiety symptoms*. *Biol Psychiatry* 50: 960–964.

SCHIELEA MIRIAM A., GOTTSCHALKA MICHAEL G., DOMSCHKEA KATHARINA, *The applied implications of epigenetics in anxiety, affective and stress related disorders - A review and synthesis on psychosocial stress, psychotherapy and prevention*, *Clinical Psychology Review* 77 (2020) 101830.

SELYE H. *The stress of life*. McGraw-Hill: New York, 1956.

- SERPELONI F, RADTKE K, DE ASSIS SG et al.** *Grandmaternal stress during pregnancy and DNA methylation of the third generation: an epigenome-wide association study.* *Transl Psychiatry* 2017;7:e1202.
- SHIN LM, RAUCH SL, PITMAN RK** (2006). *Amygdala, medial prefrontal cortex, and hippocampal function in PTSD.* *Ann N Y Acad Sci* 1071: 67–79.
- SOLOMON Z, KOTLER M, MIKULINCER M.** *Combat-related posttraumatic stress disorder among second-generation Holocaust survivors: preliminary findings.* *AmJ Psychiatry* 1998; 145:865-8.
- STAHL, S. M.** (2012). *Psychotherapy as an epigenetic 'drug': Psychiatric therapeutics target symptoms linked to malfunctioning brain circuits with psychotherapy as well as with drugs.* *Journal of Clinical Pharmacy and Therapeutics*, 37, 249–253.
- STAHN C, LOWENBERG M, HOMMES DW, BUTTGEREIT F** (2007). *Molecular mechanisms of glucocorticoid action and selective glucocorticoid receptor agonists.* *Mol Cell Endocrinol* 275: 71–78.
- STRATHOLT ML, DONALDSON EM, LILEY NR** (1997). *Stress induced elevation of plasma cortisol in adult female coho salmon (*Oncorhynchus kisutch*), is reflected in egg cortisol content, but does not appear to affect early development.* *Aquaculture* 158: 141–153.
- SUN, J., PATEL, F., ROSE-JACOBS, R., FRANK, D. A., BLACK, M. M., y CHILTON, M.** (2017). *Mothers' Adverse Childhood Experiences and Their Young Children's Development.* *American journal of preventive medicine*, 53(6), 882–891. <https://doi.org/10.1016/j.amepre.2017.07.015>.
- SZYF, M.** (2021). *Perinatal stress and epigenetics.* *Handbook of clinical neurology*, 180, 125–148. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-820107-7.00008-2>
- TOBI EW, SLIEKER RC, LUIJK R et al.** *DNA methylation as a mediator of the association between prenatal adversity and risk factors for metabolic disease in adulthood.* *Sci Adv* 2018;4.
- UNTERNAEHRER, E., BOLTEN, M., NAST, I., STAEHLI, S., MEYER, A. H., DEMPSTER, E., MEINLSCHMIDT, G.** (2016). *Avversità materne durante la gravidanza e nel sangue cordonale metilazione del DNA del recettore dell'ossitocina (OXTR).* *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 11, 1460-1470.
- UHER, R., PAVLOVA, B., RADUA, J., PROVENZANI, U., NAJAFI, S., FORTEA, L., ORTUÑO, M., NAZAROVA, A., PERROUD, N., PALANIYAPPAN, L., DOMSCHKE, K., CORTESE, S., ARNOLD, P. D., AUSTIN, J. C., VANYUKOV, M. M., WEISSMAN, M. M., YOUNG, A. H., HILLEGERS, M. H. J., DANESE, A., NORDENTOFT, M., MURRAY, R. M., & FUSAR-POLI, P.** (2023). *Transdiagnostic risk of mental disorders in offspring of affected parents: a meta-analysis of family high-risk and registry studies.* *World Psychiatry*, 22, 433-448.
- VAISERMAN, A. M., & KOLIADA, A. K.** (2017). *Early-life adversity and long-term neurobehavioral outcomes: epigenome as a bridge?.* *Human genomics*, 11(1), 34. <https://doi.org/10.1186/s40246-017-0129-z>.
- VAN DEN BERGH, B. R., MENNES, M., OOSTERLAAN, J., STEVENS, V., STIERS, P., MARCOEN, A., et al.** (2005). *High antenatal maternal anxiety is related to impulsivity during performance on cognitive tasks in 14- and 15-year-olds.* *Neurosci Biobehav Rev* 29: 259–269.
- VANDEN BERGH, B. R., VAN CALSTER, B., SMITS, T., VAN HUFFEL, S., LAGAE, L.** (2008). *Antenatal maternal anxiety is related to HPA-axis dysregulation and self-reported depressive symptoms in adolescence: a prospective study on the fetal origins of depressed mood.* *Neuropsychopharmacology* 33: 536–545.

- VAN IJZENDOORN, M. H., CASPERS, K., BAKERMANS-KRANENBURG, M. J., BEACH, S. R., & PHILIBERT, R.** (2010). *Methylation matters: Interaction between methylation density and serotonin transporter genotype predicts unresolved loss or trauma*. *Biological Psychiatry*, 68, 405–407.
- VAN PRAAG, H., KEMPERMANN, G., & GAGE, F. H.** (2000). *Neural consequences of environmental enrichment*. *Nature Reviews. Neuroscience*, 1, 191–198.
- WADHWA, P. D., SANDMAN, C. A., PORTO, M., DUNKEL-SCHETTER, C., GARITE, T. J.** (1993). *The association between prenatal stress and infant birth weight and gestational age at birth: a prospective investigation*. *Am J Obstet Gynecol* 169: 858–865.
- WATKINS, A. J., RUBINI, E., HOSIER, E. D., & MORGAN, H. L.** (2020). *Paternal programming of offspring health*. *Early human development*, 150, 105185. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105185>.
- WEAVER, I. C., CERVONI, N., CHAMPAGNE, F. A., et al.** (2004). *Epigenetic programming by maternal behavior*. *Nat Neurosci* 7: 847-54.
- WEAVER, I., CHAMPAGNE, F. A., BROWN, S., et al.** (2005). *Reversal of maternal programming of stress responses in adult offspring through methyl supplementation*. *J Neurosci* 25: 11045-54.
- WEAVER, I. C., CERVONI, N., CHAMPAGNE, F. A., D’ALESSIO, A. C., SHARMA, S., SECKL, J. R., DYMOV, S., SZYF, M., & MEANEY, M. J.** (2004). *Epigenetic programming by maternal behavior*. *Nature neuroscience*, 7(8), 847–854. <https://doi.org/10.1038/nn1276>.
- WEAVER, I. C., D’ALESSIO, A. C., BROWN, S. E., et al.** (2007). *The transcription factor nerve growth factor-inducible protein a mediates epigenetic programming: altering epigenetic marks by immediate-early genes*. *J Neurosci* 27: 1756-68.
- XIE, P., KRANZLER, H. R., POLING, J., STEIN, M. B., ANTON, R. F., FARER, L. A., et al.** (2011). *Interaction of FKBP5 with childhood adversity on risk for post traumatic stress disorder*. *Neuropsychopharmacology* 2010, 35, 1684-92 cit in Yehuda et al. (2013).
- YEHUDA, R.** (1999). *Biological factors associated with susceptibility to posttraumatic stress disorder*. *Can J Psychiatry* 44:34-9.
- YEHUDA, R.** (2002). *Post-traumatic stress disorder*. *N Engl J Med* 346: 108–114.
- YEHUDA, R., BIERER, L. M., SCHMEIDLER, J., AFERIAT, D. H., BRESLAU, I., DOLAN, S.** (2000). *Low cortisol and risk for PTSD in adult offspring of holocaust survivors*. *Am J Psychiatry* 157: 1252–1259.
- YEHUDA, R., & BIERER, L. M.** (2009). *The relevance of epigenetics to PTSD: implications for the DSM-V*. *J Trauma Stress* 22: 427–434.
- YEHUDA, R., ENGEL, S. M., BRAND, S. R., et al.** (2005). *Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy*. *J Clin Endocrinol Metab* 90:4115-8.
- YEHUDA, R., LEHRNER, A., & BIERER, L. M.** (2018). *The public reception of putative epigenetic mechanisms in the transgenerational effects of trauma*. *Environmental Epigenetics*, 4 dvy018.
- YEHUDA, R., & LEHRNER, A.** (2018). *Intergenerational transmission of trauma effects: putative role of epigenetic mechanisms*. *World Psychiatry*, 17, 243-257.
- YEHUDA, R., BELL, A., BIERER, L. M., SCHMEIDLER, J.** (2008). *Maternal, not paternal, PTSD is related to increased risk for PTSD in offspring of Holocaust survivors*. *J Psychiatr Res* 42: 1104–1111.

- YEHUDA, R., DASKALAKIS, N. P., BIERER, L. M., BADER, H. N., KLENGEL, T., HOLSBOER, F., et al.** (2015). *Holocaust exposure induced intergenerational effects on FKBP5 methylation*. *Biol Psychiatry* (e-pub ahead of print).
- YEHUDA, R., SCHMEIDLER, J., WAINBERG, M., et al.** (1998). *Vulnerability to posttraumatic stress disorder in adult offspring of Holocaust survivors*. *Am J Psychiatry* 155:1163-71.
- YEHUDA, R., ENGEL, S. M., BRAND, S. R., SECKL, J., MARCUS, S. M., BERKOWITZ, G. S.** (2005). *Transgenerational effects of posttraumatic stress disorder in babies of mothers exposed to the World Trade Center attacks during pregnancy*. *J Clin Endocrinol Metab* 90: 4115–4118.
- YEHUDA, R., LEHRNER, A., BIERER, L. M.** (2018). *The public reception of putative epigenetic mechanisms in the transgenerational effects of trauma*. Submitted for publication.
- YEHUDA, R., SCHMEIDLER, J., GILLER, E. L., et al.** (1998). *Relationship between posttraumatic stress disorder characteristics of Holocaust survivors and their adult offspring*. *Am J Psychiatry* 155:841-3.
- YEHUDA, R., TEICHER, M. H., SECKL, J. R., GROSSMAN, R. A., MORRIS, A., BIERER, L. M.** (2007). *Parental posttraumatic stress disorder as a vulnerability factor for low cortisol trait in offspring of holocaust survivors*. *Arch Gen Psychiatry* 64:1040–1048.
- YESHURUN, S., & HANNAN, A. J.** (2019). *Transgenerational epigenetic influences of paternal environmental exposures on brain function and predisposition to psychiatric disorders*. *Molecular Psychiatry*, 24, 536-548.
- YONKERS, K. A., SMITH, M. V., FORRAY, A., EPPERSON, C. N., COSTELLO, D., LIN, H., et al.** (2014). *Pregnant women with posttraumatic stress disorder and risk of preterm birth*. *JAMA Psychiatry* 71: 897–904.
- YOUSSEF, N. A., LOCKWOOD, L., SU, S., HAO, G., & RUTTEN, B. P. F.** (2018). *The effects of trauma, with or without PTSD, on the transgenerational DNA methylation alterations in human offsprings*. *Brain Sciences*, 8.
- ZIEGLER, C., RICHTER, J., MAHR, M., GAJEWSKA, A., SCHIELE, M. A., GEHRMANN, A., SCHMIDT, B., LESCH, K. P., LANG, T., HELBIG-LANG, S., PAULI, P., KIRCHER, T., REIF, A., REIF, W., VOSSBECK-ELSEBUSCH, A. N., AROLT, V., WITTCHEM, H. U., HAMM, A. O., DECKERT, J., & DOMSCHKE, K.** (2016). *MAOA gene hypomethylation in panic disorder reversibility of an epigenetic risk pattern by psychotherapy*. *Translational Psychiatry* 2016, 6 e 773.

Neuroplasticità e Resilienza: il ruolo delle relazioni significative

> Maddalena Micheli

L'intento di questo articolo è di mettere in luce come le relazioni sociali significative, con particolare riguardo alle relazioni primarie e a quella terapeutica, influiscono sulla salute umana in termini di neuroplasticità e resilienza. Grazie agli studi sull'epigenetica, sappiamo che i meccanismi che regolano i processi della neurogenesi e della plasticità cerebrale sono, in larga misura, reversibili ed ereditabili e questo ci pone di fronte a nuove domande riguardo alle varie possibilità di intervento clinico, chiamato ad andare verso strategie di salute pubblica che concorrono ad un adattamento a lungo termine. Ho posto in rilievo l'esigenza di abbracciare una visione olistica dell'uomo, per favorire la resilienza, qui proposta non solo come capacità di adattamento ma anche di 'rinascita', e perché maggiormente rispettosa della complessità e delle connessioni esistenti tra i vari campi d'indagine che oggi si occupano delle scienze della vita. Ho, infine, proposto il modello gestaltico analitico come forma di psicoterapia con tutte le carte in regola per essere considerata un 'farmaco epigenetico'.

Neuroplasticity and Resilience – The Role of Significant Relationships

The purpose of this article is to highlight how significant social relationships, with particular attention to primary bonds and the therapeutic relationship, influence human health in terms of neuroplasticity and resilience. Thanks to epigenetic studies, we know that the mechanisms regulating neurogenesis and brain plasticity are, to a large extent, reversible and inheritable, which raises new questions regarding the various possibilities for clinical intervention. These interventions are increasingly called upon to align with public health strategies that foster long-term adaptation. I have emphasized the need to embrace a holistic vision of the human being, in order to promote resilience—here understood not only as adaptive capacity but also as “rebirth”—and one that respects the complexity and interconnectedness of the

diverse fields of inquiry currently engaged with the life sciences. Finally, I propose the Analytical Gestalt model as a psychotherapeutic form fully entitled to be regarded as an “epigenetic medicine.”

«Vivo la vita in cerchi che si moltiplicano
e sopra le cose si tendono.
Non potrò forse completare l'ultimo,
ma voglio tentare.
Ruoto attorno a Dio, torre antichissima,
ruoto da millenni;
e non so ancora se falco, bufera
o un lungo canto sono»
(Rainer Maria Rilke, 1905).

Nel modello scientifico tradizionale, il cervello umano è considerato un tessuto perenne che nel corso dello sviluppo raggiunge un apice di maturazione e mantiene i rapporti tra le parti che lo compongono in modo irreversibile.

In verità, numerosi studi hanno dimostrato che l'assetto anatomico è variabile per la presenza di almeno tre fenomeni:

- si possono modificare in maniera reversibile i rapporti tra cellule per rispondere a stimoli diversi (plasticità);
- si possono formare nuove connessioni che modificano la mappa cerebrale di un'area (plasticità);
- si possono formare nuove cellule: neuroni e cellule gliali; fenomeno noto come neurogenesi che segna la fine del dogma centenario sulla fissità del sistema nervoso (Bottaccioli, 2014).

Già nel 1936, il “padre dello stress”, Hans Selye pubblicò un articolo nel quale dimostrò che indipendentemente dal tipo di sostanza somministrata (batterio o tossina), o di procedura nociva applicata (eccesso di caldo o di freddo), i topolini reagivano producendo in eccesso lo stesso ormone, il cortisolo. In particolare, osservò l'attivarsi di un asse vitale e identificò tre fasi della risposta che chiamò “sindrome generale di adattamento” (fase di allarme, resistenza, esaurimento)¹.

¹ Selye (1936) osservò una sindrome tipica, i cui sintomi erano indipendenti dalla natura dell'agente lesivo e rappresentavano piuttosto una risposta al danno in quanto tale. Definì tale quadro clinico come “Sindrome generale di adattamento” (GAS, *General Adaptation Syndrome*) identificabile in tre fasi di risposta: la prima fase “di allarme”, caratterizzata dall'attivazione dell'asse ipofisi-corticosurrene e midollare e conseguente produzione di adrenalina e noradrenalina, una riduzione del timo e dei linfonodi e dalla comparsa di ulcere gastriche; la seconda fase “di resistenza”, in cui, al persistere dello stimolo stressogeno, si osserva una sovrapproduzione di cortisolo che ha come conseguenza uno squilibrio del sistema immunitario, l'ingrossamento delle surrenali, della tiroide e l'atrofia delle gonadi; la terza fase “di esaurimento”, in cui si assiste all'esaurimento della ghiandola surrenale e alla morte da esperimento dell'animale che non essendo più protetto dal cortisolo, muore per ulcerazioni della mucosa gastrica (Bottaccioli, 2022).

Seyle comprese di essere di fronte all'attivazione di una risposta biologica fondamentale e aspecifica, cioè indipendente dal tipo di *stressor* e concluse che lo stress era un adattamento dell'organismo al cambiamento della sua omeostasi interna.

Questo studio pionieristico dimostrò quindi che si possono modificare, in maniera reversibile, i rapporti tra le cellule per rispondere a stimoli diversi. E ancora, decenni dopo, nel 1995, si svolse il primo studio sugli umani dimostrando che la ripetizione, per quattro settimane, di un esercizio di movimento rapido delle dita, causava un allargamento dell'area corticale motoria primaria e tale effetto persisteva per mesi, fin quando l'esercizio poteva essere richiamato alla mente. Si concluse che l'esercizio ripetuto aveva creato nuovi circuiti stabili (Bottaccioli, 2014).

Successivamente, altri autori confermarono il fenomeno della neurogenesi, dimostrando che si possono formare nell'ippocampo, area deputata alla memorizzazione, nuove cellule: neuroni e cellule gliali. Nel 2011, Woollett e Maguire, ebbero l'occasione di studiare adulti con un QI medio che operavano nel mondo reale mentre imparavano, nell'arco di quattro anni, la complessa disposizione delle strade di Londra durante la formazione per diventare tassisti autorizzati. I ricercatori osservarono che nei partecipanti qualificati, l'acquisizione di una rappresentazione spaziale interna di Londra era associata ad un aumento selettivo del volume di materia grigia nell'ippocampo posteriore e a concomitanti cambiamenti nel profilo mnemonico.

È altresì interessante notare che nei partecipanti che non riuscirono a qualificarsi, interrompendo la formazione, non furono osservate alterazioni del cervello. Gli autori ne conclusero di aver dimostrato che nel cervello umano esiste una capacità di miglioramento della memoria e di correlati cambiamenti strutturali che si verificano fino all'età adulta. Similmente, nel 2003, Gaser e Schlaug riscontrarono che il cervello di pianisti professionisti era maggiormente sviluppato nelle regioni cerebrali motorie, uditive e visuo-spaziali rispetto al gruppo di controllo composto da musicisti amatoriali e non musicisti.

La dimensione psichica e sociale cambia il cervello che è il grande adattatore all'interno della rete dell'organismo e la via molecolare che gli eventi esterni e interni seguono per modulare il cervello è di tipo epigenetico² (Bottaccioli, 2014).

Oggi abbiamo a disposizione una grande mole di studi sulla neuroplasticità che continuano a proliferare e forniscono costantemente prove che praticare con regolarità un'attività che impegna il cervello, come musica, golf, scacchi, ma anche meditazione o il fronteggiare un esame scolastico particolarmente difficile o svolgere una professione culturalmente impegnativa, modifica le aree cerebrali e cambia il volume totale della materia grigia (May, 2011; Carosella, Bottaccioli, 2012).

² L'Epigenetica è lo studio dei cambiamenti nell'espressione genica che non sono causati da mutazioni genetiche e che possono essere ereditabili (Bottaccioli, 2014).

Considerando il fenomeno della reversibilità dei meccanismi epigenetici che sottendono alla condizione della plasticità cerebrale, sappiamo anche che lo stesso accade nel cervello di chi vive una condizione sociale di esclusione e di povertà, solo che qui si assiste ad una riduzione della superficie delle cortecce parietali e dell'area di Wernicke e ad una infiammazione sistemica (Gianaros, 2013; Krishnadas, 2013).

NEUROPLASTICITÀ E STRESS

Lo stress, inteso come fattore ambientale negativo, produce un intreccio di modificazioni biologiche, emozionali e cognitive, coinvolgendo la persona nella sua interezza: psiche, cervello e l'insieme della fisiologia umana. Le regioni cerebrali direttamente coinvolte nella gestione della risposta di stress sono aree che svolgono un ruolo cruciale nelle funzioni cognitive (corteccia laterale prefrontale), di memoria (ippocampo), emotive (corteccia mediale prefrontale, corteccia orbito frontale, amigdala), di piacere (area ventrale del tegmento, nucleo accumbens), di attivazione fisiologica (simpatico surrenalico e simpatico neurale) (Bottaccioli, 2014).

Lo stress cronico ha un'azione bloccante sulla neurogenesi ippocampale, tuttavia, mentre l'ippocampo e le cortecce prefrontali si atrofizzano, l'amigdala subisce un incremento dell'arborizzazione dendritica e delle connessioni sinaptiche, diventando ipertrofica. Lo stress acuto, invece, quando non è di natura traumatica, causa anch'esso modificazioni cerebrali, ma transitorie e reversibili (Bottaccioli, 2014). Proprio come intuito decenni prima da Seyle, sul breve periodo, i meccanismi fisiologici attivati dalla risposta allo stress proteggono l'individuo, ma diventano dannosi e accelerano il decorso delle malattie, sul lungo periodo.

Oggi sappiamo che il carico allostatico da stress (McEwen, 1998) è alterabile sia da fattori fisiologici, come l'avvento di una malattia, sia da fattori psicologici e sociali, come le esperienze traumatiche, l'ansia, e l'isolamento sociale. Nello specifico, nel 2015, Cole e il suo gruppo di ricerca hanno documentato che il sistema immunitario di persone che vivono o che si sentono sole è epigeneticamente modificato in senso infiammatorio e tale squilibrio le espone a gravi forme di malattie infettive e tumori, assumendo carattere di stabilità.

In sintesi, come dimostrò Seyle, la reazione da stress è indipendente dalla natura dello stimolo ed è ormai innegabile che «effettivamente quello che la vita scrive nella psiche di ognuno di noi non solo influenza gli stati d'animo, le funzioni cognitive e i comportamenti, ma anche i sistemi biologici e la salute in generale. E viceversa: quello che accade nei sistemi biologici ha effetti non solo sulla salute fisica ma anche in quella psichica» (Bottaccioli e Bottaccioli, 2023, p. 64).

NEUROPLASTICITÀ E EPIGENETICA

Grazie agli studi sull'Epigenetica, dagli anni '40 in poi, la visione riduzionista e meccanicista sulle scienze della vita, ha lasciato il posto ad una possibilità di dialogo reciproco tra i vari sistemi che sostanziano l'organismo. Nel paradigma epigenetico la vita retroagisce sulle condizioni che l'hanno prodotta e che continuamente la rinnovano. Tali meccanismi di modulazione epigenetica che regolano la neuroplasticità sono, in larga parte, reversibili ed ereditabili e possono guidarci verso una maggior comprensione e promozione di quei fattori di benessere che facilitano l'adattamento psicologico e biologico. Diventa imprescindibile munirsi di nuove lenti, capaci di cogliere le relazioni tra le parti e i processi ivi compresi, approcci dotati di uno sguardo sistemico come l'epigenetica e la PNEI³. Come ci ricordano padre e figlia Bottaccioli, l'unione tra medicina e psicologia è inevitabile e naturale perché «sono le scienze ad essere separate, non la realtà» (Bottaccioli e Bottaccioli, 2023).

Arrivati fin qui è chiaro che vivere un lutto, una condizione di ineguaglianza sociale o patire la fame non sono la stessa esperienza e ciascuno avrà il proprio vissuto e una percezione mentale e affettiva soggettiva, tuttavia, sappiamo anche che tutti e tre questi *stressor* attiveranno la reazione di stress (Bottaccioli, 2014). Nella visione di Seyle, la malattia è il frutto di un cattivo adattamento, e quest'ultimo non è semplicemente un deficit di risposta, può essere invece la conseguenza di un eccesso di risposta, come un eccesso di cortisolo, causato da stress cronico. Ovviamente, non è possibile eliminare lo stress, sarebbe come eliminare la vita stessa, ma si può intervenire sulla regolazione di esso. Per gestire lo stress, lo stesso Seyle, spiegò di non possedere una formula di successo uguale per tutti, tuttavia indicò nella vita in armonia con le leggi della natura, rispettando i propri tempi, una via possibile.

RESILIENZA E RINASCITA

Quando parliamo di adattamento alle sfide della vita, chiamiamo in causa uno dei concetti chiave della psicologia e della pratica clinica, la resilienza. Il termine, prestatato dalla fisica meccanica, indica la capacità di un corpo di tornare alla forma originaria dopo un urto, quindi, un materiale resiliente è anche flessibile, non si spezza. Etimologicamente, resilienza viene dal latino '*resilire*', rimbalzare, ciò pone in risalto la sua peculiarità che è la flessibilità. In psicologia, intendiamo la capacità di fronteggiare le sfide, attutire gli urti della vita e alla luce di quanto detto finora, di adattarsi allo stress riuscendo a modulare la propria personale risposta.

³ La Psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI) è la disciplina che studia le relazioni bidirezionali tra psiche e sistemi biologici, nello specifico, il modo in cui la psiche è in grado di modificare l'attività e l'assetto dei sistemi biologici (il nervoso, l'endocrino, l'immunitario, i sistemi metabolici) e viceversa, come questi, a loro volta, sono in grado di modificare l'attività e l'assetto della psiche (Bottaccioli, 2014).

Parafrasando il pensiero di Seyle, promuovere la resilienza nell'essere umano, non vuol dire avventurarsi in una guerra contro le proprie vulnerabilità, piuttosto, ha a che fare con la conoscenza di sé e la possibilità di avviare un processo di trasformazione di quelle rigidità che ostacolano quel naturale processo di adattamento che oggi grazie agli sviluppi delle neuroscienze conosciamo come neuroplasticità.

In effetti, se rimaniamo troppo ancorati al concetto stesso di resilienza, è naturale provare un certo fastidio se pensiamo che 'ritornare alla forma originaria dopo un urto', non è soltanto lontano dalla realtà umana ma anche non auspicabile in termini psicologici; quante volte abbiamo sentito all'interno dei nostri studi pazienti chiederci «mi aiuti a dimenticare» oppure «voglio tornare indietro a quando ero felice»; tuttavia, il nostro compito terapeutico non è quello di promuovere la rimozione, piuttosto siamo chiamati a favorire l'integrazione di quelle esperienze dolorose in una cornice di senso all'interno della storia di vita del paziente. Promuovere la resilienza vuol dire avviare un processo di trasformazione che, come poeticamente raccontato da Montanari nel 2011, non può prevedere in modo quasi magico il ritorno alla condizione antecedente all'evento che ha alterato un determinato equilibrio.

Sono molteplici le ricerche che, invertendo un po' la rotta rispetto al passato, oggi indagano come sia possibile promuovere benessere e resilienza. Un'interessante ricerca, condotta nel 2009 dal gruppo di Belsky, suggerisce di riconsiderare i siti genetici di vulnerabilità come geni di plasticità (locus DRDA), essi renderebbero sì l'individuo più suscettibile al danno in un ambiente avverso, ma allo stesso tempo, più abile a trarre vantaggio da un ambiente favorevole. A sostegno di questa tesi, nel 2013, Holmes spiega che i figli di madri depresse, proprio a causa della scarsità delle cure materne e per istinto di autoconservazione, sono iper-reattivi a qualunque tipo di accadimento sia disponibile.

Lo scienziato giapponese Kimata (2006, 2007), studiando le influenze delle emozioni positive sul sistema immunitario, ha scoperto che vedere un film comico, fare l'amore, baciarsi e accarezzarsi fa diminuire nelle persone allergiche le IgE. Nello specifico, non soltanto le madri (con o senza dermatite atopica), che avevano goduto di un film di Charlie Chaplin mentre allattavano, avevano aumentato i livelli di melatonina durante la notte, ma anche i loro bambini di 5/6 mesi (tutti affetti da dermatite atopica), beneficiando di tale ormone nel latte, avevano una minore reattività cutanea alla stimolazione antigenica. Come afferma la Francescato nel suo libro del 2002, '*ridere è una cosa seria*' e il ridere insieme è un fattore fondamentale nel promuovere relazioni affettive soddisfacenti.

UN RICORDO DAL NASO ROSSO

Nel 2010 ebbi la fortuna di partecipare, presso l'Associazione Andrea Tudisco di Roma, ad un progetto di formazione per operatori di clown di corsia nei contesti ospedalieri. Toccai con

mano il valore prezioso della presenza dei clown dottori all'interno dei reparti pediatrici, vidi come la possibilità di rompere uno schema di prevedibilità fatto di terapie, visite e ambienti monocromatici, con i colori, l'ironia e il gioco, ha il potere di trasformare il clima emotivo, non solo dei bambini e dei loro genitori, ma anche dei medici e degli infermieri. Non sempre gli interventi erano accompagnati da risate fragorose e gioco attivo, talvolta, non era il caso nemmeno di parlare e allora, il suono dolce dell'armonica e un delicato massaggio diventavano i veicoli rispettosi per invitare a concedersi un momento di rilassamento o di semplice distrazione. Una volta, accompagnammo un bambino di cinque anni e sua madre fino alla porta d'ingresso della sala operatoria; mentre gli infermieri spingevano il letto per i piani dell'ospedale, tra corridoi e ascensori, su quel letto si inscenò una sorta di viaggio epico; il bambino, l'eroe, si divertiva a darle di santa ragione al clown dottore che soccombeva sotto la spada di palloncino del bambino, restituendogli forza e centralità, di cui spesso si è privati quando si vive il ruolo di paziente e malato. Il viaggio finì con una stretta di mano davanti alla porta della sala operatoria e un allentamento generale della tensione iniziale; ricordo che il medico disse che avrebbe potuto fare una quantità inferiore di anestesia proprio grazie all'efficacia distensiva dell'intervento.

Questi ricordi hanno contribuito in modo rilevante alla formazione di quel bagaglio vitale che oggi fonda il mio 'luogo sicuro' di fronte alle sfide della vita.

In conclusione, sono d'accordo con Montanari quando dice che la resilienza da sola non basta ma è necessario rinascere (Montanari, 2011).

...la rinascita connota la capacità di agire un cambiamento... che si rivela in grado di liberare forze e potenzialità d'essere precedentemente inesprese, perché imprigionate in visioni del mondo e stili di vita che ne inibivano l'emersione... Laddove la prima [la resilienza] rischia di essere in odore di rimozione (non ci avete fatto niente, andrà tutto bene, tornerà tutto come prima) la seconda, rinascere a questa vita ma in forma nuova, fa leva sulla capacità di rielaborare l'esperienza che abbiamo attraversato grazie a un sapere dell'anima che, interrogandosi sul senso di ciò che ha vissuto, non si limita a promuovere un semplice cambiamento di mentalità, ma favorisce una vera e propria trasformazione del proprio modo di organizzare e decodificare l'esperienza esistenziale. Nuove possibilità di significato vengono così prodotte assieme a un diverso modo di sentire e di stare al mondo, maggiormente autentico e individuato (seconda di copertina, Montanari, 2011).

IL RUOLO DELLE RELAZIONI SIGNIFICATIVE

Nella neurobiologia interpersonale si sostiene che le relazioni che caratterizzano i nostri primi anni di vita abbiano un ruolo fondamentale nel plasmare proprio quelle strutture neurali che ci permettono di creare rappresentazioni dell'esperienza e di avere una visione coerente del mondo; le esperienze interpersonali influenzerebbero direttamente le modalità con cui costruiamo la realtà a livello mentale. Inoltre, l'attribuzione di significati e le relazioni interpersonali sembrano essere mediati dalle stesse reti neurali che sono responsabili anche della genesi dei processi

emozionali; sono le emozioni stesse, dunque, a svolgere quella funzione integrativa tra mondo interno e interpersonale (Siegel, 2001).

Nel corso dei primi anni di vita, il bambino inizia ad organizzare la sua esperienza affettiva in termini di ‘modelli operativi interni’ (MOI), cioè di rappresentazioni mentali di sé e dell’altro; un insieme di regole cosce e inconscie per organizzare le informazioni rilevanti per l’attaccamento che dirigono non solo il comportamento e le emozioni, ma anche l’attenzione, la memoria e i processi cognitivi (Bowlby, 1973; Ammaniti, 2001). Questi schemi, nel corso dello sviluppo si consolidano diventando interni, impliciti e predittivi del comportamento delle figure significative, di sé e dell’interazione stessa. Il bambino interiorizza la natura della relazione di attaccamento con il genitore in un modello operativo di attaccamento e se a questo modello corrisponde un senso di sicurezza, il bambino sarà in grado di esplorare il mondo, di maturare e di separarsi dal genitore in maniera ‘sana’; al contrario, se la relazione di attaccamento è insicura, non avrà a disposizione lo schema mentale di una base sicura e ne sarà compromesso lo sviluppo delle capacità di gioco, esplorazione e di interazione sociale (Bowlby, 1988b).

In una direzione di conferma delle teorie relazionali a livello neuroscientifico, Schore (1996, 2000) localizza nell’emisfero destro il sistema che regola il comportamento di attaccamento, riformulando la teoria dell’attaccamento come una teoria della regolazione, in quanto considera l’attaccamento come una regolazione interattiva e diadica dell’emozione.

Secondo Stern (1985), l’intersoggettività precede la soggettività e ne costituisce la condizione necessaria. Nello specifico, madre e bambino partecipano attivamente ad una danza interattiva il cui linguaggio è squisitamente non verbale, fatto di vocalizzazioni, posizioni del viso, espressioni e sguardi. Per Stern, nel campo relazionale, adulto e bambino fanno esperienza di una sintonizzazione affettiva che fornisce ad entrambi il senso di comprendersi vicendevolmente e che sostiene, nel bambino, l’organizzazione dell’esperienza del ‘Sé che sta con un altro’, un vero e proprio prototipo fatto di ricordi che andranno a costituire quelle che Stern ha definito come le RIG⁴ (rappresentazioni di un’interazione generalizzata) (Tambelli, 2012).

Lo studio in chiave epigenetica della psicopatologia dell’attaccamento ci offre la possibilità di integrare fenomeni psichici e substrati neurobiologici dei processi mentali. Ritenendo le ristrutturazioni dei MOI come forme di apprendimento relazionale, possiamo ipotizzare che una relazione fortemente significativa favorisca l’apprendimento condizionato di un nuovo stile emotivo, cognitivo e comportamentale. Riassumendo, se lo stile relazionale all’interno di

⁴ La RIG o rappresentazione di un’interazione generalizzata è costituita dalle esperienze infantili di interazione con la madre; tali unità d’interazione possono essere concepite come ordinate in una gerarchia, dove, nella progressione dello sviluppo, ogni unità successiva ingloba le precedenti, si forma così il ricordo di un episodio specifico e molti ricordi di episodi specifici formano un prototipo, ossia una rappresentazione di un momento generalizzato che non equivale alla somma di molti ricordi specifici, ma implica un certo grado di astrazione. Si costituisce così nella mente una RIG e più RIG formano una rete di esperienze che danno il via al senso di essere con un altro regolatore del Sé (Tambelli, 2012).

una situazione cambia, la costanza del nuovo stimolo avvierà la formazione di un nuovo MOI (Rocchi et al, 2015).

Dopo anni di ricerche sul trauma e sui vari interventi di trattamento possibili, oggi sappiamo che per fronteggiare un'esperienza traumatica, non basta un intervento semplicisticamente riparativo, ma abbiamo bisogno di promuovere un adattamento a lungo termine.

La resilienza si può allenare, proprio in virtù del fatto che ciò che è vulnerabile e plastico è anche flessibile. Essere resilienti vuol dire partecipare efficacemente ad un processo attivo e adattivo il quale è in parte modellato da fattori genetici ed epigenetici. Riattivare la plasticità significa promuovere nuove connessioni al fine di modificare la mappa cerebrale di un'area.

In una visione olistica, le scienze della vita che oggi si prefiggono di 'aver cura' dello stato di salute dell'essere umano, devono essere rispettose delle connessioni che intercorrono tra i vari sistemi e al loro interno; per tale scopo sono necessarie nuove lenti, di cui è fornita ad esempio una prospettiva sistemica e bio-psico-sociale come è propria della scienza PNEI; occorrerà tempo e flessibilità anche per facilitare tali cambiamenti epistemologici, ma credo fermamente che intervenire, avendo in mente l'intero ciclo di vita della persona nel suo ambiente, sia un dovere di sanità pubblica (Merrill et al., 2025).

Le relazioni sociali significative influiscono sulla salute umana avendo un ruolo fondamentale nel modulare la plasticità cerebrale e la resilienza allo stress.

IL RUOLO DELLA PSICOTERAPIA COME FATTORE EPIGENETICO DI SALUTE E BENESSERE

Come suggerito dal gruppo di Rocchi nel 2015, una relazione significativa, quale quella terapeutica, può essere considerata come fattore in grado di intervenire con la sua rilevanza affettiva, attraverso processi epigenetici, sui sistemi regolatori e meta-regolatori inducendo un cambiamento duraturo nelle modalità emotive e affettive dell'individuo. Paradossalmente, potrebbe verificarsi una favorevole associazione tra vulnerabilità/reattività e risposta alla psicoterapia.

Secondo Stahl (2011) la relazione terapeutica funzionerebbe allo stesso modo di un farmaco nel contenimento dei sintomi collegati a disturbi psicopatologici e andrebbe intesa come probing neurobiologico in grado di indurre cambiamenti epigenetici nei circuiti cerebrali.

Riprendendo quanto sostenuto da Schore sulla teoria dell'attaccamento come teoria della regolazione interattiva e diadica dell'emozione, possiamo ipotizzare che, se all'interno di una relazione altamente significativa, quale quella terapeutica, si viene a determinare una relazione di simil-attaccamento, l'attivazione dei circuiti cerebrali destri indurrà una serie di modificazioni stabili

nella regolazione dell'affettività e dell'espressione emotiva. È interessante notare, ai fini del lavoro terapeutico, che l'emisfero destro è maggiormente coinvolto all'interno di una comunicazione emotiva e gestuale spontanea rispetto a quella propriamente verbale (Pally, 2000).

Nella Gestalt Analitica il corpo del terapeuta e del paziente coabitano nel campo analitico ed è compito del terapeuta saper ascoltare sia quei messaggi che si sollevano dal proprio sfondo interno, sia quelli propri del paziente e del campo tutto. Questa duplice attenzione nell'hic et nunc della terapia consente di non trascurare quel livello implicito che è di per sé pre-verbale, corporeo e fatto di emozioni che, come abbiamo visto prima, sono il cuore del processo vitale e relazionale.

L'emozione, dal punto di vista gestaltico, si rivela essere una funzione del campo organismo-ambiente e spesso uno dei compiti della psicoterapia è proprio quello di ricomporre il legame tra emozione e oggetto. Secondo Stern, l'intersoggettività precede la soggettività e ne costituisce la condizione necessaria in quanto sistema motivazionale fondamentale e nella relazione è la forma non verbale a contenere il senso degli eventi (Stern, 2005). Stern sostiene la necessità di un linguaggio che non esiste, al di fuori della poesia, immerso in dinamiche temporali e questo indica non solo che la poesia può fare da paradigma per comprendere la psicoterapia, ma anche che la psicoterapia è essa stessa poesia (Tambelli, 2012).

In questa ottica, il linguaggio verbale, la parola deve essere sempre funzione e dare ordine all'emotività e l'interpretazione può essere efficace solo quando l'interesse del paziente è centrato in quel dato momento perché solo in quella condizione può essere pronto a raccoglierla. Nella psicoterapia gestalt analitica il contatto visivo ha un ruolo e un valore fondamentali; nello sguardo con l'altro, scopro l'«Io che non è me», laddove l'altro è un altro centro del mondo, un altro universo; lo sguardo è il motore potente verso la dialettica del contatto, infatti è in esso che ci scopriamo soggetti con un limite (Donadio, Carta, 1987). Lo stesso Stern esortava il terapeuta a non dimenticare mai che esiste una differenza profonda tra significato (nel senso di comprendere qualcosa in modo da poterlo spiegare) ed esperienza profonda (Stern, 2005).

Il nostro modello gestaltico analitico pone al centro la relazione e la creatività del terapeuta.

Essere con il paziente vuol dire attingere continuamente dentro se stessi e nel campo relazionale. Rendersi disponibili a tale processo vitale presuppone l'aver ripercorso la propria storia personale e familiare in una relazione analitica e in essa aver conosciuto le proprie ferite e vulnerabilità, come anche le proprie risorse. Per Jung il fine ultimo dell'analisi è l'individuazione, ossia realizzare l'essenza che incarniamo; quando le avversità sono soverchianti, la ferita che si crea è così profonda che perdiamo fiducia e capacità di orientarci, in termini gestaltici, si interrompe il sano flusso dell'esperienza.

Nella psicoterapia gestalt analitica, si favorisce l'integrazione delle parti frammentate dal trauma, attraverso una tessitura di senso di quelle immagini che emergono spontaneamente nel campo analitico.

L'immagine, come proposto da Bateson nel 1984 e documentato da Damasio nel 2010, costituisce il linguaggio cerebrale, in quanto informazione sintetica capace di attivare in modo peculiare i circuiti che collegano il sistema limbico (amigdala, ippocampo, ipotalamo, i talami e alcune aree del tronco encefalico) con le aree corticali elaborative ed esecutive.

In un'ottica gestalt analitica, riattivare la resilienza nel paziente, vuol dire favorire l'incontro con le proprie immagini interiori e oniriche per 'ri-trovare se stessi', 'ri-nascere a se stessi'.

CONCLUDENDO

L'intento era quello di mettere in luce come le relazioni sociali significative, con particolare riguardo alle relazioni primarie e a quella terapeutica, influiscono sulla salute umana in termini di neuroplasticità e resilienza.

Dagli anni '40, con la nascita dell'epigenetica, abbiamo assistito ad un crescente interesse verso quei meccanismi di modulazione epigenetica che regolano la neuroplasticità. Abbiamo visto che tali meccanismi sono, in larga parte, reversibili ed ereditabili e possono guidarci verso una maggior comprensione e promozione di quei fattori di benessere che facilitano l'adattamento psicologico e biologico. Questo innovativo sguardo d'insieme delle scienze della vita sullo sviluppo, offre una visione del funzionamento umano in termini di complessità e comunicazione a rete tra i vari fattori biopsicosociali.

In questa connessione di connessioni è utile approfondire il ruolo delle relazioni significative nel modulare la plasticità cerebrale e la resilienza allo stress. Essere resilienti vuol dire partecipare efficacemente ad un processo attivo e adattivo il quale è in parte modellato da fattori genetici ed epigenetici. Il patrimonio genetico non è più sinonimo di destino e l'intervento clinico dovrebbe lasciarsi alle spalle azioni semplicisticamente riparative per andare verso strategie di salute pubblica che concorrono ad un adattamento a lungo termine.

Il terapeuta in generale, e quello gestaltico analitico in particolar modo, deve essere portatore di una visione olistica della persona, per restituire profondità e complessità al processo analitico del paziente. Ponendo al centro la relazione e il linguaggio emotivo, la psicoterapia gestalt analitica diviene capace di cogliere la sfida dell'uomo moderno che si trova ad essere:

- iperconnesso e paradossalmente non è mai stato così isolato dall'altro e se crediamo che la nostra sia una mente relazionale, anche da se stesso;
- colmo di qualsiasi confort da non conoscere più i propri desideri.

Ritengo che la psicoterapia gestalt analitica, così scarna di tecniche e altresì ricca di senso e vitalità, possa raccogliere questa sfida che mi pare di scorgere in questo momento storico. La terapia gestalt analitica, come mito moderno del percorso umano, si propone come quello spazio simbolico in cui si attua quel viaggio dell'Io verso il Sé che consiste nel processo dell'individuazione ed è all'interno di questa cornice di senso che la psicoterapia gestalt analitica acquisisce quel valore trasformativo che in termini neurobiologici possiamo definire 'fattore epigenetico'.

BIBLIOGRAFIA

AMMANITI MASSIMO. *Manuale di psicopatologia dell'infanzia.* Milano, Raffaello Cortina Editore 2001.

BELSKY J, JONASSAINT C, PLUESS M, STANTON M, BRUMMETT B, WILLIAMS R. *Vulnerability genes or plasticity genes?* Mol Psychiatry 2009; 14: 746-54.

BOTTACCIOLI FRANCESCO. *Epigenetica e Psiconeuroendocrinoimmunologia. Le due facce della Rivoluzione in corso nelle scienze della vita.* Milano, Edra S.p.A. 2014.

BOTTACCIOLI F. *Fondamenti di Psiconeuroendocrinoimmunologia.* Milano, Red Edizioni 2005.

BOTTACCIOLI ANNA GIULIA, BOTTACCIOLI F. *Gli stati psichici si traducono in molecole biologiche: le conseguenze per la medicina e la psicologia*, «Pinelatioamericana», 2023, pp. 54-77.

BOWLBY, J. (1973). *Attachment and Loss*, vol. 2: *Attachment. Separation: Anxiety and Anger.* New York: Basic Books (Tr. it. Attaccamento e perdita, vol. 2: La separazione dalla madre. Torino; Bollati Boringhieri, 1975).

BOWLBY, J. (1988b). *Attachment and Loss: Retrospect and prospect.* In *American Journal of Orthopsychiatry*, 52, 4, pp. 664-678.

CAMERON H.A., GOULD E. *Adult neurogenesis is regulated by adrenal steroids in the dentate gyrus.* Neuroscience 1994 61(2): 203-9.

CAROSELLA A., BOTTACCIOLI F. *Meditazione psiche e cervello*, II ed., Milano, Tecniche Nuove 2012.

COLE S. *Human Social Genomics.* PloS Genetics. 2014.

DONADIO GIUSEPPE, CARTA STEFANO. *La Gestalt Analitica. Una via per l'individuazione.* Roma, Edizioni Luigi Pozzi 1987.

FRANCESCATO DONATA. *Ridere è una cosa seria.* Milano, Mondadori 2003.

GASER C., SCHLAUG G. *Brain structures differ between musicians and non-musicians.* J Neurosci. 2003 Oct 8;23(27):9240-5.

GIANAROS P.J. et al. *Inflammatory pathways link socioeconomic inequalities to white matter architecture.* Cerebral Cortex 2013 23:2058-71.

JUNG, C.G. *Tipi psicologici.* Opere 6. Torino, Bollati Boringhieri 1969.

KIMATA H. *Kissing selectively decrease allergen-specific IgE production in atopic patients.* J Psychosom Res 2006 60(5): 545-7.

KIMATA H. *Laughter elevates the levels of breast-milk melatonin.* J Psychosom Res 2007 62:699-702.

- KEMPERMANN G.** *Adult Neurogenesis*, II ed., Oxford, Oxford University Press 2011.
- KRISHNADAS R. et al.** *Socioeconomic deprivation and cortical morphology: psychological, social and biological determinants of ill health study*. *Psychosomatic Medicine* 2013 75:616-623.
- MAY A.** *Experience-dependent structural plasticity in the adult human brain*. *Trends Cognitive Neurosciences* 2011 15:475-482.
- MONTANARI MORENO.** *Rinascere a questa vita. Perché la resilienza non basta*. Bergamo, Moretti & Vitali 2021.
- SIEGEL DANIEL J.** *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano, Raffaello Cortina Editore 2021.
- STERN DANIEL N.** *Il momento presente in psicoterapia e nella vita quotidiana*. Milano, Raffaello Cortina Editore 2005.
- MC EWEN BS, GRAY J, NASCA C.** *Recognizing Resilience: Learning from Effects of Stress on the Brain*. *Neurobiol Stress*. 2015 Jan 1;1:1-11.
- MERRILL, SARAH M. et al.** *Molecular insights into trauma: A framework of epigenetic pathways to resilience through intervention*. *Med*, Vol 6, Issue 2, 100560 14 febbraio 2025.
- PALLY R.** *The mind-brain relationship*. London and New York, Karnac Book 2000.
- ROCCHI G., SERIO V., CARLUCCIO G.M., MARINI I., MEUTI V., ZACCAGNI M., GIACCHETTI N., ACETI F.,** *La regolazione epigenetica della relazione primaria*, *Riv Psichiatri* 2015; 50 (4): 155-160.
- SCHORE A.N.** *The experience-dependent maturation of a regulatory system in the orbital prefrontal cortex and the origin of developmental psychopathology*. *Dev Psychopatol* 1996; 8: 59-87.
- SCHORE A.N.** *Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders*. *Dev Psychopatology* 1997; 9: 595-631.
- SCHORE A.N.** *Attachment and the regulation of the right brain*. *Attach Hum Dev* 2000;2: 23-47.
- SMEETH D, BECK S, KARAM EG, PLUESS M.** *The role of epigenetics in psychological resilience*. *Lancet Psychiatry*. 2021 Jul;8(7):620-629.
- STAHL S.M.** *Psychotherapy as an epigenetic 'drug': psychiatric therapeutics target symptoms linked to malfunctioning brain circuits with psychotherapy as well as with drugs*. *J Clin Pharm Ther* 2011; 37: 249-53.
- TAMBELLI, R.** (2012). *Psicologia clinica dell'età evolutiva*. Bologna: il Mulino.
- TESTA GIUSEPPE.** *Non di solo DNA*. *MicroMega* 6/2017.
- WOOLLETT KATHERINE, MAGUIRE ELEANOR A.** *Aquiring "the Knowledge" of London's layout drives structural brain changes*. *Current Biology*. 2011 Dec 20;21 (24):2109-14.
- VIII Convegno Nazionale di Epigenetica "La crisi dell'adolescenza: dai disturbi del neurosviluppo ai disturbi di personalità" organizzato dall' Istituto di Medicina Naturale di Urbino in data 13 Aprile 2024.

Psicogenealogia e transgenerazionale, teorie e sue applicazioni

> Elisa Mori

Questo articolo vuole essere una introduzione alla psicogenealogia ed al transgenerazionale, per accompagnare alla scoperta dei nuovi studi, teorie e applicazioni di questa materia. La psicogenealogia studia le influenze delle generazioni passate sulle generazioni successive. Traumi, esperienze, vissuti non elaborati nelle vite del passato possono condizionare le vite attuali, interferendo con le emozioni ed i comportamenti e con le scelte di vita, questo è sempre stato evidente ai padri della psicoanalisi, ma solo negli ultimi decenni è stato portato alla luce un modo di lavorare che utilizza tecniche specifiche che si basano su studi e ricerche recenti. Il transgenerazionale si riferisce alla trasmissione, attraverso le generazioni, di modelli, credenze, comportamenti e traumi che possono influenzare le vite dei discendenti, a livello conscio attraverso racconti e tradizioni ed in modo inconscio laddove non siano elaborati, tenuti segreti o forclusi.

Psychogenealogy and the Transgenerational – Theories and Applications

This article is intended as an introduction to psychogenealogy and the transgenerational, guiding the reader in discovering new studies, theories, and applications in this field. Psychogenealogy investigates the influence of past generations on subsequent ones. Traumas, experiences, and unresolved events in past lives may condition current lives, interfering with emotions, behaviors, and life choices. This was always evident to the founders of psychoanalysis, yet only in recent decades has a way of working emerged that employs specific techniques grounded in recent studies and research.

The transgenerational refers to the transmission across generations of patterns, beliefs, behaviors, and traumas that may influence the lives of descendants—consciously, through stories and traditions, and unconsciously, when left unresolved, kept secret, or excluded.

INTRODUZIONE

«I padri hanno mangiato l'uva acerba e i denti dei figli sono rimasti allegati.
Ma ognuno morirà per la sua propria iniquità;
a ogni persona che mangi l'uva acerba si allegheranno i denti»
(Geremia, 3 1, 29-30).

All'interno delle nostre riunioni del gruppo di lavoro, spesso, è emerso il tema della trasmissione di traumi familiari e temi che sembravano collegare più persone aventi la stessa storia familiare.

In particolare, con una collega abbiamo seguito, in psicoterapia, la storia di una madre e di un figlio dove si evinceva un trasferimento transgenerazionale di trauma e conflitti. Nello specifico, per me è stato evidente come questo giovane vivesse un conflitto che nasceva dal fatto di essere stato completamente investito dalla madre del ruolo di salvatore: sia del proprio nucleo familiare, sia rispetto alla famiglia di origine materna e paterna, quasi come un trofeo che riscattasse completamente l'immagine di una figlia, oggi madre, che aveva dovuto andarsene per costruire una vita libera. Un mandato che, tuttavia, non aveva completamente elaborato e risolto ma solo trasferito al figlio.

Da qui nasce l'esigenza di comprendere queste teorie per poi tenerne conto nei processi terapeutici, in una sorta di sfondo e mappa che configura i processi di consapevolezza dei pazienti.

Così, con alcune colleghe del gruppo di lavoro, Claudia Coltellacci e Arianna Papale, abbiamo iniziato a raccogliere materiale e bibliografia, che cercherò di presentare in questo articolo.

LE TEORIE E LE SUE APPLICAZIONI

Iniziare una ricerca bibliografica per noi significa sempre partire da Jung e, grazie al collega Gianluigi Passaro, scopriamo che già nel 1909 ci furono i primi tentativi di indagare l'influenza e l'eredità psichica tra le generazioni e lo stesso psichiatra svizzero, in quell'anno, presenta una ricerca durante una conferenza alla Clark University. Questa ricerca, basata sul reattivo di associazione verbale e nella quale vennero coinvolti 100 individui e membri di 24 famiglie differenti, dimostrò che i tempi di latenza e il profilo di risposta al test seguivano un preciso modello familiare: ogni famiglia aveva un proprio stile di risposta.

In base alla ricerca, quindi, le strutture organizzatrici condivise collettivamente da ogni famiglia influenzano la percezione, le emozioni, le risposte ed il modo di rapportarsi alla realtà. Un riscontro evidente all'esistenza dell'inconscio familiare, costituito dall'insieme dei complessi autonomi a tonalità affettiva che una famiglia condivide e porta avanti nel tempo e attraverso le generazioni. Inoltre, nel testo *L'importanza del padre nel destino dell'individuo*, Jung sottolinea l'influenza della costellazione genitoriale sui singoli individui, su come possa favorire o ostacolare il percorso di crescita, di maturazione e di svincolo.

Abbracciando un orizzonte più ampio delle opere di Jung, lo stesso psichiatra ci porta a considerare come tra le generazioni si realizzi il passaggio dei contenuti archetipici fondanti l'umanità e il principio vitale alla base dell'esistenza stessa.

Quando parliamo di psicogenealogia sappiamo che il termine compare negli anni 80 del secolo scorso sia da Anne Schützenberger che da Alejandro Jodorowsky, ideatore del termine meta-genealogia che propose un metodo basato su sciamanesimo e il proprio carisma personale.

Anne Schützenberger, dal canto suo, fu la fondatrice del metodo psicogenealogico, applicato alla psicoterapia. Lavorando con i pazienti oncologici ed i loro familiari si interessò alle terapie complementari e iniziò a rapportarsi con la trasmissione transgenerazionale e l'importanza degli antenati. Negli Stati Uniti lavora con Margaret Mead, Carl Rogers e Gregory Bateson e con il gruppo di Palo Alto negli anni 50/60.

Definisce la psicogenealogia: «un modo di procedere che consente di comprendere e utilizzare al meglio la nostra eredità psichica o, se necessario, di trasformarla. Si basa sulla psicoanalisi estesa ai legami transgenerazionali e sulla tecnica sociopsicologica del genosociogramma, un albero genealogico arricchito dei legami e dei fatti di vita importanti.» (Schützenberger, 2011, pag 19).

Nel 1979 si interessa alle proprie ricerche genealogiche e alle coincidenze, in seguito alla morte del suo secondogenito, dopo una riflessione fatta dalla figlia più grande sul fatto che anche a lei era morto il fratello minore. Contemporaneamente alla collega Josephine Hildegard, che conduceva una ricerca sulle coincidenze delle date di ricovero in pazienti su tre ospedale psichiatrici in California, coniano il termine "sindrome di anniversario". (Ravizza, 2018).

La sindrome di anniversario aiuta a comprendere le date, le coincidenze, anche a distanza di molte generazioni legate da un concetto altrettanto importante, le lealtà invisibili, che porta i membri di una stessa famiglia a rispettare schemi sottostanti.

Il tema delle lealtà invisibili e la trasmissione transgenerazionale del trauma di popoli sembrano riproporre a distanze precise spostamenti di masse, epidemie, guerre e disastri naturali. Nel suo libro *Psicogenealogia*, Schützenberger, per esempio, fa un esame della guerra in Kosovo ed evince la trasmissione dei traumi non elaborati, non risolti e non lavorati nel corso dei secoli che rende i popoli ciechi davanti alla barbarie.

Scrivono Anne Schützenberger: «La sindrome da anniversario e la lealtà invisibile sono concetti importanti poiché permettono di comprendere che i mali di cui si soffre sono spesso soltanto una identificazione con un passato incompiuto e se si giunge a sotterrare il passato, a elaborare il lutto, a recuperare le perdite almeno simbolicamente allora ci si può riprendere la propria vita e non ripetere i traumatismi nel corso delle generazioni.» (Schützenberger, 2011, p. 45).

Ella definisce e separa i due tipi di trasmissioni: quella intergenerazionale tra generazioni che si conoscono e si sono raccontate e quella su più generazioni, a volte lontane di un «compito incompiuto», di un vissuto tenuto nascosto.

Un altro punto fondamentale sono le scoperte delle neuroscienze nell'ultimo secolo, che hanno confermato una comprensione immediata che non passa attraverso la razionalità, come la teoria dei neuroni specchio. Questa permette di consolidare la teoria sull'esistenza di comportamenti che manifestano una intenzione non ancora esplicitata.

Semplicemente, scoprire che si attivino parti diverse del cervello, nel caso in cui si guardi una tazza con l'intenzione di bere o lavarla, significa già trovare aderenza ai processi inconsci dell'essere umano.

Le nuove scoperte hanno confermato tutto ciò che venne scoperto dai padri della psicoanalisi, tra cui il concetto di empatia, ascolto e tutto ciò che è legato alla fisica quantistica ed alla teoria dei frattali di Jung e il fisico Wolfgang Pauli.

Altro principio molto caro alla Gestalt è l'effetto Zeigarnik, individuato dalla psicologa lituana Bluma Zeigarnik, che delinea come le persone tendano a ricordare i lavori irrisolti piuttosto che quelli portati a termine. Un compito interrotto, infatti, resta più profondamente nella memoria di un'attività completata.

Schützenberger lo riconobbe nelle persone affette da patologie terminali oppure in condizione di congelamento (*frozen life*), in cui si è fermi in un passato sempre presente che trova soluzione nella tecnica dello psicodramma.

Afferma l'autrice: «Ciò che non si esprime a parole s'imprime e si esprime nel male: il linguaggio del corpo» (Schützenberger, 2011, p. 51).

I segni più eclatanti della fenomenologia transgenerazionale si manifestano attraverso il corpo, mezzo di comunicazione privilegiato, per questo, studiando la psicosomatica, è interessante tenere sempre un occhio fermo su di esso, come specchio di qualcosa che vuole essere comunicato.

Autori importanti per le teorie psicogenealogiche sono Nicolas Abraham e Marie Torok, psicoanalisti francesi di origine ungherese dello scorso secolo, che introdussero il concetto di cripte e fantasmi transgenerazionali nel caso di persone che parlavano o si comportavano come se qualcun altro lo facesse al posto loro. Da qui la teoria del fantasma e del ventriloquo come se un fantasma, appunto, o una cripta fosse situata nell'intimo del discendente, in una trasmissione transgenerazionale.

Quindi, un trauma non elaborato o nascosto può diventare l'azione o il pensiero ossessivo di una persona nelle generazioni future. Ne è l'esempio quell'uomo, grande appassionato di geologia

e farfalle, che passava il suo tempo in modo ossessivo spaccare pietre e catturare farfalle per poi metterle sotto arsenico, per poi scoprire che la propria nonna aveva denunciato il padre, il quale fu condannato ai lavori forzati a spaccare pietre per venire poi ucciso nelle camere a gas, con l'arsenico.

Scrissero: «Un non-detto che però viene albergato, come fattore ego-alieno, nella psiche di un membro del complesso familiare e, successivamente trasmesso per generazioni, fino a divenire impensabile. Tale trasformazione detta “fantasma” che impersona il segreto inviolabile di un altro è come chiuso in una cripta da cui ogni tanto esce e agisce attraverso il soggetto a cui è stato incistato». (Abraham Torok, 1993).

Sempre in un confronto costante tra noi e il sottogruppo, la collega Claudia Coltellacci rimandò al testo *Il lamento dei morti* di James Hillman e Sonu Shamdasani, dove Hillman dice di tenere a mente solo negli ultimi tempi la famiglia di origine, anzi, chiede di immaginare tutti gli otto nonni seduti allo stesso tavolo e provare a rispondere a domande quali: mangerebbero le stesse cose? Potrebbero farlo? Parlavano la stessa lingua, ma anche si sarebbero comunque capiti?

Jung chiama il lamento dei morti la possibilità di ascoltare quello che viene dal passato, così che la gerarchia dei vivi e dei morti ne esca capovolta, combattendo la tendenza moderna del vivere il presente senza tenere conto del passato. Una via di accesso sarebbe quella delle fantasie, delle immagini, in un continuum sospeso tra quello che siamo e quel che diventeremo.

Tra ricerca e studio ci imbattiamo, inoltre, nel testo del medico Salom Sellam dal titolo *La Sindrome del giacente. Un impercettibile bambino di sostituzione*. La cosa che più colpisce è come un medico, che si occupava di psicosomatica e stava redigendo il secondo volume sulla psicosomatica, raccontò di essersi imbattuto nella sindrome del giacente in alcuni pazienti che aveva incontrato. Il testo riporta molti casi di questo tipo, dove viene evidenziato un processo che attraverso i lutti non elaborati dei bambini, detti di sostituzione, arrivino ad una riparazione inconscia che metta in luce l'importanza di una rielaborazione profonda per incontrare il contenuto rimosso.

Abbiamo attinto, poi, grazie ad Arianna Papale, ad una ricerca di dottorato di uno psicoanalista argentino, Ricardo Juan Rey, dal titolo *La scena traumatica transgenerazionale. Il trauma ancestrale nella seduta analitica*.

Lo psicoanalista argentino racconta la propria ricerca partendo dalla intersoggettività, la psicoanalisi coppia e di gruppo e analizza il concetto transgenerazionale e di trasmissione di condizionamenti ancestrali.

Per spiegare la trasmissione transgenerazionale del traumatico, cita Paul Claude Racamier e la sua teoria dell'esportazione del lutto. Egli presupponeva l'esistenza di un sé sufficientemente forte per realizzare una depressione quindi, quando ciò non era possibile, poteva trasformarsi in mania (negazione) ed essere calmata dalle dipendenze capaci di produrre oggetti feticcio o di congelare

e fissare l'emozione. Ci si trovava così davanti ad un lutto espulso al fine di salvaguardare l'identità narcisistica ed esportare la depressione condizionando le discendenze future.

In ultimo, ma non per minore importanza, cito Maura Saita Ravizza, psicoanalista clinica formatasi alla psicogenealogia con la Schützenberger, che sviluppò il metodo della psicogenealogia junghiana che si interessa prevalentemente di simboli e sincronicità. Consiglio la lettura e lo studio dei suoi testi per chi, del nostro orientamento, voglia integrare il proprio modo di lavorare con questa tecnica.

A questo punto, mi sento di condividere un'opinione ferma rispetto alla possibilità di lavorare con questa tecnica, non in senso generale e non con tutti i pazienti, ma al fine di permettere a noi terapeuti della Gestalt Analitica di tenere presente sullo sfondo la possibilità di conoscere teorie e tecniche che ci colpiscono e attingerne con onestà e competenza.

La stessa Schützenberger, nell'introduzione al suo libro *Psicogenealogia*, parla del grande entusiasmo che ha investito questa tecnica, ma che ha dato il via ad una infinità di persone non adeguatamente specializzate, che hanno portato le autorità francesi a regolamentare la professione.

A proposito di transgenerazionale e di quello che mi appartiene grazie alle mie origini, che hanno costruito il mio modo di approcciare la mia professione, ho sempre pensato che nulla debba essere unico e vero ma che tutto vada sperimentato e misurato a seconda del paziente che abbiamo di fronte.

Come diciamo per la psico-somatica, dove il trattino simboleggia la nostra posizione sentinella al confine tra il corpo e la psiche del paziente ma anche del nostro: tutto deve essere di proprietà del paziente e non frutto di interpretazioni precostituite, vittime di pregiudizi e schemi concettuali.

Ascoltare la storia del paziente, in un momento di grande difficoltà come può essere una malattia, significa avere davanti tante carte che dobbiamo scegliere insieme, ma senza spingere o forzare una scelta. Presentarsi con tabelle e schemi e dover andare a rintracciare per forza storie familiari, potrebbe non essere efficace per quei pazienti che si stanno allontanando e differenziando, oppure potrebbero indurlo a cercare responsabilità altrove senza rendere la consapevolezza un passaggio fondamentale e ruolo attivo nel senso di responsabilità rispetto la propria vita.

Mi vengono in mente tanti esempi di persone che mi hanno raccontato episodi come: la leggerezza con cui è stato chiesto loro di fare una mappa familiare agli inizi di una terapia e sono scappate perché il problema era proprio superare la vergogna di raccontare la famiglia da cui provenivano, oppure la paziente che si presenta a studio e mi chiede di non parlare della propria famiglia perché lo ha fatto già e non è servito, ma poi il lavoro più importante è stato arrivare a parlare del suo rapporto con la madre attraverso un lavoro fatto in gruppo; ancora, di un giovane ragazzo che insieme alla madre partecipò ad un gruppo sulle costellazioni familiari condotto da una amica

della madre, non psicoterapeuta che si diletta in questa disciplina, e ne uscì sconvolto e senza strumenti. Questi sono alcuni esempi che devono mettere in guardia da un uso compulsivo e indiscriminato di tecniche che allontanano dall'ascolto attivo del paziente.

BIBLIOGRAFIA

Abraham N., Torok M., *La scorza ed il nocciolo*, Borla Editore, Roma, 1993.

Hillman J., Shamdasani S., *Il lamento dei morti. La psicologia dopo il Libro Rosso di Jung*, Bollati Boringhieri, Torino, 2022.

Jung C.G. (1909) *La costellazione familiare*, in *Opere*, vol. II "Ricerche Sperimentali", pp. 409-421, Bollati Boringhieri, Torino, 1987.

Jung C.G., (1909-1949) *L'importanza del padre nel destino dell'individuo*, in *Opere*, vol. IV "Freud e la Psicoanalisi", pp. 321-342, Bollati Boringhieri, Torino, 1973.

Saita Ravizza M., *Jung psicogenealogia e costellazioni familiari. Inconscio collettivo e sincronicità*, Golem Edizioni, Torino, 2018.

Saita Ravizza M. (a cura di) *Psicogenealogia e atti simbolici*, Golem Edizioni, Torino, 2017.

Ricardo Juan Rey, *La scena traumatica transgenerazionale. Il trauma ancestrale nella seduta analitica*, Sapienza Università Editrice, Roma, 2023.

Schützenberger, A.A., *Psicogenealogia. Guarire le ferite familiari e ritrovare se stessi*, Di Renzo Editore, Roma, 2011.

Zeigarnik B., *Das Behalten erledigter und unerledigter Handlungen*, Springer, Berlin, 1927.

Il transgenerazionale nel corpo: ripetere per guarire

> Arianna Papale

L'intento del lavoro è quello di portare nella stanza della terapia la massa critica transgenerazionale. Oggi la psicogenealogia è rimasta materia delle costellazioni familiari, molti pazienti cercano esperienze catartiche per lavorare i traumi trasmessi fuori dal contesto analitico, come terapeuti invece possiamo lasciare animare la stanza clinica di questi fantasmi innominabili, significando i sintomi del presente. Il corpo diviene l'accesso a questi stati frammentati, frutto di introietti ereditati.

The Transgenerational in the Body – Repetition as a Path to Healing

The aim of this work is to bring into the therapy room the critical mass of transgenerational dynamics. Today, psychogenealogy largely remains the domain of family constellations, and many patients seek cathartic experiences to address transmitted traumas outside the analytic context. As therapists, however, we can allow these unnameable ghosts to animate the clinical space, thereby giving meaning to present symptoms. The body becomes the access point to these fragmented states, the result of inherited introjects.

IL FANTASMA NELLA CRIPTA

Questa onda transgenerazionale viene denominata il fantasma nella cripta, come un ventriloquo che sottoforma di sintomi ripetitivi passa dall'inconscio di un genitore a quello di un figlio, non possiede energia propria ed è sostenuto da parole occultate nell'altro a causa di una perdita, ingiustizia o segreto vergognoso (Pergola, 2011).

Quante volte all'interno del setting, avremo sentito l'influenza di un qualcosa indefinito, mortifero, potente, più del deposito traumatico stesso, qualcosa di un altro tempo, di qualcun altro che parla attraverso gli agiti, le espressioni, le credenze di un nostro paziente. La percezione è quella di un corpo estraneo che frena il processo individuativo e pone la persona in un'esistenza che non si dispiega. Shutzenberger si focalizza molto sul tema delle perdite, quindi di morti

rimosse, esclusioni di cui qualcuno si fa carico: «una cripta è una sorta di inconscio artificiale alloggiato in seno all'Io, che deriva dalla perdita di un oggetto narcisisticamente indispensabile, laddove questa perdita non può essere ammessa in quanto tale a causa del segreto condiviso tra il portatore della cripta, o cristoforo, e l'oggetto perduto» (Schützenberger, 2019, p. 199). La memoria transgenerazionale sembra seguire due movimenti distinti: da un lato, tende a voler rispettare la negazione di un vuoto lasciato da qualcosa o qualcuno, dall'altro, c'è una spinta proattiva a rivelare, eliminare la segretezza, per completare finalmente una storia e liberare il paziente dal suo mandato. Un po' come la dialettica traumatica complessa citata nel mio precedente contributo, è accaduto, ma non è accaduto.

RAPPRESENTABILE, INDICIBILE, IMPENSABILE

Secondo Filippo Pergola (2011), si tratterebbe quindi di una sofferenza inizialmente rappresentabile ma indicibile, che si incista nell'inconscio divenendo progressivamente non mentalizzabile, si esprime in polarità come familiare-non familiare, conosciuto-non conosciuto ed ha un potenziale generatore di malattia. È antecedente alla nascita di chi la ospiterà, il paziente ne è avvolto sin dal momento del concepimento fino ad introdursi nel suo universo psichico.

Ma come si manifesta tutto questo?

I segnali di questo fantasma si colgono attraverso impressioni sensoriali che possono raggiungere anche il terapeuta, oppure somigliano all'energia degli atti mancati, sintomi psicosomatici, fantasie ecc. Vi è un vuoto, un dolore sordo e taciuto di cui il sintomo del paziente è veicolo. Il dato più interessante, che nei vari testi viene confermato da tutti gli autori interessati all'argomento, è che quest'onda transgenerazionale sia più dirompente e sovrachianta in chi se ne sta facendo carico, piuttosto che in chi ne fece direttamente esperienza diretta nel passato.

IL TRANSGENERAZIONALE COME UN SE' FRAMMENTATO SOMATICO

Il trauma transgenerazionale può essere trattato come un frammento, questo è il ponte che unisce il contributo precedente al tema psicogenealogico, è un introietto di qualcosa che non si è mai contattato, incorporandosi per via genealogica non è digeribile, se non trattato come una polarità psichica non integrata che ha bisogno di essere nominata, incarnata e significata. Grazie al lavoro di Susan MCConnel, che si è focalizzata sulle pratiche somatiche ed il lavoro sulle parti, anche il deposito transgenerazionale può essere pensato come un materiale contenuto nella nostra memoria somatica: «le nostre ferite individuali, i fardelli sociali, collettivi, sedimentati nei nostri tessuti, attendono la luce del nostro coraggio, della compassione che risplende in noi per condurci all'essenza del nostro essere» (MCConnel, 2020).

Le parti connesse al trauma transgenerazionale che non vogliono porre fine all'incantesimo, quindi che non vogliono rivelare ma continuare ad affliggere il paziente per riempire un vuoto legato all'albero genealogico, sono come delle guardiane, possono utilizzare anche i sintomi psicosomatici influenzando i sistemi biologici per poter continuare a compiere il loro lavoro, sfruttano le vulnerabilità organiche o genetiche se sentono che il mantenimento di una malattia possa mantenere in vita il segreto inconfessabile. Come sostiene l'autrice: «se le parti protettive hanno l'intento di controllare, reprimere, utilizzerebbero le fasce muscolari oppure i siti di demarcazione, come le articolazioni, diaframma, gola, mandibola, spalle, parte inferiore della schiena, pelvi.» (ibidem). Oppure le stesse parti utilizzano un'altra via, modulano l'attivazione orientata all'azione, quindi attivano il sistema endocrino e nervoso per poter reagire o utilizzano sistemi di ipoattivazione per slegarsi dalla realtà. Pensando alle parti come nuclei che contengono le sostanze transgenerazionali, nella stanza di terapia noi terapeuti potremmo incoraggiare un lavoro che in IFS, Internal Family System, è chiamato *Rilascio dei fardelli* (Schwartz, 1995). Per riuscire ad avviare questo processo che, in realtà, è la nostra meta, è necessario favorire la possibilità di disidentificazione dal deposito transgenerazionale, unitamente alla tecnica della sedia vuota e piena, tipica del nostro orientamento.

IL LAVORO SOMATICO CON LE PARTI: FOCALIZZAZIONE DI GENDLIN, INTERNAL FAMILY SYSTEM DI SCHWARTZ E GESTALT ANALITICA

Per approcciare da un punto di vista somatico le parti frammentate, possiamo partire da un sogno, un'immagine sulla quale l'onda transgenerazionale si proietta, oppure direttamente dal corpo, nel momento in cui abbiamo individuato il tema dietro il deposito. Seguendo il modello del *Focusing* di Gendlin, non appena il paziente fa contatto con il tema dovrebbe dispiegarsi naturalmente un processo che dà origine a quello che l'autore chiama *Felt Sense*, ovvero un insieme di micro sensazioni che si aprono e sviluppandosi mettono in contatto il paziente con questo qualcosa che può rispondere a domande e rivelare il suo sentire, anche informazioni relative a nodi del passato. Lo stesso processo è ricalcato dal modello degli Internal Family System che però ha un'ottica maggiormente clinica, le parti per IFS sono stati frammentati e vengono definite in tre modalità diverse, come spiegato nel capitolo dedicato al trauma, nel *Focusing* invece non vengono chiamate per forza parti, il senso della focalizzazione è più di poter restare accanto a qualsiasi cosa stia chiedendo un'ascolto da parte nostra. In IFS, Osnat Arbel ha creato un protocollo ad hoc per lavorare con le parti transgenerazionali dal nome *Legacy Burdens and Resolution Protocol*, grazie al quale è possibile comprendere quale sia il patto di lealtà che si sta rispettando e che dà origine alla ripetizione. Si apre lo spazio tra il paziente e gli strati di protettori guardiani del segreto, fino anche non siano disposti a rilasciare i loro pesi. Un'altra via somatica per accedere al materiale ereditato, è l'EMDR applicato alla transgenerazionalità di Arielle Schwartz. In questo caso procediamo effettuando la stimolazione bilaterale con i protettori, come nel caso di una

mia paziente che aveva in sé una parte che era convinta dovesse morire e che in questa vita non potesse essere felice, una voce le usciva cambiando tutta l'energia del campo terapeutico, con grande solennità e forza sosteneva: non in questa vita, al tempo stesso percepivo quanto un'altra parte fosse prigioniera di questo guardiano che aveva le sembianze della sua nonna paterna.

CONCLUSIONI

*“Le nostre malattie..
..adesso dirò qualcosa di importante riguardo alla nostra salute, molte malattie sono in
dissonanza con noi ma in Risonanza con qualcosa di escluso o dimenticato. Spesso sono
espressione di un legame con qualche membro della famiglia. Quando riconosciamo
questo legame e lo lasciamo un posto nella nostra anima e nel nostro cuore, la malattia
porta a termine il suo compito e può finalmente andarsene”*
Bert Hellinger

Lo scopo di questo breve inserto mirava a suscitare curiosità ed apertura nei confronti del materiale transgenerazionale che arriva nelle nostre sedute. Oggi sappiamo che il trauma complesso è anche la risultante di generazioni che non hanno imparato le leggi dell'ordine dell'amore, direbbe Hellinger (2013). Spesso in quel dolore senza nome mai processato vi è una storia antica, il paziente come l'iniziazione di uno sciamano riceve in dono/fardello una frattura della mente che guiderà la sua vita verso la riunione e la guarigione, offrendo un posto, un tempo, parole per quel vuoto incastonato nell'albero familiare che ha atteso la presenza di qualcuno, in grado di portare su di sé la cicatrice che apre un varco tra la luce e le tenebre, una feritoria che rende sensibili all'anima del mondo.

BIBLIOGRAFIA

- Floyd T.**, *Listening When Parts Speak: A Practical Guide to Healing with Internal Family Systems Therapy and Ancestor Wisdom*, Hay House Uk Ltd, London, 2024.
- Gendlin E.T.**, *Focusing-Oriented Psychotherapy: A Manual of the Experiential Method*, The Guilford Press, New York, 1996.
- Hellinger B.**, *Ordini dell'amore. Un manuale per la riuscita delle relazioni*, Feltrinelli Editore, Milano, 2013.
- McConnell S.**, *Terapia somatica dei sistemi familiari interni*, Giunti Psychometrics, Firenze, 2024.
- Pergola Filipponeri R.**, *Alla ricerca delle in-formazioni perdute. L'inespresso transgenerazionale come vincolo alla crescita*, Milano: Franco Angeli, collana Psicoterapie n. 184, 13 settembre 2011.
- Schützenberger, A.A.** (2004) *La sindrome degli antenati. Psicoterapia trans-generazionale e i legami nascosti nell'albero genealogico*, Di Renzo Editore, Roma, 2019.
- Schwartz A. & Maiberger B.** *Terapia EMDR e psicologia somatica. Interventi per migliorare l'incarnazione nel trattamento del trauma*, Giunti Psicologia.io, Firenze, 2024.



ITINERARI TEMATICI

L'immaginazione attiva come via verso l'inconscio psicosomatico

> Gianluigi Passaro

L'immaginazione attiva è un metodo elaborato da Carl Gustav Jung per promuovere il confronto tra l'Io e le figure dell'inconscio e che ha trovato il proprio culmine nella composizione del Liber novus. Scopo di questo lavoro è presentare l'immaginazione attiva come possibile via verso l'inconscio psicosomatico. Quest'ultimo può essere rintracciato nel regno intermedio tra psiche e corpo, e trova una possibile rappresentazione nel concetto di corpo sottile: un campo energetico che si estende al di fuori del corpo fisico, invisibile ai sensi e alla percezione comune, percepibile solo immaginalmente. Nella visione sempre più razionalistica del mondo odierno, nel proliferare di guerre e odio, l'immaginazione attiva, l'ascolto delle energie del corpo sottile e il confronto con le energie dell'inconscio possono indicare una direzione che sappia condurci verso un nuovo equilibrio individuale e collettivo, e ci aiuti a sviluppare un atteggiamento simbolico che trascenda la forte antinomia tra gli opposti psichici. Tenere insieme elementi opposti senza fonderli in una rigida confluenza significa attivare la capacità simbolica della psiche, trascendere il sintomo in simbolo, promuovere la trasformazione dell'energia psichica per giungere a nuove sintesi e aprire nuove opportunità.

Active Imagination as a Pathway to the Psychosomatic Unconscious

Active imagination is a method developed by Carl Gustav Jung to foster dialogue between the Ego and the figures of the unconscious, reaching its culmination in the composition of the Liber Novus. The aim of this work is to present active imagination as a potential pathway to the psychosomatic unconscious. The latter can be located in the intermediate realm between psyche and body, and may find representation in the concept of the subtle body: an energetic field extending beyond the physical body, invisible to the senses and ordinary perception, perceptible only through the imaginal. In today's increasingly rationalistic world, amid the proliferation of wars and hatred,

active imagination, the listening to the energies of the subtle body, and engagement with the energies of the unconscious may indicate a direction leading us toward a new individual and collective balance. They may also help us cultivate a symbolic attitude that transcends the sharp antinomy between psychic opposites. Holding together opposing elements without fusing them into rigid conflation means activating the psyche's symbolic capacity, transforming symptom into symbol, and promoting the transmutation of psychic energy to reach new syntheses and open new possibilities.

.....

Keywords: *immaginazione attiva, Jung, Liber novus, individuazione, corpo sottile, inconscio psicosomatico*

Chi guarda da dentro sa che tutto è nuovo
C. G. Jung, *Liber novus*

L'immaginazione attiva è un metodo elaborato da Carl Gustav Jung a partire dalle esperienze personali vissute dal 1913 al 1916 ed elaborate successivamente lungo tutto l'arco della propria vita. Essa consiste in un metodo di esplorazione dell'inconscio attraverso l'evocazione consapevole, in stato di veglia, di una fantasia, per poi addentrarsi in essa e parteciparvi in prima persona, come se ci si trovasse in una rappresentazione teatrale. Jung non ha dedicato un'opera specifica per presentare l'immaginazione attiva, ma ha raccolto le proprie riflessioni in molti dei suoi lavori scientifici, coprendo un arco di tempo che va dal 1916, quando scrive il saggio sulla funzione trascendente, fino alla sua ultima grande opera, il *Mysterium conjunctionis*, nel 1956 (Jung, 1916-1957/1958; 1928; 1929; 1933/1950; 1934; 1936a; 1936b; 1941; 1947/1954; 1955-1956). Gli anni in cui Jung scopriva l'immaginazione attiva e componeva il *Liber novus* sono stati cruciali per la sua vita, alla ricerca del proprio «mito personale». È in questo periodo che cominciò compiutamente ciò che egli stesso ha definito il suo *confronto con l'inconscio*.

Gli anni più importanti della mia vita – scrive in *Ricordi, sogni, riflessioni* – furono quelli in cui inseguivo le mie immagini interne. Tutto cominciò allora. I dettagli posteriori sono solo completamenti e chiarificazioni del materiale che scaturì dall'inconscio, e che da principio mi travolse nelle sue onde: ma fu esso la materia prima di un lavoro che durò tutta la vita [...]. Quelle prime fantasie e quei sogni erano come magma fuso e incandescente: da essi si cristallizzò la pietra che potei scolpire (Jung, 1961-1963, p. 244).¹

¹ Nella citazione delle opere di Jung, si è preferito indicare nel testo l'anno di prima pubblicazione in lingua originale, così da rendere più agevole seguire l'evolversi del suo pensiero nel tempo. Qualora presente, il numero di pagina si riferisce all'edizione in lingua italiana da cui la citazione è tratta. L'edizione italiana di riferimento è riportata nella bibliografia finale.

L'immaginazione attiva richiede un atteggiamento psicologico introspettivo che promuove l'attivazione della funzione simbolica (della *funzione trascendente*) nell'incontro interiore con le immagini dell'inconscio. La sua messa in opera richiede che il paziente sia solo, al di fuori dell'incontro di analisi, preferibilmente in una stanza silenziosa e appartata in cui non si verrà disturbati. Essa è una disciplina solitaria, intima, dove la coscienza dell'immaginante abbassa consapevolmente il proprio livello di attivazione per partecipare a un incontro paritario e di ascolto reciproco con l'inconscio. Durante un'immaginazione attiva, dunque, non c'è dialogo tra terapeuta e paziente, né si è in presenza di direttive da parte dell'analista, che non fa da guida e non propone immagini di partenza. Benché l'immaginazione che avverrà sia generalmente visiva, è possibile che accadano percezioni corporee, suoni, voci o sensazioni olfattive. Durante la fase immaginativa, ci si pone attivamente in dialogo con le personificazioni dell'inconscio, ponendo domande, avanzando dubbi o osservazioni, rispondendo autenticamente ai quesiti che eventualmente saranno posti. Dopo la fase propriamente immaginativa, il contenuto dell'immaginazione prenderà forma attraverso la modalità più congeniale all'immaginante, ad esempio il disegno, la scrittura, la pittura, la scultura, il movimento, la danza ecc. I contenuti delle immaginazioni attive potranno essere portati nell'incontro di analisi: il terapeuta, tuttavia, si limiterà a osservare la corretta esecuzione della procedura immaginativa, per suggerire eventuali correzioni o per confermarne la corretta esecuzione, ma non fornirà commenti né interpretazioni e non interferirà in alcun modo nel dialogo privato tra il paziente e le immagini dell'inconscio, questo per evitare di bloccare il processo in atto: l'attitudine a cercare una spiegazione razionale prima del tempo e senza lasciare che il paziente possa giungerci autonomamente, infatti, preclude l'esperienza simbolica e comprometterebbe l'attivarsi della funzione trascendente. L'immaginazione attiva richiede comprensione e non interpretazione; l'incontro con le immagini dell'inconscio è di per sé terapeutico (cfr. Di Lorenzo, 1970; de Luca Comandini, 1992; de Luca Comandini, Mercurio, 2002; Mercurio, 2002; Widmann, 2004).

L'immaginazione attiva, dunque, pone l'Io in dialogo con i contenuti dell'inconscio (propriamente con ciò che Jung ha definito *inconscio collettivo* o *psiche oggettiva*) e chiede di accettare questo dialogo come una realtà, di porsi di fronte alle immagini con umiltà, di interrogarle e di rispondere loro in maniera autentica. L'Io dovrà vivere l'incontro con l'inconscio con attenzione e con la massima considerazione, assumendo le proprie emozioni come vere, perché vere e reali sono le persone e i paesaggi che incontra. In seguito, attraverso l'oggettivazione creativa e il confronto etico con le immagini che emergono, l'immaginazione attiva concretizza la relazione tra la funzione simbolica e la matrice inconscia della natura umana. L'incontro con l'inconscio chiede una grande responsabilità verso le immagini che si manifestano e ci invita a porci sulla soglia che unisce conscio e inconscio, senza essere avvinti e affascinati da quest'ultimo ed evitando l'identificazione assoluta con la coscienza.

Grande è la responsabilità umana verso le immagini dell'inconscio. Sbagliare a capirle, o eludere la responsabilità morale, significa privare l'esistenza della sua interezza, essere condannati a una vita penosamente frammentaria (Jung, 1961-1963, p. 237).

L'importanza della responsabilità etica verso le immagini dell'inconscio – per non cadere nel pericolo di vivere un'esistenza inautentica, in cui venga meno la dimensione della cura – è di fondamentale rilievo per quanto concerne le motivazioni di indicazione o di non indicazione della tecnica da parte dell'analista. Secondo Von Franz l'immaginazione attiva non dovrebbe essere suggerita in tutte le situazioni in cui manchi «l'obiettività dell'Io» (Von Franz, 1978, p. 87). In assenza di un Io dai confini sufficientemente saldi (come nelle psicosi, nelle organizzazioni *borderline* di personalità, in presenza di una forte possessione d'Anima o di Animus), l'incontro con i contenuti inconsci potrebbe dare adito a processi di disintegrazione e di frammentazione non più governabili (Von Franz, 1978; Von Franz, 2002).

Per quanto riguarda, invece, l'opportunità di indicazione dell'immaginazione attiva, ancora Von Franz suggerisce l'esperienza in tutti quei casi in cui il paziente si trovi a essere separato dall'analista per un lungo periodo, ad esempio a causa di un trasferimento, di un lungo viaggio, per una malattia, o, ancora, per continuare il proprio dialogo con l'inconscio autonomamente dopo la chiusura di un percorso analitico, e ne evidenzia l'utilità anche per il terapeuta al fine di ripulirsi dal contagio psichico di immagini e fantasie morbide alle quali potrebbe essere esposto durante l'ascolto dei pazienti (Von Franz, 2002). È Barbara Hannah (altra importante autrice junghiana), tuttavia, a delineare il quadro più completo e chiaro per quanto riguarda i motivi di indicazione dell'immaginazione attiva. Secondo Hannah, essa è consigliabile: quando il paziente vive una grande quantità di sogni molto complessi e di fantasie che si affastellano copiose senza che sia possibile un'adeguata elaborazione; quando, al contrario, l'attività onirica è praticamente assente; quando la persona vive un profondo senso di estraniamento e di alienazione dalla vita a causa dell'attivazione di potenti complessi inconsci; quando l'evoluzione psichica sembra essere costretta in una situazione di blocco costringendo il paziente a vivere perpetuamente situazioni stagneranti e senza sbocco (Hannah, 1953).

Nonostante i motivi di indicazione e di non indicazione, è necessario sottolineare che la pratica dell'immaginazione attiva deve avere necessariamente alle spalle un lavoro di analisi che abbia portato la persona a possedere una sufficiente familiarità verso le immagini dell'inconscio e verso i complessi a tonalità affettiva. Questo è il motivo di fondo che dovrebbe spingere ciascun analista a proporla soltanto dopo un lungo e accurato lavoro sui sogni (ossia dopo che la coppia terapeutica ha accolto il più possibile la prospettiva dell'inconscio), nelle fasi finali del rapporto terapeutico, o, comunque, quando l'analisi è già avanzata da tempo. Il fine a cui tende questa tecnica immaginativa, infatti, è rendere il paziente indipendente dal terapeuta e dalla terapia per poter continuare in autonomia, e nel pieno riconoscimento della propria responsabilità, il proprio cammino individuativo.

Una descrizione sintetica della modalità di esecuzione dell'immaginazione attiva non può prescindere da due lavori, ormai storici per importanza e per influenza, pubblicati in Italia quasi cinquant'anni fa. Il primo è *Tre verbi dell'immaginazione attiva* di Elie Humbert, figura fondamentale della psicologia analitica francese, che ha avuto l'opportunità di lavorare direttamente con Jung. In questo articolo, comparso nel 1978 tra le pagine della *Rivista di Psicologia Analitica*, l'autore pone in evidenza tre differenti atteggiamenti dell'Io da mettere in atto in successione: lasciar accadere (*geschehenlassen*, nei testi di Jung); contemplare le immagini (*betrachten*); confrontarsi con l'inconscio (*auseinandersetzen*) (Humbert, 1978).

A proposito del *lasciar accadere* – azione preliminare all'immaginazione attiva –, Humbert riporta come sia stato lo stesso Jung a suggerirne il senso nel *Commento al Segreto del Fiore d'Oro*:

Il lasciare agire, il fare nel non-fare, l'abbandonarsi del Maestro Eckart è diventato per me la chiave che dischiude la porta verso la via: *bisogna essere psichicamente in grado di lasciar accadere*. Questa è per noi una vera arte, che quasi nessuno conosce. La coscienza interviene continuamente ad aiutare, correggere e negare, e in ogni caso non è capace di lasciare che il processo psichico si svolga indisturbato (Jung, 1929/1957, p. 28).

All'accadere del processo psichico, Jung invita a eludere l'interpretazione razionale e ogni riduzione a ciò che è già conosciuto: la coscienza non dovrà cercare di ridurre a sé i contenuti dell'inconscio. Al contrario, sarà necessario esercitare l'attenzione, osservando e contemplando (*betrachten*) l'immagine emersa al fine di trattenerla e lasciare che si sviluppi. A questo proposito, nel seminario *Visioni*, Jung fa notare il legame tra *betrachten* e *trachtig*, termine tedesco che indica la donna gravida. L'attenzione, dunque, *ingravidà* l'immagine che, presente all'attenzione dell'Io e lasciata al suo naturale svolgersi, mostra (fa nascere) ciò che custodiva nel grembo (Jung, 2019).

L'ultimo verbo dell'immaginazione attiva è *sich auseinandersetzen* (confrontarsi con). Dopo aver concentrato l'attenzione su un'immagine emersa dall'inconscio, dopo aver assistito al suo svolgersi è necessario confrontarsi con essa, entrare in dialogo e partecipare allo svolgimento dell'azione. Secondo Humbert questo confronto dovrà comprendere tre aspetti distinti: il primo consiste nel dare forma a ciò che è accaduto attraverso il disegno, la pittura, la danza o in qualsiasi altro modo l'immaginante desidera; il secondo aspetto da considerare è la comprensione di quanto è accaduto; l'ultimo, fondamentale aspetto – che differenzia l'immaginazione attiva da qualsiasi altra tecnica immaginativa guidata o passiva – è la *responsabilità etica* verso le immagini dell'inconscio che, nelle parole di Humbert:

Consiste innanzitutto in questo, che il soggetto riconosce che tutto ciò che gli accade, accade proprio a lui e non all'immagine di se stesso. [...] Ciò gli accade oggi e gli offre l'occasione di costituire se stesso cominciando da ciò che non ha scelto e che tuttavia è proprio lui (Humbert, 1978, p. 95).

Il secondo lavoro cui facciamo riferimento – comparso assieme al testo di Humbert nello stesso numero della *Rivista di Psicologia Analitica* – è di Marie-Louise Von Franz e, per la prima volta nella letteratura sull'argomento, presenta un'organizzazione schematica della procedura dell'immaginazione attiva. Von Franz, forte dell'esperienza maturata direttamente con Jung, individua quattro fasi distinte: 1) Svuotare la mente dai contenuti della coscienza. Iniziando un'immaginazione attiva bisogna entrare in uno stato di rilassamento che permetta alla coscienza di abbassare il livello di attivazione, di rinunciare a parte della sua «luminosità» per avvicinare la soglia dell'inconscio; 2) Lasciar entrare un'immagine inconscia nel campo di attenzione della coscienza in modo da cogliere le potenzialità trasformatrici insite nella relazione tra osservatore e oggetto osservato. Per far questo è necessario concentrare l'attenzione su una singola immagine, senza farla fuggire nel repentino caleidoscopio di figure che tenderebbero ad avvicinarsi, e cominciare con essa un dialogo; 3) Fornire una via di espressione alle immagini inconsce: dare forma all'immaginazione; 4) Avviare un confronto con qualunque immagine si sia incontrata, mantenendo lo stesso atteggiamento etico che si avrebbe verso una situazione reale, e attuare nella vita il messaggio che l'incontro tra l'Io e l'inconscio ha realizzato (Von Franz, 1978).

Benché questi due lavori siano stati, sin dal loro primo apparire, dei punti di riferimento imprescindibili per chiunque abbia desiderato avvicinarsi alla pratica dell'immaginazione attiva – considerate anche le poche informazioni sull'attuazione della tecnica negli scritti di Jung –, dopo la pubblicazione delle esperienze personali contenute nel *Liber novus* (un manoscritto miniato e accuratamente istoriato da immagini, che richiama l'aspetto degli antichi codici medioevali o dei testi alchemici) e nei *Black books* (i taccuini su cui Jung ha annotato inizialmente le proprie esperienze immaginative) è divenuta una necessità confrontarsi direttamente con queste preziose e potenti pagine, per seguire partecipi la testimonianza diretta del personale confronto di Jung con le immagini vivificanti dell'inconscio (Jung, 2009; 2020).

Fin dalle prime esperienze riportate nel *Liber novus*, Jung descrive il richiamo di due differenti voci che identifica nello *spirito di questo tempo* e nello *spirito del profondo*. Il primo è vicino alle cose concrete, utili e di valore, vincola al pensiero della coscienza collettiva, è teso alla razionalità, al giudizio e desidera accumulare sapere, è incline alle spiegazioni che scacciano dubbi e oscurità, impone una norma a cui aderire o adeguarsi. *Lo spirito del profondo*, invece, possiede un potere più grande dello *spirito di questo tempo* e «governa la profondità di ogni presente». Esso toglie a Jung la fede nella scienza, il piacere di spiegare le cose e di classificarle, lo priva della ragione e delle conoscenze per condurlo verso l'unione degli opposti del senso e del non-senso. Jung capisce che il modo in cui stava vivendo (siamo nel 1913) era lontano dallo *spirito del profondo*, e che era ormai necessario non contrastarlo ulteriormente. Bisognava entrare in dialogo con esso per ritrovare la propria anima e per capire che la sua forza muoveva sia il proprio mondo interiore sia gli eventi del mondo esterno. Il segno visibile a Jung per compiere questo prezioso lavoro arrivò

nelle tremende visioni e nei sogni che, a partire dall'ottobre del 1913, lo accompagnarono fino allo scoppiare della guerra mondiale nell'estate dell'anno successivo. La prima di queste visioni fu una catastrofica alluvione che, inondando tutti i bassopiani tra il Mare del Nord e le Alpi, lasciava cumuli di macerie galleggianti e ovunque morti e distruzione. La cruenza di queste visioni lo convinse di essere prossimo alla follia. Il terrore di diventare preda della schizofrenia, come i tanti pazienti visitati al Burghölzli negli anni precedenti, lo angosciava. Con lo scoppiare della guerra, Jung capì che i sogni e le visioni di sangue, morte e distruzione avuti in quel lungo periodo non erano il preludio di uno scompenso psicotico, bensì rappresentavano il segno inviato dallo *spirito del profondo* per unire in un senso armonico la sua dimensione interiore con quanto stava per vivere l'anima del mondo. Quell'esperienza di sincronicità lo spinse a provare un insopportabile e intimo struggimento e a porsi alla ricerca e in dialogo con la propria anima.

Il *Liber novus* è, dunque, un testo iniziatico, che pone Jung in un momento cruciale del suo processo individuativo. Le immagini in esso contenute, le immaginazioni e le riflessioni appartengono tanto all'inconscio collettivo quanto a Jung. Possiamo immaginare il *Liber novus* come una composizione creata a quattro mani da Jung e dall'inconscio. L'invito posto a ciascun lettore (che dovrà necessariamente accostarsi al *Liber novus* con il rispetto e la cura richiesti a chiunque si trovi a osservare il difficile lavoro esistenziale di un altro essere umano) è di cercare l'incontro con le proprie immagini, con la propria «chiesa interiore», di impegnarsi nel dialogo con la psiche oggettiva cercando di reggerne la tensione e le immense potenze in gioco.

L'avvenire si crea in te e a partire da te. Guarda perciò in te stesso – avvisa Jung –, non fare confronti, non misurare. Non c'è altra via simile alla tua. Ogni altra via ti ingannerà o ti sedurrà. Tu devi seguire la via che è in te (Jung, 2009, p. 308).

Essere lettori del *Liber novus* ci ingaggia in un processo di individuazione reciproca con l'inconscio collettivo. L'umanità e l'inconscio collettivo hanno bisogno della presenza l'una dell'altro per proseguire il proprio cammino evolutivo. L'individuazione è un lavoro della natura cui ogni essere partecipa. Ogni uomo e ogni donna prende parte all'individuazione della psiche oggettiva, mentre questa – spinta da una forza vitale intrinseca – entra nel cammino individuativo del singolo individuo (il *principium individuationis*). Trattando del *Rosarium Philosophorum*, Jung chiarisce questa realtà: «Il Sé – scrive – vuole rendersi manifesto nell'opera, e perciò l'Opus è un processo di individuazione e di divenire del Sé» (Jung, 1946, p. 313). Allo stesso modo, potremmo affermare che anche l'immaginazione attiva sia uno dei modi in cui il Sé si individua, si manifesta alla coscienza e attraverso cui continua il mistero della trasformazione. L'incontro tra il Sé oggettivo e la coscienza individuale non può che generare un cambiamento in entrambi: «Trovarsi a confronto con la creatura modifica il creatore», scrive Jung in Risposta a Giobbe a proposito del confronto tra quest'ultimo e Yahwèh (Jung, 1952, p. 408). Lungo questo processo di reciproca trasformazione, il Sé nuovamente integrato

sarà maggiore e diverso della somma degli opposti riconciliati. In *Empiria del processo di individuazione* Jung scrive:

Per gli alchimisti il processo di individuazione rappresentato dall'opus è un'analogia dell'origine del mondo e l'opus stesso è visto come un'analogia dell'opera creatrice divina. L'"uomo" è infatti considerato un microcosmo, un equivalente in miniatura del mondo (Jung, 1933/1950, p. 299).

È dunque rintracciabile un parallelo tra l'opus alchemico e l'immaginazione attiva: entrambi rinnovano la genesi perenne della psiche sia nell'individuo sia nel cosmo. L'uomo partecipa, così, alla *creatio* divina; incontra il divino con sufficiente autonomia e identità, senza fondersi in esso e senza restarne escluso.

La dimensione dialettica tra coscienza e inconscio, descritta nel *Liber novus* e motore dell'immaginazione attiva, è riconoscibile anche nel confronto tra la funzione superiore (la funzione della coscienza maggiormente differenziata in un individuo) e la funzione inferiore (la funzione meno differenziata, in nessun modo sotto l'influsso della volontà, «porta attraverso la quale tutte le figure dell'inconscio entrano nella coscienza») (Von Franz, 1981, p. 95). Seguendo la tipologia psicologica junghiana, l'equilibrio psichico di una persona e la possibilità di proseguire il proprio processo individuativo per avvicinarsi all'esperienza del Sé risiedono in gran parte nell'armonia tra le funzioni della coscienza (pensiero e sentimento, intuizione e sensazione), con le quali l'individuo percepisce e si rapporta alla realtà che lo circonda (Jung, 1921; Von Franz, 1981). Da questa prospettiva, il *Liber novus* ha rappresentato per Jung la possibilità di *ingentilire* la propria funzione superiore, probabilmente la funzione pensiero introversa, e differenziare maggiormente le funzioni ausiliarie dell'intuizione e della sensazione per far emergere la funzione inferiore del sentimento estroverso e attingere, infine, alle preziose risorse dell'inconscio. La funzione superiore e la funzione inferiore si escludono vicendevolmente e mostrano di essere incompatibili; combinare le due funzioni ausiliarie della coscienza, esplorarle e differenziarle permette di avvicinarsi a una sempre maggiore completezza della personalità e, infine, di giungere a un confronto con la funzione inferiore, primitiva e contaminata dall'inconscio. Su tale confronto così si esprime Von Franz:

Questo è il massimo cui possiamo arrivare con la nostra funzione inferiore. Non potremo mai governarla o addomesticarla e farle quello che vorremmo, ma se siamo in gamba e ci impegniamo a fondo, potremo arrivare a un accordo in modo che non ci butti giù di sella. Lo farà qualche volta, ma non nel momento sbagliato (Von Franz, 1981, p. 46).

In *Tipi psicologici* Jung afferma a tal proposito

Ogni tentativo volto a instaurare un equilibrio nell'essere umano [...] dovrà tenere in serio conto le funzioni che sono inferiori perché non differenziate. Nessun tentativo di conciliazione avrà successo se non saprà liberare le energie delle funzioni inferiori al fine di portarle alla differenziazione. [...] Non avrebbe nessuna possibilità di successo il tentativo, infinite volte

intrapreso e infinite volte fallito, di trasformare direttamente una funzione inferiore in una funzione superiore (Jung, 1921, p. 95).

E ancora:

Una liberazione della funzione meno differenziata dall'inconscio per mezzo dell'analisi [o attraverso l'immaginazione attiva], può perciò aversi solo facendo affiorare le figurazioni inconse della fantasia che erano state appunto suscitate dalla funzione divenuta inconscia. Rendendo cosciente queste fantasie anche la funzione inferiore viene riportata alla coscienza e avviata verso una possibilità di sviluppo (Jung, 1921, p. 446).

La funzione inferiore rappresenta una porta sull'inconscio; grazie a essa l'inconscio può manifestarsi alla coscienza, favorendone un ampliamento e generando un atteggiamento nuovo. Tuttavia, la funzione inferiore non può essere assimilata entro le categorie e nella struttura della coscienza, non direttamente. Per vivere il confronto con essa è necessario che la coscienza accetti di venirle incontro, di abbassare il proprio livello di luminosità, avvicinandosi all'inconscio attraverso lo sviluppo e la differenziazione delle proprie funzioni ausiliarie. Allo stesso tempo si potrà cercare il dialogo con la funzione inferiore offrendole la possibilità di esprimersi attraverso l'immaginazione attiva, disegnando, scrivendo, danzando o in qualsiasi altra forma le immagini dell'inconscio possano essere rappresentate (Von Franz, 1981).

La lunga preparazione che Jung dedica a *Tipi psicologici*, terminato nel 1920 e pubblicato l'anno seguente, e gli anni dedicati alle immaginazioni attive che daranno vita al *Liber novus* condividono lo stesso arco di tempo. La radice comune alle due opere (pur così differenti) credo possa essere rintracciata nel lavoro speso da Jung nel *Liber novus* per esplorare la propria tipologia psicologica.

Nella prima parte del *Liber novus* (*Liber primus*), l'Io di Jung incontra Elia, immagine che richiama il primo grande profeta dell'Antico Testamento, simbolo della saggezza, del *Logos* e del *prepensiero*, e Salomè, una giovane donna cieca, figlia dello stesso Elia (che l'Io associa alla donna che chiese a Erode la testa di Giovanni Battista: «La figlia di Erode, quella femmina assetata di sangue»), che rappresenta, invece, il piacere e l'*Eros*. Con loro viveva un serpente nero.

Nei miti – scrive Jung – il serpente è spesso la controfigura dell'eroe. [...] Nella mia fantasia, perciò, la presenza del serpente era una chiara allusione al mito dell'eroe. Salomè è una rappresentazione dell'"anima". È cieca perché non vede il significato delle cose. Elia è personificazione del vecchio saggio profeta e rappresenta l'elemento conoscitivo, Salomè quello erotico» (Jung, 1961-1963, p. 225).

La difficoltà di Jung nel sostenere il confronto tra la funzione superiore – il pensiero introverso (che potremmo avvicinare a Elia) – e la funzione inferiore – il sentimento estroverso (assimilabile alla fanciulla cieca Salomè) – è ben rappresentato dallo stupore e dal disgusto provati dall'Io per quell'unione inconcepibile tra padre e figlia, «compagni dall'eternità», e, ancor di più,

dalla richiesta di amore che Salomè avanza all'Io e dalla dichiarazione d'amore della stessa fanciulla. Nell'epoca in cui incontra Elia e Salomè, quando comincia il difficile esperimento dell'immaginazione attiva, Jung è lontano da undici anni dal taccuino dei sogni. È distante dalla sua anima e sente di averla smarrita. In quegli undici anni aveva avuto successo nel lavoro e nella carriera universitaria, aveva creato la propria famiglia, costruito la propria casa, in definitiva aveva reso più forte la funzione pensiero nella sfera professionale, nella ricerca e nella vita personale. Ora si affacciava prepotente il bisogno di una trasvalutazione di quei valori, di una metanoia, di cambiare e di rinnovare se stesso, di avvicinarsi al sentimento, alla funzione inferiore che è porta e via per l'energia dell'inconscio. È stato, questo, un momento critico nella vita di Jung, giunto alla maturità, all'inizio della seconda parte della vita. Jung intraprende questo viaggio esplorando la propria facoltà intuitiva (nel quarto volume dei *Black books* assocerà direttamente il metodo intuitivo di Henri Bergson all'immaginazione attiva e al processo individuativo), e la funzione di sensazione attraverso la composizione del *Liber novus*: un oggetto prezioso, cui dedica anni di lavoro, miniato con cura, riccamente illustrato con immagini musive che, richiamando i mosaici bizantini visti appena qualche anno prima a Ravenna, avvicinano la pittura alla materia (molti dei colori utilizzati saranno composti dallo stesso Jung a partire da elementi naturali). La pittura, dunque, avvicina Jung alla materia e alla sensazione. Qualche anno dopo questo processo continuerà con la costruzione della torre di Bollingen, che potremmo immaginare come il quarto libro del *Liber novus*, composto non di pagine ma di pietre, e con l'interesse crescente per gli studi sull'alchimia (cfr. Shamdasani, 2010).

Grazie all'incontro con Elia e Salomè, ancora, si rivela a Jung l'oggettività della psiche:

Noi siamo reali e non dei simboli [...]. Puoi chiamarci simboli con lo stesso diritto con cui puoi chiamare simboli i tuoi simili, se ciò ti aggrada. Ma noi siamo altrettanto reali dei tuoi simili. Nel chiamarci simboli, non invalidi un bel niente e non risolviamo nulla (Jung, 2009, pp. 247-250).

Le personificazioni dell'inconscio parlano e agiscono autonomamente, sono una realtà e possiedono una propria soggettività. È importante che l'Io viva l'incontro con esse con la stessa attenzione e cura che mostrerebbe se dialogasse con qualcuno nella vita reale. È un passaggio fondamentale che porta il mondo del pensiero a incontrare la materia per divenire con essa una cosa unica.

Il processo individuativo di Jung ha trovato negli anni dedicati al *Liber novus* un periodo fertile e vitale. L'esplorazione naturale delle sue facoltà intuitive e di sensazione, l'essersi avvicinato alla propria funzione inferiore per ascoltare il messaggio e la voce dello *spirito del profondo*, della vitalità dell'inconscio, ha accompagnato Jung nelle fasi successive della vita. Quando l'interesse per l'alchimia divenne più forte (con la scoperta, nel 1928, del testo di alchimia cinese *Il Segreto del Fiore d'Oro*), Jung cessò il lavoro sul *Liber novus* e non disegnò più mandala. Gli anni successivi saranno caratterizzati da grandi opere scientifiche (come *Psicologia e alchimia*, *Aion*, *Mysterium coniunctionis*), dalla scultura della pietra, dalla torre di Bollingen, da grandi viaggi, dall'alchimia

e da un'intensa attività di conferenziere. Sembra che Jung abbia dedicato lunghi periodi della vita all'assimilazione e al dialogo con le sue funzioni ausiliarie: dapprima la funzione intuitiva (gli anni del *Liber novus*), quindi la funzione sensazione (la torre, la pietra e gli studi alchemici). Anche l'atteggiamento psichico di fondo compie lo stesso processo di esplorazione e scoperta: dapprima maggiormente introverso (dedito alle immagini interiori e al dialogo con esse), quindi volto con maggior decisione all'esterno, verso l'estroversione, verso la materia e il mondo. Ovviamente il processo non è netto né così schematico, ma fluido e costante, e conduce verso la ricchezza della funzione inferiore e dell'inconscio.

Scrivendo del ruolo della funzione inferiore per lo sviluppo psichico, Von Franz sostiene che:

Assimilare una funzione significa vivere con quella sola funzione in primo piano. [...] Assimilazione significa che tutto l'adattamento della vita conscia, per un certo periodo, poggia su quell'unica funzione. Il passaggio a una funzione ausiliaria avviene quando ci si accorge che l'attuale modo di vivere è diventato poco vitale, quando si è costantemente stufo di se stessi e delle proprie attività (Von Franz, 1981, p. 102).

Sembra una posizione in accordo con quanto abbia probabilmente vissuto e sperimentato Jung.

È importante avvicinarsi al *Liber novus* con rispetto, con discrezione e cura. Il viaggio iniziatico intrapreso da Jung dovrà servirci da sprone per coltivare con autentica responsabilità il nostro dialogo con la potenza della psiche. Il viaggio verso l'inconscio è unico e si rinnova in ciascun individuo; si incarna in ogni uomo. Dopo aver incontrato Elia e Salomè, è lo stesso Jung ad avvertirci:

La scena che ho visto è la mia, non la vostra. È il mio segreto, non il vostro. Voi non potete imitarmi. Il mio segreto rimane vergine e i miei misteri inviolati, appartengono a me e non potranno mai essere vostri. Voi avete ciò che è vostro (Jung, 2009, p. 247).

Da quanto presentato, è evidente come l'immaginazione attiva rappresenti la possibilità di incontro tra opposti fondanti la psiche: tra coscienza e inconscio; tra la realtà del mondo e le immagini reali della psiche; tra l'Io e il Sé; tra gli archetipi e la materia; tra spirito e corpo (si pensi anche alle immaginazioni attive che nascono da una sensazione corporea, oppure a quelle che prendono forma attraverso il movimento autentico o la danza). Essa permette di vivificare lo spazio intermedio di incontro tra l'individuo e i livelli profondi dell'inconscio. Questo spazio intermedio è il luogo in cui è creata la coppia archetipica che dà origine al mondo, è il luogo in cui lavora la coppia terapeutica, e quello dove vive e si prepara al futuro la coppia intima conscio/inconscio del paziente. Questo *spazio transizionale* può essere sperimentato immaginalmente durante la pratica dell'immaginazione attiva. Al riguardo Robert Mercurio scrive:

L'immaginazione attiva permette anche a noi di avvicinarci ad un livello profondo, psicosomatico, dell'*inconscio* e ciò che lì accade opera come contributo per un'armonia simbolica capace di creare un nuovo equilibrio psichico collettivo (Mercurio, 2002, p. 192).

Il livello profondo e psicosomatico dell'inconscio, cui si riferisce Mercurio, pone il problema di dare corpo alla psiche: il corpo della psiche, tuttavia, non è un corpo fisico, né può essere un corpo puramente mentale; la corporeità della psiche dovrà essere rintracciata nel regno intermedio tra i due. Questa terza possibilità può essere ben descritta dal concetto di *corpo sottile*, inteso come un campo energetico che si estenda al di fuori del corpo fisico. Esso è invisibile ai sensi e alla percezione comune, ma può essere percepito immaginalmente.

Il regno intermedio dei corpi sottili [...] esige l'immaginazione, la chiave, come ha detto Jung, di tutto l'opus alchemico. Se si riesce a lavorare con successo nel regno del corpo sottile, c'è spesso la possibilità di trasformare non soltanto la struttura psichica, ma anche quella fisica. Se ci si incontra con successo con il regno del corpo sottile, la scissione mente-corpo può sanarsi (Schwartz-Salant, 2004, p. 40).

Il corpo sottile è ponte tra psiche e materia, dà carne e sangue a quella porzione di inconscio che avvicina prepotente il funzionamento del corpo. Per questo esso è prossimo all'inconscio somatico, ossia all'esperienza che abbiamo dell'inconscio quando ci immergiamo nel corpo, quando viviamo emozioni, sentimenti e affettività, vere espressioni fenomenologiche che legano corpo e inconscio (Schwartz-Salant, 2004). Al riguardo, Antonella Adorisio – riferendosi al lavoro di Joan Chodorow sull'immaginazione attiva in movimento – fa notare che:

Il ruolo centrale dell'affettività è fondamentale per l'immaginazione attiva. Per Jung affetto è sinonimo di emozione e di radicamento corporeo. Nel distinguere il sentimento dall'affetto Jung sottolinea che non esistono confini ben delineati, l'emozione non è altro che il sentimento ad un diverso grado di intensità, è il sentimento che presenta innervazioni corporee e quindi non più così facilmente gestibile dalla volontà. Joan Chodorow ha ampiamente illustrato come l'emozione/affetto in quanto percepita sia sul piano somatico che su quello psichico sia di per sé un ponte che tiene uniti corpo e psiche (Adorisio, 2013, p. 63).

L'immaginazione attiva è il lascito più importante del lavoro e dell'esperienza umana di Jung per noi, uomini e donne di oggi. La responsabilità di reggere l'equilibrio tra forze vitali e distruttive agenti nell'umanità è quanto mai forte e ricade su ciascuno.

Si tratta della gigantesca Ombra gettata dall'uomo e di cui il nostro tempo dovrebbe avere una sconvolgente esperienza. Integrare quest'Ombra nel nostro cosmo non è cosa da poco. L'idea che si possa semplicemente volger le spalle al male e in questo modo evitarlo, appartiene al lungo elenco delle ingenuità più obsolete. [...] Il male rappresenta il necessario opposto del bene, e senza l'uno l'altro non potrebbe sussistere (Jung, 1933/1950, p. 313).

Nella visione sempre più razionalistica del mondo odierno è fondamentale promuovere un confronto etico tra l'Io e l'inconscio per sviluppare un atteggiamento simbolico che possa trascendere la forte antinomia tra gli opposti (mente/corpo, spirito/materia, conscio/inconscio, razionale/irrazionale, salute/malattia, pace/guerra, bene/male ecc.). Tenere insieme elementi

opposti senza fonderli in una rigida confluenza significa poter attivare la capacità simbolica della psiche, trascendere il sintomo in simbolo, e promuovere la trasformazione dell'energia psichica per giungere a nuove sintesi e per aprire nuove opportunità.

Una volta Jung – ricorda Von Franz –, quando noi gli chiedemmo la sua opinione su un'altra eventuale guerra, ci disse che, secondo lui, un'altra guerra poteva essere evitata solo se un numero sufficiente di persone ne avesse sopportato la tensione e se avessero riunito in se stesse gli opposti (Von Franz, 1978, pp. 83-84).

Come allora, anche oggi l'anima del mondo è sofferente e il rischio di una catastrofe si insinua e incombe sull'umanità. La domanda posta a Jung è tristemente attuale e la responsabilità di ogni individuo è grandissima: il dialogo con l'inconscio, anche attraverso la *via regia* dell'immaginazione attiva, può indicare una direzione che sappia condurci – come auspica Robert Mercurio – verso «un'armonia simbolica capace di creare un nuovo equilibrio psichico collettivo», dando forma a un rinnovato atteggiamento etico teso a liberarci dalla distruttività oggi così drammaticamente costellata nella coscienza collettiva.

BIBLIOGRAFIA

Adorisio A., *L'immaginazione attiva: origini ed evoluzione*, «Quaderni di Cultura Junghiana», anno 2, n. 2, CIPA - Istituto di Roma e dell'Italia centrale, 2013.

de Luca Comandini F., «L'immaginazione attiva», in A. Carotenuto, (a cura di), *Trattato di psicologia analitica*, UTET, Torino 1992.

de Luca Comandini F., Mercurio R.M., (a cura di), *L'immaginazione attiva*, Vivarium, Milano 2002.

Di Lorenzo S., *Il metodo della immaginazione attiva nella psicologia di C.G. Jung*, «Rivista di Psicologia Analitica», 2, Astrolabio, Roma 1970.

Hannah B., *Some remarks on active imagination*, Spring, New York City 1953.

Humbert E., *I tre verbi dell'immaginazione attiva*, «Rivista di Psicologia Analitica», 17, Astrolabio, Roma 1978.

Jung C.G., *La funzione trascendente* (1916-1957/1958), in *Opere*, vol. VIII, Boringhieri, Torino 1976.

Jung C.G., *L'Io e l'inconscio* (1928), in *Opere*, vol. VII, Boringhieri, Torino, 1971.

Jung C.G., *Scopi della psicoterapia* (1929), in *Opere*, vol. XVI, Boringhieri, Torino 1984.

Jung C.G., *Commento al Segreto del Fiore d'Oro* (1929/1957), in *Opere*, vol. XIII, Boringhieri, Torino 1977.

Jung C.G., *Empiria del processo di individuazione* (1933/1950), in *Opere*, vol. IX, t. 1, Boringhieri, Torino 1980.

Jung C.G., *Considerazioni generali sulla teoria dei complessi* (1934), in *Opere*, vol. VIII, Boringhieri, Torino 1976.

Jung C.G., *Il concetto di inconscio collettivo* (1936a), in *Opere*, vol. IX, Boringhieri, Torino 1980.

Jung C.G., *Fondamenti della psicologia analitica* (1936b), in *Opere*, vol. XV, Bollati Boringhieri, Torino 1991.

Jung C.G., *Aspetto psicologico della figura di Core* (1941), in *Opere*, vol. IX, t. 1, Boringhieri, Torino 1980.

- Jung C.G.**, *Psicologia della traslazione* (1946), in *Opere*, vol. XVI, Boringhieri, Torino 1984.
- Jung C.G.**, *Riflessioni teoriche sull'essenza della psiche* (1947-1954), in *Opere*, Vol. VIII, Boringhieri, Torino 1976.
- Jung C.G.**, *Risposta a Giobbe* (1952), in *Opere*, vol. XI, Boringhieri, Torino 1979.
- Jung C.G.**, *Mysterium Coniunctionis* (1955-1956), in *Opere*, vol. XIV, Bollati Boringhieri, Torino 1990.
- Jung C.G.**, *Ricordi, sogni, riflessioni, raccolti ed editi da Aniela Jaffé* (1961-1963), Rizzoli, Milano 2006.
- Jung C.G.**, *Tipi psicologici* (1921), in *Opere*, vol. VI, Boringhieri, Torino 1969.
- Jung C.G.**, *Il Libro Rosso: Liber Novus* (2009), Bollati Boringhieri, Torino 2010.
- Jung C.G.**, *Visioni. Appunti del Seminario tenuto negli anni 1930-1934*, Magi, Roma 2019.
- Jung C.G.**, *The Black Books*, Norton & Company, New York City 2020.
- Mercurio R.M.**, «L'immaginazione attiva e la stanza dell'analista junghiano», in M.I. Wuehl, (a cura di), *Nella stanza dell'analista junghiano. Stili e metodi di lavoro analitico a confronto*, Vivarium, Milano 2002.
- Schwarz-Salant N.**, «Sul concetto di corpo sottile nella pratica clinica», in N. Schwarz-Salant e M. Stein, (a cura di), *Il corpo in analisi*, Magi, Roma 2004.
- Shamdasani S.**, «Liber novus. Il "Libro rosso" di C.G. Jung», Introduzione a Jung C.G., *Il Libro Rosso: Liber Novus* (2009), Bollati Boringhieri, Torino 2010.
- Von Franz M.-L.**, *L'immaginazione attiva*, «Rivista di Psicologia Analitica», 17, Astrolabio, Roma 1978.
- Von Franz M.-L.**, *Tipologia psicologica. Le funzioni della coscienza: pensiero e sentimento, intuizione e sensazione* (1981), Red, Milano 2015.
- Von Franz M.-L.**, «L'immaginazione attiva secondo la psicologia di C.G. Jung», in F. de Luca Comandini, R.M. Mercurio, (a cura di), *L'immaginazione attiva*, Vivarium, Milano 2002.
- Widmann C.**, *Le terapie immaginative*, Magi, Roma 2015.

AUTORI

MARIA LETTIERI

Psicologa Psicoterapeuta ad orientamento Gestaltico Analitica individuale e di gruppo con formazione in EMDR, Master in Psicologia Giuridico Forense presso La Sapienza di Roma e Master in Disturbi del Comportamento Alimentare e del Peso presso l'Università Tor Vergata di Roma. Svolge la libera professione presso lo studio di Roma e online. È socia ordinaria AIGA, membro dell'Associazione Sviluppo Interazione George Downing Kàris e membro del gruppo di studio in psico-somatica.

GABRIELLA LORENZI

Psicologa e psicoterapeuta, specialista in Psico Oncologia, socio ordinario dell'Associazione Italiana Gestalt Analitica (AIGA) e socio della Società Italiana Psicologia Oncologica (Sipo). Membro della Commissione Ricerca Scientifica dell'AIGA, membro del gruppo di studio psico-somatica in Gestalt Analitica e Saper Fare Terapia per l'Associazione AIGA. Docente per il corso di specializzazione in psicoterapia dell'Istituto Gestalt Analitica (IGA). Responsabile del servizio di Psico Oncologia per l'Associazione Nazionale Donne Operate al Seno (ANDOS) Comitato di Albano Laziale e referente del progetto "Chi si prende cura di chi? Dal curante al curato" in partenariato con la ASL Roma 6 e Ospedale Regina Apostolorum (Albano Laziale). Autrice e co-autrice di articoli per la Rivista Riflessi. Vive e lavora ad Albano Laziale (RM).

MADDALENA MICHELI

Psicologa psicoterapeuta ad orientamento Gestaltico Analitico individuale e di gruppo. Socia AIGA e membro del Gruppo di studio psico-somatica in Gestalt Analitica. Terapeuta allievi del corso di specializzazione in terapia Gestalt Analitica. Svolge la libera professione a Roma.

ELISA MORI

Psicologa e psicoterapeuta ad orientamento Gestaltico Analitico individuale e di gruppo. Supervisore e didatta FISIG (Federazione Italiana Scuole ed Istituti Gestalt). Coordinatrice didattica Scuola di Specializzazione IGA/CSP (Istituto Gestalt Analitica/Centro Studi Psicomatica). Socia fondatrice AIGA. Svolge attività privata a Roma.

ARIANNA PAPALE

Psicologa psicoterapeuta Gestalt Analitica iscritta all'ordine degli psicologi del Lazio. Specializzata nel trattamento di PTSD complex e frammentazione del Se'. Terapeuta allievi del corso di specializzazione in terapia Gestalt Analitica. Istruttrice mindfulness riconosciuta da UCD California presso La Sapienza Roma. Master "Guarire il trauma" presso Istituto Beck.

GIANLUIGI PASSARO

Psicologo e psicoterapeuta. Socio ricercatore dell'Associazione per la Ricerca in Psicologia Analitica (ARPA). Socio ordinario dell'Associazione Italiana Gestalt Analitica (AIGA). Didatta e supervisore per il corso di specializzazione in psicoterapia individuale e di gruppo dell'Istituto Gestalt Analitica. Docente per il Master per psicoterapeuti in sessuologia clinica ad approccio integrato promosso dall'Istituto Gestalt Analitica (IGA). Docente per il corso di specializzazione in psicoterapia psicodinamica dell'età evolutiva dell'Istituto di Ortofonologia (IdO). Membro del comitato di redazione della rivista scientifica "L'Ombra. Tracce e percorsi a partire da Jung". È ideatore del metodo terapeutico "il Disegno Narrativo Condiviso". È autore di diversi articoli e libri sull'uso del disegno e dell'immaginazione in psicoterapia e su temi inerenti al pensiero junghiano. Tra i suoi libri: "Sulla pelle del mare. Tra migrazione, memoria e futuro", Moretti&Vitali, 2021; "Risonanze della psiche. Immagini e storie in psicoterapia", Armando Editore, 2019; "Il disegno narrativo condiviso. Disegnare e raccontare nella psicoterapia con i bambini", Armando Editore, 2017; "La crepa nell'acqua. Cammini di individuazione nella Divina Commedia", Edizioni Kappa, 2012; "Il vento prima che soffi. Gli orizzonti dell'inconscio nel Sacre du printemps di Igor Stravinskij", Edizioni Kappa, 2010. Assieme a Mariapaola Lanti e a Robert Mercurio, ha curato, in due volumi, "Il Libro rosso di Jung per i nostri tempi. Cercare l'anima nella postmodernità", Edizioni Magi, 2023. Vive e lavora privatamente a Roma.

FRANCESCA PICCOLO

Psicoterapeuta ad orientamento Gestalt Analitico individuale e di gruppo, Didatta e supervisore IGA, socio ordinario AIGA (Associazione Italiana Gestalt Analitica). Svolge attività privata a Roma.

AIGA[®]

Associazione Italiana Gestalt Analitica

Via Padre Semeria, 33 - 00154 Roma - www.aigaweb.it - aigasegr@gmail.com