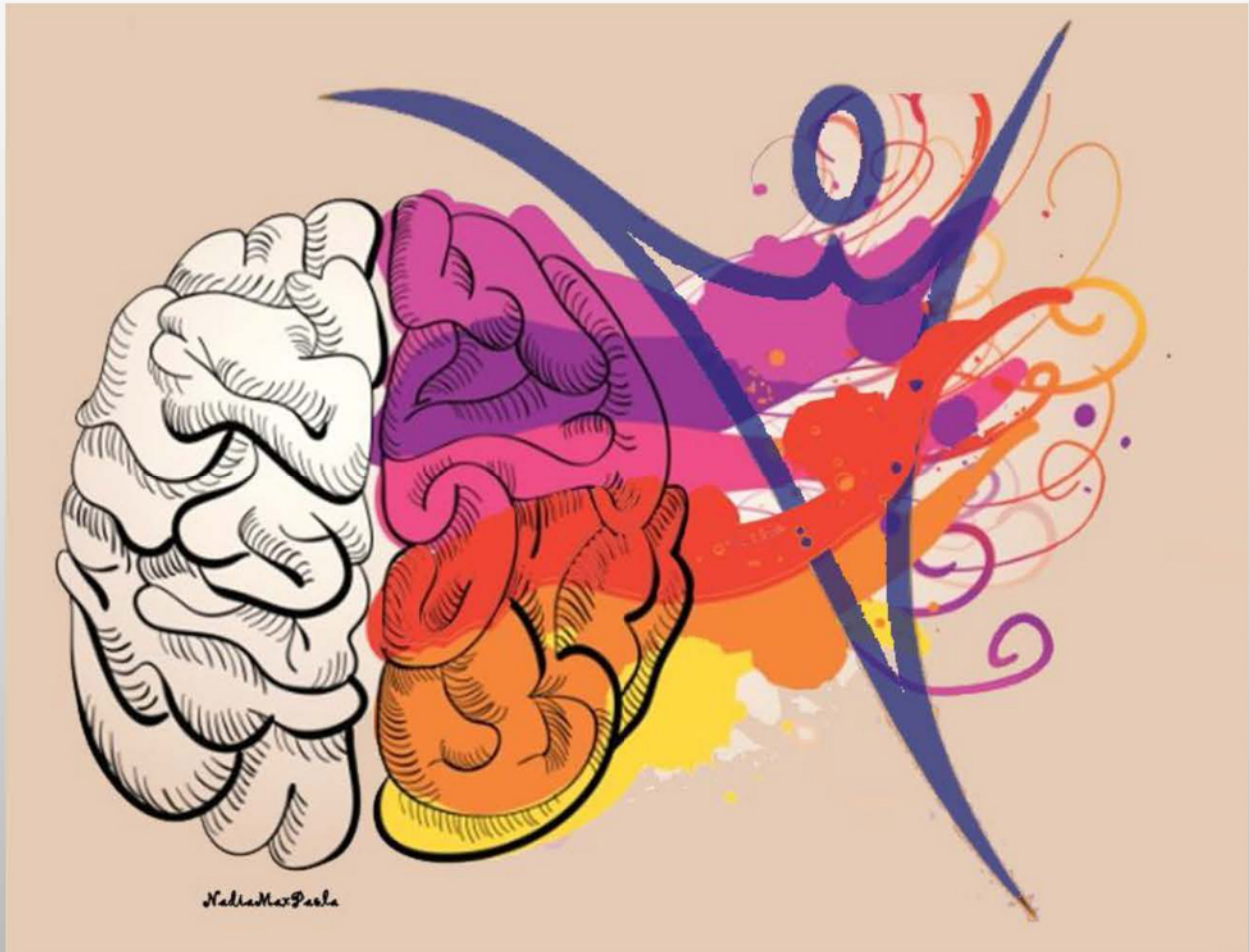




NEO FUNZIONALISMO E SCIENZE INTEGRATE



nuove frontiere di cura, prevenzione e benessere



Psicologia e Medicina

SEF

Scuola Europea
di Psicoterapia
Funzionale

RIVISTA TELEMATICA
N.3 - DIC 2015

SIF

Società Italiana
di Psicoterapia
Funzionale

Sommario

RUBRICA

Le nuove frontiere del Funzionalismo

Che vuol dire ammalarsi in un'ottica integrata psico-corporea?

di *Luciano Rispoli*

4

RUBRICA

Infanzia e adolescenza

I mattoni della Resilienza

Il concetto di "Resilienza" in Psiconcologia Pediatrica e Psicologia Funzionale

di *Rino Taormina*

9

RUBRICA

Il Funzionalismo nei servizi

Riequilibrio Funzionale Integrato per il paziente oncologico

di *Grazia Maria Villari*

15

RUBRICA

Psicoterapia

Intervistiamo il Dottor Francesco Bottaccioli

22

RUBRICA

Stress, Salute e Benessere

L'applicazione della Metodologia Funzionale Antistress nei casi di disturbo gastrointestinale.

di *Marco Iacono - Liliana Argenziano - Giuseppina Puleo*

26

RUBRICA

Le ricerche del Funzionalismo

Stress Cronico e Patologie Reumatiche: intervento nell'ottica del Neo-Funzionalismo

di *Alessandra Spagnuolo*

32



NEO FUNZIONALISMO E SCIENZE INTEGRATE

*nuove frontiere di cura, prevenzione,
benessere nell'individuo e nella società*

SEF RIVISTA - Rivista semestrale
della Scuola Europea di Psicoterapia
Funzionale

SEDI

Napoli, Catania, Firenze, Padova,
Roma, Benevento, Brescia, Palermo,
Trieste, Lecce

DIRETTORE SCIENTIFICO

Luciano Rispoli

DIRETTORE RESPONSABILE

Fabrizio Masucci

COMITATO SCIENTIFICO

Alessandro Bianchi, Paola Bovo,
Paola Fecarotta, Giuseppe Rizzi

REDAZIONE

Paola De Vita, M. Nadia Lucci

Hanno collaborato per la

Redazione:

Rino Taormina, Grazia Maria Villari,
Marco Iacono, Liliana Argenziano,
Giuseppina Puleo, Alessandra
Spagnuolo

BLOGGING

Massimo Petrucci, Claudia
Sciacchitano

Il Direttore racconta

Luciano
Rispoli

E' possibile oggi continuare a separare scienze diverse? Si può ancora parlare di scienze esatte riferendosi alle discipline che studiano le leggi del funzionamento della natura e di scienze non esatte riferendosi alle discipline umanistiche? E' ancora possibile considerare oggettive le scienze mediche e soggettive quelle psicologiche, prendendo in considerazione solo pensieri, vissuti ed emozioni? Ma si può poi ancora affermare che vissuti ed emozioni non siano in connessione profonda con il corporeo? Con i sistemi fisiologici, con le sensazioni, con il motorio?

Tutte le scoperte degli ultimi anni (in varie e differenti rami della scienza) ci dicono che non è così. Oramai appare pienamente accertata una visione integrata dell'essere umano. Sempre più si fa spazio una concezione unitaria della persona, in cui non è più possibile scindere il mentale dal corporeo: un Sé costituito da tutte le Funzioni psico-corporee unitariamente e pariteticamente, un Sé visto come organizzazione di tutti i Sistemi Integrati che lo compongono.

Ma allora lo stesso lo si può e lo si deve dire per le malattie, i disturbi, le alterazioni. Innanzitutto non esistono malattie solamente fisiche e malattie soltanto mentali; non sono il corpo o la mente ad ammalarsi ma la persona intera, con tutti i suoi Sistemi (come sosteniamo da tempo nel Neo-Funzionalismo). E su questa medesima linea di evoluzione scientifica va guardato anche lo stare bene, lo stato di benessere, che è qualcosa di molto più che la semplice assenza di malattie.

Non basta dire, però, che mente e corpo sono integrati: bisogna comprendere a fondo le interrelazioni che collegano tutti i Sistemi Integrati (Neurologico, Emotivo-Cognitivo, Neurovegetativo, Endocrino, Immunitario, Senso-Motorio); bisogna arrivare a conoscere come agire su di un Sistema e quali sono gli effetti che si hanno sugli altri Sistemi, per potere agire sulla persona su più fronti, in modo multidimensionale, e ottenere i risultati positivi che ci si è prefissi.

Dunque, molto cammino deve essere ancora fatto in questa nuova direzione; anche se una grande parte di questo cammino è già stata percorsa da chi ha tenuto in considerazione l'integrazione mente-corpo.

E in questo numero della nostra rivista vogliamo procedere ancora ulteriormente in questa direzione:

- presentando punti di vista autorevoli quali quelli del prof. Bottaccioli (fondatore della PNEI)
- ma anche i risultati molto positivi e incoraggianti di numerose ricerche (che da tempo stiamo portando avanti) sugli effetti di interventi con le nostre metodologie Funzionali su persone che hanno sofferto o soffrono di malattie anche molto gravi come quelle oncologiche o le patologie reumatiche croniche.

Fondatore della psicologia Funzionale e del suo modello integrato di psicoterapia. Fondatore della Scuola Europea di Formazione in Psicoterapia Funzionale (SEF), della Società Italiana di Psicoterapia Funzionale (SIF) e della EIPF. Membro attivo sin dall'inizio di Organizzazioni Internazionali della Psicoterapia: già Presidente della Società Italiana di Psicoterapia e Psicologia Clinica. Membro onorario dell'EABP, membro fondatore del CSITP. Presidente onorario della Associazione Italiana per la Psicoterapia Corporea (AIPC). Dirige per Alpes Italia la collana "Il Neofunzionalismo" dove sono già stati pubblicati vari volumi. Ha scritto 22 libri, ha partecipato a 21 libri e ha pubblicato oltre 150 articoli in Italia e all'estero.

Che vuol dire ammalarsi in un'ottica integrata psico-corporea?

di Luciano Rispoli – Fondatore della Scuola Europea di Formazione in Psicoperapia Funzionale

A volte ci si può illudere che un bambino, una bambina "stiano bene" quando nella loro drammatica lotta per la sopravvivenza riescono a barcamenarsi, cercano di farcela da soli e non presentano sintomi molto evidenti o malattie gravi. Ma a ben vedere sono già presenti numerosi segni (e anche molto chiari agli occhi di una visione complessiva mente-corpo) di alterazioni e disfunzioni di vario tipo: disturbi nel mangiare, paura di addormentarsi, enuresi notturna, aggressività esagerata o carenza di aggressività, capricci frequenti, agitazione motoria, paure troppo intense, incubi.

Ma esistono anche altri segni, che oramai abbiamo imparato a leggere se utilizziamo una visione complessiva della persona, e che consistono in rigidità, stereotipie, limitazioni sui vari piani Funzionali del Sé. Dobbiamo guardare anche alla respirazione, all'equilibrio tra sistema simpatico (quello dell'allarme e dell'ansia) e vago (quello della calma e dell'allentare), ai movimenti tipici e ripetitivi, agli atteggiamenti del corpo, ai piccoli gesti e ai rituali ossessivi, al modo in cui si atteggia la voce, alle espressioni delle emozioni. Dobbiamo guardare anche ai piccoli disturbi che molte volte non sono compresi nella loro importanza: eccessive sudorazioni, disturbi della pelle, dolori insistenti, piccoli tic, sensazioni corporee alterate.

Insomma tutti questi segni ci dicono con sufficiente certezza che si stanno preparando situazioni ben più gravi (anche se al momento non sembra) che scoppieranno più in là. Ed è possibile anche prevedere (con una certa approssimazione) di che tipo saranno i problemi futuri: se interverranno malattie somatiche o psicosomatiche, oppure disturbi dell'affettività, o problemi di concentrazione e di ideazione, o ancora alterazioni del comportamento e della caratterialità.

Quasi sempre i genitori si meravigliano delle crisi gravi in cui crollano i propri figli; "non aveva niente" - dicono; "stava bene!". Ma le crisi sono solo apparentemente improvvise: esse non sono altro che un coagularsi di situazioni di malessere preesistenti da molto tempo che precipitano in un momento particolarmente difficile: il passaggio dalle scuole elementari alle medie o dalle medie alle superiori, la pubertà, le prime difficoltà in amore, un insegnante difficile, una situazione di particolare tensione in famiglia, la perdita di una persona cara, di un nonno o una nonna. Da che si andava bene a scuola non si riesce più a rendere o ci si blocca completamente nello studio. Da che sembrava tutto abbastanza normale si cade in pericolose depressioni, si cominciano ad accusare

disturbi di anoressia o di bulimia, si vivono con angoscia esasperata situazioni di ingiustizia, non si tollerano delusioni di nessun genere.

Nulla di tutto questo è mai realmente improvviso ma rappresenta solo il "precipitare" di situazioni già in atto; i disagi già esistevano, originati proprio da una carenza di "protezione" nello sviluppo del piccolo umano, da un'insufficiente soddisfazione dei Bisogni Fondamentali di vita, da uno scontro doloroso, amaro, esagerato con una realtà non gratificante, con una realtà che non sembra capirlo e che non sembra tenerlo sufficientemente in considerazione.

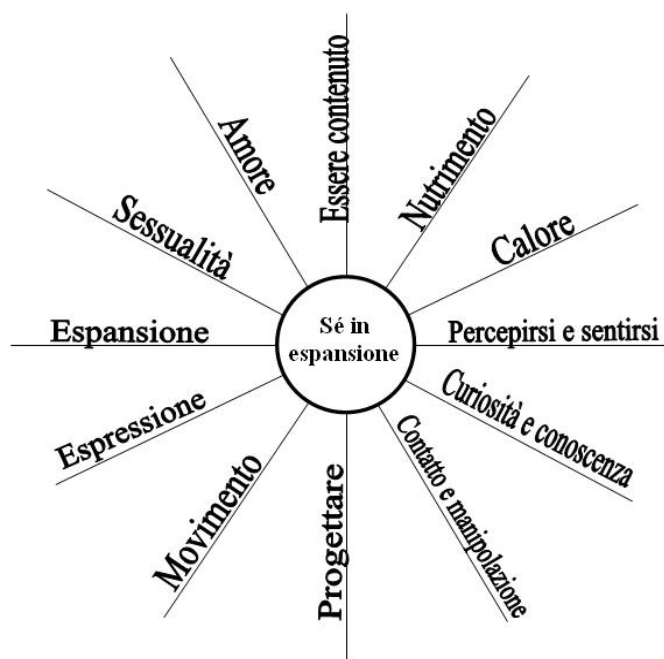


Fig.1 I Bisogni Fondamentali

Quali siano questi bisogni lo abbiamo visto. Non dimentichiamoci che essi sono le direttrici lungo le quali si sviluppa tutta la vita umana; le modalità con cui ci si espande, si attraversano esperienze, si accumulano conoscenze, si conservano salute e benessere.

Quando neghiamo i Bisogni Fondamentali il primo a soffrirne è il nostro corpo. E immediatamente ne risente anche l'anima, che finisce per diventare "opaca". Frustrazioni, dolori, incomprensioni, indifferenza cancellano l'armonia da corpo e anima.

Il corpo si richiude, assume posture accartocciate, movimenti stereotipati, viene mutilato nella sua capacità di espansione. Qualcuno può perdere i movimenti morbidi e ritrovarsi solo con quelli rigidi, a scatti; qualcun altro solo con movimenti veloci e agitati, oppure con le spalle chiuse in avanti, con la testa china, con la schiena incurvata. Ma anche il respiro si può alterare e trasmettere continue sensazioni di paura se diviene troppo superficiale, affannoso, con il diaframma

“Quando neghiamo i Bisogni Fondamentali il primo a soffrirne è il nostro corpo”

bloccato; le mani sudano e c'è tachicardia senza che vi siano motivi reali di pericolo. Il torace percepisce una fitta, un senso di oppressione. Le gambe sono stanche perché sempre irrigidite. Si possono avere giramenti di testa; ci si può sentire deboli, come se si dovesse svenire da un momento all'altro.

Spesso si hanno fenomeni infiammatori che non hanno spiegazioni apparenti: febbricole, fitte dolorose, infiammazioni alle mucose, occhi gonfi.

Oppure si possono avere esplosioni improvvise di allergia, di micosi, di mali di pancia, di nausea e vomito. Possono instaurarsi affezioni croniche come cefalee e emicranie, dolori muscolari, coliti, ulcere; infiammazioni in zone particolarmente contratte, come mal di gola, disturbi della pelvi e dell'apparato genitale.

*“c'è piuttosto
un
"ammalarsi"
complessivo
dell'organism
o, che
produce poi
sintomi sui
vari livelli”*

Ma l'ammalarsi non è solo quello fisico. Oggi sono diffusissimi gli stati d'ansia generalizzata e le fobie: la paura dei mezzi di trasporto, di stare da soli, delle malattie; o veri e propri attacchi di panico. Sono frequenti i pensieri ricorrenti, il rimuginare sulle cose andate male, su quello che si sarebbe dovuto fare o dire. Il futuro può assumere coloriture nere e tutto sembra difficile, pesante, faticoso.

Il fatto è che non esistono sintomi solo psichici o solo fisici: come abbiamo già detto, c'è piuttosto un "ammalarsi" complessivo dell'organismo, che produce poi sintomi sui vari livelli. Le esplosioni delle malattie, anche di quelle gravi, sono solo apparentemente improvvise. Bisogna perciò riuscire sempre più a scoprire anticipatamente cosa sta accadendo: come l'organismo, nella sua

totalità, si stia ammalando e su quale versante si ammalerà.

Un Sé che si altera può far scoppiare disturbi anche molto gravi. Ma sono disturbi "annunciati".

I Bisogni non sufficientemente accolti

Alessandra da piccola non voleva mai andare a dormire. Non sopportava l'idea di chiudere gli occhi e non sapere più quello che succedeva intorno. Era così sviluppato il suo Bisogno di capire e controllare tutto che fu capace durante una notte di Natale, quando aveva appena 4 anni, di restare sveglia per poter vedere Babbo Natale arrivare.

La sua eccitazione si era trasformata in ansia e alla fine era venuta in terapia perché l'ansia le stava rendendo difficile tutta la vita.

Purtroppo accade spesso che una sana eccitazione, uno stato leggero di tensione, indubitabilmente piacevoli, si siano intrecciati e confusi con uno stato di ansia che al contrario è nettamente sgradevole. E' questa la ragione per cui molte persone cercano volutamente situazioni cariche di ansia: per cercare di avvertire una eccitazione che altrimenti è assente dalla loro vita. Il

gioco d'azzardo ne è un esempio classico; e così gli sport pericolosi, le sfide alla morte, gli amori proibiti, il sesso in situazioni precarie e pericolose (in ascensore, a casa dell'amante di nascosto dal marito, nei posti pubblici quando vi è il rischio che qualcuno intervenga).

Ma lo stato di ansia non porta a soddisfazione: piuttosto a una sorta di delusione e di prostrazione che lasciano svuotati. Come nel bel film "California poker", in cui i protagonisti, giocatori incalliti, riescono finalmente a vincere e molto a Las Vegas; ma finito il momento dell'ansia del gioco d'azzardo si sentono completamente svuotati ed inutili, delusi e depressi nonostante la forte vincita

Nancy aveva rincorso sempre gli uomini nella speranza inconscia di trovare finalmente qualcuno che se la prendesse e la sostenesse come non lo era mai stata da bambina. Era una donna di grosse dimensioni, e finiva sempre per sentire gli uomini più deboli e fragili di lei. In realtà questa sua ricerca affannosa degli uomini finiva per assorbire tutte le sue energie e Nancy non riusciva a dedicarsi ad altri aspetti importanti della sua vita: anche professionalmente non aveva combinato nulla di buono.

In terapia poté separare nettamente questi due aspetti: prendersi sostegno e "nutrimento" profondi dal terapeuta senza illudersi più di poterli trovare negli uomini che incontrava. Gli uomini allora la cominciarono a interessare per altri aspetti, ma non riempirono più ansiosamente tutta la sua vita. Anche sul lavoro Nancy cambiò completamente e tirò fuori le sue incredibili doti di organizzatrice. Il suo rapporto con il corpo e con il cibo è oggi completamente diverso. Ora è una donna certamente non piccolina ma assolutamente non grassa, anzi armonica e slanciata.

Emanuela sostituiva il Bisogno di amore con la necessità di espansione e di movimento nel mondo. Per cui le capitava l'opposto di ciò che succedeva a Nancy. Quando incontrava un uomo non si soffermava a percepirla pregi e difetti, ma avvertiva solo il pericolo che potesse nascere un legame troppo intenso. E se ne allontanava ad ogni minimo pretesto. Ma allontanandosene le restava dentro solo una vaga impressione della persona che aveva conosciuto, piuttosto che le sue caratteristiche reali e concrete. E con la lontananza si convinceva che lui era una bella persona e che lei ne era innamorata.

Decideva allora di ritrovarlo e riprovarci ma incontrava quasi sempre una persona molto diversa dalla figura dei suoi sogni: un uomo egoista, superficiale, oppure aggressivo e manesco, un altro geloso e possessivo, o ancora freddo e indifferente. Soffriva molto ma non si rendeva conto che l'altro era sempre stato così e che lei non se ne era accorta prima. La sua esigenza di autonomia e di libertà, invece di ricoprire altri importanti aspetti della sua vita, si era andata a concentrare, confondendosi, con i suoi rapporti sentimentali.

Mariangela aveva troppo mescolati dentro di sé il Bisogno del piacere gioioso (gioco e contatto) con il dovere, cioè con il Bisogno di espandere se stessa e realizzarsi nel lavoro. Anzi il dovere aveva quasi del tutto inglobato il piacere. E questo era stato reso possibile anche dalla scomparsa quasi totale delle sue sensazioni corporee positive. Le uniche che facessero capolino erano quelle negative che la spaventavano terribilmente.

Mariangela dava tutta se stessa all'insegnamento, ai lavori di casa, e ad un altro lavoro di ricerca e di compilazione di dati che si era accollata e che non riusciva a svolgere se non nelle ore serali o notturne. Ma le era diventato sempre più difficile continuare tutto questo, cercando, come lei faceva, di svolgere i suoi compiti con la maggiore rigorosità possibile. La sua scontentezza di fondo cresceva; e per di più cominciava a trovarsi arretrata sul lavoro, le cose le riuscivano male, perdeva creatività, non riusciva più ad essere produttiva. La mancanza di alternanza tra dovere e piacere, l'aver soffocato quest'ultimo (uno dei Bisogni Fondamentali del Sé) minavano anche le altre capacità e le altre linee di sviluppo della sua persona: il lavoro, il successo professionale, la stabilità sentimentale.

I mattoni della Resilienza

Il concetto di “Resilienza” in Psiconcologia Pediatrica e Psicologia Funzionale

di Rino Taormina – Psicologo, Psicoterapeuta Funzionale

Nel corso degli ultimi anni nei contesti ospedalieri oncologici è diventata sempre più evidente la necessità di far fronte alle problematiche dei pazienti anche dal punto di vista psicologico, attraverso progetti e interventi terapeutici, cercando di garantire una qualità di vita sia durante i trattamenti medici che successivamente, a lungo termine.

Il concetto di “guarigione” oggi infatti non rimanda soltanto ad un recupero della condizione biochimica di ogni paziente, ma si cerca sempre più di tenere conto della complessità di ogni individuo, nella sua unitarietà mente-corpo. A tal fine durante un lungo intervento farmacologico, come quelli utilizzati per contrastare tutte le patologie neoplastiche, diventa indispensabile affiancare un intervento che possa sostenere le principali funzioni emotive e cognitive. Questo è ancora più evidente in un contesto pediatrico, in quanto i giovani pazienti affrontano delle cure che andranno a mettere a repentaglio la soddisfazione di alcuni “bisogni fondamentali”. Ormai da anni i principali centri di oncologia pediatrica strutturano un intervento che guarda l'evento malattia nella sua interezza, considerando anche le sue innumerevoli ripercussioni emotive e relazionali. Per questo si è fatta avanti una nuova disciplina definita Psicologia Oncologica, o Psiconcologia, che si occupa in maniera privilegiata e specifica della vasta area delle variabili psicologiche connesse alla patologia neoplastica. Spesso gli addetti ai lavori si sono impegnati a definire le complesse problematiche psicologiche ed emozionali che interessano la maggior parte dei pazienti affetti da cancro. L'interesse è stato focalizzato in particolare sugli aspetti più soggettivi del paziente, attraverso i suoi sintomi, le sue sofferenze e le ripercussioni di questa esperienza anche a livello sociale. La Psiconcologia affronta il problema della possibile relazione tra fattori psicologici ed emozionali e la malattia neoplastica (organica) e nel fare questo tenta di capire:

1. Se i fattori psicologici giocano un ruolo nell'etiologia del cancro, e quindi nella prevenzione.
2. Se i fattori psicologici incidono sull'evoluzione clinica delle neoplasie.
3. Quali interventi psicologici e psicoterapeutici possono migliorare la qualità della vita

durante il trattamento e successivamente.

Per fare questo molte ricerche negli anni hanno cercato di definire, da una parte, la particolare esperienza di malattia e le possibili reazioni all'evento stesso e, dall'altra, le possibili conseguenze a lungo termine di un evento di vita tanto gravoso dal punto di vista psicologico. Rispetto alla valutazione



delle reazioni (comportamenti) che ogni individuo può esprimere, e alla gestione dell'evento, la psicologia Cognitiva soprattutto ha dato una chiave di lettura definendo gli “stili di Coping” (orientati sul problema, sull'emozione e sulla relazione), ovvero gli stili comportamentali più ricorrenti, con tutte le considerazioni legate all'appropriatezza o no di questi nella gestione della malattia. In questo modo ogni operatore psicologico, dopo avere definito questi stili comportamentali, è invitato ad orientare il paziente e la famiglia verso uno stile più utile per la gestione degli eventi. Rimandando genericamente agli strumenti, all'esperienza e alla personalità di ogni singolo operatore.

Soprattutto in ambito pediatrico invece sono stati anche numerosi i lavori che volevano descrivere il possibile “trauma” a lungo termine¹ legato all'evento malattia. Era di comune convinzione che un'esperienza tanto dolorosa, durante la giovane età, comportasse nel lungo periodo danni allo sviluppo della personalità e all'inserimento sociale. La maggior parte di queste ricerche si sono orientate principalmente sulle possibili conseguenze psicologiche negative della malattia. Contrariamente a quanto si riteneva più probabile le varie ricerche però non hanno evidenziato elevati livelli di disturbi psicopatologici (stress, depressione, ansia, disadattamento sociale). Valutando globalmente i risultati si può rilevare che, pur utilizzando strumenti volti a individuare lo stress post traumatico, questo fattore è stato documentato in una limitata percentuale di guariti, compresa tra il 25 e il 40 %.

A partire dagli anni '90 si è sviluppata allora una linea di ricerca definita psicologia positiva, orientata a studiare le risorse psicologiche e contestuali che promuovono lo sviluppo cognitivo e

¹ “Analisi longitudinale della sintomatologia post traumatica su 61 genitori di bambini malati di leucemia dalla diagnosi allo stop terapia”, Alosio, Tremolada M., Pillon M. 2010

“Psiconcologia in età evolutiva”, Bertolotti M., Massaglia P. 2011

“Senso e significato della malattia nel bambino oncologico”, Taormina C., Balsamo F. 2004.

affettivo e un soddisfacente adattamento all'ambiente, sia in persone definite normali sia in coloro che hanno fronteggiato e/o superato situazioni altamente stressanti o traumatici. Nell'ambito di queste osservazioni è stato quindi teorizzato che un individuo, già a partire dall'età pediatrica, può esprimere buone capacità di adattamento in situazioni altamente problematiche facendo emergere risorse personali latenti non evidenziate in precedenza. L'insieme di queste risorse è stato definito "Resilienza"².

Il concetto di resilienza, preso in prestito dalla fisica che lo usa per definire la caratteristica di alcuni metalli di tornare allo stato originario dopo una deformazione liberando energia nell'ambiente, richiama, in psicologia, la capacità di far fronte in maniera positiva ad eventi traumatici, di riorganizzare positivamente la propria vita dinanzi alle difficoltà. Sono persone resilienti quelle che immerse in circostanze avverse tendono a fronteggiare efficacemente le contrarietà, a dare nuovo slancio alla propria esistenza e perfino raggiungere mete importanti. Uno studio eseguito su giovani adulti³, dopo varie forme di tumori o leucemie, ha segnalato accanto ad alcune difficoltà, cambiamenti positivi quali:

- maggiore maturità psicologica.
- maggiore empatia e solidarietà verso gli altri.
- acquisizione di nuovi valori e priorità .
- sviluppo di nuove capacità nell'affrontare le difficoltà della vita.

Il lavoro svolto dal servizio di Psicologia nel centro di Oncologia Pediatrica di Palermo è orientato, ormai da molti anni, a sostenere le famiglie e i giovani pazienti durante il percorso di cura. Ogni famiglia viene presa in carico già nelle prime fasi di comunicazione della diagnosi; ogni famiglia viene orientata e guidata per gestire al meglio l'impatto con la malattia. Nel corso della cura invece i vari interventi terapeutici vengono attivati per la gestione di sintomi o difficoltà legate agli eventi.

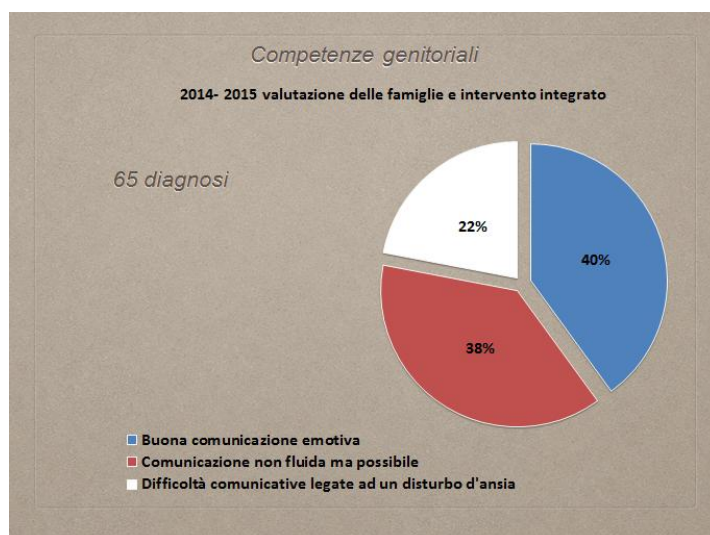
I concetti chiave della Psicologia Funzionale hanno dato un indispensabile aiuto nella definizione di questo lavoro; è possibile definire infatti quali Esperienze di base contribuiscono a garantire una buona qualità di vita, durante e dopo un evento malattia.

*"è possibile definire
quali Esperienze di
base contribuiscono a
garantire una buona
qualità di vita,
durante e dopo un
evento malattia"*

² *"La promozione della Resilienza: un nuovo paradigma dell'oncologia Pediatrica"*, Masera , Bianchi, Delle Fave, 2012

³ *"Thematic evidence of psychosocial thriving in childhood cancer survivor"s*, Perry C., 2005

Durante il biennio 2014-2015 sono state accolte 65 nuove famiglie. Seguendo l'andamento degli eventi, delle richieste di intervento al servizio di psicologia, dei sintomi e valutando le competenze genitoriali durante questo periodo, è stato possibile descrivere una buona percentuale di famiglie (40%) caratterizzate da un buon adattamento agli eventi, con una certa capacità di far



circolare le emozioni attraverso una comunicazione chiara all'interno della famiglia. In questi casi l'intervento è stato quasi assente se non in termini informativi e di promozione del benessere (famiglie comunemente definite come Resilienti). Il 38% delle famiglie erano invece caratterizzate da alcune difficoltà espresse in termini di adattamento e comunicazione; problemi spesso risolti con interventi di supporto alle competenze genitoriali e brevi interventi di promozione del benessere individuale (famiglie mediamente resilienti). Una certa percentuale di famiglie (22%) invece ha espresso notevoli difficoltà ad adattarsi al contesto e a gestire la malattia; in questo caso sono stati numerosi gli interventi di psicoterapia e di riequilibrio per la risoluzione di sintomi, spesso legati ad un controllo alterato, e alla scarsa chiarezza nelle modalità comunicative (famiglie non resilienti).

Il lavoro svolto "con chi si è rivelato meno resiliente" si è orientato a supportare previste Esperienze di Base. Ognuna delle EBS è indispensabile durante l'intero arco di vita⁴, ma alcuni sintomi e difficoltà osservate (durante il trattamento medico ma anche dopo la fine delle terapie)



hanno ricondotto ad una carenza delle competenze genitoriali nel garantire l'Essere capiti, l'Essere portati, l'Essere guidati negli eventi e nelle sensazioni provate, l'Essere protetti; si è osservata una difficoltà a creare un clima familiare capace di portare con sé un'adeguata aspettativa positiva, la Calma, lo Stare, la possibilità di Allentamento del controllo, al fine di conservare uno stato di benessere anche in un momento tanto incerto.

⁴ Esperienze di Base e sviluppo del Sé, Rispoli L., 2004

È possibile allora ricondurre la resilienza ad un precisa configurazione del Funzionamento della famiglia. Alla base delle famiglie resilienti è possibile individuare la capacità di *Sentire* e riconoscere con chiarezza le emozioni e le percezioni, comunicarle all'interno della famiglia, di conservare un contatto buono (nonostante l'incertezza e la paura), di fare sentire la protezione, la forza e la consistenza nel mostrarsi. Guardando a questa configurazione di base è possibile capire meglio perché alcuni pazienti esprimono una maggiore maturità psicologica ed una maggiore capacità ad affrontare le difficoltà.

Al contrario, alla base dei contesti e dei pazienti meno resilienti, spesso si trovano genitori con difficoltà comunicative, difficoltà di riconoscimento di sensazioni ed emozioni, un eccesso di pensieri negativi, una scarsa tendenza al contatto, poca calma, elevato e cronico stato di allarme e di controllo; un'alterazione del funzionamento non direttamente legato agli eventi di malattia. Ogni evento (stressante) rimanda a una valutazione e rivalutazione soggettiva del singolo individuo, attraverso l'organizzazione funzionale della persona. L'evento malattia produce un impatto su tutto l'organismo, sulla famiglia; il tipo di impatto dipende dalle caratteristiche del gruppo famiglia e dell'organismo di chi si ammala, e cioè dalla configurazione della modalità di funzionamento di tutti i processi funzionali del sé, che definiscono il concetto di Filtro Funzionale della Percezione⁵.

L'intera persona è la lente attraverso la quale passano gli eventi stressanti, con le sue peculiarità. Le caratteristiche del Filtro, che orientano l'esperienza in una direzione o nell'altra, risentono delle antiche esperienze del Sé, che possono aver assunto coloriture di positività o negatività. Se il filtro Funzionale Percettivo nella sua organizzazione non è eccessivamente alterato l'evento stressante produce uno stress acuto, con un'attivazione solo momentanea dei processi di attivazione. Questa reazione momentanea dà un feedback positivo all'individuo, che si percepisce come capace di reagire positivamente e di gestire con buone capacità l'evento. Al contrario nella sua condizione alterata il filtro porta il soggetto a percepire in maniera sproporzionata quello che succede e a una precisa sensazione di incapacità di gestire gli eventi. Le famiglie, i pazienti, che verranno successivamente definiti come *resilienti* sono quelle che riusciranno a soddisfare precisi bisogni durante il periodo della cura. La famiglia offre un ambiente e una modalità più o meno utile che può bilanciare,



5 Misurare lo Stress, Rispoli L., Di Nuovo S., Genta E., 2000

riequilibrare le numerose deprivazioni, dolori e alterazioni che di per sé la malattia promuove. Questo può portare questi ragazzi a sentire ancora di più la capacità di riorganizzare la propria vita a lungo termine. Quando questo non è possibile bisogna intervenire attraverso un lavoro mirato a sostegno del funzionamento dell'individuo, al fine di conservare uno stato di benessere anche quando la vita porta ad affrontare eventi tanto destabilizzanti⁶.

Bibliografia:

- Alosio, Tremolada M., Pillon M., *Analisi longitudinale della sintomatologia post traumatica su 61 genitori di bambini malati di leucemia dalla diagnosi allo stop terapia*, (2010)
- Bertolotti M., Massaglia P., *Psiconcologia in età evolutiva*, (2011)
- Rispoli L., *Esperienze di Base e sviluppo del Sé*, (2004)
- Rispoli L., Di Nuovo S., Genta E., *Misurare lo Stress*, (2000)
- Taormina C., Balsamo F., *Senso e significato della malattia nel bambino oncologico*, (2004)
- Taormina C., D'agostino G., *Il Processo di Guarigione in OncoEmatologia Pediatrica, indagine Funzionale su un gruppo di lungo sopravvivenenti* (2009)

⁶ *Il Processo di Guarigione in OncoEmatologia Pediatrica, indagine Funzionale su un gruppo di lungo sopravvivenenti*, Taormina C., D'agostino G., 2009

Il Funzionalismo nei servizi

Riequilibrio Funzionale Integrato per il paziente oncologico

di Grazia Maria Villari – Medico, Psicoterapeuta Funzionale

Il *Riequilibrio Funzionale Integrato* per il paziente oncologico è una terapia breve focalizzata, un intervento multidimensionale sui “*Funzionamenti di fondo del Sé*” che hanno perso mobilità e si sono alterati in seguito alla malattia oncologica. La diagnosi di neoplasia rappresenta un evento traumatico che determina una condizione di allarme e di stress. Questa condizione può cronicizzarsi, evolvendo in vere e proprie patologie (disturbi d’ansia, depressione) e interferire con il processo di guarigione del tumore. In questi casi, anche quando le condizioni esterne dovrebbero essere tranquillizzanti, eventi minimamente allarmanti (o addirittura normali) continuano a produrre effetti negativi perché percepiti come fortemente pericolosi (Di Nuovo S., Rispoli L.:”L’analisi Funzionale dello stress. Dalla clinica alla psicologia applicata”, Franco Angeli Milano.2011).

La metafora utilizzata da una mia paziente: “*mi sento come lo yogurt, con la data di scadenza!*” esprime perfettamente il concetto di “destinato a morire” a cui ancora oggi, nonostante i progressi della medicina, è associata la diagnosi di cancro.

Oggi assistiamo ad un grande interesse nei confronti del malato oncologico, tante e variegata sono le offerte di aiuto e sostegno psicologico. Abbiamo, però, la necessità di comprendere cosa effettivamente aiuti la persona a riprendere il flusso della sua vita dopo l’interruzione dell’evento “*diagnosi di cancro*”. Come ogni esperienza umana anche la malattia implica non soltanto il coinvolgimento del corpo, ma la partecipazione dell’intera persona e, in questo senso, la Psicologia Funzionale ci aiuta a comprendere cosa accade quando una persona si

“Il Riequilibrio Funzionale Integrato per il paziente oncologico è una terapia breve focalizzata, sui Funzionamenti di Fondo che hanno perso mobilità e si sono alterati”

ammala di una patologia oncologica, ci offre una prospettiva epistemologica capace di superare la dicotomia mente/corpo.

Tutta la vita è scandita da esperienze in cui movimento, respiro, sensazioni, sono intimamente integrati con emozioni, pensieri, fantasie. I nostri pensieri, le nostre emozioni, i ricordi, le fantasie sono tutt'uno con il corpo; così come i movimenti, il respiro, le posture evocano emozioni, pensieri, ricordi in una unità di processi psico-corporei che solo quando vi sono delle alterazioni si scindono e non sono più congruenti tra loro (Rispoli L., *Esperienze di Base e Sviluppo del Sé*, Milano, Franco Angeli, 2004). Le moderne conoscenze scientifiche avvalorano la visione della persona come sistema aperto complesso, capace quindi di rispondere ed adattarsi all'ambiente e soprattutto di *auto organizzarsi*, cioè di venire organizzato dai suoi stessi processi (Daniel J. Siegel – *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale* – Ed. Raffaello Cortina; Milano 2001). Le esperienze svolgono un ruolo importante nel determinare non solo quali informazioni arrivano all'organismo, ma anche le modalità che l'organismo sviluppa, e la sua capacità di elaborare tali informazioni. In quest'ottica, in Psicologia Funzionale, i concetti di Funzione e di Funzionamenti di fondo ci consentono di guardare alla complessità dell'organismo umano come insieme di Sistemi Integrati, anzi come un unico e complesso *meta-sistema integrato* (L. Rispoli, 2010; *Il Manifesto del Funzionalismo Moderno*, Ed. S.E.F. – Napoli).

“La diagnosi di malattia neoplastica determina nell'organizzazione del Sé una mobilitazione adattativa di Funzionamenti di fondo, finalizzata ad affrontare l'emergenza”

I Funzionamenti di fondo, che in età evolutiva chiamiamo *Esperienze Basilari del Sé*, sono le esperienze fondamentali nello sviluppo e nella costruzione dell'identità della persona. Sono esperienze che attraversate nell'infanzia in maniera piena e gratificante, in età adulta diventano capacità stabili. Sono quelle capacità che permettono alla persona stabilità emotiva, resilienza e flessibilità nell'affrontare le vicende della vita.

La diagnosi di malattia neoplastica determina nell'organizzazione del Sé una mobilitazione adattativa di Funzionamenti di fondo, finalizzata ad affrontare l'emergenza. Questa modalità adattativa di risposta ha caratteristiche specifiche, proprie della reazione di *“allarme”*, e caratteristiche specifiche legate alla configurazione dei Funzionamenti di fondo del Sé della persona. Le variabili che determinano la cronicizzazione della condizione di allarme (per cui questa può

evolvere in di-stress, disturbi d'ansia o depressione) sono due: 1) un'organizzazione del Sé con alterazioni e disfunzionamenti già presenti al momento della diagnosi; 2) il contesto in cui la persona vive (famiglia, lavoro, équipe dei curanti) non attento, non accogliente e non di aiuto al paziente nei suoi bisogni profondi (B. A. Van Der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth – Stress Traumatico *Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, Ed. Magi, 2007).

Il paziente oncologico si sente improvvisamente bloccato nel fluire della propria vita con un grande senso di ingiustizia; si attiva un'organizzazione di Funzioni del Sé difensiva e di lotta anche muscolare contro la malattia. Le sensazioni, le percezioni e le posture si chiudono in una sorta di anestesia per cui tutto è un po' come bloccato, congelato, nel tentativo di difesa dalla sofferenza fisica e psichica, per dare spazio a ogni cosa che bisogna fare per sconfiggere la malattia. La razionalità e il controllo sono amplificati, bisogna fare delle scelte e farle rapidamente, bisogna rispettare i tempi della terapia e degli accertamenti medici, è necessario riorganizzare il proprio quotidiano (lavoro, famiglia) in funzione dei tempi della cura della malattia. Il tempo si restringe, il passato e il futuro collassano nel presente, nel tempo dell'emergenza, anche perché la prospettiva di futuro è subordinata all'andamento della malattia. La capacità progettuale si riduce, soprattutto la progettualità a lungo termine. Le fantasie negative di perdita e di morte irrompono al di là della propria volontà, fuori da ogni capacità di controllo. Paura di morire, paura di soffrire, paura di non farcela, paura che spesso non viene espressa perché, comunque, si tende a proteggere i propri familiari e se stessi dalle emozioni negative. Vi è rabbia: “perché a me?”, “cosa ho fatto di male per meritare questo?” Nel lavoro di Riequilibrio Funzionale Integrato si utilizzano specifiche tecniche Funzionali, che intervengono in maniera integrata sui quattro piani psicocorporei (Cognitivo, Emotivo, Fisiologico e Motorio). L'obiettivo è il recupero e l'empowerment di quei Funzionamenti di fondo che hanno perso mobilità e si sono alterati in seguito alla esperienza del cancro.

Il percorso di Riequilibrio Funzionale avviene per fasi:

1a fase, di accoglimento dei problemi, delle paure, dei sintomi correlati alla malattia.

2a fase, centrale, di riarmonizzazione del Sé, in cui si lavora Funzionamenti di fondo: Controllo/Allentamento del controllo, Lasciare, Sensazioni, Benessere, Tenuti, Tenerezza/Fragilità, Forza, Rabbia, Gioia/Vitalità. In maniera trasversale a tutto il percorso si lavora sul Funzionamento dell'Essere Considerati (ascoltati, capiti, aiutati).

3a fase, finale, in cui si recuperano i Funzionamenti della Continuità positiva e della Progettualità

L'assessment iniziale del paziente avviene con:

- *Colloquio di accoglimento e ascolto*, durante il quale viene raccolta la narrazione storica del vissuto e dei sintomi riferiti dal paziente in relazione alla malattia oncologica, e una breve storia dei vissuti precedenti alla malattia.
- *Colloquio diagnostico e di presa in carico*. Durante questo colloquio vengono somministrati degli strumenti diagnostici della Psicologia Funzionale:

“Colloquio strutturato per il paziente oncologico (L.Rispoli 2007)”

“Scheda di valutazione Funzionale del paziente oncologico”

Scheda di valutazione Funzionale adulti L. Rispoli 1995, modificata da G.M. Villari 2009.

Viene inoltre somministrato lo State-Trait Anxiety Inventory - STAI per la misurazione dell'ansia di Stato (Charles D. Spielberger; adattamento italiano di L. Pedrabissi e M. Santinello) e il test SF12 (G.Apolone, P. Mosconi, L. Quattrococchi, E.A.L. Gianicolo, N. Groth, J. E. Ware Jr) per la valutazione della qualità di vita percepita.

Il *Colloquio Strutturato con i pazienti oncologici* è costituito da 8 item, ognuno dei quali valuta dei Funzionamenti di fondo attraverso due polarità. L'attribuzione del punteggio avviene attraverso quattro livelli di funzionamento (A B C D) che vanno da un livello di funzionamento sano (A+B), ad uno alterato (C+D).

La *Scheda di valutazione Funzionale del paziente oncologico* comprende 11 item valutati con tecniche Funzionali specifiche. La misurazione viene fatta con l'attribuzione di un punteggio (A B C D) che va da una maggiore mobilità e integrazione (A+B), ad una minore mobilità e integrazione (C+D) che indica la presenza di alterazioni.

Il *test STAI forma y* per la misurazione dell'ansia di stato è costituito da 20 item (mi sento calmo, mi sento sicuro, mi sento turbato...) valutati in base ad una scala a 4 punti (da 1 a 4). Il punteggio grezzo viene standardizzato per sesso ed età e calcolato in percentili. Valori superiori al 75° percentile corrispondono ad ansia patologica.

Il *Questionario sullo stato di salute SF 12 STADARD V1* è costituito da 12 domande attraverso cui è possibile ottenere stime sullo stato di salute percepito. A ogni risposta di tipo qualitativo corrisponde un valore numerico. Il punteggio grezzo va da un valore minimo di “12” (salute scadente) ad un massimo di “47” (salute eccellente).

I test vengono somministrati all'inizio e alla fine del percorso terapeutico per una valutazione diagnostica e di risultato, con strumenti specifici della Psicoterapia Funzionale e strumenti scientificamente validati e universalmente riconosciuti per fare riferimento a parametri obiettivi, capaci di dare una misura non equivoca del disturbo e della sua evoluzione, una misura che possa essere valida, accettabile e soprattutto condivisa.

Riporto i dati relativi a 6 donne operate per carcinoma mammario, da me seguite, presso il Centro Ascolto per il malato oncologico dell' U.O.C. Patologie Oncologiche – ASP Catania, in sedute individuali, a cadenza settimanale e della durata di 60 minuti. Le pazienti hanno età media 50 anni (range 37–72 anni). Il tempo intercorso tra l'intervento chirurgico e l'inizio del percorso di riequilibrio è di 1–12 mesi. I sintomi presentati al primo colloquio sono: ansia, disturbi del sonno, astenia, dolori muscolari, paura di morire, fantasie negative.

La valutazione condivisa sul recupero della loro capacità di *Benessere* è avvenuta mediamente dopo 22 sedute (range 14 – 31). L'analisi dei risultati dei test somministrati prima e dopo il lavoro di Riequilibrio Funzionale mostra quanto segue:

- *colloquio strutturato con il paziente oncologico* (fig. 1) **prima** del percorso di riequilibrio il 100% di risposte C+D con una chiusura di prospettive, difficoltà a guardare al futuro, una rabbia chiusa con senso d'impotenza, pensieri e fantasie negative, angoscia e tristezza profonda. **Dopo** il percorso di riequilibrio le risposte C+D sono zero per quanto riguarda la capacità di progettare a medio e lungo termine, per quanto riguarda i pensieri e le fantasie su quello che può accadere, per serenità, leggerezza e capacità di compiere movimenti ampi, di sentire piacere e di divertirsi.

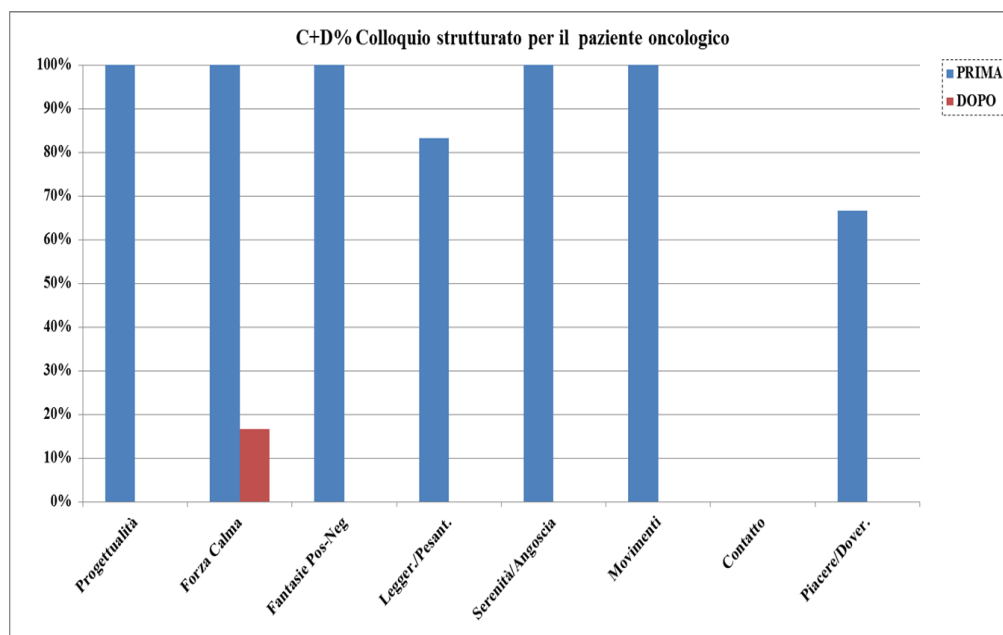


Fig. 1: *Colloquio strutturato con il paziente oncologico* – percentuale di C+D (Funzionamento alterato).

- *scheda di valutazione Funzionale del paziente oncologico* (fig. 2). **Prima** si riscontra il 100% di valutazioni C+D nel Controllo, nella Progettualità sul piano del sentire i desideri e immaginare di realizzarli, nella respirazione, nella capacità di sbadigliare e nello stato di rilassamento profondo. **Dopo** il lavoro di riequilibrio, i Funzionamenti valutati migliorano, vi è solo

un 33,30% di valutazioni C+D sul Funzionamento Abbandono Controllo e un 16,70% di C+D nei sogni e nella rabbia aperta.

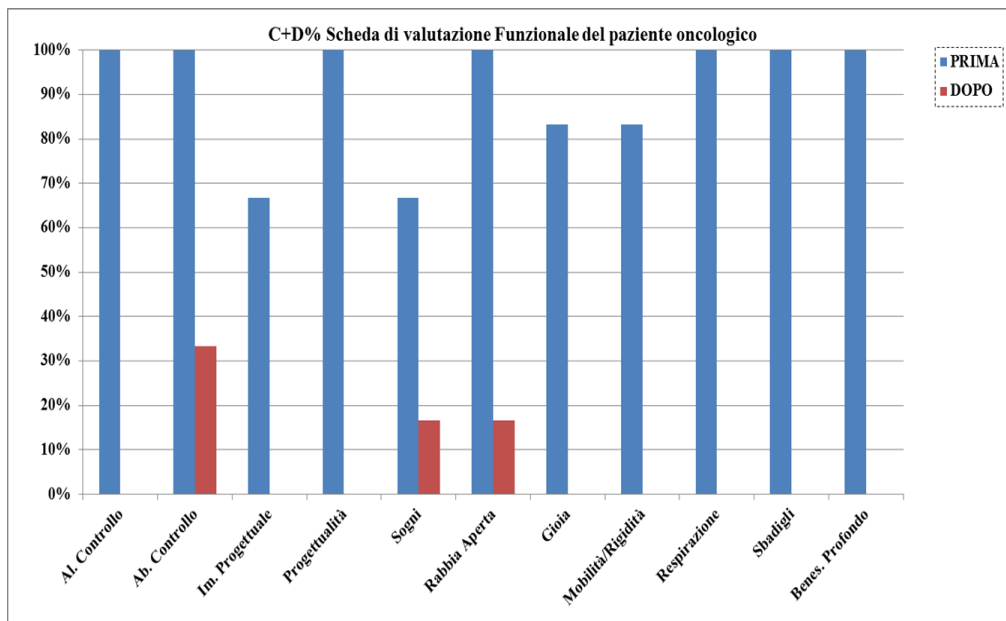


Fig. 2: Scheda di valutazione Funzionale del paziente oncologico – percentuale di C+D (Funzionamento alterato).

- *test STAI forma y* (fig. 3). **Prima** del percorso di riequilibrio il 100% delle pazienti raggiunge un punteggio con valori che si collocano al di sopra del 90° percentile. **Dopo** il lavoro di riequilibrio il 100% dei punteggi si colloca al di sotto del 50° percentile.

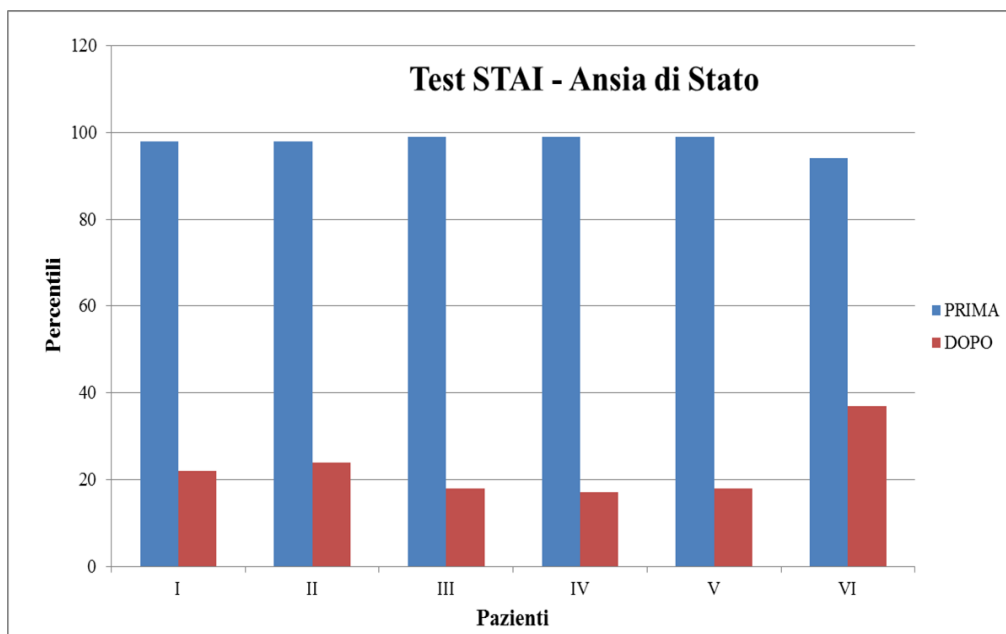


Fig.3: *test STAI forma y* (Ansia di Stato)- valori superiori al 75° percentile corrispondono ad ansia patologica.

- *Questionario sullo stato di salute SF 12* (Fig. 4). Alla domanda “in generale, direbbe che la sua salute è:” **prima** per l’83,30% la risposta è “passabile” e per il 16,70% “scadente”; **dopo** per il 66,70% è “buona”, per un 16,70% “molto buona” e per l’altro 16,70% “eccellente”.

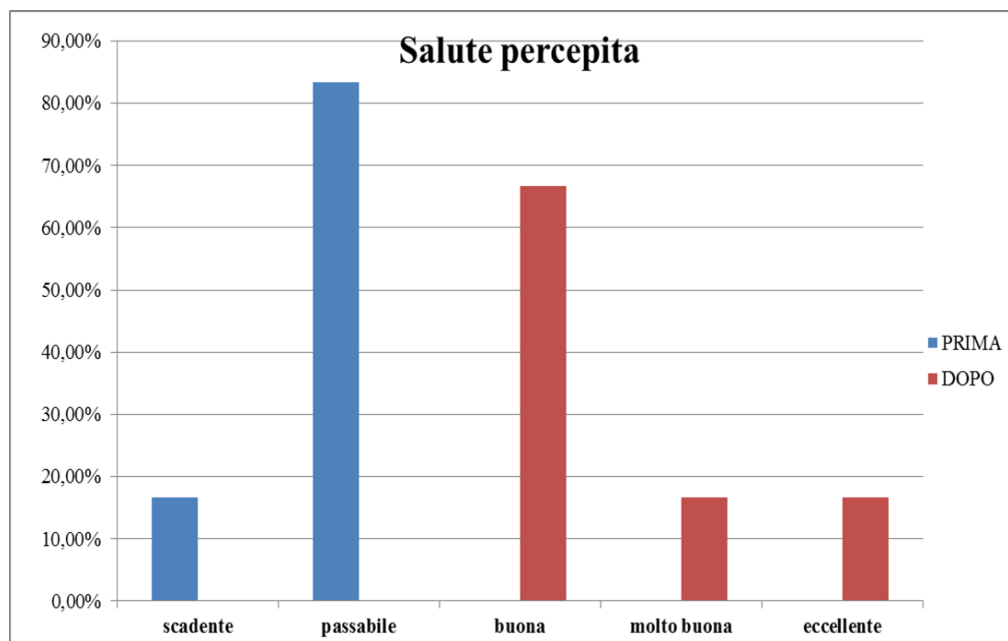


Fig. 4: *Questionario sullo stato di salute SF 12* – risposte alla domanda “in generale, direbbe che la sua salute è: scadente, passabile, buona, molto buona, eccellente.”

All’analisi dei dati sopra riportati corrispondono: la riduzione e scomparsa dei sintomi e dei disturbi per cui le pazienti avevano chiesto aiuto e diversi cambiamenti in positivo nella vita di ognuna, sia in ambito affettivo che lavorativo.

Voglio concludere riportando le parole di un biglietto di auguri scritto per me da una di queste sei donne: “*Mi hai accolta e abbracciata facendomi sentire nuovamente il flusso della vita, mi hai insegnato a ... respirare e sentire le mie emozioni, mi hai aiutato a guardarmi e riconoscermi regalandomi sguardi e parole che sono per me gemme preziose.*”

Bibliografia:

- Di Nuovo S., Rispoli L., *L’analisi Funzionale dello stress. Dalla clinica alla psicologia applicata*, Franco Angeli Milano, 2011
- Rispoli L., *Esperienze di Base e Sviluppo del Sé*, Milano, Franco Angeli, 2004
- Siegel D. J., *La mente relazionale. Neurobiologia dell’esperienza interpersonale*, Ed. Raffaello Cortina; Milano, 2001
- L. Rispoli, *Il Manifesto del Funzionalismo Moderno*, Alpes. 2014
- Van Der Kolk B. A., McFarlane A.C., Weisaeth L., *Stress Traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili*, Ed. Magi, 2007

Intervistiamo il Dottor Francesco Bottaccioli



Quali sono i risultati più importanti e accurati che la Medicina oggi ha raggiunto?

Direi che complessivamente, nel corso del Novecento, la Biomedicina ci ha fornito una conoscenza sempre più dettagliata del funzionamento cellulare, un forte miglioramento nelle tecniche di visualizzazione e di indagine dell'organismo umano, un robusto miglioramento dei dispositivi e delle tecniche chirurgiche, che, in alcuni settori, ha raggiunto livelli davvero impressionanti. Sul piano farmacologico, l'innovazione della metà del secolo scorso, con gli antibiotici, il cortisone e gli psicofarmaci, non è stata seguita da un progresso analogo negli ultimi decenni.

Ci sono aspettative nella Medicina che sono andate deluse?

La delusione più cocente degli ultimi anni riguarda la genetica. Il "Progetto genoma", l'ambizioso programma di ricerca, iniziato nei primi anni '90, che doveva condurre alla conoscenza di tutta l'informazione contenuta nel genoma umano tramite la decifrazione della sua sequenza, si è concluso con un fiasco da vari punti di vista. Nel 2000 il suo completamento fu annunciato in pompa magna da Bill Clinton e Tony Blair. Da quel momento doveva aprirsi una nuova era: l'era della conoscenza certa dei determinanti ultimi e semplici della salute e della malattia.

Francesco Bottaccioli è fondatore e presidente onorario della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia disciplina che insegna nella formazione post-laurea di alcune Università, tra cui quella dell'Aquila, dove dirige il Master di II Livello in "Pnei e scienza della cura integrata", rivolto a medici e psicologi. Ha pubblicato numerosi libri, di cui alcuni tradotti all'estero. Gli ultimi due sono: *Epigenetica e Psiconeuroendocrinoimmunologia*, Edra-Elsevier, Milano 2014; *La saggezza del secondo cervello*, II ed., Tecniche Nuove, Milano. Sta lavorando a un Manuale di *PNEI e scienza della cura integrata* atteso per il 2016. Riferimenti: www.simaiss.it; www.sipnei.it; francesco.bottaccioli@gmail.com

Finalmente sarebbero giunti a conclusione secoli di ricerca orientata dal paradigma riduzionista e meccanicista che si è imposto definitivamente in Europa nella seconda metà dell'Ottocento e che, nel corso del Novecento, ha conquistato tutte le componenti delle società occidentali: i grandi apparati produttivi privati e pubblici, le istituzioni statali, i sistemi formativi, di cura e di comunicazione sociale. In particolare negli ultimi decenni del secolo scorso, la mente dei cittadini e quella dei ricercatori e degli operatori sanitari è stata dominata dagli stessi ideali scientifici, riassunti nella fondata speranza – che dopo l'annuncio della conclusione del *Human Genome Project* era diventata ferma convinzione – che finalmente il libro della vita era lì, squadernato, sotto i nostri occhi curiosi e capaci di carpirne i segreti. In realtà, quella data può essere letta come la certificazione della crisi finale del paradigma biomedico riduzionista e meccanicista.

Quali settori o ambiti della Medicina non hanno dato i risultati sperati, non hanno fatto passi in avanti veramente significativi?

Il fallimento della genetica riduzionista (che, si badi bene, non vuol dire che non dobbiamo conoscere gli aspetti molecolari della vita – ma questo punto lo riprenderò successivamente) ha ostacolato i progressi possibili in due campi fondamentali: 1) lo studio della fisiopatologia con un approccio sistemico e cioè che guardi all'essere umano intero, alla interazione tra i sistemi fondamentali e segnatamente tra il sistema psichico e i sistemi biologici; 2) la definizione di cure ad alta efficacia e a basso impatto, sia in termini di effetti secondari, spesso invece più gravi dei disordini primari che vengono trattati, sia in termini di uso delle risorse economiche e ambientali collettive. Di qui, la continua necessità di tagliare la spesa del servizio sanitario che ovviamente va a colpire le persone più deboli e bisognose di cure, incrementando la disparità di salute, benessere e anche di mortalità tra i ceti sociali, a favore dei più benestanti. Per riprendere un editoriale, pubblicato nel 2012 sul *New England Journal of Medicine*, probabilmente la più autorevole rivista di clinica medica del mondo, la medicina corrente medicalizza i fattori di rischio, è incapace di fare vera prevenzione primaria, è attardata su un modello sanitario ospedale-centrico, novecentesco, obsoleto. perché fondato su una popolazione giovane, che non c'è più, che si ammalava di malattie infettive, mentre oggi più del 70% della mortalità in occidente deriva da malattie croniche come malattie cardiovascolari, cancro, diabete e autoimmunità.

La Psicologia e la Medicina riusciranno realmente a integrarsi in un futuro?

Questa è la scommessa e la missione della Società Italiana di Psiconeuroendocrinoimmunologia e di tutto il movimento scientifico internazionale che fa

riferimento alla PNEI. Senza questa integrazione non ci sarà avanzamento significativo nella capacità di conoscenza e di cura dell'essere umano, semplicemente perché l'essere umano non è un corpo senza mente, o una mente senza corpo, è intero e va conosciuto e trattato come tale.

Oggi possiamo farlo perché abbiamo una scienza non riduzionista, la PNEI, che consente di integrare il piccolo e il grande, la conoscenza molecolare con quella sistemica e della persona. Basta vedere come l'avanzamento delle conoscenze nel campo dell'epigenetica si sposi felicemente con le acquisizioni delle scienze psicologiche. Per esempio nel campo dello studio delle prime fasi della vita e dei legami di attaccamento, ma anche nel campo che più vi riguarda che è quello del collegamento tra corpo, inteso come insieme di sistemi biologici, e psiche, intesa come insieme strutturato di funzioni che emergono dall'attività delle reti nervose.

Come SIPNEI stiamo facendo un grosso sforzo di coinvolgimento delle Istituzioni formative, in primis le Università, promuovendo congiuntamente attività formative (Master post-laurea) e congressi: l'ultimo, per esempio, fatto assieme all'Università di Torino a quella del Piemonte orientale e a quella dell'Aquila, era organizzato congiuntamente dai dipartimenti di medicina, di psicologia e di filosofia, con relatori medici, psicologi, filosofi e si è chiuso proprio con una sessione di filosofia della scienza.

Ma vogliamo anche offrire il nostro contributo al rinnovamento della Psichiatria e della Psicoterapia, perché pensiamo che ci siano le condizioni scientifiche per un salto di qualità nella tradizionale visione dell'essere umano alla base delle diverse scuole di psicoterapia. Su questo, nell'ottobre prossimo faremo un congresso a Roma invitando i leader delle principali tradizioni psicoterapeutiche per un confronto a tutto campo.

Infine, stiamo facendo importanti esperienze di Formazione post-laurea, come il Master di II Livello in PNEI e scienza della cura integrata all'Università dell'Aquila, dove medici e psicologi, in pari dignità, studiano fianco a fianco e progettano ricerche e collaborazioni professionali.

Come possono fare le persone oggi a sapere come curarsi: se usare anche la medicina alternativa e quale, e quali rimedi, visto che c'è una quantità di offerte, di prodotti di ogni genere?

Dalle ultime statistiche ISTAT emerge che in Italia i cittadini usano sempre meno le tradizionali medicine alternative. Certo, è colpa della crisi economica che danneggia un settore eminentemente privato, ma credo che le ragioni siano più di fondo. Il cittadino richiede al proprio terapeuta, medico ma anche psicologo, di essere competente nella propria

disciplina ma anche di essere capace di fornire una informazione scientifica adeguata ai tempi e, soprattutto, di essere un tutor della sua salute e quindi una risorsa da usare per costruire reti di cura e di promozione della salute. Occorre una nuova figura di operatore sanitario (medico, psicologo, fisioterapista, dietista...), scientificamente solido, conoscitore della scienza sistemica, che sia in grado di aiutare il paziente a cambiare il suo funzionamento tramite quella che gli antichi medici greci chiamavano *diata*, che poi i romani tradussero con *regimen* e che i loro contemporanei cinesi chiamavano *yangshen* (nutrizione della vita), fondata su alimentazione, attività fisica, gestione delle emozioni. Su questa base è possibile inserire terapie naturali efficaci e sicure, come l'agopuntura, la fitoterapia, l'osteopatia ed altre.

I disturbi e i malesseri tanto frequenti (dolori di testa, dolori muscolari, sonno difficile, ansia, agitazioni..) si possono risolvere senza correre subito a prendere medicinali raggiungendo un benessere con altri metodi alla portata di tutti?

Ormai sono numerosi gli studi controllati che dimostrano che terapie comportamentali, come per esempio la meditazione, hanno un'efficacia sovrapponibile se non superiore alla farmacologia nei disturbi citati. Anche noi siamo personalmente impegnati in questo lavoro di ricerca sperimentale. Il nostro Metodo meditativo PNEIMED, Meditazione a indirizzo Pnei, ha già dimostrato in studi controllati pubblicati in riviste peer review (l'ultimo randomizzato controllato all'Università dell'Aquila è in corso di stesura) che un breve insegnamento di 30 ore è in grado di abbattere la sintomatologia depressiva ansiosa e di somatizzazione. Un importante riconoscimento al nostro metodo è venuto dal King's College di Londra, la prestigiosa università inglese, il cui dipartimento di Neuroscienze ci ha invitato a presentare il nostro metodo in un workshop, all'interno del Congresso annuale di Neuroscienze, che si terrà a Londra il 9 gennaio 2016.

Ma anche in patologie diffuse e dolorose, di tipo strettamente somatico, è possibile intervenire con terapie comportamentali e naturali, Per esempio la cefalea e l'emicrania cronica. In Aprile a Firenze faremo un Convegno, assieme all'Università di Firenze e al Centro Cefalee del Careggi, su "Terapie non farmacologiche e integrate delle cefalee".

Insomma, siamo in marcia. Attendiamo che molti altri, dai diversi campi clinici e di ricerca, si uniscano a noi, incrementando le collaborazioni e le condivisioni. Solo così potremmo dare una mano non solo alla scienza e alla cura, ma anche ad una società umana in cui le forze disgregative sembrano essere sempre più forti e minacciose.

L'applicazione della Metodologia Funzionale Antistress nei casi di disturbo gastrointestinale

di Marco Iacono – Psicologo, Psicoterapeuta Funzionale

Liliana Argenziano - Psicologa, Psicoterapeuta Funzionale

Giuseppina Puleo - Medico Fisiatra

L'interazione dello stress con i diversi sistemi fisiologici dell'organismo umano è studiata da tempo. Un esempio in tal senso, è l'articolo pubblicato più di dieci anni fa da Suzanne Segerstrom e Gregory Miller. I due ricercatori proponevano i dati di una meta-analisi relativa a *trecento ricerche empiriche* sul rapporto fra lo stress e alcuni parametri del sistema immunitario. L'articolo si sviluppava dall'ipotesi evoluzionistica che le risposte immunitarie a situazioni di stress facciano parte di un più ampio complesso di risposte adattative. In situazioni di combattimento e fuga, i nostri antenati sperimentavano un elevato rischio di lesioni e di conseguente immissione di agenti infettivi nel sangue.

La meta-analisi di Segerstrom e Miller, basata su trent'anni di letteratura scientifica, indicava che gli eventi stressanti si possono correlare in modo significativo ai cambiamenti nel sistema immunitario e che le caratteristiche di tali eventi sono importanti nel determinare il tipo di cambiamento che avviene. Questa, insieme a molte altre evidenze, assumono un senso preciso nell'ottica del Funzionalismo moderno, *un'ottica in cui il sistema immunitario, un tempo pensato come autonomo, in realtà non solo risponde ai segnali provenienti dagli altri sistemi dell'organismo ma vi interagisce profondamente.*

Le sindromi somatiche da stress

Ormai sappiamo, anche sulla scorta dell'ampia esperienza propria della psicoterapia Funzionale, che non ha senso prestare attenzione solo a singole parti della persona, perché è l'intero Sé che deve essere visto attraverso i suoi vari Sistemi vitali: neurologico, neurovegetativo, endocrino, emotivo, cognitivo, sensoriale, motorio.

“Le malattie vanno viste come una fase di squilibrio della persona intera”

Le malattie vanno viste come una fase di squilibrio della *persona intera*. Quest’ottica non è un’opzione ma una necessità per comprendere alcune patologie in particolare. Un dibattito sempre più ampio si sta sviluppando in merito a quelle che sono chiamate *sindromi somatiche funzionali* (FSS). Si tratta di disturbi tanto noti ai clinici quanto complessi da diagnosticare. Sono malesseri fortemente correlati allo stress cronico. Fra di essi possiamo elencare: la fibromialgia, la sindrome da fatica cronica, il dolore pelvico cronico, la sindrome “da edificio malato”, la sindrome “da guerra del golfo”, il mal di testa tensivo, la cistite interstiziale, l’ipersensibilità o intolleranza alimentare, la dispepsia non ulcerosa, la sindrome da intestino irritabile. Per un approfondimento, l’articolo pubblicato su Lancet nel 2007, dal titolo “ La gestione delle sindromi somatiche funzionali”, contiene un elenco più completo di tali disturbi. In quella sede, la spiegazione riferita all’eziologia delle FSS viene collegata alla complessa interazione di processi patologici “organici” con stimoli periferici disfunzionali e “stress corporeo” (associabile all’effetto di relazioni disfunzionali vissute sia attualmente che nei primi anni di vita).

Gli esiti da collegare a questa eziologia complessa sono sintetizzabili, secondo gli autori, in una “perdita di funzionamento”.

E’ da considerare, poi, che accanto ai *disturbi “funzionali”*, esistono una serie di *squilibri organici* che risentono evidentemente dello *stato di stress cronico*, anche se non è possibile attribuirvi un ruolo causativo. In ogni caso, la “perdita di funzionamento” va letta in base ad un approccio generale alle malattie. La lettura va estesa a tutti i fattori in gioco, alle possibili cause o concause di uno squilibrio, deve rivolgersi all’intero Sé. E’ importante identificare la natura di una generale “perdita di funzionamento” attraverso l’identificazione di quei Funzionamenti di fondo che si sono alterati. Da ciò possono derivare interventi terapeutici ampi, direzionati nonché multidimensionali.



I disturbi funzionali gastrointestinali e da reflusso gastro-esofageo

Dopo anni di interventi individuali e di gruppo basati sui protocolli antistress propri del Modello Funzionale, presso il Centro di psicologia e psicoterapia Funzionale di Trieste abbiamo iniziato a sperimentare un intervento più specificatamente mirato ad allentare la sintomatologia propria dei disturbi gastrointestinali.

La categoria dei “disturbi gastrici” è molto ampia. Accanto ai disturbi funzionali gastrointestinali (DFG) che corrispondono a quell’eziologia complessa già descritta, esistono malesseri di natura cronica che non sono direttamente correlabili allo stress. Eppure anche per questi la gastroenterologia sta progressivamente abbandonando *la visione rigidamente cartesiana del rapporto mente-corpo* che l’ha da sempre contraddistinta. Non è ormai da escludere l’influenza di situazioni di vita particolarmente stressanti neanche nell’aggravamento dei sintomi del reflusso gastro-esofageo (M.R.G.E.).

Guardando al funzionamento fisiologico dell’apparato digerente, affinché svolga regolarmente le sue funzioni vi deve essere la produzione e secrezione degli enzimi digestivi delle ghiandole annesse al tubo digerente (salivari, gastriche, intestinali, del fegato e pancreas) e la contrazione peristaltica a onde sequenziali armoniche della muscolatura intrinseca. Questo movimento ortodromico si sussegue dall’oro-faringe lungo tutto il percorso gastro-intestinale di trasformazione del cibo e assorbimento dei nutrienti, fino all’eliminazione delle scorie tramite il colon-retto.



Tutto ciò è reso possibile dall’azione del Sistema Nervoso Enterico formato dal Plesso Sottomucoso di Meissner, per quanto riguarda la stimolazione ghiandolare, e dal Plesso Mio-enterico di Auerbach, per quanto riguarda la peristalsi propriamente detta. Sono più di 100 milioni i neuroni in connessione con il Sistema Autonomo Neurovegetativo, nelle sue componenti Simpatica e Parasimpatica vagale, a sua volta interagenti con il Sistema Nervoso Centrale. Questa comunicazione avviene con la mediazione da ormoni e neuro-

“Non è ormai da escludere l’influenza di situazioni di vita particolarmente stressanti neanche nell’aggravamento dei sintomi del reflusso gastro-esofageo”

peptidi prodotti sia dal sistema Nervoso Centrale che nell'apparato digerente, ma anche in altri tessuti; e con la mediazione di citochine, prodotte dalle cellule del Sistema Immunitario, molto ben rappresentato a livello della mucosa gastro-intestinale, in una collaborazione complessa neuro-endocrino-immunitaria. Gli studi sullo stress (portati avanti nelle prime decadi del secolo scorso da Bernard, Cannon e Selye) hanno evidenziato come eventi stressogeni inducano modificazioni biologiche definite "sindrome generale di adattamento". A livello gastroenterico, in un'ottica integrata, si possono riconoscere sindromi distoniche dell'esofago e stomaco con un malfunzionamento dello sfintere esofageo inferiore e un'alterata peristalsi gastro-esofagea. Tra le più frequenti c'è la già citata malattia da reflusso gastro-esofageo (M.R.G.E.). Un'ernia jatale è presente nel 50% dei casi. La distonia del cardias (sfintere esofageo inferiore) comporta la risalita dei succhi acidi gastrici nell'esofago causando un'esofagite da reflusso. Nelle forme più gravi l'infiammazione cronica può portare a metaplasia della mucosa (esofago di Barrett), lesione precancerosa. I sintomi caratteristici sono il bruciore retrosternale (pirosi) e rigurgiti acidi; spesso tosse da irritazione della faringe e/o della laringe con disfonia o raucedine, tracheite, asma bronchiale e, a volte, alterazione dello smalto dentale.

L'intervento antistress per i disturbi funzionali gastrointestinali e la M.R.G.E.

La scelta di creare un intervento specifico per i D.F.G e per il reflusso gastro-esofageo nasce da una collaborazione con studi di Medicina Generale che ha permesso di evidenziare il gran numero di persone affette da questo tipo di problematiche.

Sebbene tale intervento si collochi nell'ambito degli interventi sullo stress, vi sono alcune peculiarità che lo contraddistinguono dagli altri protocolli.

Per far sì che l'esperienza, nel tempo, possa essere meglio codificata, si sono raccolti dati attraverso:

- Un colloquio conoscitivo iniziale (per far emergere i bisogni individuali e del gruppo);
- Il test M.S.P. - Mesure du Stress Psychologique;
- La Scheda QPF del test C.B.A. per la raccolta dei disturbi psicofisiologici di cui risente la persona;
- Alcuni Item della Scheda di Valutazione Adulti al fine di osservare la capacità di Percepirsi, la pervasività della rabbia e il tono muscolare



complessivo;

- La Scheda di Valutazione Stress-Benessere per ciò che concerne la modalità respiratoria;
- Un questionario sintomatologico costruito ad hoc (per indagare la frequenza e l'intensità dei sintomi) sul modello delle principali scale di misurazione del dolore.

Durante ogni ciclo di laboratori (composto da 8-10 incontri a cadenza settimanale e della durata di un'ora e mezza) si è scelto di integrare il protocollo Funzionale sullo stress cronico con un intervento specifico mirato al recupero dei seguenti Funzionamenti:

Contatto, Contatto Ricettivo, Tenerezza, Forza.

Le storie di queste persone, infatti, sono accomunate da una scarsa capacità di entrare in un Contatto profondo sia con l'altro che con se stessi (Sentirsi); da un non avere relazioni nutritive in cui poter ricevere ed assorbire qualcosa di buono per sé (sono generalmente persone che si prodigano in modo eccessivo per l'altro); dall'impossibilità di funzionare in modo morbido e, quindi, di poter sentire i propri bisogni, poter accogliere con amorevolezza le proprie fragilità ed il bisogno dell'altro, di cedere e di far sì che sia l'altro ad occuparsi di loro (sono, di solito, persone abituate a resistere e a fare tutto da sole). Sono storie di persone che non riescono a distaccarsi dagli altri e a ritornare nel proprio spazio, soprattutto perché non sentono di avere la Forza per poterlo fare; di persone che non riescono a far sentire le proprie ragioni, e quando ci riescono è perché lo fanno nella rabbia o nell'agitazione, senza calma né determinazione; sono persone che non riescono a dire "no" a ciò che li opprime, a ciò che non vogliono, sono sopraffatte dal "doverismo" e dall'accondiscendenza.

Tra Ottobre 2014 e Luglio 2015 sono stati effettuati tre cicli di incontri, con gruppi costituiti in parte da partecipanti che aderivano per la prima volta all'iniziativa, in parte da persone che hanno scelto di parteciparvi per più cicli. Ai fini dell'analisi dei dati si sono considerati i risultati ottenuti dalla partecipazione del singolo ad un solo laboratorio. L'attuale campione è di 11 persone (tra i 32 ed i 73 anni) ed è destinato ad ampliarsi.

Prime conclusioni

Pur nella necessità di migliorare la metodologia, possiamo osservare dai primi dati emersi una tendenza generale (in più della metà dei partecipanti) al miglioramento. Difatti aumenta la percezione del proprio stress, si modifica la percezione dei disturbi psicofisiologici e delle preoccupazioni circa il proprio stato di

“Si assiste ad un miglioramento della sintomatologia, soprattutto in riferimento ai sintomi riguardanti stomaco e gola”

malessere. Si assiste a un miglioramento della sintomatologia, soprattutto in riferimento ai sintomi riguardanti stomaco e gola. Diviene osservabile una prima riarmonizzazione dei Movimenti e delle Posture, e il Tono muscolare riacquisisce una sua mobilità ed elasticità. In questa sede non ci soffermiamo su altre tipologie di risultati, quali i peggioramenti o i risultati che rimangono invariati (invarianze positive e negative) dopo l'intervento, ma sarà utile avviare una riflessione su questi elementi alla luce di dati ulteriori.

Dai primi risultati raccolti, dunque, è possibile affermare che un solo ciclo di incontri porta a benefici sulla condizione di stress sui disturbi psicofisiologici e delle preoccupazioni circa il proprio stato di malessere.

Si assiste ad un miglioramento della sintomatologia; soprattutto si modificano sensibilmente quei sintomi che interessano lo stomaco e la gola e si verifica un miglioramento della capacità di Essere Portati, di essere più morbidi potendosi lasciare andare alle proprie Fragilità. Risulta altrettanto evidente, però, quanto sia difficile entrare pienamente nelle Esperienze di Benessere e dell'Abbandonarsi, per le quali è richiesto un lavoro più continuativo nel tempo. Si è osservato, difatti, che per coloro che partecipano a più cicli di laboratori i risultati possono riguardare anche altri Funzionamenti ed espressioni sintomatologiche e possono anche rendersi stabili e definitivi.

Una riflessione a parte merita il lavoro sulle Sensazioni. *In questo tipo di intervento è importante soffermarsi sull'amplificazione delle sensazioni piacevoli* che le persone spontaneamente riportano e dare un preciso contenimento quando, invece, arrivano sensazioni spiacevoli.

Bibliografia:

- Di Nuovo S., Rispoli L., Genta E., *Misurare lo stress. Il Test M.S.P. e altri strumenti per una valutazione integrata* - (F. Angeli, 2011)
Henningsen P., Zipfel S., Herzog W., *Management of functional somatic syndromes* – (Lancet, 2007)
Mayer E. A., *The neurobiology of stress and gastrointestinal disease* – (Gut, 2000)
Rispoli L., *Il Manifesto del Funzionalismo Moderno* – (Alpes, 2014)
Segerstrom S. C., Miller G. E., *Psychological Stress and the Human Immune System: A Meta-Analytic Study of 30 Years of Inquiry* – (Psychol Bull. 2004)

Le ricerche del Funzionalismo

Stress Cronico e Patologie Reumatiche: intervento nell'ottica del Neo-Funzionalismo

di Alessandra Spagnuolo – Psicologa, Psicoterapeuta Funzionale

Oggi si parla spesso di Stress, considerandolo come disagio del nostro tempo. Sebbene siano sempre più numerose e precise le ricerche in ambito scientifico, c'è ancora il rischio di un approccio solo preventivo-valutativo e di un intervento che guarda ai singoli elementi e non alla complessità delle interazioni tra essi.

La comprensione del fenomeno stress necessita, infatti, di una lettura dell'organismo umano multidimensionale, poiché le ricerche nei vari ambiti di studio della persona e del suo stato di Benessere e Malattia, non sono più da considerarsi come ambiti separati ma facenti parte di un continuum di ricerca sulla complessità dell'organismo persona.

Il Neo-Funzionalismo considera lo stress cronico come uno stato determinato dal protrarsi di una condizione nella quale alcune Funzioni dell'individuo si mantengono in uno stato alterato (respiro alto, fantasie negative, rigidità muscolare, etc.); ciò che è determinante nel passaggio dallo stress temporaneo a quello cronico è l'organizzazione Funzionale del Sé.

Quando gli effetti dello Stress si accumulano si ha difficoltà nell'adattamento, fino ad un collasso delle difese. La reazione di stress non trova modo di disattivarsi e l'organismo non riesce a tornare in condizioni di funzionamento normale; si genera, pertanto una auto-alimentazione delle reazioni e dell'attivazione neurovegetativa ed endocrina, con ricadute anche sul sistema immunitario.

Quello che non permette il ritorno a una condizione di benessere (baseline) non dipende tanto dalla qualità dello stimolo stressante o dall'inadeguatezza delle strategie di *coping*, ma piuttosto, dalla qualità del *Filtro Funzionale Globale* sul quale lo stimolo stressante ha un impatto di tipo globale, psico-corporeo (e non solo cognitivo). Qualora il Filtro Funzionale non funzioni perché inquinato e alterato per le varie condizioni di vita precedente, dall'infanzia in poi, lo stressor avrà un impatto fortemente negativo; ci sarà un permanere della condizione di attivazione che, insieme alle stratificazioni delle esperienze di vita negative e frustranti, porta ad uno stato di *stress cronico*, ed eventi anche del tutto normali verranno vissuti come pericolosi e altamente stressanti. Le ricerche sempre più evidenziano le connessioni che portano un organismo stressato ad ammalarsi e a perdere la capacità di conservare salute e benessere; esponendolo ad un maggior rischio di sviluppare

diverse malattie, come il cancro, le cardiopatie, il diabete, malattie della pelle, le malattie autoimmuni.

Stress e Sistema Immunitario

Il Sistema Immunitario in condizioni di stress cronico altera le sue complesse dinamiche di funzionamento. Le malattie autoimmuni croniche e degenerative come quelle reumatologiche, ad esempio, hanno un'influenza sull'intera configurazione del Sé, mantenendo e alimentando condizioni di Stress cronico, in un circuito a feedback negativo che si autoalimenta, minando e alterando lo stato di Benessere della persona su tutti i livelli di funzionamento.

Secondo le più recenti teorie il Sistema Immunitario è in ogni momento in grado di riconoscere ciò che è proprio dell'organismo da ciò che è estraneo. Sua caratteristica fondamentale è, infatti, la capacità di distinguere tra le strutture endogene o esogene che non costituiscono un pericolo e dunque da preservare, e le strutture endogene o esogene che invece sono nocive e che devono quindi essere eliminate. Quando questa capacità è persa, possono derivarne le cosiddette malattie autoimmunitarie, in cui il Sistema Immunitario reagisce contro i propri organi, come se fossero estranei.

Ciò che sembra chiaro, è che tutto l'organismo e tutti i suoi Sistemi sono coinvolti nella reazione da Stress, influenzandosi e agendo sinergicamente con meccanismi a funzionamento circolare. Nello Stress, infatti, sono implicati numerosissimi apparati e sistemi del nostro organismo, neurochimici, emotivi, neurovegetativi, muscolari, che devono essere guardati non singolarmente ma nel loro insieme integrato.

Siamo, dunque, sul piano della *complessità*, poiché ci è ormai chiaro che non ci sono disturbi solo psichici o solo somatici, ma è la persona intera che si ammala. Infatti, i miglioramenti che si ottengono riguardano tutti i piani del Sé.

Intervenire sulla condizione di stress cronico vuol dire lavorare su specifici *Funzionamenti di fondo* dell'organismo umano (i Funzionamenti che sono alla base di comportamenti, pensieri, atteggiamenti, emozioni, pensieri) che sono alterati e collegati alle condizioni di stress. Ma lavorare sui Funzionamenti di fondo vuol dire anche mobilitare le Funzioni che le costituiscono, e consentire così il recupero delle piene capacità.

La ricerca e l'intervento Funzionale anti-stress

Tutte queste conoscenze, che il Neo-Funzionalismo ha acquisito, hanno permesso di progettare interventi specifici che agiscono sul livello di stress cronico, e sulle condizioni di salute in generale.

In questa specifica ricerca l'intervento anti-stress è stato adattato e utilizzato su pazienti con malattie autoimmuni croniche reumatologiche, pazienti del reparto di U.O. di Reumatologia di un ospedale di Catania. E' stato applicato un protocollo anti-stress sperimentale, costruito ad hoc sulle specifiche condizioni generali di salute (dolori continui, scarsa mobilità nei movimenti, astenia, etc.), al fine di modificare la condizione di stress, di migliorare la salute e anche la qualità della vita in generale.

I Funzionamenti di fondo (che in età evolutiva chiamiamo anche Esperienze di Base del Sé, in quanto esperienze fondamentali per lo sviluppo sano e pieno dell'infanzia) su cui si è lavorato sono: Piacere - Benessere - Lasciare - Abbandonarsi all'altro – Sensazioni – Percepire - Essere Tenuti - Essere Presi - Essere Portati - Essere Protetti - Essere Contenuti - Contatto Ricettivo - Essere Nutriti – Vitalità – Gioia – Controllo - Allentare il Controllo - Perdere il Controllo – Calma - Stare.

L'ipotesi che questa ricerca mira a verificare è che se si recuperano i Funzionamenti di Fondo alterati (e quindi se si ripristina il Filtro Funzionale) allora sarà possibile ri-invertire la condizione di stress cronico e raggiungere una condizione di benessere di fondo, insieme a stili di vita congrui che aiutino queste persone ad affrontare la convivenza con la malattia cronica.

La ricerca prevede il coinvolgimento di due campioni: uno sperimentale a cui è stato applicato il trattamento e uno di controllo. I destinatari della ricerca, nello specifico, sono stati 20 pazienti affetti da patologie reumatiche croniche, scelti con campionatura casuale.

Le patologie prese in considerazione sono due: *artrite reumatoide* e *sclerodermia*.

I sintomi più frequentemente riportati dai pazienti sono cefalee, dolori, stanchezza, ansia, insonnia, senso di allarme, difficoltà di concentrazione e memoria, pensieri ripetitivi e irritabilità (molti dei quali caratteristici della condizione di stress cronico).

Questi pazienti sono stati divisi nei due gruppi, in base al sesso, all'età e alla patologia, costituendo così un gruppo di controllo e uno sperimentale omogenei tra di loro.

Il *gruppo sperimentale* è costituito da 9 donne e 1 uomo (così come da statistiche con una proporzione di incidenza di 10 a 1), di cui 6 affetti da sclerodermia e 4 da artrite reumatoide, con età compresa tra i 39 e i 67 anni (M=49,9). Sono stati somministrati, prima e dopo il trattamento due Questionari, una Scala likert costruita ad hoc sui sintomi specifici delle due malattie.

Il *gruppo di controllo* è costituito, sempre, da 9 donne e 1 uomo, 6 affetti da sclerodermia e 4 da artrite reumatoide, con età compresa tra 39 e 64 anni (M=51,7). A questo gruppo sono stati somministrati solo i due Questionari, con un re-test dopo 3-4 mesi.

L'indagine è stata suddivisa in tre fasi:

- una iniziale comune ai due campioni in cui si è effettuata una valutazione dello stress e dello stato di salute attuale percepito dal paziente, con strumenti diagnostici specifici (l'SF36 in versione ridotta per lo stato di salute e l'MSP per lo stress);
- una seconda fase (rivolta al solo gruppo sperimentale) nella quale si è attuato un intervento sul paziente, con l'applicazione del protocollo che prevede 20 sedute di un'ora ciascuna, due volte a settimana per tre mesi. Durante tali sedute sono stati registrati, a inizio e fine seduta, tre parametri (quelli possibili da valutare per costi e tempi): la temperatura corporea, la pressione arteriosa e la frequenza del battito cardiaco;
- una terza fase di re-test a fine trattamento per il gruppo sperimentale e dopo 3-4 mesi per il gruppo di controllo.

Risultati

A fine di questo lavoro, lungo e complesso, molti sono stati i punti di domanda risolti e tanti ancora aperti. Sembrerebbe che quasi tutti i pazienti, spesso per la loro storia di vita, presentino alterazioni in molti Funzionamenti e nel Filtro Funzionale già prima della comparsa della malattia. Il permanere in questo stato di stress cronico ha leso il Sistema Immunitario, il che insieme ad una predisposizione genetica o vulnerabilità biologica ha poi favorito l'innescarsi della patologia autoimmune.

Dall'osservazione clinica, si sono notate diverse alterazioni: il Controllo è costante, duro (quindi si è lavorato per allentarlo e per ripristinare la capacità di fermarsi e di Stare); il tono muscolare di base ha perso in varie zone del corpo la propria modularità, rimanendo cronicamente troppo alto; le posture hanno perso la loro duttilità e flessibilità e sono diventate ripetitive nel tempo; il respiro si è rivelato quasi sempre toracico-alto e trattenuto, con difficoltà a divenire diaframmatico profondo (soprattutto all'inizio), non consentendo di andare in vagotonia e raggiungere uno stato di Calma e Benessere. La persona stava continuamente all'erta, come se ci fosse un pericolo imminente, mantenendo una condizione di simpaticotonia, il respiro limitato e un diaframma bloccato avevano anche lo scopo di ottenere effetti "anestetizzanti", che insieme all'alto controllo e al trattenere hanno portato ad un innalzamento delle soglie percettive, che hanno attutito il dolore ma con esso qualsiasi altro tipo di Sensazioni. Per questo motivo risulta difficile per questi pazienti riferire le sensazioni spesso vissute come strane e a volte anche paurose. I pazienti vivono in questo corto circuito, frenetico, di pensieri e fantasie, dove le Sensazioni positive e reali sono quasi assenti;

Per raggiungere il Benessere si è lavorato su tutti questi molteplici e complessi fattori. Il lavoro sul respiro e l'allentamento ha portato ad un miglioramento delle capacità di attenzione e di

memoria. Si è registrata una riduzione di pensieri e fantasie negative e ripetitive, si è abbassato il controllo, è ripartita la voglia di progettare. Ovviamente anche le contratture e le tensioni muscolari si sono ridotte e le emozioni sono potute diventare più positive.

Tutto ciò può avvenire anche perché sul piano fisiologico ha iniziato ad agire il parasimpatico e non più solo il simpatico, dando origine a stati di allentamento, con conseguente riduzione del battito cardiaco e della pressione arteriosa, mentre la temperatura corporea non ha subito variazioni significative né in un senso né nell'altro.

Gli effetti del Tocco e del Contatto attraverso il massaggio, inoltre, sono stati visibili fin dalle prime sedute, nelle espressioni del viso, nel respiro, nelle posture allentate, nelle estremità del corpo calde e asciutte.

Il lavoro sui Funzionamenti di fondo soprattutto dello Stare, delle Sensazioni, del Lasciare, dell'Essere Tenuti, del Benessere, ha consentito sia di recuperare ricordi positivi della propria infanzia sia di ridurre le fantasie negative, e ha permesso di far sentire ai pazienti come stavano realmente, rimettendoli in contatto con le proprie sensazioni profonde.

Se all'inizio sono emerse alcune sensazioni di fastidio e di timore (quelle connesse al dolore nei tocchi e nei movimenti, ma anche, quelle legate al senso di incertezza dato dalla condizione della malattia) si sono andate rapidamente riducendo lungo il trattamento.

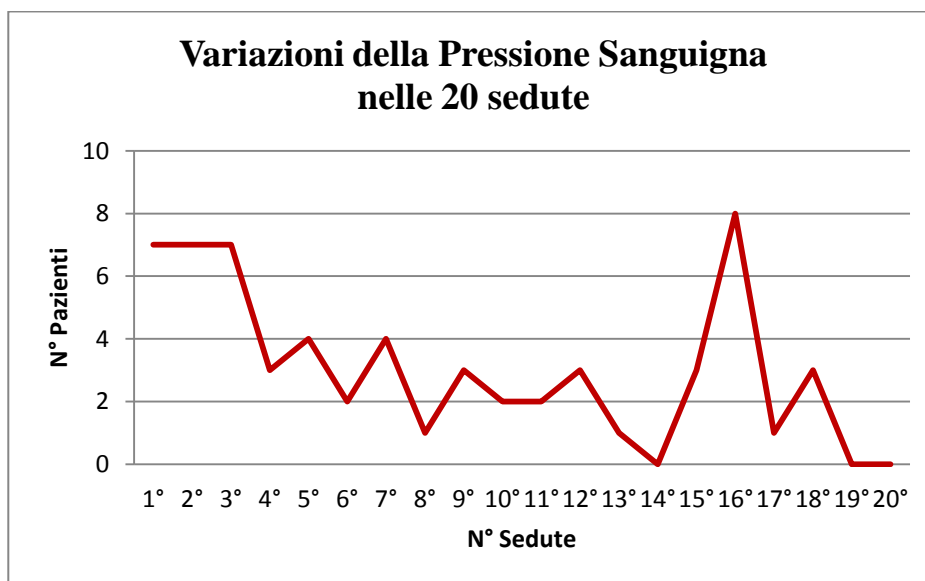
Il Sistema Neurovegetativo con la risposta vagale del Parasimpatico ha mostrato i suoi effetti, oltre che durante le sedute (il battito cardiaco scende sempre) anche sul ritmo sonno-veglia con più ore di sonno continuative durante la notte.

Il lavoro sul ripristino della respirazione diaframmatica e sui vari Funzionamenti di fondo di cui sopra ha dato grande sollievo anche relativamente ai sintomi di colite e gastrite, nonché a quelli specifici della malattia (quali dolori articolari, malesseri vari, astenia), ripristinando in tal modo condizioni di Calma e sciogliendo lo stato di allarme.

Come già preannunciato sono stati valutati parametri quali: l'andamento della temperatura, della frequenza del battito cardiaco e della pressione arteriosa prima e dopo ogni seduta. All'inizio della seduta le mani erano generalmente fredde, il battito cardiaco elevato, la sudorazione forte per la elevata simpaticotonia (tutti parametri notoriamente legati allo stress). Ma dopo alcune sedute, dopo aver restaurato la respirazione tipica della calma, della tranquillità, del benessere, il battito cardiaco, la pressione sanguigna e la sudorazione delle mani diminuiscono (Benessere).

Per quanto riguarda la pressione sanguigna, si possono notare variazioni che vanno nella direzione di un abbassamento graduale e costante, dalla prima (inizio seduta) alla seconda misurazione (fine seduta), tranne nella 16^a seduta, in cui, invece, si alza rispetto alla prima

misurazione, in quasi tutti i pazienti, poiché si è lavorato sull'Esperienza di Base della Perdita di Controllo (intervento caratterizzato da movimenti veloci e intensi).



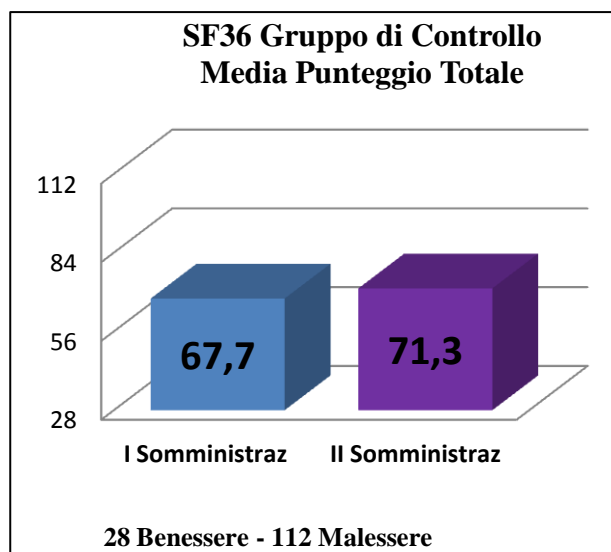
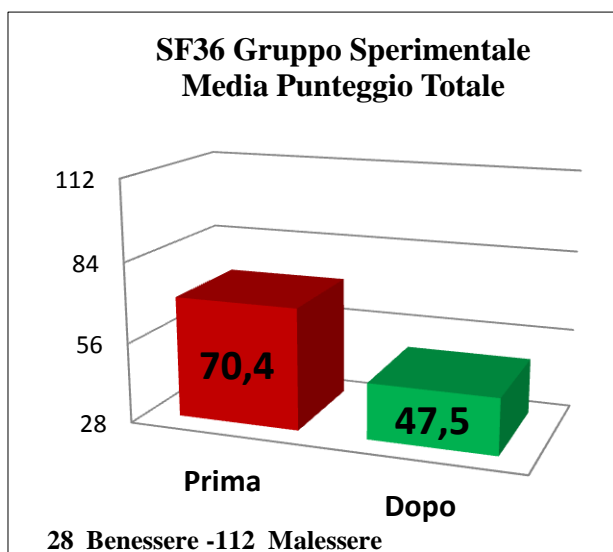
Anche il battito cardiaco si abbassa nel corso delle varie sedute, con lo stesso picco di aumento alla 16^a seduta, sempre per il lavoro effettuato sulla Perdita di Controllo.

I questionari somministrati (SF36, MSP e Scala Likert sintomi specifici) hanno, inoltre, confermato miglioramenti in termini di riduzione dello stress, di riduzione dei disturbi fisici, di un netto miglioramento della qualità della vita, e di un maggior senso di generale benessere e di ottimismo.

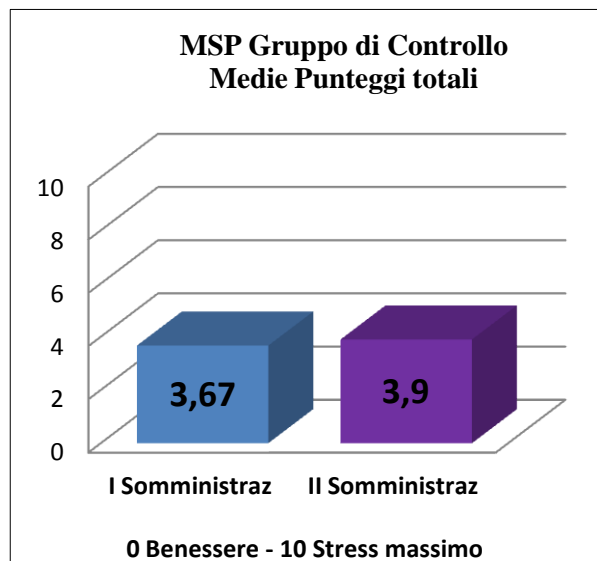
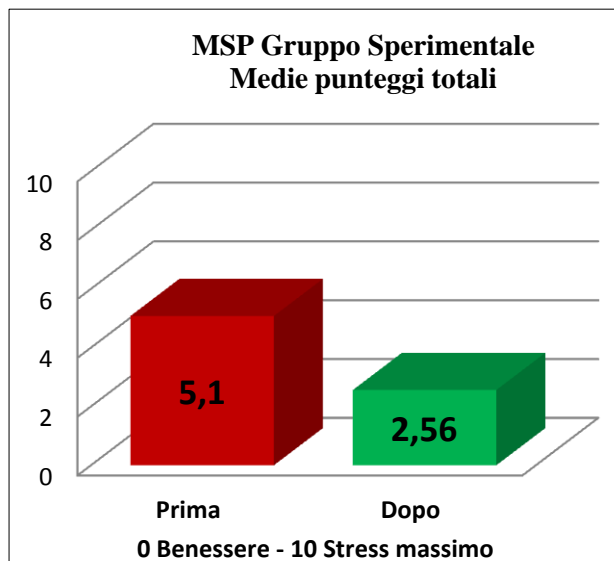
Un'ulteriore conferma proviene dal campione di controllo, nel quale, infatti, non si registrano cambiamenti significativi in direzione del Benessere, ma piuttosto nella direzione opposta in entrambi i due questionari somministrati.

Dal confronto dei punteggi ottenuti dai due gruppi all'SF36 si evince chiaramente una riduzione del punteggio iniziale verso una condizione di maggiore benessere nel gruppo che ha effettuato l'anti-stress rispetto a quello di controllo, nel quale alla seconda somministrazione si rileva un punteggio addirittura leggermente superiore al precedente, un cambiamento non positivo.

Inoltre, mentre nel gruppo sperimentale a quasi tutti gli items del Questionario si registra un netto miglioramento, nel gruppo di controllo tra la prima e la seconda somministrazione non si notano differenze, anzi ciò che si evince è piuttosto un cambiamento che va nella direzione di un minore benessere.



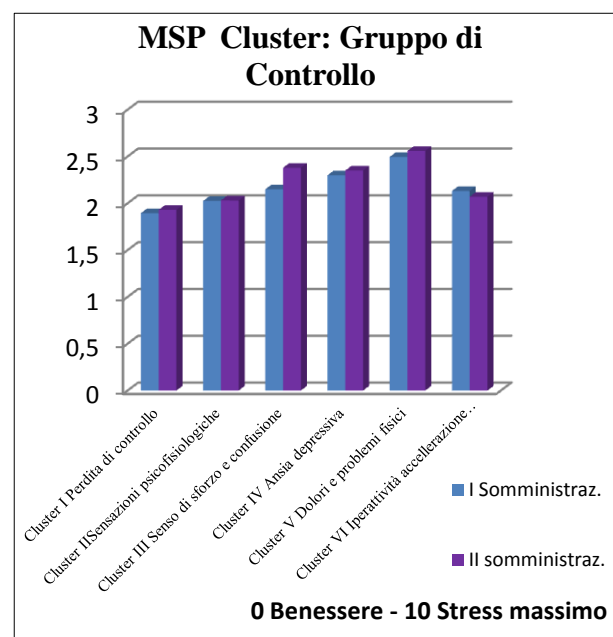
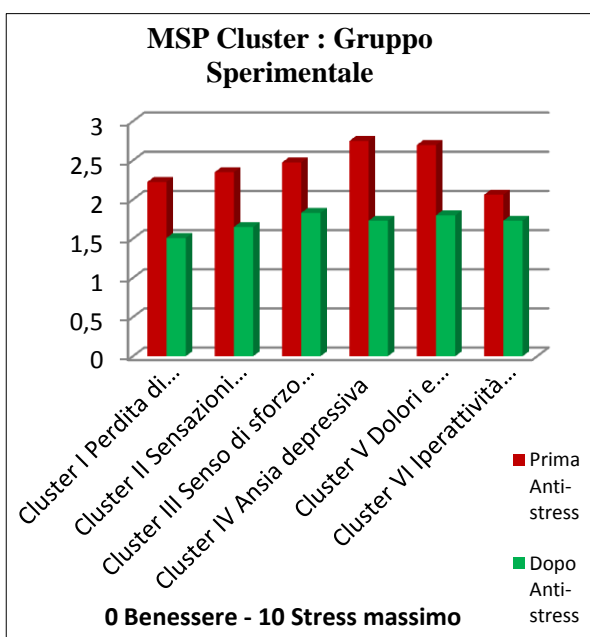
Guardando al Questionario sullo stress si nota, parimente e coerentemente con i risultati del Questionario precedente, che i valori tra le due somministrazioni non sembrano subire variazioni significative nel gruppo di controllo e che piuttosto tali valori tendono ad andare nella direzione di un aumento dello stress nel re-test, mentre nel gruppo sperimentale si ha una riduzione significativa del valore dello stress.



Anche ai diversi items dell'MSP si rilevano miglioramenti evidenti nel gruppo sottoposto al trattamento rispetto a quello di controllo. Sembrerebbe che quest'ultimo, non vedendo modificarsi la propria condizione, tenda a perdere la speranza e la possibilità di immaginare la vita come più facile, avvertendo un maggiore peso sulle spalle. Di conseguenza è difficile che ci si possa sentire pieni di energia e in forma e in forze. In questa condizione difficilmente si può raggiungere uno stato di calma. Sembra piuttosto permanere uno stato di allarme.

Il gruppo sperimentale, al contrario, dichiara di sentirsi dopo l'anti-stress più calmo, di avvertire meno il peso sulle spalle, le preoccupazione per il futuro, il senso di inefficacia e di confusione. C'è una netta riduzione di molti dei sintomi fisici, quali diarrea, crampi intestinali o stitichezza, difficoltà a digerire; e addirittura diminuiscono i dolori fisici (mal di schiena, di testa, di collo), nonché l'ansia e l'angoscia. La conseguenza è che ci si sente più in forma e pieni di energia I pazienti percepiscono migliorato il proprio benessere grazie al trattamento ricevuto.

Quanto detto si evidenzia anche se guardiamo i 6 Cluster dell'MSP, dove i punteggi migliorano nel gruppo sperimentale e sono pressappoco identici tra le due somministrazioni nel gruppo di controllo.



Oltre a quanto osservato clinicamente e registrato con gli strumenti, il feedback dei pazienti è stato in generale molto positivo; hanno sentito e riferito il cambiamento verso uno stato di Benessere generale, confermando così la nostra ipotesi iniziale, ossia, che agendo sui Funzionamenti di fondo specifici è possibile migliorare le condizioni legate allo stress e al benessere più in generale.

È chiaro, dunque, che oggi non è più possibile separare la psicologia dalla medicina e dalla fisiologia, non si può più pensare di curare la persona curandone solo l'organo malato; è necessario considerare la persona intera con tutti i suoi funzionamenti su tutti i livelli psico-corporei.

Medicina, psicologia, neuroscienze, stanno scoprendo sempre più dati ed elementi che dimostrano questa tesi, e stanno procedendo in questa direzione. Occorrerà guardare sempre più alla persona come ad un complesso di Sistemi Integrati, con interventi di prevenzione e cura che agiscano su tutti i Sistemi Integrati.

Bibliografia

- Cassidy T. (2002) *Stress e salute*, Il Mulino, Bologna.
- Farnè M. (1999), *Lo stress*, Il Mulino, Bologna.
- Gorla R. (2013), MA.R.I.C.A *Malattie Reumatiche Infiammatorie Croniche e Autoimmuni*
- Lazzari D. (2009), *La bilancia dello stress. Uno strumento per capire, misurare e gestire*, Liguori.
- Lenson B. (2004), *Lo stress che fa male, lo stress che fa bene*, Pan Libri.
- Pancheri P. (1979), *Stress Emozioni e Malattia*, Mondadori, Milano.
- Pontieri G. M. (1996), *Patologia generale*, Piccin, Padova.
- Rispoli L. (2009), *Esperienze di Base e Sviluppo del Sé*, Franco Angeli, Milano.
- Rispoli L. (1993), *Psicologia Funzionale del Sé*, Astrolabio, Roma.
- Rispoli L., Di Nuovo S., Genta E. (2000), *Misurare lo Stress*, F. Angeli\ linea Test, Milano.
- Rispoli L., Di Nuovo S., (2011), *L'analisi Funzionale dello Stress*, F. Angeli\ linea Test, Milano.
- Roitt-Idelson I.M. (1986), *Compendio di Immunologia*, Idelson, Napoli.
- Rosato E., Salsano F. (2004), *Stress e malattie autoimmuni*, Dipartimento di Medicina Clinica, cattedra e U.O.C. Immunologia Clinica ed Allergologia, Roma.
- Sapolsky R.M. (2014), *Perché alle Zebre non Viene L'ulcera?*, Lit, Roma. Todesco S., Gambari P. F. (1998), *Malattie Reumatiche* seconda edizione McGraw-Hill.
- Triolo G., Ferrante A., Triolo G. (2001), *Immunoreumatologia*, EdiSES.

LA SEF

è una Scuola di Psicoterapia riconosciuta dal MIUR (D.M. 1611 del 2000), dalla EABP (European Association for Body-Psychotherapy) dal 1999 e dal CSITP (Comité Scientifique Internationale de Therapie PsychoCorporelle) già dal 1987. È iscritta al CNSP (Coordinamento Nazionale delle Scuole in Psicoterapie) e al CNCP (Coordinamento Nazionale Counselor Professionisti).

Fornisce metodologie e tecniche di intervento concrete e precise, sia a livello individuale che di gruppo poiché puntiamo molto nella ricerca ed utilizziamo le scoperte più avanzate delle neuroscienze.

Sedi in Italia

Brescia, Catania, Firenze, Lecce, Milano, Napoli, Padova, Palermo, Roma, Trieste.

Crediamo nella formazione e nella crescita professionale, per questo motivo proponiamo un ventaglio formativo molto ampio che parte dai seminari e dai workshop gratuiti, Corsi ECM, aggiornamenti continui fino ad arrivare ai Master Specialistici e per Counselor Professionista, ed alla Scuola di Specializzazione in Psicoterapia Funzionale.

Ogni anno, sia per i Master che per la Scuola di Specializzazione, sono previste Borse di Studio.

*“Migliorare la propria professionalità è un valore di prestigio
ma soprattutto un vantaggio competitivo nel mondo del lavoro”*

Per informazioni

Telefono: 081.03.22.195 (Sede Centrale)

Email: formazione@psicologiafunzionale.it

Internet: www.psicologiafunzionale.it/sef