

# TRAUMA E CORPO: IL CORPO NON DIMENTICA

Convegno dell'Ordine Psicologhe e Psicologi FVG  
«Trauma: quando il dolore si incide nel corpo e nella  
mente» – Udine 22 novembre 2025

Dott.ssa Daniela Bertogna



# IL CORPO-IN-RELAZIONE



Il corpo è un sistema aperto  
complesso immerso in molti  
contesti con cui scambia energia,  
informazioni, emozioni e  
significati



# IL CORPO-IN-RELAZIONE

Contesto	Descrizione / Esempi
Biologico	Genetica, epigenetica, sistema nervoso, sistema endocrino, sistema immunitario, regolazione ormonale, omeostasi.
Intrapsichico	Emozioni, vissuti interni, immagini mentali, dialogo interno, narrazioni su di sé, credenze profonde.
Relazionale	Legami di attaccamento, relazioni significative, co-regolazione emotiva, qualità degli scambi interpersonali.
Familiare	Regole implicite, ruoli familiari, lealtà invisibili, miti e copioni di famiglia, aspettative transgenerazionali.
Sociale	Scuola, lavoro, gruppo dei pari, reti amicali, appartenenza a gruppi e comunità.
Culturale e simbolico	Valori, credenze, norme sociali, linguaggio, immagini di “corpo giusto/sbagliato”, rappresentazioni di salute/malattia.
Storico-politico	Eventi collettivi, crisi economiche, guerre, pandemie, clima sociale e politico del periodo storico.
Economico-lavorativo	Precarietà o stabilità, carichi di lavoro, ritmi e orari, sicurezza del posto di lavoro, condizioni contrattuali.
Ambientale ed ecologico	Spazi abitativi, presenza di natura, qualità dell’aria, rumore, luce, città/campagna, inquinamento.
Digitale e mediale	Schermi, social media, flusso costante di informazioni e immagini, relazioni mediate dalla tecnologia.



# CORPO E RELAZIONALITA'



Il corpo è progettato per la connessione che rappresenta per la nostra specie un imperativo biologico.

L'evoluzione ha affinato la sensibilità ai segnali sociali, le relazioni sono strumento di regolazione emotiva



# CORPO E RELAZIONALITA'



Il corpo è progettato per la connessione che rappresenta per la nostra specie un imperativo biologico.

L'evoluzione ha affinato la sensibilità ai segnali sociali, le relazioni come strumento di regolazione emotiva



# CORPO E RELAZIONALITA'

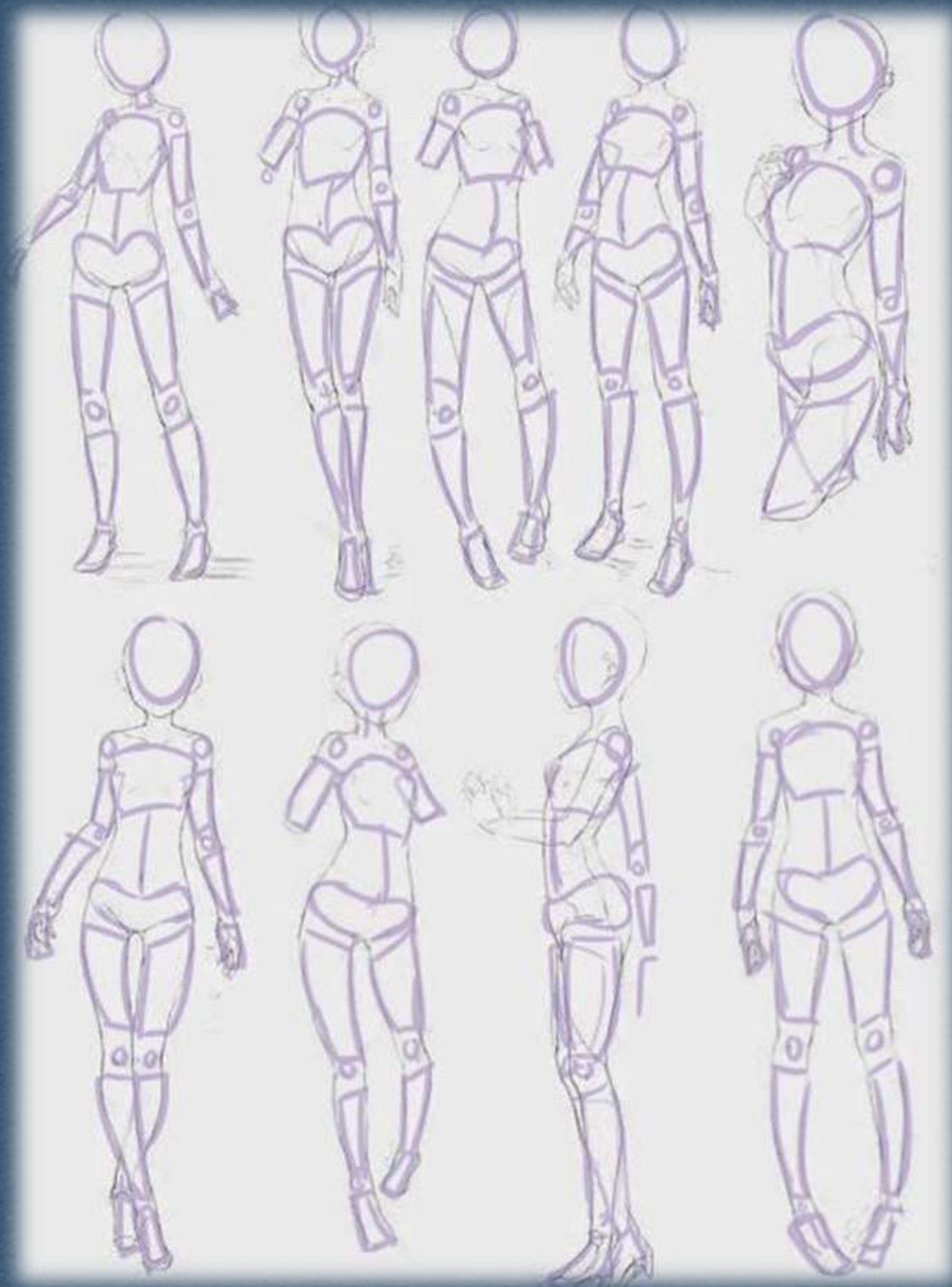


Il corpo è progettato per la connessione che rappresenta per la nostra specie un imperativo biologico.

L'evoluzione ha affinato la sensibilità ai segnali sociali, le relazioni come strumento di regolazione emotiva



# CORPO COME SILENZIOSO NARRATORE



Il corpo comunica  
incessantemente trasmettendo  
segnali che riflettono lo stato  
fisiologico e la disposizione  
relazionale.



# IL CORPO IN CRESCITA



Le esperienze corporee ripetute  
nella relazione con le figure di  
accudimento contribuiscono allo  
sviluppo delle strutture e funzioni  
regolatorie del bambino



# L'ATTACCAMENTO E IL CORPO



L'attaccamento è un patrimonio incarnato di competenze fisiologiche che si apprende attraverso la relazione corporea



# L'ATTACCAMENTO E IL CORPO

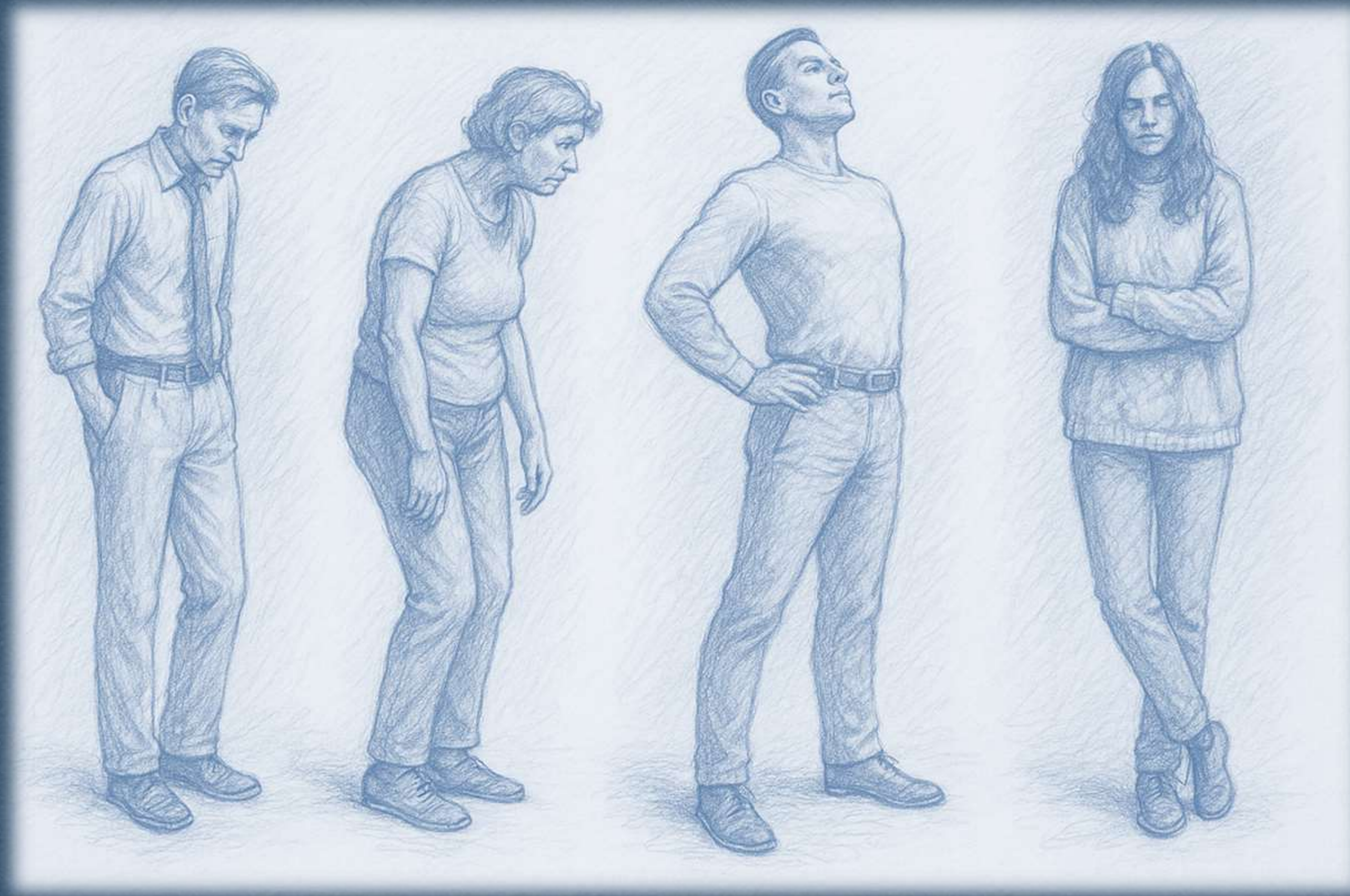
Gli stati fisiologici sono potenti regolatori o disregolatori relazionali.

Il corpo sviluppa una piena capacità regolatoria in presenza di un caregiver prevedibile, coerente ed emotivamente sintonizzato.

In assenza di una presenza stabile e sicura, il corpo dirotterà il suo funzionamento verso strategie specifiche adattate al proprio ambiente: il corpo «adattato»



# IL CORPO ADATTATO





# IL CORPO COME LINGUAGGIO RELAZIONALE



Il corpo svolge funzioni di negoziazione nelle dinamiche relazionali, soprattutto familiari:

- mantenere la coesione
- regolare distanza e vicinanza
- manifestare conflitti
- incarnare lealtà
- ridistribuire potere e controllo



# LA NEUROBIOLOGIA DEL TRAUMA

Cervello e corpo sono costantemente impegnati a garantire la sopravvivenza a partire dalla valutazione delle condizioni di sicurezza dell'ambiente esterno ed interno.

La neurocezione svolge un monitoraggio continuo ed in base alla valutazione di sicurezza, minaccia o pericolo attiva reazioni neurofisiologiche diverse e precise: rispettivamente di connessione, mobilitazione e immobilizzazione.



# LA NEUROBIOLOGIA DEL TRAUMA

In condizioni potenzialmente traumatiche si attivano in automatico sistemi cerebrali filogeneticamente più antichi (sistema limbico e tronco dell'encefalo) caratterizzati da rapidità ed efficienza.

La conseguente attivazione e mobilitazione del corpo lo rende pronto ad affrontare il pericolo.

La reazione difensiva permane fino a quando il pericolo non sia stato gestito per poi spegnersi. Il corpo ritorna ad uno stato di equilibrio più stabile



# LA NEUROBIOLOGIA DEL TRAUMA

In condizioni potenzialmente traumatiche si attivano in automatico sistemi cerebrali filogeneticamente più antichi (sistema limbico e tronco dell'encefalo) caratterizzati da rapidità ed efficienza.

La conseguente attivazione e mobilitazione del corpo lo rende pronto ad affrontare il pericolo.

La reazione difensiva permane fino a quando il pericolo non sia stato gestito per poi spegnersi. Il corpo ritorna ad uno stato di equilibrio più stabile



# LA NEUROBIOLOGIA DEL TRAUMA

In condizioni di stress *non traumatico* il sistema di sopravvivenza lavora in modo fluido, modulato, e ci permette di passare dall'allerta alla calma senza rimanere bloccati



# LA NEUROBIOLOGIA DEL TRAUMA

Le informazioni sensoriali arrivano al talamo che le smista e le invia:

- alla corteccia per un'analisi approfondita (via lunga)
- all'amigdala (via veloce)

Parallelamente, molte informazioni viscerali arrivano al tronco encefalico attraverso le fibre vagali e raggiungono l'ipotalamo, l'amigdala e altri centri autonomici



# LA NEUROBIOLOGIA DEL TRAUMA

L'amigdala contiene le memorie emotive delle associazioni tra gli stimoli e determinate risposte emotive (es. paura, disgusto, vergogna...).

Le rappresentazioni del pericolo codificate nell'amigdala sono grezze ed imprecise ma potenti per via del processo di potenziamento a lungo termine



# LA NEUROBIOLOGIA DEL TRAUMA

L'amigdala in caso di pericolo, reale o percepito, invia un segnale d'allarme alle strutture di regolazione autonoma:

- attraverso il tronco dell'encefalo attiva il sistema nervoso simpatico
- attraverso l'ipotalamo attiva l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene (rilascio di cortisolo)

Questa via «breve» genera una risposta di mobilitazione dell'organismo di tipo attacco/fuga prima che sia stata fatta una valutazione consapevole del pericolo





## LA VIA BREVE

L'amigdala segue la logica della sopravvivenza: è sempre meglio rispondere anche se dovesse rivelarsi un falso allarme che non farlo.

La reazione difensiva avviene in termini di millisecondi, ancora prima di esserne coscienti



## LA VIA «LUNGA»

Le informazioni parallelamente raggiungono le cortecce sensoriali ed associative, la corteccia prefrontale e l'ippocampo dove vengono elaborate con maggiore accuratezza.

Se il pericolo viene valutato come gestibile, passato o un falso allarme, la corteccia inibisce il circuito della sopravvivenza che entrerà in fase di disattivazione:

- l'amigdala riduce il segnale di attivazione
- l'attivazione del sistema nervoso simpatico rallenta
- il sistema nervoso parasimpatico torna a prevalere



## LA VIA «LUNGA»

Le informazioni parallelamente raggiungono le cortecce sensoriali ed associative, la corteccia prefrontale e l'ippocampo dove vengono elaborate con maggiore accuratezza.

Se il pericolo viene valutato come gestibile, passato o un falso allarme, la corteccia inibisce il circuito della sopravvivenza che entrerà in fase di disattivazione:

- l'amigdala riduce il segnale di attivazione
- l'attivazione del sistema nervoso simpatico rallenta
- il sistema nervoso parasimpatico torna a prevalere



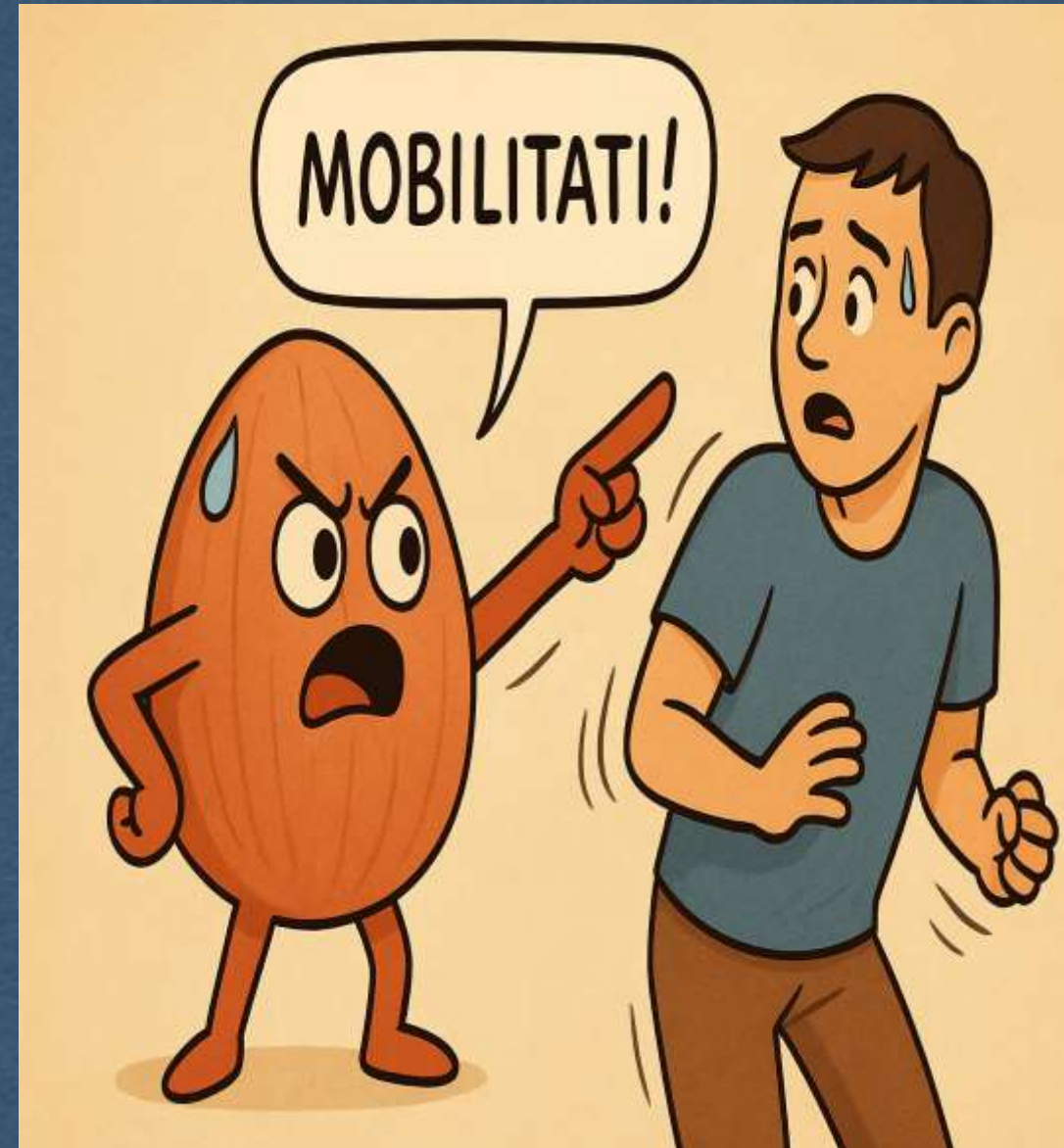
# UN SISTEMA NERVOSO REGOLATO

Un sistema nervoso ben regolato, in assenza di trauma, è caratterizzato da flessibilità degli stati fisiologici: può passare agevolmente dallo stato di calma alla mobilitazione quando necessario e ritornare allo stato di fisiologia quando il pericolo sia stato affrontato e superato.





# UN SISTEMA NERVOSO REGOLATO





# UN SISTEMA NERVOSO DISREGOLATO

Durante un evento traumatico:

- l'amigdala si attiva in modo intenso
- la corteccia prefrontale funziona parzialmente o si spegne
- c'è una disfunzione dell'attività dell'ippocampo

L'esperienza viene registrata in maniera frammentata, immagini, sensazioni fisiche, emozioni intense e propensioni all'azione permangono nel sistema nervoso in forma dissociata



# UN SISTEMA NERVOSO DISREGOLATO

In seguito ad un'esposizione ripetuta, precoce al trauma si osserva:

- una generale riduzione dell'attività della corteccia prefrontale
- un'ipersensibilizzazione dell'amigdala
- deterioramento delle funzioni dell'ippocampo che può anche ridursi di volume
- nelle forme dissociative, una marcata attivazione della corteccia prefrontale mediale (Lanius, R.)



# UN SISTEMA NERVOSO DISREGOLATO

In condizioni di stress *traumatico* il sistema di sopravvivenza perde in flessibilità e non riesce più a tornare a uno stato di sicurezza: resta organizzato attorno alla necessità di difendersi



# L'EREDITA' VIVENTE DEL TRAUMA

Le conseguenze del trauma, sia che derivino da un singolo evento sia che siano il risultato di un'esposizione prolungata a un contesto traumatico, tendono a persistere nel tempo come «un'eredità vivente del trauma» (Fisher, J.).

La realtà del trauma è profondamente radicata nel corpo: chi ha vissuto un trauma può sperimentare reazioni fisiche intense, improvvise o inspiegabili, percepire costantemente situazioni di pericolo anche in assenza di reali minacce o al contrario, non percepire il pericolo quando sarebbe opportuno farlo, vivere emozioni forti e sproporzionate di fronte a stimoli quotidiani che appaiono innocui.



# IL CASO DI SARA

Sara ha trentotto anni e ogni volta che riceve una e-mail inaspettata, sente un tuffo al cuore; le sue mani iniziano a sudare quando il suo capo le rivolge anche solo un appunto, il suo corpo si blocca, ammutolisce, sente che la sua mente è “in tilt”. Sobbalza ogni qualvolta qualcuno la sfiora. Nella sicurezza della propria casa, non riesce a rilassarsi del tutto: controlla ripetutamente che le finestre siano chiuse, pur sapendo razionalmente che non c'è alcun pericolo reale .



# IL CORPO RICORDA

In caso di trauma il corpo continua ad essere influenzato dalle esperienze pregresse.

Il legame tra l'evento traumatico e gli effetti post-traumatici a volte è più evidente, altre volte più sfumato o apparentemente scollegato.

Il trauma è una frattura nella continuità dell'esperienza interna: tra ciò che è accaduto e la possibilità di dargli un senso



# IL CORPO RICORDA

In caso di trauma il corpo continua ad essere influenzato dalle esperienze pregresse.

Il legame tra l'evento traumatico e gli effetti post-traumatici a volte è più evidente, altre volte più sfumato o apparentemente scollegato.

Il trauma è una frattura nella continuità dell'esperienza interna: tra ciò che è accaduto e la possibilità di dargli un senso



# IL CORPO RICORDA

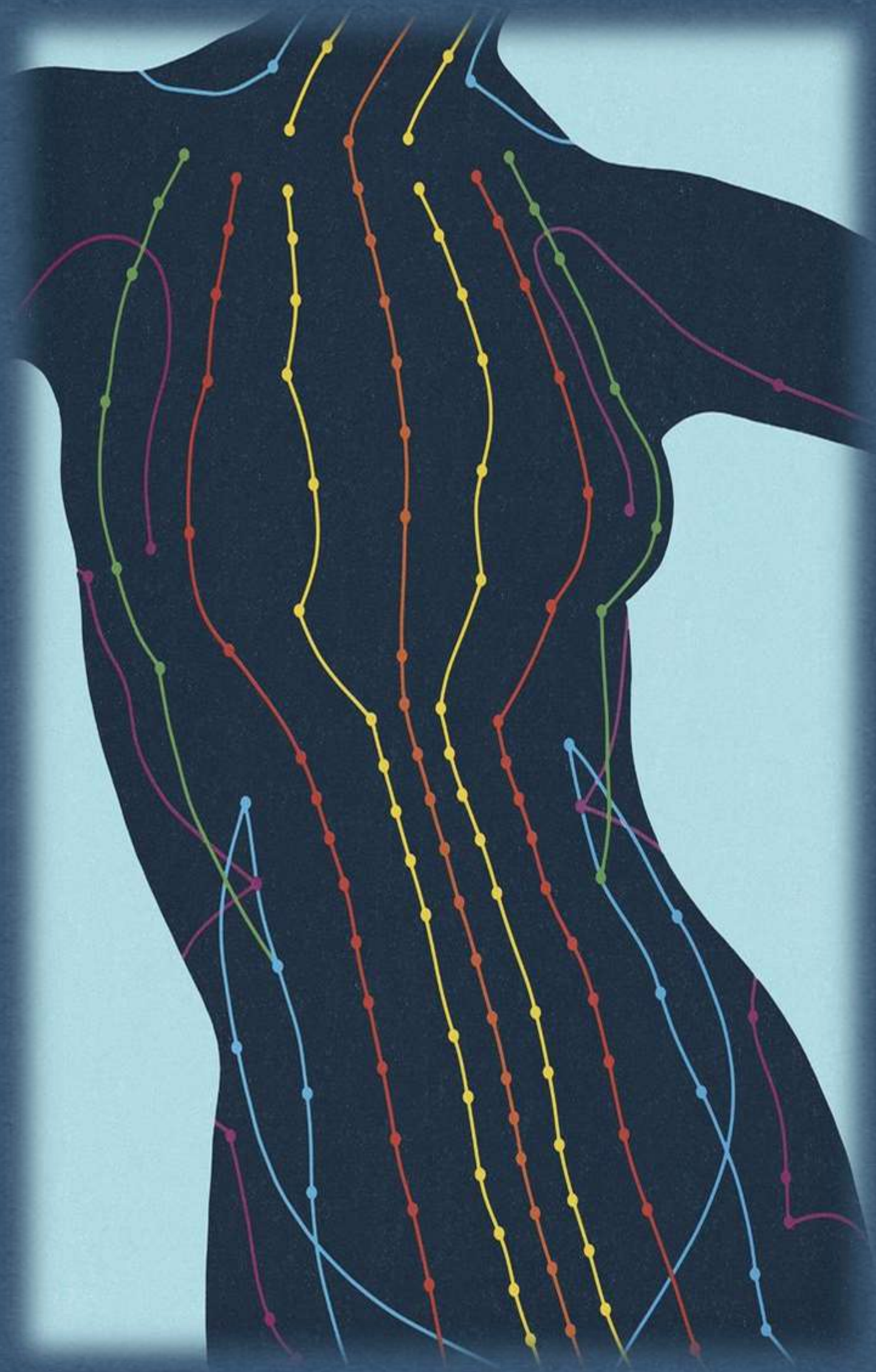
La memoria somatica è registrata nel corpo tramite memorie implicite: codifiche di tutti gli aspetti somatici, viscerali e neurovegetativi dell'esperienza soprattutto se a forte impatto emotivo e traumatico.

La memoria implicita organizza i nostri automatismi manifestandosi attraverso: la postura o atteggiamenti del corpo, pattern di movimento, tensioni croniche, reazioni viscerali, dolori cronici o punti dolenti, mappe corporee  
iperarousal o ipoarousal, dissociazione somatica



# IL CORPO RICORDA

Le memorie implicite sono inscritte nel corpo a vari livelli: nei muscoli, nelle strutture mio-fasciali, nei sistemi sensoriale, immunitario e nel sistema nervoso.





# NEL TRAUMA IL CORPO RIVIVE

Il corpo traumatizzato non ha «ricordi» nel senso comune del termine ma sintomi. E' un corpo che «tiene il conto» (van Der Kolk, B.). Trattiene frammenti dell'esperienza traumatica originale e, in presenza di trigger, li rivive.

Il corpo è «memoria vivente» del trauma (Fisher, J.)

Le memorie del trauma possono essere trasmesse alla generazione successiva accompagnandosi a conseguenze fisiche e ad un aumentato rischio di sviluppo di psicopatologia (Yehudahas R., 2005; 2008; 2009; 2016).



# LE RISPOSTE DIFENSIVE

Le risposte fisiche che si possono osservare in ambito clinico rappresentano l'attivazione di schemi appresi in epoche precedenti, in contesti diversi e in assenza di altre opzioni disponibili.

Spesso, il sintomo è una reazione difensiva originariamente funzionale che si attiva anche nel presente anche se può risultare non più utile o essere addirittura dannosa.



# LE RISPOSTE DIFENSIVE

Le risposte difensive secondo il modello di Schauer ed Elbert (2010) si collocano lungo una progressione di fasi che rispecchia un crescente impegno difensivo:

- FREEZE o RISPOSTA DI ORIENTAMENTO
- FLIGHT/FIGHT
- FRIGHT
- FLAG
- FAINT



# FREEZE O RISPOSTA DI ORIENTAMENTO

E' la fase iniziale, estremamente rapida e di breve durata, di risposta ad un potenziale pericolo.

La funzione è la possibilità di valutare attentamente la situazione: il corpo di immobilizza, le pupille si dilatano, il respiro si sospende, la testa si volge verso gli stimoli che hanno attirato l'attenzione o generato una preoccupazione.

E' una preparazione all'azione.





# FLIGHT - FIGHT

Fuga e lotta rappresentano le prime risposte difensive osservabili.

L'organismo attua primariamente un tentativo di sottrarsi al pericolo e, se questo non fosse possibile, si prepara all'attacco fisico.

Nel corpo aumentano flusso sanguigno al cuore e ai muscoli. Aumenta la frequenza cardiaca, la pressione sanguigna e la frequenza respiratoria. Vengono inibite attività metaboliche non necessarie alla difesa (ad es. la digestione)



# FLIGHT





# FLIGHT

Area	Cosa si osserva	Note cliniche
Postura e muscoli	Corpo proteso in avanti, come pronto ad alzarsi; piedi e ginocchia orientati verso l'uscita; aumento del tono muscolare (gambe, spalle, mandibola); mani che stringono sedia o vestiti.	Assetto di mobilitazione: il corpo sta letteralmente "preparando la fuga".
Respiro e cuore	Respiro rapido e alto (toracico); possibili brevi apnee seguite da respirazione accelerata; tachicardia, palpitazioni; sudorazione, mani fredde o sudate.	Segni tipici di attivazione simpatica; spesso il paziente riferisce "mi manca l'aria", "il cuore impazzisce".
Viso e sguardo	Sguardo in allerta, movimenti rapidi nello spazio (porta, finestra, orologio); pupille dilatate; muscoli facciali tesi; difficoltà a sostenere lo sguardo del terapeuta.	Lo sguardo "cerca la via di uscita" o la fonte di minaccia.
Esperienza soggettiva	"Devo andarmene", "non riesco a stare qui"; irrequietezza nelle gambe; senso di allarme e urgenza; pressione interna, difficoltà a stare nel corpo.	Utile esplicitare: "In questo momento una parte di te vorrebbe scappare" per favorire mentalizzazione.
Comportamenti in seduta	Si muove spesso sulla sedia, si sporge in avanti; guarda ripetutamente porta/orologio/telefono; chiede pause o cambi di tema; talvolta interrompe la seduta.	La fuga può essere sia concreta (andarsene) sia relazionale (cambiare argomento, dissociare). Importante nominare e regolare l'attivazione.



# FIGHT





# FIGHT

Area	Cosa si osserva nel corpo	Note cliniche
Postura e muscoli	Corpo proteso in avanti, piedi ben piantati a terra; aumento marcato del tono muscolare (spalle, braccia, dorso, mascella); movimenti ampi, decisi, a scatto.	Assetto di confronto: il corpo si organizza per affrontare/contrastare la minaccia, non per evitarla.
Respiro e cuore	Respiro rapido e profondo, spesso toracico e più rumoroso; tachicardia; sensazione di “energia che sale”; possibile aumento della temperatura corporea, viso arrossato, sudorazione.	Attivazione simpatica intensa, orientata all’azione; spesso il paziente riferisce “mi monta la rabbia”, “mi sento esplodere”.
Viso e sguardo	Sguardo diretto, fisso, penetrante; pupille dilatate; sopracciglia abbassate, fronte corrugata; muscoli facciali tesi.	Lo sguardo può essere percepito come minaccioso o sfidante; importante per il terapeuta monitorare anche la propria attivazione.
Voce e linguaggio	Voce più forte, tono duro o tagliente; ritmo accelerato; tendenza a interrompere, incalzare, discutere; linguaggio che può diventare polemico, sarcastico o accusatorio.	La parola viene utilizzata come strumento di attacco/difesa; spesso coesiste una difficoltà a riconoscere la vulnerabilità sottostante.
Sensazioni interne riferite	Pressione interna, calore alla testa, mani che formicolano o “prudono”; forte urgenza ad agire; difficoltà a stare seduto e fermo.	Il soggetto sente di avere “troppa energia”: la regolazione passa anche dalla possibilità di nominarla e modularla senza agire.
Comportamento in seduta	Si sporge verso il terapeuta, invade lo spazio; gesti ampi, a volte colpi sul bracciolo o tavolo; può alzare il tono, discutere, contraddire, minimizzare gli altri punti di vista.	La fight può essere aperta o più trattenuta (passive–aggressive). Clinicamente utile riconoscerla come risposta difensiva, non come “carattere difficile»



# FRIGHT





# FRIGHT

Si tratta di un «terrore paralizzante» preludio alla dissociazione primaria descritta da Pierre Janet.

Quando fuga o attacco non sono possibili o non hanno consentito un ripristino della condizione di sicurezza, emerge una paura estrema con manifestazioni tipiche del panico come vertigini, capogiri, intorpidimento.

Si ipotizza che queste sensazioni possano derivare da una doppia attivazione autonoma (simpatica e parasimpatica dorsale)



# FRIGHT

Area	Cosa si osserva nel corpo	Note cliniche
Postura e muscoli	Corpo immobile ma molto teso; rigidità muscolare diffusa (spalle, tronco, arti); postura bloccata, scarsi movimenti volontari.	Alta attivazione con blocco motorio: il sistema è “incastrato” tra fuga/lotta e immobilità.
Tremori / vibrazioni	Tremori fini a mani, gambe, mascella; a volte scosse più evidenti, soprattutto a carico degli arti.	Segni di forte attivazione che non trova scarico motorio; spesso il paziente li vive con vergogna.
Respiro e cuore	Respiro corto, alto, irregolare, a tratti trattenuto (“mi blocco col fiato”); percezione di tachicardia, cuore “impazzito” o “in gola”.	Attivazione simpatica intensa; il trattenere il respiro accentua la sensazione di blocco e di soffocamento.
Viso e sguardo	Sguardo fisso o sbarrato, spesso vitreo; difficoltà a distogliere gli occhi dallo stimolo minaccioso o dallo spazio percepito come pericoloso; muscoli facciali rigidi.	“Faccia terrorizzata” o, al contrario, maschera di vuoto; importante segnale di terrore interno.
Sensazioni interne riferite	Sensazione di paura estrema con impotenza (“vorrei scappare ma non ci riesco”); nodo allo stomaco, costrizione toracica, nausea, sudorazione fredda, brividi, pelle d’oca; possibile distacco dal corpo o irrealtà.	Spesso descritta come “paralisi della paura”: il soggetto si sente intrappolato nel corpo e nella situazione.
Comportamento in seduta	Il paziente si blocca di colpo: smette di muoversi, parla poco o non riesce a parlare; lunghi silenzi; micro-movimenti (dita, piedi) e difficoltà a rispondere alle domande.	Utile rallentare, nominare l’esperienza (“sento che una parte di te è terrorizzata e bloccata”), lavorare prima sulla regolazione corporea prima di proseguire l’esplorazione narrativa.



FLAG





# FLAG

E' il progressivo spegnimento del corpo che esprime «mi arrendo» e si accompagna a sentimenti di impotenza, disperazione, collasso dovuti all'attivazione del sistema nervoso parasimpatico dorsale

E' una risposta molto comune nei traumi complessi, soprattutto relazionali e avvenuti nell'infanzia.

Prevalgono reazioni dissociative: movimenti volontari appaiono rallentati, difficoltosi, il sensorio si offusca, frequenza e pressione cardiaca diminuiscono



# FLAG

Area	Cosa si osserva nel corpo	Note cliniche
Postura e muscoli	Corpo che perde tono, si affloscia sulla sedia o si appoggia pesantemente allo schienale; spalle cadenti; movimenti lenti, faticosi; sensazione di “non avere forza”.	Immobilizzazione da spegnimento, diversa dal freeze teso: qui c’è ipo-tono e resa (“mi arrendo”).
Respiro e cuore	Respiro più lento e superficiale, a volte sospiri lunghi; possibile sensazione di “aria che non entra” ma senza iper–ventilazione; rallentamento soggettivo del battito o percezione attenuata del cuore.	Spostamento verso ipo–attivazione parasimpatica (vago dorsale): il sistema “abbassa i giri”.
Viso e sguardo	Viso spento, pochi movimenti mimici; sguardo basso o nel vuoto, occhi semichiusi; ridotto contatto oculare; espressione di stanchezza, resa o indifferenza apparente.	Spesso il terapeuta può vivere il paziente come “assente / scollato”, ma sotto c’è un forte stato di shutdown protettivo.
Tono di voce e linguaggio	Voce bassa, monotona, rallentata; frasi brevi, intervallate da pause lunghe; difficoltà a trovare le parole o a mantenere il filo del discorso.	La comunicazione rispecchia l’ipo–attivazione: è come se “mancasse energia” per parlare e mentalizzare.
Sensazioni interne riferite	Stanchezza estrema (“mi sento svuotato”), pesantezza del corpo, testa leggera o senso di svenimento, intorpidimento, formicolii; senso di vuoto emotivo, “non sento niente”, “come se fossi spento”.	Tipico mix di anestesia emotiva e ipo–attivazione corporea; spesso confuso con sola depressione.
Comportamento in seduta	Il paziente si lascia andare sulla sedia, riduce al minimo i movimenti; può chiudere gli occhi, dire di sentirsi molto stanco o di voler “solo dormire”; può fare fatica a rispondere, a impegnarsi nel lavoro terapeutico.	Importante non forzare: lavorare su sicurezza, grounding dolce, micro–attivazioni del corpo; nominare lo shutdown come risposta difensiva, non come pigrizia o mancanza di volontà.



FAINT





# FAINT

E' lo svenimento dissociativo: il corpo perde tono, presenza e coscienza.

E' la risposta filogeneticamente più antica dovuta all'attivazione del sistema parasimpatico dorsale

Janet lo definiva «Una forma estrema di difesa psichica attraverso l'assenza»



# FAINT

Area	Cosa si osserva nel corpo	Note cliniche
Stato di coscienza	Perdita parziale o completa di coscienza; sensazione di “stare per svenire”, poi blackout; possibile breve fase di confusione al risveglio.	È la forma più estrema di risposta parasimpatica: il sistema “stacca la spina” per proteggersi da un sovraccarico insostenibile.
Postura e muscoli	Collasso posturale: il corpo cede, cade a terra o si affloscia sulla sedia; perdita del tono muscolare, incapacità di mantenere la stazione eretta.	Diverso da freeze e fright: qui non c’è più tensione rigida, ma cedimento globale.
Respiro e cuore	Rallentamento del battito (bradicardia) e della pressione sanguigna; respiro superficiale o momentaneamente ridotto; possibile sensazione riferita prima dello svenimento di “aria che manca”, “testa vuota”.	Tipica risposta vasovagale: attivazione intensa del vago dorsale → calo di frequenza cardiaca e pressione → ridotto afflusso di sangue al cervello.
Colorito e pelle	Pallore marcato, labbra e volto sbiancati; sudorazione fredda; pelle umida; estremità fredde.	Segni periferici del calo pressorio e della risposta vagale massiva.
Sensazioni prodromiche (prima dello svenimento)	Capogiro, sensazione di “testa leggera” o “vuoto alla testa”; visione offuscata o a tunnel; ronzio alle orecchie; nausea; sensazione di calore improvviso seguita da freddo.	Periodo di pochi secondi/minuti che precede il faint: importante, quando possibile, riconoscerlo e intervenire (mettere seduto/sdraiato, sollevare le gambe, rallentare il lavoro).
Esperienza soggettiva (se ricordata)	Prima dello svenimento: sensazione di sovraccarico estremo, paura di perdere il controllo, di “non reggere”; dopo: confusione, stanchezza intensa, a volte vergogna o imbarazzo.	Può essere vissuto come evento puramente “medico”; utile psicoeducare sul fatto che, in alcuni casi, è una risposta difensiva automatica del sistema nervoso.
Comportamento in seduta	Il paziente riferisce improvviso malessere (“non mi sento bene”), si aggrappa alla sedia, impallidisce; può chiudere gli occhi, perdere tono e scivolare; al risveglio appare disorientato, stanco, spesso minimizza.	Prima di tutto messa in sicurezza (posizione supina, valutazione medica se necessario); in una fase successiva, esplorare il contesto (trigger, contenuti) come possibile attivazione estrema del sistema difensivo.



# FAWN





# FAWN

Concetto introdotto da Walker (Walker P., 2013)

Si tratta della «compiacenza adattiva»: una reazione osservabile nei contesti in cui la conformità e l'adesione alle richieste altrui rappresentano una strategia fondamentale di sopravvivenza.

E' una delle difese più complesse da riconoscere poiché può facilmente essere interpretata erroneamente come indice di collaborazione, motivazione o buona educazione.



# FAWN

Area	Cosa si osserva nel corpo	Note cliniche
Postura e muscoli	Postura generalmente contenuta e “piccola”: spalle leggermente incurvate in avanti, corpo che tende a ridursi, movimenti controllati e non invadenti. Possibile lieve tensione costante, soprattutto in spalle, collo e torace.	Il corpo comunica: “Non sono una minaccia, non occupo troppo spazio”. Spesso è una forma cronica, poco eclatante ma molto stabile di attivazione difensiva.
Respiro e cuore	Respiro moderatamente accelerato o trattenuto, spesso alto e poco profondo; il paziente può non notarlo. Tachicardia lieve–moderata in sottofondo.	Attivazione simpatica “mascherata”: il sistema è in allerta, ma la persona appare calma, collaborante, compiacente.
Viso e sguardo	Espressione del viso accomodante, sorriso frequente (anche incongruo), mimica che rassicura l’altro; sguardo attento all’interlocutore, rapido nel cogliere reazioni, a volte ipervigile sul volto altrui.	Lo sguardo serve a monitorare continuamente l’altro per adattarsi e prevenire il conflitto. Può coesistere con difficoltà a mostrare emozioni autentiche.
Voce e linguaggio	Voce gentile, modulata, spesso più bassa o “morbida” di quanto servirebbe; ritmo del parlato che cerca di non disturbare. Linguaggio pieno di scuse, minimizzazioni (“non è grave”, “non ti preoccupare”).	La comunicazione verbale e paraverbale è uno strumento di pacificazione: fawn usa il tono e le parole per abbassare il rischio di rifiuto o rabbia altrui.
Sensazioni interne riferite	Difficoltà a riconoscere i propri bisogni corporei (fame, stanchezza, fastidio); spesso riferisce tensione di fondo, mal di stomaco, “peso al petto”, ma tende a minimizzare. Può comparire stanchezza cronica.	Il corpo “impara” a mettere in secondo piano i propri segnali per dare priorità alla regolazione dell’altro. Rischio elevato di somatizzazioni e burnout.
Comportamento in seduta	Il paziente tende ad essere molto collaborante, accondiscendente, rapido a rassicurare il terapeuta (“tranquilla, va tutto bene”), a evitare il conflitto, a cambiare idea per allinearsi. Può ridere, sdrammatizzare o spostare l’attenzione quando emergono contenuti dolorosi.	La difesa non è l’iperattivazione visibile (come nella fuga) né il blocco (come nel freeze), ma l’auto–cancellazione parziale per mantenere il legame. Importante riconoscere il pattern senza rinforzare il compiacere.



# LE RISPOSTE DIFENSIVE

In individui con una buona regolazione del sistema nervoso le risposte difensive vengono attivate in caso di pericolo e poi disattivate quando hanno assolto una funzione protettiva

Nel trauma, assumono carattere di modalità predominanti. La persona vive la propria vita bloccato in una o più risposte difensive, spesso in modo inconsapevole.



# DAL TRAUMA ALLA MALATTIA, DALLA MALATTIA AL TRAUMA

Il trauma nel tempo produce effetti concreti sulla fisiologia che possono sfociare in malattia fisica. La malattia fisica, a sua volta, può trasformarsi in una nuova esperienza traumatica.

La letteratura indica che il trauma soprattutto se cronico altera i principali sistemi di regolazione dello stress (asse ipotalamo-ipofisi-surrene, SNA) producendo negli anni un sovraccarico allostatico: una vera e propria usura multisistemica



# DAL TRAUMA ALLA MALATTIA, DALLA MALATTIA AL TRAUMA

Sistema / Area	Condizioni associate al trauma
Cardiovascolare	• Ipertensione• Malattia coronarica• Infarto miocardico• Aritmie• Aterosclerosi accelerata
Metabolico	• Diabete tipo 2• Obesità viscerale• Sindrome metabolica• Steatosi epatica
Immunitario / Infiammatorio	• Artrite reumatoide• Lupus• Sclerosi multipla (associazione indiretta)• Dermatiti infiammatorie / psoriasi• Malattie infiammatorie croniche intestinali (Crohn, colite ulcerosa)
Respiratorio	• Asma• Iperreattività bronchiale• Peggioramento di BPCO in soggetti vulnerabili
Gastrointestinale	• IBS (colon irritabile)• Dispepsia funzionale• Dolore addominale funzionale• Disbiosi intestinale significativa
Neurologico	• Cefalea tensiva cronica• Emicrania• Epilessia del lobo temporale (sottogruppi)• Aumento rischio declino cognitivo/demenza (post trauma cranico)
Dolore e condizioni somatiche funzionali	• Fibromialgia• Sindrome da fatica cronica• Dolore pelvico cronico• Dolore miofasciale diffuso• Disfunzioni ATM
Endocrino / Ormonale	• Disfunzioni tiroidee (Hashimoto, ipo/iper)• Alterazioni del cortisolo• Disturbi del ciclo mestruale• PCOS (correlazioni emergenti)
Ginecologico / Riproduttivo	• Endometriosi più severa• Dismenorrea marcata• Infertilità funzionale• Dolore pelvico cronico
Sonno	• Insonnia cronica• Disturbi del ritmo circadiano• Parasonnie
Oncologico	• Aumento rischio di alcune neoplasie (mammella, colon-retto, polmone nei forti fumatori con ACE elevati)• Peggior prognosi in caso di storia traumatica
Psichiatrico / Psicologico	• PTSD / CPTSD• Depressione maggiore• Disturbi d'ansia• Disturbi dissociativi• Dipendenze• Disturbi alimentari• Disturbi di personalità



Lo studio ACE (Adverse Childhood Experiences,; Felitti V., 1998) è stata una grande ricerca epidemiologica effettuata su larga scala (17.000 soggetti) che ha confermato che le esperienze traumatiche infantili aumentano, in modo cumulativo, il rischio di malattia fisica e psicologica durante tutto l'arco di vita.



## I risultati:

- le esperienze infantili avverse sono molto comuni (metà del campione riferiva almeno 1 ACE; una quota non trascurabile aveva 4 o più ACE)
- esiste un chiaro effetto «dose-risposta»: all'aumentare del punteggio ACE, cresce in maniera cumulativa il rischio di sviluppare malattie fisiche e/o psichiche
- il focus in termini di promozione della salute si sposta da «cosa c'è che non va in questa persona?» a «che cosa le è successo?»



# DALLA MALATTIA AL TRAUMA

La malattia può diventare essa stessa traumatica.

Il corpo può essere vissuto come:

- traditore (mi ha abbandonato)
- estraneo (non mi appartiene più)
- nemico (mi fa star male)
- fuori controllo (non so cosa succede dentro di me)

La paura che viene evocata dalla malattia attiva le risposte difensive: la lotta e la fuga (non si può fuggire dal proprio corpo) e più frequentemente la dissociazione



# DALLA MALATTIA AL TRAUMA

Trauma e malattia possono alimentarsi reciprocamente se non vengono riconosciuti come elementi di un'unica storia che il corpo continua a manifestare.

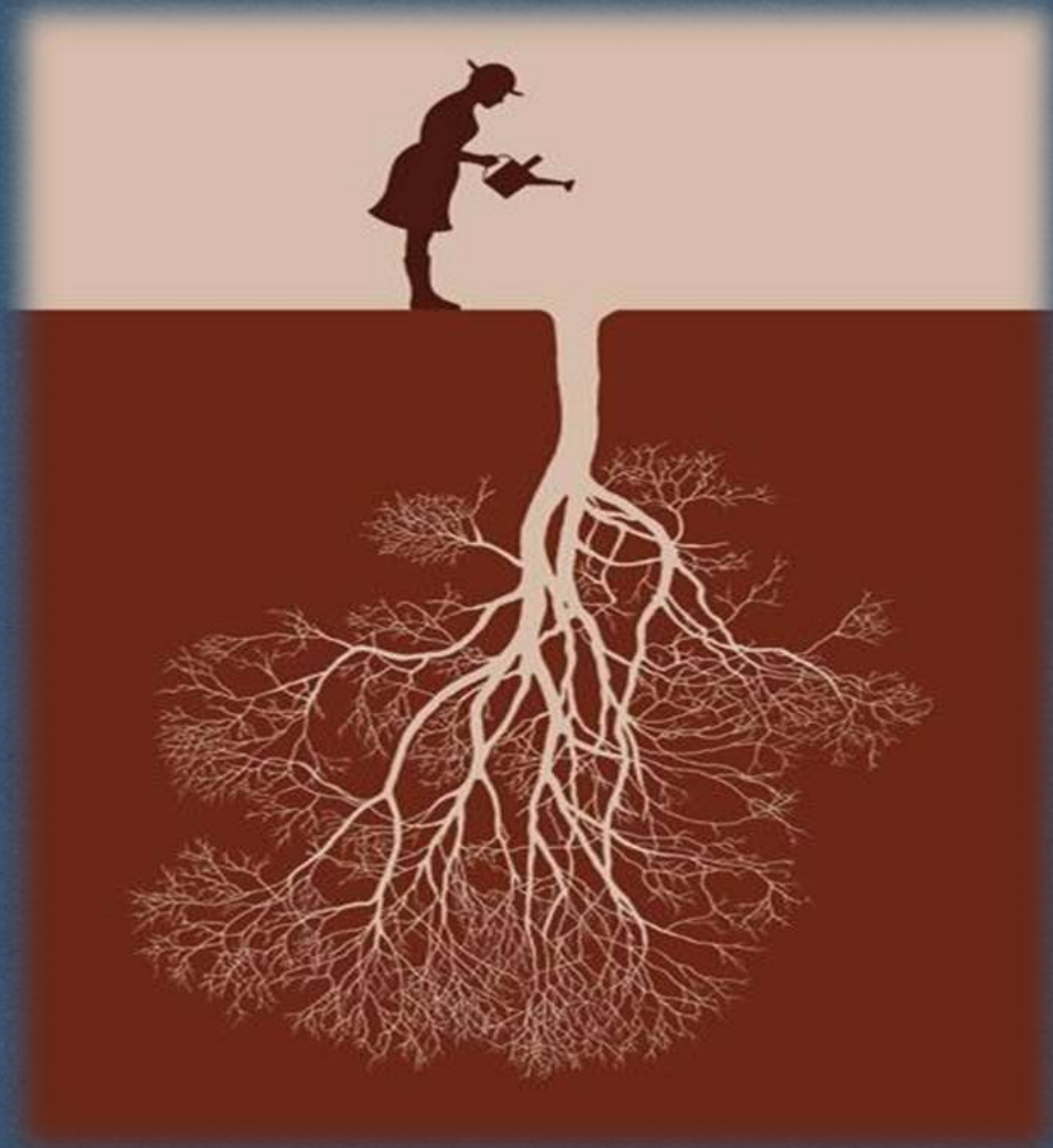


A questo punto possiamo vedere con chiarezza il filo che collega tutto ciò che abbiamo esplorato finora:

- il corpo si forma nella relazione
- registra il trauma come esperienza implicita
- reagisce con programmi di sopravvivenza
- mantiene nel tempo quell'impronta neurofisiologica e a lungo andare può pagare un prezzo biologico



# CORPO COME LUOGO DI TRASFORMAZIONE



Il corpo possiede una saggezza intrinseca, un potente impulso alla guarigione che, se adeguatamente sostenuto nella relazione terapeutica, può consentire l'elaborazione del vissuto traumatico con profonde potenzialità trasformative.



# CORPO COME LUOGO DI TRASFORMAZIONE

La cura del trauma non passa soltanto attraverso nuove narrazioni ma attraverso nuove esperienze corporee di sicurezza nel «qui ed ora» della relazione terapeutica.

La trasformazione incarnata può avvenire quando il corpo può completare risposte difensive interrotte al momento del trauma, scaricare l'energia trattenuta, orientarsi verso la sicurezza, ritornare alla coerenza interocettiva, riconoscere e sviluppare risorse somatiche.



# LE RISORSE SOMATICHE



Le risorse somatiche sono sensazioni, posture, movimenti, pattern di respiro e stati corporei che sostengono l'autoregolazione dell'organismo, favorendo un senso di radicamento, forza, protezione o connessione.



# UNA NUOVA STORIA

Stare

Sentirsi

Esistere

Porre confini

Avvicinarsi

Allontanarsi

Provare emozioni senza sopraffazione

Solo quando il corpo impara nuove possibilità, la mente può aprirsi ad una nuova narrazione



# IL CORPO DEL TERAPEUTA

La terapia è un campo relazionale che dal punto di vista corporeo si può considerare uno spazio incarnato in cui due storie si incontrano e risuonano.

Nel trauma, il campo della terapia diventa denso: sensazioni tacite, tensioni sottili, movimenti più o meno percettibili vengono sentite nel corpo del terapeuta.



# IL CORPO DEL TERAPEUTA

Il terapeuta partecipa in maniera implicita ad un processo di sintonizzazione profonda, ospitando ciò che non si è ancora integrato e non è stato mentalizzato nel paziente.

Perciò il corpo del terapeuta è una bussola preziosa, nel lavoro sul trauma: informa sullo stato fisiologico e permette di avvicinarsi ad una comprensione incarnata del vissuto del paziente.



# IL CORPO DEL TERAPEUTA

Nelle psicoterapie somatiche il corpo del terapeuta è il primo setting di cura.

Attraverso la presenza consapevole e non giudicante, il contenimento delle emozioni intense, la regolazione dello stato fisiologico fornisce al paziente una serie di esperienze correttive a livello implicito, per molti pazienti totalmente nuove: «non sei solo, puoi essere accolto, puoi aprirti e sperimentare stati di sicurezza nel tuo corpo»



# IMPORTANZA DI UN LAVORO INTEGRATO

Nel trattamento del trauma è importante poter integrare interventi top-down con interventi bottom-up per poter accedere ad una piena integrazione tra livelli cognitivo, emotivo e somatico.



# LE TERAPIE SOMATICHE PER IL TRAUMA

PSICOTERAPIA SENSOMOTORIA (Pat Ogden)

HAKOMI (Ron Kurtz)

SOMATIC EXPERIENCING (Peter Levine)

EMDR a focus somatico (Shapiro e sviluppi successivi)

BRAINSPOTTING a focus somatico (David Grand)

Altri approcci integrati di Trauma Therapy a orientamento somatico



Modello	Autore/i principali	Focus principale	Assetto somatico (come lavora col corpo)	Mindfulness / consapevolezza	Lavoro per fasi	Indicazioni nel trauma complesso
Sensorimotor Psychotherapy	Pat Ogden e coll.	Integrazione di processi somatici, emotivi e cognitivi; riparazione delle ferite di attaccamento e dei pattern difensivi.	Osservazione e modulazione di postura, tono muscolare, impulsi motori interrotti, micro-movimenti; uso di “azioni incomplete” e sequenze somatiche per completare risposte difensive bloccate.	Uso esplicito della mindfulness somatica per osservare il flusso dell’esperienza corporea nel qui-e-ora, senza giudizio.	Chiaramente fase-oriented (stabilizzazione, elaborazione delle memorie traumatiche, integrazione); grande attenzione alla finestra di tolleranza.	Particolarmente indicata nel trauma complesso e dello sviluppo; utile per pattern dissociativi, problemi di regolazione affettiva e difficoltà relazionali croniche.
Somatic Experiencing (SE)	Peter Levine	Risoluzione graduale dell’attivazione traumatica e ripristino della capacità di autoregolazione del sistema nervoso autonomo.	Lavoro centrato sulle sensazioni corporee di base (interocezione); pendolazione tra attivazione e risorse; facilitazione della scarica incompiuta delle risposte difensive (fight/flight/freeze).	Coltivata una consapevolezza gentile e non invasiva delle sensazioni corporee; prossima alla mindfulness ma con focus specifico sulla titolazione dell’attivazione.	Strutturato in modo implicito per fasi: stabilizzazione e risorse, contatto graduale con il materiale traumatico, integrazione dell’esperienza e ampliamento della finestra di tolleranza.	Indicato per PTSD, trauma singolo e complesso; utile nei quadri con forte disregolazione fisiologica, sintomi psicosomatici e iper/ipoattivazione cronica.
EMDR con focus corporeo	Francine Shapiro	Elaborazione adattiva delle memorie traumatiche tramite stimolazione bilaterale e attivazione del sistema di elaborazione dell’informazione.	Monitoraggio costante delle sensazioni somatiche durante le serie di movimenti oculari o altre forme di stimolazione bilaterale; uso del corpo come indicatore di attivazione, blocco, risoluzione.	viene integrata la consapevolezza di stati interni e segnali corporei lungo tutto il processo.	Fortemente fase-oriented (8 fasi del protocollo standard); nei protocolli per trauma complesso e dissociazione è esplicitata la centralità di stabilizzazione, lavoro sulle parti e integrazione.	Elettiva per PTSD; nei protocolli complessi, se integrata con un’attenzione somatica e relazionale, è indicata per trauma complesso, trauma evolutivo e quadri dissociativi moderati.
Brainspotting	David Grand	Accesso e rielaborazione profonda del materiale traumatico tramite il focus visivo su specifici “spot” oculari, considerati porte di accesso a reti neuro-somatiche implicite.	Forte orientamento somatico: attenzione continua a sensazioni corporee, flussi di attivazione, impulsi motori e cambiamenti fisiologici durante il mantenimento del focus visivo; grande spazio al processo spontaneo del corpo.	Richiede un atteggiamento di presenza consapevole (del terapeuta e del paziente) e una osservazione non giudicante di ciò che emerge; mindfulness implicita, spesso integrata esplicitamente da molti clinici.		



# LE TERAPIE SOMATICHE PER IL TRAUMA

Le terapie somatiche per il trauma condividono alcuni principi che le caratterizzano:

- sono approcci esperienziali e non interpretativi
- sono basate sulla mindfulness
- sono basate sulla relazione terapeutica
- si focalizzano sulla regolazione fisiologica
- si basano sulla capacità di resilienza del paziente
- lavorano con un approccio orientato alla fase (stabilizzazione, elaborazione ricordi traumatici, integrazione)



# LE TERAPIE SOMATICHE PER IL TRAUMA

Le terapie somatiche per il trauma condividono alcuni principi che le caratterizzano:

- sono approcci esperienziali e non interpretativi
- sono basate sulla mindfulness
- sono basate sulla relazione terapeutica
- si focalizzano sulla regolazione fisiologica
- si basano sulla capacità di resilienza del paziente
- lavorano con un approccio orientato alla fase (stabilizzazione, elaborazione ricordi traumatici, integrazione)



# LE TERAPIE SOMATICHE PER IL TRAUMA

Le terapie somatiche per il trauma condividono alcuni principi che le caratterizzano:

- sono approcci esperienziali e non interpretativi
- sono basate sulla mindfulness
- sono basate sulla relazione terapeutica
- si focalizzano sulla regolazione fisiologica
- si basano sulla capacità di resilienza del paziente
- lavorano con un approccio orientato alla fase (stabilizzazione, elaborazione ricordi traumatici, integrazione)



# LE TERAPIE SOMATICHE PER IL TRAUMA

In questa prospettiva, la dicotomia top-down / bottom-up viene superata a favore di una integrazione dei livelli: la trasformazione dell'esperienza traumatica passa attraverso il corpo, la relazione e la mente che osserva, collega e dà significato a ciò che progressivamente si rende dicibile e pensabile.



*GRAZIE PER L'ATTENZIONE!*