



Rivista di Psicoterapia **Immaginativa** ITPΨ

Depressione e Immaginario. Casi clinici

Rivista periodica gratuita pubblicata dal
**Gruppo Italiano Tecniche Imagerie
Mentale**

REDAZIONE

Direttore Responsabile
Secco Silvano

Comitato di Redazione
Zanetti Ivana
De Rosa Luisa
Zanola Gabriele

Comitato Scientifico
Barthélémy Jean-Marie
De Rossi Moreno
Zanetti Ivana
De Rosa Luisa
Secco Silvano

Sede legale
via Aleardi, 23 31100 Treviso

E-mail
info@gitim.it

Registrazione del Tribunale di Treviso
n. 157 del 20/09/2010

Per proporre un articolo seguire le norme
redazionali alla pagina:
www.gitim.eu/it/norme-redazionali
Le proposte saranno sottoposte al Comitato
di Redazione, che...

Per leggere gli altri numeri della rivista
visitare la pagina:
www.gitim.eu/it/rivista

INDICE

- 2 Redazione
 Depressione e Immaginario
 Secco Silvano

- 4 La psicoterapia con l'ITP
 Disturbo depressivo e tecnica
 ITP: un caso clinico
 Schiavon Erica

- 9 La psicoterapia con l'ITP
 ITP e interventi con soggetti
 con depressione
 Secco Silvano

- 30 La psicoterapia con l'ITP
 Il Sé depressivo e l'intervento
 con la Tecnica Immaginativa
 ITP
 Zanetti Ivana

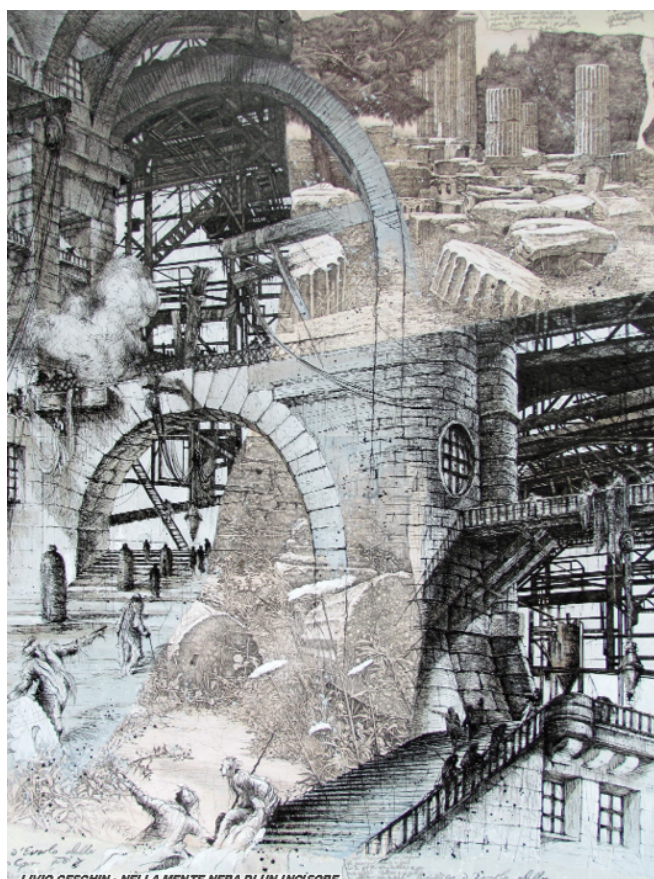
- 40 Immaginario: studi e ricerche
 Appunti di esperienze con
 pazienti depressi: terapia
 farmacologica e psicoterapia
 Zanola Gabriele

Redazione

DEPRESSIONE E IMMAGINARIO

Secco Silvano

Psicologo clinico e psicoterapeuta ITP, direttore della Rivista



Nella mente nera di un incisore (Livio Ceschin)

Il GITIM, Gruppo Italiano Tecniche Imagerie Mentale, sabato 13 novembre 2021 ha organizzato, con il patrocinio dell'Ordine degli Psicologi del Veneto, un Seminario dal titolo "Depressione e Immaginario".

Il tema della depressione è stato affrontato con la partecipazione di psichiatri e psicoterapeuti ITP da un punto di vista clinico, fenomenologico e biologico. Infatti la depressione (Codice 296 del DSM 5 ^[1]) è una malattia multifattoriale complessa dove aspetti genetici, biologici, psicologici e sociali interagiscono tra loro. Quindi la depressione richiede interventi integrati di tipo farmacologico e psicoterapico. È stato dato risalto alle caratteristiche tecniche dell'ITP (Terapia Immaginativa del Profondo) quando viene applicata in questa complicata area.

Il termine depressione è un termine ombrello che copre varie forme e manifestazioni:

- Episodio depressivo
- Disturbo depressivo ricorrente
- Disturbo depressivo persistente (Distimia)
- Depressione bipolare



- Depressione maggiore
- Depressione psicotica
- Depressione post partum
- Depressione atipica
- Disturbo affettivo stagionale
- Disturbo da disregolazione dell'umore dirompente (7-18 anni)
- Disturbo disforico premestruale
- Disturbo depressivo dovuto a condizione medica (ictus, malattia di Huntington, traumi cerebrali, Parkinson, ipotiroidismo, ipovedenti, sordità profonda).

Altrettante forme depressive o reazioni depressive le possiamo trovare innestate in tutte le sindromi complesse come la schizofrenia, la paranoia; nelle semplici malattie come una influenza o in malattie organiche quali il Parkinson.

Il DSM 5 e l'ICD 10 offrono uno sventagliamento di etichette diagnostiche in sincronia sia con le ipotetiche cause-eventi scatenanti, sia con l'intensità e durata della pletora sintomatica.

La persona quando si trova in uno stato di mal-essere regredisce, con la possibilità d'incontrare quella che Melanie Klein [2] chiamava la posizione depressiva [3]. È una posizione che ogni essere umano ha vissuto durante i primi mesi di vita. Di fatto, è come se l'individuo regredendo oscillasse tra due poli o posizioni kleiniane, quella schizo-paranoide e quella depressiva.

Il primo e più efficace rimedio, che funziona sempre anche nelle situazioni più difficili, è una buona relazione umana, caratterizzata dalla fiducia.

In questi lavori cercheremo di analizzare una tecnica psicoterapica specifica qual è l'ITP che utilizza, nella cura, le immagini che si formano durante il rilassamento dialogato profondo. Le immagini non sono mai solo visive, bensì sono il prodotto diretto ed immediato di tutti i canali sensoriali, delle emozioni e degli affetti.

Quando il dolore psicologico è impensabile, il pittore o il poeta possono renderlo visibile tramite l'immagine. Numerosi artisti, come ad esempio Goya, Van Gogh, Munch, Bacon e molti altri, con il loro lavoro creativo avviarono un vero e proprio percorso di autocura tramite la pittura. Klimt, Kokoschka e Schiele [4], vissuti nella stessa città e nello stesso periodo di Freud, utilizzarono nella loro indagine del profondo non tanto la parola quanto invece le immagini.

In ambito clinico le immagini sono utilizzate anche in altre tecniche psicoterapiche come ad esempio nelle TCC, nell'EMDR, nella Gestalt therapy, nell'ipnosi.

Bibliografia

- ✓ DSM5, Edizione Cortina, 2014
- ✓ Kandel E.R., L'età dell'inconscio, Cortina, Milano, 2016
- ✓ Klein M., Lezioni sulla tecnica, Cortina, Milano, 2020.

¹ DSM5, Edizione Cortina, 2014.

² Klein M., Lezioni sulla tecnica, Cortina, Milano, 2020.

³ Secondo Melanie Klein Il bambino nella posizione depressiva riconosce che il seno buono coincide con quello cattivo viene sopraffatto dal senso di colpa. La posizione depressiva il soggetto viene spinto a *riparare* l'oggetto che prima aveva danneggiato.

⁴ Kandel E.R., L'età dell'inconscio, Cortina, Milano, 2016

Psicoterapia con l'ITP

DISTURBO DEPRESSIVO E TECNICA ITP: UN CASO CLINICO

Schiavon Erica

Psicoterapeuta ITP, sessuologa

Nel presente lavoro si vuole affrontare il tema del trattamento del disturbo depressivo con la tecnica ITP attraverso alcune esemplificazioni tratte da imageries realizzate con la paziente T. di 24 anni affetta di disturbo bipolare che assume terapia farmacologica a base di litio.

All'inizio la terapia si è concentrata nel riuscire a favorire la presa di contatto con il vissuto depressivo, questa fase ha richiesto del tempo, in quanto T. temeva che immergersi nella depressione significasse non poter mai più ritornare a stare bene. Come molti pazienti affetti da disturbo bipolare, quindi, preferiva lo stato maniacale a quello depressivo perché considerato più vitale e costruttivo.

Gabbard (2007) descrive come la psicoterapia con tali pazienti richieda spesso di essere affiancata da una terapia farmacologica poiché: *“la maggior parte dei pazienti maniacali non trarrà benefici da interventi psicoterapici se la loro mania non viene prima controllata farmacologicamente”* (pag.231), l'autore pone in rilievo come essi si sentano deprivati dall'assunzione dei farmaci dell'euforia dei loro periodi maniacali.

Al fine di rendere chiaro il percorso svolto esso verrà descritto suddividendolo in due fasi, che corrispondono rispettivamente alla fase ristrutturante e conflittuale dell'ITP.

La «Tecnica immaginativa di analisi e ristrutturazione del profondo», o ITP, come metodo psicoterapico, consente di compiere un'esplorazione della personalità al fine di svelarne, in modo diretto, i suoi livelli e i suoi dinamismi: ne deriva un'analisi della struttura della personalità più completa e utile ai fini della presa in carico e della cura. Il ruolo del terapeuta è volto soprattutto a favorire le tendenze all'autocura e all'autosviluppo, liberate dal soggetto nel corso del processo terapeutico, ma anche quello di promuovere lo sviluppo del Sé dell'individuo. Per Rigo (1976) il senso di Sé è qualcosa di primordiale e di globale, comprensivo di molte componenti, che tendono a sintetizzarsi in unità; si manifesta molto precocemente, già nei primi mesi di vita, e rappresenta una funzione vitale fondamentale, i cui disturbi sono fonte di angoscia e di disorientamento. La personalità nel suo sviluppo e strutturazione procede per fasi, le quali vengono ripercorse nelle tappe di cura con l'ITP. Lo schema di evoluzione dell'organizzazione della personalità può essere quindi descritto mediante le fasi di cura dell'ITP: nella prima fase, quella ristrutturante, si manifestano e vengono riparati carenze e traumi precoci, nella seconda fase, quella conflittuale, si lavora sui conflitti che spesso tendono a disporsi dai più precoci ai più recenti. Nel fare questo è fondamentale osservare quali bisogni il soggetto sveli nell'imagerie, ad esempio: simbiotici, orali, di autoaffermazione, tali bisogni si manifestano sia nel corso di imageries ristrutturanti che conflittuali e richiedono interventi specifici e adeguati.

Nel percorso di cura, quindi, si ripercorrono le tappe di maturazione della personalità per quegli aspetti che non sono stati raggiunti nella vita reale, nel procedere di questo processo si osserverà una maturazione del comportamento anche all'interno delle imageries stesse. Il processo terapeutico, strutturato mediante l'applicazione del metodo ITP, del disturbo depressivo permette una flessibilità di intervento ed una personalizzazione dello stesso sulla base dei peculiari bisogni e conflitti espressi dai pazienti. Ogni paziente, infatti, manifesta la propria unicità a prescindere dalla diagnosi: lo stesso disturbo depressivo può manifestarsi nell'immaginario in modalità differenti da un soggetto ad un altro.

Prima fase

La prima fase prevista nella psicoterapia con l'ITP è quella ristrutturante, dove avviene la ristrutturazione dello Schema corporeo e la riparazione di molti aspetti carenziali e traumatici, attraverso le regressioni di età, accompagnate da realizzazioni simboliche o per mezzo delle identificazioni simboliche. I processi ristrutturanti si possono effettuare anche mediante modificazioni positive dello Scenario o la riparazione e trasformazione di aspetti deteriorati dello stesso.

Nel caso di T. la fase ristrutturante ha permesso di individuare i suoi bisogni e carenze e di, rispettivamente, soddisfarli e ripararli. In particolare, tutte le esperienze cenestesiche di dondolio hanno avuto un effetto rassicurante e hanno permesso di ristrutturare l'Io corporeo immaginario. Altri passaggi ristrutturanti sono stati: costruire nidi e prendersi cura di animali indifesi; assorbire energia da elementi della natura quali ad esempio cascata, albero, sole, pietre, fuoco; mangiare frutta fresca raccolta da lei; l'esperienza del silenzio e diverse identificazioni simboliche (es: acqua, fuoco, gabbiano, fiore, albero). Di seguito, a titolo esemplificativo verrà presentata un'imagerie in cui si è realizzata un'identificazione simbolica con il fiore di lavanda. La procedura tecnica dell'identificazione simbolica consiste nell'invitare il paziente a visualizzare un'immagine e, quando questa acquista valore positivo, identificarsi con essa. Le immagini vengono scelte in base al loro significato simbolico e, dunque, in base all'area psichica da risanare, talvolta l'identificazione avviene spontaneamente, a volte è suggerita dal terapeuta.

Imagerie ristrutturante - Agosto 2018

“Mi trovo di fronte a un cancello molto alto e grigio, con fronzoli tipo art nouveau. Entro e vedo che ci sono stagnetti, fiori selvatici, fiori da giardino: rose rosse, calle, è pieno di lavanda e ci sono le ninfee nei laghetti. Al centro c'è una fontana di marmo vecchio a tre piani concentrica (l'acqua scorre?) sì, è pulita, la tocco ed è ghiacciata e vitale (stare nella sensazione di vitalità). (Scegliere un fiore) la lavanda, la annuso e mi calma, mi dà vitalità, il profumo è fresco e buono, (identificazione con il fiore) sento che il vento mi culla (sei radicata e cullata) dondolo in sicurezza come in un'altalena, sento il sole che mi fa crescere e mi tiene in vita, sento il terreno umido (è un terreno nutriente, ricco di sostanze) mi sento nutrita (emana un profumo buono). (Approfondire le sensazioni e piano piano ritrovarsi nel giardino) trovo una panchina a dondolo e mi lascio cullare ascoltando il fruscio del vento, il canto degli uccellini, l'acqua che gocciola, il gracidiare delle rane.”

In questa imagerie torna il farsi cullare, elemento ristrutturante centrale per T. Riesce a stare in sensazioni piacevoli quali la vitalità dell'acqua, il profumo che le infonde calma, il nutrimento del sole e della terra. Non emergono particolari elementi spiacevoli o disturbanti. L'aspetto regressivo dell'essere cullata la tranquillizza e le permette di godere di tutto ciò che ha intorno, la calma e la ritmicità del dondolio consentono un alleggerimento sul piano mentale ed un abbassamento delle difese anche grazie al procedimento dell'identificazione con il fiore di lavanda.

Nella prossima imagerie è possibile rilevare come durante la fase ristrutturante T. anticipi delle tematiche conflittuali collegate allo stato depressivo che non possono però ancora essere affrontate, vedremo poi in che modo, in fasi più avanzate della terapia, sarà per lei possibile trovare nuove strategie per affrontare lo stato depressivo.

Imagerie conflittuale - Settembre 2018

“Sono in fondo a un buco in una caverna. È come una galleria verticale, dovrei uscire da là ma non so come fare, potrei con i piedi e le mani aggrapparmi alle pareti. Esco. Sotto i piedi ho una terra compatta, umida, intorno c'è tutta la roccia. Vedo ma non so da dove venga la luce. Non so se c'è uscita, non so dove andare, provo disagio (le dico di provare ad immaginare se può disporre di una pila per illuminare meglio l'ambiente). Si vedono gallerie larghissime, ognuna porta da qualche parte, tocco la parete e la roccia grigia è umida (la invito a prendere una via). Vado dentro quella centrale, vado avanti, cammino, ci sono dei pipistrelli che mi passano sopra, non ho paura. Trovo una parete con due gallerie e vado a sinistra, ci sono delle scale che scendono e sono di roccia.



Arrivo in un posto in cui è tutto nero, fa molta paura, ci sono delle ragnatele che pendono, c'è un ragno gigante che è veramente enorme e vado via (la sua scelta viene incoraggiata) risalgo il corridoio e vado a destra. Ci sono scale che salgono, c'è una stanzetta illuminata con delle sedie. Ci sono dei quadri alle pareti come quelli dei primitivi, fatti con le pelli. Per terra trovo un tappeto di pelo. Ma non sono tranquilla (le dico che arriva un animale amico per indicarle la via d'uscita) arriva un gufo che mi porta una bussola che mi indica la galleria giusta ed esco. Fuori c'è uno strapiombo con il mare. Mi tuffo, nuoto e arrivo in una spiaggia. Non sono ancora tranquilla, ho il ricordo del ragno: ho sempre paura che possa rincorrermi, è come se potesse fare tutto e raggiungermi (ora sei protetta qui nella spiaggia, il ragno non può raggiungerti, puoi rilassarti) la spiaggia è rilassante, c'è un'amaca, mi metto a farmi cullare, mi sento protetta ora".

In questa imagerie T. si trova in un buco nelle viscere di una caverna in cui si sente imprigionata, non vede una via d'uscita. Emerge presto una questione conflittuale con un'immagine di caduta. Si confronta con la paura (l'immagine del nero) e l'imprigionamento (ragnatela).

Si tuffa e nuota, arriva in una spiaggia ma non è ancora tranquilla, il dondolio dell'amaca la farà sentire protetta, al sicuro. T. si sente in balia delle sue paure, solo tornando in superficie ed allontanandosi riesce a trovare un po' di tranquillità; al momento di questa imagerie ha ancora bisogno di molte esperienze ristrutturanti per compensare le carenze e per ricevere gratificazioni al fine di acquisire la forza necessaria che le permetta di affrontare situazioni così difficili. Lei desidererebbe poter affrontare il buio, ma non è abbastanza forte: va protetta da questa spinta verso gli abissi. Nella fase iniziale della terapia viene accettata una fuoriuscita rapida, queste immagini inquietanti poi vengono affrontate successivamente. Nel progredire del percorso terapeutico vedremo come a partire dallo stesso scenario iniziale lo sviluppo dell'imagerie avrà esito differente.

Fase conflittuale

In un articolo dal titolo *Glossario dell'ITP* Rigo (1977) descrive come dopo la fase ristrutturante, in cui si rafforzano le basi dell'Io e si ristruttura lo Schema corporeo, si acceda alla fase conflittuale. In quest'ultima si presentano e vengono elaborate imageries centrate sui conflitti per le quali è necessario incoraggiare l'atteggiamento attivo dell'Io che deve risolvere situazioni angoscienti e pericolose. La fine della fase conflittuale è contraddistinta dalla risoluzione dell'aspetto sintomatico.

Le due imageries di seguito riportate permettono di evidenziare come il vissuto depressivo di T. si manifesti a livello immaginativo sia sul piano dell'ICI che dello spazio che occupa. In particolare, è possibile osservare tale vissuto osservando la postura dell'ICI: stesa a terra, senso di vertigine, imprigionata e nelle caratteristiche dello spazio: buchi, caverna buia e appiccicosa, pavimento di cemento scomodo, ambiente umido e freddo, spazi sconfinati come mare, prati, boschi e montagne.

Inoltre, essendo più forte, T. può ora attuare delle strategie di superamento ed elaborazione dello stato depressivo, senza la necessità di fuggire da esso, perché vissuto come travolgente ed inquietante.

Imagerie conflittuale - Maggio 2019

"Sono in una grotta nera e appiccicosa, c'è una pozza con dell'acqua scura (illuminare) ho una lanterna, vedo che c'è una porta a forma di fiore, la apro: è tutto buio, umido e freddo, illumino e vedo che c'è un tunnel che va dalle profondità della caverna fino a su ma è buio. Scivolo giù, vado velocissima, non riesco a vedere niente e finisco in una stanza con delle scale al centro che vanno verso il basso, scendo con la lanterna, sono lunghissime, trovo uno spazio enorme con del cemento (sei un'archeologa) ho piccone, martello, scalpello e tante scatoline (rompere per trovare qualcosa) si sgretola con facilità, sotto ci sono degli oggettini, una chiave, delle pietrine colorate, una cornice (trovi dei pezzi di qualcosa da ricomporre) trovo dei pezzettini rossi, è un cuore grande 1 metro e 20 fatto di ceramica, è recente. È una bella scultura, la prendo e inizio a salire le scale, è pieno di scale per salire. Arrivo su un prato e appoggio il cuore (si può trasformare in qualcosa?) sì, in un vaso sempre a forma di cuore, ci raccolgo le conchiglie e vicino faccio un falò, il fuoco mi dà energia, faccio la ruota, mi sento bene perché non sono mai riuscita a farla. Mi sento più leggera,

salto (tutti i movimenti che ti vengono da fare) faccio una danza attorno al falò. Mi sento come se scaricassi la negatività da braccia e gambe, adesso mi riposo e mi sento liberata.”

In questa imagerie T. effettua un movimento di discesa attraversando il buco nero. Questo rappresenta simbolicamente la possibilità di accedere alle profondità di se stessa, in cui può confrontarsi con aspetti depressivi, mantenendo il controllo della situazione. Si evidenzia come la discesa sia diversa dalla caduta, poiché esprime una volontà del soggetto e quindi un atteggiamento più attivo. Una volta giunta in profondità le viene suggerito di assumere il ruolo di archeologa per dare un senso ed una prospettiva al suo discendere. La possibilità che le si apre a questo punto è quella di trovare parti preziose di sé di cui potersi riappropriare: una chiave, elemento simbolico di apertura e passaggio e una statua a forma di cuore rotta, rappresentazione di ferite emotive che possono essere risanate sul piano simbolico attraverso la ricostruzione della statua-cuore.

Ritornata in superficie T. vede il cuore trasformarsi in un vaso in cui mette delle conchiglie, questi elementi simbolici femminili le consentono di entrare in contatto con la propria dimensione femminile. Il fuoco, successivamente, le consente di assorbire energia vitale che esprime in modo dinamico attraverso la danza ed i salti. Rispetto all'imagerie svolta in precedenza con il medesimo punto di partenza, il buco nero, qui T. riesce ad attraversare il vissuto depressivo e a ritrovare nuova forza vitale grazie alla riappropriazione e riparazione simbolica di parti di sé.

Imagerie spontanea - Novembre 2020

“Vedo una spirale, è tutto nero/viola, la spirale è di plastica lucida. Sono appoggiata per terra, il pavimento è di cemento ed è coperto di una patina di vernice nera liquida. Ci sono delle nuvole viola. Faccio il giro della spirale e su di essa ci sono delle impronte, come se qualcuno avesse toccato per terra e fatto le impronte, le prime sono normali, quelle verso la fine sono strisciate, come se avesse iniziato a correre (esplora il luogo in cui ti trovi) camminando mi accorgo che il pavimento va sempre più giù ... non sento niente, sono nel nero di vernice, persa, smarrita (c'è un modo per uscire?) vicino a me c'è una barca a vela (prova a salirci) vado via da lì, metto in moto, si spruzza vernice nera ovunque, vado avanti ma va molto piano, il mare di vernice continua, ci sono degli oggetti che galleggiano: un calamaio ed un pennino giganti, sono come sculture, belle, ma enormi. Passo vicino agli oggetti, c'è una scatola rossa e oro, la prendo perché è delle giuste dimensioni, la apro e dentro ci trovo un carillon con uno specchietto, ai lati ha dei cassettini con dentro degli anelli e dei fiori (guardarsi nello specchio) mi vedo come non mi voglio vedere, non vorrei apparire così, come imbronciata... però ora la mia espressione cambia, gli occhi sono più vivi: sono contenta di rivedermi! Ora il mare è improvvisamente di acqua, ci sono le stelle, un vento piacevole, spiego le vele e mi lascio cullare dal dondolio della barca.”

Questa imagerie rappresenta uno stato depressivo caratterizzato dalla sensazione di essere travolta (la spirale), dalla percezione di essere in un luogo pericoloso in cui si è intrappolati (la vernice) ed è impossibile muoversi. T. trova la risorsa della barca per muoversi, ma la vera trasformazione si ha nel momento in cui trova il carillon e lo specchio: quest'ultimo funge da soddisfacimento del bisogno di rispecchiamento che le dà coesione (il tema dello specchio come elemento di coesione ritorna spesso nelle imagerie di T.). È solo da quel momento che il mare non è più di vernice e può godersi il dondolio e il vento, contemporaneamente ritrova anche le sensazioni corporee. Si pone in particolare evidenza in questa imagerie la corrispondenza tra l'ICI e lo Scenario, ovvero, nel momento in cui T. ritrova coesione grazie allo specchio lo scenario cambia assumendo connotazioni positive e permettendo una partecipazione e immedesimazione completa a sensazioni cenestesiche positive. Nel libro *Inconscio e Personalità* (1982) Rigo descrive questo rapporto di reciproca interdipendenza tra l'ICI e lo Scenario e come fra questi possa avvenire un interscambio di energia psichica durante il processo terapeutico con l'ITP.

La sequenza delle imageries trascritte evidenzia un'evoluzione di T. nella possibilità di affrontare ed elaborare il proprio vissuto depressivo, ciò è reso possibile dal rafforzamento e risanamento dell'ICI avvenuto nella fase ristrutturante, che permette di affrontare la fase conflittuale attivando le risorse del soggetto in modo creativo e direzionato al superamento della sintomatologia depressiva.



L'esperienza con l'ITP, scrive Rigo (1982), corrisponde all'esperienza del proprio mondo interno attraverso un'introspezione approfondita ed allargata, che avviene in un particolare stato di coscienza, relativo a sequenze immaginative, e che viene verbalizzata, mentre è vissuta, allo psicoterapeuta. Avendo la personalità umana la capacità di autorappresentarsi in modo simbolico è evidente che l'unicità di ciascuno emerge in una condizione terapeutica che permetta una libera espressione delle immagini simboliche.

Hillman (1996) sostiene che l'anima trae origine da un'immagine ed è concepita sottoforma di immagine. L'Immaginario ci offre così la possibilità di affrontare una realtà in divenire, di uscire dal campo del conosciuto, e utilizzarlo significa darsi mezzi nuovi per crescere, raggiungere i propri obiettivi, far emergere il proprio Sé reale: «*liberando l'immaginazione perfino i gemelli identici si liberano dalla loro identità*» (*Ibidem*, pag. 190).

Bibliografia

- ✓ Hillman J. (1997), *Il codice dell'anima*, Adelphi edizioni, Milano.
- ✓ Gabbard G.O. (2007), *Psichiatria psicodinamica*, Raffaello Cortina Editore, Milano.
- ✓ Rigo L. (1976), *Persona e Psicologia del profondo* Rubrica III, «Il Fuoco», 24, 4.
- ✓ Rigo L. (1977), *Glossario dell'I.T.P.*, Supplemento a Maya n. 10, Treviso.
- ✓ Rigo L. (1982), *Inconscio e personalità*, Edizioni Il Fuoco, Roma.

Psicoterapia con l'ITP

ITP E INTERVENTI CON SOGGETTI CON DEPRESSIONE

Secco Silvano

psicologo clinico e psicoterapeuta ITP, direttore della Rivista

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

Le determinanti e il nucleo abbandonico

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

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

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

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

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

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

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

La teoria e la pratica psicodinamica con l'ITP

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Per fare un esempio tratto dalla pratica clinica, quando i neonati venivano allontanati dalla madre ed inseriti in brefotrofi, se non ricevevano adeguate cure amorevoli entro il primo anno di vita, rischiavano di morire. In Germania ad inizio novecento, uno dei maggiori brefotrofi presentava un tasso di mortalità del 71,5% entro il primo anno di vita (Schlossman, 1920). Negli Stati Uniti, durante lo stesso periodo le percentuali andavano dal 31,7% al 75%. In particolare a Baltimora, il 90% di questi bambini, moriva entro l'anno (Chaplin, 1915) e ad Albany, al Randalls Island Hospital, era del 100%.

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

Neurocezione ripetitiva

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



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

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

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

Il 118 psicologico e il dolore

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

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

La sofferenza psicologica che il paziente depresso vive è molto simile alla sofferenza creata da un dolore fisico, non tanto per quanto riguarda il coinvolgimento delle terminazioni del sistema nocicettivo, che sono specifiche per quanto riguarda il dolore fisico, quanto invece per quanto concerne le aree cerebrali coinvolte, che di fatto sono analoghe. In altri termini il bersaglio della corteccia cerebrale è lo stesso sia per quanto riguarda il dolore psicologico e sia per quanto riguarda il dolore fisico.

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

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

La tecnica ITP

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

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

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



l'evoluzione. La presenza del terapeuta ripropone sempre, almeno inizialmente, un setting di materno o holding.

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

- Colloquio iniziale
- Rilassamento digitale
- Imagerie
- Colloquio finale.

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

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

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

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

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

I cicli brevi di visualizzazione

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

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

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

Il rilassamento digitale.

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



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

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

Il rilassamento ed il senso di vergogna nella depressione

Durante una seduta con pazienti depressi può comparire durante o dopo il rilassamento un senso di vergogna. Il senso di vergogna sembra un segnalatore di un possibile esito da abuso ^[1] o in altri casi un indicatore del bisogno non soddisfatto di protezione. Altre volte è l'esito di uno stile educativo improntato sulla freddezza, svalutazione, non comprensione.

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

Pensieri disfunzionali ed emozioni disfunzionali

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

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

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

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

La rabbia

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

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

Il contributo dell'ITP nella clinica e cura delle Depressioni

La depressione metaforicamente è simile ad un diamante nero dalle molteplici sfaccettature al cui centro è posato un forte nucleo abbandonico. Questo diamante nero la persona lo incarna, incastonandolo o al centro del torace o al centro del plesso solare.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Ipotizzo come questo tipo di alterazioni dell'Immagine del corpo percepite nella molteplicità di varianti Depressive non sia l'esito di una ferita psicologica, come ad esempio avviene in esperienze



di Traumi oggettivi, come gli abusi sessuali. Sono l'esito della attivazione del *nucleo abbandonico primario* che i pazienti verbalizzano con una particolare descrizione di un senso di vuoto.

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

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

Il continuum dell'Immagine del corpo

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

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

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

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

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

È molto significativa la scena del film di Patch Adams quando, nello Scenario concreto, il protagonista ripara il bicchiere rotto del paziente ricoverato anch'egli nella clinica. La riparazione del bicchiere con una pezza (patch) consentì al paziente di sperimentare una riparazione simbolica e concreta della propria Immagine del corpo.

Il calore

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

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

È strategicamente importante, durante il rilassamento e le visualizzazioni, ricercare e poi richiamare l'ascolto della sensazione di calore vissuta anche in un solo punto del corpo, come ad esempio il ginocchio, e poi suggerire di percepire il movimento di espansione *graduale* del calore nelle altre



parti del corpo. Nel controtransfert è essenziale la parallela partecipazione del terapeuta ITP a queste esperienze del paziente.

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

Il tremore da brivido

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

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

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

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

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

I risultati ai test di personalità e misure fisiologiche condotti in una indagine ^[17] hanno dimostrato che gli ascoltatori che hanno sperimentato la pelle d'oca hanno ottenuto punteggi alti per il tratto di personalità chiamato apertura alle esperienze. Gli studi hanno anche evidenziato che le persone che possiedono questo tratto hanno una immaginazione insolitamente attiva, apprezzano la bellezza e la natura, riflettono profondamente.

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

Il deficit di contenimento

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

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

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

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

Il senso di vuoto

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

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

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

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

Iperincarnazione

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

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

Quando iniziare l'intervento con l'ITP

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

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

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

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

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

La determinante ipersensibilità

L'ipersensibilità può provocare nella persona con depressione delle reazioni di iper o ipo arousal, questo dipende dal tipo di legame che si è sviluppato con il caregiver di riferimento. Per tal motivo



sarà importante come si svolgerà il lavoro con lo psicoterapeuta sia durante il colloquio, sia durante la parte dedicata al rilassamento e alla fase di Imagerie di tipo ristrutturante.

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

In tutti i soggetti con psicosi e anche in soggetti autistici la carenza maggiore concerne proprio la pelle psicologica. Nei soggetti con diagnosi disturbo di personalità borderline e disturbo narcisistico troviamo una effrazione di questa barriera. In altri termini se nello psicotico e nel depresso tale barriera risulta deficitaria o assente, nei soggetti borderline appare ferita con numerose effrazioni e buchi.

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

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

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

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

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

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

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

L'attenzione alla cura della quotidianità

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



Lo psicoterapeuta ITP dovrà, durante le fasi del colloquio psicologico immaginativo sia iniziale che finale [24], aiutare il paziente ad assumere atteggiamenti propositivi, attivi rispetto alle situazioni contingenti. Dovrà aiutare il paziente a costruire atteggiamenti di posizionamento e di radicamento, sia di tipo difensivo sia di azione o contrapposizione.

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

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

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

La passività positiva e negativa durante la seduta ITP

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

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

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

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

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

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

Il ritmo delle sedute

Alcune volte il ritmo di seduta deve prevedere un distanziamento, ad esempio una seduta ogni 15 giorni. Questo perché per il paziente l'entrare in contatto con il mondo emotivo è vissuto come rischioso; la depressione e la connessa reattività, come nel caso di Br che viene presentato in questo



lavoro, sembrano una barriera patologica di contatto protettiva dell'Io, che si sente minacciato dalle emozioni.

Il tempo della seduta

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

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

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

Il viraggio

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

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

Il bisogno di attaccamento

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

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

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

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

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

L'orientamento

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



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

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

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

Le energie e le risorse

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

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

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

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

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

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

Casi clinici

Fr, caso con depressione mascherata

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

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

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

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

G, caso con disturbo bipolare e bouffées psicotici

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

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

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

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

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

Br, caso con depressione maggiore e stati d'angoscia

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

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

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

Durante la 4 seduta la signora descrive una sensazione di peso e tensione al petto, si sente molto in ansia. Le chiedo quali parti del corpo senta rilassate, mi risponde che percepisce rilassati solo i piedi e un po' le gambe. Suggerisco di ascoltare solo queste parti del corpo proponendo così brevi



approfondimenti di ascolto di queste parti del corpo nominandole più volte. Questo lavoro le ha consentito di sentire sensazioni di leggerezza ai piedi e alle gambe con espansione a tutto il corpo.

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

Durante la 9 seduta dopo il rilassamento positivo, non avendo immagini spontanee di partenza ho chiesto alla signora di ascoltare le sensazioni di tranquillità e lasciarle trasformare in una immagine o Scenario. Immagina spontaneamente una collina, lei si sente sulla sommità e da lì riesce a guardare il panorama. Approfondiamo le sensazioni degli appoggi ai piedi, le posizioni del corpo immaginato sulla sommità (= espressione della posizione di controllo dell'Io nello Scenario). Acuiamo le sensazioni dello sguardo che si estende nello spazio dello Scenario fino ai suoi confini, consentendo così una esperienza di espansione dell'Essere, contenuto comunque dai confini dell'orizzonte. Uscita dal rilassamento afferma che per la prima volta, durante il rilassamento, che si è sentita bene, non ha provato ansia. In altri termini la visualizzazione ha contribuito a produrre degli effetti positivi di rilassamento e di ristrutturazione dell'Immagine del corpo. Lo Scenario con il suo ampio spazio immaginario, posturale e visivo, ha provocato inoltre una sedazione naturale del suo stato d'ansia.

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

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

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

Em, con depressione reattiva

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

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

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

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

Durante il colloquio successivo al sogno racconta: *I miei genitori mi fanno sentire inadeguata... in questi anni mi è venuta la paura di prendere l'ascensore... un giorno stavo per entrare in una*



galleria, ero incinta del primo figlio e mi son detta non entro... mi era capitato quando ho iniziato ad avere un po' di pancetta e mi son detta non controllo la pancia... poi mi son ricordata della terapia con te e mi sono rilassata, così mi sono calmata... avevo paura di rimanere intrappolata.

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

Caso M. L.

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

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

Sogni:

- *"I miei genitori mi nascondevano qualcosa... che ero stata adottata ^[39]... non ero loro figlia... nel sogno ho vissuto una crisi d'identità e me la sono presa con loro... poi partiamo... no... l'ho scoperto dopo che eravamo andati in una crociera e dovevamo prendere un appartamento della nave";*
- *"Dovevo assolutamente spostarmi e andare in un posto tramite l'auto (nella realtà sta progettando di prendere la patente e ha iniziato a fare le prime guide con il padre e un amico della sua età)... io non so guidare... provavo a guidare sbattendo di qua e di là... andavo storta... mi dicevo: devo fare veloce ma devo stare attenta... in qualche modo alla fine riesco ad arrivare".*

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

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

c'è un paese con case illuminate dove fanno festa (compare un fantasma di esclusione e di isolamento... suggerisco quindi che in questo Scenario compaia un animale che la possa guidare, orientare per allontanarsi da questa situazione)... è una renna... la seguo... mi porta lungo un sentiero e mi allontanano dal villaggio... (suggerisco che la renna la conduca nella sua tana dove ad



aspettarla ci sono i cuccioli)... *la tana è una casa... dentro c'è una atmosfera festosa c'è caldo... ora però ho sonno e provo stanchezza* (suggerisco di trovare un giaciglio e sentire il suo corpo la sensazione di calore e il contatto con i corpicini dei cuccioli mentre la renna adulta controlla l'esterno)".

Soggetti oncologici

Caso A. con tumore

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

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

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

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

Sogno:

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

Imagerie:

"Mi trovo in un museo, non riesco a vedere cosa rappresentano i quadri, riesco a descrivere solo le cornici ... Entro in un'altra stanza ci sono delle statue che sembrano dei morti, sono bianche. Ci sono delle teste ... mi danno fastidio romperle sarebbe un sacrilegio ... entro in un'altra stanza, è vuota ... Viene suggerito di andare in un'altra stanza e trovarvi un pezzo di marmo da lavorare. Il suo è un lavoro lungo e vissuto di modellamento della propria Immagine del corpo, alla fine riesce a ricavarne una figura femminile che le assomiglia, la lavora fino al bacino e poi si ferma perché stanca, spossata "... le mani sono attaccate alla materia... mi riposo... ora continuo mi sento soddisfatta... l'ho terminata... la guardo... ho sensazioni di fastidio... Esco dal museo, c'è un cavallo... Gli offro del mangiare... sento la sua vicinanza il contatto... lo accarezzo... rimango appoggiata... mi sento stanca".

Caso B. con tumore

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

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

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



appoggi della schiena disse di vedere un'altra Sé. La vedeva ma non la sentiva. Una dimostrazione concreta, questa, di scissione.

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

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

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

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

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

ITP con anziani

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

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

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

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

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

Nella quinta seduta la signora produsse spontaneamente delle immagini dove il ricordare equivale di fatto ad un rivivere: *"Ho tante immagini che vengono... ricordo quando sono andata sulla montagna X... ero piccola, mia mamma mi mandò a prendere un panino... io andai, ma mi vergognavo... ricordo un panino con la mortadella... lo mangiavo..."* propongo approfondimenti, la signora passa dalle cinestesie piacevoli al tentativo parzialmente riuscito di soddisfazione delle pulsioni orali: *"Poi ricordo che stavamo tornando dalla montagna in treno con mio marito e altri amici ci divertivamo... ricordo l'allegria... la spensieratezza... mi facevano rilassare quelle"*



sensazioni... propongo approfondimenti circa queste sensazioni... *Era proprio bello, la cosa più bella è stato quando ho mangiato un salame con le mani senza la forchetta e il coltello... ho ancora le sensazioni del mordere con i denti... di affondare i denti...* Vengono proposti molti approfondimenti delle sensazioni partendo dai suoi ricordi, anche perché permettono la elaborazione delle pulsioni sadico-oralì che, considerati i suoi disturbi d'asma, sono di estrema importanza.

Prima di iniziare la sesta seduta, durante il colloquio iniziale, la signora raccontò che con la figlia stava andando bene e lei stessa sentiva maggiore fiducia nelle proprie capacità. Affermava poi che aveva cercato di capire di più la figura di suo padre, ovvero aveva compreso di aver ricevuto il suo affetto: *"Ho ricordato la tenerezza di mio padre"*. Inizia poi la sua Imagerie con un ricordo: *"... ero su una funivia con una mia amica... - è interessante osservare qui la sintesi, provocata dalla salita, di eventi e di simboli: "... andavamo dai mille ai tremila metri... sopra prendevamo il sole... non era né caldo né freddo..."*. La signora si trova in una situazione di soddisfazione totale: *"... poi le montagne... tutte le vette... la neve veniva fatta volare dal vento... mi dava la sensazione di leggerezza..."*. Vengono proposti molti approfondimenti relativamente alla respirazione partendo dalle sue sensazioni di leggerezza: *"... poi la luce... la neve che riflette la luce... è bianca... un bianco particolare... sembra la luce di Dio... Poi ricordo quando siamo ritornate alla funivia ho avuto un attimo in cui un battito mi è mancato... ho visto nero..."*. Viene ripreso il rilassamento e riproposte le sensazioni positive provate poco prima cercando di ristrutturare l'Immagine del Corpo, intaccato dallo choc (= *ho visto nero*) che aveva in sé molteplici valenze e provenienze di tipo depressivo, ma anche abbandonico. Uscita dal rilassamento, durante il colloquio conclusivo afferma: *"Mi sento bene, non volevo uscire dal rilassamento"*. La signora sembra aver intuito la similitudine tra il rilassamento e la vita uterina: *"Ho capito che la vita è bella... vale la pena di viverla... mi ero messa come limite i 75 anni... ma ora voglio vivere di più..."*. La signora, dicendo questo, affermava che la sua vita e la sua morte, intese come nascita, erano state riattivate e sostenute dalla relazione affettiva-umana contenuta nella terapia.

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

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

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

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



Il soggetto in psicoterapia con l'ITP, durante le *regressioni simboliche* costruisce liberamente lo Scenario e l'onirodramma partendo da analogie, da simbologie che giacciono assopite nel suo Immaginario.

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

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

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

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

Bibliografia

- ✓ Balint M., "La regressione", Cortina, Milano 1983.
- ✓ Bion W. R., Apprendere dall'esperienza, Armando, Roma, 1962.
- ✓ Dersh J., Gatchel R.J., Mayer T.G., Polatin P.B., Temple O.W. (2006). Prevalence of psychiatric disorders in patients with chronic disabling occupational spinal disorders. *Spine*, 31, 1156-1162.
- ✓ Freud S., Breurer J., Studi sull'isteria, Boringhieri, 1989.
- ✓ Fuchus T., Ecologia del cervello, Astrolabio, 2021.
- ✓ Gaskin M. E., Greene A.F., Robinson M.E., Geisser M.E. (1992). Negative affect and the experience of chronic pain, *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 707-713.
- ✓ Grandin T., "Pensare per immagini", casa editrice Erickson.
- ✓ Kandel E., L'età dell'Inconscio. Arte, mente e cervello dalla grande Vienna ai nostri giorni, Cortina, Milano, 2017.
- ✓ Klein M., Lezioni sulla tecnica, Cortina, Milano, 2020.
- ✓ Mee S., Bunney B.G, Reist C., Potkin S.G., Bunney, W.E. (2006). Psychological pain: a review of evidence, *Journal of Psychiatric Research*, 40, 680-690.
- ✓ Pankow G., L'uomo e la sua psicosi, Feltrinelli, 1977.
- ✓ Porges S., La guida alla teoria polivagale, Giovanni Fioriti, 2018.
- ✓ Schilder P., Immagine di Sé e schema corporeo, Pgreco Hoepli, 2019.
- ✓ Secco S., Il Doppio. Il nostro gemello invisibile, Psiconline, 2007.
- ✓ Sechehayé M., "Diario di una schizofrenica", Giunti, 2006.
- ✓ Siegel D., La mente relazionale, Cortina, 2013.
- ✓ Winnicott D. W., Sviluppo affettivo e ambiente, Armando, 2013.
- ✓ Ferenczi S., "Il bambino indesiderato e il suo istinto di morte". Vol.4. Cortina "Opere" 1929.
- ✓ Ogden P., Fischer J., "Psicoterapia sensomotoria. Interventi per il trauma e l'attaccamento", p 231, Cortina, 2016.



- 1 Kandel E., L'età dell'Inconscio. Arte, mente e cervello dalla grande Vienna ai nostri giorni, Cortina, Milano, 2017.
- 2 Winnicott D. W., Sviluppo affettivo e ambiente, Armando, 2013.
- 3 Klein M., Lezioni sulla tecnica, Cortina, Milano, 2020.

- 4 Spitz R., Il primo anno di vita del bambino, Giunti, 2009.
- 5 Porges S., La guida alla teoria polivagale, Giovanni Fiorit, 2018.
- 6 Neurocezione è un termine coniato da Stephen Porges.
- 7 Questi argomenti e frasi sono stati ripresi dalla Rivista Psycomed, 2019)
- 8 Gaskin M. E., Greene A.F., Robinson M.E., Geisser M.E. (1992). Negative affect and the experience of chronic pain, *Journal of Psychosomatic Research*, 36, 707-713.
- 9 Dersh J., Gatchel R.J., Mayer T.G., Polatin P.B., Temple O.W. (2006). Prevalence of psychiatric disorders in patients with chronic disabling occupational spinal disorders. *Spine*, 31, 1156-1162.
- 10 Mee S., Bunney B.G, Reist C., Potkin S.G., Bunney, W.E. (2006). Psychological pain: a review of evidence, *Journal of Psychiatric Research*, 40, 680-690.
- 11 Le immagini non sono mai solo visive, bensì alla loro formazione partecipano tutti i canali sensoriali.
- 12 Gli abusi possono essere di vario tipo: sessuale, violenza fisica, emotivo, affettivo.
- 13 Alfred Kozybski.
- 14 Freud S., Breurer J., Studi sull'isteria, Boringhieri, 1989.
- 15 Curvatura della cavità popliteo o fossa poplitea.
- 16 Schilder P., Immagine di Sé e schema corporeo, Pgreco Hoepli, 2019.
- 17 Rivista Psychology of music.
- 18 Fuchus T., Ecologia del cervello, Astrolabio, 2021.
- 19 Siegel D., La mente relazionale, Cortina, 2013.
- 20 È probabile che molti degli adulti che noi vediamo come depressi abbiano avuto una storia di bambini con forme di ADHD o altro disturbo del neurosviluppo così come viene descritto oggi nel DSM 5.
- 21 Grandin T., "Pensare per immagini", casa editrice Erickson.
- 22 Bion W. R., Apprendere dall'esperienza, Armando, Roma, 1962.
- 23 Pankow G., L'uomo e la sua psicosi, Feltrinelli, 1977.
- 24 Ricordo che la seduta ITP si compone di tre fasi: il colloquio iniziale, la parte dedicata all'imagerie in poltrona, il colloquio finale.
- 25 Sechehayé M., "Diario di una schizofrenica", Giunti, 2006.
- 26 Vedi anche Balint quando parla di difetto di base (The basic fault, 1968) termine con il quale egli indica un disturbo precoce delle relazioni oggettuali. Balint M. (1968), The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression, Tavistock, London [trad.it. "Il difetto fondamentale" in "La regressione", Cortina, Milano 1983. Interessante anche Ferenczi S. (1929), "Il bambino indesiderato e il suo istinto di morte". Vol.4. Cortina "Opere".
- 27 Ogden P., Fischer J., "Psicoterapia sensomotiva. Interventi per il trauma e l'attaccamento", p 231, Cortina, 2016.
- 28 La capacità riflessiva è la capacità che un individuo apprende precocemente nella relazione con un caregiver significativo di pensare le emozioni, di pensare i pensieri.
- 29 Secco S., Il Doppio. Il nostro gemello invisibile, Psiconline, 2007.
- 30 Freud nel 1908 introduce il concetto di romanzo familiare. La persona, per lo più nella fase preadolescenziale, di fronte alla disillusione delle immagini genitoriali idealizzate fantastica o sogna di essere un orfano, un figlio illegittimo, un bambino sottratto dalla famiglia vera. È una strategia inconsapevole utilizzata per vendicarsi dei genitori. Consente quindi la manifestazione dell'odio che è l'altra faccia dell'amore di tipo simbiotico e abbassa i livelli di angoscia determinati dalla riattivazione del Complesso d'Edipo. Il romanzo familiare quindi funziona come un fattore protettivo, stimola la creatività perché induce ad esempio la persona a scrivere.



Psicoterapia con l'ITP

IL SÉ DEPRESSIVO E L'INTERVENTO CON LA TECNICA IMMAGINATIVA ITP

Zanetti Ivana

Psicologa psicoterapeuta ITP. Presidente GITIM. Direttore della Scuola di Psicoterapia ITP

Il Sé depressivo

Parlando di depressione, spesso si mettono in primo piano i disturbi dell'umore, a spese delle componenti immaginali, cognitive, comportamentali e sensoriali, che non hanno meno importanza nella fenomenologia della depressione.

In primo piano si evidenzia: la tristezza, la mancanza di energia, l'anedonia, gli affetti dolorosi, mentre sono repressi i sentimenti positivi, come la gioia.

Si osserva spesso molta sensibilità all'abbandono. La perdita e l'abbandono rappresentano spesso i temi più importanti nella depressione.

Nelle personalità depressive prevale la convinzione, secondo quanto illustrato da Nancy McWilliams^[1], "di essere cattivi, di essere distruttivi". Le personalità depressive si lamentano della propria avidità, rabbia, invidia. Hanno tratto dall'esperienza di perdita la convinzione che ci sia qualcosa in loro che allontana l'oggetto, e che loro si meritano questo allontanamento. Il senso di colpa è spesso elevato. C'è quindi spesso una forte autocritica e le critiche possono essere devastanti. Vi è la tendenza a rivolgere verso sé stessi sentimenti negativi, segno di un'aggressività rivolta verso l'interno.

Sono molto presenti le tematiche narcisistiche, il disturbo dell'autostima, la fragilità narcisistica (area del Sé fragile). Un altro aspetto della depressione è infatti la fragilità narcisistica. Le personalità depressive sono molto suscettibili, e possono essere devastati dalle critiche (McWilliams, op. cit.). Tendono ad accogliere nelle valutazioni altrui solo la parte in cui si accenna le loro mancanze.

Il Sé depressivo si manifesta con sentimenti disforici di colpa, fallimento e inutilità, con la sensazione di non disporre più della propria autonomia e del proprio potere, come osserva Glen Gabbard ("Psichiatria Psicodinamica", pag. 220)^[2]. Ciò che si sente perduto è il proprio Sé o parte del proprio Sé. È il venir meno di un senso di sé positivo ed efficiente. La personalità depressiva può avere anche un senso di sé chiaro ma dolorosamente negativo. Il mondo esterno è impoverito dalla mancanza dell'oggetto.

Secondo Sidney Blatt^[3], ci sono due tipologie di depressione: la depressione anaclitica e la depressione introiettiva.

Depressione anaclitica: prevalgono sentimenti di impotenza, solitudine, fragilità correlata a paura cronica di abbandono e di mancanza di protezione. C'è una grande vulnerabilità alla perdita e alla separazione. Prevale il desiderio di essere accuditi, protetti, nutriti, amati. I pazienti di questo tipo si sentono vuoti e vivono la paura di essere abbandonati. A livello delle relazioni c'è molta vulnerabilità rispetto alla rottura delle relazioni familiari; la depressione si rivela come sentimento disforico di abbandono, perdita e solitudine.

Depressione introiettiva: caratterizzata da senso di inutilità, fallimento, inferiorità e colpa. Particolarmente autocritici, questi pazienti soffrono per una paura cronica della critica e della disapprovazione da parte di altri, sono caratterizzati da sentimenti di disperazione, inadeguatezza, senso di colpa. Eccessivamente perfezionisti e competitivi, si sentono di avere necessità di

raggiungere risultati importanti a livello scolastico e professionale. I pazienti depressivi introiettivi prestano una significativa autocritica punitiva e continua, senso di colpa, senso di fallimento ed inutilità.

Alcuni autori (Westen, Shedler) hanno comunque individuato a livello empirico personalità con caratteristiche sia anaclitiche che introiettive (“PDM 2”, pag. 169) [4].

Il Sé corporeo e il Sé Luciferino

L’esperienza del Sé depressivo è un fenomeno innanzitutto corporeo. Quando la persona è in uno stato di depressione, sono importanti i disturbi vegetativi: l’alimentazione e il sonno. A livello corporeo il paziente si presenta ripiegato; la motilità è ridotta, la voce piatta e monotona, spesso roca e bassa. Vi è una diminuzione di gesti spontanei e una visibile mancanza di mimica facciale.

Possono esserci: gravi debolezze, stanchezza, astenia (il depresso non si alza dal letto, non va al lavoro, non si occupa delle semplici attività della vita quotidiana... non si dedica a semplici e piacevoli attività: passeggiare, fare la spesa, leggere, eccetera). È un vissuto che fa più riferimento alla carenza che al conflitto.

Secondo Alexander Lowen [5]: “La persona depressa ha perso il contatto con il proprio corpo”, “è un Sé corporeo che è privato della sua energia”. La persona depressa “non sta in piedi sulle proprie gambe”, prevale il bisogno di appoggio; la depressione è perdita di una forza interna e perdita di attività all’esterno. Secondo Lowen (“La depressione e il corpo”, pag. 57) [5], c’è la negazione di trarre piacere dal corpo. Quindi è particolarmente importante riattivare le forze vitali. L’autore ci porta a riconsiderare il corpo e riconoscere il bisogno di appoggio che deve essere trattato. La persona depressa cerca fuori di sé la soluzione, non ha sede in sé stessa. Lowen parlerà di “grounding”, bisogno di ancoramento al suolo. Lowen utilizzerà un intervento rivolto direttamente sul corpo; la Tecnica Immaginativa che noi proponiamo è invece un intervento sull’Immagine del corpo.

Il “Sé Luciferino” dello psicoanalista Davide Lopez [6]: il paziente depresso è dominato dal Sé Luciferino, nozione che sostituisce quella di Super-Io sadico. Il concetto interessante è la complicità tra il Sé Luciferino – volontà di potenza distruttiva – e il Sé fragile del bambino, debole e pauroso.

All’interno di una visione psicoanalitica l’autore insiste sulla necessità della consapevolezza che vada a sostituire il crudele Sé Luciferino, volontà di potenza distruttiva. Il progetto terapeutico è quello di liberare il Sé fragile che cade tra le braccia del mostro, cioè del Sé Luciferino, che deve essere tacitato.

Al culmine della grandiosità c’è la depressione. Lopez la vede come un risvolto della mania, come una caduta sulla “via di Damasco”. Per questo vede la depressione come un rito di passaggio. Si tratta di sostituire l’ipercritica con l’amorevole consapevolezza e scindere il legame tra Sé Luciferino e Sé fragile.

La depressione è stata collegata da vari autori (McWilliams, “La diagnosi psicoanalitica”, pag. 258) [1] ad una perdita precoce, che tuttavia spesso non è reale ma psicologica, in cui il bambino è costretto a rinunciare alla dipendenza prima di essere pronto. Nell’esperienza con i bambini abbiamo confermato quando le tematiche depressive si definiscano in relazione alle difficoltà materne a lasciar crescer il bambino. Nella teoria freudiana si ipotizza una perdita prematura, compreso uno svezzamento precoce. I depressi sono spesso sovrappeso, quindi con fissazione orale. Nella visione più narcisistica, c’è una carenza empatica. L’abbandono, emotivo o reale, secondo molti teorici finisce per indurre tematiche depressive.

Spesso è stato rilevato come sia potente la depressione di un genitore; i pazienti depressi potevano sentirsi in colpa quando rivolgevano le più semplici richieste, per timore di esaurire il genitore.

Gabbard definisce la depressione come un “disturbo dell’autostima nel contesto di relazioni interpersonali fallimentari”. Queste relazioni dell’infanzia vengono interiorizzate e possono successivamente, in età adulta, essere riattivate con l’esordio di disturbi affettivi maggiori (Gabbard, op.cit., pag. 220).

A proposito della diffusione della depressione, Nancy McWilliams (op. cit., pag. 261) afferma che in una società in cui le emozioni dolorose possono essere ignorate (mancanza di tempo, divorzi, uso degli psicofarmaci), non c'è da meravigliarsi che aumentino le depressioni anche giovanili, così come l'abuso di sostanze o il gioco patologico.

“Non sembra che gli esseri umani siano stati equipaggiati per gestire tanta instabilità nelle relazioni come quella che la vita di oggi propone” (McWilliams, op.cit., pag. 261).

L'immaginario della Depressione, l'Immaginario antropologico: il nero e l'abisso, la caduta

Al test di Rorschach ci sono degli indicatori significativi: le risposte che utilizzano il nero e il chiaroscuro determinano quello che è detto “choch al nero”, legato ad una “perturbazione disforica”. In Exner ci sono gli indici relativi alla Depressione (indici DEPI e CDI).

Secondo Durand ^[7], la reazione al nero è stata considerata “angoscia dell'angoscia”.

Ippocrate (460/370 a.C.) introduce la “melancholia”, termine derivante da mélas (nero) e cholé (bile), dunque la “bile nera”, male che non era considerato psicologico bensì corporeo, con origine per l'appunto nella bile.

Depressione significa letteralmente spingere giù, premere verso il basso.

Il nero è nel titolo dell'opera di Livio Ceschin “Nella mente nera di un incisore”, che è stata (per gentile concessione) il manifesto del Seminario GITIM “Depressione e Immaginario” (13 novembre 2021).

Nelle esperienze immaginative è frequente la comparsa del nero negli stati di depressione: un personaggio vestito di nero, il cielo nero, un luogo nero, l'abisso, l'Oscuro.

La depressione vespertina è presente in tutti i popoli ed è in relazione alla “notte nera”. Le tenebre sono nefaste. Le notti e il buio sono infatti il primo simbolo del tempo che scorre. La notte nera rappresenta la sostanza stessa del tempo e l'angoscia del tempo, che ci conduce inesorabilmente alla fine dei nostri giorni. Secondo Mircea Eliade “il tempo è nero perché è irrazionale, senza pietà”. Potremmo dire anche che l'inconscio è rappresentato da oscurità e tenebre. Ritroveremo tutto ciò nelle immagini dei pazienti che vivono l'esperienza immaginativa.

La notte si colora di mostri e di visioni malefiche. Le festività notturne sono una traccia di questa misurazione del tempo. La notte suscita spesso angoscia, ma nella notte si svolgono anche i riti di rinascita. La notte oscura e il buio raccoglie tutti i motivi inquietanti. Il diavolo è quasi sempre nero, e si nasconde nell'oscurità.

La caduta: epifania dell'angoscia umana

Un'altra “epifania immaginata dell'angoscia umana”, dice Gilbert Durand ^[7], è data dalle immagini di caduta; la caduta è legata alle tenebre e all'agitazione. La nascita sarebbe la prima esperienza della paura di cadere. Nelle Terapie Immaginative è molto evidente il tema della caduta; si manifestano scene di caduta che possono anche arrivare a scene infernali. La caduta che riassume gli aspetti nefasti del tempo si trova nelle mitologie: Icaro, Adamo, Fetonte, Lucifero... tutti cadono o precipitano.

Come nota Durand, “l'abisso non è un nome d'oggetto”, è un “aggettivo psichico”.

Il superamento della caduta si ha nella “discesa”. Ricordiamo la discesa agli inferi di Dante, e di Cristo stesso. Nelle Imagerie dei pazienti depressi avremo delle Sedute Immaginative spesso drammatiche di Caduta, e delle esperienze più costruttive di Discesa.



Immagini a tema depressivo

- Il disegno di V. (una giovane paziente)

V. raffigura sé stessa in un buco nero, ripiegata su di sé, senza forza; al di sopra ci sono i piedi di chi sta bene e può camminare (appoggio solido al suolo dei piedi).

- Il sogno di T.

Vede il figlio precipitato in un abisso nero, profondo; vorrebbe salvarlo ma non riesce. Ne è angosciata. Questa immagine ha a che fare con il tema della “cattiva madre”. T. si definisce infatti tale, a causa della sua depressione e delle richieste che lei fa, in contrasto con le tendenze dei figli.

- Immagine spontanea di T. all’inizio di una esperienza Immaginativa

Immagina una bambina su uno sfondo indefinito nero: sta per perdersi. L’immagine è angosciante. Sente che la deve salvare. L’immagine spontanea sarà ripresa nel corso della Seduta Immaginativa e la paziente si attiverà in un “salvataggio”, con la guida della Terapeuta (terapia Immaginativa dialogata).

- Immagine: la selva oscura

La “selva oscura”, di dantesca memoria, è luogo di smarrimento, ma anche di speranza.

- L’immaginario del Poeta

*Spesso il male di vivere ho incontrato:
era il rivo strozzato che gorgoglia,
era l'accartocciarsi della foglia
riarsa, era il cavallo stramazzato.
Bene non seppi, fuori dal prodigio
che schiude la divina Indifferenza:
era la statua nella sonnolenza
del meriggio, e la nuvola, e il falco alto levato.*

Eugenio Montale, da Ossi di seppia, 1925

Nell’immagine del poeta, la vita stessa si svuota e perde senso; manca l’entusiasmo, non si provano sentimenti. L’acqua è l’origine di tutte le cose, considerata veicolo e origine di ogni forma di vita; il fiume rappresenta la vita umana e le fluttuazioni dei desideri e dei sentimenti.

Ma il simbolo acqua è ambivalente: il rivo è strozzato e la foglia è riarsa... queste immagini poetiche diventano simbolo dell’energia costretta o impoverita. Qui vediamo il blocco, l’ingorgo psichico, e la mancanza, l’impoverirsi dell’energia psichica

Qui il distacco emotivo viene visto dal poeta come una soluzione... questo distacco emotivo è tuttavia molto pericoloso.

La proposta dell’Immaginario e le Tecniche Immaginative

L’uomo, prima di concettualizzare i suoi desideri, i suoi bisogni, ha prodotto immagini simboliche. Ha espresso questo nella mitologia, nei riti, nelle leggende, nelle cosmogonie, nella religione, nel teatro, nella letteratura.

Santa Teresa D’Ávila, per penetrare meglio nel mistero dell’anima, ricorre ad un’immagine: “la nostra anima è come un castello...”. Santa Teresa utilizza un’immagine, una metafora, quella del castello con le sue parti in alto in basso... fino alla camera centrale in cui l’anima incontra Dio.

James Hillman [8] dice che il compito della psiche è “fare immagine”... “le immagini fantastiche sono a un tempo le materie prime e i prodotti finiti della psiche, e costituiscono il modo privilegiato d’accesso alla conoscenza dell’anima”.

L’Immaginario non è vuota fantasticheria, ma funzione biologica del divenire. Nessun atto creativo ci sarebbe senza capacità immaginativa.

Le immagini sono più vicine alle emozioni del pensiero. Curare tramite le immagini è incidere sullo stato affettivo della persona. L’utilizzo delle Immagini e la loro relazione con lo stato emotivo sono stati ampiamente dimostrati, e così la possibilità di modificare lo stato emotivo attraverso le immagini è noto e praticato a partire da vari autori, da Desoille in poi [9].

Ecco, per esempio, che l’esperienza dell’ascesa e della discesa, del movimento ascensionale nello spazio dell’immagine induce un cambiamento psichico: se la discesa è collegata all’angoscia, la salita è legata a stati euforici. Ma più in generale è il movimento nell’Immagine, come vedremo, che porterà delle modifiche a livello dell’emozione del Soggetto.

Il fatto di parlare di immagini, Immaginario nella tecnica ITP [10] non prescinde dal corpo, o meglio da quella che chiamiamo l’Immagine Corporea, che rappresenta il vissuto sensoriale ed emotivo del Soggetto. Il paziente è nella seduta immaginativa del tutto “presente”, con le sue sensazioni corporee. Senza una significativa partecipazione corporea non vi è immagine significativa, nel senso di “trasformativa”.

La condizione che si crea consente l’emergere di immagini fortemente partecipate sul piano emotivo e sul piano della sensorialità: immagini visive, sonore, ma prima ancora tattili, chinestesiche, cenestesiche, come in un “sogno da svegli”. Il Soggetto, a livello dell’Io Corporeo Immaginario, non “si vede” ma “si sente” vivamente nella vicenda immaginativa.

La caratteristica delle Tecniche Immaginative dialogate è data dalla presenza del terapeuta, che interviene e, come una buona madre (transfert positivo), sa sintonizzarsi sui bisogni e autorizza le gratificazioni che vengono interiorizzate. Non bisogna trascurare l’importanza della sincronizzazione sui bisogni, espressi in modo simbolico, e realizzati in modo simbolico con l’aiuto del terapeuta.

Utilizzo dell’Immaginario nella depressione

Lo stato emotivo della depressione, accompagnato da un vissuto corporeo di inattività, debolezza, bisogno di appoggio (Lowen) [5], emerge nelle Immagini, che sono immagini di caduta e di ricerca di appoggio.

Le Immagini Mentali di un depresso sono spesso spiacevoli, sia per quanto riguarda l’immagine vera e propria, sia per quanto riguarda lo stato d’animo collegato. L’autorappresentazione del Sé depressivo è un sé distrutto, povero, senza consistenza, disinvestito, bisognoso di appoggio, incapace di stare in piedi. Bisognerà dar ascolto a questi bisogni, parliamo dei bisogni regressivi e della loro soddisfazione. Nelle immagini autorappresentative emerge il disinvestimento, la svalutazione, l’inconsistenza corporea, la preoccupazione del deterioramento.

L’istanza riparativa si attua a partire dal recupero delle prime esperienze di coesione, integrità, completezza. La terapia immaginativa parte dal Corpo, o meglio dall’Immagine del Corpo. Innanzitutto il rilassamento, che è un’esperienza corporea, di “sentire il corpo”... Già il rilassamento corporeo produce sensazioni di “presenza” coesione, integrazione corporea, che sono il contrario della distorsione, della frammentazione, ecc. L’esperienza immaginativa vissuta e partecipata poi consentirà la vera riparazione.

Quello che è importante, prima ancora di rilevare la coscienza dei propri bisogni, (che nella persona depressa dipendente non c’è) è il riconoscimento da parte del terapeuta e la riparazione. Bisogna ascoltare il proprio corpo e il proprio benessere a livello immaginario, accompagnati dal terapeuta.



La ristrutturazione

È importante ricostruire l'immagine di sé e il Sé corporeo che prova malessere.

L'ITP non si propone di "ricondizionare" o indurre uno stato emotivo positivo al posto di uno negativo, con l'uso di immagini indotte, ma di modificare le radici in cui si sono definiti "i fantasmi" originari, alla base del disagio.

Non si tratta di una semplice induzione o modifica, con la proposta di una immagine positiva contrapposta a una negativa, ma di una vera e propria trasformazione di quello che chiamiamo il "fondo fantasmatico", in cui carenze e conflitti si sono cristallizzati e interiorizzati; non si tratta di una "sostituzione di Immagini", ma di una trasformazione vera e propria del fondo fantasmatico.

Immagini del Sé depressivo - Autorappresentazioni

Vediamo per cenni, brevi flash, alcune immagini iniziali durante la Seduta Immaginativa con l'ITP di una paziente con depressione maggiore ricorrente, che dura da molto tempo.

Imagerie: il fiore

Le viene proposto di "immaginare un fiore". È una proposta molto comune, che sollecita facilmente una immagine autorappresentativa.

Immagina un tulipano rosso. Lo descrive bello, positivo nel colore, in una bella giornata, ma subito compare l'immagine di deterioramento. Quando le propongo di immaginare di raccogliarlo e tenerlo per sé subito teme che il fiore si rovini che si possano perder le foglie, che si sparpagli tutto in giro. Ha subito l'Immagina che il fiore perda i petali; il suo racconto è contrassegnato da una percepibile angoscia e inquietudine. Le viene detto di lasciar allora il fiore dov'è, dopo averne ammirato il colore, averne sentito la robustezza (la persona viene invitata a passar le dita sullo stelo per sentirne la robustezza, sollecitando la partecipazione sensoriale). Si aggiungono suggestioni relative al colore, all'olfatto (profumi), al tatto (ruvidità, morbidezza).

Di sé stessa dice che i tulipani le piacciono, come lei sono fiori un po' chiusi; è facile che "non reggano". L'autorappresentazione è qui è molto vicina al conscio, tanto che è evidente alla paziente. Questo innesca ricordi e le fa rievocare il suo senso di disagio con gli altri quando le fanno delle osservazioni e delle "critiche"...

Imagerie: l'albero

Quando le chiedo di "immaginare un albero": dice che immagina un albero grande. L'albero che immagina è grande, ma lo vede oscuro, che copre il sole... non dà fiducia... anzi inquietudine. Non può appoggiarsi, né sedersi sotto... preferisce proseguire... allontanarsi, ricercare altro.

L'albero, la più elementare rappresentazione dell'Uomo (vedi test dell'albero) non può fornire un appoggio, un riparo; la mancanza di appoggio è manifesta (fragilità del Sé corporeo).

Imagerie: la casa abbandonata

Un'altra immagine significativa e spesso proposta nella Tecnica ITP è quella della "casa abbandonata": si propone al Soggetto (citato sopra) di vedere una "casa abbandonata" come rappresentazione, proiezione del Sé. È un'immagine molto significativa per il valore autorappresentativo.

Proposto il tema la paziente si trova di fronte a una casa del tutto abbandonata e distrutta. Raggiunge la casa partendo da una strada sterrata dove vede una casetta, poco distante a sinistra. Vede dei mattoni rossi tutti rovinati. Le finestre sono aperte, senza balconi. Dà molto il senso dell'abbandono... Vede l'ingresso, ma non c'è niente, non c'è la porta. Chiedo cosa senta sotto i piedi: sente l'erba tagliata e morbida, la sensazione è positiva. Fuori c'è un po' di luce. Faccio rivolgere l'attenzione all'interno della casa: dico di guardare attraverso l'ingresso o dalle finestre. Dice che ha l'impressione di "un buco nero", di buio, il sole non batte. È inquieta. Dico di affacciarsi alla porta. Vede terra e buttati lì pezzi di travi... le pare ci sia stato un crollo. Come si sente? Prova dispiacere, malessere... Faccio comunque entrare: vede sedie vecchie e malandate. Ci sono varie stanze;



l'intonaco è distrutto; resta solo un po' del pavimento...le scale sono semidistrutte e malandate: di sopra c'è poco.

Imagerie di L. Rigo (stralcio, da "Red diagnostico e Rorschach", pag. 403).

Si tratta di un soggetto di 17 anni, con significativa depressione.

Immagine libera

"Sono vestita tutta di nero; il vestito arriva a terra e spesso inciampo; ho in mano un vaso di terracotta, con un buco sul fondo... Vorrei tornare indietro, mi volto, ma ora vedo che è buio anche il luogo da cui sono partita... Continuo a camminare al buio... Inciampo nel vestito e cado, ma non mi rialzo; mi rannicchio per terra pensando di non esser vista così... Vorrei rimanere ancora rannicchiata... Cado nuovamente e ruzzolo per le scale".

Il Sé manca di sostegno; cade, inciampa, si rannicchia; domina l'immagine depressiva deteriorata (vaso, immagine femminile bucata).

La ristrutturazione

Rigo chiede alla paziente, un giorno in cui gli riporta che sta un po' meglio, cosa pensa l'abbia aiutata. Lei dice: *"Stamattina mi sono svegliata presto sono andata sul terrazzo di casa; il cielo stava schiarendo; ho alzato lo sguardo e ho visto una stella luminosa in alto; mi ha dato un senso di sollievo".*

Vediamo, solo da questi pochi cenni, che c'è in quest'ultima immagine uno spontaneo riferimento a un tema archetipico: il tema ascensionale e la comparsa della luce. Si tratta di un tema antitetico dell'Immaginario: la luce contro le tenebre, la dimensione ascensionale contrapposta alla caduta.

Dante e la selva oscura

*Ma poi ch'ï fui al piè d'un colle giunto,
là dove terminava quella valle
che m'avea di paura il cor compunto,
guardai in alto e vidi le sue spalle
vestite già de' raggi del pianeta
che mena dritto altrui per ogni calle.
(Inferno, Canto I,13-18).*

Guardare in alto è dell'uomo che ha vissuto lo smarrimento ed esce con speranza e senso di elevazione.

È da ricordare come nell'Immaginario collettivo (Durand, op. cit.)^[7] ci sia una polarità tra immagini simboliche. Nelle strutture così dette "schizomorfe" c'è una contrapposizione tra immagini e simboli legati a: chiaro/scuro - puro/sporco - alto/basso.

L'immaginario ha una funzione equilibratrice

Abbiamo appena visto le immagini di luce contrapposte alle tenebre, le immagini di salita e ascensione contrapposte alle immagini di caduta e di discesa. Nelle Tecniche Immaginative è fondamentale l'aspetto dinamico, cioè il movimento immaginario nello spazio immaginario. La dinamica, il movimento nello spazio immaginario porta trasformazione.

Ma anche dovremo dire che "immaginare le tenebre" rende possibile una specie di esorcismo attraverso la luce e l'uscita. Di fronte al dramma del tempo che passa, è sempre importante raffigurare e affrontare il male (Durand); questo è già minimizzarlo: "Immaginare un pericolo è già minimizzarlo".

L'intervento riparativo

Un intervento riparativo, per riferirci a quanto riportato in precedenza, è la ristrutturazione della casa, che equivale simbolicamente a riparare il rifugio contro l'angoscia dell'esistere.

Abbiamo visto l'immagine della casa distrutta in cui emerge un "buco nero: il simbolo dell'intimità e della protezione fallisce del tutto il suo compito di protezione".

Esempio di seduta immaginativa: La ristrutturazione della casa

Propongo la ristrutturazione della casa.

Accenno solo alla visualizzazione, per brevità. La paziente si sente molto partecipe, attiva in tutti i passaggi: rifare le pareti e le finestre, ripulire, rifare le parti come le scale. È molto impegnata nel fare – dice spontaneamente – una costruzione robusta, ma anche "naturale", per gli arredi in legno che vi mette. Fa fatica ma, dice, con soddisfazione. Accompagna la trasformazione con una significativa partecipazione corporea (fatica, lavora) ed emotiva (sa, sceglie le cose che le piacciono e ha soddisfazione finale). Arreda la casa e alla fine si colloca nel divano, in cui viene sollecitata ad approfondire tutte le sensazioni di appoggio e di contatto.

La casa è un contenente, nell'ambito quindi materno, definita come "un doppione microcosmico del corpo materiale come del corpo mentale" (Durand): doppione nel corpo, focolare, guscio, riparo, rifugio, centro, a più piani, con le scale a rappresentare i diversi livelli della personalità.

Vedere la casa senza barriere che distinguano il dentro dal fuori, semidistrutta, non solida, significa non aver confini, non avere un dentro e un fuori. La ricostruzione delle scale permette una comunicazione fra piani della personalità. Da notare il bisogno di "naturalità": le scale vengono rifatte in legno perché più belle e "naturali".

Le esperienze molteplici che vengono fatte portano infine a sentire un'immagine corporea solida, sostenuta, appoggiata, confermandoci che è riparata quell'immagine di mancanza di appoggio e sostegno che era emersa nell'Imagerie dell'albero.

Procedimenti per la ristrutturazione dell'Immagine del corpo: le realizzazioni simboliche

Nella Tecnica Immaginativa ITP, varie sono le situazioni immaginarie che permettono un recupero del vissuto corporeo. Farò solo un breve esempio relativo alla restaurazione dell'Immagine del Corpo, immagine che dovrà essere contrassegnata da stabilità, integrazione, dinamismo (movimento). Si tratta di ristrutturazioni e di riparazioni vere e proprie. Si agisce attraverso le immagini partecipate e vissute a livello corporeo.

Gli interventi sono del tipo "realizzazione simbolica", in cui si realizzano simbolicamente, per il tramite dell'Immaginario, i bisogni. In questo caso prevale il bisogno di appoggio e sostegno, consecutivo a Immagini più frustranti (vedi albero non sostenente).

Proposta: immaginare una spiaggia

Viene proposto di immaginare una spiaggia. Suggesto di immaginare una spiaggia tranquilla, magari una piccola baia. La paziente immagina una spiaggia del suo paese di origine... si colloca sulla spiaggia distesa e approfondisce l'appoggio sulla sabbia, il calore, il contatto, la solidità del suolo, ma anche il senso di consistenza, e il modellarsi della sabbia sul suo corpo. Si accentua la sensazione di tepore dalla sabbia, dell'aria e del sole. Il mare è suggerito come calmo, con delle leggere onde che si infrangono sulla riva. Si sollecita ad ascoltare il lento ritmo del mare... i colori sono quelli del tramonto, caldi. Accetta lo stimolo a muoversi ... si mette in moto una spontanea corsa leggera, che dà un senso di libertà.

All'uscita rivela una sua paura di quanto era piccola; ha sentito la sua immagine fragile, ma ha anche sentito di superare. Nella ripresa dice alla fine: "Era come quando ero piccola e temevo di cadere e di sbucciarmi le ginocchia". Emerge subito il bisogno di luogo conosciuto e protettivo-regressivo e di passività (distesa, non in piedi o in movimento), di appoggio, sostegno, adattamento: sono bisogni



molto arcaici, legati alle prime fasi, che devono essere recuperati per dare un buon senso di sé. Si sviluppa quindi una sequenza a livello dell'Immagine Corporea, in cui approfondisce – su suggerimento – il calore del sole, la brezza marina, l'accarezzamento del corpo, il contatto morbido con la sabbia, la brezza leggera, che può dare sensazioni tattili relative al calore. Le cenestesie che emergono danno il senso di unità e sono fondamentali per ristrutturare l'Immagine Corporea [10].

Rievoca – su incoraggiamento – le cure, le coccole di quando era piccola: la madre sì la coccolava, le faceva la colazione, ma a fasi alterne, quando poteva; spesso invece non poteva. Una presenza intermittente e perciò inaffidabile, fonte di un attaccamento insicuro. La nonna con cui dormiva, e che per lei era una madre, era rassicurante, ma poi, a un certo punto è morta...

Nella Seduta Immaginativa, le ristrutturazioni vengono riprese con delle immagini vegetali; è più semplice la proiezione della gratificazione su un vegetale, che può essere nutrito con del buon terriccio e può essere dissetato con l'acqua.

Proposta: immaginare di piantare un seme... da cui nascerà una pianta

La cura fondamentale sarà quella dell'annaffiarla, perché il terreno è molto arido e povero. Solo successivamente la paziente accetterà di essere lei stessa gratificata con quella procedura che è denominata "realizzazione simbolica": una realizzazione simbolica di un bisogno attraverso l'immagine partecipata. Troverà nell'immagine varie occasioni in cui dissetarsi: la fontana, la sorgente, eccetera.

L'acqua è un grande simbolo, con valenze diverse, tra cui quella di "rigenerazione"... è simbolo universale di fecondità e rigenerazione.

Gesù nel suo incontro con la Samaritana dice: "Chiunque berrà dell'acqua che io gli darò non avrà mai più sete... l'acqua che gli darò diverrà in lui fonte di vita eterna" (Giovanni 4,14); e nell'ultimo giorno della festa dei Tabernacoli dice "Se qualcuno ha sete, venga a me e beva. Chi crede in me, come ha detto la Scrittura, da dentro di lui sgorgheranno fiumi d'acqua viva" (Giovanni 7,37-38).

Cenni di immagini utilizzabili nelle situazioni depressive

Immagini legate alle ristrutturazioni, alla solidità: immagini ristrutturanti e identificazioni a elementi di appoggio, contatto, calore... (spiaggia, prato, con esperienze di passività a cui segue attività).

Immagini legate al riacquisto di energia: assorbire energia da una cascata, da una sorgente, eccetera.

Immagini di ristrutturazione passivo quindi attivo: ristrutturazioni.

Interventi di attivazione immaginaria: assumere atteggiamenti attivi di fronte alle difficoltà.

Immagini di trasformazione: immaginare una casa abbandonata e ristrutturarla, coltivare un giardino, far crescere una pianta, fare un'opera di bonifica di una palude, attraversare un varco, superare un ostacolo.

Esplorazioni di fosse, abissi, grotte (fase più avanzata): ovvero "affrontare l'abisso".

Immagini archetipiche: il sorgere del sole, il raggio di sole, l'alzarsi, il salire. Si utilizzeranno immagini di ascesa, la ricerca dell'acqua con cui dissetarsi, il risalire alla sorgente, il sorgere del sole, l'aprire una finestra al mattino e guardare fuori e in alto...

Sintesi

Abbiamo visto qualche accenno all'Immaginario, alla possibilità di ricostruzione del Sé del depresso: la possibilità di trovare un "corpo nuovo" nelle esperienze in cui si prova sostegno, solidità, vigore, stabilità. È una "rieducazione del modello corporeo". L'Immaginario coinvolge il corpo; non è qualcosa di evanescente o immateriale, di cui sia difficile capire il valore terapeutico; è una ricostruzione attraverso la cenestesi di esperienze positive.



Il paziente vivrà le sue tematiche angosciose; le vivrà nell'Immaginario e le risolverà nell'Immaginario. Vivrà nella riproposta dell'immagine il suo dramma e lo supererà con l'aiuto del terapeuta. Metterà in moto degli schemi dinamici di movimento, che lo porteranno al superamento del suo disagio all'azione, recuperando le energie perdute. Per l'efficacia terapeutica bisogna ricordare che si passa sempre attraverso la partecipazione, attraverso il transfert.

Le costruzioni immaginative, lungi dall'essere un gioco libero, sono portatrici di una visione teleologica, volta a trasformare la realtà. È importante che chi si confronta con l'Immaginario riconosca il valore trasformativo del simbolo e dell'immagine simbolica (al di là degli aspetti interpretativi).

E così si capirà meglio cosa si intende quando i teorici dell'Immaginario dicono che "l'Immaginario ha la funzione di creare una realtà nuova", e, come dice Jean Burgos, che "l'Immaginario è come il respiro, che definisce la vita stessa".

- 1 McWilliams N., "La diagnosi psicoanalitica", Casa Editrice Astrolabio, 1999.
- 2 Gabbard G. O., "Psichiatria psicodinamica", Raffaello Cortina Editore, 2002.
- 3 Blatt S. Y. e collaboratori, "Contributions of Psychoanalysis to the understanding and treatment of depression", Journal of the American Psychoanalytic Association, 1998.
- 4 Lingiardi V. e McWilliams N., "PDM2", Raffaele Cortina Editore, 2018.
- 5 Lowen A., "La depressione e il corpo", Casa Editrice Astrolabio, 1980.
- 6 Lopez D. e Zorzi L., "Terapia psicoanalitica delle malattie depressive", Raffaello Cortina Editore, 2003.
- 7 Durand G., "Le strutture antropologiche dell'Immaginario", Edizioni Dedalo, 1972.
- 8 Hillman J., "Re-visione della psicologia", Adelphi, 1983.
- 9 Desoille R., "Le rêve éveillé en psychothérapie", Presses Universitaires de France, 1945.
- 10 Rigo L., "Su alcuni procedimenti non verbali o infra-verbali atti a ristrutturare lo schema corporeo in soggetti carenti", Rivista sperimentale di Freniatria (Vol. XCVII), 1973.

Immaginario: studi e ricerche

LA FACILITAZIONE GENITORIALE E LA COORDINAZIONE GENITORIALE

Zanola Gabriele

medico di base, psichiatra, psicoterapeuta ITP

Appunti di esperienze con pazienti depressi: terapia farmacologica e psicoterapia

Alcune considerazioni introduttive generali:

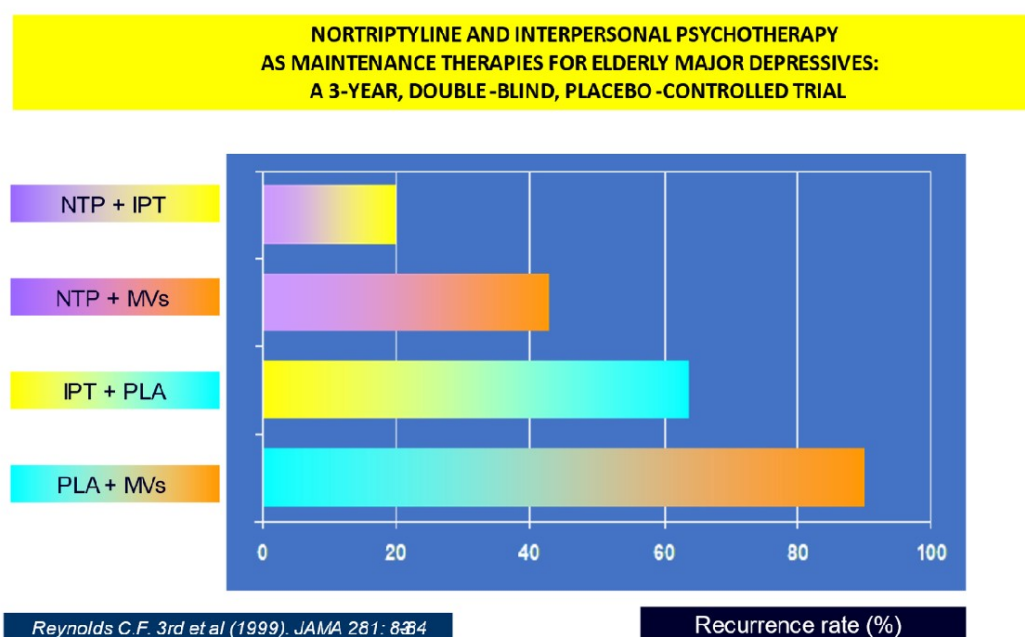
- Non sempre i farmaci antidepressivi funzionano. Almeno il 20% dei trattamenti si rivelano inefficaci per “resistenza” ai farmaci; oppure l’effetto è incompleto, con “sintomi residui”;
- Le due terapie (farmaco e psicoterapia) insieme sono più efficaci, perché la psicoterapia affronta difetti di personalità talvolta alla base della depressione, oppure aiuta ad affrontare problemi esistenziali all’origine. La combinazione delle terapie previene le ricadute meglio che un solo trattamento;
- È importante aiutare ad avere un nuovo approccio alla vita, svolgendo una buona “igiene mentale”. Bisogna rivedere le motivazioni della persona.

Il COVID, come varie patologie infettive nel passato, può scatenare l’esordio di una depressione nei predisposti, con disturbo dell’umore prolungato (è una forma di long-covid).

Le sedute di Imageries (ITP) che svolgiamo presentano scenari ad hoc per ogni paziente, creati da lui stesso, diversi per ognuno, perché modellati dalla sua creatività personale.

Uno studio interessante anche se datato mostrava che il tasso di ricaduta a 3 anni dopo terapia con semplice placebo è maggiore dell’80%. Dopo sola terapia psicologica 60%. Dopo terapia farmacologica 40%. Se la terapia è combinata, psicoterapica e farmacologica scende al 20%.

Ciò dimostra che nella depressione è consigliabile la terapia combinata per un’efficacia più lunga.



Caso 1 - LEONARDO

Si presenta all'inizio di maggio 2020, appena dopo il lock down. 2° anno di facoltà biologica, dopo liceo scientifico svolto con profitto. Ha 21 anni. Da 1 mese soffre di ansia e insonnia, con difficoltà di concentrazione, in preda al timore di non farcela ad affrontare gli esami e con la preoccupazione di interrompere gli studi. Si è rivolto allo psicologo dell'Università e viene in psicoterapia per capire dove è meglio essere seguito. Vive in famiglia; madre ansiosa (scopro poi che è stata curata da psicologo per malinconia importante), 1 sorella maggiore sposata. Padre dirigente.

Leonardo è introverso, timido, in difficoltà negli ambienti nuovi tipo l'università. C'è quindi in origine un "Disturbo dell'adattamento". Si apre al dialogo lentamente. Soffre di pianto quotidiano. Al mattino assenza di voglia di studiare (mai successo). Vede amici e anche la fidanzata solo on line.

Ha pensieri negativi su di sé: senso di fallimento che contrasta con la coscienza di essere capace. Sottolineo che ha già fatto un buon cammino di studi, quindi questa emozione non è realistica. Ricorda episodi di malessere avvenuti al rientro dalle vacanze negli anni precedenti quando si sentiva solo, "diverso dagli altri" per lui più volitivi (= autosvalutazione); tende a soccombere nel confronto sociale. Ebbe 1 anno difficile a 18 anni per la morte di 2 zii importanti. Ha polipsichismo, ovvero si affollano nella mente continui pensieri senza pace. Rabbia con se stesso. Incubi: *"uno spirito maligno lo aggredisce ed è paralizzato"*.

Iniziamo subito terapia antidepressiva con escitalopram e amisulpride; in 15-20 giorni si riprende. Progettiamo 10 sedute con ITP-, mentre sta aumentando la terapia SSRI, e devo tenere contatto telefonico quotidiano; lo incontro e raccomando di non stare da solo. Aggiungo quetiapina a bassa dose per facilitare sonno e rilassamento e sedare i pensieri ossessivi negativi e benzodiazepine. Completiamo l'anamnesi familiare: ramo paterno: cugino tossicodipendente; zio ansia. Nel ramo materno: nonna depressa, madre depressa.

Leonardo ha un fondo caratteriale di sfiducia in se stesso e ipersensibilità mascherata, però desidera in compenso aiutare gli altri. Continuiamo un robusto lavoro di psicoterapia con sedute ristrutturanti protratte. Il confronto col padre che mi ha cercato preoccupato del suo stato conferma tendenze ansiose infantili e adolescenziali. Pavor nocturnus infantile. Disagio con coetanei e senso di solitudine. Per questo è risultato essenziale il contatto diretto per supportare la sua fragilità uscita all'improvviso.

Seduta 1 con tema dell'Albero

Avviato il rilassamento immagina: *"Nulla intorno. Sento il contatto con il tronco e ne prendo energia, stando appoggiato. Il terreno è erboso, umido, grasso. Il tronco ruvido scomodo. Fa caldo ma non troppo, è estate, sono le 16. Sono al sole piacevolmente rilassato."* Intervengo per rafforzare l'emozione positiva. *"L'aria è fresca, c'è odore di erba tagliata, silenzio, rumori lontani. L'albero si può abbracciare. Mi dà un senso di protezione."* Nella linea simbolica l'albero è paterno; il rapporto con la figura paterna è realmente buono.

Seduta 2 con tema della Baia

Immagina di essere su una sdraio sotto un ombrellone. La spiaggia è lunga e stretta. Caldo ventilato alle 15. Si sdraia a leggere all'ombra. Ascolta il rumore del mare calmo. Passeggia una bella ragazza alta bionda snella, seria. La spiaggia è semideserta. Sembra Sardegna, con vegetazione dietro. Si trova poi in acqua a nuotare; acqua fredda all'inizio, poi col movimento suo si intiepidisce, vicino a riva. Affiora un po' di ansia e si porta a riva al sole, sul bagnasciuga. Riscaldato dal sole si pacifica. Spiega poi che l'attività gli risveglia pensieri ansiosi. Continuiamo con alcuni altri colloqui.

Torna a fine marzo, dopo aver sospeso ITP e farmaci da qualche mese, per ricaduta: c'è stato un "stress emotivo" per esami affrontati. Faccio riprendere SSRI, ma in giugno ha una ricaduta di depressione maggiore, con pianto facile, senso di astenia, risvegli notturni, di nuovo pessimismo ("non passerò gli esami, non mi laureo, lei mi lascerà ecc."). Assalito da pensieri autolesivi, in panico "se non mi trovava", ha un picco di malessere in un week end.



Anche nei sogni si ripetono situazioni ansiogene: tipo perdere i denti mentre è in vacanza; va dal dentista a “farli sistemare” (ha interiorizzato il bisogno di cura).

Seduta 3 con tema delle Terme

Vasca all'aperto, seduto in acqua molto calda a mezzobusto. Primavera fresca, sole non intenso. Profumo di zolfo. Faccio assorbire calore dall'acqua curativa delle terme, c'è idromassaggio. Gli piace galleggiare sostenuto e massaggiato dall'acqua. Sente nell'aria la vitalità della primavera. Esce spossato, si distende e immagina di assaporare tè caldo.

Nel frattempo ha superato alcuni esami importanti e ripreso gli studi. Restano dubbi episodici ma non intensi. Via via si susseguono sedute settimanali “ristrutturanti” cioè mirate al recupero del benessere con sensazioni semplici di benessere percettivo che la persona ricorda durante la settimana e creano fiducia nelle proprie risorse positive. Crea dall'interno situazioni piacevoli richiamando esperienze già avute o rinnovate. Seguono imagéries a tema iniziale “piscina “ e “osservare dei cavalli in un recinto” in cui dopo un prudente contatto con un animale (dice che teme gli animali “grossi”) si trova in groppa di uno stallone, al passo, trasportato senza fatica. Si lascia governare. Il paesaggio è campestre; c'è una cascina con stalla e si gode il latte fresco a temperatura ambiente, rilassato. Prova un trattore (prende iniziativa) e affiorano ricordi felici d'infanzia. Un mondo che ha conosciuto dove si trovava “a casa”. Poi una “vallata”, un “lago”. Dopo la lunga pausa di benessere dopo la ricaduta 2021 riprenderemo in luglio di nuovo con sedute piacevoli ambientate in natura: isole tropicali, sole tropicale, parco, viaggio in treno, che rafforzano la ripresa.

Caso 2: GIOVANNI

Giovanni ha 50 anni, è coniugato con 2 figli adolescenti, impiegato. Nel settembre 2020 viene accompagnato da un fratello (da solo non ce la faceva). Consigliato anche dalla moglie, operante nella sanità, si presenta per depressione prolungata da mesi, iniziata dopo il lutto per la morte della madre. Stenta a parlare e la voce è poco percepibile. Ha insonnia con risvegli precoci (4 ore di sonno), inappetenza, stomaco chiuso, calo di peso di alcuni kg, pensieri negativi sul futuro (“penso di non farcela ad affrontare le giornate”), senso di inferiorità, scarsa autostima. Preoccupazioni di salute (in osservazione per cisti pancreas poi rivelatasi tumore benigno neuroendocrino). In sintesi si tratta di una Depressione maggiore. Tra le cause stress lavorativo per carenza personale e capo opprimente, in smart working. Disturbi comportamentali lievi: dice che di notte, rilassandosi, fa gridolini di distensione.

3 anni fa ha avuto un attacco d'ansia in vacanza con passaggio al PS dopo stress di lavoro. Seguito in passato da psicologa con metodo imprecisato (probabilmente cognitivo-comportamentale).

Terapia farmacologica in corso: lorazepam 1 mg, melatonina, levosulpiride. Aumento questa e aggiungo escitalopram 12 gg + triazolam per il sonno. vitamina D. Iniziamo Relax e ITP.

Dopo 4 mesi restano sintomi residui: ansia intensa al risveglio che si trascina buona parte del mattino. Faticabilità. Inserisco Venlafaxina e delorazepam gocce. Pian piano migliora, riducendosi l'ansia fastidiosa al risveglio.

Seduta 1 con tema del Porticato

Dopo il rilassamento iniziale prolungato, immagina una casa al lago, d'estate. Seduto su una poltrona con aria piacevole e fresca, all'ombra, nel pomeriggio. “Vorrei stare lì tutto il giorno!” a guardare il panorama del lago blu, circondato dal verde. Sente il rumore lontano di un motoscafo. La seduta in sé è positiva perché esprime la sua interiorità fondamentalmente serena che è stata disturbata da stress eccessivi per le sue possibilità di tenuta psicologica attuale, ma ha risorse per la cura iniziata.

Seduta 2 con tema della Baia

Mare blu, sabbia fine calda. Palme alle spalle. A destra scogli grossi ostacolano la vista (metafora delle difficoltà nel prossimo futuro: il lato destro). Sole caldo e profumo di salsedine, piccole onde. Sta poco al sole e va sotto una palma (ha bisogno di riparo). Gusta una coppa di macedonia fresca poi cammina sul bagnasciuga e sente il fresco. Si siede poi su un ramo basso e grosso di una palma (



trova nello scenario elementi utili). Poi si mette a suo agio e si stende all'ombra, sullo stesso ramo: è forte e lo sostiene! Posso interpretare che ha risorse per ricreare un ambiente interno positivo e allontanare le cattive esperienze della vita (deve rendersene conto).

Seduta 4 con tema del Focolare

Si descrive in poltrona, davanti a un bel fuoco, verso sera. Casa di montagna. È Pasqua. Luce tenue. Sul viso e sulle gambe sente calore leggero. Le fiamme gialle e rosse, crepitio della legna. È molto rilassato, gli piace "moltissimo" la stanza di montagna. Spegne la luce e gode le ombre create dal fuoco nella stanza. La poltrona è imbottita, con schienale alto e braccioli comodi. Beve una tisana rilassante dolce e calda. Fuori fa freddo. Si sveglia con la luce del giorno; fuori c'è sole. Si trova in un letto matrimoniale. Alla finestra vede il paese più basso. Fa colazione e si copre per uscire. Fuori è una bella giornata, aria frizzante. C'è un percorso pedonale lungo un fiume ghiacciato. Monti carichi di neve. (Rappresenta un giorno invernale; ma può indicare metaforicamente il mondo esterno disagiabile, che può essere affrontato dopo una lunga regressione protetta al caldo della casa, e ben coperto).

Il paziente ha proseguito a lungo la psicoterapia con ITP e farmacologica con piena ripresa dell'attività e permane uno stato soddisfacente dell'umore.