

## Introduzione

Questo numero di DMM News è dedicato alla Psicosomatica. I nostri contributi riguardano una breve rassegna della ricerca sul legame tra lo stress nocivo durante l'accudimento precoce infantile e la qualità della relazione con il genitore, che predice i successivi effetti sulla salute mentale o fisica del bambino, e tre studi su casi di pazienti che manifestano reazioni corporee allo stress relazionale. Nicola Sahhar scrive sui pazienti affetti da alessitimia, l'incapacità di sperimentare e verbalizzare gli stati affettivi associata a manifestazioni fisiche come sospirare o torcersi le mani. Franco Baldoni descrive una paziente con sintomi somatici che minacciavano la sopravvivenza risolti dopo un trattamento focalizzato sulle esperienze di attaccamento attuali e passate. Sally Bryne riferisce il caso di una terapia familiare di una bambina che improvvisamente è diventata incapace di camminare. Alan Abbass descrive un approccio che interpreta queste condizioni come difese inconscie e che può permettere ai clinici di diagnosticare direttamente le influenze emotive sui disturbi somatici. Patricia Crittenden conclude con una discussione su corpo e mente. Questi articoli dimostrano quanto la concezione DMM delle esperienze precoci di attaccamento possa aiutare a comprendere difficoltà complesse, porre domande che richiedono ulteriori studi e guidare ad approcci al trattamento più efficaci.

La lista dei nostri membri sta crescendo! Visita il nostro sito web: [www.iasa-dmm.org](http://www.iasa-dmm.org).

Nicole Letourneau *Editor* [nicolel@unb.ca](mailto:nicolel@unb.ca)

## Contenuti

### Page

1. Lo stress nocivo nella cura precoce e nella salute del bambino
2. L'attaccamento in azione: perchè Nell non cammina?!!
3. Alessitimia – mancanza di parole per i sentimenti o occultazione di informazioni?
4. Il valore adattivo della disperazione in un caso di scompenso psicosomatico conseguente ad abuso sessuale infantile
5. Riconoscere la somatizzazione con la psicoterapia dinamica breve Intensiva
6. Corpo o Cervello? Yes!

Edizione italiana a cura di Franco Baldoni

Traduttori: Franco Baldoni, Luisa Ceccarelli e Mattia Minghetti

## Lo stress nocivo nella cura precoce e nella salute del bambino



Nicole Letourneau & Gerry Giesbrecht

Lo stress fa parte della vita quotidiana di chiunque e gli esseri umani sono ben preparati a fronteggiarlo. Tuttavia, quando lo stress è troppo elevato o si protrae per lunghi periodi, possono prodursi dei cambiamenti nel fisico e nel cervello che influenzano lo sviluppo futuro. Per esempio, i lattanti e i bambini piccoli che vivono in famiglie i cui membri manifestano disturbi mentali, dipendenze patologiche o comportamenti violenti, sono a rischio di cure genitoriali imprevedibili, trascuranti o abusanti. In queste situazioni il sistema dello stress del bambino è costantemente regolato a livello "alto" e questa sovraeccitazione può sfociare in (a) disturbi psicosomatici, asma e disturbi respiratori (Costa-Pinto & Palermo-Neto, 2010; Kozyrskyj et al., 2008) e (b) in cambiamenti della struttura e della funzione di alcune aree cerebrali (Gunnar, Herrera, & Hostinar, 2009).

### Stress e cambiamenti nel corpo

I glucocorticoidi, come il cortisolo, sono secreti in circolo dall'asse ipotalamo-ipofisiario (HPA) per tutto il corso della giornata e nella maggior parte delle persone le secrezioni aumentano in risposta agli stressor. L'attivazione dell'HPA rende possibile la mobilitazione delle riserve di energia e aumenta il battito cardiaco, la pressione arteriosa, l'attenzione e la consapevolezza dell'ambiente. Quando lo stress è sotto controllo, prevedibile e per brevi periodi, l'asse HPA promuove l'adattamento e la resilienza. Ma quando le sfide sono incontrollabili, non prevedibili e pervasive, lo stress può diventar "nocivo" e alterare il funzionamento dell'asse HPA.

Di solito il cortisolo è secreto con un ritmo diurno – bassi livelli al risveglio, seguiti da un picco a metà mattina e un graduale declino verso sera. Nelle madri affette da depressione post-partum, i neonati hanno spesso un minor declino nel corso della giornata. In altre parole, presentano un pattern differente, caratterizzato da livelli persistentemente elevati di cortisolo per tutto il pomeriggio. A ben vedere, i bambini di madri che manipolano in modo delicato, comunicano con lo sguardo, sorridono e vocalizzano in modo contingente, nel pomeriggio riducono i livelli di cortisolo (Letourneau, Watson, Duffett-Leger & Hegadoren, in revisione). Ciò conferma nell'uomo un processo che è noto da tempo nei cuccioli di ratto.

D'altra parte, le esperienze di rompendi, di abuso, di trascuratezza o imprevedibili inondano il cervello di cortisolo. L'attivazione cronica dell'asse HPA ha conseguenze dannose per lo sviluppo del bambino. Elevate dosi persistenti di cortisolo mettono in pericolo la crescita neuronale e le connessioni dendritiche. In questo modo, lo stress nocivo lascia un'impronta biologica di danno persistente sulla struttura e sulla funzione cerebrale (Shonkoff, 2004).

### Stress e cambiamenti nel cervello

Le due principali regioni del cervello che sono colpite dagli stress nocivi sono l'ippocampo e la corteccia prefrontale. Queste regioni sono in relazione con la memoria e l'autoregolazione e costituiscono le basi dello sviluppo cognitivo e socio-emotivo. Nel tempo, gli effetti dello stress nocivo sulla struttura e la funzione cerebrale possono modificare i pattern di comportamento da un'organizzazione contesto-sensibile a modelli di organizzazione più abituali, rigidi e stereotipati. Questi bambini sono meno capaci di risolvere i problemi in modo autonomo. La relazione tra esposizione alla depressione materna nei primi due anni di vita e iperattività tra due e otto anni di età evidenzia un esito potenziale di esposizione cronica allo stress nocivo (Letourneau et al., 2006). E' sempre più documentato, inoltre, che lo stress nocivo può influenzare la risposta infiammatoria (Gunnar, et al., 2009).

### Conclusioni per i Clinici

Gli effetti dello stress nocivo sono particolarmente preoccupanti nella prima infanzia perché il cervello, durante questa fase di rapido sviluppo, è estremamente sensibile all'esperienza. Il futuro sviluppo del cervello infantile, inoltre, dipende dallo sviluppo cerebrale attuale e passato. In questo modo, le modifiche della struttura e funzione cerebrale determinate dallo stress nocivo producono cambiamenti cumulativi - che colpiscono non solo gli aspetti attuali di sviluppo a un dato stadio, ma anche la fase successiva che si basa sulla crescita precedente. Cioè, il cervello si adatta alle circostanze passate e presenti e questo può vincolare gli individui a tali circostanze.

### Bibliografia

- Costa-Pinto, F., & Palermo-Neto, J. (2010). Neuroimmune interactions in stress. *Neuroimmunomodulation*, 17, 196-199.
- Gunnar, M., Herrera, A., & Hostinar, C. (2009). Stress and early brain development. Montreal, QC.
- Kozyrskyj, A., Mai, X., McGrath, P., HayGlass, K., Becker, A., & MacNeil, B. (2008). Continued exposure to maternal distress in early life is associated with an increased risk of childhood asthma. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine*, 177, 142-147.
- Letourneau, N., Watson, B., Duffett-Leger, L., & Hegadoren, K. (in review). Maternal-infant interactions are related to cortisol levels in mothers and infants affected by postpartum depression.
- Letourneau, N. L., Fedick, C. B., Willms, J. D., Dennis, C. L., Hegadoren, K., & Stewart, M. J. (2006). Longitudinal study of postpartum depression, maternal-child relationships and children's behaviour to 8 years of age. In D. Devore (Ed.), *Parent-child relations: New research* (pp. 45-63). New York, NY: Nova Science Publishers.
- Shonkoff, J. (2004). Science, policy, and the young developing child: Closing the gap between what we know and what we do (pp. 1-12): Ounce of Prevention Fund.

**Nicole Letourneau, Ph.D., RN University of New Brunswick & Gerry Giesbrecht, Ph.D., University of Calgary**

## Attaccamento in azione: Perchè Nell non riesce a camminare?!!

Nell, a undici anni, è arrivata in ospedale con forti dolori all'addome. E' stata trattata con flebo e antidolorifici, ma non si sono individuate cause mediche per i suoi sintomi. Tuttavia diceva che per il male non riusciva a muoversi. Quando camminava la sua andatura era un insieme di lenti movimenti a scatti accompagnati da grugniti e sussulti intermittenti. Le infermiere notarono che in presenza dei familiari i sintomi aumentavano.



Sally Byrne

Nell fu inviata al reparto di Medicina Psicologica. Si notò che era perfezionista, una lavoratrice instancabile, che raggiungeva risultati elevati, tuttavia aveva un aspetto molto infantile con quei due codini e la voce sottile, ed era anche controllante. La sua famiglia era molto premurosa in merito ai suoi bisogni e si presentava come unita, socialmente rispettabile e senza stress. Fu fatta diagnosi di Disturbo da Dolore Somatoforme e di Disturbo di Conversione.

E' stato somministrato un test SAA per indagare le strategie di protezione del Sé, gli eventi stressanti e qualsiasi tipo di trauma o perdita. Nell è risultata utilizzare sia una strategia compulsivamente compiacente (A4) che una coercitiva in modo punitivo e seduttivo (C5-6). Sono state riscontrate anche allusioni a qualcosa di "sbagliato" a casa e accenni continui al fatto che la madre era tesa.

La nostra ipotesi di lavoro fu che Nell utilizzasse una strategia A di inibizione e di performance non più funzionante, poiché essere buona e ubbidiente non attirava più un'attenzione sufficiente. Di conseguenza iniziò a sperimentare una strategia di somatizzazione C piuttosto disperata. Lo SAA tuttavia non fornì informazioni sul perché avesse dovuto cambiare strategia.

A Natale Nell tornò a casa su una sedia a rotelle per trascorrere una vacanza di sei settimane. I dolori addominali erano scomparsi, ma non riusciva ancora a camminare e aveva bisogno di cure costanti.

Dopo le ferie fu sottoposta ad un programma di riabilitazione molto strutturato che integrava il ricovero in ospedale, la scuola, la fisioterapia quotidiana, la psicoterapia individuale e una seduta a settimana di psicoterapia familiare.

Durante le sedute la madre di Nell riferì di tensioni coniugali passate che avevano portato quasi alla separazione e si lamentò molto del carico di lavoro domestico e della cura dei figli. Il padre di Nell riscontrava meno problemi e negò l'esistenza di conflitti coniugali. Nell voleva parlare



al posto dei genitori e la sua attenzione per i dettagli era pedante.

Nell si impegnò moltissimo nel programma di riabilitazione e nell'arco di due settimane iniziò a muoversi autonomamente, seppure a scatti. Tornò a frequentare la scuola e partecipava alle sedute quotidiane di psicoterapia e di fisioterapia e all'incontro mensile di terapia familiare. La terapia individuale gradualmente fece emergere la sua chiara consapevolezza circa le tensioni coniugali e la paura che i genitori divorziassero.

La madre di Nell disse che quando il marito era frustrato, scoppiava a urlare contro lei e i figli. Nell'infanzia lui aveva vissuto frequenti e intensi conflitti fra i genitori e ricordava di aver desiderato che si separassero. Il marito pensava che i conflitti tendessero a esplodere e poi a risolversi e preferiva questa modalità allo stile "represso" della famiglia della moglie. Per evitare il conflitto, la madre di Nell provò a gestire le difficoltà da sola e ciò la portò a sentirsi molto male. La coppia tentò di nascondere il conflitto limitandolo agli spazi vuoti della casa. Quando furono invitati a discutere su questi argomenti durante le sedute di terapia familiare Nell si agitò, poi tentò di diminuire la tensione scherzando.

Lentamente le paure di Nell furono indirizzate ai genitori.



Nonostante questi tentassero ancora di minimizzare le loro controversie, seguirono il consiglio di dare a Nell delle informazioni più esplicite. Tuttavia quando Nell tornò a funzionare bene con una tipica strategia compulsiva, i suoi genitori interruppero la terapia ritenendola non più necessaria. Lo SAA di Nell è stato di aiuto nell'individuare il conflitto coniugale dei genitori quale causa dello stress negativo di Nell, ma si ricorda che questo test non è sufficiente di per sé per la valutazione, di solito sono necessarie ulteriori informazioni.

Sally Byrne – Psichiatra infantile,  
Children's Hospital, Westmead Sydney, Australia

## Alessitimia: Mancanza di parole per i sentimenti o occultamento di informazioni pericolose?



Nicola Sahhar

L'*alessitimia* è caratterizzata da una difficoltà a sperimentare e verbalizzare gli stati emotivi, insieme a una limitata capacità di immaginazione e alla tendenza a una concretezza esteriore (Sifneos, 1973). Anche se l'alessitimia non è menzionata nel DSM-IV o ICD-10, è studiata da diversi ricercatori. [La questione centrale è se si tratta di un problema linguistico o di un problema interpersonale di carattere familiare.](#)

### Uno studio empirico

Per rispondere a questa domanda, le Adult Attachment Interview (AAI) di pazienti con e senza questa diagnosi sono state classificate secondo il Modello Dinamico-Maturativo (DMM) della Crittenden.

Le AAI di questi pazienti sono risultate caratterizzate da:

- Una configurazione A3-6 con strategia di auto-protezione compulsiva (A +)
- Alcuni presentavano anche una strategia di auto-protezione coercitiva (es. A + / C +)
- Triangolazione
- Traumi e/o lutti irrisolti
- Depressione (solo con A +)
- Espressione di sintomi somatici ([ess] solo con A + / C +)

Le strategie compulsive sono caratterizzate dall'inibizione o dalla falsificazione dei veri affetti negativi, fino al punto estremo di non percepire alcun affetto negativo, come tristezza, rabbia e paura. La Depressione (Dp) indica il fallimento delle strategie di auto-protezione nelle situazioni di vita attuali, e svolge la funzione di abbassare il livello di attivazione e moderare l'espressione affettiva. Queste classificazioni sono coerenti col non essere in grado di verbalizzare i sentimenti.

Le AAI con espressione di sintomi somatici [ess] sono pervase da sintomi corporei intrusivi, come una respirazione forte e intensa, che produce brevi interruzioni dell'intervista e disturba la comunicazione. Anche se le espressioni somatiche distolgono l'attenzione da problemi psicologici e relazionali, gli intervistati sembrano del tutto ignari che questi sintomi fisici rappresentino qualcosa di significativo. In questo modo, l'espressione di sintomi somatici indica un conflitto tra il sapere e l'esprimere: contengono implicitamente informazioni proibite, che trovano un modo per essere espresse somaticamente e non consciamente.

Da bambini, i pazienti la cui AAI è stata classificata come Utr UI A + C + [ess] sembrano essere stati coinvolti in conflitti familiari che ruotano attorno a segreti inconfessabili.

### Studio di un caso clinico

Willi, un uomo di 50 anni, che era infelice del suo matrimonio, ha sviluppato sintomi somatici tra cui spasmi coronarici, perdita dell'udito, dermatiti da contatto e infiammazione testicolare. Nel corso della sua AAI ha fornito molte informazioni veicolate da ispirazioni ed espirazioni profonde, a volte combinate con un forti e inaspettati scoppi di pianto che non sembravano essere



appropriati. In altre parti dell'intervista, invece, ha minimizzato l'espressione affettiva mentre descriveva esperienze negative.

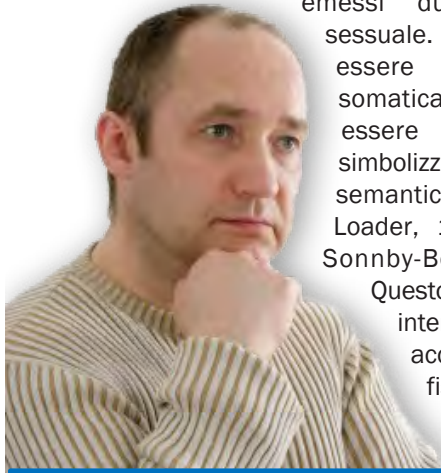
Da bambino, il rapporto coniugale dei suoi genitori è stato segnato dalla frequente assenza del padre. Il padre, inoltre, con lui era violento, e sua madre non faceva nulla per proteggerlo. Il modo di parlare della famiglia presentava delle interruzioni e delle lacune, che suggeriscono il vissuto di qualcosa che era proibito conoscere, perché la sua rivelazione avrebbe potuto mettere in pericolo l'integrità della famiglia.

La codifica AAI suggeriva un'ipotesi: il probabile adulterio di entrambi i genitori che, se rivelato, avrebbe potuto distruggere la famiglia. Così la percezione del bambino doveva essere negata a livello conscio e poteva essere concessa solamente la rappresentazione somatica. In questo caso, i respiri di

Willi durante l'AAI riproducevano quelli emessi durante un rapporto sessuale. Così, l'adulterio può essere stato rappresentato somaticamente in modo da essere inaccessibile per la simbolizzazione e l'espressione semantica (cfr., Kraemer, & Loader, 1995; Sifneos, 1973; Sonnby-Borgström, 2009).

Questo ha ridotto il conflitto interfamiliare, ma è stato accompagnato da disagio fisico.

Anche se non è stato



possibile confermare o smentire questa ipotesi con dati storici, si può ipotizzare l'eventualità di un bambino che è stato testimone involontario di rapporti adulteri, ha ascoltato profondi sospiri e la respirazione di adulti, senza essere in grado di integrare le informazioni che gli permettessero di capire che cosa stava accadendo. In tali casi, l'alestitimia fa riferimento alle informazioni proibite, ma involontariamente manifestate, che non è consentito esprimere in parole. Gli spasmi coronarici dell'uomo possono così essere collegati alla sua ansia, la perdita di udito all'essere stato testimone di rapporti tra la madre e altri uomini, la sua dermatite da contatto e l'infiammazione testicolare ai suoi conflitti generalizzati nei confronti dell'intimità e della sessualità.

Se questa analisi è ragionevolmente accurata, la sfida per il terapeuta è quella di fare in modo che questo paziente percepisca le reali, ma denegate, rappresentazioni di sé nel rapporto con gli altri, espresse attraverso sintomi somatici.

**Nicola Sahhar, psicoanalista, Colonia, Germania**

#### Bibliografia

- Kraemer, S. & Loader, P. (1995). Passing through life: Alexithymia and attachment disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 39, 937-941.
- Sifneos, P. E. (1973). The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 22, 255-263.
- Sonnby-Bergström, M. (2009). Alexithymia as related to facial imitation, mentalization, empathy, and internal working models-of-self and - others. *Neuropsychoanalysis*, 11, 111-128.

## Il valore adattivo della disperazione in un caso di scompenso psicosomatico conseguente ad abuso sessuale infantile

La disperazione è uno stato mentale di impotenza che spinge le persone ad abbandonare il loro comportamento abituale per cercare attivamente aiuto dagli altri (Crittenden 1997). In circostanze estreme rappresenta un ultimo tentativo di proteggersi comunicando il proprio stato emotivo a qualcun altro. Per questo mantiene un significato di speranza e svolge un valore adattivo. Un caso clinico chiarirà questo concetto (Baldoni 2011).

### La storia di Cabò

Cabò è una donna sposata di 37 anni. Nella sua adolescenza i suoi genitori si separarono dopo anni di litigi e Cabò andò a vivere sola con il padre. Più tardi si sposò, diventò madre e cominciò a manifestare ansia, irritabilità e crisi di rabbia verso il marito e la figlia. Alla prima consultazione manifestava ipertiroidismo ed esoftalmia (da lei completamente negati) che furono trattati positivamente con una terapia medica. Dopo un anno di psicoterapia dinamica basata sul DMM le sue condizioni emotive migliorarono e Cabò interruppe il trattamento improvvisamente. La sintomatologia fisica era scomparsa e la strategia di protezione del Sé era stata riparata riprendendo a funzionare in modo efficace.

Tre anni più tardi, poco dopo la morte della nonna materna, Cabò fu ricoverata in ospedale per gravi disturbi gastrointes-

tinali e urinari, febbre alta, infiammazione agli occhi e uno stato di confusione mentale, senza nessuna alterazione medica che giustificasse la sintomatologia. Disperata per la paura di morire chiese, piangendo, di parlare con il marito e con me ai quali raccontò, per la prima volta, di essere stata abusata sessualmente dal padre all'età di 16 anni. Confessò anche al marito di averlo tradito ripetutamente con vari uomini.

Prima di iniziare un secondo ciclo di trattamento ho somministrato a Cabò la AAI, utilizzandola per formulare i problemi e strutturare il trattamento.

### Formulazione basata sul DMM

*Il problema a lungo termine.* L'AAI di Cabò rivela una strategia A compulsiva caratterizzata da una parziale depressione e un trauma irrisolto per abuso sessuale: (Dp) Utr(p) sexual abuse A4-5 (7). La compiacenza compulsiva (A4), le tendenze promiscue (A5), e il distanziamento degli affetti negativi (A) erano aspetti centrali del suo funzionamento. Il padre può avere frainteso i comportamenti della figlia lasciandosi andare a uno stato incontrollato di eccitazione sessuale (vedi Ferenczi 1933). Cabò ha distanziato l'abuso per molti anni e questo le



**Franco Baldoni**

ha impedito di imparare a sviluppare relazioni sessuali sicure. Il suo aspetto attraente le permetteva di ricevere dagli altri attenzione e protezione, ma questo ha aggravato le sue tendenze promiscue. In questo modo seduceva gli uomini ed era sedotta da questi senza offrire resistenza e rendersi conto del proprio contributo. L'incapacità di riconoscere e regolare le emozioni e la scarsa capacità di mentalizzazione comportavano intense intrusioni di affetti negativi e reazioni somatiche incontrollate allo stress. Non essendo consapevole della propria paura e vulnerabilità, Cabò era incapace di chiedere aiuto (Baldoni 2010).

### La crisi acuta

I sintomi psicologici e somatici che si sono manifestati dopo la morte della nonna (una figura di attaccamento idealizzata) hanno minacciato in modo serio la vita di Cabò. Temendo di morire, ha abbandonato la sua strategia di autoprotezione abituale ed è divenuta attivamente e visibilmente disperata. Questo le ha permesso di chiedere aiuto alle sue attuali figure di attaccamento: il marito e lo psicoterapeuta.

### Il trattamento

Ancora prima di lasciare l'ospedale Cabò: (1) ha raccontato l'abuso subito e le relazioni extraconiugali, (2) ha manifestato una sofferenza prima inibita, (3) ha mostrato i segnali di un trauma preoccupato (non più bloccato). Questo ha risolto la sintomatologia somatica e ridotto significativamente le crisi di rabbia (intrusioni di affetti negativi) e la sofferenza emotiva. In pochi mesi, con l'elaborazione del trauma, le relazioni con il marito e la figlia sono notevolmente migliorate.

La storia di Cabò rivela come una crisi di attaccamento in una strategia di tipo A compulsivo con un trauma bloccato abbia portato al fallimento delle strategie difensive e a un grave scompensamento psicosomatico. La sintomatologia fisica e la paura di morire hanno favorito l'espressione di una disperazione che ha permesso a Cabò di cercare aiuto e rivelare l'abuso. Utilizzando la crisi per riorganizzare la propria strategia difensiva, Cabò si è sentita meglio fisicamente ed emotivamente, ha migliorato la qualità delle relazioni e ritrovato la propria sicurezza.

**Franco Baldoni, MD, PhD, Professore Associato di Psicologia Clinica, Università di Bologna**

#### Bibliografia

Baldoni F. (2010): *La prospettiva psicosomatica. Dalla teoria alla pratica clinica (The psychosomatic perspective. From theory to clinical practice)*. Bologna: Il Mulino.

Baldoni F. (2011): "La funzione adattiva della disperazione nel fallimento delle strategie di attaccamento: una prospettiva Dinamico-Maturativa" (The adaptive function of desperation in the failure of attachment strategies: a Dynamic-Maturative perspective). In V. Caretti, Craparo G., Schimmenti A. (Eds.) *Trauma. Teoria, clinica, ricerca*. Roma: Astrolabio (in press).

Crittenden P. M. (1997): "Toward an Integrative Theory of Trauma: A Dynamic-Maturation Approach". In D. Cicchetti, S. Toth (Eds.), *The Rochester Symposium on Developmental Psychopathology, Vol. 10. Risk, Trauma, and Mental Processes*. Rochester: University of Rochester Press, pp. 34-84.

Ferenczi S. (1933): "Confusion of tongues between adults and the child: The language of tenderness and the language of passion". *International Journal of Psycho-Analysis*, 30, pp. 225-230, 1949.

## Riconoscere la somatizzazione utilizzando la Terapia Dinamica Intensiva a Breve Termine



Allan Abbass

L'interruzione dei legami di attaccamento o dei tentativi di attaccamento, a causa, ad esempio, di morte o grave malattia di un genitore, produce una cascata di emozioni complesse. Queste emozioni includono dolore, rabbia e, in molti casi, senso di colpa per questa rabbia. Davanloo (1990), della McGill University, ha osservato sistematicamente queste interazioni e le ha usate come base per lo

sviluppo del suo modello di Terapia Dinamica Intensiva a Breve Termine (Intensive Short Term Dynamic Psychotherapy) (ISTDP). Davanloo ha scoperto che le emozioni inconsce, come tristezza, rabbia e senso di colpa per la rabbia, generano ansia inconscia. Egli ha osservato quattro principali pattern di risposta corporea che verranno descritti di seguito. Le difese inconsce come l'isolamento dell'affetto, la repressione degli affetti e la proiezione hanno la funzione di reprimere queste emozioni inconsce. Il lavoro di Davanloo ci permette di diagnosticare direttamente questa influenza emotiva nei disturbi somatici.

**La prima risposta corporea è chiamata "modello di scarica sulla muscolatura striata"**. Questo pattern si osserva clinicamente attraverso il continuo movimento delle mani e la respirazione profonda, il cui movimento coinvolge tutto il corpo, dall'alto al basso. In una situazione di intensa tensione corporea, possono emergere tic, spasmi e successivamente dolori. L'iperventilazione può essere in questo modo il prodotto di un eccessivo sospirare la cui motivazione è inconscia.

**La seconda risposta corporea coinvolge la muscolatura liscia**. La muscolatura liscia è caratteristica dell'intestino, delle vie respiratorie, dei vasi sanguigni e della vescica. L'apprendimento preconsciouso, secondo i principi del comportamentismo, predispone questi muscoli a spasmi acuti o cronici, associati a una serie di comuni sindromi mediche quali emicrania, ipertensione, sindrome del colon irritabile e malattie reattive delle vie respiratorie.

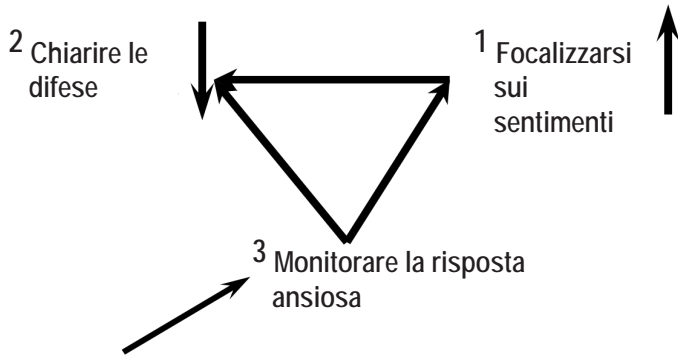
**La terza risposta di scarica dell'angoscia inconscia avviene sotto forma di disturbi cognitivi e percettivi**. La persona può avere visione sfocata o addirittura cecità completa, disturbi dell'udito o di altri sensi. Il soggetto può svenire e avere allucinazioni. Questa forma di angoscia può essere associata a crolli psicotici.

**La quarta risposta è quella della conversione motoria**. In questo pattern i muscoli sono deboli e non si osservano altri segnali causati dall'ansia inconscia. Così, ad esempio, la persona può essere rilassata, ma paralizzata a uno degli arti.

L'esplorazione attiva dei sentimenti collegati all'attaccamento e delle emozioni collegate al trauma possono aiutare il terapeuta a rilevare la presenza o l'assenza di queste risposte somatiche in un dato paziente. Quando queste emozioni vengono sollecitate, anche le difese inconsce di conseguenza vengono sollecitate. Di fronte all'angoscia inconscia del paziente, quindi, il terapeuta è in grado individuare direttamente l'influenza degli aspetti inconsci sui disturbi somatici.







I dati a sostegno del modello di trattamento di Davanloo sono piuttosto vasti allo stato attuale, con diciannove studi clinici pubblicati (Abbass et al., 2008, 2009). Gli studi sull'efficacia e sui costi mostrano che il trattamento riduce il ricorso ai servizi sanitari, la disabilità e l'utilizzo di farmaci.

Abbiamo dimostrato l'efficacia dell'ISTDP nel ridurre le visite al pronto soccorso nei pazienti con sintomi medici non spiegabili.

Sulla base di questo studio sono stati finanziati fondi per assumere uno psicologo a tempo pieno al fine di effettuare queste valutazioni nei pronto soccorso dei nostri ospedali locali.

Per ulteriori informazioni su questo modello di valutazione e di trattamento o una qualsiasi di queste pubblicazioni si veda [www.istdp.ca](http://www.istdp.ca)

**Allan Abbass MD FRCPC, Director, Centre for Emotions and Health, Dalhousie University, Canada**

Abbass A, Campbell S, Magee K, Tarzwell R. Intensive short-term dynamic psychotherapy to reduce rates of emergency department return visits for patients with medically unexplained symptoms; preliminary evidence from a pre-post intervention study. *CJEM*. 2009 Nov, 11(6), 529-34.

Abbass A. Somatization: Diagnosing it sooner through emotion-focused interviewing. *J Fam Pract* 2005, 54(3), 231-239.

Abbass A, Lovas D, Purdy A. Direct Diagnosis and Management of Emotional Factors in Chronic Headache Patients. *Cephalalgia*. 2008 Dec;28(12):1305-14.

Davanloo H. *Unlocking the Unconscious: Selected Papers of Habib Davanloo*, MD. Chichester: John Wiley and Sons; 1990.



**Patricia Crittenden**

## Corpo o Cervello? Yes!

Corpo e cervello sono aspetti di una singola entità – una persona! – e l'uno influenza l'altro. In questo numero di DMM News trattiamo di **'disturbi "psicosomatici", cioè problemi in cui il corpo sembra sapere ciò che la mente non può dire.**

Il concetto di informazioni e rappresentazioni "cognitive" e "affettive" ti è probabilmente familiare. **Ma hai notato che abbiamo aggiunto informazioni e rappresentazioni "somatiche" al modello?** Era ora! Dopo tutto, la nostra prima informazione, nella vita, è somatica ed è la più importante per la sopravvivenza. In realtà, sono così tante le informazioni rappresentate somaticamente che uno psicoterapeuta non può permettersi di sottovalutare questa fondamentale, ma non esplicita, fonte di informazioni sul benessere individuale.



Allan Abbass fornisce una breve lista di marcatori fisici ai quali prestare attenzione e citazioni di articoli per approfondire le sue idee. Nicole Letourneau, il curatore di questo numero speciale di DMM News, descrive le sue ricerche sui bambini di madri con depressione post-natale. Il suo lavoro sullo sviluppo del cervello dei bambini è importante? In realtà riguarda il 15% dei bambini nati da madri depresse: lo sviluppo del loro cervello è a rischio e così il loro sviluppo in generale.

Sally Byrne ci mostra come l'attaccamento può cambiare la nostra pratica quotidiana. Nell ha così male alla pancia

che non può camminare, ma il dottore dice che va bene. Leggi sulla sua terapia e chiediti: **quale è la differenza tra un trattamento che ripara una strategia non-B "rotta" (compulsiva, nel caso di Nell) e uno che riorganizza la strategia e anche il funzionamento familiare verso un maggiore equilibrio?** Se decidi che Nell e la sua famiglia siano semplicemente ritornati allo stato precedente – quello che ha determinato i sintomi di Nell, come può il terapeuta avere convinto i genitori di Nell a proseguire il trattamento in modo da produrre cambiamenti duraturi?

Nel caso di Cabò presentato da Franco Baldoni vediamo sia una strategia riparata dopo una prima crisi, che una seconda crisi che ha portato a una valutazione, formulazione e trattamento più focalizzati. Il risultato finale è stata la riorganizzazione verso una strategia autoprotettiva di attaccamento più adattiva.

Nicola Sahhar propone un'ipotesi molto stimolante: **il genere di Willi rappresenta le informazioni proibite riguardo l'infedeltà dei suoi genitori? Come può essere testata questa ipotesi con un paziente senza dare a questo la possibilità che il suo terapeuta sbagli ipotesi?**

La differenza di argomenti in questo numero è molto grande – il che non deve affatto sorprendere. Niente accade nel comportamento o psicologicamente senza la partecipazione del corpo. In realtà, quando soffriamo sia di problemi fisici che psicologici, il cervello registra le stesse rappresentazioni nella corteccia cingolata anteriore (Botvinik, et al., 2005; Eisenberger, et al. 2003)! Per un trattamento psicologico che comporti salute, dobbiamo occuparci sia del corpo che della mente. Tutto il comportamento, quindi, è "psicosomatico".

**Hai un caso sconcertante da condividere con noi? Un trionfo entusiasmante di ingegno terapeutico? Se sei un membro IASA, visita il nostro forum sul sito [www.iasa-dmm.com](http://www.iasa-dmm.com) e raccontaci la tua esperienza. (Se non sei un membro IASA, perchè non lo diventi adesso?!). Scambiamoci le opinioni!**

**Patricia M. Crittenden, Ph.D., Family Relations Institute, USA**

### Bibliografia

Botvinick, M., Jha, A. P., Bylsma, L. M., Fabian, S., Solomon, P., & Prkachin, K. (2005). Viewing facial expressions of pain engages cortical areas involved in the direct experience of pain. *Neuroimaging*, 25, 312-319.

Eisenberger, N. I., Lieberman, M. D., & Williams, K. D. (2003). Does rejection hurt? An fMRI study of social exclusion. *Science*, 302, 290-292.