



Applicazioni cliniche di analisi bioenergetica nei disturbi da stress post-traumatici di John M. Bellis

Descrizione della sindrome

L'analisi bioenergetica trova numerose applicazioni nella medicina e nella psichiatria generali, come è stato ben dimostrato da A. Lowen (1980) nella sua eminente monografia *Stress e malattia: una visione bioenergetica*.

Questo scritto si focalizza su una sindrome particolare, che nel corrente *Manuale di Diagnostica e Statistica* dell'Associazione Americana di Psichiatria (DSM III) è conosciuta come disturbo da stress post-traumatico cronico o ritardato.

Più in specifico, si tratta di una concatenazione di sintomi e segnali che spesso non trovano immediata spiegazione in medicina, se non in termini generici di "sindrome da malato immaginario" o "nevrosi compensatoria" o, ancora più vagamente, di "isteria".

Ai pazienti che presentano tale sindrome e che vengono dimessi con riserva viene spesso consigliato un consulto da uno psichiatra. Io sono stato uno di questi psichiatri per vent'anni, in qualità di consulente del Servizio Ospedaliero di Salute Pubblica degli Stati Uniti a Staten Island e per il Consiglio Compensativo degli Impiegati Federali del Dipartimento del Lavoro a New York. Ho avuto più di quattrocento pazienti di questo tipo in consulto, cura e assistenza.

Questa sindrome è stata chiamata con i nomi più svariati, a seconda di dove si è verificata l'esperienza traumatica e in quali circostanze. Nel diciannovesimo secolo, in questo Paese, tale sindrome era spesso definita "spina da ferrovia". Durante la Prima Guerra Mondiale veniva chiamata "shock da granata"; durante la Seconda Guerra Mondiale Kardiner l'ha definita "nevrosi bellica"; per altri si trattava di volta in volta di "sindrome da commozione cerebrale", "sindrome da colpo di frusta", "nevrosi compensativa", "nevrosi da campo di concentramento", e la lista potrebbe continuare.

Nel descrivere il disturbo da stress post-traumatico, il DSM III dice: *"La peculiarità principale è lo sviluppo di sintomi caratteristici in seguito a un evento psicologicamente traumatico che si pone solitamente al di fuori della portata delle normali esperienze umane"*. Questo, per la mia esperienza, potrebbe essere un tantino fuorviante, dato che la reazione spesso si manifesta in seguito a un incidente o a un evento apparentemente banale localizzandosi il più delle volte alla schiena, al collo o alla testa, e talvolta in seguito a esperienze di normale routine medica quali lo sviluppo di un'ernia dovuto a uno sforzo. Quando però all'esperienza stessa si aggiungono scetticismo, sospetto o ostilità da parte dei supervisori del lavoro o dei medici curanti -o quando la cura dei sintomi in un ambiente medico viene recepita dal paziente come inumana- i criteri indicati nel DSM III vengono soddisfatti.

Il DSM III sottolinea che gli eventi traumatici di origine umana, ad esempio quelli che si verificano in un campo di concentramento, sembrano avere un effetto ben più devastante sui singoli individui rispetto a quelli di origine naturale. Quando i pazienti recepiscono la risposta a un loro incidente sul lavoro o alla permanenza in ospedale come inumana e la situazione viene per di più aggravata da una scarsa accettazione della malattia da parte della famiglia, essi tendono a isolarsi sempre più e il loro livello di autostima, qualunque esso sia, viene seriamente compromesso.

I criteri del DSM III -trattamento vissuto come inumano dai pazienti, specialmente se messo in atto da altri esseri umani- conducono a uno stato che Lowen definì di "orrore" (1973), in cui le emozioni sono congelate e il paziente reagisce come un automa, è facilmente influenzabile, credulone e fortemente suggestionabile.

I criteri formali per la diagnosi, così come sono indicati nel DSM III, sono:

A. Esistenza di una riconoscibile fonte di stress che produca significativi sintomi di esaurimento in quasi ogni persona.

B. Ripetuta esperienza del trauma, come testimoniato da almeno uno dei seguenti fattori:

- 1) Ricordo dell'evento ricorrente e intrusivo.
- 2) Sogni ricorrenti dell'evento.

3) Azioni e sensazioni improvvise, come se l'evento traumatico stesse accadendo nuovamente, in seguito a un'associazione con uno stimolo ambientale o mentale.

C. Rallentamento della reattività o ridotto interesse nel mondo esterno che si instaura qualche tempo dopo il trauma, come evidenziato da uno dei seguenti fattori:

1) Interesse nettamente inferiore per una o più attività significative.

2) Sensazione di distacco ed estraneamento dagli altri.

3) Mancanza di spontaneità.

D. Almeno due dei seguenti sintomi che non erano presenti prima del trauma:

1) Eccessiva suscettibilità o esagerata risposta di spavento.

2) Disturbi del sonno.

3) Senso di colpa per essere sopravvissuti mentre altri sono morti o per il comportamento richiesto per sopravvivere.

4) Indebolimento della memoria o concentrazione problematica.

5) Tendenza a evitare attività che suscitino ricordi dell'evento traumatico.

6) Intensificazione dei sintomi al verificarsi di eventi che simboleggiano o assomigliano a quello traumatico.

Il complesso delle manifestazioni che fa seguito a tali patologie, secondo la mia esperienza, comprende quasi invariabilmente almeno cinque o sei e spesso più dei seguenti sintomi: insonnia, irritabilità, ipereccitabilità, ansia e tensione, incubi, intolleranza ai rumori, disfunzioni sessuali, stordimento, scarsa concentrazione, mal di testa, ronzio alle orecchie e affaticamento. Oltre a questo, o in conseguenza di questo, il paziente è estremamente suggestionabile, mostra un notevole calo nei suoi interessi, difficoltà nello stare con gli altri e spesso degenerazione nei comportamenti abituali.

Se la condizione persiste per più di sei mesi, vale a dire se diventa cronica, può verificarsi un inasprimento della patologia preesistente che si manifesta con depressione, psicosi, stati paranoidi, psicopatie, fobie, ipocondria o altri disturbi della personalità.

Si possono scatenare anche disturbi somatici da stress, quali l'ulcera, l'asma, l'ipertensione e la colite spastica. La malattia tende a diventare incurabile e progressiva, anche se non esistono sufficienti prove neurologiche o ortopediche che possano spiegare la diversità e l'estensione dei sintomi; il paziente viene guardato con sempre maggior sospetto e considerato un malato immaginario. Quando arriva dallo psichiatra si sente isolato, è ostile e sospettoso, nonché disperato, e, a volte, presenta tendenze suicide o omicide.

La predisposizione a una tale condizione può giocare un ruolo piuttosto importante. Il paziente è spesso sull'orlo del baratro prima che si verifichi l'incidente, dal punto di vista affettivo, o professionale, oppure da entrambi. Spesso ha appena subito una perdita o un fallimento lavorativo. Può aver sofferto per tutta la vita per una scarsa capacità di adattamento. I pazienti possono essere indifferentemente dei "vincenti" o dei "perdenti". La sindrome può anche manifestarsi come una complicazione a una reazione di dolore ritardata.

Considerazioni bioenergetiche generali

Va notato che la maggior parte dei disturbi caratteriali instauratisi nella prima infanzia sono la conseguenza di traumi quali il contatto con sentimenti di odio o prolungata mancanza di attenzioni, abbandono o minacce di abbandono, manipolazioni prive di affetto, sofferenza emotiva, tradimento, umiliazioni o vergogna. Molti di questi traumi possono essere riattivati nella vita adulta e, dove i sintomi fisici riducono il paziente all'impotenza, la regressione è praticamente inevitabile.

Qualunque sia la precedente struttura caratteriale della persona, è chiaro che, in determinate circostanze, chiunque può essere emotivamente sopraffatto (Bellis 1976). Il concetto di sopraffazione emotiva è utile, io credo, per la comprensione dei sintomi della sindrome post-traumatica. Alcune persone possono essere così schiacciate dall'orrore delle circostanze, che i loro sentimenti interiori sono quasi completamente disattivati, reagiscono come automi, sono docili e fortemente suggestionabili. Altri sono terrorizzati e reagiscono come se, per la troppa emozione, stessero perdendo il controllo.

del loro apparato motorio e dei loro sfinteri. Per conseguenza si instaura un'eccessiva difesa contro una futura perdita di controllo, quasi un'inconscia determinazione a non perdere mai più la testa. Questo sembra essere uno dei fattori che sta all'origine dell'insonnia così caratteristica di questo gruppo di pazienti e delle loro difficoltà a "lasciar andare" in tutti i sensi.

Un altro concetto bioenergetico utile nella comprensione di questa particolare sintomatologia è la visione della tensione muscolare e degli sfinteri come un insieme di segmenti di blocco contro la marea emotiva, una sorta di compartimenti stagni, come nelle navi. Tra questi blocchi è ben noto quello localizzato nella mascella, che è serrata e sottoposta a una tensione estrema spesso risultante in un "tenersi aggrappati con i denti", il che, tra l'altro, può causare emicranie bitemporali o nevralgie facciali (sindrome temporo-mandibolare o STM).

Esiste anche una tendenza meno cosciente a trattenere, localizzata alla base del cranio, che produce una notevole tensione dei muscoli occipito-cervicali. In bioenergetica questo è noto come segmento di blocco oculare (Baker 1967). Allo stesso tempo, gli occhi si caricano di tensione ed esprimono la determinazione a non lasciarsi andare per paura di impazzire.

In tutte le sopraffazioni emotive la persona trattiene il respiro bloccando il diaframma. Per respirare vengono usati solo i muscoli accessori, quindi, talvolta, si possono verificare attacchi di iperventilazione accompagnati da sensazioni di mancanza d'aria e claustrofobia.

I sintomi prodotti dai segmenti di blocco muscolare sono fuorvianti per la maggior parte dei medici non bioenergetici. Questo scritto, perciò, si focalizzerà ora sui sintomi derivanti dai blocchi suboccipitali e cervicali.

Tali blocchi hanno la funzione primaria di mantenere il controllo visivo e corticale di fronte a un trauma che minaccia la capacità di controllo: "mantenersi lucidi". Secondariamente, nel paziente cronico, servono a mantenere una sembianza di orgoglio e dignità di fronte alla sensazione di impotenza: "salvare la faccia". La funzione secondaria è attuata dai "muscoli dell'orgoglio" nel collo, ossia dai lunghi cordoni muscolari cervicali. In questa istanza, mantenere l'orgoglio di fronte a un forte stress serve a negare sentimenti di impotenza, di bisogno e spesso di fallimento o disperazione. Si tratta, quindi, di una negazione del vero sé. Secondo la mia esperienza è proprio questa negazione che contribuisce in gran parte alla cronicità di tale disturbo (vedi Lowen, 1980, per un'elaborazione di tale visione applicata a numerose altre malattie). La sintomatologia derivante da tali blocchi nei disturbi da stress post-traumatici verrà analizzata nelle prossime sezioni, insieme a particolari metodi di cura che derivano da un approccio bioenergetico.

Disturbi visivi

Le particolari alterazioni visive nei pazienti che hanno subito un trauma si associano, in genere, a scarsa concentrazione ma, più in particolare, il paziente non è in grado di leggere, nemmeno per breve tempo, o di guardare la televisione. In tali circostanze i suoi occhi si affaticano e possono insorgere emicranie occipito-frontali e, a volte, anche nausea. Esaminando a fondo questi pazienti è possibile individuare una notevole limitatezza nel movimento extra-oculare chiedendo loro di seguire un dito o una penna luminosa mossagli di fronte a casaccio allo scopo di verificarne la capacità di muovere gli occhi da destra a sinistra, su e giù, e di mettere a fuoco (quanto detto si basa su tecniche studiate dalla dottoressa Barbara Goldenberg Koopman, organomista, che le ha utilizzate per mobilitare il segmento oculare -vedi Baker 77 ff). Il paziente mostra un'estrema difficoltà a seguire il dito o la luce, gli occhi si arrossano rapidamente e lacrimano e presto rinuncia all'esercizio (di solito dopo due o tre minuti), spesso lamentando gli stessi sintomi che prova a casa quando tenta di leggere o di concentrarsi su qualsiasi cosa, dal lavorare a maglia al guardare la televisione. Il paziente può risultare iperreattivo se si muove il dito verso il suo naso (normalmente una persona è in grado di seguire un oggetto da quindici a venti minuti o più senza dar segno di affaticamento).

Il paziente può spesso essere curato, dopo aver stabilito una relazione di fiducia con il terapeuta, facendogli fare questi esercizi fino al punto di fatica e chiedendogli poi di mettere le mani a coppa sugli occhi e di rilassarsi. Se dopo questo esercizio il paziente si trova in posizione supina, spesso è possibile notare delle vibrazioni che percorrono tutto il corpo, dal petto alla pelvi, che talvolta lo spa-

ventano. Se viene preventivamente avvisato di quanto gli potrà succedere e che si tratta di una cosa positiva, che ci si aspetta che lui tremi, la vibrazione può diffondersi in tutto il corpo e durare fino a cinque minuti. Il paziente, allo stesso tempo, viene incoraggiato a lasciar uscire la voce insieme alla vibrazione e a lasciar vibrare anche la mascella, se è il caso.

Il processo di rilasciare tensione attraverso il corpo, e in particolar modo l'esperienza di "lasciar andare" in un ambiente rassicurante e dove ciò è possibile, lascia il paziente notevolmente rilassato. L'intera esperienza, a un certo punto, può essere accompagnata da pianto.

La ripetizione di questo esercizio porterà a un aumento della mobilità degli occhi, della capacità di leggere e mettere a fuoco con gli occhi, a una lenta riduzione delle emicranie e, a volte, a una riduzione dell'insonnia. Si tratta di un modo per aiutare il paziente a lasciar andare in una maniera per lui piuttosto rassicurante.

È comunque necessario sottolineare che alcuni tipi caratteriali (specialmente quelli tendenti al "machismo") hanno grossissime difficoltà a piangere, limitando notevolmente l'efficacia di questa tecnica, a meno che non si riesca a superare tale resistenza. Come in molti altri casi, l'orgoglio della persona le impedisce di cadere in pezzi, di cedere o di lasciar andare; allo stesso tempo, però, ne perpetua i sintomi.

La negazione di sé nel blocco oculare, supportata dai muscoli dell'orgoglio nel collo, può rappresentare una difesa contro tutte le paure conosciute. L'esperto terapeuta bioenergetico riconoscerà gli specifici terrori o paure contro cui sta lottando il paziente (come se "dipendesse dai suoi occhi") nella caratteristica struttura del suo corpo. Il terapeuta può anche osservarsi e sentirsi reagire a questi specifici stati affettivi e atteggiamenti negli occhi del paziente.

È importante, dal punto di vista terapeutico, aiutare il paziente a diventare consapevole (e diventare consapevole che tu, terapeuta, sei consapevole) della lotta che sta conducendo interiormente (e che avviene tra lui e voi). Questa lotta si manifesta quasi sempre (in caso di negazione o disconoscimento) con una separazione oculare laterale (destra-sinistra). Un occhio riflette un insieme di atteggiamenti e sentimenti, l'altro un altro. Di solito l'occhio che ci vede meglio esprime gli atteggiamenti e i sentimenti in sintonia con l'ego e più vicini alla consapevolezza.

Terapeuticamente è necessario seguire un percorso empatico con il paziente, specialmente se si trattano affezioni che hanno toccato il suo narcisismo. È importante NON etichettare le difese del paziente o la sua struttura caratteriale, perché questo, invariabilmente, verrebbe recepito come una critica e un rifiuto. All'inizio sarebbe meglio fornire metafore o similitudini, se le potete "trovare dentro di voi".

Dopo aver reso consapevole il paziente che voi siete consapevoli del suo dolore e affaticamento, di solito estremamente evidente in entrambi gli occhi, la cosa più importante da fare è iniziare a lavorare sulla sua sfiducia e il timore di essere osservato, come espresso dall'occhio che mostra la maggior diffidenza, ostilità e riprovazione (di solito l'occhio destro). Il paziente può vedervi molto diversamente con quest'occhio rispetto all'altro (solitamente il sinistro); ad esempio, gli potreste sembrare "più scuro", "più vicino", "più chiaro" e/o "più inquietante". All'altro occhio potreste sembrare gentile, delicato e talvolta lontano, un po' vago. Il paziente solitamente esprime il proprio timore di voi attraverso lo sguardo prima di esprimerlo a parole o di diventare cosciente dei propri sentimenti o atteggiamenti sottostanti. Può trattarsi di un lavoro lento che si sviluppa nel corso di varie sessioni. Talvolta è necessario, all'inizio, rendersi conto che lavorare troppo vicino al paziente può essere controproducente; è meglio assisterlo nel prendere coscienza di quei confini che, quando vengono oltrepassati, producono un ulteriore ritrarsi e la perdita del senso di sé. Una tecnica che può facilitare tale lavoro consiste nel chiedere al paziente di coprire prima un occhio con la mano, e poi l'altro, respirando per qualche minuto in ciascuna posizione, per stabilire come vede e come vi risponde da ciascuna visuale.

Una modalità di cura che pure può favorire la guarigione è la terapia di coppia, che coinvolge anche il coniuge del paziente, dato che l'estraneamento nelle relazioni d'amore è praticamente inevitabile quando si manifestano questi disturbi.

Disturbi delle funzioni vestibolo-motorie

Le funzioni vestibolo-motorie del corpo sono quelle preposte all'equilibrio e alla coordinazione, attuati tramite gli organi vestibolari dell'orecchio medio in collaborazione con il cervelletto e con gli organi terminali propriocettivi nei muscoli e nei tendini del corpo (con infezioni dell'orecchio medio, per esempio, una persona può perdere il senso dell'orientamento, avere vertigini ed essere incapace di tenersi in equilibrio da sola).

Nei disturbi da stress post-traumatici, il paziente spesso lamenta vertigini e una certa tendenza a cadere o a perdere l'equilibrio, ma non si riscontrano danni di alcun genere all'orecchio medio, né ci sono vertigini o nistagmo. Gli esami clinici possono provare che, effettivamente, il paziente ha capogiri quando guarda in alto o in basso, e mostra effettive difficoltà a mantenersi in equilibrio. Inoltre, fa molta fatica a muovere la testa rapidamente a destra o a sinistra. Questa condizione crea problemi nella guida, nell'arrampicarsi, nel piegarsi e nel sollevarsi. Esami dall'otorino difficilmente individuano affezioni vestibolari manifeste. Il nistagmo può aumentare leggermente nei movimenti della testa o degli occhi, ma non abbastanza da giustificare un problema organico. Tali pazienti presentano quasi sempre disturbi visivi, come descritto nella sezione precedente, e un'acuta tensione ai muscoli cervicali della nuca, specialmente immediatamente al di sotto dell'occipite. Molto spesso lamentano emicranie.

È interessante notare *en passant* che, quando questa condizione si instaura entro sei mesi dall'incidente, viene spesso fatta risalire a un "colpo di frusta" o a una commozione cerebrale. Quando si presenta più in là nella malattia, come spesso accade in seguito a una sindrome alla zona bassa della schiena, io credo sia invece il risultato di una tensione cervicale e sub-occipitale causata dai tentativi di difesa del paziente contro la perdita di controllo. Credo inoltre che sia proprio questa tensione (spesso accompagnata da dolore) a causare le vertigini e un'alterazione nelle funzioni vestibolari. Purtroppo, non sono a conoscenza di alcuno studio in merito che lo possa confermare.

Questa tardiva condizione di mancanza di equilibrio unita a mal di testa, legata com'è alla tensione cervicale cronica, può predisporre a patologie del disco. Spesso il paziente pensa che tale disturbo non sia stato individuato nei precedenti esami ortopedici e neurologici ai quali si era sottoposto tempestivamente, ma io sospetto che la rigidità del collo semplicemente lo predisponga a future malattie di questo tipo. Questo caso è simile a quello della sindrome della zona bassa della schiena, a cui dopo molti anni può far seguito un'effettiva patologia del disco di cui non esistevano tracce all'inizio.

Terapia

La terapia da seguire per queste condizioni specifiche deve essere intrapresa tenendo conto della persona nel complesso. All'inizio la fiducia del paziente va incoraggiata, altrimenti quasi ogni tentativo di terapia può rivelarsi inefficace. Tra gli ortopedici, per esempio, è risaputo che tali sindromi sono difficili da curare e spesso i risultati lasciano a desiderare. Dato che frequentemente lo psichiatra che comprende tali condizioni è la prima persona incontrata dal paziente che sembra mostrare simpatia per lui, lo stabilirsi di un rapporto viene notevolmente favorito. I trattamenti specifici includono quanto segue:

- 1) **Farmaci:** alcuni antidepressivi sono efficaci. In particolare io ho fatto uso di Amitriptilina e Imipramina con modesti risultati nel miglioramento di alcuni stati depressivi e del sonno. Il dolore può essere ridotto, ma non eliminato. Non ho avuto alcun successo con i beta-bloccanti, anche se per altri colleghi non è stato così.
- 2) **Catarsi:** tutto ciò che può aiutare il paziente a rilasciare emozioni, siano esse tristezza, rabbia, vibrazioni e tremori, può essere d'aiuto, se inserito in situazioni di supporto e aspettativa.
- 3) **Rilassamento:** attraverso auto-ipnosi, ma anche esercizi, come il ruotare su se stessi, e specialmente tramite il riso dovunque e comunque sia possibile.
- 4) **Pazienza e comprensione:** questo può voler dire indurre alla pazienza e alla comprensione anche la famiglia e altre persone che possono aiutare il paziente, attraverso una terapia di coppia o familiare.

- 5) **Qualsiasi aiuto** che il paziente può dare per "sistemare il suo caso" può giovare.
- 6) **Precoci tentativi di recupero** possono ripristinare l'autostima. La riabilitazione, comunque, dovrebbe essere volta, prima di tutto, verso un recupero della capacità di godersi la vita. Meritano pertanto un'attenzione particolare i disturbi sessuali.
- 7) **Speciali tecniche bioenergetiche** sono già state descritte.

Conclusione

Nel corso del mio impiego federale ho riscontrato che i pazienti che presentano disturbi da stress post-traumatici sono quelli con cui è più difficile lavorare, anche se le soddisfazioni possono essere enormi. È necessario mettere in guardia il terapeuta contro un eccessivo entusiasmo, specialmente con quei pazienti che nella loro vita hanno toccato punte di disperazione. Un eccesso di entusiasmo o di pressione terapeutica può solo scoraggiare ulteriormente il paziente e rischia di alienarlo. A volte si rende necessaria l'accettazione di un ruolo di invalido, specialmente con le persone in là con gli anni. L'obiettivo deve essere allora quello di migliorare la qualità di vita del paziente piuttosto che mirare a una guarigione completa.

La comprensione delle dinamiche fisiche e della disfunzione visiva e vestibolo-motoria, specialmente se intensificata da un approccio bioenergetico, facilita il rapporto e ispira la cura.