

VOLTI E RISVOLTI DELLA PAURA

Quando la paura diventa freno a una buona nascita

Milano, 12 dicembre 2014

Auditorium San Fedele - via Hoepli 3/b

LA PAURA TRA CORPO E MENTE

riccardo fesce

università degli studi dell'insubria

università vita-salute san raffaele

sispi - psicoterapia con la procedura immaginativa

- Paura: il corpo la scatena, la trasmette. La può arginare?
- "Non tremo perché ho paura, ho paura perché tremo"
(sembra un paradosso, ma c'è del vero!)
- Emozione corporea e vissuto emotivo:
 - la mente interpreta il "marker somatico".
- Emozione, arousal corticale e attenzione selettiva
- Controllo del comportamento cognitivo e motorio:
 - comportamento reattivo, avviato da sensazioni e emozioni;
 - comportamento attivo, guidato cognitivamente.
- Paura, ansia, urgenza e (non) giudizio.
- Coraggio non è non aver paura.
- Perché l'eroe dimentica la paura?
- Può il corpo rassicurare?

l'ansia è una risposta affettiva normale.

Vi sono situazioni cliniche nelle quali l'ansia è presente senza riconoscibile causa scatenante, come tratto affettivo dominante, **esagerata**, disturbante, generatrice di sofferenza o **disabilitante**

(Qui si parla di ansia come **patologia**)

anche **senza patologia**:

(allerta) inadeguata → *disfunzionale*

(allerta, ansia, paura) adeguata → **funzionale**

(ansia, paura) esagerata → *disfunzionale*



l'ansia è una risposta affettiva normale.

L'ansia comporta una attivazione della corteccia che permette una elaborazione più veloce.

→ **ansia
funzionale**

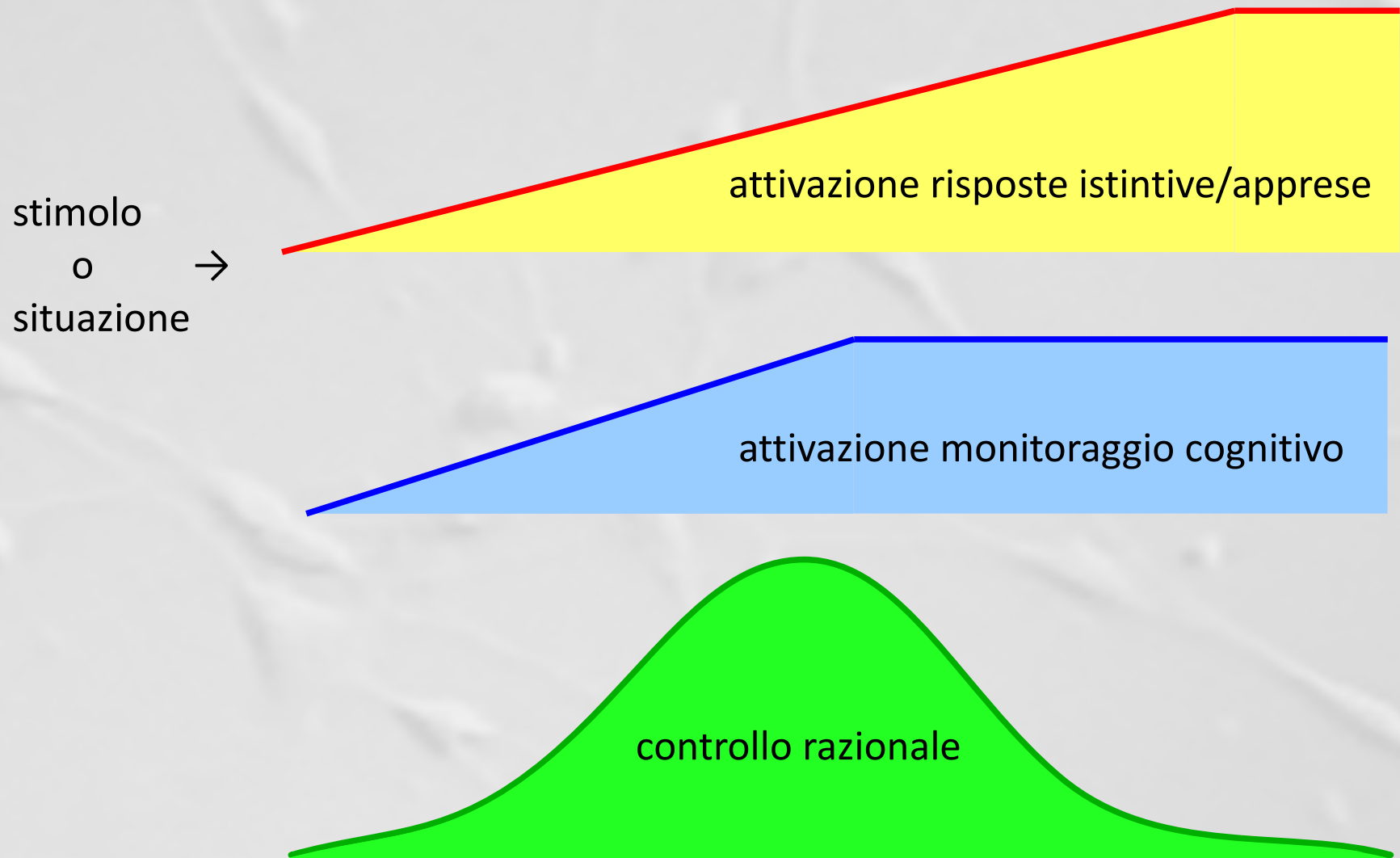
Quanto più è intensa (dall'allerta alla paura al panico) tanto più rapide divengono le risposte “spontanee” (istintive o apprese) - queste sono prodotte dal cosiddetto “loop esterno” del sistema di controllo motorio (guidato sostanzialmente dagli stimoli e riferimenti esterni) Tutto ciò è funzionale per una risposta rapida e efficiente in caso di pericolo

Lo stato di allerta attiva anche i sistemi cognitivi che controllano il “loop interno” del controllo motorio (guidato dalla attività cognitiva): se le risposte “spontanee” sono inadeguate, l'allerta cresce e i sistemi di elaborazione razionale divengono più efficiente. Per determinare risposte razionali però questi devono prima di tutto inibire le risposte “spontanee” (che possono essere inadeguate)

Se l'attivazione corticale è troppo elevata, le risposte “spontanee” sono molto rapide e efficienti, ma se non sono adeguate il “loop interno” non riesce a sopprimerle per intervenire con un comportamento razionale

→ **ansia
disfunzionale**

allerta → allarme → ansia → paura → terrore → panico



Strutture sottocorticali (**amigdala**) esaminano i dati sensoriali, prima ancora che siano elaborati attentamente, e individuano gli elementi rilevanti per la sopravvivenza o affettivamente.

Analogamente ricevono informazioni sulle condizioni viscerovegetative dalla stazione centrale del controllo vegetativo e omeostatico (**ipotalamo**)

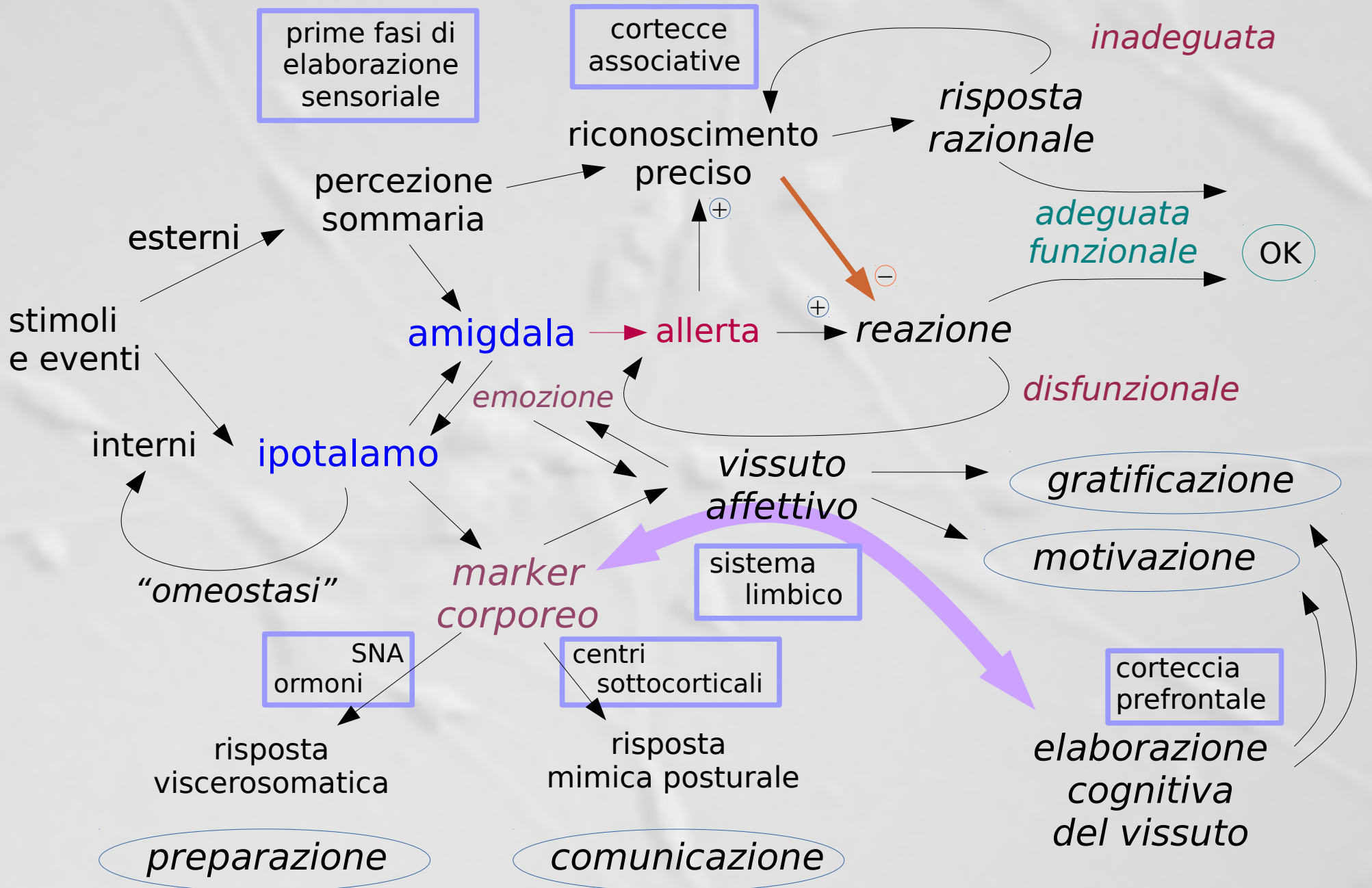
L'attivazione dell'amigdala genera una risposta di **allerta** corticale, attiva l'ipotalamo a produrre risposte viscerali appropriate, avvia risposte somatiche istintive (mimiche e posturali)

marker corporeo

La corteccia può avviare risposte “spontanee” e/o razionali
Le risposte razionali o sono adeguate o vengono rielaborate
quelle spontanee se inadeguate aumentano lo stato di allerta
e tendono a divenire più difficili da inibire → **risposta+ansia disfunzionale**

Il marker corporeo contribuisce molto alla generazione del vissuto emotivo nelle aree corticali **limbiche** e le emozioni qui elaborate a loro volta determinano un marker corporeo (risposta viscerosomatica).

L'elaborazione cognitiva del vissuto affettivo avviene in aree corticali frontali



Vissuto irrazionale, scambio empatico, rielaborazione

Il bimbo piccolo (cognitivamente immaturo)
e l'adulto in uno stato di ansia disfunzionale

(sistemi spontanei-irrazionali non controllabili razionalmente)

sono ingabbiati nel circuito di auto-amplificazione

vissuto affettivo → marker corporeo viscerale (batticuore, sudore freddo...)

irrazionale ← e somatico (riso, pianto, occhi sbarrati...)

*processo
primario*

Il **marker corporeo** (mimica, postura, tono di voce...) comunica un messaggio
implicito (preverbale) di vissuto emotivo, non precisato e elaborato

[questo corrisponde agli elementi alfa di Bion]

Il care giver (la mamma, l'operatore sanitario) recepisce il marker corporeo
empaticamente e deve essere in grado di rielaborarlo e restituirlo

– sia con un messaggio non verbale (gesti, sorriso, tono di voce)
accogliente e rassicurante

– sia verbalmente inquadrando i limiti e la portata dell'evento

[questo corrisponde alla restituzione degli elementi beta di Bion]

*processo
secondario*

bimbo
(adulto "fuori controllo")

mamma
(caregiver)

**processo
primario**

processo secondario

componente corporea percettiva viscerale

elaborazione "istintiva" diretta irrazionale

comunicazione verbale

azioni correttive

modalità di azione

elaborazione cognitiva del vissuto emotivo

elaborazione "istintiva" diretta irrazionale

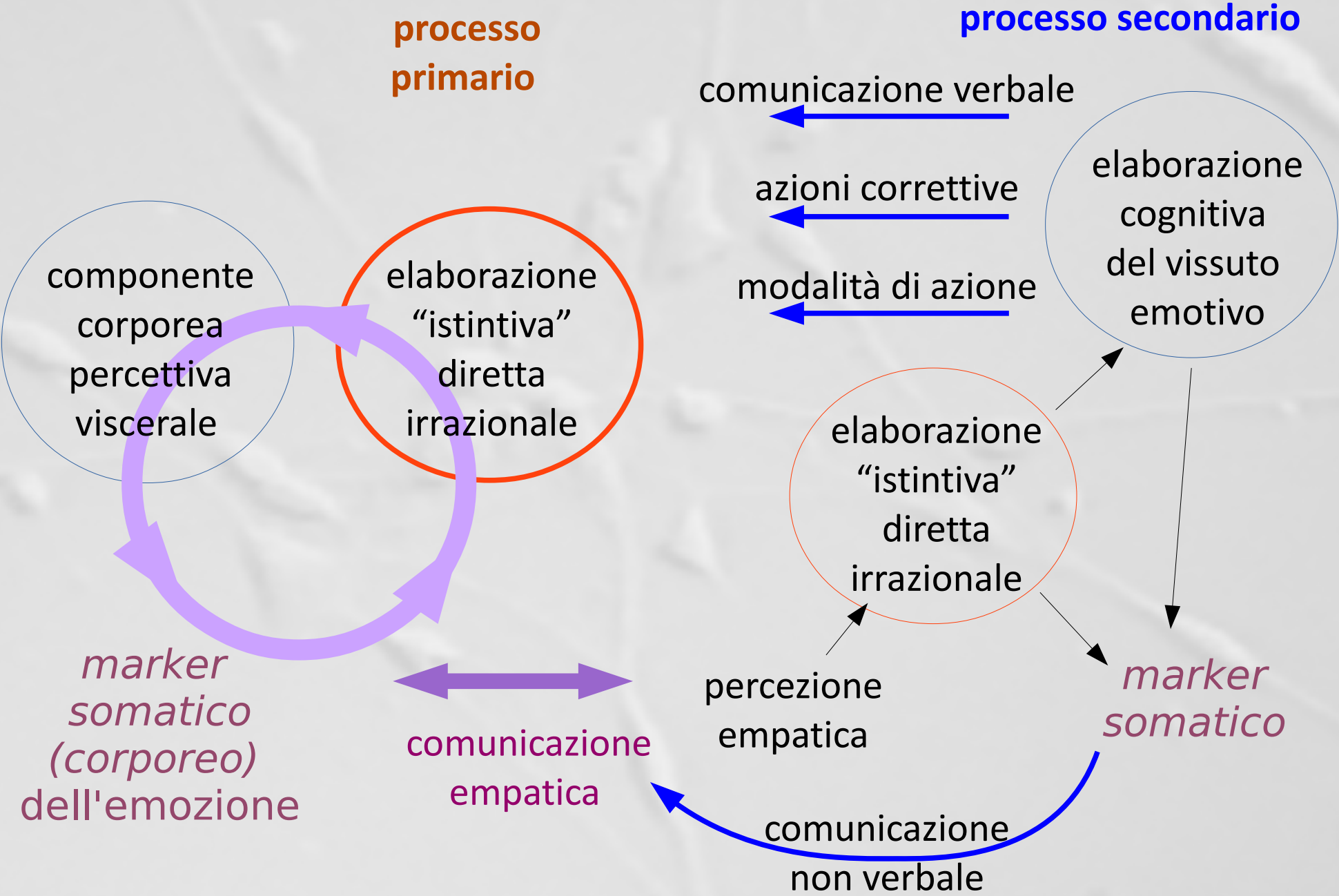
percezione empatica

comunicazione non verbale

marker somatico (corporeo) dell'emozione

comunicazione empatica

marker somatico



Vissuto irrazionale, scambio empatico, rielaborazione

Il care-giver ha a sua volta un vissuto emotivo

- in parte empaticamente in sintonia con l'altro
- in parte di origine endogena autonoma.

processo
primario

- se la situazione clinica, logistica, istituzionale, professionale o proprie carenze di preparazione o inesperienza non gli permettono una pacata rielaborazione cognitiva della paura dell'altro
- se il care-giver ha le **sue proprie paure**

*tende a instaurarsi una **amplificazione reciproca della emozione** (paura)*

irrazionale attraverso la azione evocatrice di emozione

– del marker corporeo proprio

– della percezione empatica del marker corporeo (e stato d'animo) dell'altro

È essenziale che il care-giver sia in grado di gestire cognitivamente le paure sia sue che dell'altro.

processo
secondario

caregiver

vissuto personale
ambiente

processo
secondario

comunicazione verbale

azioni correttive

modalità di azione

elaborazione
cognitiva
del vissuto
emotivo

inesperienza

difficoltà

inatteso

competizione

giudizio

solitudine

?

elaborazione
"istintiva"
diretta
irrazionale

processo
primario

marker
somatico

percezione
empatica

comunicazione
non verbale

Rielaborazione, scambio empatico, risposta funzionale alla paura

Situazioni difficili l'inatteso la solitudine
un ambiente competitivo inesperienza e impreparazione
la preoccupazione di conseguenze professionali o legali dell'errore

tutto questo agisce a livello del ***processo primario***
generando paura e angoscia nel care-giver
che restituisce un carico empatico di angoscia all'assistito

un ambiente basato sulla condivisione di responsabilità
strategia e protocolli precisi condivisi
momenti di condivisione empatica e riesame senza giudizio del vissuto

tutto questo fornisce una base di sicurezza e un contributo di chiarezza
che aiutano la valutazione cognitiva razionale della situazione critica
che potrà essere gestita per via di ***processo secondario***
restituendo all'assistito una rielaborazione complessiva del suo vissuto
e una tonalità al rapporto relazionale e di aiuto
che lo rendano in grado di superare le paure e angosce confuse
e affrontare con tutte le sue risorse le paure e difficoltà reali

caregiver

*ambiente
team / gruppo*

**processo
secondario**

comunicazione verbale



azioni correttive



modalità di azione



elaborazione
cognitiva
del vissuto
emotivo

condivisione di
responsabilità

riesame del vissuto

empatia

strategia
condivisa

competizione

giudizio

solitudine

elaborazione
"istintiva"
diretta
irrazionale

**processo
primario**

*marker
somatico*

percezione
empatica

comunicazione
non verbale

