

Terapia e Ricerca

Psicologia Psicosomatica (ISSN 2239-6136) – 13 –

Data di pubblicazione: 15 Febbraio 2012



IL FOCUS SUL CORPO NEL COUNSELING PSICOSOMATICO – UN FRAMMENTO CLINICO.

La costruzione di collegamenti tra corpo e mente

di *Gianpaolo Ragusa*

Un'applicazione della Psicosomatica Integrata come paradigma capace di contemplare diversi setting che rispecchiano le condizioni migliori per accogliere la Domanda del paziente, le tecniche e gli strumenti più adeguati per permetterne un'elaborazione. Vengono sinteticamente descritte le tappe che portano ai cambiamenti di setting e le tecniche somatiche utilizzate per facilitare il passaggio dal lavoro sul corpo a quello psicologico in senso classico.

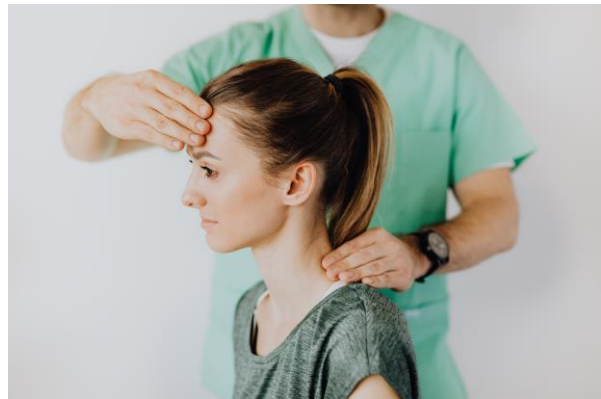
Negli ultimi decenni gli ambiti operativi dello psicologo si sono ampliati fino a comprendere disturbi e patologie che in passato non sarebbero nemmeno state prese in considerazione o che difficilmente sarebbero state individuate come questioni da sottoporre allo psicologo. Nello specifico mi riferisco al *deficit Alessitimico* e alle difficoltà di separazione nella fase adolescenziale. Il bagaglio tecnico dello psicologo si è quindi gradualmente corredato di strumenti per affrontare tali problematiche che nel frattempo hanno subito trasformazioni dettate dai cambiamenti sociali.

La questione Alessitimica è un paradosso per la clinica classica poiché, al paziente con difficoltà ad esprimere e riconoscere le proprie e le altrui emozioni, si propongono modelli di trattamento basati sull'espressione delle emozioni e dei vissuti. Se a ciò si aggiunge che il paziente Alessitimico può anche essere l'adolescente nella travagliata fase di crescita le difficoltà sono ancora maggiori.

L'intervento dello psicologo deve quindi allargarsi all'ascolto delle componenti *pre-coscienti* delle emozioni che risiedono nel corpo in forma di **attivazione somatica**. Quest'ultima si manifesta in modificazioni di differenti parametri fisiologici o delle strutture somatiche: la conduttanza cutanea, il battito cardiaco, la pressione sanguigna, il riflesso condizionato di Pavlov, il ritmo cranio-sacrale, le modificazioni tissutali (plasticità cerebrale, ulcera gastrica, ecc.), la dilatazione pupillare, ecc.

Il modello di Psicosomatica Integrata comprende tecniche in grado di ascoltare i codici del corpo e costruire i collegamenti con la sfera mentale affinché possano diventare consapevoli e quindi elaborabili psichicamente.

La variazione del tono muscolare è una delle risposte più eclatanti e clinicamente più semplici da utilizzare. La kinesiologia è lo strumento più raffinato per la misurazione manuale della reattività neuromuscolare ed è in grado di valutare la risposta del *sistema mente-corpo* a stimoli di qualsiasi natura ed intensità.



Questa metodica si basa sul principio che il sistema nervoso oltre a mantenere il tono muscolare (una continua e lieve tensione presente anche nel muscolo a riposo), trasmette ed elabora le informazioni relative a qualsiasi stimolo interno ed esterno. Questa sovrapposizione di compiti determina la presenza di una fase di riorganizzazione omeostatica tra gli stimoli che progressivamente il sistema nervoso registra e l'elaborazione di una risposta adattiva. Questa fase è di fatto una crisi (più o meno grossa a seconda dell'interazione tra stimolo e sistema ricevente) che inevitabilmente provoca un cambiamento nel tono muscolare.

Per quanto riguarda gli stimoli psichici, ad esempio, la persona può coscientemente negare o non processare consciamente un'emozione (alessitimia) ma il sistema nervoso ne registra ugualmente l'aspetto somatico che comporterà un cambiamento del tono muscolare.

L'influenza dello stato emotivo sul tono muscolare è evidente, ad esempio, nel caso della depressione dove c'è un macroscopico abbassamento di quest'ultimo che non solo è percepibile dal paziente, ma è rilevabile anche tramite l'esame neurologico.

Il cambiamento del tono muscolare si può facilmente evidenziare attraverso semplici test somatici e può essere utilizzato come mezzo di **comunicazione tra l'operatore e "il corpo" del paziente**.

La grammatica di questo linguaggio è basata su un *codice digitale* (on-off): si sottopongono stimoli al sistema psico-somatico il quale risponde con un cambiamento del tono muscolare.

Con l'alessitimico una possibilità nelle prime fasi di trattamento è l'uso dello strumento appena descritto allo scopo di esplorare collegamenti tra processi

somatici, eventi quotidiani, possibili nessi soggettivi e risposte riorganizzanti del corpo.

Di seguito riporto un frammento di esperienza che descrive il passaggio da un setting psicologico classico ad uno che comprende l'uso di tecniche corporee per raggiungere lo stesso scopo: restituire al paziente qualcosa della sua Soggettività.



Davide è un ragazzo di 15 anni portato in seduta dalla madre con la richiesta di un intervento psicologico, ma dai primi incontri risulta evidente che in realtà le condizioni affinché ciò possa avvenire devono essere costruite con strumenti relazionali pre-verbali. Nel primo colloquio la madre parla di un figlio troppo “appiccicoso”, molto chiuso, che passa quasi la totalità del suo tempo extrascolastico a giocare con i videogame. In famiglia nessuno riesce ad instillare degli interessi in Davide, a motivarlo per applicarsi maggiormente nello studio o ad avere maggiori amicizie. Le difficoltà e le ansie materne sono molto pervasive ed è impossibile riuscire a mettere a fuoco una Domanda precisa. La richiesta ha tutta l'aria di una delega su alcuni compiti genitoriali che la coppia non è riuscita ad assumersi e che, magicamente, si spera possano essere portati a termine in poche sedute dallo psicologo. Su queste basi farraginose accetto di vedere Davide che, come prevedibile, non ha nessuna domanda d’aiuto da portare allo psicologo. Dice di non avere problemi particolari, di non sapere perchè i suoi familiari lo hanno portato da me, ma visto che l’hanno fatto qualche motivo ci sarà! Ogni tentativo di esplorare le motivazioni intrinseche o estrinseche ad una sua presenza in studio si chiude velocemente e presto capisco che Davide non sa di cosa parlare, ma visto che deve venire, vuole capire con chi ha a che fare.

Il lavoro psicologico è precluso anche da un'evidente alessitimia che si mostra non tanto nelle pochissime parole che pronuncia, quanto nell'aspetto non verbale della comunicazione. Siede di fronte a me con una postura rigida ed impostata sforzandosi di contenere e trattenere la tensione con il corpo. La voce è monotona e controllata in modo da non far trapelare nessuna emozione. Le frasi sono brevi, risponde in modo preciso ostentando sicurezza, ma in modo freddo e distaccato come se il discorso non lo toccasse. Le difese sono talmente elevate che è necessario cambiare strategia per evitare di creare un "effetto interrogatorio" invadente e deleterio per l'alleanza terapeutica.



Prima di aprire ad altre possibilità relazionali che coinvolgono il corpo, effettuo una serie di test psicodiagnostici: Test di Rorschach, disegno della famiglia, Test di comprensione delle metafore, TAS-20, test sull'alessitimia elaborato dall'*Istituto di Psicosomatica Integrata*. Tutti i reattivi evidenziano in modo indiscutibile quanto era emerso dai primi colloqui. Questo materiale è utile nel secondo colloquio con i genitori che, questa volta, si presentano entrambi sotto mie forti pressioni. Lo scopo di questo incontro è quello di chiarire meglio le criticità legate al caso e le richieste iniziali dei genitori, nel tentativo di ottenere un mandato più possibile trasparente e condiviso. Mostro loro i risultati psicodiagnostici, sottolineando la gravità della situazione e la difficoltà dell'intervento che non può essere ridotto a qualche incontro dove con "la



parolina giusta" si sistema tutto. Spiego ai genitori che il primo obiettivo è costruire una relazione sufficientemente solida e sicura, affinché Davide possa far emergere qualcosa di sé e già questa prima fase potrebbe richiedere del tempo a causa delle difese elevate e della difficoltà a contattare il suo mondo interiore. Condividiamo che i principali problemi di Davide sono una forte introversione ed un legame quasi simbiotico con la madre che si traducono in un blocco evolutivo, in una posizione passiva

e regressiva in ogni ambito della sua vita. Il secondo obiettivo è ricostruire i legami tra l'attivazione corporea e gli stati mentali al fine di **tessere una prima grammatica emotiva in grado di riattivare il percorso di crescita.**

Da una parte la madre si sente tranquillizzata dal vedere che le difficoltà esposte nel primo colloquio hanno trovato una forma più tecnica, coerente e reale, assumendo oggettività e un progetto di intervento. Dall'altra, nonostante gli sforzi, si percepisce la difficoltà da parte dei genitori di riconoscere la gravità del figlio e della sua dipendenza nei confronti della madre.

Dalla seduta successiva, però, è possibile modificare l'approccio al caso e poiché il problema non è una negazione al dialogo, ma un vuoto di argomenti, gli propongo la possibilità di interrogare il corpo attraverso alcune tecniche non invasive che servono per "dialogare" con esso. Gli spiego che queste tecniche possono darci informazioni sulla parte somatica e su quella emotiva ma che è necessaria un'elaborazione consapevole per dare un senso preciso a quanto emerge. Questa premessa è fondamentale perché, avendo presente la sua chiusura, il cambiamento di setting non deve apparire come un modo per aggirare le sue difese ed estorcere informazioni, ma come uno strumento di lavoro che lo possa aiutare a fare dei collegamenti tra sensazioni corporee e processi mentali.

Per molti incontri, Davide mi mette alla prova in tanti modi differenti e ho costantemente la sensazione che voglia testare il metodo e le mie capacità tecniche, umane e relazionali.

In questa fase spesso arrivava in seduta senza sapere cosa dire o portandomi sintomi somatici incomprensibili in modo estremamente telegrafico.

In una di queste sedute si presenta affermando che aveva avuto uno spasmo al braccio mentre guardava la TV sul divano nel primo pomeriggio. A questa descrizione non aggiunge altro e i miei tentativi di raccogliere maggiori informazioni falliscono in breve tempo. Chiedo a Davide di simularmi lo spasmo e lui fa uno scatto con la spalla tirandola verso l'orecchio.

Per poter accogliere questa richiesta giocata tutta sul versante corporeo è necessario allargare il setting in modo che possano essere incluse condizioni e **tecniche capaci di leggere e tradurre** questo particolare "sintomo". Mi sposto da un ambito psicologico dove lo strumento principale è la parola con il suo codice analogico, ad uno più somatico dove a "parlare" è il corpo con codici digitali

(Scognamiglio, 2008). Eseguo dei test kinesiologici sui muscoli coinvolti in questo movimento: trapezio cervicale e i flessori/estensori del collo, elevatore della scapola. Risultano deboli bilateralmente. Questo risultato mi insospettisce e testo muscoli sparsi: romboidi, pettorale clavicolare, quadricipiti, gran dorsale, i quali risultano tutti deboli. A questo punto ipotizzo che la debolezza dipenda da un'emozione pervasiva al punto da influire sulle trasmissioni neuromuscolari di tutto il corpo. (Dujany, 1990).

Testo nuovamente il trapezio cervicale perché è il muscolo maggiormente implicato nel movimento spasmodico. Questo risulta ipotonico e utilizzo il test kinesiologico per selezionare all'interno di molteplici possibilità di intervento, la più adeguata per Davide nell'*hic et nunc*.

Una serie di test indica che la normotonicità può essere ristabilita tramite l'elaborazione di emozioni relative all'area della Paura: ansia, insicurezza sessuale, insicurezza creativa, fobie, cautela, negligenza, superstizione, avventatezza e indecisione. Chiedo a Davide se una di queste emozioni gli sembra connessa alla situazione da lui indicata come negativa e lui subito mi dà conferma di ciò e mi comincia a parlare del suo interesse per una sua compagna di classe che lo rende "nervoso" perché non sa come comportarsi. Gli dico che finalmente mi sta portando qualcosa di suo. Un semplice spasmo muscolare che per uno psicologo non formato a questo modello sarebbe stato distraente, per me è diventato uno spunto per entrare nel suo mondo interno! Mi dice che gli capita di pensarci in diverse occasioni e cita, tra i vari, il momento in cui torna a casa da scuola e mentre parla mima la posizione dello zaino sulla spalla su cui si è verificato lo spasmo e il movimento che quotidianamente esegue per appoggiarlo sul divano.

A questo punto mancherebbe l'ultimo e fondamentale anello per ricongiungere i processi somatici a quelli psichici: l'*insight* di Davide che collega lo spasmo al braccio come un sostituto di una rappresentazione rimossa della compagna di classe.

In realtà la classica dinamica della nevrosi in questo caso non può essere osservabile, poiché Davide non è ancora in grado di un tale livello di astrazione. La sua mente sembra congelata in uno *stadio operatorio concreto*, le parole non hanno plasticità[1], uno spasmo al braccio rimane tale e non è collegabile con processi mentali. **Tra l'atto corporeo e le dinamiche psichiche c'è un limbo, una terra desertica che non consente collegamenti.** Davide vive in questo luogo e lotta

disperatamente per controllare e mettere a tacere sia le sensazioni corporee, sia le angosce che lo assalgono e di cui mi parlerà dopo alcuni mesi di lavoro. Nella conduzione della cura, chiaramente anch'io mi immergo in questo limbo, ma con la funzione di creare delicatamente dei collegamenti tra corpo e mente, con l'idea di mostrare a Davide che il dialogo tra i due mondi può non essere così terribile, anzi, possiamo renderlo addirittura utile.



Il processo descritto, quindi, mostra la ricostruzione da un sintomo somatico, ad una difficoltà emotiva che coinvolge il giovane paziente in un barlume di soggettività. Al limite è da qui che si potrebbe partire per interrogare il significato di questa difficoltà emotiva, in modo da mettere in tensione la struttura psichica sottostante. Ma il lavoro che ci separa da questa seconda fase è già molto lungo, complesso e difficilmente effettuabile in modo così profondo con strumenti differenti da quelli utilizzati.

La ripetizione di sedute di questo tipo ha avuto un duplice risultato: da una parte Davide ha cominciato a capire che il corpo e la mente possono influire vicendevolmente, dall'altra ci ha permesso di costruire una relazione di grande fiducia in cui Davide può parlare delle sue paure come mai aveva fatto prima, senza necessariamente incarnarle sintomaticamente con il corpo.

Questo scorcio di percorso mostra le potenzialità di un approccio psicosomatico che include il corpo nel lavoro psicologico rapportandosi ad esso con gli strumenti comunicativi specifici della dimensione somatica. Davide mi presenta lo spasmo al braccio come una questione neuromuscolare. Non è quindi possibile usare tecniche psicologiche su una questione somatica, soprattutto se portata da un *Sistema Soggetto* dove la struttura nevrotica (che, data la delicatezza del caso e la fase di sviluppo, qui è solo ipotizzabile) è sepolta sotto un massiccio strato Alessitimico. Ciò

inoltre contraddirebbe uno dei principi epistemologici fondamentali della Psicosomatica Integrata: lo psicosomatista non cerca niente a priori; al contrario esplora le intricate reti del *Sistema Soggetto* imbattendosi in nodi psicosomatici o somatopsichici che possono dire qualcosa di sensato al paziente, portandolo a una maggior consapevolezza di sé (Scognamiglio, 2005).

Note

¹ Ho somministrato anche un test delle metafore (Pinto, Melogno e Iliceto, 2006) che ha evidenziato una carenza marcata nella capacità di interpretare ed utilizzare le metafore.

Bibliografia

Dujany R. (1990), Teoria e impiego pratico della Kinesiologia Applicata, Tecniche Nuove, Milano

Pinto M.A., Melogno S., Iliceto P., (2006), TCM Test di comprensione delle metafore, Carocci Faber, Roma

Scognamiglio R.M., (2005), "Un istituzione per la clinica psicosomatica: nuovi modelli somatologici", in Vigorelli M., (a cura di) Il Lavoro della Cura nelle Istituzioni. Progetti, Gruppi e Contesti, FrancoAngeli, Milano.

Scognamiglio R.M. (2008), Il male in corpo, FrancoAngeli, Milano.