

## **LA MANIFESTAZIONE EMOTIVA, TRA PSICHE E SOMA, NEI DISTURBI RELAZIONALI, AFFETTIVI E SESSUALI**

---

### **RIASSUNTO**

Scopo della ricerca era di analizzare la variabilità delle manifestazioni emotive, eventuali atteggiamenti mentali negativi correlati ai vissuti della sessualità o relazionali e la loro intima connessione con i disturbi psicologici o somatici nelle persone che richiedevano un intervento terapeutico presso il nostro studio per disturbi psicologici, psicosomatici o relazionali.

La parte introduttiva assieme ai cenni storici, alle correlazioni psicologiche e agli indirizzi terapeutici pongono la premessa da cui parte la ricerca vera e propria, descritta, poi, nei suoi tempi evolutivi, nel capitolo “Materiale e Metodo”.

Nel Capitolo “Risultati” vengono presentati i dati relativi ai 120 casi clinici presi in esame, l’elaborazione dei dati stessi e le significatività statistiche emerse; i risultati vengono poi evidenziati nei loro aspetti più significativi nel capitolo Discussione e nelle Conclusioni.

**PAROLE CHIAVE:** SESSUALITÀ, PSICOSOMATICA, SOMATOPSICHICA, PSICOBIOLOGIA, PSICOTERAPIA AD INTEGRAZIONE CORPOREA.

**KEY WORDS:** SEXUALITY, PSYCHOSOMATIC, SOMATOPSYCHIC, PSYCHOBIOLOGY, BODY INTEGRATION PSYCHOTHERAPY.

### **INTRODUZIONE**

Quando una persona affronta una situazione stressante o dei conflitti emotivi, attiva una fase di ortosimpaticotonia che predispose le strutture psico-fisico-emotive ad affrontare la situazione sfavorevole fino alla sua risoluzione in cui si attiverà una fase compensatoria parasimpaticotonica che con il torpore ed il riposo permetterà un discreto recupero psico-fisico-emotivo delle energie precedentemente dissipate; se il perdurare degli stressors supera la capacità di risposta psico-neuro-endocrino-immunitaria del soggetto (stress cronico), viene perturbata la capacità di adattamento biopsicosociale della persona.

L’ansia non va considerata come un sintomo o una patologia, ma come un necessario meccanismo di difesa che si esprime attraverso una percezione di malessere o di mal d’essere che nasce quando ci si trova in una nuova situazione. Tale meccanismo di difesa mette in moto tutte le nostre capacità consentendoci di adeguarci positivamente nei confronti del nuovo “status”. La mancanza di reazioni d’ansia trasformerebbe la realtà in qualcosa di completamente banale o meccanico (Andreoli V., 2002).

La modalità di risposta ai fattori stressanti si esplica essenzialmente attraverso due modalità in relazione alla prevalente attivazione del sistema orto o parasimpatico: nel caso in cui la reazione dell’individuo sia finalizzata verso una reazione di lotta o fuga, la risposta PNEI sarà caratterizzata dalla prevalenza del sistema ortosimpatico attraverso la motivazione all’azione e quindi al superamento dello stressor; al contrario, un comportamento passivo, indirizzato alla sottomissione nei confronti dello stressore, porta ad una situazione di adattamento e di accettazione con una risposta PNEI condizionata dal prevalere delle attività parasimpatiche. In questo caso l’individuo si prepara a subire lo stressore restando immobile, non consentendo all’emozione (paura, rabbia) di attivare i sistemi motori finalizzati alla lotta o alla fuga impedendo, in buona sostanza, la dissipazione dell’energia emozionale nel movimento (Biffi E., 2003).

Il blocco o la repressione dell’emozione impediscono al sistema di flusso di disperdere l’energia emozionale all’esterno e se tale blocco, indotto dalle necessità di adattarsi alle esigenze ed alle aspettative dell’ambiente diventa un modello comportamentale finirà con l’influenzare le modalità reattive PNEI allo stress.

Le immagini della PET (tomografia ad emissione di positroni) mostrano evidentemente che ogni volta che noi sentiamo qualcosa, oppure interagiamo con il nostro ambiente, si verificano cambiamenti nel funzionamento cerebrale, cambiamenti simultanei nell’attività autonoma, in quella neuromorale e persino in quella immunologica (Goldman L. S., Wise T. N., Brody D.S., 2001). Stimoli a contenuto emotivo inducono una risposta selettiva di alcune aree cerebrali, in particolare dell’amigdala e di altre strutture del sistema limbico in rapporto con l’amigdala stessa (Zalla T. e coll., 2000) e, a testimonianza del ruolo di queste strutture, alterazioni funzionali o lesioni anatomiche delle stesse sono state chiamate in causa in alcune patologie mentali, dalla fobia sociale ai disturbi di personalità e del comportamento (Pellegrini S., 2003). Anche i disturbi psichiatrici con le loro diverse implicazioni neuro-ormonali sono ora evidenziati dalla SPECT (Pallanti S., Quercioli L., Pazzagli A., 2001).

Anche se molte patologie organiche possono inizialmente manifestarsi attraverso una sintomatologia psichica, e per questo una diagnosi differenziale è obbligatoria e discriminante (Pellegrino F., 2003), l’incertezza del medico nella valutazione dei disturbi funzionali, dovuta soprattutto all’insufficiente esercizio nella diagnosi dei disturbi psicologici, porta molto spesso i pazienti a ripetere un’infinità di test di laboratorio e di accertamenti strumentali nel tentativo di identificare una causa organica che giustifichi la sintomatologia clinica.

Quando un disturbo viene diagnosticato quale funzionale o psicosomatico senza una ulteriore analisi, il paziente si sente insoddisfatto di una tale definizione e di solito qualsiasi sforzo terapeutico è destinato a fallire; questo per un

bisogno esplicito del paziente che necessita di conoscere la causa reale del suo problema e dove tale causa difficilmente viene accettata come di natura psico-emotiva (Sclauzero E., 1990).

E' importante osservare che il sintomo "dolore" in quanto tale non può essere obiettivato, quantificato, e ridotto a formule comparative; esistono indubbiamente delle differenze individuali relative al modo di "soffrire", piuttosto che di "sentire" il dolore, spesso in relazione alla crescita culturale della società e al significato che il dolore ha acquisito, assieme ai connotati con cui è stato caricato, in quella persona. A tal proposito basti pensare all'influenza che nel tempo possono assumere gli oppioidi endogeni implicati nella modulazione della percezione del dolore ed in particolare di quello protratto ("sofferenza dolorifica") più che di quello acuto (Preziosi P., 1992)

La percezione dolorifica è un segnale di minaccia di attacco della integrità fisica; al pari dell'angoscia è integrata mentalmente ed avvertita in funzione delle esperienze passate e di una situazione psichica attuale, affettiva e cenestesica (Sparpaglione G., Cecchetti F., Crippa M.G., 1986). Così pure il benessere psico-fisico-emotivo è un concetto "multimediale" talmente tante e diverse sono le variabili che confluiscono tra loro per determinarlo. Come espresso da Hamer "psiche, cervello e organi sono tre livelli dello stesso organismo": il rapporto tra mente e corpo è così stretto, diretto ed immediato che uno shock psichico produce contemporaneamente una perturbazione nella mente elettromagnetica, nel cervello biologico (focolaio di Hamer) ed in un organo periferico controllato da quella area encefalica (Hamer R. G., 2000).

Se mente e corpo sono, quindi, così strettamente interconnessi, fattori psichici possono scatenare malattie somatiche, ma anche intossicazioni croniche a carico di organi periferici o della matrice interstiziale del cervello possono acuire o generare disturbi psicologici (Paoletti E., 2000): ecco allora che nella successiva "presa in carico" del paziente psicologicamente disturbato o con disturbi psicosomatici diventerà estremamente importante ridefinire assieme a lui la scaletta delle priorità della sua vita per valutare quante discrepanze ci siano tra il suo modo di sentire, il suo modo di pensare, il suo modo di recepire ed il suo modo di agire evidenziando così i suoi conflitti interiori, consci o inconsci che siano.

Se questo siamo in grado di fare seguiremo l'antico proverbio che dice: "Semina un pensiero, raccoglierai un'azione... Semina un'azione, raccoglierai un'abitudine... Semina un'abitudine, raccoglierai un carattere... Semina un carattere, raccoglierai un destino..." e permetteremo ai nostri pazienti non solo di "non sentire" un disturbo, ma di essere consapevoli di quello che sentono, di quello che vogliono sentire, di quello che possono sentire e di quello che possono far sentire; perché solo chi è capace ed ha il coraggio di vivere con intensità e profondità anche il dolore sarà sufficientemente allenato per sopportare ed inebriarsi consapevolmente della felicità che la "Vita" può dare.

## **CENNI STORICI**

Negli anni '50 venne dimostrato, da un punto di vista sperimentale, che la risposta del corpo allo stress dipende dal cervello (Selye H., 1956), dalle sue emozioni (Pancheri P., 1986), e dalla struttura genetico-costituzionale (Biondi M., 1991) stabilendo un rapporto tra lo stress ambientale e le fluttuazioni sottili, rapide e specifiche delle varie funzioni endocrine e immunitarie. Altri ricercatori più recenti (Stein M., Schiavi R.C., Camerino M.S., 1976; Wolf S., 1982; Weiner H., Hofer M.A., Stunkard A.J., 1981) hanno ulteriormente documentato l'importanza del meccanismo del cervello nel controllo del sistema nervoso autonomo, delle funzioni neuroendocrine e dei responsi umorali mediati dalle cellule, attraverso un sistema di integrazione delle sue varie specificità sviluppatasi nel corso dell'evoluzione.

La risposta emotiva dell'Uomo agli stimoli deve essere considerata un importante fattore di regolazione della vita sociale. Accanto ad una funzione adattativa delle esteriorizzazioni delle emozioni, esiste una funzione comunicativa di tipo simbolico dove bisogna considerare il rapporto tra emozioni e risposte fisiologiche (effetti a breve termine) e il rapporto tra regolazione emozionale e modificazioni dei parametri biologici (effetti a lungo termine) con modificazioni della funzione immunitaria. La mente viene infatti considerata come l'espressione del funzionamento di una struttura organizzata: non è possibile sostenere ancora l'espressione fenomenica del funzionamento del cervello da una parte e dall'altra il resto dell'organismo in quanto struttura-funzione. Parimenti non si può negare una reciproca influenza degli ormoni sul SNC e sulla fine regolazione che questo determina a livello psichico (Genazzani A.R., Bernardi F., 2003).

La psiconeuroendocrinoimmunologia (PNEI) nasce da questo paradigma dove la mente, tramite il veicolo neuroendocrinologico, si molecolizza originando le modificazioni immunitarie: l'ansia e la depressione sono fattori debilitanti del sistema immunitario, mentre l'aggressività e la rabbia stimolerebbero un'azione di potenziamento delle difese dell'organismo. Negli ultimi 20 anni è stata dimostrata una correlazione tra psiche e organi: essa è determinata dai mediatori biochimici cerebrali (neuropeptidi) che, secreti dal SNC in seguito a fattori psicologici, influenzano l'ipotalamo (e quindi le ghiandole endocrine) e gli organi interni a valle (Matarese S., 1993). Gli studi più recenti di farmacologia sostengono infatti la visione unitaria dell'Uomo: il fatto che una stessa molecola (peptidi, nucleotidi) possa agire da ormone, da neurotrasmettitore o da neuromodulatore, fa superare la posizione di BERNARD relativa alla distinzione tra sistema endocrino e sistema nervoso.

Alla luce di questi dati la medicina psicosomatica e l'attuale Ecobiopsicologia non concettualizza problemi medici nella semplice forma di causa-effetto o in un rapporto lineare, ma piuttosto pone grande importanza nel collocare i pazienti e i loro problemi di salute all'interno di un contesto costituzionale-psico-emotivo-relazionale-sociale-comportamentale molto più ampio (Sclauzero E., 1990).

A questo proposito la ricerca, nella medicina psicosomatica, si è allontanata dalla preoccupazione di ipotesi specifiche, quali ad esempio il fatto che una particolare personalità possa essere associata ad un particolare e specifico

disturbo fisico. L'approccio Ecobiopsicosomatico comporta la scelta di validi strumenti di indagine capaci di rilevare e misurare le componenti psicologiche e psicosomatiche che accompagnano il quadro morboso, i tratti di personalità che lo sottendono e i fattori psicosociali che possono scatenarlo ed aggravarlo (Castrogiovanni P., Brunori I., Lenzi A., Corradi I., Zecca R., 1981). Dal momento che la malattia psicologica è spesso somatizzata, il significato del sintomo e della malattia deve essere preso in considerazione innanzitutto quale comunicazione e come specifica bene LUBAN PLOZZA *“Si badi bene non al linguaggio del corpo riferito dal paziente, ma al linguaggio mostrato dal corpo del paziente”*, perché è quello che il terapeuta deve comprendere (Luban-Plozza B., Poldingher W., 1978) ed interpretare (Luban-Plozza B., Magni G., 1981).

Questa lingua cerca di comunicare, con delle voci alquanto indirette, i conflitti interiori che non possono essere esteriorizzati (Galeo R., 1974) e una loro corretta lettura (Graziottin A., 2000) non può prescindere dalla collocazione degli stessi all'interno di un contesto armonico di tutti gli aspetti della personalità umana (fisico, emotivo, mentale e spirituale) quale quello tracciato da ASSAGIOLI (Assagioli R., 1973; Assagioli R., 1988) nel suo concetto di psicosintesi e alla base delle ricerche della psicologia transpersonale.

Assagioli fu tra i primi a comprendere l'importanza della psiche nella relazione mente-corpo, anticipando concetti della medicina psicosomatica che solo da poco trovano uno sviluppo sistematico. Comprese soprattutto l'importanza dei processi psichici inconsci, come erano stati studiati da Freud, e la loro influenza sulla vita dell'individuo, distinguendo subito, nell'ambito dell'inconscio, tra livelli inferiori (legati alla biologia, agli istinti, al passato, al complesso) e superiori (fonte delle intuizioni ed ispirazioni, della creatività e delle istanze etiche, degli stati di illuminazione ed estasi) anticipando la psicologia umanistica, con il suo accento sull'uomo nella sua totalità bio-psico-spirituale, sulla sua presenza, sull'essere piuttosto che sui sintomi ed i processi morbosi (Rosselli M., 1992). Arriviamo così a quella che oggi viene definita come *“ECOBIOPSICOLOGIA”*, intesa come studio della relazione *“mentecorpo-ambiente”* secondo una prospettiva evolutiva ed ecocentrica, dove il termine di *“Psicosomatica”* viene sostituito dal concetto *“mentecorpo”* proprio per sottolineare il superamento di un dualismo inesistente all'interno di una unità funzionale reciprocamente influenzatesi quale è la *“Persona”* intesa come essere fisico-energetico-pensante (Rossi E. L., 1987).

## **CORRELAZIONI PSICOLOGICHE**

BOADELLA e LISS (Boadella D. & Liss J., 1986) analizzarono l'abbraccio come forma di comunicazione e contatto da applicare in psicoterapia sostenendo che *“l'identificazione tra abbraccio e sensualità induce spesso i genitori a tenere a distanza i loro figli (tabù dell'incesto) e porta gli amici ad evitare persino di abbracciarsi o di camminare tenendosi per mano (paura dell'omosessualità). La mancanza dell'abitudine al contatto rischia però di tramandare questa barriera alle prossime generazioni e questo circolo vizioso, nato dall'ignoranza dei nostri bisogni corporei, è passato da una generazione all'altra, ma oggi deve essere demistificato e distrutto”*.

Premesso che i genitori siano in un corretto equilibrio psicofisico e relazionale, l'abbraccio del padre, rappresenta una forma di comunicazione nella quale vengono manifestate espressioni di contatto solido e affettuoso: in esso si esprime principalmente l'affetto, l'autorità, la razionalità, il contatto sociale con l'altro sesso; l'abbraccio della madre, d'altra parte, tende ad esprimere sentimenti caldi e teneri di tipo amore, creatività, passività, accoglienza, espressioni spirituali. Il giusto equilibrio di questo duplice abbraccio padre/madre fornisce al bambino la giusta immagine di sé e della propria struttura corporea, permettendo altresì il formarsi di un corretto processo di identificazione sessuale e di ruolo e di evitare la cosiddetta *“ferita dei non amati”* (Schellenbaum P., 1995).

Molto spesso la carenza di contatto instaura processi psicologici e fisiologici che bloccano la persona: a livello somatico, questo processo mancato, del tutto o in parte, si codifica con il tempo nel corpo come contrazioni muscolari, postura negativa, ispessimento del connettivo. La somma delle emozioni represses formano nel corpo, intrecciandosi negativamente, il corpo emozione: esso è l'insieme delle espressioni che non hanno potuto esprimersi liberamente formando una struttura che non offre la possibilità agli esseri umani di essere liberi e di vivere pienamente il fluire delle qualità che hanno potenzialmente dentro di sé alterando gli equilibri energetici di base: corpo-mente, parasimpatico-simpatico, caldo-freddo, gioia-tristezza, paura-rabbia, amore-odio, ecc...

Lo stato di salute di un soggetto è realizzato dal perfetto equilibrio dinamico di struttura, biochimica e psiche (triangolo della salute): qualsiasi alterazione di uno di questi parametri determinerà una interferenza con gli altri due che a sua volta si esplicherà in un non corretto funzionamento del sistema *“mentecorpo”*, della sua postura e del suo linguaggio (Stegagno M., 2000).

Ora, quella corporea risulta essere, senza alcun dubbio, la prima forma di comunicazione: attraverso il contatto pelle a pelle si comunica con il bambino ed è attraverso questo tipo di comunicazione fatta di sentimenti di fiducia e di amore che il bambino trova la giusta via per sviluppare appieno le sue capacità psicofisiche anche a dispetto della contraddittorietà, alle volte palese, tra il nostro linguaggio verbale (razionale) ed il nostro atteggiamento psicofisico (emotivo) nei suoi confronti (Birkenbihl Vera F., 1995). Questi messaggi sensoriali, che per milioni di anni sono stati la principale forma di comunicazione degli esseri viventi, prima della recente introduzione del linguaggio logico-verbale, giocano un ruolo di primo piano nell'*incontro-scontro* delle persone ed è nel saper decodificare correttamente questi messaggi che la persona potrà essere quanto più vera, diretta e consapevole, di quello che *“prova”* e di quello che *“sente”*, nelle relazioni con gli altri: *“sì perché il corpo parla attraverso mille sfumature del suo atteggiarsi, del suo proporsi, del suo dare e negarsi...”* (Sclauzero E., 1994); infatti prima del linguaggio verbale arrivano le emozioni, segnali corporei, comunicazioni, anche inconsapevoli, che il nostro corpo trasmette al mondo e oggi sembra svilupparsi

il convincimento che anche il pensiero sia definito da limiti corporei, alcuni biologici come la corteccia cerebrale ed il suo tracciato sinaptico, altri derivanti da connessioni tra corpo, emozioni e pensieri (Renzini R., 2000).

Si esce dall'infanzia quando si comincia a riconoscere e nominare il bisogno degli altri e quando tale consapevolezza si presenta alla coscienza: quando possiamo spiegare e significare si inizia a unificare corpo e mente. La seconda fase evolutiva si attua poi al sopraggiungere della consapevolezza delle emozioni, che permette loro di divenire alleate e guide dei propri vissuti anziché nemiche (Renzini R., 2000). Se non vengono affrontate con sincerità e non vengono vissute consapevolmente, le emozioni formano una sorta di cortina negativa, sempre presente, fonte di ansia e conflittualità che può degenerare in aggressività e violenza (Hillman J., 1996). Parimenti, molto spesso, l'attività sessuale, massima espressione della nostra intimità e del nostro mondo affettivo-emotivo-relazionale, è iniziata con una carente conoscenza di tecniche e metodi contraccettivi, una insufficiente abilità di gestione emotiva e una scarsa capacità relazionale che portano ad un errato approccio alla corporeità con un imprinting ed una fissazione esperienziale negativa delle percezioni corporee (Sclauzero E., Ellero G., 1992).

La modificazione e la sensibilizzazione della pelle attraverso il "**contatto corporeo**" influenzano meccanismi e modificazioni psicologico-comportamentali molto importanti: non a caso entrambe le strutture (epidermide e cervello) derivano dallo stesso foglietto embrionario. Dice ASHLEY MONTAGU (Montagu A., 1986) nel suo libro *Touching, the human significance of skin*: "*Il toccare è stimato come la "madre dei sensi": il senso del tatto è il primo sistema sensorio che è diventato poi funzionale in tutte le specie. Dopo il cervello, la pelle è il più importante e complesso dei sistemi di tutti i nostri organi e la correlazione tra la fisiopatologia della pelle e del SNC si può spiegare solo se si considera la loro identica origine embriogenetica dal foglietto ectodermico*". Il toccare si esprime attraverso la nostra pelle: il contatto e la carezza hanno effetti positivi emozionali e viscerali sul nostro corpo, rinforzano il sentimento di autostima e valorizzano il corpo come qualcosa di piacevole, capace di risvegliare il senso del piacere e del desiderio; piacere che, come dimostrato dagli studi della psicologia sperimentale di questi ultimi cinquant'anni, non dipende da recettori né da dispositivi neurofisiologici (come invece per il dolore), ma è una qualità attribuita psichicamente dal soggetto ad una esperienza, esterna o interna (Imbasciati A., 2000). Una percezione non è automaticamente generata dal suo recettore, ma la struttura di questo condiziona la qualità della percezione essendo quest'ultima costruita dalla mente, sulla base della lettura che la struttura mestica, acquisita in quel momento, è in grado di eseguire sull'imput sensoriale recepito (Imbasciati A., 1994; Imbasciati A., 1998). È così che la mancata soddisfazione dei bisogni alimentari ed emotivi del bambino, e qualsiasi latenza che in qualche modo ritarda quel soddisfacimento, viene interpretata dal bambino come un attacco terribile alla sua integrità psicologica e, soprattutto, alla sua incolumità fisica (Parsi M.R., 2000): questo perché nell'aspetto organico si attivano insieme con il desiderio e il piacere una serie di processi neuroendocrini superiori del tono vitale importantissimi per il buon funzionamento del corpo stesso, basti pensare all'importanza di una corretta ed equilibrata risposta immunitaria nella prevenzione dei danni dati dagli stressors di qualsivoglia natura essi siano.

Esiste quindi una stretta correlazione tra sensazioni cutanee, emozioni, psiche, sistema neurovegetativo, sistema neuroendocrino e sistema immunitario: forti impatti emotivi o l'assenza di stimoli adeguati paralizzano queste attività ed inducono una atrofia delle rispettive strutture. Nell'aspetto mentale, la percezione di sé creata con il massaggio può portare ad un "ampliamento della presa di coscienza" della persona portandola a riformulare stati emozionali che con la terapia verbale non è possibile ottenere.

Il ritorno alla voce del corpo fu da W. REICH definito "corazza caratteriale" che rivelava una personalità disturbata nella quale si potevano identificare, sulla base dei segmenti corporei, tensioni e disfunzioni (Reich W., 1982). Già la DEUTSCH nel 1926 affermava: "*Ogni affezione psichica si accompagna sempre a una corrispondente e specifica piega del linguaggio corporeo*" (Deutsch H., 1977). E ancora W. REICH affermava che: "*Ogni pensiero corrisponde ad un atto che comporta la liberazione di un influsso nervoso che parte dal cervello e va verso i muscoli che devono affrontare questo atto aumentandone il tono. Se lo stesso pensiero è sempre presente e l'atto è riprovato o autocensurato, allora il soggetto trattiene nei muscoli efferenti un tono esageratamente elevato, dando così luogo alla tensione nevrotica*" (Reich W., 1982).

A. LOWEN, discepolo di REICH e fondatore della bioenergetica, a questo proposito dice che: "*L'espressione corporea è la visione somatica della tipica espressione emotiva che sul piano psicologico viene vista come carattere*" (Lowen A., 1996) considerando il corpo e la mente su uno stesso piano di importanza e, in particolare, vedendo i processi energetici come causa di ciò che succede nella mente e di ciò che si manifesta nel corpo (Hoffmann R., Gudat U., 1997).

Il lavoro di LOWEN sul corpo si basa sulla concezione reichiana di un'identità funzionale tra la struttura del carattere e l'atteggiamento corporeo di ogni individuo (Lowen A., 1996). Lo scopo della terapia bioenergetica rimane sempre quello di "sciogliere", rilassare le contratture muscolari croniche, permettendo così di far affiorare alla coscienza le emozioni responsabili di questi blocchi e ridare alla persona uno stato naturale di eccitazione e di carica energetica.

In particolare l'approccio terapeutico di Lowen comprende alcune tecniche corporee specifiche le quali tengono conto non solo delle turbe della genitalità, ma anche di quelle altrettanto fondamentali della respirazione, del movimento, del contatto e dell'autoespressione. L'importanza della respirazione e del contatto fisico con il paziente viene mutuata dall'esperienza condotta da Reich dove Lowen riconosce il valore del "toccare" quale forma primaria di contatto con l'altro.

Osserviamo per un momento quale vantaggio offra un approccio corporeo di tipo massoterapico:

- 1) Regolazione del metabolismo tessutale e ormonale;
- 2) Stimolo del sistema nervoso parasimpatico-ortosimpatico a seconda delle tecniche applicate;
- 3) Profondo rilassamento biopsichico: con la tecnica dolce massoterapica è possibile notare attraverso l'encefalogramma un andamento sincronizzato di ritmo alpha con una diminuzione dello stato di coscienza del mondo esterno fase molto importante nell'adozione della tecnica del Training Autogeno;
- 4) Maggiore conoscenza dello stato corporeo da parte del terapeuta; compensazione della carenza di contatto fisico nel soggetto che ora ne avverte in maniera cosciente il profondo bisogno e dove il contatto stesso rappresenta il tramite per rivivere a livello emotivo, non solo nel ricordo, situazioni che hanno spezzato il rapporto di fluidità corpo-mente del paziente.

Il terapeuta, a questo proposito, deve essere profondamente consapevole delle proprie reazioni verso il paziente e verso il suo transfert perché in un tale approccio dinamico l'inconscio del terapeuta entra sempre in sintonia con l'inconscio del paziente. Se il terapeuta non ha eliminato l'aggressività delle proprie tendenze non potrà permettere l'instaurarsi di un transfert positivo, perché potrebbe sentirsi minacciato dal paziente oppure cadere nella trappola della seduzione. Il terapeuta deve avere una costante attenzione sulle proprie risposdenze emotive-affettive durante il processo terapeutico e solo la presa di coscienza della propria difficoltà potrà aiutarlo a smascherare atteggiamenti di aggressività indiretta o manipolata verso il paziente.

Il contatto assume quindi un ruolo importante, fondamentale e significativo, che va valutato in ogni momento della terapia e in particolare dove si giunga a una profonda regressione quale significato di abbandono del paziente. Se la regressione è modulata e il terapeuta è conscio dei suoi limiti, tutto diventa più facile: il terapeuta può entrare in "biorisonanza" con il paziente, portarlo verso il recupero e la rielaborazione dei suoi conflitti, molte volte rimossi, e la seduta diventa "terapeutica".

Questa "attivazione bioenergetica" della coscienza porterà la persona verso quello stato di consapevolezza del Sé indispensabile per il suo riequilibrio ed il recupero di uno stato di salute psicofisica.

## **INDIRIZZI TERAPEUTICI**

La psicoterapia ad integrazione corporea è una tecnica di massaggio che serve a soddisfare il bisogno di organicità del paziente (cioè la necessità di associare delle tecniche di rilassamento muscolare comunque a qualcosa di fisico) associato alla comunicazione di messaggi, verbali e non, che possano permettere al terapeuta l'utilizzo di tecniche bioenergetiche atte al riequilibrio del paziente nelle sue componenti essenziali: corpo fisico, corpo eterico, corpo astrale, organizzazione dell'io (Hoffmann R., Gudat U., 1997). L'approccio corporeo si differenzia dalle altre tecniche terapeutiche perché affronta l'uomo nella sua espressione totale, il che significa prenderlo nella sua completezza, lavorando sul corpo per arrivare alla psiche. Sentimenti superficiali, reazioni momentanee, abitudini riflesse, ad esempio, sono percepite sugli strati superficiali dell'epidermide; la scoperta dell'equilibrio centrale del corpo è sentita attraverso la fascia profonda pelvica; sensazioni di completezza e di equilibrio generale sono percepite attraverso la liberazione e la interconnessione di tutti gli strati di fascia. Il corpo è l'elemento principale, è il mediatore della relazione, il vettore del mondo della regressione e della stasi. La psicoterapia centrata sul corpo opera per superare la divisione tra la mente e il corpo attraverso la consapevolezza che il corpo, oltre ad essere luogo di conoscenza è anche fonte di coscienza ed immagine.

La psicoterapia ad integrazione corporea o IBP (Integrative Body Psychotherapy) è una disciplina sviluppata da JACK ROSENBERG, BEVERLY KITAEN MORSE e MARJORIE RAND, che utilizza la "via emotiva" come chiave di apertura delle porte chiuse ossia dei blocchi psicoemotivi, consci o inconsci che siano. Questo sblocco psicoemotivo avviene tramite l'utilizzo di alcune metodiche di rilassamento e consapevolizzazione che vengono attuate durante la seduta in maniera diversificata in funzione delle problematiche e della capacità di introspezione del soggetto. Il massaggio psicoterapeutico parte dal presupposto di entrare in contatto con la persona e con i suoi vissuti attraverso il "corpo" e attraverso questo "corpo" stabilire il rapporto psicoterapeutico mediante una comunicazione del tipo "toccare" (Pearson R., 1996). E' una forma di contatto che può ricostruire l'immagine di se stessi e del proprio schema corporeo con tutte le implicazioni ad esso correlate. In questo tipo di psicoterapia si passa quindi dalla parola al gesto: non c'è più solo il dialogo, come in altre forme di psicoterapia, ma vi sono anche il "corpo-paziente" e il "corpo-terapeuta" (Pearson R., 1989).

Il terapeuta diventa il catalizzatore dell'evoluzione del paziente e questo implica che egli riconosca il suo coinvolgimento emotivo e lo consideri elemento di conoscenza di sé e dell'altro, in un processo di distinzione di sé dall'altro (Serina C., 2001). La comprensione dello stato emotivo del paziente attraverso un "ascolto empatico" ci permette di individuare più facilmente le strategie terapeutiche per aiutarlo e permettergli di superare la sofferenza ed il disagio psicologico.

Le implicazioni del transfert e del controtransfert non si riflettono più solo sulla componente mentale, logico-razionale, ma coinvolgono anche la sfera emotivo-sensoriale del paziente e del terapeuta stesso (Piscicelli U., 1988). Queste implicazioni psico-emotive rendono necessario un incessante e continuo lavoro di analisi, anche da parte degli psicoterapeuti, dei propri vissuti psichici e corporei che interagiscono con quelli del paziente che rappresentano "la storia" del vissuto della persona, investito dei fantasmi affettivi e dei conflitti psicologici dell'infanzia e del suo passato che su di lui si sono impressi. Va inoltre sottolineato come medesime "esperienze emotive" possono rivestire dei

connotati assai diversi a seconda del contesto socio-culturale ed affettivo in cui si è manifestato il conflitto e a seconda che, chi li ha subiti, sia “*maschio o femmina*” (Piscicelli U., 1994): di qui l’importanza a livello terapeutico della contemporanea presenza di un terapeuta di sesso maschile e di uno di sesso femminile onde favorire il contatto emotivo catartico (crisi di pianto, contatto delle mani, abbraccio, ecc...) e liberatorio senza la presenza di fraintendimenti e di coinvolgimenti emotivi che travalichino il significato ed il tempo della seduta terapeutica. Oltre a ciò la duplice presenza, maschile e femminile, permette un gioco di alleanze e di scarico delle conflittualità, conscie o inconscie che siano, a seconda del tipo di transfert instauratosi con i rispettivi terapeuti, bypassando in tale modo la “*schizofrenicità*” di un “*ruolo terapeutico*” visto contemporaneamente come “*buono*” e “*cattivo*” a seconda dell’accoglienza o del necessario rifiuto che alle volte, in un cammino terapeutico, il terapeuta stesso deve assumere. In tale succedersi di situazioni, i sentimenti affettivi positivi appaiono di solito prima di quelli ostili, comunque quando essi diventano evidenti costituiscono una buona occasione per mostrarne il significato originario interpretandoli come una riedizione di stati d’animo già precedentemente provati dal paziente e che in quel particolare momento vengono “*trasposti*” sulla figura del terapeuta. L’analisi del transfert costituisce di conseguenza un’occasione terapeutica per sorprendere i più reconditi aspetti della vita psico-emotiva del paziente. Questo processo evolutivo, compiuto durante l’infanzia, si ripropone durante il rapporto psicoterapeutico, sicché tutte le esperienze ancorate nel paziente vengono gradualmente riferite come provocate dagli analisti. L’analisi del transfert si serve di queste operazioni proiettive come di un sistema di leva per trasformare la confusione latente in espressioni manifeste, in modo che acquistino un senso di riferimento causale. Il paziente, sollecitato dalla regola fondamentale di riferire tutto quanto gli passa per la mente, e dalla particolare tolleranza che i terapeuti gli dimostrano impara ad indirizzare verso l’esterno la tensione che prima consumava dentro di sé come malessere, reazione viscerale e blocco motorio. Le interpretazioni e l’empatia, che i terapeuti lasciano libera di oscillare mentre valutano i problemi emotivi, sollecitano gli atteggiamenti innovativi del paziente verso un cambiamento relazionale. Così, le frustrazioni e le distorsioni del passato subiscono delle rettifiche e la coazione a ripetere trova un suo investimento produttivo. Avviene che tutta la sfera dei fantasmi più arcaici viene mobilitata e risperimentata in termini schizo-paranoidei e depressivi nei confronti dei terapeuti (Piscicelli U., 1988). Questi possono essere fatti segno di risentimenti, invidia, odio od amore e possono essere avvertiti come insidiosi, seduttori o repressivi, ma la duplice presenza, maschile e femminile, permette ai terapeuti di sfrondare le interpretazioni incongrue, possibili, date dai pazienti stessi. Questo per fare in modo che tali atteggiamenti (quando il transfert si volge in modo positivo dimostra di essere la spinta più efficace per poter superare i conflitti, mentre se invece il transfert risulta improntato su tendenze negative o morbosamente erotizzate si trasforma in una inconveniente resistenza) possano diventare terapeuticamente validi e far sì che la terapia possa procedere. Il transfert è perciò un rapporto ponte che collega, tramite contenuti associativi, vecchi desideri e conflitti del soggetto con la situazione psicoanalitica e quindi con la realtà attuale. La duplice presenza, maschile e femminile, dei terapeuti è altresì importante per gli operatori stessi come momento di crescita e di confronto nello svilupparsi del percorso terapeutico specialmente per quanto riguarda la capacità di introspezione empatica verso il paziente e la rielaborazione e la decodificazione dei messaggi non verbali emersi durante la seduta e che sistematicamente il paziente evidenzia, conscia o inconscia che sia tale comunicazione. La consapevolizzazione di tali messaggi verbalizzata al paziente diventa un presidio terapeutico di grande efficacia per metterlo a contatto e per fargli riconoscere le proprie emozioni reali, quello che realmente prova e non solo quello che, invece, pensa di provare (Langs R., 1988). Estremamente importante in questo senso è la duplice presenza, maschile e femminile, nella loro complementarietà di lettura di due modi di sentire e di vivere le cose, al maschile e al femminile, che riflettono due mondi interiori, anche energeticamente parlando (YIN-YANG) alle volte tanto diversi e divergenti, di difficile comprensione, per chi “*donna non è*” o per chi “*uomo non è*”, specie nel campo della relazione di coppia e della sessualità.

Va comunque precisato che il processo di guarigione è possibile per il paziente solamente ad una condizione: accettare di mettersi in discussione e di avere un problema da risolvere, accettare la sofferenza psico-emotiva che tale conflitto determina, accettare di ripercorrere emotivamente quel conflitto per favorirne la risoluzione (scariche abreatorie), accettare di diventare persone adulte capaci di assumersi le proprie responsabilità della vita non demandando ad altri le scelte che, emerse dalla razionalizzazione dei conflitti, ognuno deve fare per modificare il contesto psico-socio-emotivo-relazionale in cui tali conflitti traggono origine e continuano a svilupparsi.

Tutto ciò significa richiedere al paziente di attivare la propria volontà: intesa come funzione e forza che a livello umano guida verso la sintesi; significa uscire dal mondo della casualità per aprirsi al mondo della finalità, uscire dal determinismo dell’inconscio rimosso per aprirsi alle possibilità di una consapevole gestione della propria vita, uscire dal proprio passato per costruire il proprio futuro. L’atto di volontà, attraverso gli istanti delle decisioni, diventa scelta consapevole, perciò libera e quindi responsabile, che spinge l’individuo più in là, verso obiettivi che operano da trasformatori della propria vita e della propria personalità (Assagioli R., 1977) pur mantenendo il senso insopprimibile della propria identità personale che permane attraverso e nonostante tutti gli sviluppi e le vicende dall’infanzia alla vecchiaia (Assagioli R., 1933).

Per poter incidere in maniera significativa sui vissuti della persona diventa estremamente importante, per noi terapeuti, avere un quadro quanto più esaustivo possibile dell’archivio psico-biologico-relazionale di chi ci sta di fronte; per ottenere queste informazioni, ed in un tempo significativamente breve, consegniamo una batteria di tests psicometrici che l’utente elaborerà successivamente a domicilio assieme ad un questionario Anamnestic e Psicosomatico (Anastasi A., 1999; Lüscher M., 1976; Lüscher M., 1996; Tyler L. E., 1972). Le risposte fornite verranno

successivamente computerizzate per l'elaborazione finale che porterà ad una relazione di personalità, che verrà successivamente consegnata all'interessato, e alla evidenziazione dei disturbi psicobiologici presenti che saranno oggetto di intervento terapeutico sia di tipo prescrittivo che psicoterapeutico.

## **MATERIALE E METODO**

Lo studio prende in esame l'analisi dei tests psicometrici elaborati, nel triennio 2001-2003, dagli utenti dei servizi di psicoterapia prestati presso il nostro ambulatorio o da eventuali afferenti per patologie fisiche cui veniva proposto un intervento psicoterapeutico essendo chiaramente evidente, dal primo colloquio, una correlazione psicosomatica all'origine del loro disturbo. Il primo punto che tendiamo a sottolineare nel colloquio iniziale è la "*conditio sine qua non*" è possibile intraprendere una psicoterapia efficace senza accettare di mettersi in discussione riguardo ai propri vissuti, alle proprie emozioni, ai propri atteggiamenti sia nei confronti del lavoro, delle relazioni e della visione della vita in genere: tale premessa molte volte "scoraggia" l'utente dal proseguire nell'intervento psicoterapeutico, ma preferiamo essere molto chiari ed espliciti fin dal primo colloquio sulle modalità e sull'iter che il paziente si accinge a intraprendere.

Esso comprenderà (Woollams S., Brown M., 1998):

1. Fase diagnostica (preliminare alla presa in carico) che attuerà le seguenti tappe:
  - a) colloquio e consegna della batteria di tests psicometrici;
  - b) elaborazione computerizzata della batteria di tests;
  - c) consegna al paziente della relazione psicometrica ed evidenziazione dei conflitti rilevati;
  - d) proposta terapeutica globale finalizzata al problema.
2. Fase terapeutica (successiva alla presa in carico) che comprenderà lo sviluppo delle seguenti condizioni:
  - a) adesione alla prescrizione terapeutica domiciliare;
  - b) motivazione al processo di cambiamento;
  - c) consapevolezza dei propri vissuti emotivi;
  - d) contratto terapeutico riverificabile nel tempo;
  - e) liberazione del Bambino Interiore;
  - f) ridecisione comportamentale;
  - g) riapprendimento emotivo-comportamentale.
3. Fase terminale (conclusione terapeutica) con passaggio alla consultazione a richiesta:
  - a) ridefinizione degli obiettivi con congedo terapeutico;
  - b) consultazione a domanda e/o tematica.

Un simile impegno psicologico, emotivo ed economico, non sempre, viene accettato (TAB. 1): è per tale motivo che ad una prima indagine notiamo come 20 (14,3%) dei 140 afferenti per il counseling iniziale non si ripresentano (Drop-out iniziale) e non portano la batteria di tests loro consegnata per la compilazione a domicilio; tale rinuncia a nostro avviso non inficia eccessivamente i risultati terapeutici, anzi, ci permette di intraprendere un lavoro proficuo con persone, almeno inizialmente, ben motivate e quindi di non disperdere tempo prezioso nei confronti di chi la malattia la concepisce, consciamente o inconsciamente, come un escamotage per non assumersi eventuali responsabilità che la vita, nelle sue molteplici espressioni, gli presenta.

Prenderemo quindi in esame le 120 batterie di tests psicometrici a noi pervenute dopo la prima seduta di counseling (TAB. 2): nella fattispecie 40 (33,3%) persone afferivano per malattie somatiche (Utenti Somatici), 60 (50%) per richieste di intervento psicologico personale (Utenti Psicici) e 20 (16,7%) per psicoterapia relazionale di coppia (Utenti Relazionali).

L'analisi psicometrica preliminare proposta agli utenti consisteva di una batteria di tests composta da:

- M.M.P.I. ["Minnesota Multiphasic Personality Inventory" delle Organizzazioni Speciali Firenze (Mosticoni R., Chiari G., 1979)];
- Test di Lüscher [8F e 16F o delle tessere colorate (Lüscher M., 1976)];
- M.A.S. ["Manifest Anxiety Scale" di Taylor (Cerutti R., 1975)];
- P.A.R.I. ["Parental Attitude Research Instruments" di Schaefer e Bell (Schaefer E. S., Bell R.Q., 1986)];
- S.D.S. ["Self-rating depression scale" di Zung (Zung W.W.K., 1965)];
- Q.E. ["Quoziente Emotivo": scala da noi estrapolata in base alle indicazioni ricavate dal libro "Il Quoziente Emotivo" di Isabelle Filliozat (Sclauzero E., 2005)];
- FLORI TEST [Questionario da noi redatto seguendo le descrizioni caratteriali corrispondenti ai singoli fiori date da Edward Bach (Bach E., 2002)];
- QUESTIONARIO ANAMNESTICO E PSICOSOMATICO [da noi redatto per indagare i possibili disturbi psicofisico-emotivo-relazionali presenti e passati nella storia evolutiva dell'individuo (Sclauzero E., 2005)];
- CONSENSO INFORMATO (richiesta di esprimere, dopo adeguata informazione verbale, la propria adesione od il rifiuto ad un eventuale "approccio Biologico" ai disturbi eventualmente evidenziati dalla batteria di test e/o sull'utilizzo o meno in contemporanea di psicofarmaci].

Per ogni paziente sono stati registrati su un data base, oltre ai risultati della batteria di tests suddetta, i dati socio-anagrafici, la distribuzione socio-ambientale (scolarità, lavoro), i dati anamnestici psicosomatici (sonno, disturbi fisici

con intensità e frequenza), quelli relativi allo sviluppo psico-fisico-relazionale (infanzia, educazione, informazioni), il vissuto della sessualità con le sue molteplici implicazioni, i risvolti lavorativi e relazionali, l'approccio terapeutico, il tipo di drop-out e la collaborazione alle terapie stesse.

Tali dati sono stati oggetto di estrapolazione ed elaborazione per classi di significatività.

L'analisi statistica dei risultati è stata effettuata mediante il test del  $\chi^2$  o, qualora questo non fosse applicabile, mediante il metodo esatto di Fisher o il  $\chi^2$  con correzione di Yates.

## **RISULTATI**

### **Analisi della domanda**

L'età media del campione, costituito da 120 casi, era di  $34,47 \pm 9,19$  (DS) anni con un minimo di 16 anni per le due persone più giovani e un massimo di 61 anni per le due persone più anziane. Valori analoghi di età media si sono rilevati nei tre gruppi precedentemente indicati come classi di intervento (40 afferenti "somatici" con età media di  $34,7 \pm 9,25$  anni; 60 afferenti "psicologici" con età media di  $33,68 \pm 10,09$  anni; 20 afferenti "relazionali" con età media di  $34,55 \pm 5,94$  anni) a conferma della bontà di reclutamento del campione. La Tab.3 riporta questo dato e la suddivisione del campione studiato per fasce d'età.

Per quanto riguarda la connotazione socio-demografico-culturale del campione studiato abbiamo preso in considerazione il sesso, lo stato civile, il grado di scolarità e la professione che vengono riportati nella Tab. 4. Il campione è rappresentato prevalentemente da donne (100 ♀, 20 ♂): a nostro avviso tale dato è dovuto non solo alle specifiche specializzazioni dell'autore, ma anche al fatto che questo dato corrisponde alla più larga prevalenza di donne portatrici di disturbo d'ansioso-depressivo o di somatizzazioni rispetto ai soggetti di sesso maschile che più difficilmente, e con maggiore reticenza, si rivolgono alla psicoterapia se non in condizioni di disturbo veramente grave (Tab.5.\* $p < 0,001$ ).

Analizzando la richiesta di intervento (Tab.6.\* $p < 0,01$ ) possiamo notare una netta discrepanza per i tre gruppi nelle motivazioni che portano il soggetto alla psicoterapia: la consapevolezza dell'origine psicologica alla base del proprio disturbo è, ovviamente, molto più presente nei soggetti che già si presentano con una domanda di intervento psicoterapeutico (71,7%), rispetto a chi si presenta con una eclatante somatizzazione (40,0%) o a chi giunge in consultazione per una terapia di coppia (30,0%); l'interesse ad affrontare un'indagine psicometrica ed una psicoterapia rimane comunque in tutti i casi decisamente alto (quasi l'81%), anche se nel 15,8% dei casi viene attivata per una richiesta di collaborazione da parte di familiari o per indicazione medica e solo nel 3,3% dei casi non è ben chiaro lo scopo del questionario e dell'indagine in corso o non è percepita la necessità di una psicoterapia.

### **Analisi dell'approccio terapeutico**

La proposta terapeutica che veniva formulata dopo la relazione psicometrica poteva avvalersi di più opzioni in funzione delle preferenze espresse per l'uno o l'altro approccio dal paziente: potevamo avvalerci di una semplice psicoterapia breve di tipo cognitivo-comportamentale con indicazioni terapeutiche mansionali a domicilio, affiancare a questa dei rimedi naturali o integrare, ulteriormente, il tutto con una Psicoterapia ad Integrazione Corporea dove oltre al colloquio e alla prescrizione dei rimedi naturali si affiancavano le tecniche di rilassamento, il massaggio psicoterapeutico e la bioenergetica.

Le scelte attuate dai nostri utenti sono riportate in Tab.7 (\* $p < 0,01$ ): la psicoterapia cognitivo-comportamentale si dimostra più appannaggio delle terapie relazionali di coppia mentre la scelta di un affiancamento a quest'ultima dei rimedi naturali o della Psicoterapia ad Integrazione Corporea era maggiormente gradita dagli utenti che si presentavano per disturbi psicologici o, ancor di più, psicosomatici.

Va infine precisato che con l'utilizzo della Psicoterapia ad Integrazione Corporea abbinata alla terapia biologica si otteneva una collaborazione terapeutica, con i relativi risultati, ed una adesione alla terapia statisticamente più elevata (Tab.8.\* $p < 0,001$ ) rispetto alla sola psicoterapia cognitivo-comportamentale o mansionale che fosse.

### **Variabilità psicometriche rispetto ai parametri psico-fisiologici e relazionali**

*(Tabelle riassuntive 9a, 9b, 10a, 10b)*

### **Analisi delle componenti psicologiche**

Negli utenti con richiesta di tipo psicologico (Utenti Psicici), come era prevedibile, i punteggi delle scale psicometriche sono in media significativamente più elevati rispetto agli afferenti "psicosomatici" e "relazionali" e anche il loro approccio terapeutico si rivolge più alla Psicoterapia ad Integrazione Corporea nella visione più olistica da noi proposta alla quale afferiscono maggiormente le persone con punteggi più elevati nelle scale psicometriche del M.M.P.I.. Diversità che notiamo anche se prendiamo in esame l'utenza dal punto di vista maschile o femminile nel senso che i punteggi più elevati nelle scale psicometriche erano più appannaggio delle donne piuttosto che degli uomini: tale dato comunque, ancorché significativo, a nostro avviso è inficiato dal tipo di domanda dell'utenza, dove in molti casi i partner venivano chiamati o indotti in terapia (relazionale) pur non manifestando alcun disturbo che li portasse ad una necessità personale di intervento terapeutico.

Tali significatività risultano maggiormente presenti, e a nostro avviso è un aspetto da monitorare costantemente e di estrema importanza, qualora il riposo notturno sia qualitativamente molto disturbato e quantitativamente scarso o



insufficiente; specie poi qualora fossero intervenute delle variazioni rilevanti negli ultimi 12 mesi di vita soprattutto se di carattere personale o familiare piuttosto che economico-lavorative o logistico-abitative.

La presenza di episodi traumatici era ulteriormente legata ad un innalzamento dei punteggi delle scale psicometriche specie, in alcune scale, se il trauma era di tipo relazionale piuttosto che psicologico in genere.

Ed è proprio l'aspetto relazionale-familiare che, nelle sue molteplici sfumature, può incidere sulla insorgenza del disagio psicologico e sul suo manifestarsi, in misura maggiore rispetto alle relazioni di tipo lavorativo o alla gratificazione stessa che il lavoro può dare, che pure, per alcuni aspetti possono ingenerare dei conflitti significativi: appare infatti evidente come la migliore qualità della relazione con il partner sia significativamente e inversamente correlata alla comparsa di disagio psicologico.

Quanto alla durata della relazione i punteggi maggiori nelle scale psicometriche correlate ai problemi relazionali sono stati evidenziati o nei primi tre anni della convivenza, probabilmente per lo stress che il reciproco adattamento nella condivisione degli spazi e nella ridefinizione dei territori comporta, o nei single risultando minori nelle convivenze che datavano da 3 a 10 o da più di 10 anni. A conferma di quanto appena detto, anche la presenza di vissuti negativi della sessualità sia come età del primo rapporto, sia come vissuto, ricerca e qualità dei rapporti stessi sono emersi significativamente importanti nella comparsa di numerose alterazioni psicometriche.

La conflittualità sull'ambiente di lavoro e la gratificazione derivante dallo stesso, infine, sono rispettivamente ed inversamente correlate all'autostima e all'indice di ansietà e, limitatamente alle relazioni lavorative, se conflittuali si correlano ad un punteggio più elevato della scala della depressione.

### **Analisi delle componenti fisiologiche**

Non si sono evidenziate grosse diversità, nei tre gruppi oggetto di analisi, per quanto riguarda i parametri fisiologici, a parte la qualità del sonno (Tab.11.\* $p<0,01$ ) che appare più disturbato nel gruppo "psicologico"; l'età, l'essere primogeniti, la presenza di traumi e la loro caratteristica (psicologico, fisico, relazionale), la presenza di somatizzazioni e la loro sede non hanno evidenziato delle diversità statisticamente significative.

### **Analisi delle componenti socio-culturali**

Per quanto concerne le componenti socio-culturali non emergono diversità significative fra i tre gruppi, o tra gli uomini e le donne, per quanto riguarda il livello di istruzione; significatività che invece si evidenziano se prendiamo in considerazione lo stato civile, il lavoro e le gratificazioni ad esso correlate o la presenza di cambiamenti percepiti come rilevanti.

Possiamo notare (Tab.12.\* $p<0,025$ ) come la richiesta di intervento psicologico sia significativamente maggiore negli utenti single o che avevano avuto un vissuto di perdita (separazione, divorzio o vedovanza), mentre le manifestazioni somatiche si presentavano in misura maggiore nelle persone coniugate.

Per quanto concerne il lavoro (Tab.13.\* $p<0,01$ ) possiamo invece estrapolare alcune curiosità che molto spesso emergono in terapia: la richiesta psicologica è prevalentemente appannaggio delle persone che non hanno un lavoro ed in cui l'aspetto gratificante per le cose che fanno è modesto (casalinghe, studenti, disoccupati), di conseguenza (Tab.14.\* $p<0,05$ ) tale frustrazione, nel nostro studio, la riscontriamo maggiormente nelle donne rispetto agli uomini; all'opposto la richiesta di tipo psicologico, è assente negli insegnanti che difficilmente trovano il coraggio, dall'alto del loro piedistallo e del loro ruolo educativo, di mettersi in discussione da un punto di vista psicologico, non per nulla la richiesta "somatica" è quasi l'unico modo (75%) che concepiscono di manifestare un disagio e concedersi di richiedere aiuto; nelle psicoterapie relazionali, invece, non esistono utenti che non abbiano un lavoro, anzi il più delle volte il carico di lavoro è anche troppo: ecco quindi che se il carico di responsabilità e sacrifici che una famiglia ed una casa comportano non è equamente ridistribuito all'interno della coppia le reciproche recriminazioni e la competizione possono essere motivi significativi di conflitto per la coppia stessa o l'eccessivo clima di performance portare ed essere una tra le indubbie e conseguenti cause di sterilità di coppia.

La presenza di variazioni percepite come rilevanti (Tab.15.\* $p<0,05$ ) è maggiormente riscontrabile nelle donne specie per quanto riguarda i cambiamenti personali-familiari e logistico abitativi, mentre nei maschi la maggiore rilevanza dei cambiamenti è percepita per gli aspetti economico-lavorativi oltre che per quelli personali e familiari; va inoltre ricordato come i punteggi medi delle scale psicometriche siano notevolmente maggiori (Tab.16.\* $p<0,01$ ) qualora vi sia il riscontro di tali variazioni e specialmente se attinenti alla sfera personale-familiare.

### **Analisi degli aspetti relazionali**

Il giudizio espresso riguardo alla qualità della relazione con il partner è significativamente diverso nei tre gruppi (Tab.17.\* $p<0,001$ ): se da una parte era scontato un giudizio tendente al negativo (80%) negli utenti relazionali che nella maggior parte afferivano per una conflittualità coniugale, dall'altra possiamo notare come ci sia una sostanziale diversità nei due rimanenti gruppi: i sintomi somatici e la malattia sono maggiormente rappresentati nelle persone che "razionalmente" esprimono un giudizio positivo sulla loro relazione con il partner il più delle volte giustificando comportamenti altrui che, nella successiva fase terapeutica, vengono manifestati come "emotivamente" conflittuali; ed è proprio in questa mancanza di consapevolezza del conflitto che intravediamo il primo punto di partenza della somatizzazione: quando non riusciamo a riconoscere ed esprimere un nostro vissuto emotivo, ma, razionalmente

guidati, lo giustifichiamo, lo avversiamo perché troppo impegnativo da affrontare per la nostra psiche ed infine lo soffochiamo tra le pieghe del nostro “*intimo somatico*”.

Anche in questa correlazione infine possiamo notare come tra i single vi sia una maggiore richiesta di intervento “psicologico” a riprova ulteriore che il disagio psichico è maggiore appannaggio di chi non è riuscito a costruire o rifiuta e rifugge a priori di concretizzare una relazione: l’essere umano è tutto sommato un “*animale sociale*” e può trovare un migliore equilibrio e una maggiore realizzazione nella vita di relazione, pure con tutti i suoi inconvenienti e le sue limitazioni.

### **Analisi della relazione sessuale**

A riprova di quanto appena detto possiamo notare come l’attività sessuale sia un ulteriore parametro di “salute-benessere” della coppia (Tab.18.\* $p<0,01$ ) e non solo di questa, ma anche dell’aspetto “psico-fisico” della persona indipendentemente che esso sia maschio o femmina (tale distinzione infatti non è emersa come significativa): se da una parte era scontato, come per il dato precedentemente descritto che valutava la relazione, che tale aspetto fosse in crisi (nel 70%) nelle problematiche “relazionali” (e tale e quale rimane anche qui la valutazione data per l’insorgenza delle somatizzazioni prima descritta) è significativo, però, il dato che tra gli utenti “psicologici” ben il 61,7% riferisce un vissuto negativo della sessualità contro il 35% dell’utenza “somatica”.

Se valutiamo più a fondo tale “disagio sessuale” notiamo delle significative diversità nel suo manifestarsi sia rispetto all’utenza (Tab.19.\* $p<0,025$ ) dove il disturbo fisico è percentualmente più alto nella richiesta “somatica” (anche se non viene riconosciuto come correlato alla relazione in quanto solo il 35% aveva manifestato nella tabella precedente una attività sessuale non soddisfacente contro l’attuale riscontro di disturbi nel 52,5%) rispetto al rifiuto consapevole del partner più tipico degli utenti relazionali, sia rispetto alla percezione maschile o femminile del disagio (Tab.20.\* $p<0,01$ ): il rifiuto del partner è, infatti, prerogativa maggiore degli uomini più che delle donne che invece avversano di più l’atto di per sé stesso manifestandosi anche più reticenti nel parlarne; più facilmente quest’ultime (Tab.21.\* $p<0,01$ ) tendono a subire la sessualità anche in assenza di una gratificazione derivante dalla stessa: solo il 20% di esse raggiunge, infatti, sistematicamente l’orgasmo contro il 65% dei maschi; cosa ancora più allarmante se si tiene in considerazione, e molto spesso in terapia emerge, il fatto che, per non deludere il partner, tale orgasmo molte volte viene simulato e/o asserito.

La gratificazione data dal raggiungimento dell’orgasmo e quindi il vissuto dato da una attività sessuale appagante è pure correlato al tipo di utenza (Tab.22.\* $p<0,025$ ): appare subito evidente come l’assenza del raggiungimento dell’orgasmo si evidenzia maggiormente nei pazienti “psicologici” mentre la risposta “abbastanza spesso” come di chi si sa accontentare e giustifica razionalmente ciò che emotivamente non sempre gli andrebbe così bene è più appannaggio degli utenti “somatici”: ancora una volta abbiamo la conferma che si ammalia di più, da un punto di vista fisico, chi non esprime ciò che veramente prova, ma tenta di dare una giustificazione razionale agli eventi avversi piuttosto che accettare di confrontarsi con le proprie emozioni ed affrontarle; di contro l’assenza della gratificazione orgasmica è maggiormente correlata alla insorgenza dei disturbi psichici dato tra l’altro già evidenziato anche dall’analisi dei punteggi delle scale psicometriche (Tab.10a e Tab. 10b) e correlato a tutti gli altri aspetti della sessualità.

Altra particolarità emersa, infine, dalla disamina dei dati relativi alla sessualità è il diverso giudizio in senso positivo o negativo che viene espresso riguardo al primo rapporto sessuale (Tab.23.\* $p<0,01$ ) rispetto all’età in cui esso si è verificato: veniva infatti riferito come positivo se l’età in cui avveniva tale prima esperienza sessuale completa era di 17-18 anni o più, mentre risultava particolarmente negativo se vissuto prima dei 17 anni; tale significatività è pure correlata all’innalzamento dei punteggi di alcune scale psicometriche (Tab. 10a e Tab.10b) ed in particolare dell’indice di psicopatologia. Ciò evidenzia, qualora ce ne fosse ulteriore bisogno, come il primo rapporto rappresenti un evento estremamente importante nella maturazione psicologica dell’adolescente e come tale tappa, per essere sperimentata come positiva, necessiti di una capacità affettivo-relazionale discreta e difficilmente possibile prima di una certa età e di una minima maturazione psico-emozionale.

### **Analisi delle somatizzazioni di tipo algico**

La presenza di manifestazioni algiche, riferite molto spesso dagli utenti (Tab.24.\* $p<0,05$ ) ci ha spinto ad analizzare più a fondo tale dato: esse, anche se evidenziabili in buona parte dei pazienti, si presentano soprattutto negli utenti “somatici”, specie nella loro manifestazione multipla interessante più distretti corporei simultaneamente.

La loro localizzazione in un particolare distretto corporeo ha ottenuto in alcuni casi alcune correlazioni statisticamente significative, come pure l’intensità del dolore e la sua frequenza di comparsa; nella Tabella 25a e nella Tabella 25b ne riportiamo sinotticamente i dati principali: possiamo notare come la percezione di dolore su tutto il corpo sia statisticamente significativa nei soggetti con un atteggiamento paranoideo ed è correlata ad alti punteggi nella scala dell’ansia manifesta (M.A.S.) e ad una scarsa capacità di esprimere le proprie emozioni; la presenza di somatizzazioni algiche in un distretto o su più distretti si abbina agli stati nevrotici, al rifiuto del ruolo casalingo e ad una bassa media dei punteggi nel quoziente emotivo; la costante presenza delle algie è correlata alla scala della schizofrenia, a quella della depressione e a quella dell’ipocondria oltre al rifiuto del ruolo casalingo; inoltre la maggiore intensità dolorifica delle stesse è correlata alla presenza di depressione, di tendenza alla devianza psico-sociale e ad una bassa autostima. La localizzazione addominale, invece, è tipicamente presente negli “atteggiamenti da martire” e nel

“rifiuto del ruolo casalingo”, mentre la localizzazione agli arti inferiori è tipica dell’individuo con basso punteggio al quoziente emotivo, specie nella scala della capacità di espressione delle emozioni e con sensazione di essere trascurato dal partner.

### **Analisi delle variabili psicometriche correlate ai Fiori di Bach**

In linea di massima possiamo affermare che risulta una significativa correlazione degli stati d’animo alterati riscontrati al Floritest, corrispondenti ai relativi fiori di Bach, rispetto al tipo di utenza (Tab.26) nel senso che la quantità di fiori di Bach significativi per un atteggiamento mentale alterato erano parallelamente correlati ad elevati e patologici punteggi nelle scale psicometriche somministrate e i punteggi relativi ai fiori per la paura, per l’incertezza, per il disinteresse, e per la depressione, erano maggiormente presenti negli utenti “psicologici”, ugualmente presenti anche se in minor misura negli utenti “somatici”, quasi assenti negli utenti “relazionali” .

Le Tabelle 27a e 27b riportano in forma sinottica le correlazioni risultate significative tra la presenza, la frequenza ed il tipo di fiori di Bach significativi al Floritest e i punteggi significativi delle scale psicometriche.

### **DISCUSSIONE**

Da quanto fino qui emerso possiamo affermare che i disturbi psichici e le manifestazioni psicosomatiche sono tutti quadri clinici che possono essere significativamente correlati agli atteggiamenti mentali negativi e influenzati dai conflitti emotivi, dai vissuti relazionali e da una cattiva gestione della corporeità e della sessualità.

La ricerca evidenzia come l’espressione delle proprie emozioni sia indispensabile per non “ammalarsi” e come gli atteggiamenti mentali negativi evidenziati al Floritest siano correlabili alla modificazione in senso patologico dei punteggi emersi dalle scale psicometriche utilizzate.

I quadri clinici sia di tipo “psicologico” che inizialmente “somatico”, ma con evidenti aspetti psicosomatici, si presentavano con una vasta gamma di sintomi e sfumature caratteriali, nonché di vissuti vecchi e nuovi che minavano gli equilibri psicofisici degli utenti.

Ecco allora che il counseling psicosessuologico può diventare non solo momento di accoglimento della domanda dell’utente, ma anche il momento in cui si scoprono assieme a lui luci ed ombre della personalità, del carattere, del temperamento, facendogli notare di sé cose sulle quali non si era mai soffermato, aiutandolo a prendere in mano le redini delle emozioni, arcaico bagaglio di un cervello istintuale il più delle volte percepito come scomodo e ingombrante, mal gestibile ed alquanto limitante il perseguito, lucido e coerente comportamento razionale che impostato e delimitato dalle regole della reciproca e pacifica convivenza vorremmo guidasse i nostri passi.

Imparare a gestire le emozioni sapendo trarre da esse la linfa vitale è il percorso che in genere proponiamo ai nostri utenti e per fare questo dobbiamo sgombrare il campo dalle paure che li perseguitano, dalle aspettative che li sovrastano, dai sensi di colpa che li schiacciano, dalle apprensioni che ne limitano l’entusiasmo, dai vincoli che li legano a vecchi ed insignificanti stereotipi o semplicemente dobbiamo riaccendere in loro le motivazioni per vivere, il desiderio di amare, la voglia di comunicare, la grinta per non arrendersi, la capacità di sognare e, alle volte, di saperlo fare anche ad occhi aperti.

Raggiungere una integrazione corporea significa connettere i due emisferi, sinistro e destro, logico ed emotivo, attraverso un percorso conoscitivo ed esperienziale del nostro cervello. Questo avviene sviluppando la capacità di “centrarsi” nei centri cerebrali e corporei che uniscono la parte destra e quella sinistra del Sistema Nervoso Centrale e del corpo fisico ed energetico. Il maschile ed il femminile tornano all’unità dentro di noi e noi torniamo all’unità con il tutto.

### **CONCLUSIONE**

Qualsiasi cambiamento, come un’emozione importante, venga indotto nel nostro essere si ripercuote a cascata sul piano fisico-corporeo, su quello biochimico-ormonale, su quello energetico e su quello mentale: tutte queste dimensioni sono manifestazioni della stessa sostanza e sono strettamente interdipendenti. Il disturbo psichico dunque, o psicosomatico che sia, non è altro che la manifestazione della fuga attuata dalla psiche da incombenze troppo gravi date dal rispetto delle regole che ci imponiamo, dagli stress psicofisici cui la sottoponiamo o dall’eccessivo carico di lavoro che ci sobbarchiamo escludendola dall’aspetto ludico e gratificante delle gioie della vita.

La consapevolezza dei propri vissuti è il presupposto essenziale per vivere pienamente la vita nelle sue molteplici particolarità ed i Fiori di Bach trovano qui la loro ideale collocazione proprio nella loro intrinseca capacità di modificare la vibrazione della base energetica dell’individuo amplificandone la coscienza e, modificando gli atteggiamenti della persona, diventando una potente arma di trasformazione e cambiamento.

Anche se i dati ricavati dalla ricerca possono essere estesi in linea di massima e con risultati positivi “statisticamente significativi” alla maggior parte dei casi non potremo mai dimenticare però che dietro ad ogni numero, ad ogni diagnosi, ad ogni terapia, c’era un “individuo” unico ed irripetibile con il suo passato, i suoi vissuti e le sue emozioni, le sue delusioni e le sue aspirazioni, che con noi ha intrapreso un cammino di consapevolezza e di crescita individuale. Per tale motivo essendo unico e irripetibile il percorso di ciascun utente che giunge alla nostra osservazione difficilmente potrà essere formulato un protocollo terapeutico valido per tutti.

L’unico protocollo terapeutico indispensabile sarà quello di saper ascoltare empaticamente ogni persona, senza problemi di tempo, accarezzandone i vissuti, immedesimandosi nelle sue esperienze, assaporando, per un attimo,

l'odore dei suoi conflitti, attivando in lei la sensazione che qualcuno è riuscito scardinare quel muro impenetrabile del dolore che attanaglia l'animo e sta parlando al suo cuore. Se questo riusciamo a fare, capire quale terapia sarà più indicata per ognuno non sarà un problema, ma diventerà qualche cosa di automatico come quando al mattino, uscendo da casa, se piove o se nevicava, prendiamo l'ombrello.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Anastasi A. (1999): *I test psicologici*, Franco Angeli Editore, Milano.
- Andreoli V. (2002): I disturbi dell'ansia, nuove strategie di intervento, in *Atti I° Convegno Internazionale "Medicina Ufficiale e Medicine Naturali a confronto"*, Verona, 27-28 ottobre 2002.
- Assagioli R. (1933): *Il Mistero dell'Io*, Istituto di Psicotesi, Firenze.
- Assagioli R. (1973): *Principi e metodi della psicotesi terapeutica*, Casa editrice Astrolabio, Roma.
- Assagioli R. (1977): *L'atto di volontà*, Casa Editrice Astrolabio, Roma.
- Assagioli R. (1988): *Lo sviluppo TransPersonale*, Casa Editrice Astrolabio, Roma.
- Bach E. (2002): *Le opere complete*, Macro Edizioni, Cesena.
- Biffi E. (2003): Rilettura in chiave olistica della tavola delle Omotossicosi: contributo della bioenergetica e dell' embriologia, in *La Medicina Biologica*, 2003 (3): 5-13, GUNA Ed., Milano.
- Biondi M. (1991): *La psicosomatica nella pratica clinica*, Il pensiero scientifico Editore, Roma.
- Birkenbihl Vera F. (1995): *Segnali del corpo – Come interpretare il linguaggio corporeo*, Franco Angeli Editore, Milano.
- Boadella D. & Liss J. (1986): *La psicoterapia del Corpo*, Casa Editrice Astrolabio, Roma.
- Castrogiovanni P., Brunori I., Lenzi A., Corradi I., Zecca R. (1981): I disturbi soggettivi legati al ciclo mestruale valutati mediante uno strumento di rilevazione standardizzato, in *Contraccezione, Fertilità, Sessualità*, vol. 8: 63-69, Palermo.
- Cerutti R. (1975): Indagine preliminare sulla dismenorrea giovanile, in *Rivista Italiana di Ginecologia*, vol. 56:291-302, Bologna.
- Deutsch H. (1977): *Psicologia della donna: Studio psicoanalitico*, Universale Scientifica Boringhieri, Torino.
- Filliozat I. (1988): *Il quoziente emotivo: come usare le emozioni in modo intelligente*, Piemme, Casale Monferrato (AL).
- Galeo R. (1974): La dysmenorrhèe, sindrome multiforme, in *Ginecologie*, vol. 25, n. 3:125-127.
- Genazzani A.R., Bernardi F. (2003): Effetti centrali del progesterone e dei progestinici, in *Atti del XXXIII° Annual Congress of the International Society of PsychoNeuroEndocrinology*, 20-23 marzo 2003, Pisa.
- Goldman L. S., Wise T. N., Brody D.S. (2001): *Psichiatria per il Medico di Medicina Generale*, Centro Scientifico Ed., Torino.
- Graziottin A. (2000): Vaginismo e dispareunia, in *Rivista di Sessuologia*, vol. 24, n. 1:125-135, CLUEB Ed., Bologna.
- Hamer R. G. (2000): *Il capovolgimento diagnostico: la genesi delle malattie e in particolare del cancro*, "Amici di Dirk" Ed., Fuengirola-Spagna.
- Hillman J. (1996): *Fuochi blu*, Adelphi, Milano.
- Hoffmann R., Gudat U. (1997): *Bioenergetica – Come sbloccare le tensioni e liberare le emozioni*, Red Ed., Como.
- Imbasciati A. (1994): *Fondamenti psicoanalitici della psicologia clinica*, UTET Libreria, Torino.
- Imbasciati A. (1998): *Nascita e costruzione della mente: la teoria del Protomentale*, UTET Libreria, Torino.
- Imbasciati A. (2000): Le origini della dimensione sessuale, in *Rivista di Sessuologia*, vol. 24, n. 2:149-163, CLUEB Ed., Bologna.
- Langs R. (1988): *La comunicazione inconscia nella vita quotidiana*, Casa editrice Astrolabio, Roma.
- Lowen A. (1996): *Il tradimento del corpo – la coscienza del proprio "io" nel rapporto tra corpo e mente*, Edizioni Mediterranee, Roma.
- Luban-Plozza B., Poldingher W. (1978): *Il malato psicosomatico*, Cappelli Editore, Bologna.
- Luban-Plozza B., Magni G. (1981): *La Famiglia Psicosomatica – l'ambiente familiare come rischio e come risorsa*, Piccin Ed., Padova.
- Lüscher M. (1976): *Il test dei colori*, Casa editrice Astrolabio, Roma.
- Lüscher M. (1996): *Il test rapido dei colori Lüscher: nei colori che più ci attirano si celano i lati nascosti della nostra personalità*, Red Ed., Como.
- Matarese S. (1993): La Psiconeuroendocrinoimmunologia nell'anziano, in *Rivista Italiana di Omotossicologia*, 1993 n. 3: 33-41, GUNA Ed., Milano.
- Montagu A. (1986): *Touching, the human significance of skin*, Harper & Row Ed., New York-U.S.A.
- Mosticoni R., Chiari G. (1979): *Una descrizione obiettiva della personalità: il "Minnesota Multiphasic Personalità Inventory" (MMPI)*, Organizzazioni Speciali Ed., Firenze.
- Pallanti S., Quercioli L., Pazzagli A. (2001): Ansia sociale, disturbi di personalità e clozapina, in *Problemi in Psichiatria*, vol. 1, n. 24, 25-43, "Centro per lo studio dell'interazione Neuropsichiatria e Società" Ed., Mestre-VE.
- Pancheri P. (1986): *Stress e Malattia – Basi psicogenetiche ed effettori dei disturbi somatici*, Arti Grafiche delle Venezie, Vicenza.
- Paoletti E. (2000): Il concetto di psiche e psichiatria in Medicina Funzionale, in *Medicina Funzionale*, 2000 vol.3:18-22, S.I.M.F. Ed., Lesmo-MI.
- Parsi M.R. (2000): Amore e potere nei rapporti sentimentali, in *Rivista di Sessuologia*, vol. 24, n. 1: 44-48, CLUEB Ed., Bologna.
- Pearson R. (1989): *Massaggio Psicoterapeutico: "La ricerca di un metodo: la riscoperta dell'io corporeo integrando la massoterapia con il training autogeno"*, Demetra Ed., Bussolengo (VR).
- Pearson R. (1996): *Scuola di massaggio P.M.T., Massaggio Psicoterapeutico & massaggio somato riflesso*, Demetra Ed., Bussolengo (VR).
- Pellegrini S. (2003): La biologia molecolare nello studio della psicopatologia, in *Problemi in Psichiatria*, vol. 3, n. 30: 5-14, "Centro per lo studio dell'interazione Neuropsichiatria e Società" Ed., Mestre-VE.
- Pellegrino F. (2003): *Ansia sotto soglia: Comprendere le radici del disagio psichico*, Positive Press Ed., Verona.
- Piscicelli U. (1988): *Psicosomatica del Transfert – Per una visione naturale della comunicazione umana*, Masson Ed., Milano.
- Piscicelli U. (1994): *Sessuologia – Teoremi psicosomatici e relazionali*, Piccin Nuova Libreria, Padova.
- Preziosi P. (1992): *Fondamenti di neuropsico-farmacologia*, Piccin Nuova Libreria, Padova.
- Reich W. (1982): *Analisi del carattere*, SugarCo., Milano.

- Renzini R. (2000): Il dono del corpo, in *Rivista di Sessuologia*, vol. 24, n. 1: 32-38, CLUEB Ed., Bologna.
- Rosselli M. (1992): *I nuovi paradigmi della psicologia: il cammino della psicosintesi*, Cittadella Ed., Assisi.
- Rossi E. L. (1987): *La psicobiologia della guarigione psicofisica*, Casa editrice Astrolabio, Roma.
- Schaefer E. S., Bell R.Q. (1986): *Parental Attitude Research Instrument (PARI)*, O.S. Ed., Firenze.
- Schellenbaum P. (1995): *La ferita dei non amati*, Demetra Ed., Bussolengo (VR).
- Scaluzero E. (1990): *Dismenorrea: influenza dei fattori socio-culturali, psico-affettivi, relazionali*, Edizione Luigi Pozzi, Roma.
- Scaluzero E., Ellero G. (1992): Cultura e informazione sessuale: una realtà di miti e tabù, in *Rivista di Sessuologia*, vol. 16, n. 1: 63-69, CLUEB Ed., Bologna.
- Scaluzero E. (1994): Il linguaggio dimenticato, in "Domani Sposi", Supplemento al n° 42, La Vita Cattolica Ed., Tavagnacco (UD).
- Scaluzero E., (2005): Approccio non convenzionale ai disturbi psicologici e psicosomatici: Sinergia tra psicoterapia ad integrazione corporea, omotossicologia e fiori di bach, *La Medicina Biologica*, 2005 n. 2: 5-26, GUNA Ed., Milano.
- Serina C. (2001): Osservazione empatica e ascolto riflessivo del colloquio clinico, in Atti del 3° Congresso A.M.I.F., *La Medicina Biologica*, Supplemento al n. 2: 5-9, GUNA Ed., Milano.
- Selye H. (1956): *The stress of live: a new theory of disease*, McGraw-Hill Ed., New York.
- Sparpaglione G., Cecchetti F., Crippa M.G. (1986): Il dolore pelvico in ginecologia: aspetti psicosomatici, in *Sessuologia*, vol. 4, n. XXVII: 232-241, Minerva Medica Ed., Torino.
- Stegagno M. (2000): *Medicina kinesiologica: L'approccio clinico alla luce della bioenergetica*, Tecniche Nuove Ed., Milano.
- Stein M., Schiavi R.C., Camerino M.S. (1976): Influence of brain and behavior on the immune system, in *Science*, vol. 191, Issue 4226: 435-440, American Association for the Advancement of Science (AAAS) Ed., Washington-U.S.A.
- Tyler L. E. (1972): *Reattivi Mentali e misura nell'esame psicologico*, Aldo Martello Ed., Milano.
- Weiner H., Hofer M.A., Stunkard A.J. (1981): *Brain behavior and bodily disease*, Raven Press Ed., New York.
- Wolf S. (1982): Psychosocial forces in neural mechanisms in disease: defining the question and collecting the evidence, in *Johns Hopkins Med. J.*, n.150:95, Baltimore-U.S.A..
- Woollams S., Brown M. (1998): *Analisi transazionale: psicoterapia della persona e delle relazioni*, Cittadella Ed., Assisi.
- Zalla T. e coll. (2000): Differential amygdala responses to winning and losing: a functional magnetic resonance imaging study in humans, in *European Journal of Neuroscience*, vol. 12, n. 5:1764-1770, Oxford University Press Ed., Oxford-GB.
- Zung W.W.K. (1965): A self-rating depression scale, in *Arch. Gen. Psychiatry*, 12:63-70, McLean Hospital Ed., Belmont-MA-U.S.A..