

BERNHARD SCHLAGE CONTATTO E REGOLAZIONE AFFETTIVA

**TECNICHE E STRUMENTI PER LA PSICOTERAPIA A
MEDIAZIONE CORPOREA NEL CONTESTO DELLA TERAPIA DEL
TRAUMA - IN PARTICOLARE IN RELAZIONE AI METODI DI
INTEGRAZIONE POSTURALE**



**QUADERNI AIPT DI FORMAZIONE E
CRESCITA PERSONALE**

Contatto e regolazione affettiva

Tecniche e strumenti per la psicoterapia a mediazione corporea nel contesto della terapia del trauma - In particolare in relazione ai metodi di integrazione posturale

Autore: Bernhard Schlage

Traduzione Italiana: Massimo Soldati

INDICE

| | |
|--|-----------|
| Indice..... | 2 |
| Abstract..... | 3 |
| Parole chiave:..... | 3 |
| La situazione iniziale | 4 |
| La scena iniziale | 4 |
| La prima fase | 6 |
| La Seconda fase | 7 |
| L'autoregolazione del cliente | 8 |
| La terza fase..... | 11 |
| La quarta fase..... | 16 |
| Dalla tragedia al trionfo | 18 |
| Bibliografia | 19 |
| Biografia | 22 |
| Progetto editoriale | 23 |

ABSTRACT

Sulla base delle recenti ricerche neurofisiologiche, questo articolo esplora il modo in cui il contatto fisico influenza le diverse aree del nostro cervello attraverso i recettori nervosi e come le diverse tecniche di contatto supportino il bisogno di una regolazione affettiva del cliente.

Dimostra come sia utile non evitare l'espressione emotiva, seguendo la proposta di A.F. Schore sulla regolazione degli affetti e lo sviluppo di un sé interiore resiliente per i clienti; come sia utile lavorare con il ciclo affettivo per capire in modo più profondo le difficoltà nel gestire le emozioni di cui soffrono i pazienti traumatizzati e in che modo la comprensione del modello della "finestra di tolleranza" sosterrà sia i clienti che soffrono emozioni troppo forti e dolorose, che quelli che soffrono di un contatto troppo limitato con qualsiasi reazione emotiva.

PAROLE CHIAVE:

Tocco e regolazione affettiva, i meccanorecettori della pelle, diagrammi del ciclo affettivo, finestra di tolleranza

LA SITUAZIONE INIZIALE

La situazione iniziale: diamo uno sguardo al primo contatto tra cliente e terapeuta: in primo luogo abbiamo un contatto tramite e-mail o telefono. Leggiamo le righe scritte dal cliente, o sentiamo la sua voce e iniziamo sempre a relazionarci ai segnali che abbiamo ricevuto:

- In che modo il cliente ha espresso il suo interesse per la terapia: è stato principalmente in termini tecnici ? Era più in termini di bisogni e desideri, o il cliente aveva difficoltà a farsi capire a causa di interferenze emozionali ?
- Oppure al telefono: cosa nel suono della voce del cliente risuona dentro di noi come terapeuti? Ricordiamo che, grazie al nostro "sistema di ingaggio sociale" (Porges 2001), associamo spesso un volto e un corpo ad una persona solo ascoltando la loro voce: quali sentimenti sorgono rispetto a quest'altra persona - anche se non sei allenato a "sentire l'elemento primario cinese in quella voce" ?(Ohashi, 1992; capitolo 3);
- O dove risuona nel tuo corpo la voce del cliente mentre la ascolti ?
- Quali canali di senso usano i clienti: sono più in "visualizzazione", in "dialogo vocale interiore" o parlano dei loro sensi e sensazioni corporee? Tante informazioni che potresti percepire dai tuoi clienti in questa situazione ancor prima di incontrarti effettivamente.

LA SCENA INIZIALE

E poi la **scena iniziale**. La prima interazione dal vivo. La relazione tra la visione interiore che potresti aver creato del tuo cliente e la realtà; quali espressioni facciali mostra il nuovo cliente in questo contatto: Sta sorridendo? O è vicino alle lacrime!? O nel contatto faccia a faccia sembra che ci sia una grande distanza tra te e gli occhi scettici che ti osservano!? Com'è la qualità della stretta di mano? Forte come se un bulldog stringesse le tue ossa ... o flaccida, come uno straccio!? E in che modo questo si collega alla tensione generale della persona di fronte a te!?

Questa scena iniziale è piena di informazioni sensoriali dettagliate sullo stile di interazione dei tuoi clienti. E nella psicoterapia corporea usiamo il nostro corpo come regolatore interattivo, psicobiologico di tutte le emozioni che possono sorgere in questa situazione (Diamond et al. 1963, Shore 2001b). Courtois (1999) descrive che clienti particolarmente traumatizzati, a causa delle loro esperienze dolorose, hanno grandi difficoltà a stabilire una comunicazione meno timorosa nella relazione terapeutica. Pertanto, i terapeuti hanno bisogno di sviluppare creatività riguardo ai modelli di interazione sia consci che inconsci.

Ad un livello di base, percepiamo per esempio che non c'è sentimento. Solo una maschera di interazione più o meno amichevole, le emozioni sono in uno stato di ipoeccitazione (riguardo a iper/ipo-arousal vedi: Post et al., 1997) [*iper/ipo-arousal: ipereccitazione-ipoeccitazione. Ndt*], non c'è nulla con cui relazionarsi veramente; o ancora meno: forse un silenzio che non riusciamo a capire; o qualcosa come un profondo buco nero/vuoto che si apre nel contatto, ma non può essere toccato in alcun modo; o è il caso opposto: il livello base dell'interazione è in uno stato di ipereccitazione: molto dolore sta venendo fuori in questo primo contatto con il cliente: lacrime causate da qualcosa che è accaduto sulla strada per lo studio; o negli ultimi giorni prima del nostro incontro; o i clienti hanno fantasie riguardo alle tue capacità di terapeuta: leggono qualcosa su Internet che li ha profondamente toccati; o vedono qualcosa nei tuoi occhi che fa sorgere la loro sfiducia di base ...

Come, in quanto terapeuta, ti relazioni a questa situazione di legame [*bonding*]!? Prendi il feedback emozionale sul piano personale, ad esempio come il risultato delle tue strategie di marketing buone o cattive!? Ti rilassi sulla poltrona con "un viso tranquillo" (Hornak et al., 1996), semplicemente osservando ciò che percepisci?! Usi diversi schemi interattivi per scoprire come affrontare questa situazione: sei consapevole del cambiamento nella tua voce mentre parli in questo primo contatto !?

Che dire della auto-organizzazione del tuo corpo durante il contatto con i clienti: ti senti a tuo agio!? Le tue braccia sono incrociate!? Le tue gambe!? Oppure la tua reazione a questo cliente è di gesti semplici e aperti: rilassi le braccia, ti siedi di fronte al cliente e rispecchi ed adotti le sue espressioni facciali? Sei in grado di seguire i suoi gesti per avvicinarti a coglierne il significato? Dai un feedback al tuo cliente sulla sua espressione facciale e gestuale!? Inizi a regolare le emozioni durante questo primo contatto o ti senti sopraffatto dalle emozioni!? (Circa l'intento diretto endogeno del cervello umano di rimanere in relazione vedi: Dunn, 1995, p.724)

LA PRIMA FASE

Durante questa prima fase sostieni il tuo **sistema di ingaggio sociale** e quello dei tuoi clienti (Porges 2001) allo scopo di trovare le regolazioni facilitanti una buona interazione che permetta sia una situazione di condivisione dei sentimenti profondi, che un sostegno alla necessità di chiari confini o regole, che sono una necessità per entrambi in quanto esseri umani adulti. Per fare ciò abbiamo bisogno solo di poca gerarchia e di un affidabile sistema di feedback reciproco in un setting di relazione quasi simmetrico. Questo differisce completamente dal vecchio paradigma del terapeuta come una tabula rasa che vede i problemi di transfert del cliente da una prospettiva oggettiva. "L'osservatore di una situazione è parte della situazione" (Greene 2004, capitolo 4: Heisenberg and the vagueness). E il nostro sistema di ingaggio sociale è un buon regolatore interno relativamente a tutte le questioni di contatto e interazione che possono sorgere. In questa prima fase iniziamo a dare un feedback sulle interazioni corporee con i clienti, su quelle di cui entrambi siamo consapevoli, come il suono della loro voce, la forza o la velocità dei loro movimenti, o sui nostri sentimenti in questa situazione di legame mentre stiamo condividendo spazio e tempo all'interno del setting terapeutico. Cerchiamo di nutrire la capacità del cliente di ricevere e dare feedback con una certa consapevolezza corporea. Allo stesso modo i buoni genitori interagiscono con i loro figli: danno un feedback alla loro esistenza con tutta la loro presenza fisica. Successivamente, includeremo anche le componenti inconsce dell'interazione. Soprattutto la "lettura del corpo" (Kurtz e Prester 1976) seguirà in una fase successiva, quando è cresciuta una base sicura di confidenza, il che non può assolutamente essere il caso nella situazione iniziale di un setting terapeutico.

Più tardi puoi oscillare tra queste regolazioni e i successivi metodi di autoregolazione che usi, per ricreare ancora e ancora una situazione terapeutica di fiducia e sviluppo personale per entrambe le parti del contatto terapeutico.

In questa situazione iniziale di terapia hai l'opportunità di decidere se puoi continuare con il tuo tipo di psicoterapia corporea, o se c'è una necessità di lavorare con strategie terapeutiche focalizzate sul trauma. Abbiamo dimenticato/non possiamo dimenticare che anche se c'è, dagli anni '90 del secolo scorso, un background culturale che suggerisce che "tutti i clienti sono traumatizzati", ci sono alcuni che hanno appena vissuto esperienze di fortemente

ansiose ed hanno bisogno di aiuto per farvi fronte, e solo alcuni dei nostri clienti sono traumatizzati in un modo che è stato definito come:

- Esiste una comprensione soggettiva di una situazione che minaccia la vita;
- Per il cliente non c'è stata opportunità di lotta o fuga
- Dopo l'evento, non c'è stato modo di ricevere buoni, nutrienti legami per calmare la reazione nervosa autonoma (Levine, 2010; capitolo 1)

LA SECONDA FASE

Nella seconda fase, monitorare (Ogden et al; 2010; capitolo 9) la consapevolezza corporea è l'obiettivo principale. Supportare le risorse dei clienti nel trovare luoghi buoni e sicuri, la loro sensazione di una migliore centratura/migliorare il loro senso di essere centrati nel loro corpo e soprattutto rafforzare la loro capacità di differenziare tra un'interpretazione emotiva di un segnale corporeo e la sensazione corporea stessa. Questo più tardi sosterrà la loro capacità di calmare l'ipereccitazione emotiva; oppure, se si trovano in una situazione di ipoeccitazione, supportare l'autoattivazione emozionale.

Qualunque sia il tipo di psicoterapia corporea in cui sei specializzato, d'ora in poi dovrai gestire tutti i dettagli della scena iniziale nella situazione di legame con i clienti - ad esempio:

- La distanza a cui scegli di lavorare con un cliente.
- Supporto alla gestualità: quale tipo trovi significativo per il lavoro che vi aspetta. Forse vuoi incoraggiare un cliente ad ingrandire un gesto per scoprirne il significato ...
- Oppure inizi a giocare con i segnali del corpo inconsci che hai percepito nella scena iniziale.
- Oppure puoi portare più consapevolezza in una certa area del corpo del cliente dove si sentono più a proprio agio.
- Invitarli a respirare in quella zona.
- Attirare la loro attenzione su piccoli cambiamenti: differenze di temperatura o percezione di colori sotto la pelle. Tutto questo può anche essere descritto in termini di

"radicamento", che è un termine originario della bioenergetica (Lowen 1975; Ogden et al 2010, capitolo 10) e successivamente è stato sviluppato nel concetto di "embodiement" dell'esperienza (Hüther 2011). Non è solo un termine, è un paniere pieno di tecniche, ognuna delle quali consente di individuare buone, forti risorse somatiche, accanto o al di sotto delle memorie traumatiche che i clienti possono avere. *[La parola embodiement ha un ricco e vasto significato e non è traducibile facilmente in italiano, potrebbe essere "incarnazione", "incorporazione". Essa indica lo sviluppo del canale cenestesico, propriocettivo, la capacità perciò di sentirsi attraverso il movimento e le sensazioni interne del corpo, ma insieme la capacità di essere presente nel corpo.]*

Durante questa fase, la relazione dà la possibilità di allenare entrambi: il terapeuta nella scelta dei suoi interventi ed i clienti nel mantenere l'eccitazione emotiva in un intervallo ottimale all'interno della "finestra della tolleranza" (Ogden, et., 2010; p. 67) nel loro lavoro sulle memorie. Abbastanza emozione è evocata per lavorarci (secondo Breuer/Freud i ricordi senza sufficiente affetto non hanno alcun impatto sul processo di guarigione 1895; GW1; P. 85) ed una regolazione sufficiente avviene per via del sistema di ingaggio sociale che aiuta a mantenere la carica delle emozioni ad un grado di intensità che consente ad entrambi di regolare il processo, anche se alcune prime "rapide" (Levine 1997) potrebbero dover essere passate.

Il sistema di ingaggio sociale insegna ad entrambi: al terapeuta sulla scelta delle tecniche che supportano la regolazione con il singolo cliente, ed ai clienti, su come gestire l'eccitazione emotiva senza cadere nelle cascate di reazioni post-traumatiche che avevano sperimentato in passato.

Sostenere la consapevolezza dei clienti significa primariamente stabilire aree corporee dove i clienti possano sentirsi sicuri e confortevoli, dove in seguito possano regolare la loro paura di memorie traumatiche anche quando si innescano sensazioni di separazione dal corpo (se hanno tendenza verso la ipereccitazione) o stabilire qualcosa come una presenza cenestesica in un'area del corpo che in seguito potrà essere sviluppata in una reazione emotiva (se hanno tendenza a rimanere nella ipoeccitazione). Ora devi stabilire diversi aspetti dell'autoregolazione dei clienti.

L'AUTOREGOLAZIONE DEL CLIENTE

E ricorda quanto segue: Se hai un cliente con disturbi alimentari, il digiuno non fa parte della soluzione!

Se il tuo cliente appartiene a quel venti per cento degli europei che soffrono di problemi di sonno, non dormire più non è la soluzione! E lo stesso è vero con il tatto: se hai un cliente che è stato traumatizzato dalla violenza, o anche dall'abuso sessuale, evitare il contatto è parte del problema e non porta alcuna risoluzione al trauma del cliente. Ad ogni modo, come psicoterapeuta corporeo, dopo aver reso il cliente consapevole della parte fisica della relazione, svilupperai modi per entrare in contatto più stretto con il cliente e questo implica anche il tatto. **Il tocco fa parte del processo di autoregolazione del cliente.** (Vedi anche i concetti di Bion 2004: "contenimento" e Winnicott: 1990: "ambiente facilitante").

Alcuni anni prima Bandler e Grinder (1976, p. 37, Ogden 2010, capitolo 8) hanno scoperto durante la videoregistrazione delle sedute di Virginia Satir, Fritz Perls e Milton Erikson che il dialogo inconscio del corpo tra terapeuta e cliente è un fattore primario per il successo della terapia. Bowlby (1995) dimostra la parte che i nostri corpi giocano nella regolazione del contatto e della guarigione terapeutica. Gelder (2004) spiega anche in seguito che le posizioni di rispecchiamento attivano parti simili del cervello in tutti i partecipanti in una situazione e questo è stato chiamato "risonanza posturale". E infine Rizzolatti (et al., 1996) ha scoperto l'attività dei "neuroni specchio" come parte della nostra attività cerebrale per adattarsi ai sentimenti delle persone con cui comunichiamo.

In questa fase, iniziamo implicitamente a fare qualcos'altro che in seguito, nella terza fase di lavoro, inizieremo a fare esplicitamente: per i clienti, iniziamo a sviluppare una storia di buon contatto, contatto che i nostri clienti ricevono e di cui divengono competenti. Alcuni dei clienti traumatizzati hanno frammenti di memoria riguardo la "situazione originale" (Rosenberg 1985) della loro esperienza traumatica. Altri hanno appreso da un'altra fonte che qualcosa deve essere successo, o durante il colloquio anamnestico all'inizio del lavoro, hai scoperto che alcuni dei criteri per una situazione traumatica irrisolta potrebbero essere trovati con questo cliente. Tuttavia, spesso la "situazione originale" non può essere richiamata... In realtà, è vero il contrario: i clienti soffrono di mancanza di memoria di lunghi periodi di vita e soprattutto di ricordi della prima infanzia.

Pertanto iniziamo a rendere i clienti sensibili alla storia/esperienza del contatto che possono aver ricevuto: ad esempio le madri toccano durante l'allattamento; il contatto delle mani della madre/nonna con il bambino mentre cambia pannolini; la sensazione sulla pelle del loro peluche; il contatto manuale o corporeo con i loro fratelli e sorelle; i ricordi delle zampe degli animali domestici se ce n'erano nella loro infanzia, come i porcellini d'India... conigli... cani o gatti; il contatto fisico con i parenti in famiglia mentre leggono fiabe o guardano la TV; esperienze di contatto fisico mentre si fa sport o si balla; o, ultimo ma non meno importante, i buoni contatti che i clienti possono ricordare da relazioni precedenti o attuali.

Nel fare ciò, il terapeuta sviluppa gradualmente una mappa di contatti corporei buoni o benefici ricevuti dai clienti - ad esempio la l'insieme delle sensazioni tattili provenienti dai loro loro parenti. Inizi a creare un puzzle della memoria; all'inizio potrebbe essercene ben poca; ma passo dopo passo, si svilupperanno alcune isole di memoria in un posto speciale nella loro infanzia; intorno a una fotografia che hanno; od una certa età... talvolta è solo un piccolo dettaglio: il colore di una carta da parati, l'odore in una stanza... senza nemmeno sapere da dove proviene. Quello che iniziamo a fare è sia riattivare l'attività della memoria del proencefalo (von der Kolk 1996) che rompere il modello delle reazioni traumatiche dominate dall'amigdala (Brewin 2001; p. 381), attivando maggiormente anche altre aree cerebrali in questa fase di lavoro.

Ciò si ottiene non solo parlando: in un processo parallelo, mentre iniziamo a risvegliare l'interesse dei clienti per i diversi tipi di tocco ed per le aree tattili e del corpo che si sentono protette, stiamo anche mirando ad un nuovo tipo di "tracciamento": il tracciamento del contatto stesso e da parte dei clienti delle diverse qualità di tocco. Questo può accadere attivamente: ricordano la pelle delle mani della madre... e li invitiamo a esplorare la pelle da soli o attraverso le mani del terapeuta. Oppure può accadere in modo passivo: ricevono diversi tipi di tocco dal terapeuta. All'inizio, è un tocco senza alcuna intenzione: come potrebbe esserci nel fare il Reiki, o premere un punto di digitopressione, o sciogliere una parte della fascia... niente di tutto questo. Solo mettere la mano su un'area specifica in cui i clienti si sentono a proprio agio e portare consapevolezza su questo contatto.



LA TERZA FASE

Quando alcuni cambiamenti cominciano a manifestarsi, nella terza fase del processo terapeutico, supportiamo le risorse dei clienti allo scopo di apprendere a ricevere un contatto: tenendoli nel "qui e ora" (Stern 2004), aiutandoli ad essere consapevoli della differenza tra la sensazione del corpo e la interpretazione emotiva (emozione); aiutandoli a sentire le qualità del contatto stesso: è caldo o freddo? La superficie della pelle si fonde nel contatto o rimane la capacità del cliente di essere separato/incapace di connettersi con il tocco; sente il bisogno di relazionarsi con il tepore delle mani del terapeuta - o al contrario, teme che qualcosa si stia intromettendo nel loro corpo con questa mano!? (vedi anche le proposte per diversi tipi di contatto manuale in: Busch 2006).

Con i clienti che hanno dolore spesso emerge uno schema inconscio per usare il tocco di qualcuno come un "parafulmine" per scaricare il loro dolore, ed è interessante quello che succede quando il terapeuta dà loro un feedback su questo schema. Questo processo allena la consapevolezza della differenza tra l'interpretazione dei clienti dell'intenzione di contatto del terapeuta e la loro propria reazione emotiva alla qualità del tatto. Cambia la qualità: fai un po' di leggero movimento, cambia il calore o la pressione della mano (Schlage 2016) e ancora e ancora supporta l'autoregolazione dei clienti, o la regolazione attraverso il sistema di ingaggio sociale del terapeuta con strategie che entrambi hanno imparato nelle precedenti fasi di lavoro. Stabilire risorse somatiche (Hermann 2003, Bundy, Lane & Murray 2002), identificare memorie peritraumatiche (Janet 1925) e mappare le qualità del tatto (Sollier 1897, Lowen 1967, capitolo 3) sono gli obiettivi principali all'inizio di questa fase.

E ricorda, i ricordi possono essere visivi, possono essere uditivi (il suono della voce materna, il suono del motore della macchina del padre o il suono delle voci dei dialoghi interiori dei clienti...), alcuni clienti possono concentrarsi su memorie olfattive e, specialmente nella psicoterapia corporea, molti clienti hanno ricordi cinestetici: da precedenti sessioni osteopatiche o Shiatsu ricevute; sentimenti di essere respinti; essere manipolati attraverso il tocco. I terapeuti supportano il monitoraggio percettivo di queste esperienze profonde, o il senso dei micro movimenti autonomi per ristabilire la consapevolezza del proprio corpo in aree in cui i clienti si sentono rigidi o lontani... è possibile monitorare quando i clienti muovono le parti del corpo loro stessi, magari durante un tocco continuo. Esploriamo ciò in diverse aree del corpo: centro / periferia; parte anteriore; gambe, braccia; faccia o testa ... e lì

i terapeuti possono usare mappe conoscitive di quale possa essere il background emotivo in queste aree (Marcher 2010; Painter 1987) influenzato dall'input sensoriale per la regolazione dell'eccitazione diadica e la regolazione degli affetti allo scopo di stabilire una relazione sicura per entrambi: terapeuta e cliente. La stabilizzazione del modello neurofisiologico della corteccia orbitofrontale è fondamentale per una migliore autoregolazione del cliente, per un sistema di ingaggio sociale più differenziato e per un modello di legame più sicuro del cliente. È l'input sensoriale che rende possibile lo sviluppo. (Schoore, 2003, 219)

All'inizio della terza fase i terapeuti non si focalizzano sul trauma. Si sono solo aperti all'accumulo delle memorie. I terapeuti che interpretano le memorie troppo presto influenzano la tipologia delle memorie, specialmente quelle riguardanti l'abuso sessuale. Ci vuole del tempo per il cliente e il terapeuta per scoprire la differenza tra un ricordo:

- di fantasie inconsce del cliente che fa sesso con un adulto o un parente stretto, che indicano un conflitto irrisolto nella fase edipica del normale sviluppo psicosessuale;
- o il caso in cui i ricordi seguono una "falsa memoria" indotta (Stevens et al., 2007);
- o quello in cui i clienti offrono un ricordo di un abuso sessuale che è realmente accaduto.

Anche se normalmente i clienti in questa fase di lavoro sono ambivalenti con tali ricordi, i terapeuti stessi devono frenare ogni interpretazione finché entrambi hanno raccolto abbastanza pezzi del puzzle della "situazione originale" per decidere: cosa è successo, quando, dove e chi è stato coinvolto.

È una domanda che i clienti pongono spesso: "Quanti dettagli delle memorie sono necessari, per uscire dallo schema emozionale traumatico a cascata?" E ci sono diversi modi per rispondere: certo, alcuni clienti hanno bisogno di identificare realmente cosa è successo esattamente; nel caso ad esempio che i perpetratori siano ancora vivi, che i clienti debbano rimanere in continuo contatto con questi parenti nelle loro famiglie. Altri clienti rimangono nella fase ambivalente della realizzazione del fatto e hanno bisogno di diventare più curiosi, o più coraggiosi, per seguire dove puntano i ricordi. Ma alla fine è sufficiente che entrambi, cliente e terapeuta, si rendano conto che le emozioni trovano nuove modalità e possono essere espresse più facilmente; e riconoscano che la capacità del cliente di autoregolare le sue reazioni emotive e le sue reazioni generate da memorie in un modo più allineato al naturale ciclo affettivo (*vedi nota seguente*) è in aumento.

Mantenendo attive le risorse somatiche che abbiamo sviluppato nella relazione cliente/terapeuta, od attraverso la autoregolazione del cliente, nella terza fase continuiamo a lavorare su sequenze traumatiche più specifiche toccando:

- Diverse aree del corpo (ad esempio lato anteriore delle gambe, braccia, spalle ...),
- Diversi strati di quelle aree (ad esempio superficialmente nelle aree dei meridiani e punti di agopuntura, nelle memorie muscolari, tra la fascia degli organi o più profondamente nel periostio)
- Con diverse qualità di tocco (ad esempio seguendo il contatto, invitando a micro movimenti, evocando emozioni più profonde, contenendo qualcosa ...).

Mentre lo facciamo, continuiamo a mappare la storia biografica dei clienti e iniziamo a tracciare sequenze traumatiche di memoria. Facendo questo, siamo consapevoli dei cambiamenti in certe aree del corpo durante l'eccitazione emotiva, e del cambiamento di orientamento e consapevolezza, e attiviamo le risorse somatiche dei clienti per tollerare questi cambiamenti. Noi interrompiamo le cascate post-traumatiche dello stress con l'aiuto del "paniere di tecniche" di grounding ed embodiment che abbiamo consolidato nelle precedenti fasi di lavoro, e iniziamo a cercare reazioni di difesa incomplete: i clienti particolarmente traumatizzati hanno attività motorie "congelate" che possono essere riconosciute da terapeuti esperti in piccoli movimenti alla periferia delle attività dei clienti: ad esempio i movimenti delle dita o dei piedi. Questi possono essere osservati per scoprire quale tipo di reazioni difensive o di inizio attività di attacco/ fuga sono lì da riattivare. Essendo consapevoli del fatto che ci sono circa 700 recettori nervosi in 1 metro quadrato di pelle (Juhan 1987, capitolo 2), gli psicoterapeuti corporei scelgono anche diversi tipi di contatto per stimolare attraverso questi recettori la regolazione di base del sistema nervoso autonomo: ad esempio gli organi del Golgi, per diminuire tensione delle fibre motorie dei muscoli; i recettori di Pacini per aumentare il feedback propriocettivo dei clienti e in particolare i recettori Ruffini per l'inibizione dell'attività simpatica. (Rywerant 1983; Schleip 2012; p. 151)

Probabilmente, in questo modo, le reazioni emotive del sistema limbico emergeranno e superando il vecchio paradigma terapeutico dell'"acting out" (van der Hart, 1993, p. 165), ora siamo consapevoli delle diverse fasi di carica emotiva: stiamo lavorando con il modello del ciclo affettivo (Erken, R. & Schlage, B., 2012, *vedi Eckert, A.A. e Kloers, K pp. 209-223*) che mostra come ogni emozione possa essere vista in diverse fasi e che ci sono alcune fasi in cui devi essere particolarmente attento nel trattare clienti traumatizzati: per esempio alcuni di loro sono in uno stato di ipereccitazione e probabilmente sono invasi dalle

emozioni prima che sia stato raggiunto un sufficiente radicamento nell'esperienza, la capacità di distinguere il luogo nel loro corpo, di distinguere tra l'interpretazione emotiva di una sensazione corporea e la sensazione stessa. In questo caso, riattiviamo le strategie delle precedenti fasi di lavoro per rallentare l'eccitazione, od anche nel caso che stiano correndo molto velocemente da un'eccitazione all'altra senza essere sufficientemente in grado di separarsi dal segnale/relazione di innesco. In questi casi abbiamo bisogno di usare più tecniche per migliorare il centramento (*centering*) e il distacco al fine di regolare l'eccitazione emotiva. Oppure nel caso contrario che i clienti non possano caricare le loro emozioni abbastanza per lavorare con gli affetti che riguardano le loro memorie, usiamo diversi modi per caricare il respiro e l'attività motoria dei clienti per ristabilire la loro energia emotiva nelle aree del corpo che sono bloccate o si sentono congelate o rigide.

Il contatto corporeo nell'integrazione posturale elabora le emozioni nelle cosiddette "rapide". (Levine 1997) Noi sosteniamo un processo di "fusione dell'energia congelata", che è una metafora per indicare la riattivazione dei micro movimenti, e sviluppiamo la fiducia dei clienti nelle onde emozionali: dall'autoregolazione alla riattivazione del modello di attacco e fuga. In questo modo continuiamo a utilizzare le strategie di autoregolazione e quelle relative al sistema di ingaggio sociale che sono stati addestrate in precedenti fasi.

Ci sono fenomeni specifici con clienti traumatizzati che si presenteranno e devono essere trasformati in un'altra coreografia. Ricordiamoci: i clienti, in queste situazioni specifiche, si sentivano in una situazione di pericolo di vita; questo significa che molte delle attività del cervello si svolgevano in modalità sopravvivenza. Questo inoltre significa che una grande quantità di normali capacità cerebrali non sono disponibili per i clienti; significa reazioni primarie indotte dall'amigdala come un'eccitazione emotiva molto elevata per reagire, o il contrario, l'ipo eccitazione, l'assenza di qualsiasi contatto emotivo, la contrazione dei muscoli o addirittura il collasso del tono muscolare e della circolazione sanguigna. I terapeuti spesso osservano questo negli stati di ipereccitazione dei pazienti che soffrono di reazioni da stress post-traumatico.

Possiamo supportare reazioni di orientamento e migliore radicamento delle sensazioni corporee nelle aree in cui il cliente si sente sicuro; quando i clienti non possono attivare il loro schema di attacco/fuga del sistema nervoso sosteniamo le risorse corporee che abbiamo costruito nelle precedenti fasi del lavoro; monitoriamo i micro movimenti e supportiamo la loro attività di autoregolamentazione per portarli fuori da quegli stati di consapevolezza corporea "bloccati" o "dissociati"; supportiamo la capacità dei clienti di gestire emozioni ancora più profonde o più potenti e allo stesso tempo di essere

consapevoli di ciò che sta accadendo. In accordo con il conflitto caratterologico di base scegliamo diversi tipi di coreografia del ciclo affettivo per la riprogettazione di un cliente più sano e ben regolato. (<https://icpit.org/philosophical-backgrounds-bodymind-integration/>- vedere il capitolo "Bodymind Intergration defined from several angles"; Marivoet 2016) e, infine, supportiamo la creazione di situazioni di stretto legame (bonding), favorendo in tal modo la riorganizzazione finale dei clienti (vedi quarta fase di lavoro). Ogden (2010) descrive la necessità di correlazione tra i muscoli interni profondi e i muscoli superficiali del corpo (citato in Kurtz e Presteria 1979). È necessario anche lo sviluppo ed il completamento di reazioni difensive non portate a termine: se i clienti hanno impulsi di lotta o fuga, indicati ad esempio dal modo in cui le braccia sono utilizzate per guadagnare più distanza, o le gambe stanno calpestando qualcosa o mostrano il desiderio di scappare, cerchiamo modi per aiutare a completare questi movimenti incompiuti.



LA QUARTA FASE

La quarta fase del lavoro è la creazione di trionfali esperienze di embodiment e la loro integrazione nelle relazioni della vita quotidiana.

Sebbene questo articolo descriva il lavoro psicoterapeutico ad orientamento corporeo con il trauma, che lavora con i clienti in un modello a fasi, le relazioni terapeutiche reali non funzionano in questo modo. Spesso durante la quarta fase stanno emergendo alcuni ricordi sconosciuti, o è possibile che, con la prospettiva di porre fine alla terapia, emergano alcune nuove memorie traumatiche di cui i pazienti o i terapeuti non erano stati consapevoli prima. (Steele 2005b)

In questa fase di lavoro, l'obiettivo principale è quello di sostenere i clienti nel trasferire gli strumenti appresi di autoregolazione e relativi al sistema di ingaggio sociale nelle situazioni della vita quotidiana. (Brown et al., 1998)

Anche nella situazione di legame (*bonding*) ci prendiamo del tempo per stabilizzare i modelli di auto-difesa e auto-autorizzazione positivi che abbiamo favorito nelle precedenti fasi di lavoro. Ora cerchiamo anche di supportare l'esigenza dei clienti di acquisire maggiore intimità in contatto con altre persone o parenti (Brown 1998). Spesso dopo esperienze di vita traumatiche, il sistema di legame (*bonding system*) viene danneggiato in modo tale che i clienti soffrono la incapacità di avere relazioni soddisfacenti. Alcuni, ad esempio, possono entrare troppo velocemente in un'impostazione di prendersi cura di qualcun altro (Sable 2000), o nell'intimità senza regolazione della distanza e della coscienza di sé, o cadono nei cosiddetti modelli di rapporto "paradosso" o "genitorializzato" (Minuchin 1974) nei quali si prendono cura di quei parenti che, in un sano modello familiare, dovrebbero essere in realtà quelli che si prendono cura del benessere del cliente. I clienti devono imparare che radicamento, centratura, bonding, sounding e contatto oculare, e il nostro sistema di ingaggio sociale, rendono possibile regolare il contatto e l'intimità in relazione a una determinata situazione e al tipo di relazione in cui si trovano. C'è una differenza tra regolare la relazione con un collega al lavoro o un amico intimo od un familiare con cui è consigliabile una maggiore distanza.

Juhan (1987, P. XXIX) scrisse che i terapeuti creano un'onda di informazioni sensoriali e motorie verso la mente dei clienti che va oltre il limitato repertorio della loro esperienza di vita. Nuove informazioni, che nutrono la loro mancanza di conoscenza delle possibilità

sensoriali e motorie dei loro corpi, supporteranno i clienti nell'affrontare nuovi modi di relazionarsi con la natura, l'ambiente e le relazioni.

Janet ha scritto (1925, p.988) che la caratteristica principale di un trattamento terapeutico di successo è la migliore capacità dei pazienti di provare felicità e gioia. Per i clienti traumatizzati questo è difficile da raggiungere benché abbiano estremo bisogno di queste esperienze di vita. Sappiamo che - probabilmente a causa di problemi di neurotrasmettitori con il sistema dopaminergico (Cabib & Puglisi-Allegra 1996) - è difficile aiutare i clienti a lasciarsi andare a questo tipo di sensazione, dopo il lavoro con il "ciclo affettivo" e le "rapide". Per via del fatto che questi sentimenti hanno la tendenza ad aprire le persone alle situazioni e relazioni, questi clienti sono naturalmente profondamente spaventati dal processo di apertura. Frijda (1986, p 368) scrive che "le sensazioni piacevoli informeranno inconsciamente il corpo stesso perchè si aprirà alle possibilità di nuovi modelli comportamentali". Quindi, in questa fase del lavoro, dobbiamo invitare i clienti a perseguire attivamente sensazioni positive sia nelle relazioni che nell'autoregolazione.

Questo può portare a nuovi hobby come ballare, fare sport, ascoltare buona musica, scegliere nuovi colori di vestiti o creare cambiamenti nel loro ambiente. Sosterremo i nostri clienti in tutto ciò che scopriamo li sta aiutando a seguire questa nuova ondata di energia, un nuovo orientamento delle loro funzioni cerebrali e le intenzioni del sé personale.

Nella fase finale del lavoro, i terapeuti devono anche sviluppare una nuova visione dei loro clienti: smettere di guardarli attraverso gli occhi diagnostici orientati al deficit, anzi al contrario, iniziare a guardare nella direzione del potenziale umano (Dychtwald 1977, capitolo 9) ed alla realizzazione di un modello archetipico della loro anima. (Jung 1978)

DALLA TRAGEDIA AL TRIONFO

È una vecchia questione con la quale anche le religioni stanno lottando: perché le persone devono soffrire per via delle loro esperienze di vita!? Anche se sappiamo che alcuni dei problemi mondiali sono il risultato delle abitudini delle persone a privilegiare gli interessi commerciali, sappiamo anche che le persone reagiscono in modo diverso alle stesse esperienze di vita. Alcuni sono in grado di guardare a ciò che hanno vissuto a cuor leggero e a posteriori comprendono che grazie a questo problema sono cresciuti in modo positivo. Ma soprattutto le persone traumatizzate risulta evidente che finiscono per ripetere il loro modello di sofferenza indefinitamente - a loro sembra che non ci sia via d'uscita.

La psicoterapia corporea offre soluzioni che sembrano essere naturali: anche se usiamo tecniche apprese, usiamo le nostre voci per calmare, usiamo il nostro sistema di ingaggio sociale per regolare la relazione con la nostra presenza corporea e usiamo il tocco per sostenere il contenimento di ciò che è accaduto. Schlage (2017) ha scritto degli effetti speciali che il transfert somatico ha nella situazione di fine cura, in particolare per il terapeuta. Possiamo dire che eliminiamo alienazione e distacco dalla vita naturale e cerchiamo di ristabilire le funzioni vitali basilari come sentirsi bene nel proprio corpo, avere buone relazioni e vivere in un ambiente sano.

Allo scopo di perseguire questo processo, questo articolo può dare qualche suggerimento a entrambi, sia clienti che colleghi psicoterapeuti corporei.



BIBLIOGRAFIA

- Bandler, R., & Grinder, J. (1976). *The structure of magic*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Bion, W. R. (1984). *Learning from Experience*. London: Karnac. Bowlby, J. (1988). *A secure base parent-child attachment and healthy human development*. New York: Basic Books.
- Breuer, J., & Freud, S. (1955). *Studies in hysteria (1893 – 1895)*. London: Hogarth Press.
- Brewin, C. R. (2001). A cognitive neuroscience account of posttraumatic stress disorder and its treatment. *Behavioral Research and Therapy*, 39, 373 - 393.
- Brown, D., Schefflin, A., & Hammond, D. (1998). *Memory, trauma, treatment and the law: An essential reference on memory for clinicians, researchers, attorneys and judges*. New York: Norton.
- Bundy, A. C., Lane, S. J., Murray, E. A., & Fisher, A. G. (2002). *Sensory integration: theory and practice*. Philadelphia, PA: F.A. Davis.
- Busch, T. (2006) *Therapeutisches Berühren als reifungsfördernde Intervention in: Hrsg Marlock, G., Weiss, H., (2006). Handbuch der Körperpsychotherapie, München, Schattauer, pp 517 – 529.*
- Cabib, S., & Puglisi-Allegra, S. (1996). Stress, depression and the mesolimbic dopamine system. *Psychopharmacology*. (Berlin), 128, 331 – 342.
- Courtois, C. A. (1991). *Theory, sequencing and strategy in treating adult survivors*. *New Directions for Mental Health Services*, 51, 47 - 60.
- Diamond, S., Balvin, R., Diamond, F., Gardner, M. (1963). *Inhibition and choice*. New York: Harper & Row.
- Riguardo all'intento diretto endogeno del cervello umano di essere in relazione vedi
Dunn, J. (1995); „Intersubjectivity in Psychoanalysis: a critical review.“ *International Journal of psycho-analysis* 76. pp 723 - 38. doi:10.1017/cbo9780511621994.
- Dychtwald, K. (1977) *Bodymind*. New York: Pantheon Books, Random House.
- Erken, R. & Schlage, B. (a cura di) Beitter, B., Piroli C., Eckert, A.A., Vaux, C., Schwiefert, G., Sevilla Padron, R.M., Soldati, M., Wilkinson, B., Ziehl, S., Painter, J., Cascone, R., Marivoet, D., O'Siochain, N. (2012). *Transformation of the self with bodymind integration. Postural integration - energetic integration - psychotherapeutic postural integration*. Berlin: Holzinger.
- Frijda, N. H. (1986). *The Emotions*. Cambridge, U.K.: Cambridge University Press.
- Greene, B. (2004). *Fabric of the Cosmos: Space, Time, and the Texture of Reality*. New York: Alfred A. Knopf.
- Herman, J. (1992). *Trauma and recovery*. New York: Basic Books.

Sulla regolazione degli affetti seguendo mimica e voce, vedi

Hornak, J. (1996). *Freud reappraised: a fresh look at psychoanalytic theory*. New York: Guilford Press.

Janet, P. (1925). *Principles of psychotherapy*. London: Allen & Unwin.

Juhan, D. (1987). *Job's body: A handbook for bodywork*. Barrytown, NY: Station Hill Press.

Sul lavoro con gli archetipi

Jung, C. G. (1978). "Approaching the Unconscious" in *Man and his symbols*. London: Picador.

Kurtz, R., & Prester, H. (1976). *The body reveals: An illustrated guide to the psychology of the body*. New York: Holt, Rinehart & Winston.

Sul lavorare con le "rapide":

Levine, P., & Frederick, A. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma*. Berkeley, CA: North Atlantic Books. P. 195f

Definizione del trauma

Levine, P. A., & Maté, G. (2010). *In an unspoken voice: how the body releases trauma and restores goodness*. Berkeley, CA: North Atlantic.

Llinas, R., Ribary, U., Contreras, D., & Pedroarena, C. (1998). The neuronal basis for consciousness. *philosophical transactions of the royal society of London, series B, biological sciences*, 353, p. 1841-1849

Sul grounding

Lowen, A. (1976). *Bioenergetik: der Körper als Retter der Seele*. München: Scherz. p. 169-173; (1975). *Bioenergetics*. New York: Coward, McCann & Geoghegan. Chapter 6

Lowen, A. (2012). *The betrayal of the body*. Hinesburg, VT.: The Alexander Lowen Foundation.

Marcher, L., & Fich, S. (2010). *Body encyclopedia: a guide to the psychological functions of the muscular system*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.

Marivoet, D. (2017). *Chart of Blockages of the Natural Flow of Energy* (unpublished paper). Gent

Minuchin, S. (1975). *Families family therapy*. Cambridge, MA: Harvard Univ. Pr.

Nelson, C. A. (1987). The Recognition of Facial Expressions in the First Two Years of Life: Mechanisms of Development. *Child Development*, 58(4), p. 889-909. doi: 10.1111/j.1467- 8624.1987.tb01427.x

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2010). *Trauma und Körper - ein sensomotorisch orientierter psychotherapeutischer Ansatz*. Paderborn: Junfermann.

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: a sensorimotor approach to psychotherapy*. New York: W.W. Norton. window of tolerance: (chapter 2). pp 66-82

tracking (chapter 9). pp 262-264

Ohashi, W., & Monte, T. (1992). Reading the body: Ohashi's book of Oriental diagnosis. Aquarian/Thorsons.

Painter, J. W. (1987). Technical manual of deep wholistic bodywork: postural integration. Mill Valley, CA: J. Painter.

Porges, S. W., Doussard-Roosevelt, J. A., & Maiti, A. K. (1994). Vagal Tone and the Physiological Regulation of Emotion. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2/3), p.

167 - 186. doi: 10.2307/1166144

Porges, S. W. (2001). The polyvagal theory: phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42(2), 123-146. doi :10.1016/s0167-8760(01)00162- 3

Sulla regolazione di iper/ipoeccitazione

Post, R. M., Weiss, S. R., Smith, M., Li, H., & Mccann, U. (1997). Kindling versus Quenching. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 821(1 Psychobiology), p. 285-295. doi: 10.1111/j.1749- 6632.1997.tb48287.x

Sulla sindrome della falsa memoria

Ramirez, S., Liu, X., Lin, P., Suh, J., Pignatelli, M., Redondo, R. L., . . . Tonegawa, S. (2013). Creating a False Memory in the Hippocampus. *Science*, 341(6144), 387 - 391. doi: 10.1126/science.1239073

„Scena originale”

Rosenberg, J. L., Rand, M. L., & Asay, D. (1996). Körper, Selbst Seele: Ein Weg zur Integration. Paderborn: Junfermann. p. 84-107.

Rosenberg, J., Rand, M., & Asay, D. (1989). Body, self, and soul: Sustaining integration. Atlanta, GA: Humanics Limited. Chapter 3.

Rywerant, Y. (1983). The Feldenkrais method. New York: K. S. Gieniger Comp.

Sable, P. (2004). Attachment and adult psychotherapy. Lanham: Rowman & Littlefield Pub.

Schlage, B. (2013). Die Kunst des achtsamen Herangehens. *Energie & Charakter*, 36, 51-61. <http://www.bernhardschlage.de/literatur/items/%C3%BCbergang-gespraechstherapie-zu-koerperpsychotherapie.html>

Schlage, B. (2016). The pleasure of touch - a suggested correlation between the change of the surface of cell membranes and the effectiveness of bodywork methods. *IASI Yearbook of structural integration*, pp. 99-106. <http://www.bernhardschlage.de/literatur/items/the-pleasure-of-touch.html>

Schlage, B. (2017). About a good end - how to end psychotherapy and why this is hardly ever talked about; in: *International Body Psychotherapy Journal*; Vol 16, Nr.1, p.16-27

Schleip, R. (2012). Chapter on „Fascia as a sensory organ. A target of myofascial

manipulation” in: Dalton, E., & Aston, J. (2012). Dynamic body: exploring form, expanding function. Oklahoma City: Freedom from Pain Institute.

Schore, A. N. (2001). The right brain as the neurobiological substratum of Freud’s dynamic unconscious. In: Scharff, D. E. (ed.) Freud at the Millenium: the evolution and application of psychoanalysis (pp. 61-88). New York: Other Press.

Schore, A. N. (2003). Affect regulation & the repair of the self. New York: W.W. Norton.

Steele, K., van der Hart, O., Nijenhuis, E. (2005). Phase oriented treatment of structural dissociation in complex traumatisatation: Overcoming trauma-related phobias. Journal of Trauma and Dissociation, 6(3), p. 11 - 53.

Stern, D. N. (2004).The present moment in psychotherapy and everyday life.New York: W.W. Norton.

Sulla sindrome della falsa memoria

Ramirez, S., Liu, X., Lin, P., Suh, J., Pignatelli, M., Redondo, R. L., Tonegawa, S. (2013). Creating a False Memory in the Hippocampus. Science,341(6144), 387- 391.doi:10.1126/science.1239073

Van der Hart, O., Steele, K., Boon, S., & Brown, P. (1993). The treatment of traumatic memories: Synthesis, realization, and integration.Dissociation, 2(6), p. 162 - 180.

Van der Kolk, B. A., van der Hart, O, & Marmar, C. (1996). Dissociation and information processing in posttraumatic stress disorder. In B.A. van der Kolk, A. C. McFarlang, & L. Weisaeth (ed.), Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society (p. 303 – 327). New York: Guilford Press.

Winnicott, D. W. (1990).The theory of the parent-child relationship. in: The maturational Processes and the facilitating environment. p. 37-55. London: Karnac Books.

BIOGRAFIA



Bernhard Schlage ha tenuto seminari dal 1980 nella maggior parte dei paesi europei e ha uno studio privato di psicoterapia corporea dal 1984. Ha tenuto conferenze in congressi internazionali tra cui San Francisco, Parigi e Sydney. Nel 1986 ha co-fondato un centro di educazione sanitaria per adulti nel nord della Germania e successivamente è stato responsabile di un centro di salute mentale fino al 2008. È stato formatore per l'integrazione posturale dal 1999 e titolare di ECP dal 2001. Specializzato nel trattamento di disturbi psicosomatici, ora sta concentrando il suo lavoro sulla formazione della prossima generazione di operatori sanitari nella psicoterapia corporea. Bernhard è autore di oltre 100 articoli sulla psicoterapia corporea e ha scritto quattro libri.

PROGETTO EDITORIALE

Quaderni AIPT di formazione e crescita personale vuole divulgare testi per la comprensione della integrazione bodymind, del bodywork, della psicoterapia corporea e transpersonale.

DIRETTORE

Massimo Soldati

TITOLO

Contatto e regolazione affettiva. Titolo originale: Touch and affect regulation. Skills and tools for body oriented psychotherapy in trauma therapeutic context - Particularly in relation to methods of postural integration.

AUTORE

Bernhard Schlage

TRADUZIONE

Massimo Soldati

PUBBLICAZIONE

Prima edizione inglese: Luglio 2017 http://icpit.org/wp-content/uploads/2018/01/2017_0718_touch-and-affectregulation.pdf

Edizione italiana Maggio 2018
www.integrazioneposturale.com

FORMAZIONE

I nostri corsi sono una esperienza di crescita personale e di formazione in livelli progressivi che si adatta a varie esigenze. Primariamente cerchiamo lo sviluppo personale, la apertura al linguaggio del corpo e dell'anima, e poi la capacità di comunicare questo agli altri in maniera professionale ed integrata nei vari contesti applicativi.

I nostri training sono approvati da ICPIT International Council for Psychocorporal Integration Trainings. Trovi l'elenco delle attività ed altri articoli sul sito www.integrazioneposturale.com



AIPT - Associazione di Integrazione Posturale Transpersonale
Via Scarlatti 20, 20124 Milano

Segreteria

t. 02.29527815

Informazioni

segr@integrazioneposturale.it

www.integrazioneposturale.com

Facebook

<https://www.facebook.com/Integrazione.Posturale>

LinkedIn

<https://www.linkedin.com/groups/AIPT-network-2613317/about>



Quest'opera è distribuita con Licenza Creative Commons
Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 3.0 Italia.