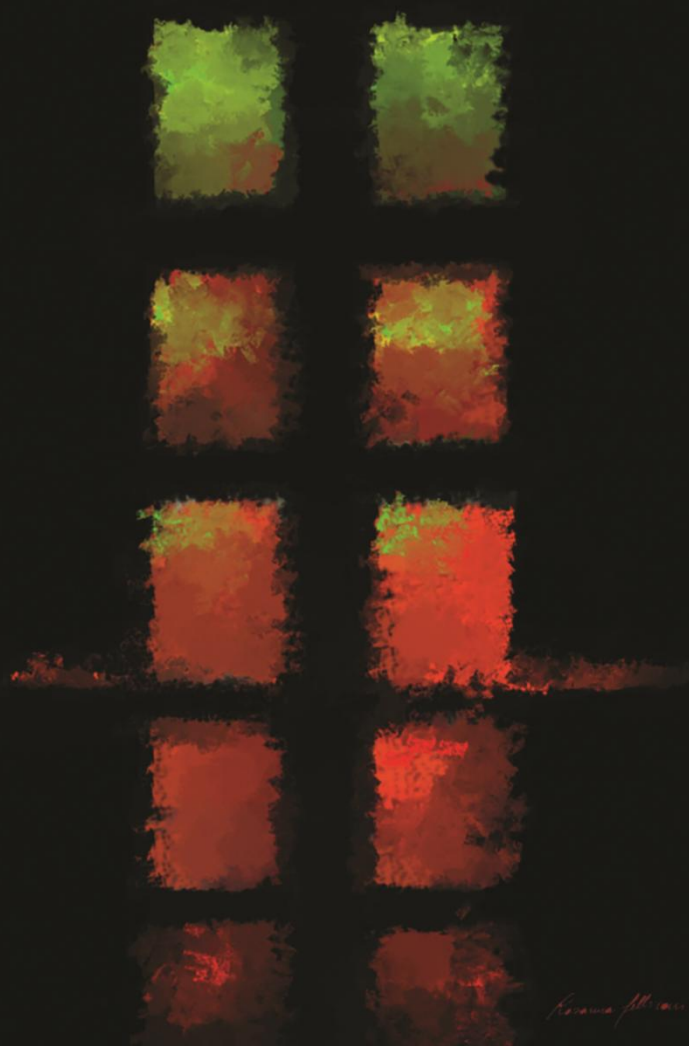


Il colore del trauma

Confronto tra percezioni cromatiche del
vissuto traumatico



A cura di *Flavia Barbagelata, Silvana Cagiada,
Grazia De Mori e Paola Ferrari*

Research Culture And Science Book series – Vol. 015

Il colore del trauma – Confronto tra percezioni cromatiche del vissuto traumatico

A cura di Flavia Barbagelata, Silvana Cagiada, Grazia De Mori e Paola Ferrari

Pubblicato dal Gruppo del Colore – Associazione Italiana del Colore

Research Culture And Science Books series (RCASB) Vol. 015

Copertina: Rosanna Pellicani, I colori del trauma, dipinto digitale 2025

ISBN: 978-88-99513-29-0

DOI: <https://doi.org/10.23738/RCASB.015>

© Copyright 2025 by Gruppo del Colore –Associazione Italiana del Colore

Piazza C. Caneva, 4

20154 Milano

C.F. 97619430156

P.IVA: 09003610962

www.gruppodelcolore.it

e-mail: segreteria@gruppodelcolore.org

Diritti di traduzione, di memorizzazione elettronica, di riproduzione e di adattamento totale o parziale con qualsiasi mezzo sono riservati per tutti i Paesi.

Pubblicato nel mese di luglio 2025

Il colore del trauma

Confronto tra percezioni cromatiche del vissuto traumatico

A cura di
Flavia Barbagelata, Silvana Cagiada,
Grazia De Mori e Paola Ferrari

Research Culture And Science Book series – Vol. 015



Ringraziamenti

Le autrici ringraziano la SIMP (Società Italiana di Medicina Psicosomatica) per aver approvato e consentito l'organizzazione del Simposio *Il colore del trauma: confronto tra percezioni cromatiche del vissuto traumatico*, inserito nel programma del XXIX Congresso della S.I.M.P., dal titolo *Il trauma: come se ne esce?* che si è tenuto a Cosenza il 20 e il 21 ottobre 2023.

Prefazione

Alessandro Rizzi

È un onore ed un piacere curare la prefazione di questo libro. Credetemi, non è una frase fatta. Questo è un libro che mancava, un libro a mio avviso molto importante e che sono sicuro sarà uno stimolo culturale e spero anche operativo rispetto a un tema ancora poco affrontato.

Forse non tutti sanno che il colore è l'informazione visiva che più velocemente viaggia verso il nostro cervello. Non lo riporto come un dato enciclopedico, ma per sottolineare che, se un'informazione è trattata velocemente, cioè con priorità, dal nostro sistema visivo, vuol dire che è un'informazione importante, ed il colore lo è. Tuttavia, l'importanza del colore spesso non è messa veramente a fuoco. Ci si accontenta di spiegazioni marginali come quella che ci aiuterebbe a cogliere le bacche rosse all'interno dei cespugli verdi. Vero, ma il colore è molto di più.

Seguitemi in una breve analisi di come il nostro sistema visivo forma la sensazione di colore. Partiamo dalle qualità della luce che lo colpisce. La luce che raggiunge il sistema visivo porta con sé tantissima informazione, come la sua composizione spettrale, la polarizzazione e molto altro. Non era pensabile avere nel nostro organismo un sensore in grado di catturare tutte queste informazioni in un solo punto, per poi moltiplicarle circa un milione di volte per ogni sensore nella retina. Troppa informazione. Avrebbe saturato le funzionalità del nostro cervello. La soluzione invece è stata quella di avere tre classi di sensori (i coni) sensibili a diverse parti dello spettro della luce. Quindi nello stimolare un sensore in un punto preciso della retina, tutta questa informazione si perde per generare un singolo segnale elettrico.

Quello stimolo elettrico non porta più tutta l'informazione della luce che lo ha generato, non c'è colore nella retina. Il colore viene recuperato dopo, dal cervello, che con la sua capacità di confrontare stimoli elettrici diversi all'interno del campo visivo genera questa sensazione per noi fondamentale: il colore.

È importante quindi considerare che il colore è frutto della nostra attività cerebrale, come tutto ciò che riguarda il nostro vissuto, la nostra esperienza del mondo e della vita.

E seguendo questa considerazione, arriviamo ad un altro aspetto che rende il colore prezioso: il suo legame con le nostre emozioni.

Questo punto è noto a tutti, ma per la scienza che studia la percezione del colore è ancora un vero mistero. In altre parole, sappiamo che il colore ha un effetto emotivo su di noi, ma realmente non abbiamo ancora un modello preciso di come avviene questo processo.

Questo libro pone delle basi importanti nel cercare di descrivere come agisce il colore sulla nostra mente.

Abbiamo visto che la visione è un fatto corticale, non percepiamo i colori perché sono stati eccitati dei coni o dei bastoncelli nella retina, ma li percepiamo perché il segnale proveniente da coni e bastoncelli viene elaborato dal nostro cervello. Ed il nostro cervello continua ad elaborarlo anche quando non vede, quando con gli occhi chiusi dormiamo o immaginiamo. E questa sensazione è continuamente generata al nostro interno, anche quando la nostra attenzione è rivolta ad altro. Inevitabilmente il colore viene coinvolto quando la nostra psiche fissa qualcosa, come ad esempio

quando viviamo un trauma. Come ci racconta questo libro.

Non aspettatevi un elenco di pseudo significati da associare a ogni colore, un elenco di questo tipo sarebbe troppo influenzato dagli aspetti cognitivi e culturali che noi e la società in cui viviamo associamo al nome di ogni colore. Qui un tipo di associazione c'è, ma invece che essere calata dall'alto viene dal basso, dal profondo della nostra elaborazione psichica ed è una sorpresa scoprire il collegamento tra alcuni risultati presentati nel libro ed il lavoro di Max Lüscher.

Spero che la lettura di questo lavoro vi attragga e vi porti ad approfondire un tema così complesso, così poco definito e definibile ma così incredibilmente reale ed umano.

Il colore del trauma è un modo meravigliosamente interessante per parlare del colore in tutti gli aspetti della nostra vita.

Indice

Ringraziamenti	v
Prefazione.....	vii
Indice	ix
 Introduzione.....	 1
 Capitolo 1. La rilevanza della percezione cromatica nella intercettazione diagnostica nei traumi	 3
Abstract	3
Keywords.....	3
1.1. Introduzione.....	3
1.2. Le origini dello studio del colore: i colori nella filosofia platonica - Platone e il Timeo	4
1.3. Fenomenologia del colore	5
1.4. Il trauma e il colore del trauma	6
1.5. I colori del trauma nell'arte: disegni, quadri, libri e poesie	6
1.5.1. Rosso.....	6
1.5.2. Bianco e nero	8
1.5.3. Blu, violetto, verde, rosso, bianco, grigio e nero	8
1.6. Le modalità di archiviazione psichica delle esperienze traumatiche	9
1.6.1. S. Freud e il meccanismo di difesa della rimozione	9
1.6.2. Sogni, rêverie e colori del trauma nei casi clinici freudiani	10
1.6.3. C. G. Jung e la dissociazione traumatica della personalità.....	11
1.6.4. La metafora dello spettro della luce di C. G. Jung	11
1.6.5. M. Mancina e la memoria implicita.....	12
1.7. Teorie neuroscientifiche sulla percezione dei colori.....	13
1.7.1. La percezione visiva dei colori del trauma	17
1.7.2. Significato fisiologico e psicologico dei colori nel Lüscher test.....	20
1.8. Il Lüscher test e il trauma	21
1.8.1. Esiti destrutturanti del trauma intercettati dal Lüscher test nei prigionieri di guerra	23

1.9. La rilevazione dei traumi mediante il Lüscher test: una opportunità per la diagnosi	24
1.9.1. Risultati del Lüscher test somministrato ad un piccolo campione di pazienti.....	24
1.10. Interpretazione dei risultati.....	25
1.10.1. Primo cluster e trauma da separazione	25
1.10.2. Secondo cluster e corporeità.....	26
1.10.3. Terzo cluster e seduzione sessuale infantile	27
1.10.4. Rifiuto o collocazione nell'area dell'indifferenza del rosso.....	28
1.11. Conclusioni.....	28
Bibliografia.....	30

Capitolo 2. L'emergere spontaneo del colore del trauma tramite il training autogeno superiore.....33

Abstract	33
Keywords:	33
2.1. Excursus di studi e ricerche sul colore e i suoi effetti	33
2.2. L'utilizzo della diagnostica Lüscher in diversi ambiti	35
2.3. Il test di Lüscher.....	37
2.3.1. La tavola del grigio.....	38
2.3.2. La tavola delle forme	39
2.3.3. La tavola dei 4 colori fondamentali e le tavole di variazione.....	41
2.4. La terapia autogena	44
2.5. Il training autogeno	44
2.6. Il training autogeno superiore.....	45
2.7. Studio.....	47
2.7.1. Caso 1: la bambina fuori dalla porta.....	48
2.7.2. Caso 2: l'amore grigio	50
2.7.3. Caso 3: l'innocenza svanita	51
2.7.4. Caso 4: l'adolescenza rubata	52
2.8. Considerazioni e conclusioni.....	53
Bibliografia.....	53

Capitolo 3. Ipnosi: esiti dell'elaborazione del trauma attraverso la percezione soggettiva del colore.....57

Abstract	57
Keywords:	57
3.1. Introduzione.....	57
3.2. Breve excursus dell'evoluzione del concetto di ipnosi	58
3.3. La percezione visiva, il ricordo, la memoria	59

3.3.1. La percezione del colore e le emozioni	59
3.4. Ipnosi ed elaborazione del trauma.....	60
3.4.1. I criteri diagnostici del Disturbo post-traumatico da stress (DPTS) e del Disturbo da stress acuto (DSA).....	61
3.4.2. Tecniche utilizzate per la cura del Disturbo post-traumatico da stress (DPTS) e del Disturbo da stress acuto (DSA)	61
3.4.3. La simbologia di M. C. Escher	62
3.4.4. L'uso del colore in ipnosi	64
3.5. Fasi dello studio.....	64
3.5.1. Ipotesi	64
3.5.2. Metodo e raccolta dati	64
3.6. Percorso ipnotico con l'uso del colore	66
3.6.1. Caso 1: Il rito di separazione negato.....	66
3.6.2. Caso 2: Il peso del perdono	67
3.6.3. Caso 3: L'acqua sporca.....	67
3.7. Analisi dei dati – risultati ottenuti	68
3.8. Colore e acqua, luci ed ombre	68
3.9. Considerazioni e conclusioni.....	69
Bibliografia.....	70
Capitolo 4. Ipnosi: il colore del trauma “embodied”	74
Abstract	74
Keywords.....	74
4.1. Introduzione.....	74
4.2. Background	75
4.2.1. Evoluzione della definizione di trauma	75
4.2.2. Riconoscere il trauma in filigrana.....	75
4.3. Lo studio.....	77
4.4. Il colore.....	78
4.4.1. Fisica del colore visibile	78
4.4.2. I colori della luce visibile	79
4.4.3. Il colore del trauma “embodied”.....	81
4.4.4. Il colore “embodied” delle emozioni	83
4.5. Metodo.....	86
4.5.1. La scelta dell'Ipnosi.....	86
4.5.2. Lo studio osservativo	86
4.5.3. Protocollo dell'intervento “passo dopo passo”	87
4.6. Risultati	88

4.6.1. In sintesi: tabelle per sintomi, età e sesso	89
4.6.2. Il colore del Trauma: la ferita profonda.....	91
4.6.3. Trauma - Embodiment - Emozioni	92
4.7. Discussione.....	92
4.8. Limiti.....	95
4.9. Trauma - embodiment - emozioni: un caso particolare.....	96
4.10. Conclusioni.....	98
Bibliografia.....	99
Appendice.....	102

Introduzione

La sensibilità, la preferenza o il rifiuto di particolari colori dipende dalla tonalità emotiva dell'osservatore, che vive la personale attrazione/repulsione secondo il principio dell'isomorfismo, vale a dire in base a quello che istintivamente ciascuna sfumatura cromatica trasmette.

Quando una persona ha vissuto una esperienza traumatica con esiti destrutturanti a livello psicosomatico, è difficile che possa mantenere la precedente disposizione d'animo verso determinati colori.

Un importante contributo è stato offerto dallo studioso M. Lüscher, grazie alla creazione dell'omonimo Test (1949), un reattivo di personalità che consente di sondare le personali reazioni fisiologiche e psicologiche alle sfumature cromatiche contenute nelle tavole.

Il nostro lavoro ha intrapreso varie direzioni di ricerca, con la finalità di utilizzare i colori sia come strumento diagnostico sia come chiave interpretativa sia come strategia terapeutica per affrontare i traumi.

Nella prima parte dello studio verranno suggerite utili indicazioni su come effettuare diagnosi di Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS) mediante la tavola degli 8 colori, in quanto il colore entra in relazione con esperienze dolorose che possono così riemergere e facilitare il percorso di cura.

Verrà successivamente descritta la tecnica del Training autogeno superiore (TAS) con l'utilizzo dei primi due esercizi relativi alla visualizzazione dei colori. Inizialmente il paziente lascia emergere una tonalità cromatica, per poi osservarne l'evoluzione, insieme con il terapeuta, durante le successive sessioni di TAS.

La seconda parte è dedicata all'Ipnosi, terapia elettiva per l'elaborazione del trauma. Con l'utilizzo del colore come risorsa innovativa e aggiuntiva nella fase conclusiva della terapia, ma non sostitutiva delle tecniche principalmente usate in ipnosi per il Disturbo post traumatico da stress (DPTS) e per il Disturbo da stress acuto (DSA) diagnosticati secondo il DSM-5, sarà possibile agire sulla trasformazione interiore attraverso una tecnica ipnotica che elicitì livelli pre-logici e sub-simbolici con l'utilizzo del colore.

Si verificherà inoltre se un vissuto traumatico di soggetti, in terapia, ma in assenza di DPTS, possa emergere durante la trance ipnotica in termini di colore e di dolore/peso ed essere localizzato in una sede precisa del corpo mediante una mappatura somatica. Infatti, secondo una visione olistica, le emozioni primarie sembrano associarsi ad un vissuto corporeo del trauma. I correlati psico-emotivi più complessi riporteranno anche ad altri livelli somatici, suggestivi per un'azione diretta della mente incarnata.

Capitolo 1.

La rilevanza della percezione cromatica nella intercettazione diagnostica nei traumi

Dott.ssa Grazia De Mori, Psicologa clinica, Psicoterapeuta, Operatore certificato nell'uso clinico del Lüscher test, Albo ICSAT, S.I.M.P.

Abstract

Un campo di applicazione del Test dei colori di Max Lüscher e, in particolare, della Tavola degli 8 colori, è quello riguardante il riconoscimento diagnostico dei traumi. Infatti l'ostacolo principale alla intercettazione del disagio è dato dalla difficoltà di ricordare gli eventi o dalla impossibilità di raccontare le vicende per vergogna, in quanto considerate *indicibili*. La somministrazione del reattivo fornisce indizi estremamente utili, in quanto la risposta fisiologica spontanea ai colori consente di superare le difese e di ipotizzare una condizione post-traumatica. La reazione soggettiva diventa *perturbante* soprattutto quando la tonalità affettiva percepita è *isomorfica* rispetto alla tonalità cromatica: è stato così intercettato il *colore del trauma*.

Keywords

Trauma, Lüscher test, reazione post-traumatica, colore del trauma

1.1. Introduzione

*Che cosa vedi adesso?
Globi rossi, gialli, viola
[...]*

Prova queste.

Profondità d'aria.

Eccellente! E adesso?

Luce, solo luce che trasforma tutto il mondo in un giocattolo.

Molto bene, faremo gli occhiali così.

– Dippold l'ottico, da Antologia di Spoon River (Masters, 1983)

È noto il fatto che le falene spesso si brucino le ali alla luce di una candela, attratte in maniera irresistibile da una intensa sorgente luminosa. Per gli esseri umani è inspiegabile: sembra impossibile che l'istinto di sopravvivenza non avverta gli animali della pericolosità del loro volo. Come si potrebbe arrestare l'attrazione fatale della farfalla inesperta per la fiamma viva, dal momento che la luce costituisce l'energia alla quale tendere per tutto il tempo dell'esistenza terrena? E se una sorgente luminosa, al contrario, non attraesse più un individuo, fino a provocare un allontanamento dai colori accesi che emanano calore e vitalità, quale spiegazione sarebbe possibile? Per comprendere quali possano essere gli *esiti distrutturanti* (Dalla Porta, 2023) di una esperienza di trauma, occorre

ricercare nelle modificazioni della percezione cromatica i primi segni di un profondo cambiamento interiore (Park & Gabrieli, 1995).

Lo Psicologo francese P. Janet si è lungamente soffermato sui tragici effetti di una vicenda traumatica (Janet, 2022), sostenendo che la personalità tenderebbe ad arrestarsi definitivamente ad un certo punto della vita, come se l'evoluzione emotiva fosse bloccata e un soggetto si trovasse di fronte ad un ostacolo insuperabile, oltre il quale esiste solamente il *vuoto*.

Alcuni anni dopo, nel 1913, il famoso psicoanalista ungherese S. Ferenczi (Ferenczi, 2009), allievo di S. Freud, affermerà che "Il trauma è assenza di forma di ciò che non ha limiti".

Il vuoto non possiede una forma, il nulla non possiede una forma. Nelle amnesie traumatiche sono spesso vani i tentativi di assegnare una forma al nulla, al vuoto che non è neppure immaginabile perché si trova ai confini estremi della percezione umana. Nell'antica Grecia, il concetto di *nulla* era considerato altamente inquietante: secondo il filosofo Aristotele del IV secolo a.C. (Aristotele, 2012), la Natura rifiuterebbe il vuoto, combatterebbe con tutte le sue forze gli spazi vuoti, intesi come *manca*za.

Un colore è in grado di colmare *l'assenza* e di fornire una *rappresentazione cromo/emotiva* ai fotogrammi mancanti nel ricordo. È possibile riportare alla coscienza sensazioni ed emozioni associate alla vicenda traumatica, utilizzando solamente l'esposizione improvvisa ed inaspettata a determinati colori. Infatti una particolare sfumatura cromatica potrebbe rappresentare la *traccia sostitutiva del trauma*, anche nel caso in cui l'esperienza apparisse definitivamente accantonata. Per questo motivo occorre prestare molta attenzione a determinate tonalità che possano intercettare, rilevare ed esprimere le emozioni profonde collegate al trauma, in quanto da tempo non possiedono una voce.

Se la psicologia volesse ricercare nuovi strumenti di ricerca, essa dovrebbe cominciare a riflettere sul *particolare suono interiore* suscitato da forme e da colori.

Quali sono i meccanismi fisiologici e psicologici che portano un soggetto a *sentire* maggiormente alcune tonalità cromatiche rispetto ad altre?

Per iniziare ad approfondire le modalità esperienziali dei colori del trauma, occorre partire dalle antiche teorie filosofiche riguardanti lo studio della Fisica.

1.2. Le origini dello studio del colore: i colori nella filosofia platonica - Platone e il Timeo

Il famoso filosofo Platone (Platone, 2000), nell'opera *Timeo* del 360 a.C., approfondisce il tema dell'opera generatrice del Demiurgo che, mediante l'aiuto degli Dei, diede origine ad alcuni fenomeni dell'universo, tra i quali la percezione. "E degli organi costituirono in primo luogo gli occhi che portano la luce, e glieli applicarono nel modo che segue. Quella parte del fuoco che non ha la caratteristica di bruciare, ma che ci offre la mite luce propria d'ogni giorno, predispose che diventasse un corpo. Infatti il fuoco puro *che è dentro di noi affine a questo* lo fece scorrere liscio e denso attraverso agli occhi, comprimendo tutte le parti, ma specialmente *la parte di mezzo degli occhi*, in modo che trattenesse tutta la parte del fuoco che era *più denso*, e lasciasse filtrare solamente quello puro.

Quando, dunque, vi sia luce diurna intorno a tale corrente del fuoco puro della vista, *allora, incontrandosi simile con simile* e unendosi insieme, se ne forma *un corpo unico e omogeneo* nella direzione degli occhi, in quel punto in cui *quello che scaturisce dal di dentro si incontra con quello che confluisce dal di fuori*.

E tutto questo corpo, divenuto capace delle stesse impressioni a causa delle *somiglianze delle sue parti*, quando tocca qualunque cosa o qualunque cosa tocchi lui, *diffondendo i moti di questi per tutto quanto il corpo fino all'anima, fornisce questa sensazione, per la quale noi diciamo di vedere*" (Platone, 2000, p. 127-128).

In sintesi, per il Filosofo greco, la visione è resa possibile dalla luce del sole che si congiunge alla luce pura della vista e arriva a formare un unico *corpo visuale*, come *sintesi tra elementi simili*, il

fuoco puro dell'osservatore ed il *fuoco trasmesso* dall'oggetto stesso. Il colore è considerato *l'effluvio di un oggetto* (un insieme di *particelle di fuoco* emanate), soggettivamente intercettato dalle *particelle di fuoco e di acqua* dell'occhio.

Inoltre, secondo Platone, i colori primari predisposti per la visione sono quattro: bianco, nero, rosso e *splendente*, una tonalità acromatica che potrebbe essere intesa, al giorno d'oggi, come *brillanza*. Dalla loro mescolanza dipende la percezione di tutti gli altri colori, secondo le proporzioni perfette stabilite dal Demiurgo.

In queste profonde riflessioni emergono, già *in nuce* e con grandissimo anticipo, le teorie scientifiche sulla percezione visiva che caratterizzeranno il XIX e il XX secolo e l'idea che il colore sia il mezzo di collegamento fra il mondo esterno e l'interiorità, fra stimoli luminosi, recettori sensoriali e cervello. È importante approfondire anche il concetto di *risonanza interiore del colore* che costituisce l'ipotesi di fondo: esiste una stretta correlazione fra l'osservazione di alcune particolari tonalità cromatiche e le conseguenti reazioni a livello psicosomatico, la cui minore o maggiore intensità è rivelatrice di una possibile traccia mnestica di origine traumatica. Infatti, secondo il Filosofo, i colori sono *fiamma proveniente dai singoli corpi*, in grado di produrre sensazioni e "le particelle che provengono dalle altre cose e che incontrano la vista, sono, alcune, più piccole, altre, invece, più grandi; ed alcune sono uguali alle parti della vista medesima. Ora, le uguali non sono sensibili, e le diciamo diafane; invece, *le maggiori e le minori, le une contraendo e le altre dilatando la vista, agiscono come le calde e le fredde sulla carne*, e sulla lingua le acerbe e tutte quelle che producono calore e che abbiamo chiamate piccanti" (Platone, 2000, p. 197).

La percezione di *caldo/freddo* dipende, quindi, da particelle di diversa grandezza che agiscono in maniera diversa, sollecitando sensazioni *soggettivamente* differenti, anche perché la *maggiore o minore sensibilità* ai colori potrebbe essere acuita o ridotta in conseguenza di un trauma.

Infine, secondo Platone, la potenza del colore è tale da essere percepita anche in assenza di luce: quando c'è buio, le palpebre si chiudono, ma trattengono la forza del fuoco che va ad alimentare la sfera dell'immaginazione, il sonno e i sogni che sono quasi sempre colorati.

1.3. Fenomenologia del colore

L'Estesiologia è una disciplina filosofica che, attraverso il metodo fenomenologico, studia le percezioni sensoriali e le strutture, incarnate nei sensi e nel corpo umano, durante la fruizione della esperienza estetica.

Lo psichiatra E. Straus (Straus, 1935) sostiene che il sentire non produce mai una sensazione neutra, priva di significato vitale, ma è sempre collegato ad una immediata tendenza ad agire, ad attribuire un *senso*, positivo o negativo, e ad imprimere una *direzione verso* qualcosa o *lontano* da qualcosa. Questa particolare forma di intenzionalità non appartiene ad una coscienza secondaria, dotata di capacità riflessive: si tratta di un moto spontaneo che si dirige verso *altri* oggetti, attraenti o repellenti, *simpatici* o *antipatici* presenti nel mondo. Per questo motivo E. Straus afferma che l'esperienza sensoriale non consente di avvertire con distacco ciò che sta succedendo esternamente perché *il sentire* anticipa sempre qualcosa che è prossimo ad accadere (Straus, 2010). Inoltre ogni singolo sistema sensoriale è caratterizzato da una particolare modalità ricettiva che ne dispiega il potenziale esperienziale. Così la vista fornisce sempre un'*estensione spaziale* agli oggetti perché *l'occhio coglie la struttura del mondo, lo scheletro delle cose*.

Inoltre l'immagine ed il colore sono dotati di una persistenza che presuppone una continuità percettiva in grado di andare oltre la visione stessa, tanto da formare una *vivida e duratura impressione*. Dunque i colori hanno sempre un *carattere emotivo* che rimanda non solo alla tipologia di stimolo, ma anche al soggetto che ne fa esperienza.

A questo proposito, lo Psichiatra L. Binswanger, nel 1932, sostiene che l'individuo non è solamente colpito dagli oggetti e dalle tonalità cromatiche osservate, ma è in grado di determinare un'influenza

sul contesto esterno, in base alla costante relazione interattiva *Io-mondo* (Binswanger, 2022). Si tratta di un chiarimento rispetto al concetto fenomenologico di *estrospezione* che indica la capacità di proiettare sul mondo circostante i vissuti soggettivi, ricchi di significatività sul piano esistenziale. Lo *spazio timico* diventa uno *spazio caratterizzato da una tonalità affettiva* che consente di attribuire una *specifica coloritura* al mondo circostante, sulla base della disposizione d'animo, la quale, a sua volta, influenzerà il modo di *vedere* e di *sentire* gli oggetti. Pertanto, in Fenomenologia, una reazione emotiva non può essere unicamente ricondotta allo stimolo cromatico, ma necessita di una prospettiva più ampia che si estenda alla proiezione delle impressioni dell'osservatore ed alla conseguente attribuzione di significato. L'esperienza percettiva non può mai prescindere dalle tonalità affettive, vissute da un soggetto come se fossero *sfumature cromatiche sentite interiormente e riflesse esteriormente* in un determinato momento.

1.4. Il trauma e il colore del trauma

La parola *trauma* deriva etimologicamente dal greco τραῦμα e significa *ferita prodotta da un'azione improvvisa e violenta*. Il termine, quindi, contiene non solo l'accezione dolorosa di *lesione*, ma anche il *significato terapeutico* della ferita che si rimargina attraverso un processo spontaneo ed autoriparativo, orientato verso la guarigione.

Secondo A. Schore (Schore, 2008), esistono tre livelli di trauma: un primo livello correlato ad un trauma relazionale infantile, a causa di una difficile sintonizzazione fra madre e bambino; un secondo livello determinato da grave trascuratezza, maltrattamento, abuso emotivo, fisico e sessuale; un terzo livello dovuto ad eventi sociali massivi, quali guerra, tortura, genocidio.

Le conseguenze di un evento traumatogeno possono determinare risposte difensive ai richiami del trauma o ai segnali di potenziale pericolo, accompagnate da alterazioni persistenti del Sistema Nervoso Autonomo in risposta allo stress e agli stimoli correlati all'esperienza traumatica. Possono emergere sintomi di depressione cronica, ansia, PTSD (disturbo da stress post-traumatico) cronico, disturbo bipolare, disturbo borderline di personalità, disturbi da dipendenza, disturbi alimentari, comportamenti autolesivi e, infine, tendenza alla suicidalità.

L'ipotesi del lavoro è che il colore risulti funzionale alla elicitazione dei corrispondenti vissuti traumatici quando, a livello percettivo/emotivo, ne possieda una *affinità morfologica*. Il principio dell'*isomorfismo*, per la scuola tedesca della Gestaltpsychologie, si riferisce alla identità strutturale tra il piano dell'esperienza fenomenica diretta (la percezione dei colori) e quello dei processi fisiologici ad esso sottostanti (la rilevazione soggettivo/emotiva dei colori a livello cerebrale).

1.5. I colori del trauma nell'arte: disegni, quadri, libri e poesie

Per evidenziare la particolare sensibilità post-traumatica rispetto ad alcune tonalità cromatiche, è importante analizzare le opere di artisti che abbiano subito un trauma, in particolare quando siano state recuperate attendibili testimonianze biografiche.

Occorre anche considerare come il processo creativo che passa attraverso l'ideazione, l'esecuzione dell'opera, la scelta di particolari parole, forme e colori possa favorire sinergicamente una trasformazione profonda nell'Autore e nel Suo pubblico.

1.5.1. Rosso

Il cielo rosso di sangue è il tema collegato al trauma di un famoso *collage* (Figura 1.1), conservato nella Collezione Museo ebraico di Praga, ad opera di un bambino rinchiuso a Terezín, il ghetto dell'infanzia, la città-fortezza cecoslovacca che fungeva da campo di smistamento degli Ebrei verso i campi di concentramento, tra il 1942 e il 1944.



Figura 1.1 - Opera anonima di un bambino nel campo di smistamento di Terezín, Collezione Museo ebraico di Praga (riproduzione autorizzata, inv. n. 121.586)

Nel quadro *Texas* del 1943, l'artista italiano A. Burri dipinge il doloroso paesaggio osservato in un campo di concentramento degli Stati Uniti nel quale si trovava prigioniero. A detta dell'Artista, il colore dei tramonti rossi e infuocati era associato alla profonda sofferenza emotiva e fisica per la denutrizione.

Il pittore statunitense J.M. Basquiat, nell'opera *Do not revenge* del 1962, (dal versetto della Bibbia-Romani 12:19, *Non vendicatevi*) rievoca il trauma dopo l'incidente nel quale ha rischiato di perdere la vita: è stato investito da un'auto a soli otto anni e ha riportato numerose fratture. Nel quadro, diviso verticalmente in due parti, sono evidenti i meccanismi di scissione e dissociazione, ove il rosso del sangue rappresenta la tragica vicenda insieme con le ossa disegnate.

La poetessa statunitense Sylvia Plath (*Plath, 2004*), ripetutamente abusata e maltrattata dal marito, al punto da subire un aborto a causa delle percosse, è morta suicida a soli trenta anni, nel 1963, intossicata dal gas. Negli ultimi mesi di vita scrive la poesia *Papaveri* che viene pubblicata postuma nel 2004, finalmente resa al pubblico nella versione integrale:

*[...] Sono troppo rossi anzitutto, questi tulipani, mi fanno male.
Li sentivo respirare già attraverso la carta, un respiro
sommesso, attraverso le fasce bianche, come un neonato spaventoso.
Il loro rosso parla alla mia ferita, vi corrisponde.
Sono subdoli: sembrano galleggiare, e invece
sono un peso,
mi agitano con le loro lingue improvvise e il loro colore,
dodici rossi piombi intorno al collo [...].*

Nel 1955, lo scrittore rumeno di origine ebraica, P. Celan, pubblica la poesia *Cristallo* (*Celan, 1997*), nella quale affiorano il dolore mai sopito per la morte di entrambi i genitori ed il senso di colpa per non essere riuscito a salvarli dai campi di sterminio nazisti. La sofferenza profonda viene espressa attraverso la metafora del colore rosso che si riaccende nelle notti insonni:

*Non cercare alle mie labbra la tua bocca,
non davanti alla porta l'estraneo,
non dentro l'occhio la lacrima.
Sette notti più su migra rosso al rosso,
sette cuori più giù bussa la mano alla porta,
sette rose più tardi mormora la fontana.*

Da ultimo, lo scrittore francese E. Canetti, ne *La lingua salvata* del 1977, rievoca lucidamente la vicenda angosciante della quale è stato protagonista in tenera età: «Il mio più lontano ricordo è intriso di rosso. In braccio a una ragazza esco da una porta, davanti a me il pavimento è rosso e sulla sinistra scende una scala pure rossa. Di fronte a noi, sul nostro stesso piano, si apre una porta e ne esce un uomo sorridente che mi si fa incontro con aria gentile. Mi viene molto vicino, si ferma e mi dice: "Mostrami la lingua!". Io tiro fuori la lingua, lui affonda una mano in tasca, ne estrae un coltellino a serramanico, lo apre e con la lama mi sfiora la lingua. Dice: "Adesso gli tagliamo la lingua". Io non oso ritirarla, l'uomo si fa sempre più vicino, ora toccherà la lingua con la lama. All'ultimo momento ritira la lama e dice: "Oggi no, domani". Richiude il coltellino con un colpo secco e se lo ficca in tasca» (Canetti, 1980, p.13-14).

1.5.2. Bianco e nero

La pittrice surrealista e scrittrice L. Carrington (*Carrington, 1979*), nel toccante libro autobiografico *Giù in fondo* del 1943, racconta a posteriori l'episodio dissociativo comparso dopo la separazione forzata dal compagno, M. Ernst. Nel 1940, il famoso pittore venne rinchiuso dai tedeschi in un campo di detenzione francese come nemico straniero, con scarse probabilità di uscirne vivo. Dopo la fuga di L. Carrington in Spagna, paese simbolicamente evocativo (*La tierra roja era la sangre seca de la revolución*), cominciano a manifestarsi i primi sintomi post-traumatici, legati non solo alla lontananza dall'Amante, ma anche al passato, all'ambiente familiare coercitivo. A questo punto della vicenda i genitori fanno rapire la figlia, ritenuta pazza, e la costringono al ricovero in una clinica psichiatrica, per persone benestanti, a Santander, con l'intenzione di sbarazzarsene. Nel manicomio la paziente viene legata nuda dentro ad un letto (*Me entregaron como un cadáver*) e sottoposta a maltrattamenti di ogni genere, inclusa la somministrazione forzata di Cardiazol, farmaco convulsivante, considerato all'epoca efficace contro la depressione. Durante il ricovero viene perfino violentata dai due Psichiatri, padre e figlio, che gestiscono la clinica. A circa 6 mesi di distanza dal ricovero, L. Carrington riuscirà a fuggire durante uno spostamento in ambulanza. Arriverà, a distanza di due anni dopo diverse peripezie, negli Stati Uniti, ove, finalmente libera dalla famiglia, raffigurerà la vicenda traumatica nel quadro *Green Tea* (1942), esposto al MoMa di New York. All'interno della scena si fondono sincreticamente dettagli di un sogno premonitore, comparso nelle ore precedenti la prima somministrazione di Cardiazol, nel quale si identificava con un cavallo, insieme con alcuni particolari delle violenze subite.

Nell'opera surreale, la pittrice rappresenta se stessa nuda, in piedi, avvolta in un lenzuolo bianco con delle macchie nere, come se fosse un puledro pezzato rinchiuso in una camicia di forza, con una corona di spine sospesa sulla testa. Due cavalli rabbiosi, un maschio di colore bianco e una femmina di colore fulvo, sono reciprocamente legati a due piante che crescono dal loro stesso corpo. La Protagonista e i due animali sono separati da un dirupo che divide in due la scena, a testimonianza dell'episodio dissociativo e della distanza necessaria da frapporre rispetto al passato.

Anche in *Autorretrato con corbata* (1973), esposto al Metropolitan Museum of Art di New York, ritorna il tema del lenzuolo bianco, stavolta senza corpo, come se rappresentasse il travestimento di un fantasma; il bianco come colore della vittima sacrificale ed innocente si staglia ancora nel quadro *The Floor 4706th* (1958), dove quattro cani bianchi imprigionati in una stanza vivono in una dimensione angosciante e claustrofobica, probabilmente con la funzione di rappresentare le esistenze di L. Carrington e dei suoi tre fratelli all'interno della casa della famiglia d'origine.

1.5.3. Blu, violetto, verde, rosso, bianco, grigio e nero

Il pittore russo M. Chagall, nel quadro *La passeggiata* (1917-18) conservato nel Museo di Stato di San Pietroburgo, dipinge una scena onirica, in netto contrasto con le condizioni di vita reali: il momento è storicamente drammatico, a causa della guerra civile russa, mentre l'opera, a prima vista, sembra descrivere la dimensione serena di una colazione sull'erba.

Tuttavia la tovaglia è decorata con fiori di un intenso rosso, in contrasto con il verde brillante complementare del prato. Inoltre le case oblique anch'esse verdi, il cielo bianco velato di grigio, la veste violetta dell'amata Bella Rosenfeld, le foglie blu dell'albero, l'abito nero del pittore dal viso inespressivo e la linea divisoria del baratro all'interno del quadro lasciano trasparire la sofferenza interiore, la negazione della realtà bellica circostante ed il senso di estraniamento.

1.6. Le modalità di archiviazione psichica delle esperienze traumatiche

Secondo la Psicoanalisi, le vicende traumatiche possono essere *archivate* in modi diversi.

L'evento traumatico potrebbe essere *conservato nella memoria a lungo termine* e ricordato a distanza di tempo, perché mantenuto al di sopra della soglia di consapevolezza, anche se la persona vorrebbe dimenticare l'accaduto.

Il trauma troppo doloroso potrebbe, invece, essere *rimosso*, conservato nell'inconscio e non accessibile direttamente; secondo S. Freud (*Freud, 1989*), il ricordo della esperienza traumatica continua a far soffrire emotivamente il soggetto e può essere recuperato in modo spontaneo oppure attraverso tecniche psicoanalitiche, come le libere associazioni e l'interpretazione dei sogni.

Secondo il famoso allievo di S. Freud, lo Psicoanalista C.G. Jung (*Jung, 1972*), l'evento traumatico potrebbe essere collegato ad un *complesso dell'Io* e determinare la *dissociazione nevrotica della personalità*. Per lo psicoanalista junghiano D. Kalsched (*Kalsched, 2001*), la dissociazione spesso è caratterizzata da forte aggressività ed evidenziata attraverso violente immagini oniriche.

Infine, in base agli studi recenti del neurologo M. Mancia (*Mancia, 2000*), il trauma potrebbe essere *dissociato* ed archiviato *nella memoria implicita*, cioè nella *memoria non rimossa*, preverbale, presimbolica, in quanto legato alle prime relazioni di un bambino con l'ambiente (*Siegel, 2001*). La traccia mnestica tende ad operare ancora nell'adulto, soprattutto nella sfera della corporeità, ed è recuperabile attraverso il transfert e il sogno, unicamente come residuo affettivo e non come fotogramma delle esperienze passate.

1.6.1. S. Freud e il meccanismo di difesa della rimozione

Nel 1895, S. Freud (*Freud, 1967*) pubblica con J. Breuer i famosi "Studi sull'isteria", nei quali compare una prima interessante spiegazione del trauma e della rimozione, come meccanismo di difesa necessario.

Innanzitutto il trauma è un evento inaccettabile perché estremamente *perturbante* sul piano emozionale sia quando dovuto a vicende reali esterne sia quando determinato da condizioni interiori (desideri, fantasie, ecc.).

Pertanto il ricordo della scena, immaginaria o realmente vissuta, può suscitare sentimenti di vergogna, intenso dolore psichico e idee insopportabili di menomazione, con il conseguente desiderio di cancellare completamente la vicenda dalla memoria. Qualora, per questo motivo, la rappresentazione della traccia mnestica venisse spontaneamente *relegata* nell'inconscio, in terapia sarebbero palesi le resistenze al ritorno del ricordo *rimosso*.

Secondo la visione dello Psicoanalista S. Ferenczi (*Ceragioli, 2013*), invece, i traumi hanno sempre origine da fatti *realmente successi* e, per questo motivo, quando si subisce una violenza, può avvenire una *identificazione con l'aggressore* che comporta colpa ed aggressività, entrambi internalizzati nella vittima e potenzialmente pericolosi.

Comunque, quando il trauma viene rimosso, è consentito l'accesso al simbolo e al ricordo. Una particolare tonalità cromatica restituisce all'esperienza dimenticata non solo una *possibilità di simbolizzazione*, ma potrebbe anche facilitare l'espressione di traumi che il paziente *non osa raccontare*. Il colore diventa *perturbante*, per utilizzare le parole di Freud, quando inaspettatamente fa emergere un disagio profondo associato ad una vicenda dolorosa e alla paura che essa possa ripetersi.

Tuttavia il vissuto traumatico, attraverso il colore, può manifestare la sua potenza in maniera più accettabile per l'inconscio: attraverso nessi associativi interni, il ricordo perde le caratteristiche di

mero pensiero astratto per assumere i caratteri percettivo/simbolici propri del pensiero primitivo, come sostiene lo Psicoanalista O. Rank (*Rank, 1913*). Così la comparsa di forme e colori nelle visioni e nei sogni (*meccanismo di condensazione*), in relazione simbolica con il trauma originario (*meccanismo di spostamento*), potrebbe favorire una parziale *abreazione*, vale a dire una scarica affettiva mediante la quale liberarsi dei turbamenti accumulati durante l'esperienza dolorosa, e fornire indizi al Terapeuta per una utile ed importante chiave interpretativa in senso cromatico.

1.6.2. Sogni, rêverie e colori del trauma nei casi clinici freudiani

“I sogni apparentemente innocenti si rivelano maliziosi, se ci si sforza di interpretarli. Si potrebbe dire che sono lupi in veste d'agnelli”.

– S. Freud (*Freud, 1977*)

L'analisi psicologica del colore può favorire la comprensione delle vicende traumatiche. Tuttavia, nei *Casi clinici*, le tonalità cromatiche vengono solamente descritte da S. Freud e non vengono, purtroppo, interpretate a livello simbolico.

Ne *La Signorina Anna O. (1895)*, viene raccontata l'analisi della paziente Berta Pappenheim che, all'età di 22 anni, aveva subito il *lutto traumatico* del padre; a partire da quell'epoca, la cecità isterica della quale soffriva era diventata cecità al colore, alternata ad inversioni cromatiche: «[...]diceva che aveva qualcosa agli occhi, che vedeva i colori sbagliati; sapeva che il suo vestito era marrone, però lo vedeva azzurro. Si accortò subito che era capace di distinguere correttamente e nettamente tutti i colori di una prova di percezione visiva e che il disturbo riguardava solo la stoffa del suo vestito. Il motivo era che nei giorni corrispondenti del 1881 si era molto occupata di una vestaglia per il padre, fatta della stessa stoffa, ma azzurra.» (*Freud, 1967, p. 200*). Il padre era poi morto in quello stesso anno e il colore azzurro era diventato l'unico possibile nesso associativo con l'esperienza traumatica e la mancanza del genitore.

Un altro paziente, dell'età di 38 anni, viene descritto nell'articolo *Ricordi di copertura (1899)*. Il colore giallo è conservato in un personale ricordo d'infanzia, nel quale *denti di leone gialli* vengono strappati con forza: «*Tre bimbi stanno giocando sull'erba. Di questi, uno sono io (all'età di due o tre anni), gli altri due sono mio cugino più grande di me di un anno e sua sorella, quasi esattamente della mia stessa età. La bambina ha il mazzo più bello e noi due maschietti, quasi per reciproco accordo, ci gettiamo su di lei e le strappiamo di mano i fiori*» (*Freud, 1989, p. 443*). L'Analista sostiene che questo ricordo serve a coprire la fantasia del paziente di deflorare la cugina (il giallo dei fiori e l'episodio sono realmente esistiti). Così il colore dei denti di leone diventa un ricordo di copertura che *annulla e sostituisce* la fantasia sessuale violenta.

Da ultimo, il famoso *Caso clinico dell'uomo dei lupi (Freud, 1977)*, descritto nel libro *Dalla storia di una nevrosi infantile (1914)*, è focalizzato sull'analisi di Sergei Konstantinovitch Pankejeff, paziente curato da Freud fra il 1910 e il 1914. Di tale periodo rimane il disegno autografo, conservato nel Freud Museum di Londra ed eseguito durante il trattamento psicoanalitico, come fedele riproduzione della scena sognata in un terribile incubo, a circa 4 anni (*Ajazzi Mancini, 2010, p. 95*). «*Ho sognato che è notte e sono nel mio letto (i piedi del letto erano dalla parte della finestra; davanti alla finestra c'era un filare di vecchi noci. So di aver fatto questo sogno una notte d'inverno). Improvvisamente la finestra si apre da sola e con grande spavento vedo che sul grosso noce davanti alla finestra sono seduti alcuni lupi bianchi. Erano sei o sette esemplari. I lupi erano completamente bianchi e sembravano piuttosto volpi o cani da pastore, perché avevano la coda grossa come le volpi e le orecchie ritte come fanno i cani quando prestano attenzione a qualcosa. Preso dall'angoscia, evidentemente, di esser divorato dai lupi, urlai e mi svegliai. La bambinaia si precipitò al mio letto*

per vedere cosa mi fosse successo. Mi ci volle un bel po' prima di convincermi che era stato solo un sogno, da quanto vivida e reale mi era parsa l'immagine della finestra che si apre e dei lupi seduti sull'albero. Alla fine mi calmai, mi sentii come liberato da un pericolo e mi riaddormentai. Nel sogno l'unica azione era l'aprirsi della finestra, perché i lupi sedevano del tutto tranquilli, senza muoversi affatto, sui rami dell'albero, a destra e a sinistra del tronco, e mi guardavano. Credo che questo sia stato il mio primo sogno di angoscia. A quel tempo avevo tre o quattro anni, al massimo cinque».

Il paziente aveva subito un tracollo emotivo a 18 anni, dopo la diagnosi di blenorragia, una malattia a trasmissione sessuale; nel 1910, a 23 anni, il giovane aveva intrapreso l'analisi ed era totalmente dipendente dai familiari. L'interpretazione che Freud assegna al sogno riguarda la condizione post-traumatica rispetto ad una scena ipoteticamente osservata tempo prima, un rapporto sessuale fra i genitori (*scena primaria*) intravisto da Sergej all'età un anno e mezzo.

Nella successiva interpretazione del 1976, gli Psicoanalisti freudiani N. Abraham e M. Torok (*Abraham & Torok, 1976*) rivedono il caso e sospettano che si sia trattato di un caso di *violenza assistita*: il Padre sarebbe stato visto, nell'infanzia, dallo stesso Sergej mentre abusava sessualmente della figlia maggiore, Anna. La ragazza si era tolta la vita a 21 anni, il Padre appena un anno dopo.

Al di là dell'effettivo svolgimento dei fatti, comunque sconvolgenti, in questa analisi del sogno sarebbe stato utile interpretare i colori *bianco* e, più ancora, *nero presenti nel disegno*: i lupi sono *bianchi, simili a volpi, e solo apparentemente innocenti* ("sono lupi in veste di agnelli"), inverosimilmente disposti su rami troppo sottili e fragili; il tronco *nero* potrebbe rappresentare la condizione depressiva del sognatore per i drammatici lutti familiari ed esprimere la scissione dissociativa attraverso l'ombreggiatura grigia, disposta in verticale. L'attenzione nei confronti dei colori potrebbe servire ad ottenere qualche indizio sulla tipologia di reazione emotiva post-traumatica e sul precario equilibrio psichico negli anni successivi: «*Da allora, fino all'età di undici o dodici anni, rimasi sempre con la paura di vedere cose terribili nei miei sogni*» (Ajazzi Mancini, 2010, p. 95).

1.6.3. C. G. Jung e la dissociazione traumatica della personalità

Il colore collegato ai complessi inizia ad avere un ruolo importante nella Psicologia analitica, grazie a C.G. Jung, allievo di Freud.

Agli inizi della sua carriera, Jung recupera il Caso di *Anna O.* precedentemente trattato dal Suo Maestro e afferma che un trauma, per essere ritenuto tale, debba avere immediate conseguenze sul comportamento.

Tuttavia esistono traumi che non generano immediatamente sintomi: essi vengono dissociati e mantenuti in una zona inaccessibile dell'inconscio, anche se potrebbero riemergere nel momento in cui si venisse a creare una nuova esperienza di conflitto sessuale, in grado di scatenare sintomi (Jung, 1994). Senza una ritraumatizzazione, molti eventi traumatici possono mantenersi dissociati perché una parte della psiche si manifesta come *complesso [autonomo] a tonalità affettiva dissociato dall'io*, caratterizzato da un particolare tono emotivo che compare sia nella sfera corporea sia nelle molteplici espressioni degli archetipi dell'inconscio collettivo. La componente psichica che viene dissociata può manifestarsi anche attraverso lapsus linguae, atti mancati, accessi d'ira, fobie e *dolori immaginari* privi di un fondamento organico, in quanto gli effetti psicologici del trauma continuano ad agire inconsciamente, generando sofferenza nel mondo interiore.

1.6.4. La metafora dello spettro della luce di C. G. Jung

Jung si è avvicinato alla ricerca del significato profondo dei colori osservando i mandala e i disegni dei pazienti che riproducevano sogni personali. A partire dal 1940, Jung fa riferimento proprio all'immagine dello spettro dei colori (Jung, 1997) al fine di rappresentare il Sé e spiegare la relazione fra archetipi e processi somatici che contraddistinguono ogni soggetto.

La luce visibile corrisponde alla gamma dello spettro elettromagnetico (Figura 1.2) che può essere percepita dall'occhio umano. Le differenti lunghezze d'onda, comprese fra i 380/400 ed i 780

nanometri, vengono interpretate dal cervello come colori che vanno dal violetto, caratterizzato dalla lunghezza d'onda più ristretta, al rosso, contraddistinto dalla lunghezza d'onda più ampia e, per questo motivo, più intenso e luminoso.

Tutta la vita psichica del Sé viene, quindi, organizzata come un continuum fra il polo degli *ultravioletti*, che si esprime attraverso le immagini archetipiche, e il polo degli *infrarossi*, riferibile ai processi somatici.

Oltre questi limiti universali la visione umana non può addentrarsi. Quando analogamente, in psicologia analitica, viene oltrepassata la soglia percettiva da parte della coscienza, ci si addentra nelle parti più profonde. I *complessi a tonalità affettiva dissociati dall'io*, in quanto moralmente incompatibili con i contenuti della coscienza, possono trovare quindi una collocazione nascosta nelle *aree inconse* dell'ultravioletto e dell'infrarosso.

VISIBLE SPECTRUM

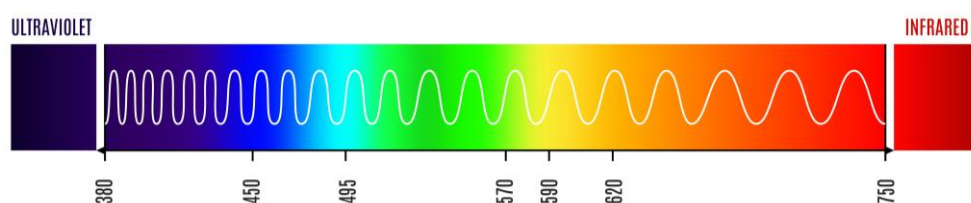


Figura 1.2 - Spettro visibile (*visible spectrum*) dei colori dall'ultravioletto (*ultraviolet*) all'infrarosso (*infrared*). I numeri indicati rappresentano le lunghezze d'onda della luce espresse in nanometri. Immagine concessa in licenza da Adobe Stock (www.stock.adobe.com).

Jung assegna un significato psicologico archetipico a diversi colori dello spettro: il verde e il marrone indicano le sensazioni, il nero rappresenta uno stato di depressione profonda, mentre il blu evidenzia il processo spirituale.

Il rosso allude al sangue, alla affettività ed è maggiormente indicato a rappresentare l'istinto e la corporeità.

Il viola, *colore mistico*, sembra avere, per Jung, le caratteristiche più adatte per incarnare l'archetipo. Infatti il viola è composto di corpo (rosso) e spirito (blu). Possiede una *dýnamis* che si manifesta nella *numinosità*, nella forza fascinatrice dell'immagine archetipica, la quale attinge soprattutto al rosso.

Secondo Jung, il *numen* indica proprio il potere divino di attrazione emanato da un colore, in grado di influenzare gli individui. I colori possiedono, in misura diversa, tale forza, a seconda della lunghezza d'onda posseduta.

Pertanto l'Io umano, come un raggio luminoso, tenderebbe a ricercare un equilibrio nella posizione del giallo e del verde, colori centrali dello spettro della luce. Certi traumi, collegati a *complessi a tonalità affettiva dissociati dall'io*, possono cercare di riemergere dalle aree inconse dell'infrarosso e dell'ultravioletto, unendosi a quel colore che universalmente, come *immagine archetipica*, meglio corrisponda all'espressione di una particolare emozione.

Conseguentemente si può immaginare che una particolare sfumatura cromatica sia in grado di legarsi anche all'angoscia primitiva e non simbolizzata, secondo le attuali teorie riguardanti la memoria preverbale.

1.6.5. M. Mancia e la memoria implicita

Grazie alle ricerche del neurologo M. Mancia (*Mancia, 2007*), è stato possibile dimostrare come la memoria implicita si sviluppi fin dalla nascita, mentre la memoria simbolica è in grado di evolvere

solo dopo i due anni di vita, cioè da quando l'esperienza soggettiva possa avvalersi della rappresentazione mentale di immagini, di particolari categorie concettuali e diventare così verbalizzabile. Evidenze scientifiche indirette suggeriscono che questa memoria possa avere sede nelle aree posteriori temporo-parieto-occipitali (aree del giro angolare e sopramarginale o aree 39 e 40 di Brodmann) dell'emisfero destro.

Prima dei due anni, la vita del bambino si basa prevalentemente su sensazioni fisiche primarie, suscitate da odori, sapori, colori, suoni e registrate a livello somatico. Inoltre la memoria precoce non può essere collegata alla rimozione perché priva di accesso alla dimensione simbolica. Per questo motivo è possibile ipotizzare che, nei traumi del periodo preverbale, le informazioni raccolte all'interno della scena osservata possano essere dissociate e conservate nella memoria implicita non come immagini, ma sotto forma di proto-rappresentazioni atte a formare il *nucleo inconscio del Sé non rimosso*. Tali tracce sono in grado di influenzare, in modo inconsapevole ed istintivo, le scelte cromatiche e le conseguenti reazioni psicosomatiche, anche a distanza di molto tempo.

Così il colore, *in modo inconsapevole*, consente l'espressione del vissuto emotivo anche nei bambini piccoli e risulta funzionale alla intercettazione della condizione traumatica, ad esempio, attraverso il racconto spontaneo e frammentario di un sogno. Infatti le immagini oniriche svolgono la funzione di rappresentare simbolicamente esperienze originariamente pre-simboliche, affinché possano diventare parzialmente *pensabili, anche se non ricordabili*.

Inoltre il colore conservato nella memoria implicita può innescare un processo di *priming*. Il termine indica una situazione nella quale uno stimolo visivo, al quale si è stati esposti in passato, ritorni ad influire, in maniera subliminale, sulle successive esposizioni al medesimo stimolo, tanto da innescare una serie di meccanismi preparatori automatici.

Secondo D. Siegel (*Siegel, 1995*), forme post-traumatiche di dissociazione sono comunque possibili anche nell'adulto e le tracce vengono anch'esse archiviate nella memoria implicita. Come vedremo, la dimensione cromatica possiede grandi potenzialità sia diagnostiche sia terapeutiche perfino in questi casi.

1.7. Teorie neuroscientifiche sulla percezione dei colori

Le Neuroscienze, in tempi recenti, hanno fornito ulteriori importanti evidenze sulle tematiche precedentemente trattate, allo scopo di rispondere ai numerosi quesiti riguardanti la percezione visiva e, in particolare, le differenze percettive nelle persone traumatizzate.

Cosa accade nel cervello quando viene percepito il colore? Cosa succede quando il cervello di un individuo che ha subito un trauma intercetta un particolare colore?

Il colore, è stato sottolineato (*Bruno, 2021*), non è una qualità degli oggetti, ma dipende dalla luce che viene riflessa da un corpo e inviata come stimolo all'occhio dell'osservatore (Figura 1.3).

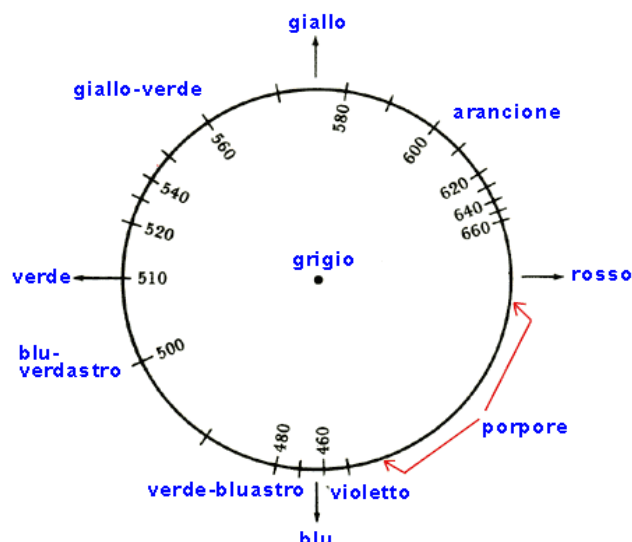


Figura 1.3 - Ruota dei colori contenente le lunghezze d'onda dei diversi colori spettrali e dei colori non spettrali (porpore). Le porpore sono comprese in uno spazio collocato fra rosso e violetto, fuori dallo spettro (fonte: www.medium.com)

Attraverso la pupilla, lo stimolo luminoso passa al cristallino e alla retina, situata sul fondo del bulbo oculare ove, prevalentemente nella regione centrale, la fovea, sono presenti fotorecettori, cellule capaci di tradurre l'energia luminosa in segnali elettrochimici. Si tratta di 6.000.000 di coni tripartiti, deputati alla visione dei colori di giorno o in buone condizioni di illuminazione, e 120.000.000 di bastoncelli, deputati alla visione notturna.

Le differenti registrazioni da parte dei tre tipi di coni (Figura 1.4), rispetto alle diverse lunghezze d'onda della luce, sono associate alle caratteristiche del pigmento, la iodopsina, contenuto negli stessi fotorecettori: i coni-S (in inglese *S-cone*, *Short-wavelength sensitive cone*) possiedono il picco di assorbimento intorno ai 437 nm; la loro massima recettività è per il colore *blu-violetto*, mentre il pigmento contenuto è definito cianolabile. Essi rappresentano meno del 10% del totale complessivo e sono quasi del tutto assenti nella fovea, la parte della retina più sensibile alla visione del colore. I coni-M (in inglese *M-cone*, *Middle-wavelength sensitive cone*) hanno il picco di assorbimento intorno ai 533 nm e sono recettivi soprattutto al colore verde; il pigmento è detto clorolabile. I coni-L (*L-cone*: *Long-wavelength sensitive cone*) hanno il picco di assorbimento intorno ai 564 nm; sono sensibili principalmente alla gamma dei *rossi*, mentre il loro pigmento è definito eritrolabile.

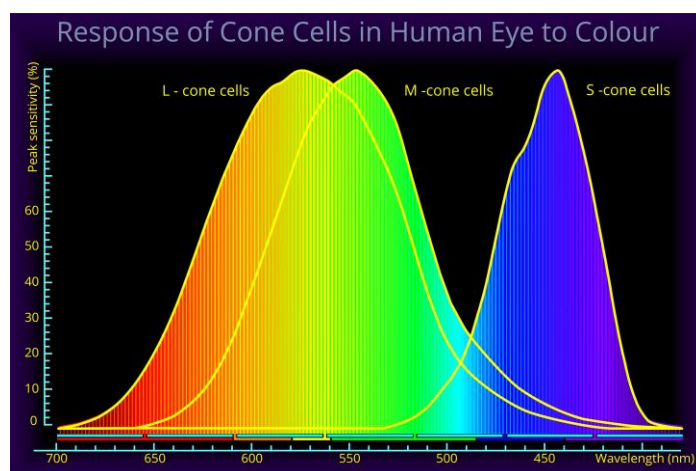


Figura 1.4 - Risposte delle cellule dei coni nell'occhio umano al colore: curve di assorbimento della luce da parte dei tre tipi di coni (picchi di sensibilità = *peak sensitivity*), sperimentalmente individuate, in relazione alle specifiche lunghezze d'onda dei colori (*wavelengths*, espresse in nanometri). Immagine concessa in licenza da Adobe Stock (www.stock.adobe.com).

La visione di altri colori come, ad esempio, il giallo, è il risultato di una situazione in cui coni-M (sensibili al verde) e coni-L (sensibili al rosso) sono massimamente stimolati, mentre coni-S (sensibili al blu) vengono interessati in minima parte. La visione del bianco si ha, invece, quando tutti e tre i tipi di coni risultano particolarmente colpiti.

Lo sviluppo dell'abilità di riconoscimento cromatico è molto rapido: il linguaggio dei colori è appreso a partire dai due mesi di vita, con la iniziale visione dei colori verde e rosso. Dai tre mesi è possibile percepire giallo e blu, mentre i bambini di quattro mesi sanno già suddividere i colori, come gli adulti, in quattro bande di lunghezze d'onda corrispondenti al blu, al verde, al giallo e al rosso. In breve tempo verranno poi percepiti tutti gli altri colori dello spettro.

I bastoncelli, invece, sono deputati alla visione non cromatica; possiedono il pigmento rodopsina ed assumono un ruolo preponderante in condizioni di scarsa illuminazione. La visione scotopica è generalmente possibile nella scala dei grigi.

Ogni cono o ogni bastoncello riesce a controllare solo uno specifico campo recettoriale: una prima elaborazione degli stimoli avviene già a livello della retina, prima che l'impulso arrivi al cervello (Figura 1.5).

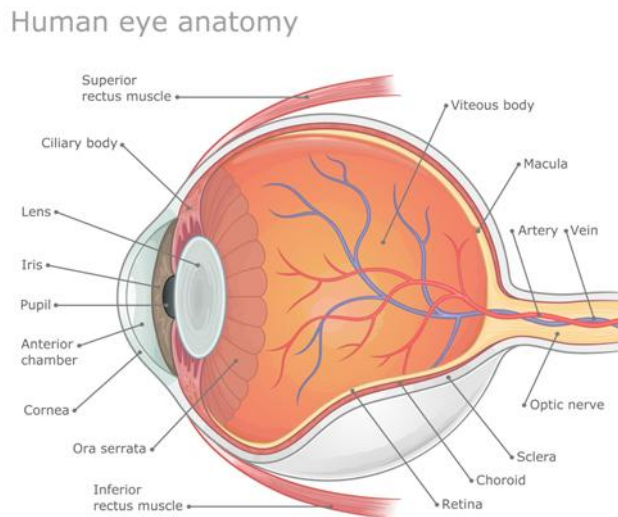


Figura 1.5 - Anatomia dell'occhio umano. Sono indicate le posizioni della retina e del nervo ottico (*Optic nerve*). Immagine concessa in licenza da Adobe Stock (www.stock.adobe.com).

Successivamente le cellule gangliari retiniche formano un punto di raccolta e di passaggio del messaggio visivo: più una cellula gangliare è lontana dalla fovea, maggiore diventa la dimensione del suo campo recettivo. Già nelle cellule gangliari avvengono *una prima discriminazione degli stimoli visivi*, in base alla dimensione, ed *un iniziale meccanismo di riconoscimento di colori contrastanti*. In particolare, le cellule P (Parvae) sono deputate alla percezione delle forme e delle tonalità cromatiche. Poi l'impulso passa, per mezzo degli assoni gangliari, al nervo ottico che rappresenta il prolungamento delle terminazioni nervose dei fotorecettori della retina. Da qui lo stimolo arriva al chiasma ottico, caratterizzato da un parziale incrocio di fibre nervose provenienti dalle due emiretine di ciascun occhio, fino a giungere, attraverso il tratto ottico, cioè la continuazione del nervo ottico, ai neuroni del nucleo o Corpo Genicolato Laterale del talamo (CGN) e al collicolo superiore, posto sopra al tronco encefalico.

Nella stazione talamica del CGN l'immagine subisce una prima elaborazione che cerca di evidenziare l'oggetto rispetto allo sfondo, i contorni e, più dettagliatamente, le differenze di contrasto. In seguito l'impulso arriva alle radiazioni ottiche di Gratiolet, un insieme di assoni che invia messaggi prima al tronco encefalico, centro dei riflessi, e poi alla corteccia visiva, cioè al polo occipitale del diencefalo,

ove avviene la formazione della sensazione visiva. Essa si divide in: Area della corteccia visiva primaria (area 17 di Brodmann o V1) e Aree visive secondarie (area 18 di Brodmann o Corteccia visiva secondaria composta da V2, V3 e V3A e area 19, detta anche Corteccia visiva associativa, formata, a sua volta, da V4 *deputata all'elaborazione dei colori*, V5 e V8, e situata nella parte superiore/laterale della corteccia frontale), nelle quali vengono progressivamente selezionati ed analizzati i vari aspetti dell'immagine visiva. In queste ultime aree terminano i segnali visivi provenienti degli occhi (Figura 1.6).

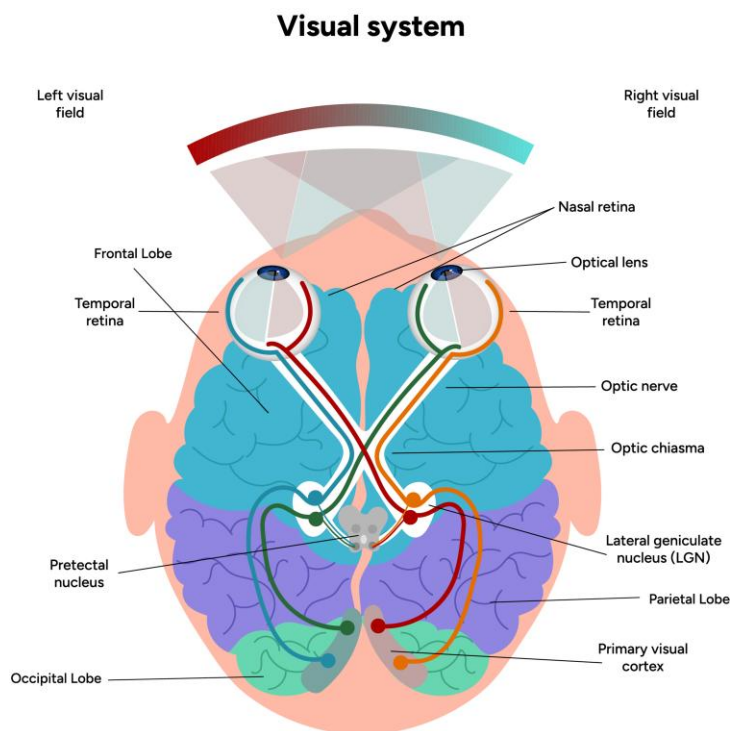


Figura 1.6 - Rappresentazione anatomica della visione a livello cerebrale (osservata dall'alto). Vengono indicate aree del cervello implicate nella vista: retina nasale (*Nasal retina*) e temporale (*Frontal retina*), nervo ottico (*Optic nerve*), chiasma ottico (*Optic chiasma*), Corpo Genicolato Laterale del talamo (*Lateral geniculate nucleus - LGN*), lobo occipitale (*Occipital Lobe*) e area della corteccia visiva primaria V1 (*Primary visual cortex*). Immagine concessa in licenza da Adobe Stock (www.stock.adobe.com).

Sull'area 17 (V1) di ciascun emisfero si trova rappresentato l'emicampo visivo controlaterale. La corteccia visiva primaria possiede neuroni atti a sintonizzarsi con gli impulsi in maniera semplice, in quanto sempre metabolicamente attivata per qualsiasi stimolo visivo. Essa contiene una mappa davvero dettagliata dell'intero campo visivo: punti specifici della retina sono connessi con punti specifici della corteccia V1. In particolare, in quest'area, la rappresentazione della fovea è molto più estesa rispetto a quella di zone più periferiche della retina.

È proprio durante il breve *time lapse* dalla retina all'elaborazione dello stimolo che si manifesta il *primissimo vissuto emotivo* conseguente alla visione di determinati colori associati al trauma.

Dalle ultime ricerche di R. Beltramo e M. Scanziani (*Beltramo & Scanziani, 2019*), il collicolo superiore costituirebbe un vero e proprio sistema visivo a livello cerebrale, con un percorso separato e parallelo rispetto a quello già conosciuto e descritto precedentemente (Figura 1.7). Altri studi, compiuti dai neuroscienziati M. Tamietto e B. de Gelder (*Tamietto & de Gelder, 2010*), mettono anch'essi in evidenza il doppio percorso della informazione visiva che può essere indirizzata non solo dalla retina a V1, ma anche dalla retina al collicolo superiore e ad una regione espansa del talamo, il pulvinar. Quest'ultimo, proprio perché riceve segnali direttamente dalla retina, può essere coinvolto durante la percezione non cosciente di stimoli emotivi, intervenendo addirittura prima che l'impulso luminoso arrivi alla corteccia V1. Pertanto il collicolo superiore, per la particolare struttura cellulare

a sette strati, sembrerebbe implicato nei processi visivi associati all'udito e alle percezioni somatiche, in una prospettiva sensoriale integrata, altamente frequente nei casi di traumi.

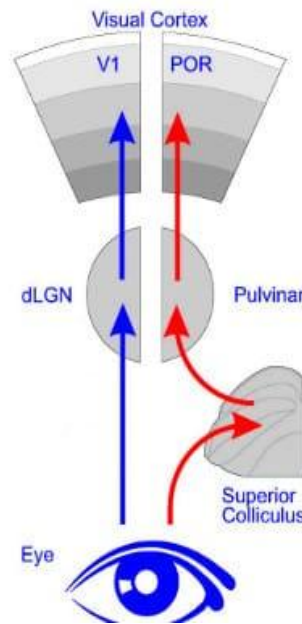


Figura 1.7 - Le due vie del sistema visivo. L'immagine serve a comprendere gli specifici contributi delle aree visive superiori che seguono due percorsi paralleli. Il percorso classico dello stimolo visivo, a partire dall'occhio (eye) al Corpo Genicolato laterale del Talamo (dLGN) fino all'area della corteccia visiva primaria (Visual Cortex V1) (a sinistra) e il percorso parallelo dall'occhio (eye) al Collicolo superiore, al pulvinar (porzione posteriore del talamo ottico), fino alla corteccia postrinale, una parte di corteccia ancestrale (POR) (a destra). (fonte: www.lescienze.it, Cortesia di Scanziani lab / UCSF).

Inoltre, sempre attraverso il collicolo superiore, entra in gioco contemporaneamente anche l'amigdala, secondo le più conosciute teorie sui meccanismi neurofisiologici legati alla paura.

1.7.1. La percezione visiva dei colori del trauma

Nel 2000, il neurobiologo J. LeDoux (*LeDoux, 2000*), attraverso tecniche di *neuroimaging*, scoprì che l'amigdala (*meglio sarebbe dire le due amigdale*), localizzata sul versante interno del lobo temporale e connessa all'ippocampo, al talamo, al tronco encefalico e ai sistemi sensoriali (vista, udito, olfatto), era in grado di intervenire tempestivamente, in caso di segnalazione di un potenziale pericolo. Questo importante studio, iniziato sulla base di ricerche precedenti del neuroscienziato A. Damasio (*Damasio, 1994*), pone le basi per la comprensione delle fobie e dei disturbi post-traumatici in generale.

Infatti l'amigdala (*Saunders et al., 1988; Yang e Wang. 2017; Šimić et al., 2021*) si attiva sia di fronte a stimoli condizionati sia di fronte a stimoli incondizionati correlati alla memoria di eventi stressanti: anche il semplice ricordo di esperienze traumatiche può portare alla improvvisa eccitazione di questo importante nucleo di neuroni.

Le informazioni provenienti dagli organi di senso (*LeDoux, 2000*), come la visione di un determinato colore, possono raggiungere l'area basolaterale dell'amigdala attraverso un percorso diretto (*strada bassa*) oppure attraverso un percorso indiretto (*strada alta*), entrambi mediati da un importante centro di decodificazione e di interconnessione associativa delle sensazioni, il talamo, coinvolto nei processi legati sia alla percezione visiva sia alla percezione del dolore.

Per il colore del trauma è possibile ipotizzare che lo stimolo visivo possa seguire uno dei due tracciati sopra riportati, a seconda delle circostanze (*LeDoux, 1996; 2002*).

La *strada bassa* è considerata il sistema di trasmissione più veloce dell'impulso. Nel caso della vista, il circuito diretto segue il percorso Talamo (NGC) - Amigdala (T-A). La *strada bassa* permette al cervello di rispondere immediatamente al potenziale pericolo mediante una *emozione* definita *pre-cognitiva* perché l'interpretazione emotiva dello stimolo visivo precede quella razionale. La risposta è corretta per la sopravvivenza: è sicuramente meglio reagire a stimoli sospetti come se fossero realmente pericolosi, piuttosto che sottovalutare i rischi e ritardare la risposta di fuga. In questo particolare caso si ha una pura reazione emotiva ai colori che siano in grado di suscitare una idea di pericolo, come potrebbe essere il caso del rosso.

Una seconda possibile attivazione della *strada bassa* riguarda immagini e colori registrati al momento del trauma che, per associazione, diventano stimoli *condizionati*. Secondo D. Siegel (Siegel, 1995) e A. Damasio (Damasio, 1994), anche in tempi successivi alla vicenda dolorosa, possono comparire reazioni *come se* (as if loops), in quanto non solo la visione, ma anche semplici flash di immagini e di colori identici a quelli del trauma (*triggers*) possono suscitare particolari reazioni psicosomatiche, indipendentemente dalle condizioni del contesto attuale. Il colore del trauma diventa quindi un *marcatore somatico*, in quanto richiama uno stato corporeo a livello viscerale e non viscerale, che può portare a reazioni difensive, solo apparentemente immotivate, di paura/allontanamento ed alla riattivazione di specifiche mappe somato-sensoriali (Shackman e Fox, 2016). Possono tornare a manifestarsi, per eccitazione della amigdala, anche gli stessi disturbi endocrini e neurologici che hanno caratterizzato la prima esperienza negativa, spesso amplificati rispetto al passato.

La *strada alta*, invece, necessita di un tempo leggermente più lungo (Brodal, 2003). Nel caso della vista, il circuito indiretto segue il percorso Talamo (NGL) – Corteccia - Amigdala (T-C-A) (Figura 1.8).

AMYGDALA FUNCTION

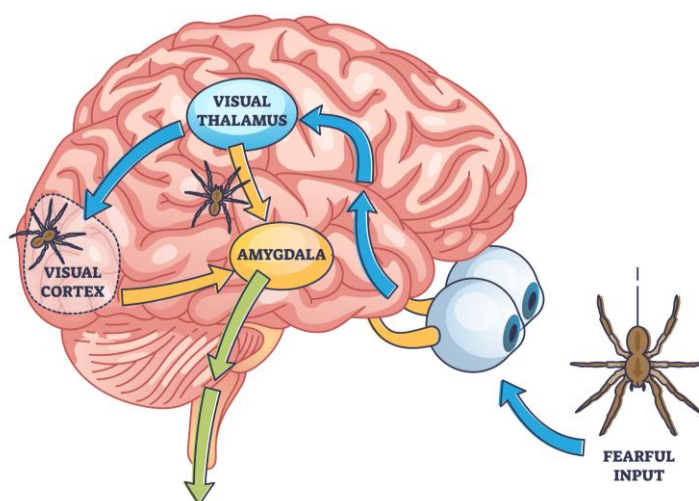


Figura 1.8 - Circuito Talamo-Corteccia-Amigdala. La vista di un ragno, uno stimolo in grado di indurre paura (*fearful input*), passa dal talamo (*visual thalamus*), passa alla corteccia visiva (*visual cortex*) ed immediatamente attiva l'amigdala (*amygdala*) che genera una reazione di panico. Immagine concessa in licenza da Adobe Stock (www.stock.adobe.com).

Secondo S. Porges (Porges, 2004), Autore della Teoria Polivagale, la *Neurocezione*, vale a dire il rapido screening riguardo al livello di minaccia suscitato da un determinato stimolo, è in grado di elicitarne risposte neurofisiologiche automatiche, collegate alla stimolazione del nervo vago e generate al di sotto della soglia di consapevolezza.

Ad esempio, i veterani di guerra presentano una serie di reazioni neurobiologiche facilmente attivabili e provano ancora, a distanza di tempo, paura, vergogna, rabbia oppure intorpidimento (Van der Kolk, 2006). Secondo gli psicologi B. Van der Kolk, O. van der Hart e L. Weisaeth (Van der Kolk, van der

Hart e Weisaeth, 1996), il raggiungimento di uno stato di calma o di benessere può risultare molto difficile da ottenere per una maggiore sensibilità agli stimoli legati al trauma.

In generale, la visione di un determinato colore, vissuto come stimolo intollerabile (spesso chi è già in uno stato di ansia presenta una dilatazione della pupilla, cioè midriasi, ed è molto recettivo agli stimoli luminosi), attiva l'amigdala, la quale è collegata all'ipotalamo, al sistema endocrino e ai neuroni del tronco encefalico, i quali inviano impulsi verso regioni che afferiscono al sistema neurovegetativo (cioè il Sistema Nervoso Autonomo, formato da Sistema Nervoso Simpatico e Sistema Nervoso Parasimpatico).

Nei sistemi di autodifesa come lotta, fuga e congelamento (*freezing*) viene stimolato prevalentemente il Sistema Nervoso Simpatico che determina rilascio di adrenalina, aumento della frequenza cardiaca e respiratoria, con maggiore ossigenazione del tessuto muscolare. Viceversa lo spegnimento (*shut-down*) e il collasso nervoso, durante o dopo un trauma, stimolano in modo eccessivo il Sistema Nervoso Parasimpatico, con abbassamento del ritmo cardiaco, della respirazione e grave senso di spossatezza. In seguito ad un trauma prolungato, si evidenziano alterazioni croniche rispetto allo stress, con una disregolazione emotiva caratterizzata da eccitazione (*iperarousal*) oppure intorpidimento emotivo e tristezza (*ipoarousal*) oppure da alternanza dei due stati, come nel caso di alcuni Disturbi di personalità. Pertanto la vista di determinati colori, attraverso gli impulsi inviati al tronco encefalico nel processo percettivo, può attivare il Sistema Nervoso Autonomo e scatenare una reazione improvvisa di *iperarousal* o di *ipoarousal* (Bubl et al., 2007).

Nel 1930, K. Goldstein (Goldstein, 1930) aveva già studiato le diverse reazioni dell'organismo umano ad uno stimolo cromatico, basandosi sul cerchio dei colori di Johannes Itten (Figura 1.9). Si è potuto riscontrare un'eccessiva reattività dei nevrotici e degli psicotici di fronte al colore, mettendo in evidenza come i colori caldi (giallo, arancio, rosso e magenta) abbiano un effetto "ergotropo", cioè stimolante del Sistema Nervoso Autonomo nella frazione Simpatica, mentre il Blu, ed in parte il Verde e il Viola, tendenzialmente influiscano sul Sistema Nervoso Autonomo, attraverso la frazione Parasimpatica, in modo "trofotropo", determinando sedazione e rallentamento. Infatti i colori caldi, quando vengono osservati, fanno leggermente aumentare la temperatura corporea, mentre i colori freddi non favoriscono il rialzo, come dimostreranno le ricerche dello studioso F. Birren (Birren, 1961) trenta anni dopo.



Figura 1.9 - Colori caldi (*warm*) (giallo, arancio, rosso e rosso magenta) e colori freddi (*cool*) (verde, blu e viola) nello spettro nel cerchio dei colori di Johannes Itten. È possibile notare come verde e rosso magenta siano opposti per posizione e, pertanto, possano essere considerati colori complementari. Immagine concessa in licenza da Shutterstock (www.shutterstock.com).

Si può anche immaginare che la *strada alta* di trasmissione abbia a che vedere con il ricordo cosciente del momento in cui è avvenuto il trauma, ad esempio, quando il rosso del sangue è stato collegato ad un incidente. Vedere nuovamente il rosso provoca una reazione consapevole ed immediata di rifiuto.

Infatti il circuito ippocampo-corteccia entorinale (CE) (o entorinica) provvede subito a fornire informazioni sul contesto nel quale si è presentata la paura che include tracce precedentemente memorizzate nell'ippocampo e collegate da nessi associativi rispetto alla nuova situazione.

Purtroppo la corteccia orbito/frontale non può processare in tempi brevi l'informazione cromatica e renderla accettabile per il soggetto: i neuropsicologi D. Grossi e L. Trojano (*Grossi & Trojano, 2009*) sostengono che, per favorire l'autocontrollo, sia necessaria una interpretazione soggettiva della situazione, attualmente osservata, da parte dei lobi frontali, con necessità di un'elaborazione degli stimoli maggiormente prolungata e complessa.

1.7.2. Significato fisiologico e psicologico dei colori nel Lüscher test

Max Lüscher è uno Psicologo svizzero, purtroppo scomparso nel 2017, famoso in tutto il mondo per aver creato l'omonimo test nel 1949 (Figura 1.10). Il reattivo comprende colori con un particolare grado di saturazione e in grado di suscitare reazioni emotive più intense di quanto non accada nella vita quotidiana, dal momento che essi sono stati selezionati fra 4500 diverse sfumature di colore da migliaia di persone, prima della standardizzazione della prova nella sua forma attuale.

Il test si fonda su due assiomi: il colore possiede un significato fisiologico e psicologico universale, indipendente dalla cultura di appartenenza, dall'età e dal sesso (*Luscher, 1983*); la reazione psicologica al colore è soggettiva e dipende dalla condizione fisica, psichica o esistenziale di una persona, come evidenziano gli ultimi studi delle neuroscienze sulla *diversità percettiva*.

Il reattivo è composto da una tavola iniziale in bianco e nero e da varie tavole con tonalità cromatiche, la più conosciuta ed utilizzata di queste è la Tavola degli otto colori, quattro *fondamentali* e quattro definiti *modificati*. Le tonalità cromatiche di questa tavola sono: Grigio chiaro (0), Blu scuro (1), Verde scuro (2), Rosso arancione (3), Giallo brillante (4), Violetto (Magenta) (5), Marrone terra bruciata (6), Nero (7).

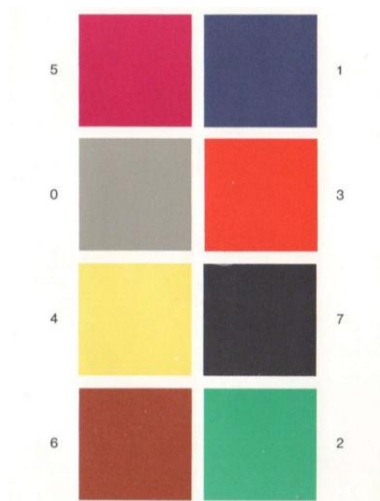


Figura 1.10 - Tavola degli 8 colori del Lüscher test (*Frigerio, 2022*)

Il test può essere somministrato sia nella versione ridotta sia nella versione integrale. La consegna è quella di riferire allo Psicologo preferenze e rifiuti sulla base di ciò che la contemplazione dei colori spontaneamente suscita, a prescindere dai gusti personali nella scelta dei colori nell'abbigliamento o nell'arredamento, e senza soffermarsi troppo tempo sulle risposte. La griglia della tavola degli 8 colori è la seguente:

+	+	x	x	=	=	-	-
---	---	---	---	---	---	---	---

La prima coppia (+) forma l'area che include i colori preferiti (1'e 2' posizione), considerati più attraenti.

La seconda coppia (x) forma l'area che include altri due colori preferiti, ma un po' meno apprezzati, in grado di segnalare la situazione psicologica del presente (3' e 4' posizione).

La terza coppia (=) indica l'area della indifferenza che include i colori da tenere fra parentesi, in sospeso (5' e 6' posizione).

La quarta coppia (-) comprende i colori ansiogeni e, per questo motivo, situati nell'area del rifiuto (7' e 8' posizione).

I fenomeni sensibili sono sempre fenomeni comunicativi. Così il test di Lüscher aiuta coloro che incontrano difficoltà nella verbalizzazione dei vissuti, vale a dire i soggetti alexitimici, i quali non riescono a sintonizzarsi con le proprie emozioni e ad esprimerle. Inoltre le scelte cromatiche non consentono di comprendere la chiave interpretativa del reattivo e questo è un considerevole vantaggio, in quanto la tendenza generale è quella di avvicinarsi al momento della somministrazione in maniera completamente naturale, senza mettere in atto difese particolari. Proprio per questo motivo, come vedremo in seguito, ciascun soggetto risulta particolarmente colpito da tutto quello che *vede e sente interiormente* mentre affronta il test.

M. Lüscher si è ispirato a S. Freud, a C.G. Jung e al pittore russo V. Kandinskij per la interpretazione psicologica. Il test prende anche spunto dalla rappresentazione junghiana del Sé nello spettro cromatico e viene interpretato secondo parametri percettivi (archetipici) universali: l'influenza della Psicologia analitica è evidente, a partire dalla legge di polarità, cioè dalla combinazione dei colori opposti scelti dal soggetto (colori preferiti che compensano colori rifiutati), fino a definire dicotomicamente colori maschili (verde/rosso) e colori femminili (blu/giallo). In tutte le tavole vengono presentati sia colori freddi, maggiormente statici, sia colori caldi, maggiormente dinamici. Lüscher sostiene che la percezione del colore abbia principalmente un impatto emotivo a livello di ipotalamo e, quindi, del sistema limbico e dell'amigdala che sono in stretta relazione con la corteccia cerebrale.

Pertanto l'ipofisi viene biologicamente stimolata dalla visione dei colori, con una influenza sulla secrezione di ormoni femminili, ormoni maschili e cortisolo.

È inoltre scientificamente accertato che il verde-blu di Lüscher rallenta la circolazione sanguigna, mentre il rosso-arancio di Lüscher è in grado di migliorarla.

1.8. Il Lüscher test e il trauma

Lüscher ha una visione del colore analoga a quella espressa da V. Kandinskij (*Kandinskij, 2005*) ne *Lo spirituale nell'arte (1912)*: la contemplazione della tonalità cromatica ha una *risonanza emotiva* perché si crea un contatto profondo con l'anima. Secondo il Pittore russo, la contemplazione dei colori può comportare effetti sia fisici sia psicologici. In particolare, a livello psichico, «si manifesta la forza psichica del colore che suscita una *vibrazione dell'anima*» e «il fatto che un colore inclini verso il freddo o verso il caldo ha dunque una incommensurabile importanza e significato *interiore*».

Kandinskij invita ad ascoltare la tonalità specifica, intangibile, intatta che scende e risuona come se si trattasse di una *melodia percepita interiormente*. Per questo motivo, ad ogni colore viene attribuito il timbro di uno strumento musicale (il rosso assomiglia alla sonorità di una tuba, il verde è accostato ad un violino), creando una interessante sinestesia fra suono (percezione uditiva) e colore (percezione visiva).

Si tratta solamente di far emergere *l'invisibile del colore*, la *tonalità affettiva profonda* che il soggetto percepisce quando osserva una sfumatura cromatica *perturbante* (sia quando preferita che quando rifiutata), in modo da poter esprimere la sofferenza dovuta al trauma.

I colori spesso rimandano alle *difese del soggetto* e, pertanto, risultano un utile indicatore di come il soggetto ha reagito e reagisce ancora al trauma, nel tentativo di evitare la sofferenza.

Il colore segnala anche *l'intensità del trauma per isomorfismo*: in relazione ai colori scelti o rifiutati nel Lüscher test si può comprendere l'incisività della modalità di reazione alla esperienza vissuta, più o meno consapevole, più o meno elaborata, più o meno adattiva. La Psicologa M.D. Lezak (*Lezak,*

1995, p. 767) afferma: «Ogni persona percepisce gli stimoli esterni attraverso il riflesso della propria attitudine, comprensione, tendenza ad avere determinate percezioni e conseguenti risposte e interpreta la percezione personalmente composta come se fosse una realtà esterna». Per il neuroscienziato A. Damasio (Damasio, 2000), la scelta di un colore dipende dalle risposte somatiche suscitate, che avvengono in modo non necessariamente consapevole.

Infatti le sfumature cromatiche aiutano a comprendere, come si è visto, le reazioni neurovegetative, messe in atto dal soggetto nel momento in cui il trauma si è verificato, e ancora riattivabili. Il soggetto traumatizzato in condizione di *ipoarousal* preferisce, per *isomorfismo*, i colori freddi e, per reazione, rifiuta i colori caldi che richiamano emozioni forti come quelle del trauma (quindi blu scuro, verde scuro, nero vs giallo brillante, rosso arancione). I colori più scuri (blu, verde, marrone, nero), quando compaiono fra i prescelti, indicano ansia/tristezza e diventano *colori di morte*. Alcune persone trascurate nell'infanzia preferiscono proprio i colori freddi che tendono ad allontanare l'osservatore, in quanto abituate alla freddezza emotiva. Altre volte i colori scuri vengono selezionati dai soggetti traumatizzati affetti da intorpidimento (*numbing*): in tali casi i colori caldi suscitano ansia perché obbligano i soggetti a reagire ad uno stimolo troppo intenso. Può anche succedere che il trauma porti a preferire i colori che nel test fanno specifico riferimento al corpo (verde, marrone e violetto) perché è *il corpo che accusa il colpo*, come sostiene B. Van der Kolk.

Per N. Del Longo, allievo di Lüscher ed importante riferimento per l'interpretazione del test, bisogna prestare attenzione a determinate sequenze: «È frequente trovare una [...] sequenza anomala della Tavola degli 8 colori nel Test di Lüscher, con marrone, nero, grigio e/o blu nei primi colori e magari il verde o il rosso rifiutato» (Del Longo, 2010, p. 19).

Invece il violetto Lüscher, che compare nella fascia più bassa, meno luminosa dei colori caldi, può essere tollerato o preferito da chi si trova in una condizione di *iperarousal* per la sua composizione, in parti uguali, di rosso che viene mitigato da una parte di blu.

Infatti i colori caldi, che sarebbero *realmente isomorfici rispetto alla violenza del trauma*, suscitano ansia perché obbligano le persone in stato di eccitazione a reagire ad uno stimolo troppo intenso. In questi casi le tonalità cromatiche come il rosso, private o meno della compensazione dei colori freddi in 1' e 2' posizione, emergono assai frequentemente nell'area della indifferenza oppure nell'area del rifiuto. Il rosso potrebbe, invece, essere preferito dopo i primi colori scuri nei casi in cui l'abuso abbia avuto a che fare con la *corporeità violata* del soggetto.

In altre situazioni si può avere addirittura uno *choc colore*, come reazione fisiologica ad uno stimolo fisico perturbante, paragonabile al turbamento improvviso che talvolta si crea durante la somministrazione del test delle macchie di Rorschach. Infatti von Hornbostel, già nel 1931, aveva sostenuto che si reagisce ad una tonalità cromatica anche sulla base della brillantezza (*brightness*), un attributo universale dell'esperienza sensoriale in genere (von Hornbostel, 1931).

Inoltre, nel test di Lüscher, l'effetto spiacevole di alcuni colori caldi sui soggetti traumatizzati potrebbe essere potenziato sia dalla brillantezza naturale sia dalla collocazione di un colore acceso (rosso), inserito in mezzo ad altri colori scuri incolonnati (ad esempio, blu sopra, nero sotto).

Un secolo fa lo psicologo G.J. von Allesch (von Allesch, 1925) aveva osservato che non è solo la categoria cromatica ad avere importanza, ma anche il livello dal quale viene osservato il fenomeno, vale a dire se ci si avvicina al rosso puro partendo dall'arancio oppure provenendo dalle porpore: nel primo caso si avrà la percezione di un oscuramento, nel secondo caso di un rischiaramento.

La percezione del *contrasto simultaneo*, in soggetti sovraeccitati con *iperarousal*, è alterata e comporta la registrazione di una differenza maggiore nella luminosità o nel colore tra due oggetti; nei soggetti depressi con *ipoarousal* accade il contrario, la soglia della percezione dei contrasti è più alta, probabilmente a causa dei bassi livelli di dopamina. Questo fenomeno di *apparenza* del colore, definito *cesia* (Caivano, 1991), è correlato alla quantità totale di luce che una superficie *sembra* riflettere. È molto importante anche la condizione di illuminazione e come essa possa impattare sui fotorecettori. Ad esempio, quando la luce è soffusa, il verde scuro viene percepito a livello di bastoncelli, il rosso è più evidente e risulta ancora percepito dai coni periferici. Per questo motivo il test dei colori va somministrato in buone condizioni di luminosità ed alla luce del giorno.

Comunque altri elementi importanti, per la rilevazione dei traumi, possono essere evidenziati non solo nella Tavola degli 8 colori, ma anche nelle altre tavole che compongono il test di Lüscher. Secondo N. Del Longo, potrebbero emergere nuovi elementi, le cosiddette *maschere* nella Tavola delle forme, le *dispersioni* e le *ambivalenze* nelle quattro Tavole di variazioni fondamentali, ulteriori Indicatori a sostegno della ipotesi diagnostica di *effetti traumatici destrutturanti* e del possibile livello di gravità (Del Longo, 2013).

Dopo aver ottenuto la restituzione dei risultati del test, spesso il paziente comincia a sbloccarsi perché l'interpretazione è *di-per-sé* efficace nel favorire, seppur parzialmente, un recupero delle memorie traumatiche, talvolta grazie anche all'aiuto di un familiare testimone della vicenda, fino ad innescare un processo di cambiamento.

Attraverso la somministrazione del test di Lüscher è possibile avvicinarsi al residuo emotivo del trauma rappresentato dal colore, senza indagare direttamente o procedere con la verbalizzazione, anche nel caso di traumi *riconosciuti*, ma *indicibili*, aspettando il momento in cui il paziente si sentirà di raccontare la tragica esperienza. In questa prospettiva, il test dei colori può rappresentare una sorta di *psicopompo*, di traghettonatore di emozioni sommerse che mirano ad essere integrate all'interno del Sé, in una nuova prospettiva di individuazione e di successiva lettura del trauma.

1.8.1. Esiti destrutturanti del trauma intercettati dal Lüscher test nei prigionieri di guerra

Il Lüscher test, come si è potuto riscontrare, valuta le conseguenze dello stress post-traumatico e, in passato, è stato utilizzato negli studi sui traumi di guerra.

La prima ricerca sui reduci, mediante somministrazione del reattivo dei colori, è stata compiuta da H. Klar nel 1968 su un gruppo di 20 militari, di ritorno dal conflitto in Vietnam, mentre erano a bordo di una nave che li portava in Europa (Klar, 1970). Tutti i soggetti avevano inserito il verde come prima preferenza.

Un altro importante studio è stato successivamente condotto, dalla psicologa croata J. Bobic, su un campione sperimentale di 188 ex prigionieri croati provenienti dai campi di concentramento serbi, in seguito al conflitto serbo/croato, a partire dagli inizi degli anni '90 ed ancora per molti anni, oltre la fine della guerra. La ricerca è stata finanziata dal Governo croato (Bobic, 2007).

La prigionia degli ex detenuti era compresa in un arco di tempo che andava da un mese a due anni; le persone avevano sopportato privazioni di cibo, minacce e subito maltrattamenti a livello psicologico e fisico.

Ai sopravvissuti, una volta tornati a casa, fu somministrata la tavola degli 8 colori del Test di Lüscher e i risultati furono confrontati con quelli di un gruppo di controllo formato da 188 studenti.

Quasi tutti gli ex prigionieri, tranne una piccola parte del gruppo sperimentale (27,1%), erano stati precedentemente diagnosticati affetti da PTSD di diverso livello, parziale (+) (++) o completo (+++), a seconda della comparsa di uno, due oppure tre fra questi sintomi: *esperire il trauma, evitamento ed eccitazione*.

Per quanto concerne le preferenze assegnate al colore, nel gruppo di controllo ben il 28,9% scelse il rosso, in quanto in genere il rosso rappresenta la scelta dominante nella popolazione senza PTSD, contro il 7,5% del gruppo sperimentale, anche se in questa piccola percentuale non era quasi mai apparso PTSD.

Sempre nel gruppo sperimentale un 12,2% scelse il blu, un 15,4% scelse il giallo, un 27,1% scelse il verde e un altro 27,1% scelse il violetto. La scelta del verde era prevalente fra coloro che soffrivano di PTSD medio/grave (due o tre sintomi di PTSD), del violetto fra gli individui meno colpiti dal trauma (un solo sintomo PTSD). Verde e violetto sono notoriamente agli antipodi nella serie dei colori freddi, anche per significato, in quanto il verde, sul piano interpretativo del Lüscher test, denota il fatto di volersi rendere autonomi, il violetto indica il bisogno di identificarsi con qualcosa o con qualcuno.

Fra i 13 soggetti che soffrivano di un grave PTSD, 7 collocarono il verde e 4 il nero in prima posizione, corrispondenti, a livello simbolico, rispettivamente a preoccupazione riferita a se stessi e ad umore depresso.

La scelta del violetto era emersa solo fra gli individui meno colpiti dal trauma: su 64 soggetti, con un solo sintomo di PTSD, comparivano 25 preferenze; su 60 soggetti con 2 sintomi, si evidenziavano 12 preferenze, mentre su 13 soggetti con 3 sintomi non compariva alcuna preferenza. Da rilevare la scelta del violetto solo nel 13.3% dei soggetti del gruppo di controllo.

Comunque si evince che coloro che soffrivano di PTSD differivano molto nelle scelte dei colori rispetto ai soggetti sani.

Il rosso fu scelto dall'8.5% degli ex prigionieri che erano stati rilasciati da meno di 6 mesi e solo dal 6.1% di coloro che erano stati rilasciati da più di 6 mesi.

Questo fenomeno era dovuto al fatto che i sintomi si mantenevano quando i soggetti tornavano a casa dal carcere, per il sommarsi di problemi con il coniuge oppure per la perdita del lavoro.

Inoltre un gruppo di 51 ex detenuti, che non presentava alcun sintomo di PTSD, mostrava preferenze verso il violetto in 14 casi e verso il blu in altri 14 casi, come se l'assenza delle tre tipologie di sintomi non potesse escludere, per alcuni soggetti, forme di PTSD *più sommerse e silenti*, forse correlate a *stati dissociativi*, rilevati comunque dal Lüscher test.

J. Bobic ha suggerito di somministrare la tavola degli 8 colori di Lüscher non solo nei contesti post-bellici, ma anche in molte altre situazioni a rischio di PTSD, per abbreviare il complesso iter diagnostico, considerati i numerosi vantaggi offerti dalla rapida e facile somministrazione.

1.9. La rilevazione dei traumi mediante il Lüscher test: una opportunità per la diagnosi

Lo studio del 2023, che verrà presentato in questo capitolo, è stato orientato dai risultati emersi nella importante ricerca croata. I dieci soggetti del piccolo campione esaminato non erano reduci, ma le esperienze traumatiche (di primo e di secondo livello, secondo la classificazione di A. Schore) emerse nel setting clinico, prima oppure dopo la somministrazione del test di Lüscher, erano state particolarmente impattanti, anche perché vissute durante l'infanzia (*Hopper et al., 2019*). A questo proposito, il famoso psichiatra statunitense V. Felitti (*Felitti, 2010*) ha studiato la categoria dei Fattori ACE, dall'inglese *Adverse Childhood Experiences*, cioè Esperienze Avverse nell'Infanzia, considerate fattori traumatogeni. L'elenco comprende abusi fisici, emotivi, sessuali, aver assistito a violenza domestica, aver convissuto con un familiare affetto da una forma di dipendenza oppure inserito in carcere, aver avuto un episodio di grave depressione o suicidio in famiglia, non essere stato allevato da entrambi i genitori biologici, trascuratezza (*neglect*) fisica ed emotiva. Dal momento che l'interpretazione dei risultati emersi nella ricerca che seguirà è perfettamente in linea con quanto evidenziato nel precedente studio di J. Bobic (*Bobic, 2007*), è possibile confermare l'ipotesi che la sofferenza post-traumatica, indipendentemente dai fattori in gioco, influisca sulle preferenze ed i rifiuti del colore.

1.9.1. Risultati del Lüscher test somministrato ad un piccolo campione di pazienti

Il campione dello studio era formato da 10 soggetti, 6 femmine e 4 maschi, di età compresa fra i 12 e i 57 anni.

Per quanto concerne le preferenze dei colori, ben 6 soggetti, 3 maschi e 3 femmine, hanno inserito in prima posizione il violetto, una femmina ha scelto il verde, una femmina il blu, un maschio ha preferito il nero e, infine, una femmina ha scelto il grigio.

Per quanto riguarda, invece, l'abbinamento dei colori, cioè il 1° e il 2° colore preferiti, abbiamo rilevato due coppie violetto-verde, una coppia violetto-blu, una coppia violetto-nero, una coppia violetto-giallo e una coppia violetto-marrone. Le altre preferenze da segnalare riguardano una coppia grigio-marrone, una coppia verde-rosso, una coppia blu-rosso ed una coppia nero-blu.

Come primo risultato, è evidente la maggiore propensione verso il violetto (60%), come accaduto nella ricerca di J. Bobic (*Bobic, 2007*), e questo dato rileva la presenza di un trauma di livello medio. Nello studio, il trauma ha avuto un impatto negativo sulla sfera della sessualità in 3 casi (tutte femmine), con scarso interesse (fobia?) verso questa dimensione. Tale condizione coincideva, nel campione, con la scelta del verde in 1' posizione da parte di una ragazza, gravemente traumatizzata, oppure in 2' posizione da parte di altre due, con esiti traumatici abbastanza profondi.

Il rosso non è mai stato collocato come 1' preferenza, ma solo come colore posto in 2' posizione nella coppia (verde-rosso in una femmina oppure blu-rosso in un'altra femmina) e quindi la sua funzione è stata rafforzativa rispetto al significato del colore posto in 1' posizione.

Il rosso è stato inserito in 8' posizione solo da una femmina, preceduto dal nero. È stato invece collocato in 7' posizione da un maschio, seguito in 8' posizione dal verde.

Il rosso è stato collocato, in tre casi, in posizione di indifferenza, cioè in 5' o in 6' posizione: in una coppia, scelta da una femmina, è emersa la combinazione rosso-grigio e, in altre due coppie, verde-rosso, scelte da due maschi, probabilmente per tenere sotto controllo l'effetto *perturbante* provocato. Il giallo è stato inserito in 8' posizione da due maschi e da una femmina, come colore troppo brillante, da evitare.

1.10. Interpretazione dei risultati

È stato possibile interpretare i risultati del piccolo campione, facendo riferimento sia ai dati anamnestici sia alle scelte dei colori. In diversi casi, nella raccolta delle informazioni riguardanti la storia personale, non emergevano immediatamente riferimenti espliciti ad episodi traumatici, ma soprattutto descrizioni di sintomi in grado di suscitare qualche sospetto. I risultati, una volta discussi, hanno aiutato alcuni pazienti nel ricordare.

È risultato opportuno ripartire le preferenze assegnate ai colori in vari clusters, allo scopo di approfondire le tipologie di traumi rilevate o ricordate anche successivamente alla restituzione dei risultati del test cromatico. L'interpretazione dei dati emersi è supportata da una breve analisi di alcuni casi clinici particolarmente toccanti.

1.10.1. Primo cluster e trauma da separazione

Il primo cluster riguarda i soggetti che hanno assegnato le loro preferenze ai colori scuri (verde, blu, nero) come *difese rispetto al trauma da separazione (neglect)* o, talvolta, come *compensazione* rispetto ai *colori caldi rifiutati*, ad esempio giallo e rosso.

1.10.1.1. VERDE

La preferenza assegnata al verde indica esigenza di rispetto, accompagnata da atteggiamento difensivo rigido che comporta il ritiro sociale e la tendenza a fidarsi solo di se stessi. Si tratta di un colore maschile che indica una reazione attiva al trauma.

Liliana, una giovane paziente, ha evidenziato il seguente protocollo:

2 verde	3 rosso	4 giallo	1 blu	5 violetto	7 nero	6 marrone	0 grigio
------------	------------	-------------	----------	---------------	-----------	--------------	-------------

Alla consegna dei risultati del test, la ragazza ha approfondito il tema della disforia di genere, comparsa in seguito ad esperienze di carattere sessuale vissute troppo precocemente con coetanei e, per questo, traumatogene, al punto da non sentirsi più in grado di accettare il proprio corpo femminile e da arrivare a desiderarne un altro, con attributi maschili. Il marrone e il grigio, rispettivamente in 7' e 8' posizione rivelano, come vedremo in seguito, il rifiuto esplicito della corporeità.

1.10.1.2. BLU

Nel caso del blu oppure del nero come colori preferiti (separatamente o insieme), l'interpretazione fa riferimento rispettivamente a forte *bisogno di cure affettive* e a *depressione dell'umore*.

Secondo Lüscher, il blu è un colore femminile, il cui significato è collegato alla maternità. Possono evidenziarsi situazioni di *neglect* materno, spesso accompagnate da forme di *dipendenza* (contrassegnate da oralità).

1.10.1.3. NERO

Il nero, inesistente nello spettro, in quanto dato dalla combinazione di tutti i colori, rappresenta la rinuncia, l'atteggiamento nichilista, l'arresa di fronte alla vita ed influenza fortemente la scelta dei colori vicini, con l'evitamento dei colori accesi. Dietro la scelta del nero e del blu nelle prime posizioni emerge la protesta contro una situazione familiare di *neglect* che non può essere accettata. Nel caso clinico di Alberto, il protocollo è dato dalla seguente serie:

7 nero	1 blu	6 marrone	5 violetto	2 verde	3 rosso	0 grigio	4 giallo
-----------	----------	--------------	---------------	------------	------------	-------------	-------------

Si tratta di un ragazzo triste e dipendente da genitori freddi e assenti, privo di amicizie ed incapace di iniziare relazioni sentimentali perché innamorato di ragazze irraggiungibili, costantemente alla ricerca di piacere nell'abuso di alcolici, sua unica consolazione. Il giallo, collocato in 8' posizione, indica il rifiuto del cambiamento e della relazione con i pari, unito al bisogno di schermarsi (grigio in 7' posizione).

1.10.2. Secondo cluster e corporeità

Il secondo cluster comprende i colori che fanno riferimento alla corporeità, come il violetto e la coppia grigio-marrone, soprattutto quando il trauma ha lasciato una traccia nel corpo, con possibili reazioni psicosomatiche. Il colore, in questo caso, potrebbe essere collegato alla memoria somatica.

1.10.2.1. VIOLETTO

Il violetto Lüscher (Magenta) è formato da rosso e blu in parti uguali ed è fatto rientrare nelle porpore. Il violetto, secondo la teoria dei colori di Goethe (*Goethe, 2014*), rappresenta lo spavento, *lo sfarfallio della fine del mondo*. Ad esempio, le illustrazioni di alcuni libri a carattere religioso dell'Alto medioevo raffiguravano l'immagine di un'aquila di colore viola che annunciava l'Apocalisse.

Secondo E. Heimendahl (*Heimendahl, 1961*) il violetto può esprimere stati di tensione e irrequietezza. Kandinskij (*Kandinskij, 2005*) considera il violetto come un colore rosso raffreddato dal blu, in senso fisico e mentale. È per questo motivo che presenta qualcosa di patologico, di spento e di triste in sé. Nello stesso tempo il violetto, nella componente blu, può placare la rabbia ed alleviare l'ansia. Rappresenta sia la sensualità fisica sia la regressione infantile che rivela insicurezza emotiva.

Secondo Lüscher, la scelta del violetto, colore femminile, indica una tensione prolungata, le conseguenze di uno choc o di situazioni difficili vissute durante la prima infanzia e rivela una componente esibizionistica.

Per questi motivi, chi ha subito un trauma mediamente grave inserisce solitamente questa tonalità cromatica in 1' posizione, confidando in una azione attenuante della componente blu.

Il caso clinico di Ernesto presenta il seguente protocollo:

5 violetto	7 nero	1 blu	4 giallo	2 verde	3 rosso	6 marrone	0 grigio
---------------	-----------	----------	-------------	------------	------------	--------------	-------------

Il ragazzo ha vissuto momenti di grande sofferenza emotiva in seguito ai gravi e continui conflitti familiari, iniziati nella infanzia e mantenuti anche dopo la separazione genitoriale, avvenuta nella preadolescenza. È evidente la rabbia che il giovane percepisce continuamente dentro di sé, espressa attraverso frequenti tic nervosi. Inoltre Ernesto ha un disturbo dell'apprendimento e controlla a fatica l'ostilità verso la scuola. Il rosso è collocato in 6' posizione, come se fosse tenuto fra parentesi per non dare fastidio, mentre viene rifiutato il marrone (7' posizione) che indica la corporeità.

1.10.2.2. GRIGIO E MARRONE

Chi sceglie il grigio in prima posizione vuole allontanarsi dalle situazioni spiacevoli, mettendo una barriera difensiva per schermarsi e rifiutando di impegnarsi, al fine di proteggersi da qualsiasi stimolo. Non vuole farsi coinvolgere ed esegue i compiti in maniera superficiale e distaccata, per evitare di sentirsi colpito emotivamente da un rifiuto troppo doloroso.

Il marrone rappresenta, a sua volta, la ricerca di costante benessere fisico, la necessità di essere liberati da situazioni opprimenti in grado di creare una sensazione di abbattimento, come traumi ripetuti e malattie che colpiscono il corpo. Quando si vive una condizione di precarietà, si sente la necessità di vivere condizioni rassicuranti, attraverso una comodità dalle caratteristiche regressive.

La coppia preferita grigio-marrone, per Lüscher, significa che occorre mettere in primo piano i bisogni del corpo per logoramento interiore.

Nel caso clinico di Eleonora la serie dei colori è la seguente:

0 grigio	6 marrone	2 verde	1 blu	4 giallo	5 violetto	7 nero	3 rosso
-------------	--------------	------------	----------	-------------	---------------	-----------	------------

L'adolescente, molto intelligente, non riesce ad ottenere voti positivi a scuola per la tendenza a non impegnarsi, a lasciarsi andare al riposo, all'eccesso di cibo e di sesso, perché particolarmente provata dalla situazione di conflitto genitoriale senza separazione, caratterizzata da un clima di tensione continua che la porta ad una costante condizione di *iperarousal* e al conseguente rifiuto del rosso.

1.10.3. Terzo cluster e seduzione sessuale infantile

Il terzo cluster comprende la coppia di colori violetto-marrone oppure marrone-violetto che Lüscher definisce *coppia della seduzione sessuale infantile*.

1.10.3.1. VIOLETTO E MARRONE

Lo Psicologo N. Del Longo accosta l'abbinamento di questi colori ad una condizione di paura infantile: «Avevo chiamato a suo tempo questa coppia di colori coppia del rifugio e della protezione, indicando con essa il bisogno di rassicurazione, di aiuto, di stabilità e di radicamento che spesso nel bambino si esprime anche con comportamenti regressivi ed evitanti» (Del Longo, 2010, p.19).

Quando l'atteggiamento del paziente, rispetto alla narrazione dei momenti salienti dell'infanzia, è sfuggente, con un quadro clinico caratterizzato da disturbi funzionali frequenti e la coppia di colori violetto-marrone inserita all'inizio della serie, può esserci il sospetto di un coinvolgimento psicosomatico all'interno di uno stato dissociativo.

Nel caso clinico di Luciano il protocollo è il seguente:

5 violetto	6 marrone	3 rosso	1 blu	7 nero	0 grigio	2 verde	4 giallo
---------------	--------------	------------	----------	-----------	-------------	------------	-------------

Il ragazzo, nell'infanzia, è stato testimone di una scena traumatica sessualmente ambigua della quale non ricorda nulla, nonostante un'altra persona presente ne abbia riportato una traccia indelebile e abbia confermato la presenza di Luciano in quel momento. È possibile un quadro clinico di

dissociazione: l'adolescente è molto inquieto, fa uso di sostanze stupefacenti, mostra sintomi di disregolazione emotiva, scarsa autostima e compie gesti autolesivi nei momenti di maggiore angoscia, allo scopo di calmarsi. È evidente il rifiuto del giallo troppo brillante in 8' posizione, mentre il rosso in 3' posizione rinforza il significato di seduzione sessuale infantile della 1' coppia.

1.10.4. Rifiuto o collocazione nell'area dell'indifferenza del rosso

Un discorso a parte merita il rifiuto del rosso perché, in questo caso, il sospetto di trauma arriva ad essere quasi una certezza.

Per Lüscher, la repulsione verso un colore caldo come il rosso indica che un bisogno fondamentale di un soggetto rimane inappagato perché la situazione viene percepita avversa, nonostante tale privazione innaturale generi sofferenza ed angoscia.

Inoltre il rosso viene rifiutato dai traumatizzati con *iperarousal* perché fa sentire in pericolo, perché suscita una *istintiva percezione isomorfica* e perché stimola automaticamente la produzione di testosterone quando viene contemplato. È purtroppo risaputo che questo ormone maschile potrebbe accentuare una condizione di rabbia, spesso repressa nei casi di abuso.

Si tratta, quindi, di un rosso *brillante* che viene immediatamente associato alla violenza ed al fuoco, facilmente osservato durante le esperienze traumatiche con spargimento di sangue e, in questo caso, spesso percepito come *marcatore somatico*. Così tale tonalità cromatica consente di esprimere la sofferenza emotiva senza necessità di narrarla a parole.

Lüscher afferma che “quando il rosso viene collocato al 7' e all'8' posto, significa che è percepito come qualcosa di allarmante e di minaccioso, soprattutto in caso di esaurimento o di insufficienza cardiaca o per lancinanti conflitti vissuti interiormente. Pertanto rifiutare il rosso significa volersi schermare rispetto ad ogni possibile emozione troppo forte”.

Talvolta il colore potrebbe comparire in altre posizioni *difensive*, come nell'area della indifferenza: in 5' e 6' posizione, cioè tra parentesi, perché la contemplazione di tale sfumatura provoca solo un senso di fastidio, soprattutto nei casi in cui il trauma è meno grave nei suoi esiti.

Infine, per Jung il rosso è un archetipo: rappresenta sia la vita sia la morte. Nella interpretazione della Psicologia analitica, esso è considerato come residuo *mortifero* del trauma, dalle cui ceneri un individuo, come la Fenice, potrà rinascere, avvicinandosi al rosso come *colore di vita*.

Il caso clinico di Osvaldo presenta il seguente protocollo:

5 violetto	1 blu	4 giallo	6 marrone	7 nero	0 grigio	3 rosso	2 verde
---------------	----------	-------------	--------------	-----------	-------------	------------	------------

A partire dall'infanzia, il ragazzo è costantemente sottoposto ad insulti e a minacce da parte dei genitori separati, soprattutto da parte del padre, il quale lo giudica incapace e lo rende oggetto di continue vessazioni. Osvaldo, pur vivendo ora fuori casa, è ancora dipendente economicamente dal padre con il quale lavora e fa fatica a dedicarsi esclusivamente ad una seconda attività che autonomamente si è creato. La rabbia repressa trova sfogo quotidianamente nell'abuso di alcolici. Il blu e il violetto in 1' e 2' posizione, il rosso e il verde rifiutati, rispettivamente in 7' e 8' posizione, evidenziano molto chiaramente un quadro clinico di trauma complesso.

1.11. Conclusioni

Il test di Lüscher realizza la visione dello spettro cromatico di Jung che viene efficacemente recuperata, assegnando al colore un ruolo rivelatore degli effetti destrutturanti di un trauma.

Secondo questa interpretazione, la dimensione cromatica conserva traccia dei *complessi a tonalità affettiva dissociati dall'io*, che vengono rivelati, in particolare, attraverso il colore violetto, come immagine archetipica che partecipa sia all'istinto nella componente rossa (infrarosso) sia alla sfera degli archetipi nella componente blu/viola (ultravioletto), così da rappresentare letteralmente la *conjunctio oppositorum*.

Infatti il violetto, più simile al fucsia, contiene un 50% di rosso che caratterizza la reazione istintiva al trauma, ma nello stesso tempo beneficia della dimensione archetipica del blu al 50%, per il significato protettivo di tale colore. Inoltre il violetto Lüscher e il verde sono *complementari*, vale a dire l'uno l'opposto dell'altro, nella ruota dei colori di Itten. Quindi le due tonalità cromatiche sono in grado di evidenziare modalità di reazione al trauma contrapposte per *intensità* e per *arousal*.

Comunque il posizionamento della esperienza traumatica ai due estremi della gamma dei colori visibili dovrebbe servire ad assegnare una collocazione apparentemente *sicura* ai *complessi dissociati*, cioè al di fuori della coscienza, ma intercettabile dalla esposizione alla tavola degli 8 colori del Lüscher test che, attraverso la visione, riesce ad agire profondamente, al di sotto della soglia di consapevolezza.

Nella nostra ricerca emerge molto chiaramente come le collocazioni in prima posizione del violetto o del blu o del verde o del nero, della coppia marrone-grigio o violetto-marrone e il rifiuto (7' e 8' posizione) oppure l'indifferenza (5' e 6' posizione) verso il rosso, da parte dei soggetti, costituiscano segnali inequivocabili degli effetti di un trauma. Il soggetto associa istintivamente il proprio vissuto ai colori che possano meglio esprimerlo sulla base del principio dell'*isomorfismo percettivo*, a seconda del significato profondo e del livello di gravità. I sei partecipanti del nostro piccolo campione, che avevano espresso la preferenza verso il violetto, hanno rivelato un livello medio di trauma che coincideva con il colore preferito dai soggetti con PTSD moderato, nello studio sugli ex prigionieri croati di J. Bobic.

Inoltre il trauma può arrivare, in alcuni soggetti, a suscitare quasi una cromofobia rispetto al rosso mentre, al contrario, nella popolazione generale, è ritenuto statisticamente il colore preferito. Jung spiega questa differente inclinazione sostenendo che un individuo sottoposto ad un trauma potrebbe temere di avvicinarsi al rosso per paura di precipitare nella sfera istintuale. Damasio sottolinea, a sua volta, l'importanza del colore come possibile *marcatore somatico*, se osservato in passato nella scena traumatica (Damasio, 1994).

I colori del trauma indicano come qualsiasi esperienza di dolore coinvolga sempre la dimensione psicosomatica. A questo proposito, lo Psicoanalista D. Kalsched (Kalsched, 2001) suggerisce il recupero delle *emozioni-nel-corpo* mediante il linguaggio dei sogni e di molti altri prodotti immaginali, possibile anche quando il bambino ha messo in atto difese arcaiche dissociative perché il trauma è avvenuto nei primi anni di vita.

Secondo lo Psicoterapeuta americano P.A. Levine (Levine, 2014, copertina) *“Il trauma non risiede nell'evento esterno che induce dolore fisico o emotivo, e neppure nel dolore stesso. Il trauma si genera quando non siamo in grado di liberare le energie bloccate, e di attraversare, una dopo l'altra, tutte le reazioni fisico-emotive all'esperienza che ci ha ferito. Il trauma non è quello che ci accade, ma quello che tratteniamo dentro in assenza di un testimone empatico”*.

Questa importante considerazione ci ha portato ad indicare nelle terapie legate sia al rilassamento del corpo sia alla visualizzazione di immagini (terapie psicocorporee abbinate a tecniche immaginative che potremmo indicare come *cromo-imagination*) gli strumenti elettivi per affrontare gli effetti destrutturanti conseguenti ad un trauma, a seconda delle caratteristiche del paziente. Infatti la visualizzazione e la trasformazione del colore, in stato modificato di coscienza, possono favorire profondi cambiamenti interiori ed attivare nuove risorse, ai fini del superamento della condizione post-traumatica. La positiva relazione Terapeuta/Paziente costituisce, a sua volta, un importante stimolo per l'elicitazione delle immagini cromatiche.

Il celebre pittore statunitense M. Rothko spiega con semplici, ma pregnanti parole la reazione del pubblico davanti ai Suoi dipinti astratti, contraddistinti da campi cromatici separati attraverso marcate variazioni di tonalità, come *n. 17* (1957), *Lavanda e verde* (1952), *Senza titolo rosso, arancio* (1968) (esposto alla *Fondation Beyeler di Basilea*). È un toccante messaggio che esorta a continuare la ricerca sul colore: *“Il fatto che un gran numero di persone rimanga profondamente turbato e pianga quando si trova di fronte ai miei dipinti, dimostra che io sono in grado di dare espressione alle fondamentali emozioni umane. La gente che davanti ai miei dipinti piange compie la stessa*

esperienza religiosa che io compio quando li dipingo. E quando voi, come avete fatto, vi chiedete solamente dei loro rapporti cromatici, allora vi sfugge l'essenziale".

Bibliografia

- Abraham N., Torok, M. (1976) *Il verbario dell'Uomo dei Lupi*, Napoli: Liguori.
- Ajazzi Mancini M. (2010) *Il caso clinico dell'Uomo dei lupi*, in: Sigmund Freud, *L'Uomo dei lupi*, a cura di Mario Ajazzi Mancini, Feltrinelli: Milano, p. 95-97 (Originariamente pubblicato nel 1914).
- Aristotele (2012) *Fisica*, Libro IV, Roma: Carocci (originariamente scritto nel IV secolo a.c.)
- von Allesch G.J. (1925) Die ästhetische Erscheinungsweise der Farben, *Psychologische Forschung*, 6: 1-91, 215-281.
- Beltramo R., Scanziani M. (2019) A collicular visual cortex: Neocortical space for an ancient midbrainvisual structure, *Science*, 363, 64 DOI: [10.1126/science.aau7052](https://doi.org/10.1126/science.aau7052).
- Binswanger L. (2022) *Il problema dello spazio in psicopatologia*, Macerata: Quodlibet (Conferenza del 1932).
- Birren F. (1961) *Color Psychology And Color Therapy; A Factual Study Of The Influence of Color On Human Life*, Potomac: Pickle Partners Publishing.
- Bobic J., Gomzi M. (2007) Post-traumatic stress disorder and color preference in released prisoners of war, *Studia Psychologica*, 49, 3, p. 223-232.
- Brodal P. (2003) *Central nervous system structure and function*, Cambridge: Oxford University Press.
- Bruno N. (2021) *Introduzione alla Psicologia della percezione visiva*, Bologna: il Mulino.
- Bubl E., Van Elstl T., Gondan, M. (2007) Vision in depressive disorder, *The World Journal of Biological Psychiatry*, 1, 8 DOI: [10.1080/15622970701513756](https://doi.org/10.1080/15622970701513756).
- Caivano J. (1991) Cesia: a System of Visual Signs Complementing Color, *Color Research and Application*, 16 (4), 258-268.
- Canetti E. (1980) *La lingua salvata*, Milano: Adelphi, p. 13-14 (Originariamente pubblicato nel 1977).
- Carrington L. (1979) *Giù in fondo*, Milano: Adelphi (Originariamente pubblicato nel 1973).
- Celan P. (1997) *Di soglia in soglia*, Torino: Einaudi (Originariamente pubblicato nel 1955).
- Ceragioli G. (2013) *L'odio nella relazione transfert-controtransfert come reciproca identificazione con l'aggressore in situazioni di grave abuso sessuale*, Comunicazione presentata al Congresso dell'Associazione culturale Sándor Ferenczi "Il Diario Clinico oggi", Firenze, 17-19 maggio 2013
- Dalla Porta L. (2023) *Declinazioni del trauma: Esiti destrutturanti e tentativi di simbolizzazione*, Milano: Franco Angeli.
- Damasio A. (1994) *L'errore di Cartesio Emozione, ragione e cervello umano*, Milano: Adelphi.
- Damasio A. (2000) *Emozione e coscienza*, Milano: Adelphi.
- Del Longo N. (2010) *Il test dei colori di Lüscher. Manuale di diagnostica in età evolutiva*, Milano: Franco Angeli.
- Del Longo N. (2013) *Il test dei colori di Lüscher. Manuale di diagnostica per l'età adulta*, Milano: Franco Angeli.
- Felitti V.J., Anda R.F. (2010) Il rapporto tra esperienze sfavorevoli infantili e malattie somatiche, disturbi psichiatrici e comportamento sessuale nell'adulto: implicazioni per la politica sanitaria, In Lanius, R., Vermetten, E., Pain, C. (2012). (A cura di) *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia. L'epidemia nascosta*, Roma: Giovanni Fioriti, p. 131-150.
- Ferenczi S. (2009) *Opere*, Milano: Raffaello Cortina (Originariamente pubblicato nel 1913).

- Freud S. (1967) *Opere 1886-1895, Studi sull'isteria e altri scritti*, La Signorina Anna O., Torino: Bollati Boringhieri (Originariamente pubblicato nel 1895 come *Studi sull'isteria con Breuer, J.*).
- Freud S. (1977) *Opere*, Vol. 7, Casi clinici, L'uomo dei lupi, Torino: Bollati Boringhieri (Originariamente pubblicato nel 1914).
- Freud S. (1989) Ricordi di copertura, in Freud, S. *Progetto di una psicologia e altri scritti: 1892-1899*, Torino: Bollati Boringhieri (Originariamente pubblicato nel 1899).
- Frigerio L. (2022) *Il colore come simbolo indicatore di emozioni: esplorare la personalità mediante il Test cromatico di Max Luscher*, in Plutino A., Simone G. and Rizzi A. *Color Design & Technology – A Multidisciplinary Approach to Colour – Part 3* (Capitolo1). RCASB. ISBN: 978-88-99513-17-7 DOI: [10.23738/RCASB.004](https://doi.org/10.23738/RCASB.004).
- Goethe J.W. (2014) *La teoria dei colori*, Milano: Il Saggiatore (originariamente pubblicato nel 1810)
- Goldstein K., Rosenthal O. (1930) Zum Problem der Wirkung der Farben auf den Organismus (Auf Grund zur Untersuchungen über die Farbeinwirkung auf Abweichen, Grössen- und Zeitschätzung etc. bei Cerebellar- und Frontalhirnerkrankungen, *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, Band XXVI, 3-26.
- Grossi D., Trojano L. (2009) *I fondamenti neurofunzionali della regolazione delle emozioni*, in *La regolazione delle emozioni*, a cura di Matarazzo O. e V. L. Zammuner, Bologna: il Mulino.
- Heimendahl E. (1961) *Licht und Farbe*, Berlin: Gruyter und Co.
- Hopper E.K. et al. (2019) *Treating Adult Survivors of Childhood Emotional Abuse and Neglect*, Component-Based Psychotherapy, New York: The Guilford Press.
- Von Hornbostel E.M. (1931) Über Geruchshelligkeit, *Pflügers Archiv für die Gesamte Physiologie des Menschen und der Tiere*, 227, 517–538.
- Janet P. (2022) *Le nevrosi*, Torino: Raffaello Cortina. (Originariamente pubblicato nel 1909).
- Jung C.G. (1972) *Psicologia e Psichiatria*, Roma: Newton Compton Italiana (originariamente pubblicato fra il 1902 e il 1914).
- Jung C.G. (1994) Riflessioni teoriche sull'essenza della psiche, in *La dinamica dell'inconscio*, Opere, vol. 8, Boringhieri, Torino: Boringhieri (Originariamente pubblicato fra il 1947 e il 1954).
- Jung C.G. (1997) Psicologia dell'archetipo del fanciullo, in *Gli archetipi e l'inconscio collettivo*, Opere, vol. 9, Torino: Bollati Boringhieri (Originariamente pubblicato nel 1940).
- Kalsched D. (2001) *Il mondo interiore del trauma*, Bergamo: Moretti&Vitali.
- Kandinskij V. (2005) *Lo spirituale nell'arte*, Milano: SE, p. 106 (Originariamente pubblicato nel 1912).
- Klar H. (1970) Paura e speranza nei reduci. Risultati del test, *Euromed*, n. 20.
- LeDoux J.E. (1996) *The emotional brain*, New York: Simon and Shuster.
- LeDoux J.E. (2000) Emotion circuits in the brain, *Ann. Rev. Neurosci.*, 23, 155-184 DOI: [10.1146/annurev.neuro.23.1.155](https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.23.1.155).
- LeDoux J.E. (2002) *Il Sé sinaptico*, Milano: Raffaello Cortina.
- Levine P.A. (2014) *Somatic Experiencing*, Roma: Astrolabio, p. 1 (copertina).
- Lezak M.D. (1995) *Neuropsychological assessment*, Cambridge: Oxford University Press.
- Mancia M. (2000) Sulle molte dimensioni della memoria: neuroscienze e psicoanalisi a confronto, *Psiche*, 2, 181-193.
- Mancia M. (2007) *Psicoanalisi e Neuroscienze*, Milano: Springer.
- Masters E. L. (1983) *Antologia di Spoon River*, Torino: Einaudi (Originariamente pubblicato nel 1916).

- Park S. M., Gabrieli J. D. E. (1995) Perceptual and nonperceptual components of implicit memory for pictures, *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory, and Cognition*, 21(6), 1583–1594, DOI: [10.1037/0278-7393.21.6.1583](https://doi.org/10.1037/0278-7393.21.6.1583).
- Platone (2000) *Timeo*, Milano: Bompiani, p. 127-128, 197 (Originariamente scritto nel 360 a. C.)
- Plath S. (2004) *I capolavori di Sylvia Plath*, Milano: Mondadori (Originariamente pubblicato nel 1963).
- Porges S.W. (2004) *Neuroception: A Subconscious System for Detecting Threats and Safety*, Washington: Zero to Three, 5, 19-24.
- Rank O., Sachs H., (1913) Die Bedeutung der Psychoanalyse für die Geisteswissenschaften, *Imago*, 111. 11-19.
- Saunders R.C., Rosene D.L., Van Hoesen G.W. (1988) Comparison of the efferents of the amygdala and the hippocampal formation in the rhesus monkey: II. Reciprocal and non-reciprocal connections, *J. Comp. Neurol.*, 271, 185–207 DOI: [10.1002/cne.902710203](https://doi.org/10.1002/cne.902710203).
- Shackman A.J., Fox A.S. (2016) Contributions of the Central Extended Amygdala to Fear and Anxiety, *J. Neurosci.*, 36, 8050–8063 DOI: [10.1523/JNEUROSCI.0982-16.2016](https://doi.org/10.1523/JNEUROSCI.0982-16.2016).
- Schore A.N. (2008) *La regolazione degli affetti e la riparazione del Sé*, Roma: Astrolabio (Originariamente pubblicato nel 2003).
- Siegel D. J. (1995) Memory, trauma, and psychotherapy: A cognitive science view, *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 4(2), 93–122.
- Siegel D.J. (2001) *La Mente Relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Milano: Raffaello Cortina (Originariamente pubblicato nel 1999).
- Šimić G. et al. (2021) Understanding Emotions: Origins and Roles of the Amygdal, *Biomolecules*, 11, 823, DOI: [10.3390/biom11060823](https://doi.org/10.3390/biom11060823).
- Straus E. (1935) *Vom Sinn der Sinne. Ein Beitrag zur Grundlegung der Psychologie*, Berlin: Springer.
- Straus E. (2010) *Il vivente umano e la follia. Studio sui fondamenti della psichiatria*, Roma: Quodlibet (Originariamente pubblicato nel 1963).
- Tamietto M., de Gelder B. (2010) Neural bases of the non-conscious perception of emotional signals, *Nat. Rev. Neurosci.*, 11, 697–709 DOI: [10.1038/nrn2889](https://doi.org/10.1038/nrn2889).
- Van der Kolk B.A., van der Hart O., Weisaeth, L (1996) History of trauma in psychiatry in B. A. van der Kolk, A. C. McFarlane, & L. Weisaeth (Eds.), *Traumatic stress. The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*, New York: Guilford Press.
- Van der Kolk BA. (2006) Clinical implications of neuroscience research in PTSD, *Ann N Y Acad Sci.*, Jul;1071:277-93 DOI: [10.1196/annals.1364.022](https://doi.org/10.1196/annals.1364.022).
- Yang Y., Wang J.Z. (2017) From Structure to Behavior in Basolateral Amygdala-Hippocampus Circuits, *Front. Neural Circuits*, 11, 86 DOI: [10.3389/fncir.2017.00086](https://doi.org/10.3389/fncir.2017.00086).

Grazia De Mori

Psicologa clinica e scolastica, Psicoterapeuta specializzata in Psicoterapia autogena e principali psicoterapie brevi, si è dedicata per molto tempo all'insegnamento di Scienze Umane. Ha tenuto corsi di aggiornamento per Docenti, conferenze su diverse tematiche di Psicologia clinica e di Psicologia dell'Arte, in occasione di mostre e di esposizioni; in qualità di Relatore ha inoltre partecipato a numerosi convegni nazionali. Iscritta alla S.I.M.P. (Società Italiana di Medicina Psicosomatica), inserita nell'Albo ICSAT (Italian Committee for the Study of Autogenic Therapy and Autogenic Training), ha seguito diversi seminari sull'applicazione e sull'interpretazione del test dei colori, anche con il Professore Max Lüscher. È Operatore nell'uso clinico del Lüscher test, certificato da CISSPAT (Centro Italiano Studio Sviluppo Psicoterapie A breve Termine). Ha pubblicato articoli di Psicologia su riviste specializzate, italiane ed internazionali.

E-mail: demorigrazia6@gmail.com

Capitolo 2.

L'emergere spontaneo del colore del trauma tramite il training autogeno superiore

Dott.ssa Paola Ferrari, Psicologa, Psicoterapeuta, Operatore di Training Autogeno, Socia S.I.M.P. sezione Brescia

Abstract

Nel corso degli anni diversi studiosi si sono interessati a comprendere e scoprire gli effetti che il colore ha sul nostro organismo; Max Lüscher definì i due assiomi alla base del suo test: ogni colore ha significato fisiologico e psicologico preciso; la scelta soggettiva dei colori si basa sullo stato psico-vegetativo. Partendo da questi due assiomi si ipotizza che un vissuto traumatico possa portare a scelte cromatiche differenti rispetto a situazioni neutre o rilassanti. Il lavoro su alcuni pazienti con la tecnica del training autogeno superiore permette di cogliere se vi siano similitudini in base alla natura del trauma. Per ottenere risultati attendibili, il numero di pazienti è ridotto in quanto l'utilizzo corretto del TAS richiede un buon addestramento del training autogeno di base. Prima di evocare il colore del trauma, il paziente durante una sessione di TAS lascerà emergere in modo spontaneo un colore e completerà il protocollo relativo a quel colore, in un secondo momento sarà mostrata una tavola di colori e il paziente dovrà indicare istintivamente un colore mentre pensa al trauma, tale colore sarà poi evocato durante la sessione di TAS al termine della quale sarà compilato e analizzato il protocollo per verificare se il colore visualizzato muta o se visualizzando quel colore emergano altre situazioni traumatiche.

Keywords:

Lüscher test, tavola del grigio, training autogeno, colore spontaneo

2.1. Excursus di studi e ricerche sul colore e i suoi effetti

Il colore circonda da sempre l'uomo e il suo mondo attraverso ad esempio le gradazioni cromatiche della natura, accompagna l'esperienza quotidiana di ognuno ed esprime in modo naturale e spontaneo la vita emotiva. Molte emozioni hanno infatti il loro corrispondente cromatico: la passione o l'amore sono rossi, "*vedere rosso dalla rabbia*" è una espressione di uso comune, la noia può essere grigia così come la depressione e la solitudine, la giornata può tingersi di nero e così anche l'umore e la delusione.

Il colore può essere considerato come un linguaggio universale delle emozioni e degli affetti. È tra i primi stimoli ai quali un bambino è sottoposto. Già Goethe sottolineava che "*l'esperienza insegna che ogni singolo colore dona un particolare stato d'animo*".

Il colore può essere analizzato da tre punti di vista differenti che non si escludono a vicenda ma, anzi, si intersecano dando all'esperienza del colore un impatto forte che si esprime per vie psicosomatiche ed emotive.

Per la fisica ad ogni colore corrisponde una lunghezza d'onda ben precisa dentro uno spettro visibile cromatico.

Per la neurofisiologia il colore non è sola registrazione di una qualità della luce, ma piuttosto il prodotto della mediazione di processi neurofisiologici che originano all'interno dell'organismo.

Affrontando invece il colore dal punto di vista psicologico, un primo importante contributo da menzionare riguarda le parole-stimolo di C.G. Jung che, nel tentativo di sistematizzare la tecnica delle Associazioni libere, ha utilizzato colori per cogliere e misurare gli atteggiamenti emotivi e le costellazioni complessuali. In un setting psicoanalitico classico, durante una seduta venivano riferite 25 parole-stimolo, alla fine della sequenza le stesse si ripetevano ed il soggetto doveva ricordarsi l'associazione prodotta (*Jung, 1905*). Le parole-stimolo elaborate da Jung agirebbero come simboli della realtà, evocandone la situazione o i contenuti corrispondenti; a questo livello era facile dimenticare, trasformare, distorcere le risposte prodotte, nonché allungare i tempi di risposta mettendo in luce tutte le resistenze che il materiale poteva incontrare nella sua riproduzione. Fra queste parole Jung utilizzò diversi colori come rosso, verde, giallo, blu, bianco. Roberto Assagioli, padre della Psicosintesi, ampliò il parco parole, introducendo stimoli verbali collegati alla vita personale del soggetto ed aggiungendo nuovi stimoli cromatici.

Il neurologo Kurt Goldstein, i cui studi sono già stati citati nel capitolo precedente, riconosce che l'esperienza del colore sia parte di un processo globale che rappresenta l'interazione dell'organismo col proprio ambiente. Ha lavorato sugli effetti dei colori dell'ambiente nei soggetti esposti riscontrando che la percezione del tempo, delle distanze e dello sforzo cambia con i differenti colori. Con il colore rosso questa percezione sembra dilatarsi: ad esempio in Giappone alcune ditte hanno dipinto di rosso le pareti dei bagni per limitarne la frequenza e i tempi d'uso da parte dei dipendenti. All'opposto i colori come il verde e il blu offrono una sensazione di calma e di migliore qualità nella prestazione lavorativa, dando una sensazione di tempo accorciato e le distanze più corte.

In Italia sono state condotte sperimentazioni analoghe presso l'Università di Palermo (*Pirrone et al., 1970*). In queste sperimentazioni, sono state isolate e analizzate molte variabili della personalità in ambienti monocromatici per verificare se e in quale direzione le componenti cromatiche dell'ambiente, diventando colore vissuto, fossero in grado di provocare modificazioni sull'individuo ed i suoi atteggiamenti e comportamenti. 60 persone sono state divise in tre gruppi da 20 e poi singolarmente inserite in una stanza nera, una grigia e una rossa. Venivano poi registrati i comportamenti osservando l'individuo tramite un mirino telescopico, fatte delle prove di efficienza ed analizzate successivamente le personalità tramite il Test di Lüscher ed il Test di Rorschach. Si è potuto vedere come il rosso avesse il potere di accentuare alcune modalità di risposta ed al contempo produrre un effetto stimolante sulla capacità di ideazione originale e creativa del soggetto; il grigio invece sembrava ridurre le capacità reattive intorpidendo il rendimento intellettuale e generando insicurezza e depressione.

Lo psicologo Florian Ștefănescu-Goangă, durante il suo dottorato in psicologia sperimentale con il prof. Wilhelm Wundt (*Ștefănescu-Goangă, 1911*), ha individuato la funzione emotiva del colore e tutta la gamma delle reazioni fisiologiche di risposta allo stimolo cromatico misurando i valori pressori, il ritmo cardiaco e respiratorio, la temperatura corporea e la reattività galvanica; le persone particolarmente sensibili reagiscono al colore con manifestazioni di riflesso involontario come ad esempio contrazioni o tics.

Lo scrittore americano Faber Birren, mostra, nella prima metà del ventesimo secolo, a partire dal suo studio "Character Analysis through color" (*Birren, 1940*) come il colore influenzi l'essere umano molto più di quanto si pensi e che questo andrebbe studiato in tutti gli ambiti della psicologia dell'architettura.

J. H. Schultz, nella sua tecnica del Training Autogeno Superiore (che sarà approfondita in questo capitolo) individua nell'esperienza del colore personale la chiave di accesso all'inconscio, colore che

“rappresenterebbe la concordanza fra il vissuto fisico del colore e la propensione tonalità affettiva in senso generale”.

2.2. L'utilizzo della diagnostica Lüscher in diversi ambiti

Max Lüscher presentò il suo Test Cromatico già nel 1947 al primo Congresso Internazionale di Psicologia tenutosi a Losanna. Il Professor Dr. Med. Hans Binder, primario della Clinica Universitaria Psichiatrica di Zurigo ed insigne esperto di Rorschach e di psicodiagnostica, parlò di *“scoperta rivoluzionaria nel mondo della Psicologia”* e ribadì che *“non esiste nessun altro strumento psicologico che in così breve tempo offra risultati sulla struttura formale della personalità tanto informativi che metodologici, chiari e comprensibili”*.

Con la pubblicazione degli Atti del Congresso *“La Diagnostic du Caractère”* (Press Universitarie, Paris, 1949) il lavoro di Lüscher arrivò al successo mondiale.

Nelle ricerche orientate alla clinica adulta, tra i primi ad introdurre il Test dei colori in Italia merita menzione Fiore che già nei primi anni '50 ha pubblicato un articolo in una Rivista di psichiatria sottolineando l'importanza della somministrazione del Test di Lüscher a pazienti psichiatrici assieme al Test di Rorschach ed al reattivo dell'albero di Koch (Fiore, 1954).

Negli anni '80 L. Alloro e G. Bruschi avviano un'importante ricerca su un campione di oltre 60 persone psicotiche e 60 ossessive, con l'obiettivo di esplorare le differenze strutturali e dinamiche tra le due tipologie di funzionamento psicopatologico, utilizzando una prospettiva psicoanalitica. In questa ricerca il Test dei colori di Lüscher ha avuto un ruolo centrale e diverse fonti secondarie in ambito clinico-psicologico italiano la descrivono come una delle applicazioni più sistematiche del Test in ambito psicopatologico. Considerando che la pubblicazione originale di tale ricerca è di difficile reperibilità, si cita il manuale di Del Longo N. (Del Longo, 2013) che la presenta brevemente. Il Test ha permesso di evidenziare pattern cromatici ricorrenti nei due gruppi: nei pazienti psicotici, si osservano frequenti rifiuti dei colori fondamentali (soprattutto il blu e il giallo), interpretati come segnali di distacco affettivo, anestesia emozionale, o confusione dell'identità. Nei soggetti ossessivi, invece, emergono scelte più controllate, ma anche un'ipersensibilità al controllo e tendenze autodisciplinanti (spesso legate al verde o alla compulsività dell'ordine). Gli indicatori del Test di Lüscher sono risultati per i due campioni speculari, confermando i costrutti teorici dello psicologo svizzero. Questa ricerca viene negli anni riproposta e nel 2001 il dott. Vegliach A. (Vegliach, 2001) mostra come i pazienti psicotici siano fortemente attratti dal giallo e rifiutino il verde e il blu.

Il Test di Lüscher è ampiamente utilizzato anche in ambito di dipendenze; nel 1986 Zucchetto O. (Zucchetto, 1986) mostra come tra gli alcolisti vi fosse una tendenza molto elevata verso il giallo ed un grande rifiuto del blu, confermando uno stato di angoscia e di “vuoto affettivo” da colmare.

Successive ricerche mostrano l'evoluzione delle tipologie dei tossicodipendenti, evidenziando nel Lüscher aspetti di funzionamento border. Entrando più nel dettaglio, una ricerca condotta da Vegliach A., Del Longo N., Tominz R., Ticali S., Lüscher M. (Vegliach et al., 2008) su oltre 60 giocatori compulsivi patologici, ha sottolineato il difettoso controllo delle pulsioni ed il funzionamento tipico “on-off” operato proprio attraverso delle scelte particolari sul colore rosso.

Conversano B. M. (Conversano, 2003), Luzi M. e Onnis A. (Luzi & Onnis, 2005), conducono ricerche sulla psicoprofilassi al parto mettendo in evidenza il cambiamento della percezione di sé e della corporeità in donne in gravidanza, attraverso scelte significative di rifiuto del marrone. L. Dolcetti (Dolcetti, 2011) ha mostrato i dati di un campione su 26 donne infertili italiane che stavano effettuando un programma di procreazione assistita (PMA), di un'età compresa tra i 33 e i 46, è emerso come il campione scegliesse la triade narcisistica-egocentrica (viola, giallo e verde), con la conseguente necessità di impressionare e di avere conferme da parte dell'ambiente. Nella tavola degli

8 colori tali scelte sembrano essere compensatorie di un'immagine di sé inconscia molto insicura; inoltre era notevole il livello di ansia evidenziato da tutto il campione.

Marin S. (*Marin, 2007*) ha applicato il test di Lüscher nei disturbi sessuali femminili; su un campione di 30 donne il 73% ha rifiutato sia il marrone che il blu evidenziando quindi una difficoltà nell'identificazione e nell'accettazione di alcuni aspetti della propria femminilità.

La ricerca della Dott.ssa Montinari C. (*Montinari, 2009*) con 30 donne di età compresa fra i 26 e 68 anni in cura presso un centro di salute mentale per depressione e quella della Dott.ssa Sferco N. (*Sferco, 2010*) con pazienti depressi gravi ricoverati presso una casa di cura psichiatrica, mettono in evidenza un'immagine di sé inadeguata, una tendenza al rifiuto del rosso e quindi l'impoverimento energetico-vitale, lo stato di rassegnazione e di impotenza, ed il bisogno regressivo di recupero psicofisico dato dalla preferenza del marrone nei primi posti della tavola degli 8 colori o come colore combinatorio.

Volpato C. (*Volpato, 2007*) ha analizzato un campione di pazienti Parkinsoniani evidenziando la correlazione fra la scelta del verde ed il tentativo rigido di controllo mentre il rifiuto del blu e del rosso sono indicatori depressivi.

Il Dott. Agrosi V. (*Agrosi, 2010*) ha utilizzato la Diagnostica Lüscher per analizzare un campione di 46 soggetti con deficit uditivo contratto in età preverbale di età compresa fra i 13 ed i 66 anni, nella distribuzione media dei dati è presente la triade infantile nelle prime tre posizioni (viola, giallo e blu) indicanti dinamiche regressive alla ricerca di affermazione.

La Diagnostica Lüscher ha anche ampio utilizzo in ricerche condotte in ambito criminologico. In Italia, Del Longo N. (*Del Longo, 2013*) ha studiato le variabili psicosociali di un gruppo di reclusi delle carceri di Viterbo e Padova inseriti in un progetto di Arteterapia. Lo studio, con più di 400 detenuti, ha mostrato l'importanza dell'intervento di sviluppo e di integrazione degli aspetti psicologici sociali. Dalla doppia applicazione del Test di Lüscher al campione e a quella di un campione analogo di detenuti che non partecipavano alla ricerca, si è potuto evidenziare un netto miglioramento nella comunicazione, nella capacità di tollerare le frustrazioni, nell'adattamento e un abbassamento significativo degli indicatori di suicidio.

Il Dott. Paglione M. ha condotto nel 2011 un'analisi su un campione di 48 ragazzi di seconda generazione ed in fase preadolescenziale (*Paglione, 2011*). Già a partire dalla scelta sulla tavola dei grigi si è visto come si pongano in un atteggiamento difensivo ed oppositivo scegliendo prevalentemente il nero. È presente inoltre un livello massimo di ansia che evidenzia una sorte di fragilità dell'Io peraltro confermata dal rifiuto del verde nelle tavole di variazione.

La Dott.ssa Zilio M. ha applicato nel 2013 la Diagnostica Lüscher su un campione di utenti di una casa di riposo da 75 a 90 anni dopo essersi accertata di un livello adeguato di capacità cognitive (*Zilio, 2013*). I risultati hanno mostrato l'alto rifiuto del giallo inteso come ritiro sociale, come blocco nei confronti degli stimoli provenienti dall'esterno, difficoltà nel proiettarsi nel futuro e di sviluppare una visione ottimistica della vita. Anche il grigio in posizione avanzata mostra devitalizzazione ed il bisogno di proteggersi.

Bonas G., Marcuglia D., Somacal S., Favata N. e Del Longo N. (*Bonas et al., 2014*) hanno seguito 28 sportivi somministrando per tre volte ravvicinate il Test di Lüscher; tra la prima e la seconda somministrazione sono state fatte delle induzioni di rabbia e tra la seconda e la terza delle induzioni di calma, dopodiché con la pedana stabilometrica sono state rilevate alcune variabili posturali, di equilibrio, di assetto e psicologiche. Nelle tre somministrazioni il risultato è che il test si è mantenuto costante nella struttura mentre si sono verificati dei cambiamenti nella tavola degli 8 colori, prevalentemente nelle persone che hanno scelto il viola nei primi tre posti indicando una certa suggestionabilità.

Una ricerca condotta dalla Dott.ssa Tagliabue M. (*Tagliabue, 1994*) mette a confronto il MMPI e il Test di Lüscher analizzando 50 protocolli di soggetti presi dalla popolazione normale tra i 20 e i 50 anni di età, evidenziando correlazioni fra le scale della depressione (D) nell'MMPI e la frustrazione di colonna nel blu ed il conseguente impoverimento dell'immagine di sé collegata al verde; alla scala dell'isteria (Hy) nel MMPI, il Lüscher ha risposto con aspetti regressivi, elevata suggestionabilità espressa dalla coppia blu e viola, seguiti dal rosso e dal grigio. Significative sono state anche le correlazioni trovate con le scale dell'ipocondria (Hs), della deviazione psicopatica (Pd), della psicastenia (Pt) e della schizofrenia (Sc), quest'ultima confermando nel Lüscher la prevalenza del giallo.

Due ricerche svolte nel 2011 hanno mostrato l'elevata correlazione esistente fra Diagnostica Lüscher e Test di Rorschach; la Dott.ssa Romano C. (*Romano, 2011*) all'interno di un campione non clinico di 30 soggetti ha potuto verificare la concordanza degli indicatori di aggressività e pulsionalità sia qualitativamente che quantitativamente in entrambi i test (tavola II e III del Rorschach e criticità del rosso nel protocollo Lüscher). La Dott.ssa Salimbeni S. (*Salimbeni, 2011*) ha invece cercato la correlazione fra il Test di Rorschach e quello di Lüscher partendo dalla carenza nella relazione affettiva primaria, concentrandosi nel Rorschach sulle risposte alle tavole I, VII, IX, altresì chiamate tavole materne, e sul Lüscher analizzando la criticità al colore blu su un campione non clinico di 30 persone.

Analizzando il gran numero di ricerche eseguite nel corso di tutte queste decadi, abbiamo riscontrato che i traumi, nonostante siano parte della vita di chiunque, hanno ad oggi trovato poco studio se associati al tema del colore, per questo l'idea di analizzarne gli effetti tramite l'uso di diverse tecniche.

2.3. Il test di Lüscher



Figura 2.1 - Logo Lüscher (Test cromatico di Max Lüscher)

Lüscher deve l'origine dei suoi studi al Professore E. Probst il quale chiese se qualcuno fosse interessato ad una ricerca sul test di Rorschach, proponendo di valutare se rimuovendo i colori dalle tavole del test le risposte dei soggetti sarebbero state diverse. Partendo da questo stimolo, Lüscher scoprì i due assiomi alla base del suo famoso test cromatico. In particolare si chiese se estrapolando singolarmente i colori nelle ultime tavole, questi colori potessero impattare sull'individuo. Iniziò così una selezione di oltre 4500 colori con tonalità, luminosità e grado di saturazione diversi fino ad ottenere i suoi famosi colori Lüscher. I 4 colori fondamentali del test sono quelli che caratterizzano il logo riportato in Figura 2.1.

Questo è il motivo per cui chi sceglie di utilizzare questo test, è importante che lo acquisti da centri autorizzati i quali hanno stampanti specifiche e calibrate che permettono di stampare il colore esattamente come l'ha scoperto e analizzato Lüscher. Si pensi ad esempio al blu Lüscher: questo blu è quello che troviamo sugli scaffali dei supermercati, e chi si occupò del marketing del famoso marchio Barilla non a caso scelse questo colore per il packaging della pasta, accompagnandolo anche con lo slogan "dove c'è Barilla c'è casa".

Il primo assioma alla base del test dice che il colore è uno stimolo oggettivo con una sua precisa frequenza d'onda il cui significato fisiologico e psicologico è universale ed indipendente dalla cultura, dall'età e dal sesso; questo test si può quindi somministrare a qualsiasi tipo di popolazione in totale assenza di influenze.

Il secondo assioma afferma che ogni persona si rapporta al colore in modo soggettivo dipendendo dal suo stato psico-vegetativo, psicologico, animico o esistenziale. Di fronte agli stimoli cromatici obiettivi del Test, ognuno reagisce in modo personale determinando le variabili che, trascritte sul protocollo, permetteranno di avere le coordinate per l'interpretazione.

Caratteristica importante del test di Lüscher è che può essere ripetuto più volte anche ravvicinate e i risultati possono cambiare proprio perché dipendono dalla condizione di più variabili in quel determinato momento del paziente.

Oltre alla tavola degli 8 colori presentata nel capitolo precedente (composta da 4 colori fondamentali e 4 colori complementari) sono presenti sul protocollo la tavola del grigio, la tavola delle forme, la tavola dei 4 colori fondamentali e il colore combinatorio.

2.3.1. La tavola del grigio

La tavola del grigio (Figura 2.2) mostra lo stato di partenza soggettivo e l'emotività di fondo della persona, mostra come l'individuo affronta stimoli della realtà esterna e può indicare il grado d'ansia con cui il paziente vive la prova.

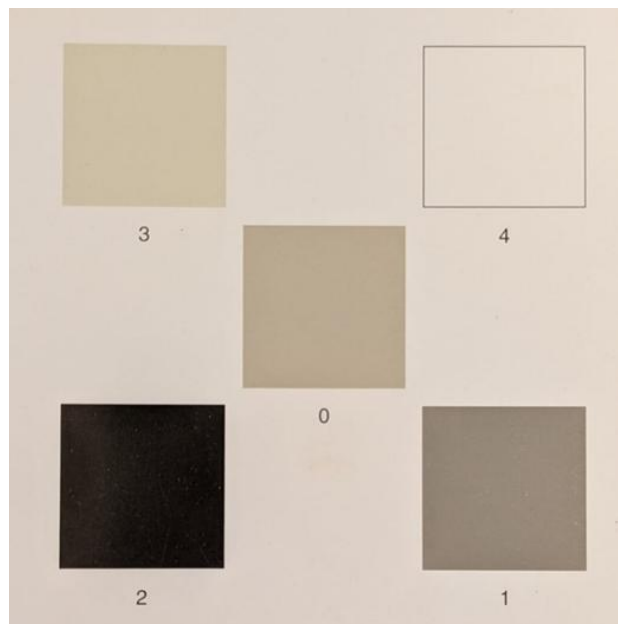


Figura 2.2 - Tavola dei grigi (Test cromatico di Max Lüscher)

Il prof. Lüscher diede al grigio il numero “0” in quanto punto di partenza per la misurazione dei gradi di saturazione di tutti gli altri colori presenti nel test, la saturazione infatti corrisponde al grado di pienezza con cui una tonalità si presenta e questo dipende dalla distanza che questa tonalità ed il suo grado di luminosità hanno dal grigio (assenza di colore).

Le diverse tonalità di grigio hanno numerazione corrispondente a quella dei colori così che il grigio “0” è il grigio della tavola degli 8 colori; il grigio medio scuro (1) ha le caratteristiche del blu, e chi sceglie questo grigio si avvicina alla prova in modo ansioso, regressivo, mostrando il bisogno impellente di fiducia; il nero (2) individua il carattere oppositivo e impositivo del verde; il grigio chiaro (3) richiama alla disponibilità interiore di sperimentare del rosso; mentre il bianco (4) richiama la natura del giallo, del buttarsi senza pensarci troppo, essere attratto impulsivamente nell'illusione di poter sperimentare il sollievo rispetto alle tensioni interiori. Quando uno o più grigi vengono scelti in modo improprio, questi determinano i gradi d'ansia. Se questa dovesse risultare eccessiva, si andrà a verificare la consistenza dell'Io sulla riga del verde in modo da capire se tale ansia sia dovuta ad una difficoltà dell'Io, a suggestionabilità o da eccessiva labilità emotiva.

2.3.2. La tavola delle forme

Lüscher riuscì ad isolare per ogni colore (ad eccezione del nero) delle forme corrispondenti (Figura 2.4); le forme si presentano però su un piano diverso da quello psicovegetativo del colore, poiché uno stimolo uguale richiede a livello percettivo una ristrutturazione cognitiva. Le forme appuntite, aggressive corrispondono all'impulsività del rosso, le forme accoglienti e arrotondate richiamano la delicatezza ricettiva del blu e del giallo.

Anche Kandinskij sottolinea come le forme richiamino un determinato contenuto e certi colori vengono potenziati o indeboliti proprio dalla forma utilizzata. Nella sua opera "Giallo, rosso, blu" (Figura 2.3) le forme geometriche sono disposte in modo da creare un'armonia visiva e movimento inoltre, secondo l'autore, i colori hanno un potere evocativo ed emotivo che permettono all'arte astratta di esprimere concetti complessi come la spiritualità o l'eternità. Kandinsky ha associato il giallo al triangolo e a un senso di avanzamento, il blu al cerchio e a un senso di profondità, e il rosso al quadrato, simboleggiando dinamismo e calore.



Figura 2.3 - *Giallo, Rosso, Blu* (1925) – Olio su tela di V. Kandinskij, Musée National d'Art Moderne, Paris (fonte: <https://picryl.com/media/kandinsky-jaune-rouge-bleu-f71c2d>)

In questo test le forme rappresentano il comportamento che la persona attua nell'ambito espresso dal colore: in una condizione di normalità dovrebbe esserci coerenza tra l'atteggiamento che la persona ha verso il colore e verso la forma corrispondente, in certe situazioni però può esistere una contraddizione tale per cui un colore preferito abbia la sua forma rifiutata o viceversa.

Se le scelte risultano contrapposte a quelle espresse nella tavola degli 8 colori, le forme mostrano ciò che viene messo in scena: quindi il colore indica il ruolo che viene interpretato mentre la forma rappresenta il modo comportamentale per cercare di mascherare una condizione interiore vissuta come difficile, frustrante o appunto traumatica (Lüscher, 1983).

Di seguito un'analisi molto sintetica degli 8 colori del test per aiutare a comprendere quanto emerso con il TAS nei casi riportati alla fine di questo capitolo (Del Longo, 2013).

Il Blu (1) è il colore più scuro nel test ed ha un effetto di sedazione; la sua percezione attiva la frazione parasimpatica del sistema nervoso autonomo abbassando i valori pressori e rallentando il respiro e il battito cardiaco, sensazioni che sperimenta precocemente un neonato tra le braccia della madre, ecco spiegato il rapporto del colore blu con l'affettività e la dedizione.

Il verde (2) è dato dall'unione del blu con il giallo: il movimento in avanti del giallo si incontra con quello regressivo del blu neutralizzandosi a vicenda formando uno stimolo statico, caratterizzato da

un'energia in tensione che si esprime con durezza e rigidità. Questo colore rappresenta costanza e perseveranza.

Il rosso-arancio (3) ha un effetto attivante ed esprime eccitazione, quando percepito mette l'intero organismo in stato di allerta; rappresenta la libido, l'energia vitale, ciò che stimola alla competizione e all'agonismo. L'energia che suscita è sostenuta dal principio di piacere.

Il giallo (4) è luminoso, leggero, è scioglimento delle tensioni ed alleggerimento verso l'esterno. Rappresenta il cambiamento, la ricerca del nuovo, è una forza che stimola la creatività e la fantasia ad occhi aperti.

Il viola-magenta (5) è il risultato di due colori diametralmente opposti: la forza attivante del rosso viene smorzata dalla calma appagante del blu. Esprime la delicatezza d'animo, la sensibilità estetica, il pensiero magico.

Il marrone (6) è dato dall'eccitazione del rosso e del giallo a cui viene aggiunto del nero per smorzarne la forza vitale; il colore perde l'energia e si propone come uno stimolo passivo che corrisponde al rilassamento e al benessere. Coincide con la percezione sensoriale della propria corporeità e indica l'atteggiamento che la persona ha nei confronti del proprio corpo e delle sue necessità.

Il nero (7) è il colore di massima oscurità, esprime un blocco e la sua scelta indica l'opposizione, la protesta per situazioni insoddisfacenti o insopportabili.

Il grigio (0) è un non colore e solitamente chi lo sceglie lo fa per evitare di mettersi in contatto con il proprio vissuto emotivo. Per Lüscher il grigio è la terra di nessuno, di chi non vuole definirsi e non desidera esporsi troppo.

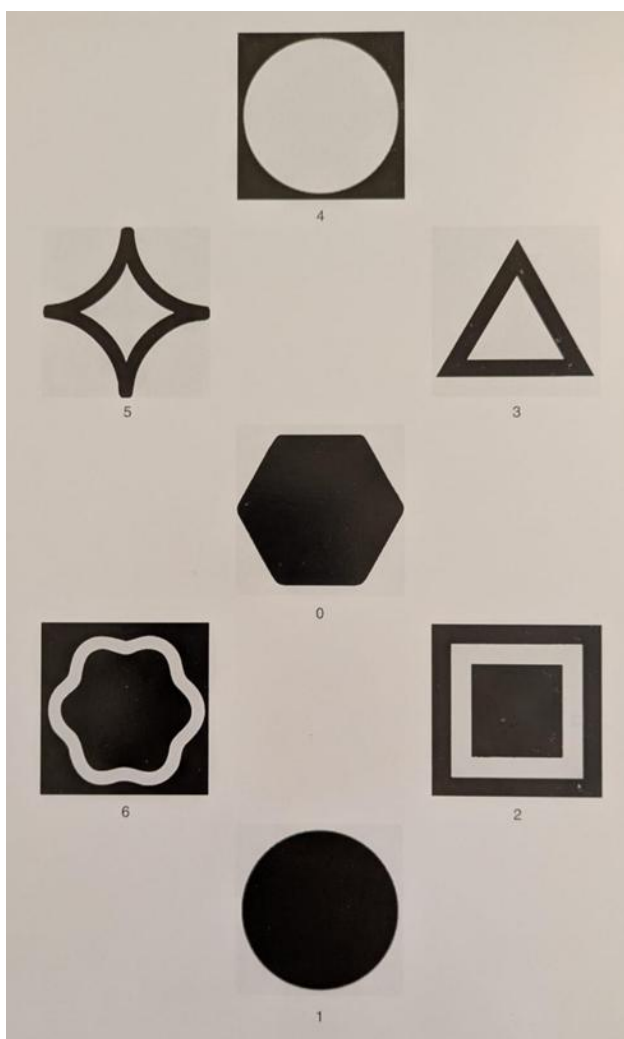


Figura 2.4 - Tavola delle forme (Test cromatico di Max Lüscher)

- La forma del blu è la perfezione di una sfera, un cerchio scuro su campo bianco, fa riferimento alle curve, al rotondo, proprio come il ventre materno;
- la forma del verde è un quadrato contenente un altro quadrato, esprime stabilità, sicurezza, controllo spaziale ma anche limitatezza, visto dall'alto può ricordare una fortezza;
- la forma del rosso è un triangolo acuto i cui angoli esprimono forza dinamica ed aggressiva del colore;
- la forma del giallo è un cerchio bianco delimitato da un quadrato, mostra un'espansione dal centro verso l'esterno. Se il cerchio del blu può simboleggiare l'entrata in un tunnel, questa forma è l'uscita dal tunnel richiamando tutte le caratteristiche legate ai due colori.
- La forma del viola è un rombo dai lati arrotondati, fondendo aspetti penetrativi del rosso con quelli regressivi e accoglienti del blu, si distingue per la sua armonia ed equilibrio;
- la forma del marrone è una sinusoide chiara su campo scuro, evoca con forme arrotondate e concentriche la morbidezza adattabile;
- la forma del grigio è un esagono scuro su campo bianco, simboleggiando uno scudo protettivo ed impenetrabile.

2.3.3. La tavola dei 4 colori fondamentali e le tavole di variazione

La tavola dei 4 colori fondamentali (CF) mostra come la persona gerarchizza i propri bisogni, ciò che vorrebbe veder realizzarsi. Solitamente i 4 CF compaiono con lo stesso ordine con cui appaiono nella tavola degli 8 colori.

Per l'interpretazione di questa tavola e delle seguenti quattro di variazione (blu, verde, rosso, giallo, rispettivamente Figura 2.6, Figura 2.7, Figura 2.8 e Figura 2.9) si divide la sequenza in due ottenendo nella coppia rifiutata di destra ciò da cui la persona scappa per andare verso la coppia che si ottiene a sinistra che coincide con il desiderio da raggiungere.

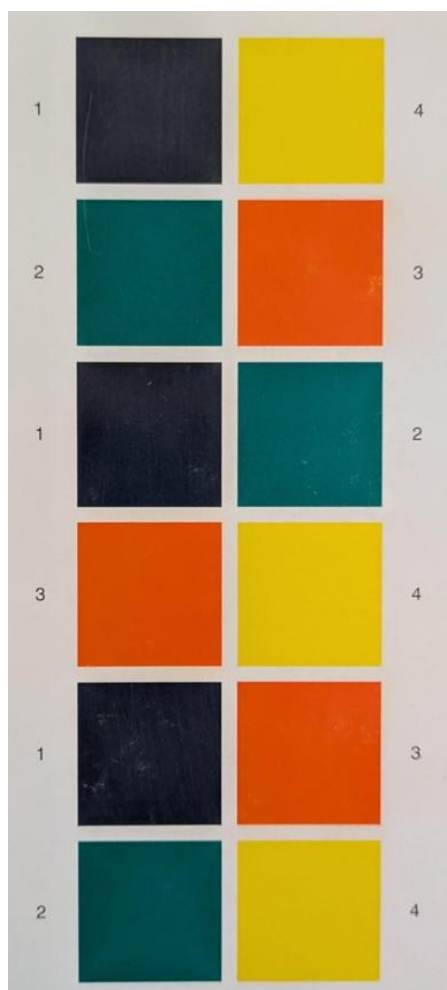


Figura 2.5 - Tavola dei 4 colori fondamentali (Test cromatico di Max Lüscher)

Le tavole di variazione sono importanti perché ogni riga corrisponde ad un ambito preciso e i colori all'interno di esse sono mascherati; ad un occhio poco esperto infatti la tavola sembra essere composta da sfumature del colore base, in realtà ogni quadrato richiama per saturazione e chiarezza gli altri colori fondamentali, quindi anche se una persona crede di preferire variazioni di un unico colore sarà invece attratto dagli altri colori fondamentali mascherati. Sono proprio queste sfumature e variazioni che permetteranno, con l'atto di visualizzazione tramite il training autogeno superiore, di avere una ricaduta emotiva influenzando sull'uscita dal trauma.

Dalla somministrazione di queste tavole si ottengono delle righe orizzontali che possono essere distribuite in modo regolare o irregolare.

La distribuzione regolare prevede che un CF sia scelto tre volte, uno due volte, il terzo una volta e l'ultimo escluso, se non si ottiene tale distribuzione si parla di distribuzione irregolare e sta ad indicare un livello d'ansia forte e sofferenza psicosomatica.

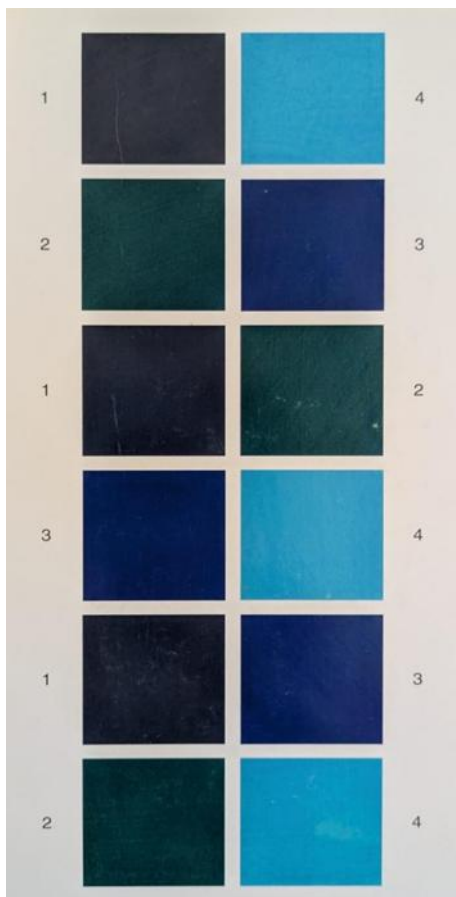


Figura 2.6 - Tavola di variazione del blu (Test cromatico di Max Lüscher)

La riga orizzontale del blu mostra come la persona si relaziona affettivamente e vive il rapporto di appartenenza; se il BLU (1) compare nella prima casella, potrebbe indicare preoccupazione di perdere le proprie sicurezze affettive; in un adulto indica un bisogno di appagamento affettivo totale, un desiderio di sicurezza che in realtà nasconde la paura dell'abbandono.

Se questo BLU risulta nell'ultima casella indica invece una fuga dalla dipendenza psicologica.

La riga orizzontale del verde mostra come l'IO riesce a gestire la personalità: rappresenta infatti l'immagine inconscia del sé ed è la riga orizzontale più importante ma va interpretata considerando il protocollo nella sua interezza. Se il verde risulta in terza o quarta posizione, il colore prescelto determinerà la principale caratteristica dell'IO e i meccanismi di difesa utilizzati.

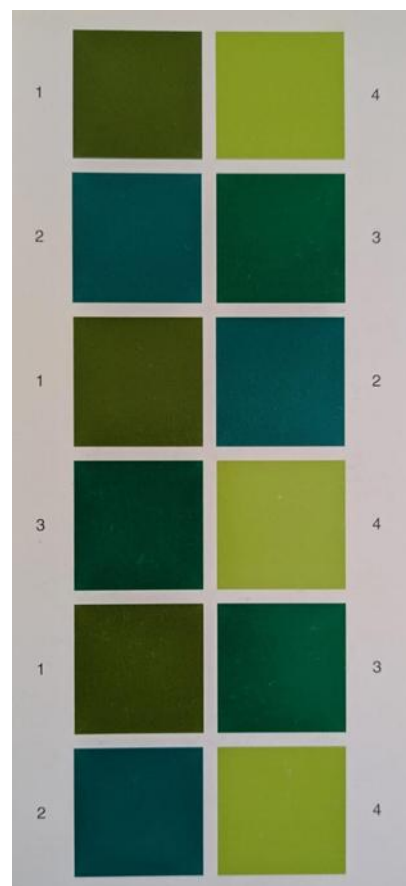


Figura 2.7 - Tavola di variazione del verde (Test cromatico di Max Lüscher)

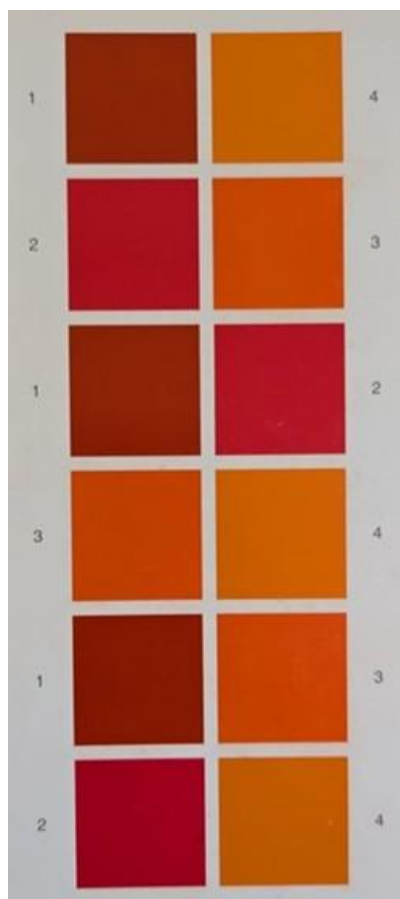


Figura 2.8 - Tavola di variazione del rosso (Test cromatico di Max Lüscher)

In ultima, la riga del giallo corrisponde all'area sociale e presenta come la persona si relaziona con il mondo, anche in questo caso sarebbe opportuno che il giallo si trovasse tra le prime due posizioni.

La riga orizzontale del rosso ci permette di comprendere il livello e la gestione dell'energia e delle spinte istintuali della persona; il rosso dovrebbe essere nelle prime due posizioni ad indicare vitalità, entusiasmo e fiducia intrinseca nelle proprie forze.

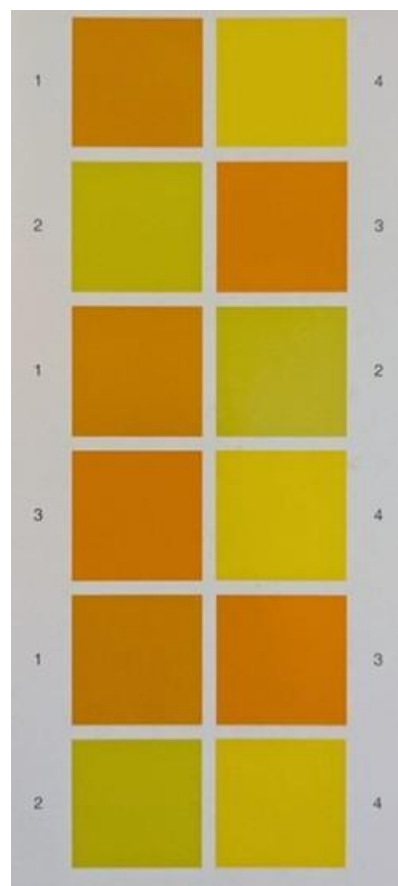


Figura 2.9 - Tavola di variazione del giallo (Test cromatico di Max Lüscher)

2.4. La terapia autogena

Wolfgang Luthe, allievo e collaboratore di Schultz, nell'opera "*Autogenic Therapy*" (Luthe & Schultz, 1969) ipotizza che esiste una "saggezza biologica dell'organismo" nel quale, in una condizione di autogenia, agiscono funzioni autoregolatrici che operano a livello psicofisiologico, eliminando lo stress e tutte le reazioni ad esso collegate.

In questo testo viene riportato che "la Psicoterapia Autogena facilita il raggiungimento della sintesi mente-corpo (Masi, 2004) in quanto la concentrazione passiva sul proprio corpo (TA di base e Modificazione Autogena) consente di instaurare un equilibrio sia somatico sia psichico; il silenzio interiore (Neutralizzazione Autogena) stimola con maggiore facilità contenuti propri della personalità profonda; il ciclo meditativo (TAS) consente all'inconscio di emergere, di liberare i propri contenuti da integrare successivamente a livello cosciente. Le Tecniche Autogene Superiori consentono la realizzazione dell'insight, senza il quale non si avrebbe un autentico processo psicoterapeutico. In queste tecniche il terapeuta ha il compito di aiutare la comprensione del linguaggio con cui si esprime l'inconscio (i simboli), mentre il paziente ha un ruolo attivo nell'affrontare da sé i problemi. Schultz propone il suo metodo come tecnica per la riarmonizzazione del somatico e dello psichico per un nuovo armonico equilibrio e per uno sviluppo delle potenzialità".

2.5. Il training autogeno

Il training autogeno viene definito dal suo stesso ideatore J.H. Schultz un "metodo di auto distensione da concentrazione psichica passiva" e si tratta di una tecnica che consente alla persona di recuperare la propria condizione di equilibrio a livello somatico e psichico (Baruzzo, 2014). È un metodo scientifico che facilita, come scrive il suo creatore, "introspezione e presa di coscienza di sé stessi" (Schultz, 1979), finalizzato a indurre una leggera forma di autoipnosi grazie alla quale ci si propone di potenziare l'immaginazione, passando dallo psichico al somatico e quindi, attraverso l'immaginazione, influenzare l'organismo (Lindemann, 2003). A partire dagli studi sull'ipnosi e sull'autoipnosi oltre che da quelli sulla psicoanalisi, Schultz ha elaborato una serie di esercizi gestiti autonomamente che favoriscano il ripristino funzionale e una nuova armonia interiore, raggiungendo uno stato di calma e distensione profondo, a seguito di un costante allenamento (Baruzzo, 2014).

Il TA è fondato su tre concetti fondamentali che, se correttamente utilizzati, consentono di raggiungere risultati positivi nella omeostasi fisiologica, nella distensione e nell'espressione della personalità:

1) COMMUTAZIONE

regressione profonda che va a lavorare sul vero punto focale della terapia ed è caratterizzata da un aspetto fisiologico ed uno psicologico; consiste nel cambiamento a livello ipotalamico (come uno "scatto d'interruttore") delle strutture nervose, e nel cambiamento d'atteggiamento verso il proprio corpo, per la prima volta lo si osserva come un "luogo di sensazioni" e non come un "luogo di sintomi";

2) IDEOPLASIA

capacità della mente di produrre modificazioni corporee reali; è su questo principio che si fonda tutta l'azione del TA, sia nelle formule standard che nelle F.O.S. (formule d'organo specifiche);

3) CONCENTRAZIONE PSICHICA PASSIVA

concettualmente è un'aporia, il soggetto entra in uno stato di trance, di contemplazione, di fronte alle sensazioni del proprio corpo; rimane ad "osservare ciò che accade" spontaneamente nel proprio organismo e nella propria mente. "Il principio chiave del TA consiste in una modificazione autoindotta delle relazioni cortico-diencefaliche che mette in grado forze naturali di recuperare la propria altrimenti limitata capacità di direzione cerebrale trofotropicamente orientata" (Luthe & Schultz, 1969).

La parola “training” si traduce in “allenamento”, cioè apprendimento graduale di una serie di esercizi, particolarmente studiati e concatenati allo scopo di portare progressivamente al realizzarsi di spontanee modificazioni del tono muscolare, della funzionalità vascolare, dell’attività cardiaca e polmonare, dell’equilibrio neurovegetativo e dello stato di coscienza. Il preciso e costante allenamento di tali esercizi porta a modificazioni gradatamente sempre più valide, precise e consistenti.

“Autogeno” significa “che si genera da sé” e ciò differenzia questo metodo dalle tecniche autoipnotiche ed eteroipnotiche le cui realizzazioni somatopsichiche sono attivamente indotte dal soggetto o dal terapeuta (Crosa, 1963). Si realizza in questo modo una completa indipendenza dell’individuo dall’ambiente che gli consente di ottenere nel tempo i risultati desiderati. A seguito dell’apprendimento di questo nuovo atteggiamento, si sviluppano spontaneamente modificazioni psichiche e somatiche di senso opposto a quelle provocate nella nostra mente e nel nostro corpo da uno stato di tensione, di ansia e di stress. Attraverso i sei esercizi di base del TA si determinano distensione muscolare e vascolare, rilasciamento viscerale, sensazione di calore nel corpo, regolazione funzionale dei meccanismi neurovegetativi, endocrini e umorali, sensazione di fresco alla fronte che corrisponde a uno stato di calma, di benessere e di pace interiore. Tali esercizi, se praticati con costanza e regolarità, consentono un addestramento al cambiamento psicofisico, migliorano il contatto con sé stessi (corpo e psiche visti come unità inscindibile) e aiutano a sciogliere le tensioni e ad eliminare disfunzioni psichiche e comportamentali.

Schultz, nel primo volume de “Il Training Autogeno” (Schultz, 1979a), dedica un’ampia trattazione alle applicazioni della tecnica prendendo in considerazione, con opportuni esempi, alterazioni funzionali generali e alterazioni neurofunzionali specifiche.

Come precedentemente scritto, il TA è composto da sei formule ma prima del loro apprendimento è importante che la persona sia istruita ad una corretta esecuzione della respirazione diaframmatica ed esperisca “l’induzione alla calma”; successivamente tramite incontri settimanali il paziente potrà imparare volta per volta un nuovo esercizio, per poi allenarsi in autonomia durante la settimana: partirà prima con l’apprendimento dei due esercizi fondamentali di pesantezza e calore, per poi proseguire con l’apprendimento delle formule del cuore, del respiro, del plesso solare e della fronte fresca. La pesantezza ha effetto di rilassamento della muscolatura volontaria; il calore distende i vasi sanguigni e normalizza la circolazione periferica; il cuore e il respiro permettono il recupero di un regolare ritmo cardiaco e respiratorio; l’esercizio del plesso solare ripristina la normale funzionalità dell’apparato digerente e infine, la fronte fresca ha effetti sulla normale vigilanza e attenzione con sensazione di tranquillità e benessere.

Schultz, nel secondo volume de “Il Training Autogeno”, affronta il complesso legame tra TA e psicoanalisi; sottolinea come la presa di consapevolezza della complessità dei meccanismi che sottendono il funzionamento del proprio organismo costituisca un importante contributo psicoterapeutico e aggiunge: “infatti, per i soggetti che riescono a rendersi conto, attraverso l’autoosservazione del training, di quanto la funzionalità somatica sia in stretto rapporto con le situazioni emotive nelle quali vengono a trovarsi, viene a crearsi spontaneamente un atteggiamento del tutto diverso con il proprio soma; essi acquisiscono la capacità di essere come degli indifferenti spettatori di fronte alle variazioni funzionali dell’organismo che possono allora venir considerate con ben maggiore distacco emotivo” (Schultz, 1979b).

2.6. Il training autogeno superiore

Si può svolgere il livello basale lungo tutta la vita, e quando con questo la persona si sente meglio, è più stabile, meno risonante emotivamente, non c’è motivo perché impari anche il livello superiore, o una delle sue forme. Ciò è invece sicuramente utile per le persone che ne hanno bisogno per la loro salute psichica, per esempio nelle nevrosi gravi, nei disturbi psicosomatici o a fronte di traumi. Inoltre

possono accostarsi al livello superiore coloro che hanno l'interesse vero di accedere al proprio inconscio, ad un lavoro sulla propria personalità profonda. Passeggiare nella psiche, come I. H. Schultz ha detto una volta, è sempre interessante per un medico o uno psicologo, ma per il paziente non sempre è un'esperienza positiva, in questo senso "ci si dovrebbe avvicinare al livello superiore del Training Autogeno o ad una delle sue forme e decidere di farlo, solo se si è pronti ad accettare l'avventura di un viaggio nelle profondità inconsce di sé stessi" (Wallnofer, 2008). Lo scopo di tutti i metodi del livello superiore è, come nella psicoanalisi, una maturazione della personalità, una elaborazione dei problemi le cui fonti quasi sempre rimandano all'infanzia, un cambiamento nella personalità nel senso di una visione interiore più profonda, una più ampia autoconoscenza e una nuova valorizzazione del Sé (Peresson, 1984). "Noi vogliamo solo sottolineare che, ancora come nella psicoanalisi, lo scopo si estende all'umanità in generale, e perciò riguarda anche la persona sana, che può lavorare anche autonomamente. Come trattamento terapeutico vero e proprio il livello superiore del Training Autogeno è idoneo soprattutto nelle nevrosi gravi, perfino nelle nevrosi ossessive, e per tutti i disturbi che vanno più in profondità, e con i quali il livello basale o i farmaci non sono sufficienti per stare meglio. È anche auspicabile nel caso di malattie psicosomatiche, rispetto alle quali spesso porta a successi sorprendenti, seppur dopo un certo tempo e un certo lavoro" (Wallnofer, 2008).

Il TAS (Training Autogeno Superiore) si innesta naturalmente sulla tecnica del TA di base ed ha lo scopo di raggiungere un'omeostasi a livello superiore. Mentre il TA ha come fine ultimo quello di conseguire l'equilibrio dei sistemi involontari (neurovegetativo; neuroendocrino; immunitario; neuropeptidico), il TAS, attraverso la produzione di immagini in stato di profonda commutazione, mira a realizzare un equilibrio mentale più elevato: quello tra l'emisfero destro e l'emisfero sinistro, tra il mondo delle emozioni e quello del pensiero (Peresson, 1990).

L'immagine sotto riportata (Figura 2.10) può essere interpretata in più modi; può rappresentare una situazione reale, come se fosse una fotografia, a dimostrazione dell'estrema semplicità dell'applicazione del TA o TAS, non servono infatti grandi preparativi dell'ambiente o della persona, si può praticare in qualsiasi momento della giornata, in qualsiasi luogo, pensiamo ad esempio ad un uomo durante la sua pausa da lavoro, se ben allenato sarà in grado di isolare tutti gli elementi disturbanti per dare più importanza a ciò che percepisce nel corpo e a ciò che evoca la sua mente.

Oppure immaginiamo quest'uomo che dalle mura del suo luogo di lavoro evoca un'immagine di calma e distensione e secondo il concetto precedentemente menzionato di ideoplasia riuscirà ad evocare piacevoli sensazioni fisiche e psichiche, le stesse che potrebbe provare il lettore contemplando questa immagine.



Figura 2.10 - Uomo durante una sessione di training autogeno su pontile (fonte: www.pexels.com)

Tecnicamente il TAS è strutturato in sette esercizi meditativi, con l'evocazione di immagini tematiche e la contemplazione delle stesse in stato di profonda autogenia.

Segue l'elenco degli esercizi:

1. COLORE PERSONALE

“Agli occhi della mente appare un colore”

Ha lo scopo di scoprire qual è il colore guida della vita emotiva del paziente; la teoria dei colori di Max Lüscher può essere di grande aiuto nell'interpretazione ed elaborazione del vissuto.

2. SPETTRO DEI COLORI

Dopo aver evocato il colore personale, è la “vera via d'accesso all'inconscio” (Wallnofer, 2009) perché permette di accertare le aree emotive conflittuali.

OGGETTI CONCRETI

Il soggetto apre il suo mondo immaginario agli oggetti concreti; questo esercizio di solito fa emergere ricordi lontani, ma può anche indicare metaforicamente il modo con cui il soggetto si rapporta con la realtà.

3. CONCETTI ASTRATTI

Il paziente con il terapeuta sceglie un concetto astratto per lui importante in base alle esigenze del percorso psicoterapico.

4. VISSUTO PERSONALE

Viene definito anche l'esercizio del sentimento, il soggetto richiama lo stato d'animo più intensamente desiderato.

5. PERSONE

Il soggetto richiama alla mente una persona indeterminata e, successivamente, la persona conflittuale.

6. DIALOGO CON L'INCONSCIO

È l'esercizio più importante; il paziente rapportandosi col mondo inconscio ottiene quelle illuminazioni sulla sua vita che cercava da tempo. Di solito si pongono tre tipi di domande: le origini nascoste dei propri disturbi; la soluzione dei problemi; quesiti a sfondo esistenziale. In questo esercizio il lavoro analitico sarà intenso e probabilmente decisivo per l'esito della terapia.

L'intero percorso del TAS dura da uno a due anni; è importante proporre questa tecnica a seguito di almeno sei mesi di costante allenamento con il TA.

Schultz trova ispirazione nella creazione del suo metodo dall'ipnosi di Freud e il rilassamento frazionato di Vogt, per capire al meglio il suo pensiero è utile riportare queste sue parole in risposta ad una domanda da parte di Sigmund Freud:

S.F. “pensi di poter guarire con il tuo metodo?”

J.H.S. “penso che sia possibile, come un giardiniere che ripulisce dagli intralci il giardino, rimuovere gli ostacoli che impediscono il vero sviluppo individuale.”

Infatti, secondo Schulz, tutto ciò che ci accade nella vita – quindi gli ostacoli, i traumi, le condizioni stressanti, i dolori, qualsiasi cosa – può porsi come dei massi su delle piantine o come delle erbacce che impediscono in un giardino la normale crescita di tutto il resto delle piante, dell'erba e dei fiori. Utilizza questa metafora del giardiniere per delineare il campo di azione del training autogeno inteso come psicoterapia e non soltanto come un metodo di rilassamento tra i migliori.

2.7. Studio

In questa sezione sono riportati 4 casi clinici per mostrare come il lavoro di psicoterapia integrato con l'utilizzo del TAS abbia permesso la rielaborazione di traumi. Gli esercizi del TAS, in particolare quelli che vedono l'uso dei colori, hanno permesso di cogliere se vi fossero similitudini cromatiche

in base alla natura del trauma. Per ottenere risultati attendibili, il numero di pazienti è ridotto in quanto l'utilizzo corretto del TAS, come precedentemente spigato, richiede un buon addestramento del training autogeno di base, non avendo quindi a disposizione molto tempo per tale ricerca, ho preferito concentrarmi su pazienti con i quali avevo già intrapreso un lavoro con il TA.

La terapia di questi pazienti è caratterizzata da primi colloqui di conoscenza e comprensione della natura dei disagi portati. Oltre ai colloqui si è intrapreso in parallelo un percorso di apprendimento degli esercizi di base del training autogeno, approfittando dell'elaborazione del materiale inconscio e delle libere associazioni che già potevano emergere in queste prime fasi di allenamento.

Una volta individuato il trauma da voler elaborare e constatata la difficoltà nell'accedere alle emozioni ad esso collegate, tramite:

- l'esercizio del colore personale del TAS
- la presentazione di una tavola cromatica per individuare colori di preferenza o di rifiuto ed eventuali sfumature
- l'esercizio dello spettro dei colori
- l'interpretazione di quanto visualizzato/esperito dalla persona

con ogni paziente nel corso dei colloqui è stato possibile rivivere emozioni represses, diluirle e uscire così dal trauma anche grazie ad una maggiore consapevolezza di situazioni che razionalmente non erano vissute come disturbanti e di sofferenza.

Di seguito sono presentati i casi per i quali ho scelto un titolo ed un'immagine evocativi per esporre al meglio come ho interpretato l'esperienza traumatica nel momento in cui si è palesata durante i colloqui con ogni singolo paziente.

2.7.1. Caso 1: la bambina fuori dalla porta



Figura 2.11 - Fanciullezza e adultità: l'inevitabile differente percezione dello spazio, dell'ambiente e delle dinamiche relazionali. (fonte: www.pickpik.com)

Il primo caso tratta di una ragazza di 21 anni, arriva in terapia con dei tratti ossessivi e depressivi, una dipendenza affettiva che rende difficoltoso il rapporto col suo fidanzato e che si palesa in maniera meno consapevole anche nel rapporto con i genitori.

Presenta un lieve disturbo della condotta alimentare, più precisamente somatizza molto a livello viscerale quindi nel momento in cui qualcosa non va nella sua vita tende a non nutrirsi per inappetenza.

Soffre inoltre di ipertono del pavimento pelvico e questo spesso le causa dolore durante i rapporti con il fidanzato; questa dinamica crea inevitabilmente un circolo vizioso di sensi di colpa e inadeguatezza nei confronti del ragazzo e accentua una forte disistima mascherata con la costante ricerca di perfezione in ambito scolastico e nella cura di sé.

Il colore personale, ovvero il colore che visualizza durante una seduta di training autogeno superiore, è lavanda chiaro, aggiunge poi il verde acqua, definisce queste tonalità con una sensazione fisica, come una sensazione "spumosa", "la sensazione di quando sto meglio, riflessi chiari, nuvole, aria viola, leggera", con queste immagini la paziente cerca di trasmettere un senso di bellezza, di star bene. Il colore che invece rifiuta è il colore mattone.

Le propongo allora una seduta di TAS per evocare questo tipo di colore e al risveglio lei scrive (di seguito il suo protocollo):

“Urlare. Ripenso ai litigi con il mio fidanzato che da passivo aggressivi passavano ad urla, io non mi sentivo ascoltata mi è venuto in mente lo stesso mal di gola che provavo in quelle situazioni in cui i genitori mi chiudevano fuori dalla stanza quando non facevo la brava bambina”.

In realtà lei era una bambina bravissima, sentiva di dover esserlo, e mantiene questa dinamica anche oggi cercando di essere sempre la figlia perfetta, purtroppo i genitori non erano in grado di tollerare le sue frustrazioni e quando lei faceva più “capricci” del solito, la mamma la chiudeva fuori dalla stanza rispetto a dove erano loro.

Lei evoca questo ricordo di stare lì fuori in attesa che loro tornassero ad aprire, di battere sulla porta, di tirare calci, di piangere, finché poi stremata si addormentava in un angolino. Per una bambina questa modalità può avere un impatto molto forte anche perché la percezione del tempo quando si è più piccoli è più dilatata. (Figura 2.11 momento in cui si fa spazio nella mia mente questa immagine). Le propongo di tornare a quel ricordo e di immaginare cosa farebbe verso quella bambina, e risponde che la andrebbe a prendere per portarla a fare qualcosa che le piace come giocare, colorare o fare mandala. Ha quindi visto una persona che andasse lì, che l'ascoltasse e le facesse fare quello che le piaceva.

Ricorda poi un video che aveva visto da qualche giorno sui suoi social, di una mamma che valida le emozioni del figlio: questo la fa connettere con il fatto che abbia sentito da parte degli adulti di riferimento poca comprensione rispetto alle sue emozioni, momento molto importante per la sua terapia dato che ha sempre cercato di difendere e giustificare le azioni dei suoi genitori idealizzandoli continuamente.

Poi pian piano questa presa di coscienza diventa sempre più corposa, come colore aggiunge l'arancio, *“un colore che detesto perché da piccola la casa era gialla sia dentro che fuori e quando venivo chiusa nella stanza, passava poca luce e questa rimaneva un po' buia e i muri sembrava cambiassero colore.”*

Quindi lei ricorda se stessa da bambina chiusa in questa stanza, e ha associato ad essa il rifiuto del color mattone. Aggiunge anche colori come il grigio, il marrone, colori terra bruciata, torbidi: *“ho sempre avuto tanta paura di quelle stanze perché poco illuminate e le pareti assumevano colori scuri torbidi; provavo rabbia e paura”, “un po' come l'acqua sporca, dove non sai dove metti i piedi, come al bagnasciuga al mare”,* poi aggiunge *“forse più che rabbia avevo paura, paura di non sapere se loro sarebbero tornati”*, non a caso i litigi maggiori col suo fidanzato erano proprio causati dal fatto che lui dopo una discussione volesse un po' di spazio per calmarsi, ma lei per la sua paura sentiva l'esigenza di dover chiarire, incalzandolo continuamente anche in maniera molto pesante non accogliendo le sue esigenze. Dentro di lei c'era la paura che quella discussione potesse portarlo lontano, proprio come essere di nuovo chiusa fuori dalla porta.

Mentre descrive questa stanza con le pareti scure, si accentuano forme rigide, squadrate e spigolose, c'è assenza di morbidezza come possono essere le forme Lüscheriane del blu e del giallo.

A seguito di questo lavoro, rispetto al trauma che ha di quando è bimba, il suo colore preferito, guardando la tavola cromatica, diventa il violetto-rosso-magenta, inizia a tollerare maggiormente colori più forti ed energici, accogliendo l'energia del rosso spostata in secondo piano le difese più rigide dettate dalla preferenza iniziale del verde mentre il lilla diventando più scuro, accoglie sfumature del blu non più vissuto come una regressione infantile ma come un'apertura a relazioni stabili e fiduciose.

2.7.2. Caso 2: l'amore grigio

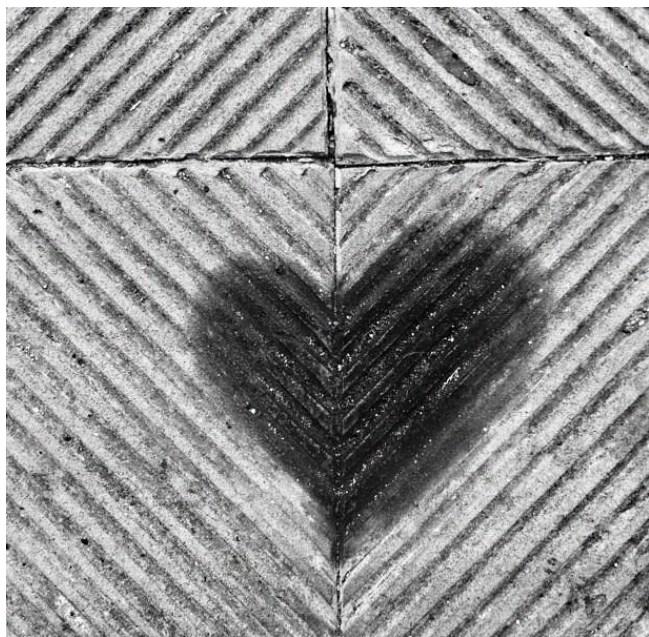


Figura 2.12 - CEMENTO: protezione e solidità o dolore e prigionia? (fonte: www.flickr.com)

Il secondo caso tratta di una ragazza di 17 anni. Anche lei presenta un disturbo della condotta alimentare, ha iniziato a privarsi di cibo a seguito di una rottura con un ragazzo, voleva diventare bella e l'unico modo per lei era quello di dimagrire smettendo di mangiare; non si sentiva adeguata, non si sentiva abbastanza, voleva quindi cambiare.

Presenta forti difficoltà emotive, è criptica, uno scrigno ben sigillato per difendersi dal suo vissuto emotivo e alcune volte l'eloquio con lei è molto difficoltoso.

Il colore che rifiuta sulla tavola cromatica è il grigio fumo simile al grigio (1) della tavola dei grigi; evocandolo tramite il TAS rivive tutti i momenti brutti vissuti con l'ex ragazzo, momenti che a livello conscio non riusciva ad evocare perché bloccati subito dai ricordi più piacevoli, durante i quali sentiva attenzione (illusoria) da parte del ragazzo.

Al risveglio mi dice che il grigio è il colore che non sceglie mai nessuno, prova confusione e tristezza. Queste parole sono molto importanti perché solitamente si difende con razionalizzazione ed ironia.

“Durante la seduta ho rivisto tutta la relazione e provo grande stato di ansia e confusione.”

“Quando però ci siamo lasciati e lui si è allontanato ho pensato, ah finalmente mi sono tolta un peso!”

Prende consapevolezza del fatto che sentiva ed era consapevole che sarebbe stato meglio chiudere questa relazione e che prima o poi sarebbe successo, ma allo stesso tempo era molto presa per lui ed era più forte la necessità di averlo come fidanzato (colmando molte sue fragilità narcisistiche) accettando e sopportando tutte le volte che lui la trattava male (Figura 2.12).

A seguito di queste elaborazioni, riferisce di preferire il colore grigio perla: “rimango sui grigi perché mi piacciono”, considerando la sua età e questa sua grossa difficoltà emotiva è molto comprensibile, anche perché il grigio è proprio una terra di mezzo che permette un po' di separazione e tutela.

È comunque un risultato molto significativo perché riconosce che quel grigio si sta schiarendo, *“sto meglio con me stessa, sentivo di dover mostrare sempre che meritavo le sue attenzioni.”*

Questo grigio schiarito lascia spazio a sfumature del giallo, mostrando apertura verso il mondo che sicuramente le permette di avvicinarsi di più anche a sé stessa.

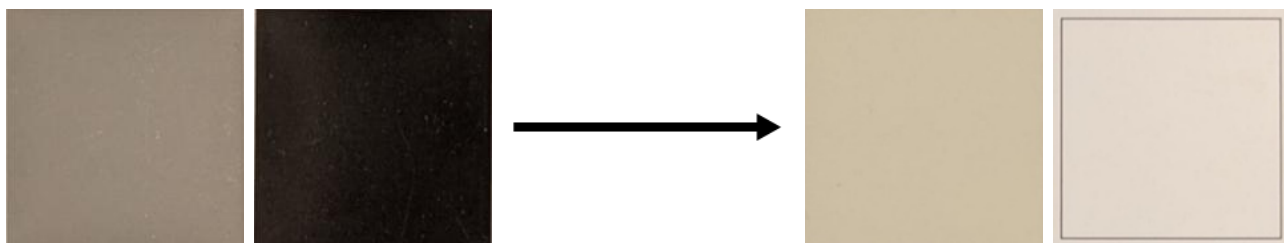


Figura 2.13 - Variazioni di grigi a confronto: a destra quelli scelti a inizio percorso, a sinistra quelli scelti durante il TAS (Test Cromatico di Max Lüscher)

Con l'immagine sopra riportata (Figura 2.13) è più evidente come i grigi più scuri scelti in principio, contenenti blu e verde (regressione e rigidità) stiano lasciando spazio e primo piano a grigi più luminosi contenenti rosso e giallo (vitalità e apertura).

Inizia inoltre ad avere un rapporto migliore col cibo, sente che non deve essere più qualcosa per qualcun altro. Migliora anche dal punto di vista delle pretese verso di sé, le prestazioni scolastiche non devono più essere sempre al massimo dei voti, diventa più tollerante e opera un migliore esame di realtà nelle diverse situazioni; il lavoro con il TAS le ha permesso di riuscire a diluire e affrontare situazioni che altrimenti si sarebbero incistate in modo più profondo considerando anche le fragilità legate all'età.

2.7.3. Caso 3: l'innocenza svanita



Figura 2.14 - Una mente ferita e un corpo altrettanto lesa che non riescono più a coesistere. (fonte: www.pickpik.com)

Vediamo una ragazza di 24 anni che si presenta per disturbo d'uso di alcol moderato, riconoscendo che non sia una situazione normale dato che fatica a starne lontana; il tutto aggravato dal fatto che la sua abitazione è sopra la pizzeria di famiglia, il che le dà facile accesso alla sostanza e purtroppo nessuno si rende realmente conto della sua situazione di consumo.

A causa di relazioni tossiche si lega purtroppo a ragazzi con grosse problematiche di dipendenza e scopre poi che anche nella sua famiglia le dipendenze sono un tema ricorrente: il padre ad esempio è ludo patico, ma anche in questo caso tale comportamento è

visto come una situazione normale e non patologica. Vive dinamiche familiari molto conflittuali, in particolare con il padre e la nonna materna. Tutta la famiglia è coinvolta in pizzeria, il padre quindi non riesce a scindere l'essere padre con l'essere datore di lavoro, anzi questa dinamica accentua come il soldo sia sempre stato il mezzo per dimostrazioni d'affetto. Cresce infatti in un terreno molto arido dal punto di vista emotivo e sentimentale, anche dal punto di vista esperienziale.

Rifiuta il color marrone e predilige il grigio. Il marrone è comprensibile e prevedibile dato che anche durante l'allenamento con il TA si rende conto di essere molto disconnessa dalle sensazioni fisiche; non ascolta mai le sue esigenze corporee, ha forte disistima, non accetta niente del suo aspetto fisico e tende ad essere sempre molto anonima e basica nell'abbigliamento. Non percepisce nulla, ad esempio non riesce più ad avere rapporti sessuali perché non riesce neanche a farsi avvicinare e non sentendo nulla non si concede nemmeno al piacere.

Immagino un blocco enorme su tutto il suo corpo, come un blocco di marmo, duro, spigoloso, freddo, mentre la ascolto l'immagine che evoca la mia mente è addirittura quella di un lettino d'obitorio, immagine che prenderà senso più avanti nel corso dei colloqui.

Eseguiamo quindi una seduta di TAS evocando sia il colore, sia tutte le situazioni in cui lei si è sentita persa, bloccata, assente verso sé stessa.

Ricorda un evento estremamente importante che aveva totalmente rimosso, non ne ha mai parlato con nessuno addirittura nemmeno con sua madre, come se fosse stata una cosa semplicissima, meccanica, e di facile archiviazione.

A 18 anni purtroppo era rimasta incinta e nessuno (soprattutto i genitori) le ha dato la forza per portare avanti questa gravidanza. Scelse di abortire, come se fosse l'unica opzione possibile. Ricorda di non aver avuto alcuno spazio d'ascolto o accoglienza di quello che sarebbe potuto essere il suo desiderio. Fu un periodo in cui si sentì totalmente sola in questa scelta, si sentì spronata solo per quella che ha sentito come unica soluzione ovvia e facile da fare. Ad aggravare il tutto purtroppo quando andò a fare l'operazione di raschiamento, i medici furono estremamente freddi, giudicanti, li nomina proprio glaciali. Addirittura il medico che le fece la visita prima dell'operazione la "costrinse" a guardare il

monitor durante l'ecografia e le fece sentire il battito non curante della sua volontà di non voler vedere/sentire nulla (Figura 2.14).

Mentre lei mi racconta questo episodio vedo un corpo immerso nel ghiaccio perdere ogni tipo di sensazione e sensibilità.

“Ricordo solo un forte senso di smarrimento, un vuoto mentale e queste pareti verdine della sala operatoria”. È interessante notare come ogni volta che una persona evoca un ricordo traumatico, spontaneamente riporti dettagli di colori.

Lei non si era mai resa conto di quanta violenza il suo corpo e la sua mente avessero subito in quel contesto; abbiamo proseguito la terapia andando ad elaborare questo vissuto, la cosa interessante è che anche lei abbia poi scelto colori più legati all'arte, alla libertà, ha scelto il violetto e poco dopo questo sblocco di ricordo traumatico ha ripreso a scrivere e a suonare, riconosce di non riuscire ad entrare facilmente in contatto con ciò che prova, ma tramite queste forme d'arte sente di trovare una dimensione accogliente ed avvolgente, una dimensione morbida sicuramente in contrasto con le sensazioni descritte in precedenza.

È importante che lei ora scelga il violetto e prediliga meno il grigio, questa preferenza le ha permesso di spostare lo scudo che le impediva il contatto con sé stessa e tramite la parte di blu contenuta nel violetto si permette una tregua dall'ansia e un controllo degli impulsi più funzionale rispetto al rifugio nella sostanza alcolica.

2.7.4. Caso 4: l'adolescenza rubata

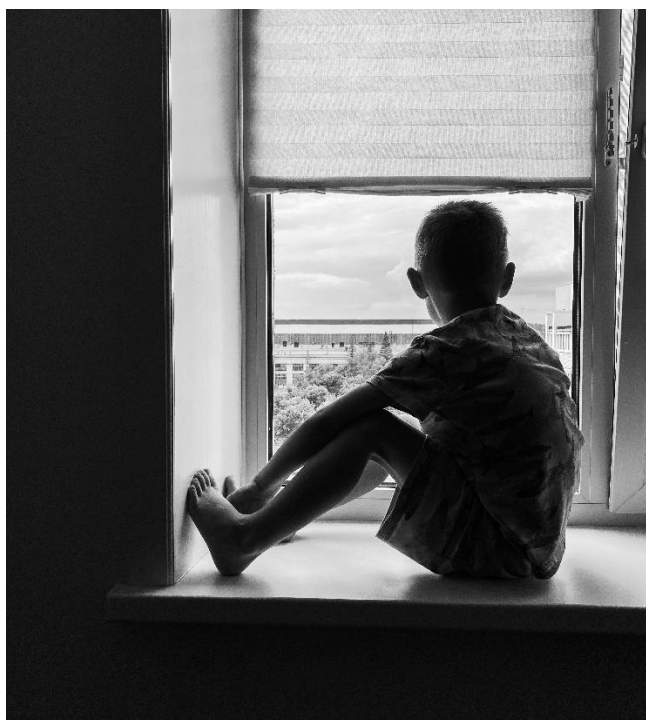


Figura 2.15 - Ragazzino che osserva le vite altrui scorrere nella normalità. (fonte: www.pexels.com).

L'ultimo caso tratta di un ragazzo di 27 anni. Si presenta perché curioso di sapere come poter gestire il suo tempo al meglio e perché ha delle difficoltà relazionali. Lui sente di volere fare molte cose, ha capito che la vita va estremamente vissuta, ma allo stesso tempo non si permette mai una pausa e desidera fin troppo voler diventare un grande imprenditore e per questo, in alcune situazioni, quando rimane senza grossi stimoli mette in dubbio addirittura le sue relazioni, in particolare quella con la fidanzata.

Riporta il verde scuro come colore preferito (è un colore legato a traumi gravi), tutti questi dettagli mi fanno sentire che mancano dei pezzi significativi nella storia di questo ragazzo, immagino un palazzo moderno, nuovo, imponente, con fondamenta però molto fragili e delicate. Ha tratti estremamente ossessivi, è molto rigido, razionale, radicato ormai nelle sue idee e difficilmente si smuove, tutti aspetti confermati dal verde.

Rifiuta l'arancio. Dice: *“da anni quando vedo l'arancio sto male, ci sono state delle volte che addirittura vomitavo e avevo un'attivazione fisica forte perché mi faceva star male. È proprio un colore che non mi piace”.* Allora proviamo ad andare ad evocare questo colore tramite il TAS: al risveglio racconta di questa cosa che non mi aveva mai raccontato, una parte importante della sua vita che solitamente in anamnesi una persona dovrebbe ricordare o raccontare.

Da ragazzino, in fase pre-adolescenziale ha avuto un tumore e ha trascorso diverso tempo in ospedale per fare le chemioterapie. Questa condizione lo portava inevitabilmente a stare lontano dalla vita sociale, dagli amici, dagli interessi e si sentiva appunto una persona diversa, non capiva il perché

dovesse fare tutte quelle cose a differenza dei suoi coetanei (Figura 2.15). In età adulta questa diversità si è trasformata nel fatto che lui sia alla costante ricerca di fare la differenza, di diventare migliore e/o superiore rispetto ai suoi pari, trasformandosi quasi in un'ossessione, creando letteralmente un planning settimanale impegnando ogni ora della sua giornata e seguendolo in maniera molto rigida. Parlando della malattia che ha sconfitto riconosce che queste cure gli sono servite tantissimo perché gli hanno permesso di vivere una vita piena a differenza purtroppo di certi altri ragazzini che non ce l'hanno fatta. Vive questa consapevolezza forse fin troppo: ora ha paura della perdita di tempo e di occasioni, sicuramente se quel ragazzino avesse trovato spazio per le sue emozioni e per i suoi dubbi, oltre che alle cure prettamente mediche, avrebbe elaborato prima determinati aspetti.

In questo caso il colore arancio si definisce colore appreso, vuol dire che lui ha legato quella situazione sgradevole ad un colore. L'arancio era infatti il colore della sacca della chemioterapia che purtroppo doveva osservare per ore. Vedendo questa sacca arancio ha legato ad essa tutta una serie di stimoli, gli odori dell'ospedale, i viaggi, tutto ciò che comportava questo tipo di cure e nel futuro, inconsciamente, ogni volta che uno stimolo evocava tutto questo carico emotivo, il corpo prendeva spazio per far uscire un malessere che il ragazzo ha preferito allontanare ed archiviare come una semplice tappa della sua storia.

2.8. Considerazioni e conclusioni

La scelta di elaborare il colore del trauma tramite l'applicazione del training autogeno superiore utilizzando come chiave interpretativa il test di Lüscher, ha permesso una via di accesso ancor più immediata e agevole alle situazioni conflittuali dei pazienti. Questo perché tra gli elementi che una persona memorizza in situazioni traumatiche, sicuramente il colore trova un'importante correlazione emotiva, fisica ed interpretativa.

Nei casi descritti, l'allenamento con il training autogeno ha permesso ai pazienti di prendere graduale consapevolezza e contatto con sé stessi, permettendogli uno spiraglio d'accesso in zone ben celate dall'uso massiccio di difese psichiche.

Una prima riflessione porta a notare come avvicinandosi al terreno traumatico, i colori siano tutti tendenzialmente scuri, scarichi o neutri; a seguito dell'elaborazione e una volta esperita l'emozione ad esso collegata, ciò che è successo è che tutti i colori abbiano preso più luminosità. Prendendo come esempio il Caso 1, se pensiamo ad una bambina chiusa fuori da una porta, è come se questa porta pian piano si aprisse permettendo alla luce di entrare, proprio come quando da bambini per timore del buio si lasciava la porta socchiusa per vedere la luce del corridoio, dando un senso di sicurezza, forza e serenità, permettendo di lasciarsi andare e prendere sonno.

Indicativamente in tutti i casi l'analisi del colore visualizzato, preferito o scartato, ha permesso di confermare eventuali evoluzioni del paziente, l'aspetto molto importante è che avendo vissuto il tutto in uno stato di autogenia, lontano quindi dalle resistenze a livello conscio, e avendo poi dato concretezza al tutto confrontandosi con il terapeuta (tramite parole, immagini, sensazioni e colori) il paziente porterà sempre con sé questo processo di cambiamento interno.

Citando Danny Kaye: "La vita è un'enorme tela: rovescia su di essa tutti i colori che puoi", senza l'elaborazione di traumi, la tela sarebbe danneggiata, ricoperta in alcuni punti con tempere ormai molto secche o addirittura alcuni colori potrebbero essere stati persi.

Bibliografia

- Agrosi V. (2010). *Il Test dei Colori di Lüscher. Analisi di un campione di soggetti con un deficit uditivo contratto in età prelinguale*. Tesi di specializzazione. Padova: C.I.S.S.P.A.T.
- Baruzzo R. (2014). *Equilibrio personale e Training Autogeno*. Padova: libreriauniversitaria.it edizioni.
- Birren F. (1940). *Character analysis through color: a new and accurate way of revealing the hidden secrets of personality*. Crimson Press.

- Bonas G., Marcuglia D., Somacal S., Favata N., Del Longo N. (2014). *Il modello PNEI (psiconeuroendocrinoimmunologico) nello sport: "dalla struttura caratteriale alla postura". Analisi della relazione tra i vissuti emotivi e postura attraverso il Lüscher Test*. In M. Lüscher, *Saggi sulla Diagnostica Lüscher e altri contributi (1972 – 2014)*, Ed. Cleup, Padova, 2014, pp. 339 – 350.
- Conversano B.M. (2003). *Uno studio sulla gravidanza*. Tesi di specializzazione. Padova: C.I.S.S.P.A.T.
- Crosa G. (1963). *Training Autogeno ed Ipnotismo*. Neuropsichiatria XIX.
- Del Longo N. (2013). *Il test dei colori di Lüscher. Manuale di diagnostica per l'età adulta*. Milano: Franco Angeli.
- Dolcetti L. (2011). *Analisi psicologica di un campione di donne nella procreazione medica assistita (PMA) mediante test di Lüscher*. Tesi di specializzazione. Padova: C.I.S.S.P.A.T.
- Fiore C. (1954). *Sull'utilità dell'esame psicodiagnostico con un gruppo di Test (Rorschach, Lüscher e Koch) in ammalati mentali*, in *Osp. Psich.*, 22,329.
- Jung C. G. (1905). *Ricerche sperimentali sulle associazioni di individui normali*. In *Jahrbuch für psychoanalytische und psychopathologische Forschungen*, 1, 1–124.
- Lindemann H. (2003). *Training autogeno, il più diffuso metodo di rilassamento*. Milano: Tecniche nuove.
- Lüscher M. (1983). *Colore e forma nell'indagine psicologica*. Abano Terme: Piovan.
- Luthe W., Schultz J. H. (1969). *Autogenic Therapy*. New York: Grune & Stratton.
- Luzi M., Onnis A. (2005). *Verso un approccio integrato: la psicoprofilassi alla maternità oggi. Applicazione della diagnostica Lüscher in gravidanza*. Tesi di specializzazione. Padova: C.I.S.S.P.A.T.
- Marin S. (2007). *Il test di Lüscher e la sua applicazione ai disturbi sessuali femminili*. Tesi di specializzazione. Padova: C.I.S.S.P.A.T.
- Masi L. (2004). *Le Tecniche Autogene Superiori*. Padova: Pubblicazioni C.I.S.S.P.A.T.
- Montinari C. (2009). *Applicazione della diagnostica Lüscher a pazienti con disturbi dell'umore. Il focus depressivo: un caso studio*. Tesi di specializzazione. Padova: C.I.S.S.P.A.T.
- Paglione M. (2011). *Seconda generazione: la fase preadolescenziale. Analisi attraverso il Lüscher-Test*. Tesi di specializzazione. Padova: C.I.S.S.P.A.T.
- Peresson L. (1984). *Trattato di Psicoterapia Autogena. Il training autogeno superiore ad orientamento analitico*. Abano Terme (Pd): Piovan.
- Peresson L. (1990). *Psicoterapia Autogena*. Padova: Pubblicazioni C.I.S.S.P.A.T.
- Pirrone G., Sprini G., Di Maria F., Fundaro' A.M., Marra T., Tomasello S. (1970). *Il colore ambiente. Ricerche sperimentali su: colore-ambiente reazioni di comportamento*. Caltanissetta-Roma: Salvatore Sciascia Editore.
- Romano C. (2011). *Concordanza degli indicatori di aggressività nei Test di Lüscher e di Rorschach: uno studio quali-quantitativo*. Tesi di specializzazione. Padova: C.I.S.S.P.A.T.
- Salimbeni S. (2011). *Concordanza degli indicatori della relazione primaria nei Test di Lüscher e di Rorschach: uno studio quali-quantitativo*. Tesi di specializzazione. Padova: C.I.S.S.P.A.T.
- Schultz J.H. (1979a). *Il training autogeno I - esercizi inferiori*. Milano: Feltrinelli.
- Schultz J.H. (1979b). *Il training autogeno II - esercizi superiori. Teoria*. Milano: Feltrinelli.
- Sferco N. (2010). *Personalità patologiche e Test di Lüscher: uno studio presso la clinica neuropsichiatrica "Villa Napoleon"*. Tesi di specializzazione. Padova: C.I.S.S.P.A.T.
- Ștefănescu-Goangă F. (1911). *Experimentelle Untersuchungen zur Gefühlsbetonung der Farben*. Tesi di dottorato. Università di Lipsia.

- Tagliabue M. (1994). *Il test dei colori di Lüscher e il Minnesota Multiphasic*. Tesi di specializzazione. Padova: C.I.S.S.P.A.T.
- Vegliach, A. (2001). *Schizofrenia e Test di Lüscher: uno studio sperimentale*. Tesi di specializzazione. Padova: C.I.S.S.P.A.T.
- Vegliach A., Del Longo N., Tominz R., Ticali S., Lüscher M. (2008). *Il test di Lüscher in un campione di giocatori d'azzardo patologici*. Rivista di Psichiatria, 43(5), 300–307.
- Volpato C. (2007). *Il test dei colori di Lüscher nella malattia di Parkinson: un tentativo di convergenza tra teorie psicodinamiche della personalità e neuroscienze*. Tesi di specializzazione. Padova: C.I.S.S.P.A.T.
- Wallnofer, H. (2008). *Sani con il Training Autogeno e la psicoterapia autogena*. Roma: Armando.
- Wallnofer, H. (2009). *J. H. Schultz e la psicoanalisi*. Padova: Cisspat Psyche Nuova.
- Zilio M. (2013). *Il Test di Lüscher in terza età*. Tesi di specializzazione. Padova: C.I.S.S.P.A.T.
- Zucchetto O. (1986). *Applicazione del test di Lüscher ad un campione di alcolisti*. Tesi di specializzazione. Padova: C.I.S.S.P.A.T.

Paola Ferrari

Psicologa clinico-dinamica, Psicoterapeuta specializzata in Psicoterapia Dinamica Breve (CISSPAT), sempre presso il CISSPAT (centro riconosciuto ECAAT) ha conseguito il titolo di Operatore di Training Autogeno di J.H. Schultz. È Psicologa presso l'Associazione di volontariato Nazionale "A.P.E. Onlus" (Associazione Progetto Endometriosi) svolgendo attività di relatore a convegni su territorio nazionale, moderando gruppi AMA e divulgando l'informazione con incontri nelle scuole di Lombardia e Veneto. È Socia S.I.M.P. Coordinatrice della sezione locale di Brescia e docente ad un Master dell'Università degli studi di Milano Bicocca sul trattamento delle disfunzioni Pelvi Perineali. Per anni si è occupata di docenza nelle aziende presso C.D.S. FORMAZIONE e PROGEST.

E-mail: dott.ssapaolaFerrari@gmail.com

Capitolo 3.

Ipnosi: esiti dell'elaborazione del trauma attraverso la percezione soggettiva del colore

Silvana Cagiada, Psicologa clinica, Psicoterapeuta, Terapeuta Ipnotista SII Roma (Società Italiana di Ipnosi), Psychosomatic Specialist ICPM (International College of Psychosomatic Medicine), AIAMC Milano (Associazione Italiana di Analisi e Modificazione del Comportamento), SIMP (Società Italiana Medicina Psicosomatica)

Abstract

In questo capitolo verrà presentato un lavoro che si basa sugli esiti dell'osservazione di soggetti affetti da un disturbo post traumatico da stress (DPTS) e disturbo da stress acuto (DSA), secondo i criteri diagnostici del DSM-5, in trattamento con terapia ipnotica. L'utilizzo del colore come risorsa innovativa e aggiuntiva nella fase conclusiva del trattamento non è stato usato in alternativa alle tecniche principalmente usate per il DPTS e per il DSA, ma come ulteriore risorsa. Al fine di influire sulla trasformazione interiore attraverso un percorso che elicitò livelli pre-logici e sub-simbolici con l'utilizzo del colore, si è introdotta nel percorso terapeutico una seduta di elaborazione spontanea dell'evento traumatico che si svolge con una diversa modalità. Guidandolo durante la terapia, si chiede al paziente di visualizzare, in trance, il colore che associa al trauma, poiché ne possiede la medesima tonalità emotiva. Viene utilizzata una tavola multicromatica graduata per permettere al paziente, al termine della seduta, di indicare il preciso colore visualizzato, così da identificarne la sfumatura esatta. Il colore diventa così il "protagonista" del trauma, assumendo su di sé il comportamento emozionale del soggetto, perché ne rispecchia la tonalità affettiva (isomorfismo).

Keywords:

ipnosi, DPTS, colore, comportamento emozionale, isomorfismo

3.1. Introduzione

L'ipnosi sembra avere, in questo contesto storico, un forte impatto sul sistema sanitario, promuovendo un modello di cura centrato sul paziente prevalentemente in chirurgia ed in Pronto Soccorso, mediante un approccio olistico multidisciplinare che coinvolge tutto il personale sanitario. In psicoterapia, lo stato di trance ipnotica permette di isolarci dall'ambiente e spostare la nostra attenzione all' "interno" usando modalità creative caratteristiche di quel "diverso stato di coscienza" che permette alla persona di commutare una situazione di sofferenza o di astenia in uno stato di rilassamento da cui ripartire, tramite nuovi stimoli, favorendo il recupero e l'attivazione di risorse interiori, già presenti nella persona.

3.2. Breve excursus dell'evoluzione del concetto di ipnosi

Il termine Ipnosi, dal greco hypnos (sonno), è un particolare stato di coscienza che si determina attraverso la partecipazione di elementi che, nel tempo, sono stati considerati di varia natura, dal magico, al paranormale, al neurofisiologico, allo psicodinamico. Tecniche di induzione ipnotica indirette, come danze, canti e suoni, venivano utilizzate dai popoli primitivi per desensibilizzare la loro paura, attraverso la purificazione dai mali interiori. In Egitto e nell'antica Roma peraltro esistevano i “templi del sonno”.

Nella seconda metà dell'Ottocento da Braid, Bernheim, Charcot fino a Freud l'ipnosi veniva considerata uno stato simile al sonno, seppur utilizzata con obiettivi diversi. In tale stato infatti si diveniva più suscettibili alle suggestioni e la terapia si concretizzava nella rimozione del sintomo, usando suggestioni dirette attraverso uno stile autoritario, nell'ipotesi che l'efficacia dipendesse dal potere dell'ipnotista. Tale credenza derivava prevalentemente da Mesmer (1734 -1815) per il quale il fenomeno era legato ad un “potere magnetico, un fluido sottile”, attraverso cui il medico poteva indurre stati di coscienza alterati. Né si considerava, tra l'altro, la suscettibilità ipnotica del paziente. A causa di queste pratiche pseudo-scientifiche e di risultati non sempre affidabili, la pratica ipnotica decadde.

Intorno agli anni 60, in USA, si svilupparono nuove tecniche ipnotiche e si studiò l'autoipnosi dando inizio all'Ipnosi Sperimentale: si mise in evidenza che la risposta all'induzione ipnotica dipende principalmente dalle “abilità” del soggetto ad entrare in ipnosi (Weilbacher, 2025)

Nacque di conseguenza la “Scala Stanford di Suscettibilità Ipnотica” (Weitzenhoffer et al., 1959).

In Italia, in quegli anni, la definizione di Ipnosi che sembra più corrispondere a una nuova modalità di utilizzo dell'ipnosi è la seguente: «Una condizione psico-fisica che implica un particolare stato di coscienza durante il quale si realizza un legame speciale con l'ipnotista, mettendolo in grado di influire sulle condizioni psichiche, somatiche e viscerali, neurologiche e comportamentali del soggetto» (Granone, 1962).

Negli anni 80-90, si iniziò a parlare di nuova Ipnosi di M. H. Erickson e di E. L. Rossi basata sulla teoria della comunicazione “mente-corpo”, che ha una base psicobiologica, svincolando la terapia dagli schemi fissi all'interno della relazione terapeutica (Erickson et al., 1982).

Nacque così una nuova concezione dell'ipnosi considerata come un approccio naturalistico, uno stato naturale dell'individuo che parte da una “trance spontanea” quotidiana, con una funzione di recupero di energie attraverso una diminuzione della tensione emotiva. L'ipnosi è quindi un processo mentale naturale focalizzato “per creare una nuova sintesi” (Erickson, 1987a).

Le suggestioni ipnotiche costituiscono un modello di comunicazione che favorisce l'utilizzo di meccanismi mentali naturali e spontanei dei pazienti, in un rapporto interattivo tra il terapeuta ed il soggetto, in cui entrambi apprendono all'interno del setting terapeutico, come in qualsiasi altra dinamica psicoterapica. È anche il periodo in cui le neuroscienze scoprono la funzione dei “neuroni specchio” per spiegare alcune funzioni cognitive (anni 80-90).

Se per I. Pavlov (1849-1936) l'ipnosi ha una natura fisiologica che si realizza attraverso un processo di inibizione corticale e la “suggestione” è un “riflesso condizionato” che si determina con la forza suggestiva della parola (Salter, 1949), M. Erickson (1901-1980) propone l'introduzione di tecniche indirette che prospetta «una vasta latitudine di risposte appropriate esperienziali e comportamentali» (De Benedittis, 2024). Egli, attraverso un lavoro di auto-osservazione sui propri limiti fisici, desume il fenomeno della “focalizzazione ideodinamica” che, da un punto di vista fisiologico, scaturisce fissando la nostra attenzione su un'idea, un pensiero, un comportamento, che poi inconsapevolmente mettiamo in atto (Erickson, 1987b). Il suo uso terapeutico consente al paziente di modificare schemi rigidi a livello cognitivo, a favore di nuove strategie di coping, grazie al processo di reintegrazione di stimoli esterni fino ad allora disattesi. Grazie al lavoro delle neuroscienze si è ipotizzato che la formazione dei ricordi potrebbe essere legata ad alcune modificazioni delle sinapsi (Kandel, 1999). Nuove aree di ricerca in ipnosi, attraverso l'utilizzo della Tomografia a Emissione di Positroni (PET)

per studiare il processo di apprendimento, hanno individuato l'esistenza di una attività bilaterale nelle cortecce occipitali e prefrontali correlata ad una performance mnemonica che, durante l'attività ipnotica, è molto più alta anche rispetto allo stato di "meditazione" (*Halsband et al., 2009*). È emerso anche che la suggestionabilità permette il riaffiorare di ricordi soppressi (*Hill et al., 2010*). Ne consegue che l'Ipnosi è una delle tecniche elettive per il superamento del trauma (*Cagiada et al., 2024*).

3.3. La percezione visiva, il ricordo, la memoria

È possibile osservare il colore da diversi punti di vista:

- 1- Secondo la Fisica i colori sono onde elettromagnetiche; la loro visione richiede luce e quindi il fenomeno è fisico.
- 2- Il colore viene associato all'emotività soggettiva; il significato semantico e la stessa percezione del colore dipendono anche dalle diverse culture.
- 3- Durante il riconoscimento visivo di oggetti, le informazioni sul colore possono avere un ruolo importante, facilitando il recupero semantico. Secondo un interessante ricerca condotta con la Risonanza Magnetica Funzionale (fMRI) sulle regioni cerebrali corticali associate all'elaborazione del colore per gli oggetti, si è rilevato che, quando si riconosce un oggetto colorato, viene attivata una rete semantica peculiare (*Bramão et al., 2010*).

Attraverso gli occhi, noi acquisiamo una informazione esterna che può produrre interpretazioni soggettive diverse.

Lo stimolo sensoriale (stimolo visivo) viene elaborato dall'amigdala (sistema limbico del lobo temporale) che coordina gli stati emotivi. L'amigdala è importante per il ricordo implicito, per la memoria emotiva implicita, non a livello di coscienza.

L'ippocampo è importante per il ricordo esplicito, cioè cosciente di eventi emozionali.

La sensazione si innesca in seguito ad uno stimolo esterno, dopodiché si passa alla "percezione" che integra l'informazione, con la conoscenza basata sull'apprendimento di esperienze precedenti a cui diamo un valore. Il sentimento sembra essere più cosciente e si sviluppa dopo l'emozione. La sequenza è: emozione - stato emozionale - sentimento - coscienza (*Damasio, 2000; LeDoux, 2000*).

La memoria è un involucro dinamico, in grado di richiamare e comunicare il contenuto dei nostri ricordi.

Dalla memoria a breve termine, che conserva le informazioni temporanee, si procede contemporaneamente alla loro elaborazione confrontandosi con la memoria a lungo termine che può essere esplicita (dichiarativa) e implicita (non dichiarativa). Quest'ultima comprende:

- a) memoria procedurale (capacità inconsapevole di saper far qualcosa come ad esempio andare in bicicletta, guidare la macchina, ecc.) in cui le abilità acquisite vengono richiamate automaticamente, operando attraverso un processo mentale che si differenzia dalla memoria esplicita.
- b) l'effetto priming (forme di riconoscimento non cosciente), che consente ad uno stimolo percepito di influenzare l'elaborazione di un secondo stimolo attivando un ricordo presente nella memoria implicita, influenzandone la risposta (*Schacter, 2007*).

3.3.1. La percezione del colore e le emozioni

L'occhio è in grado di percepire la luce attraverso la retina per la presenza di cellule fotosensibili "fotorecettori", che si distinguono in:

CONI, che consentono, con un alto livello di illuminazione, la visione "fotopica" (o diurna).

BASTONCELLI, che permettono la visione in condizioni di luce molto bassa (visione "scotopica" o notturna) fornendo informazioni cromatiche molto limitate. La radiazione luminosa stimola una sensibilità limitata con la possibilità di visualizzare colori con tonalità scure, come il grigio, il blu e verde cupo, il marrone, colori che ritroviamo anche nel test diagnostico di M. Lüscher per la

rilevazione del trauma. Una “casualità” molto suggestiva che mette in evidenza come i “colori della notte” possano anche associarsi ad eventi spiacevoli.

La luce non è quindi colorata, ma siamo noi che percepiamo il colore come sensazione psicofisiologica che, in quanto sensazione, può essere solo evocata (Oleari, 2008).

Per chi è affetto da sinestesia, gli stimoli possono evocare sensazioni diverse come ad esempio “sentire un colore” o “vedere un suono”. Il fenomeno può presentarsi spontaneamente quando è presente una componente genetica, facilitando una miglior comunicazione tra le diverse regioni sensoriali, a favore di una maggior capacità intellettuale, di analisi e di sintesi, basata sull'utilizzo delle associazioni evocate dagli stessi oggetti da memorizzare (Van Campen, 2007).

Il colore è l'elemento visivo che viene immediatamente percepito, mettendosi in relazione con le nostre esperienze passate, stimolando il ricordo. I colori della natura, nelle diverse stagioni, ci comunicano i cicli vitali della nostra esistenza. Ed ecco che il verde e il blu hanno un diretto richiamo con la natura stessa. Il viola sembra essere più collegato alla spiritualità o ad aspetti più negativi spesso legati ad alcuni contesti culturali, il rosa attualmente sembra essere più vicino alla femminilità. Il giallo è associato al sole, alla luce, all'energia, mentre il rosso alla visceralità, alla forza, ma anche al pericolo: ‘vita e morte’. Il nero evoca forti emozioni coinvolgenti. Il marrone ci collega alla terra, alla stabilità, alla forza, alle radici, mentre il bianco alla purezza, alla semplicità, ma anche all'attesa di ciò che avverrà e quindi è ancora da colorare. Il grigio è il colore della neutralità, del non coinvolgimento.

La percezione dei colori dipende dalla nostra valutazione emotiva che può essere soggettiva, anche in base alla nostra storia personale. Possono tuttavia sempre essere presenti anche fattori socio-culturali e storici, in grado di influenzare la nostra predisposizione.

Né l'interesse per la funzione del colore è prerogativa dei tempi recenti.

Agostino d'Ippona (354-430) nelle *Confessioni*, scritte intorno al 400, nel suo pensiero filosofico evolutivo, ci dà un'interpretazione chiara e suggestiva della funzione della memoria, di come e quando, in relazione alle immagini, percepisce ed immagazzina i colori.

«[...] La memoria immagazzina tutte queste cose nei suoi ampi recessi e nelle sue nascoste, misteriose sinuosità, per ripensarle e richiamarle al momento opportuno [...]. Anche mentre io sono al buio e nel silenzio, traggo dalla memoria, se voglio, i colori, e distinguo tra bianco e nero e ogni altro colore che mi pare; e non accade che le immagini a cui penso e che ho attinto per mezzo degli occhi vengano ad essere disturbate da suoni, quantunque anch'essi presenti e come riposti in un luogo appartato [...]» (S. Agostino d'Ippona, 2002).

Alcuni ricercatori contemporanei come M. Lüscher e H. Rorschach si sono dedicati allo studio nell'ambito della psicologia del colore. Ognuno di loro ha elaborato uno strumento per la conoscenza della persona, delle sue predisposizioni emotive ed affettive.

Come ampiamente discusso nei capitoli precedenti, il test di M. Lüscher (1947), attraverso i colori, indica e rileva lo stato psicofisiologico della persona, essendo la percezione sensoriale e fisiologica del colore una percezione oggettiva che viene definita universale. La scelta o il rifiuto di un colore può assumere una valenza positiva o negativa. Il test, formato da 8 colori (Figura 1.10 a pagina 20), oltre ad avere finalità diagnostiche, può essere un utile aiuto per l'assessment terapeutico (Del Longo, 2013).

3.4. Ipnosi ed elaborazione del trauma

Nelle sezioni successive di questo capitolo verrà presentato uno studio che si basa sugli esiti dell'osservazione di soggetti affetti da un disturbo post traumatico da stress (DPTS) e disturbo da stress acuto (DSA) secondo i criteri diagnostici del DSM-5 (Morrison, 2015). In questo lavoro, vengono utilizzate le tecniche ipnotiche idonee al trattamento del trauma e, nella fase conclusiva l'impiego del colore come risorsa innovativa e aggiuntiva che, modificando la percezione del colore stesso associato al trauma, si converte verso tonalità chiare in trasparenza.

3.4.1. I criteri diagnostici del Disturbo post-traumatico da stress (DPTS) e del Disturbo da stress acuto (DSA)

Seppur ci sia una differenza rispetto al numero dei sintomi e a come si distribuiscono (come indicato dal DSM-5), i criteri diagnostici, qui elencati, per entrambi i disturbi, DPTS e DSA, sono gli stessi. Di seguito l'elenco:

- Esposizione all'evento come minaccia alla propria integrità
- Rivivere ripetutamente l'evento (sintomi intrusivi o flashback dissociativi)
- Comportamenti di evitamento
- Visione pessimistica del futuro
- Perdita di interessi, incapacità di amare o di gioire
- Sintomi di ipereccitazione (iperarousal)
- Forme di disagio
- L'evento traumatico può essere vissuto direttamente dal paziente o in riferimento ad altra persona, scatenando un forte impatto emotivo per la vicinanza della stessa o per ciò di cui si è venuti a conoscenza.

3.4.2. Tecniche utilizzate per la cura del Disturbo post-traumatico da stress (DPTS) e del Disturbo da stress acuto (DSA)

In Ipnosi, le principali tecniche utilizzate per la cura del DPTS e del DSA abbracciano un'ampia gamma di interventi e vengono individuate dal terapeuta, in base ai bisogni specifici del paziente. Tra queste, le più usate sono:

- l'ipnosi come tecnica di rilassamento per contrastare l'ansia;
- il rinforzo dell'io attraverso metafore, figure retoriche, visualizzazioni e suggestioni per aumentare la fiducia in sé;
- interventi abreattivi che, attraverso scariche emozionali, facilitano l'allontanarsi da uno stato di ottundimento affettivo spesso presente nei vissuti traumatici (*Cagiada, 2019*);
- la "regressione d'età" per far rivivere momenti piacevoli del passato, ma anche per il recupero, se ritenuto utile, del materiale traumatico;
- la "dissociazione visivo-cenestesica" e il "cambiamento di storia", per la rielaborazione degli eventi traumatici e il nuovo adattamento alla fase di cambiamento (*Cagiada, 2025*).

Nello specifico, la tecnica di "dissociazione visivo-cenestesica" acconsente al paziente una rivisitazione dell'evento traumatico in una situazione protetta come osservatore dell'accaduto, distanziandosi emotivamente dagli eventi traumatizzanti (*Bandler, 1985*). Può così fare l'esperienza dello stesso dolore in una dimensione diversa che permetta di facilitarne l'elaborazione.

Il passaggio avviene in due momenti:

- a) la visualizzazione di se stesso di fronte ad uno schermo cinematografico,
- b) la visualizzazione di se stesso come protagonista del proprio film.

La tecnica del "cambiamento di storia" con la guida del terapeuta permette di modificare il vissuto emozionale introducendo nuovi significati dell'esperienza stessa, cogliendo i dettagli dell'accaduto prima ritenuti trascurabili, proponendo altre modalità di reazione (*Giannantonio et al., 1997*).

All'interno di un setting ben strutturato, possiamo introdurre l'immagine di un grande schermo in cui il paziente, con l'aiuto del terapeuta, da spettatore, può rivivere le esperienze traumatiche con la possibilità di rallentare, accelerare o fermare la visione della propria esperienza, in base alla sua capacità di adattamento alla situazione che si sta delineando.

A livello oculare, un segno che rileva un livello di elaborazione o rielaborazione è dato dal movimento dei bulbi sotto le palpebre chiuse, come se la persona sognasse, pur 'non dormendo'. Attraverso l'ipnosi diamo l'avvio ad una reazione somatica e viscerale. La relazione terapeutica (rapport) rimane il fulcro dell'intero processo terapeutico.

3.4.3. La simbologia di M. C. Escher

Per C. G. Jung (1875 - 1961) l'arte, composta di forme, colori e immagini, sia che produca opere di grande valore sia che dia semplicemente origine alla creatività insita in ogni persona, ha la capacità di "svelare" la vita inconscia di ognuno di noi, poiché l'inconscio non inganna indipendentemente dai conflitti e dalle mediazioni con la coscienza (Gaillard, 1995).

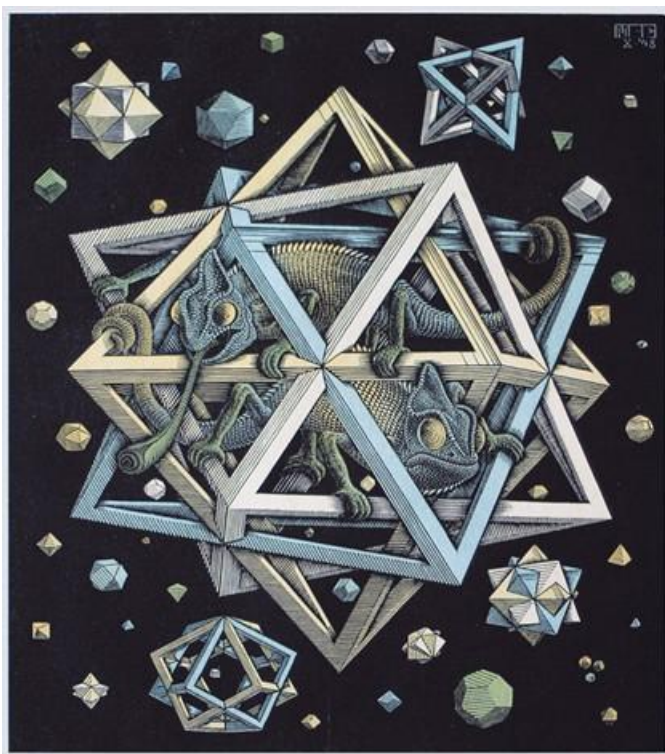
La scelta di mostrare alcune immagini delle opere di Maurits Cornelis Escher (1898-1972) nasce dai messaggi *subliminali* che esse trasmettono, sfidando la percezione della realtà, pur rimanendo nella realtà stessa. Un mondo affascinante e fantastico che unisce creatività e razionalità trascendendo le leggi della natura. Spazi surreali che permettono di vivere il possibile e l'impossibile all'interno della complessità dell'universo, dell'infinito di cui siamo parte integrante. Le sue rappresentazioni simboliche rappresentano *un viaggio* che supera i confini della realtà percettibile, dandoci la possibilità di esplorare le nostre potenzialità nascoste, anche attraverso la comprensione intuitiva della matematica (teoria dei frattali) che può tradursi nelle ripetizioni di infinite rappresentazioni di immagini.

Tutto ciò ci riconduce alla *mente inconscia* e all'*ipnosi* come terapia paragonabile ad un viaggio, ad un percorso al nostro interno che, con l'aiuto iniziale del terapeuta, permette di raccogliere informazioni su condizionamenti e blocchi emotivi, spesso intrisi di dolore e di angoscia, come i colori nero e grigio e l'ombra che accompagnano il "movimento" nelle opere di Escher. Sono questi che impattano sulla psiche in assonanza con i vissuti emotivi del trauma (Figura 3.1), per poi aprirsi come antidoto al bianco, all'azzurro e alla luce, prospettando nuove possibilità e direzioni (Figura 3.2). Ci viene proposta una nuova apertura verso la conoscenza di quelle potenzialità inutilizzate, spesso offuscate o non comprese pienamente per ripristinare una nuova armonia (Figura 3.3).



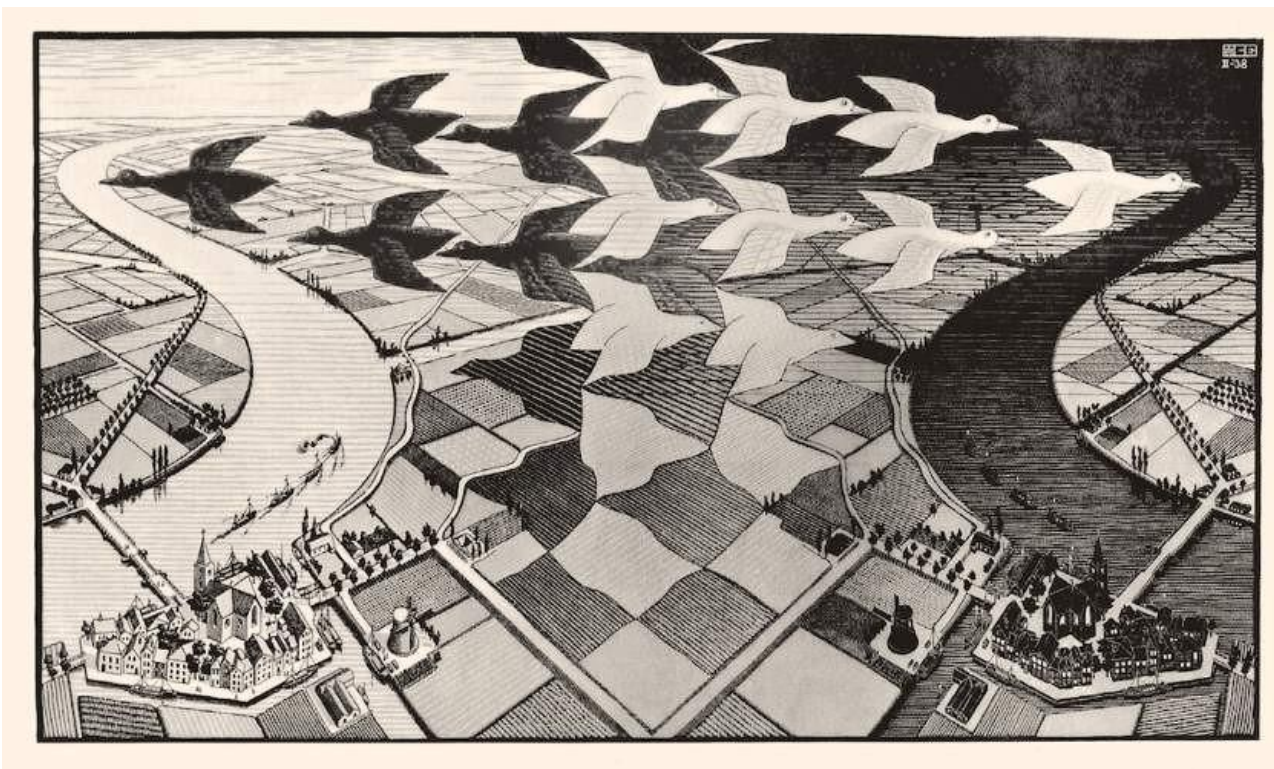
L'immagine ci conduce a tecniche e strategie ipnotiche quali: "regressione d'età... abreazioni... andate e ritorni nel labirinto della nostra mente..."

Figura 3.1 – "Relatività" (1953) di M.C. Escher ©2025 The M.C. Escher Company – The Netherlands.
All rights reserved. www.mcescher.com



Viene tracciato: “un viaggio, un percorso all’interno di noi stessi... risonanza dell’‘anima’, nel nostro universo...”.

Figura 3.2 – “Stella” (1948) di M.C. Escher ©2025 The M.C. Escher Company – The Netherlands. All rights reserved. www.mcescher.com



E ancora: “Il giorno e la notte, la luce e l’oscurità, si cercano e si fondano in un’unica realtà chiamata mondo...universo”.

Figura 3.3 – “Giorno e notte” (1938) di M.C. Escher ©2025 The M.C. Escher Company – The Netherlands. All rights reserved. www.mcescher.com

3.4.4. L'uso del colore in ipnosi

In ipnosi, il terapeuta e il paziente si sintonizzano in una comunicazione fluida e le immagini visive possono assumere colori diversi, liberamente lasciati all'immaginazione della persona o suggeriti dal terapeuta, a seconda delle finalità del percorso di cura.

Un esempio particolarmente significativo è la *Tecnica ipnotica immaginale - simbolica* (Weilbacher, 2009) che tende a comunicare con la parte emotiva, agendo su fattori psicologici e motivazionali dei pazienti e su alcuni tratti della loro personalità. Questa tecnica comprende una verbalizzazione di base, suddivisa in 6 fasi, che contiene elementi di ipnosi diretta ed indiretta, elementi simbolici, immaginali e comportamentali che hanno come obiettivo il rinforzo dell'IO.

L'uso del colore si riscontra soprattutto nella fase 3, indicata come "*Proiezione nel futuro mediante tecnica di progressione temporale*". si chiede al paziente di proiettarsi nel futuro e di visualizzare un ponte colorato, un arcobaleno che lo porti verso il benessere immergendosi nei colori, nuotando nell'azzurro e nel verde, respirandone la purezza come un'energia che penetra in lui. Attraversato l'arcobaleno, nell'altra sponda, viene accolto dagli applausi, da visi cordiali e sorridenti e da una sensazione di tranquillità e di benessere, proiettando nel futuro il risultato raggiunto.

La fase descritta può essere implementata, facendo immaginare al paziente di entrare lui stesso nella scia dei colori dell'arcobaleno, rimanendo in un colore o in un altro a piacimento per il tempo desiderato, partendo dal rosso e poi passando all'arancione, al giallo, al verde, al blu, all'indaco e al violetto.

Non è trascurabile il fatto che i colori dell'arcobaleno siano gli stessi che vengono individuati e associati ai colori dei chakra, *centri energetici* dell'uomo, disposti in 7 punti del corpo umano (dalle radici alla corona), con un richiamo alle culture filosofiche orientali (Judith, 2020).

3.5. Fasi dello studio

3.5.1. Ipotesi

Alla luce di quanto espresso precedentemente, le ipotesi che si vogliono verificare in questo studio sono le seguenti:

- 1) In ipnosi, l'uso del colore nell'elaborazione del trauma, come risorsa aggiuntiva nel percorso terapeutico, influisce positivamente sulla trasformazione interiore del paziente. Il colore diventa il "protagonista" del trauma, assumendo su di sé il comportamento emozionale del soggetto perché ne rispecchia la tonalità affettiva (isomorfismo).
- 2) In ipnosi, i colori visualizzati dai pazienti, in stato di trance, potrebbero corrispondere alla valutazione psicodiagnostica di Disturbo Post Traumatico da Stress (DPTS) e di Disturbo Acuto da Stress (DSA) del test di M. Lüscher.

3.5.2. Metodo e raccolta dati

I pazienti che hanno preso parte a questo studio sono dieci, 7 femmine e 3 maschi, e hanno un'età compresa tra 23 anni e 68 anni.

Tutti i pazienti sono già in terapia per un Disturbo post traumatico da stress o per un Disturbo da stress acuto, secondo i criteri del manuale diagnostico DSM-5, seppur in via di remissione per la presenza di minimi sintomi residui.

All'interno di un setting ben strutturato in cui si fanno immaginare diversi elementi della natura che costituiscano per il paziente il "*luogo sicuro*" (*il suo giardino protetto*), al termine del trattamento viene chiesto al paziente di visualizzare, libero dal controllo razionale, il colore che associa al trauma e di proiettarlo sul grande schermo all'aperto (Figura 3.4). Lo stesso su cui aveva precedentemente visualizzato, in due momenti diversi (Dissociazione Visivo- Cenestesica e il Cambiamento di Storia), la propria esperienza traumatica, sempre come spettatore.



Figura 3.4 - Schermo di un cinematografo, verosimilmente corrispondente all'immagine descritta nel percorso ipnotico, all'interno del giardino. Cinema Vittoria Corsara. (fonte www.albengacorsara.it)

Successivamente, rispettando le pause come momenti di interiorizzazione, di silenzio e di attesa, si chiede al paziente di immaginare di dirigersi verso la sorgente situata nel suo giardino, “*luogo sicuro*”. L'acqua, prima di incanalarsi in un ruscello e scendere a valle, si raccoglie in una piccola conca, uno specchio d'acqua in cui rivedere quel colore che precedentemente, sullo stesso grande schermo, aveva associato al trauma (Figura 3.5).

Il “*luogo sicuro*” è una tecnica da utilizzare nel setting clinico che permette al paziente di distanziarsi dalle reazioni dolorose legate al trauma. Su suggerimento del terapeuta, attraverso l'autoipnosi, il paziente può visualizzare, in modo autonomo, il “*luogo sicuro*”, che può variare in base alla sua storia e ai suoi bisogni ed essere rappresentato con modalità diverse.

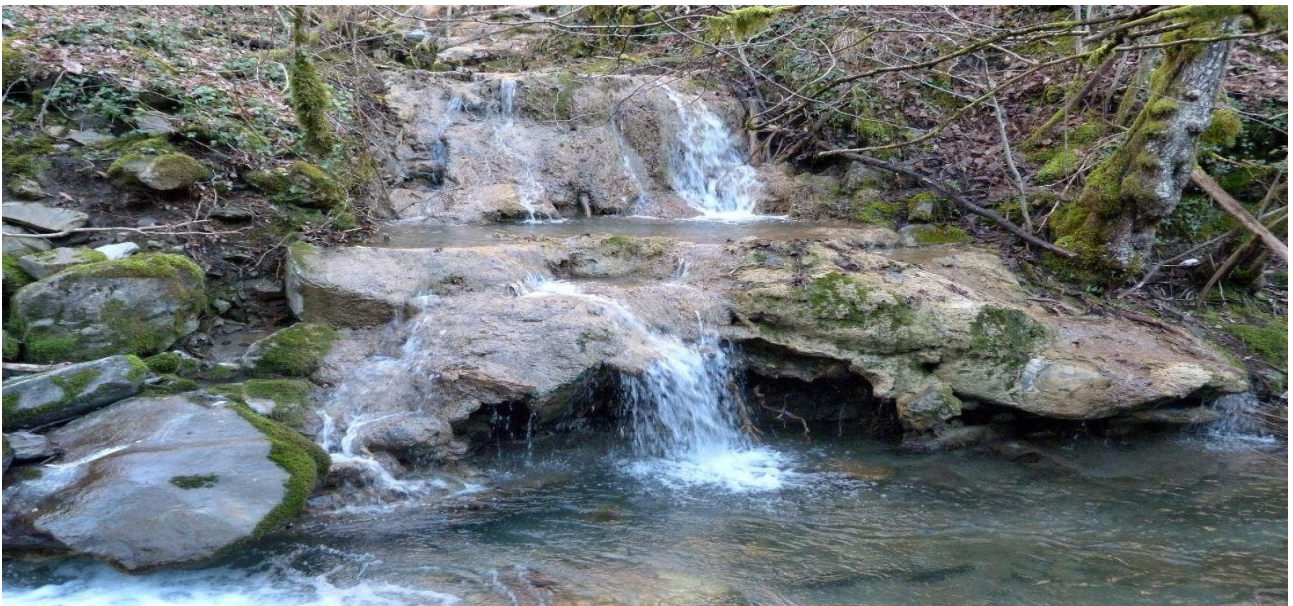


Figura 3.5 - Giardino – Fonte – Sorgente – esempio di visualizzazione di “*luogo sicuro*”.

Sorgenti e travertini - Ambiente nell'appennino emiliano-romagnolo (fonte S. Segadelli, M.T. De Nardo – SGSS, <https://ambiente.regione.emilia-romagna.it>)

Il colore del trauma viene riconosciuto dal paziente alla fine della seduta, utilizzando una tavola multicromatica graduata con colori pastello, colori chiari e vivaci, colori profondi e colori scuri, colori opachi e colori grigi (Figura 3.6).



Figura 3.6 - Tavola multicromatica graduata (Dizionario Spagnolo-Italiano, Italiano-Spagnolo, seconda edizione a cura di Edigeo, Zanichelli Vox 2007).

I colori che vengono associati al trauma sono:

- blu cobalto, per 1 soggetto;
- nero, per 3 soggetti;
- nero-grigio, per 3 soggetti;
- viola / marrone, per 1 soggetto;
- verde pino, per 2 soggetti.

I colori associati al trauma, identificati dai pazienti, corrispondono agli stessi che M. Lüscher, nel suo test, riferisce ad eventi traumatici.

3.6. Percorso ipnotico con l'uso del colore

In questa sezione verranno presentati, come esempio, tre casi, soffermandoci solo sugli aspetti che riguardano l'utilizzo del colore nel percorso sopra descritto. I pazienti, come già indicato, sono in via di remissione per la presenza di minimi sintomi residui.

3.6.1. Caso 1: Il rito di separazione negato

Donna di 23 anni, durante la pandemia di Covid 19, le proibiscono di contattare una persona a lei molto cara e, dopo un mese, dall'Ospedale le comunicano il suo decesso. Non potrà partecipare al funerale per le misure restrittive a seguito dell'emergenza sanitaria. La paziente era in terapia per un disturbo da stress acuto caratterizzato da incremento dell'arousal, evitamento degli stimoli associati all'evento e forti disagi.

Il colore associato al trauma è il blu cobalto e la paziente descrive così il suo percorso:

“Arrivo alla fonte e mi affaccio dentro un pozzo...vedo una macchia... come macchia di inchiostro, come la fuoriuscita di petrolio...come macchia circoscritta finché i confini si sono definiti meglio e pian piano, partendo dall'esterno, la macchia perde densità e si dissolve... fino a diventare acqua trasparente, pulita che scende...”

3.6.2. Caso 2: Il peso del perdono

Donna di 68 anni, riferisce che, durante il lockdown per la pandemia di Covid, ha cominciato ad avvertire pensieri intrusivi relativi a maltrattamenti psicologici e fisici subiti durante l'infanzia, associati ad uno stato di ansia. Verosimilmente, la situazione le ricordava i castighi subiti per non aver svolto i compiti a lei affidati sin da bambina. Ha una visione pessimistica del futuro e si sente inadeguata quando deve affrontare i problemi della quotidianità. Il disturbo si è manifestato durante la pandemia, riportando alla luce un trauma infantile non risolto.

Il colore associato al trauma è il nero/grigio e descrive così il suo percorso:

“Era notte e poi di mattina sono andata nel mio giardino... l'acqua nella conca era scura, quasi nera e un po' torbida... poi l'acqua pulita che scendeva dalla sorgente ha schiarito l'acqua che da nera è diventata grigia... si è schiarita ed è diventata limpida, scendendo nel fiume e poi nel mare...” (Figura 3.7).



Figura 3.7 - Foce “scendendo nel fiume e poi nel mare”, immagine che si perde nell'azzurro (foto di Silvana Cagiada - Archivio personale).

3.6.3. Caso 3: L'acqua sporca

Donna di 67 anni, riferisce di essersi separata dal marito dopo anni di convivenza, per le violenze psicologiche subite a causa dei suoi continui tradimenti, confermati dallo stesso. Da un anno dalla separazione, la signora riferisce di avere una visione pessimistica del futuro, di essere ancora legata al passato sentendosi incapace di amare. Riferisce di rivivere come sintomi intrusivi, i fatti confermati dal marito nonostante si prospetti l'occasione di vivere un nuovo amore. Sono presenti sintomi di ipereccitazione quando deve uscire e incontrare persone nuove.

Il colore associato al trauma è marrone / viola e la paziente descrive così il suo percorso:

“Il colore che ho visto sullo schermo era viola, ma poi quando mi sono avvicinata alla fonte e il colore è entrato nell'acqua era un po' viola e un po' marrone medio... ha sporcato l'acqua... che è poi divenuta sempre più limpida e chiara e si vedevano i sassolini...” (Figura 3.8).



Figura 3.8 - Ruscello “*l’acqua... che è poi divenuta sempre più limpida e chiara e si vedevano i sassolini...*” (foto di Silvana Cagiada - Archivio personale).

3.7. Analisi dei dati – risultati ottenuti

Nei percorsi descritti, come affermato dalla descrizione del percorso interiore dei partecipanti allo studio, è il colore che diventa il “*protagonista*” del trauma, assumendo su di sé il comportamento emozionale del soggetto. Osservando i pazienti, dopo la seduta dedicata al colore, si è riscontrato che erano rilassati e sereni.

Durante il follow-up, a distanza di un mese, i pazienti ricordano la fase conclusiva come un momento piacevole e riferiscono che la memoria del trauma è sempre più sfumata. Alcuni hanno fatto richiesta di una nuova seduta con l'utilizzo del colore, per rivivere quell'esperienza.

La visualizzazione di un ambiente naturale (“*luogo sicuro*”), in presenza dell'acqua come elemento vitale e simbolo potente che riguarda momenti di passaggio della nostra esistenza (la nascita, la morte che precede la rinascita e la purificazione), ha contribuito al positivo esito di questo studio con l'uso del colore.

3.8. Colore e acqua, luci ed ombre

Il colore ha sicuramente contribuito alla buona riuscita di questo studio, ma soprattutto perché è stato associato agli elementi della natura con forti connotazioni simboliche come l'acqua, che ritroviamo in vari contesti naturali, come ad esempio la sorgente, il fiume, il mare.

L'acqua è un elemento della natura che rappresenta “*l'essenza stessa dell'uomo*”. È uno dei 4 elementi (aria, fuoco, terra, acqua) con una stretta connessione tra il microcosmo umano e il macrocosmo naturale. È presente in tutte le culture, dall'ebraismo, al cristianesimo, al buddismo e ad altre culture orientali, come momenti di passaggio della nostra esistenza, dalla nascita alla morte.

Per gli aspetti collegati alla maternità è fonte di vita, ma anche forza maschile.

È un elemento liquido adattabile, in grado di trasformarsi, penetrando nel terreno e nutrendolo.

È ancora l'acqua, nell'ambito di una concezione antropomorfa, che diventa ‘acqua che si infuria’, acqua arrabbiata, acqua che muore e rinasce, neve silenziosa.

L'acqua che compare in sogno si riferisce alla mente inconscia. Può indicare stati emotivi diversi a seconda di come si presenta e delle sensazioni che può suscitare. I significati vanno contestualizzati e possono essere utilizzati in psicoterapia come punto di partenza, anche facendo disegnare i propri sogni.

Ed ecco che l'acqua può diventare torbida, pulita, trasparente, e di diversa densità e può produrre suoni, musica col mormorio di una sorgente o col ritmo delle onde che si infrangono contro gli scogli.

E ancora l'acqua come specchio che permette la conoscenza di noi stessi. Narciso ne fa un uso negativo, innamorandosi della sua stessa immagine che si riflette in uno specchio d'acqua fino a cadervi dentro, nel tentativo di cogliere quell'immagine riflessa e morire per quell'amore impossibile (Ovidio, 8 d.c./2015).

Il mito lo sancisce riferendo che al posto di quel corpo senza vita nasce un fiore, il narciso, rappresentandone la trasfigurazione. Il dipinto di Caravaggio (1597- 1599) fa risaltare ombre e luci di questo passaggio simbolico della vita.

Lo stesso Goethe nel saggio *Zur Farbenlehre* ("Della teoria dei colori"), pubblicato nel 1810, in dissenso con Newton, sostiene che i colori, non essendo "primari", consistono in un "offuscamento" della luce o nell'interazione della stessa con l'oscurità, e i suoi studi si svolgono osservando la natura come luogo di vera gloria e bellezza.

L'unione di 'colore e natura' diventa quindi uno stimolo sia per la filosofia sia per lo sviluppo della colorimetria (Goethe, 2014).

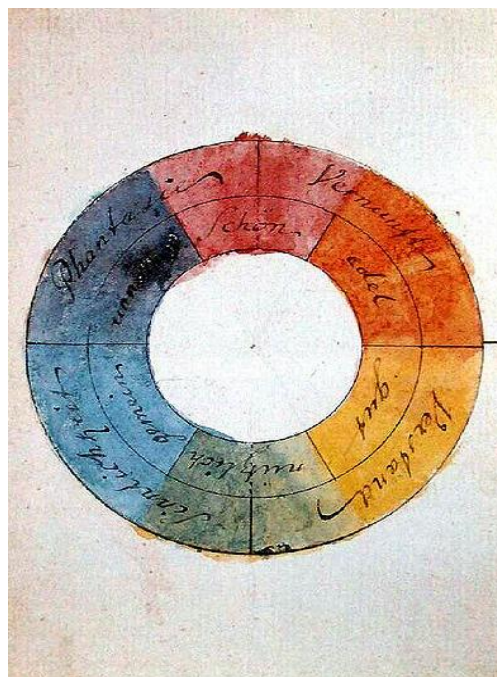


Figura 3.9 - Ruota cromatica di Goethe (1809)

Lo stesso colore, con il suo valore emozionale e simbolico, può condurci a percepire sensazioni di movimento, seppur apparente, un dinamismo di colori e sfumature che si incontrano, generando un fluire di sensazioni tra l'esterno, "il mondo", e "l'interno" dell'osservatore, in una relazione significativa (Gallese et al., 2017).

3.9. Considerazioni e conclusioni

Le due ipotesi in precedenza formulate risultano verificate:

- 1- Il colore in ipnosi, nel trattamento del trauma, perde la sua "tonalità negativa" dissolvendosi nell'acqua, elemento vitale per la natura, simbolo della vita, della morte, della rinascita e della purificazione. Essendo il colore del trauma correlato al vissuto emotivo, alcuni soggetti esaminati, rispondendo ad una precisa domanda, evidenziano una proiezione simbolica del colore su specifiche parti del corpo come gli occhi (1° caso), lo sterno (2° caso), il cuore (3° caso).

- 2- I colori relativi al trauma evocati dai pazienti, in uno stato modificato di coscienza, corrispondono agli stessi indicati da Lüscher per formulare la diagnosi di trauma (Lüscher, 1993).
- 3- Ciò depone a favore della validità del test, anche quando il paziente, in ipnosi, entra in una relazione profonda con sé stesso, con la “*mente inconscia*”, non soggetta al controllo della ragione. È il “*luogo*” in cui si elaborano le emozioni, dove emergono gli istinti, ma anche le intuizioni così come tutte quelle forme di intelligenza creativa grazie alle quali possiamo esprimere il nostro mondo interiore in una sequela di collegamenti e immagini.

Dall'osservazione dei soggetti esaminati nella prima fase di questo studio si è potuto constatare che la memoria del trauma rimane così come il colore originario che la rappresenta.

La terapia ipnotica modifica la capacità di processare l'esperienza vissuta e di ricomporre un equilibrio compromesso “riportando il soggetto a prenderne coscienza, orientando l'apprendimento verso il recupero e il mantenimento dell'omeostasi” (Cagiada et al., 2020).

Nella seconda fase dello studio i risultati positivi si sono ottenuti mediante il cambiamento della percezione cromatica del colore associato al trauma.

Sarebbe opportuno proseguire la ricerca, sempre utilizzando l'ipnosi con le modalità sopra descritte, al fine di verificare se il colore originario del trauma, nel tempo, possa cambiare assumendo tonalità diverse che permettano ulteriori approfondimenti e l'apertura di altri canali interpretativi.

Bibliografia

- S. Agostino (2002). *Le Confessioni*. Libro x. Introduzione e traduzione e note a cura di Aldo Landi. Paoline editoriali libri. (Originariamente scritto nel 400).
- Bandler R. (1985). *Usare il cervello per cambiare. L'uso della submodalità nella programmazione neurolinguistica*. Roma: Astrolabio
- Bramão I., Faísca L., Forkstam C., Reis A., Petersson K.M. (2010) Cortical Brain Regions Associated with Color Processing: *An FMRI Study*. *The Open Neuroimaging Journal*, 2010,4,164-173.
- Cagiada S. (2019). “Catharsis and hypnosis”. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2019: 88(suppl.)
- Cagiada S., Pizzi R. (2020). Autoipnosi: strumento per il mantenimento dell'omeostasi per la prevenzione della malattia attraverso l'attivazione delle risorse interiori” - *Rivista Italiana di Ipnosi Clinica Sperimentale* - Franco Angeli – Roma, 2- 2020. DOI: [10.3280/IPN2020-002002](https://doi.org/10.3280/IPN2020-002002).
- Cagiada S., Finzi T. (2024). Ipnosi come terapia elettiva nel superamento del trauma. *Rivista Italiana di Ipnosi Clinica Sperimentale* - Franco Angeli - Roma, 1-2024. DOI: [10.3280/IPN2024-001003](https://doi.org/10.3280/IPN2024-001003).
- Cagiada S. (2025). Modelli di psicoterapia ipnotica – Patologie. In: Merati L. & Ercolani R. a cura di, in: *Manuale pratico di ipnosi clinica e autoipnosi*, cap. 24, 365:376. Milano: Edra. Seconda Edizione.
- Damasio A. (2000). “*Emozione e coscienza*”, Milano: Adelphi
- De Benedittis G. (2024). Ipnosi: tecniche dirette e indirette a confronto: quali scegliere? *Rivista Italiana di Ipnosi Clinica Sperimentale* - Franco Angeli - Roma, 1, 2024 DOI: [10.3280/IPN2024-001001](https://doi.org/10.3280/IPN2024-001001).
- Del Longo N. (2013). *Il test dei colori di Lüscher. Manuale di diagnostica per l'età adulta*”, Milano: Franco Angeli.
- Erickson M. H., Rossi E. L. (1982) *Ipnoterapia*, Roma, Astrolabio-Ubaldini.
- Erickson M. H. (1987a). *La ristrutturazione della vita con l'ipnosi*. Roma: Astrolabio.
- Erickson M. H., (1987b). Opere, a cura di Rossi E. L. (4 volumi: 1. La natura dell'ipnosi e della suggestione, 2. L'alterazione ipnotica dei processi sensoriali percettivi e psicofisiologici Roma, 3. L'indagine ipnotica dei processi psicodinamici, 4. L'ipnoterapia innovatrice), Roma, Astrolabio-Ubaldini

- Gaillard C. (1995). *Jung*. Presses Universitaires de France, collana "Que sais-je", Paris. Traduzione di Allegra De Baggis. Xenia Edizioni.
- Gallese V., Ardizzi M. (2017). Il senso del colore. Tra mondo corpo e cervello. In: Bakargiev C. C., Beccaria M. (a cura di). *L'emozione dei colori nell'arte*. Milano: Silvana Editoriale, ISBN/EAN: 9788836636242, pp.23-35.
- Giannantonio M., Boldrini A.L. (1997). La tecnica del cambiamento di storia in psicoterapia ipnotica. *Ipnosi*, 2, 35:39. Milano: Franco Angeli.
- Goethe J. W. (2014). *La teoria dei colori*, Introduzione di Giulio Carlo Argan. Il Saggiatore. (Originariamente pubblicato nel 1810).
- Granone F. (1962). *L'ipnotismo*. Editore: Paolo Boringhieri.
- Halsband U., Mueller S., Hinterberger T., Stickner S. (2009). Plasticity Changes in the brain in hypnosis and meditation. *Contemporary Hypnosis*, 26(4):194-215).
- Hill Z., Hung L., Bryant R.A. (2010). A hypnotic paradigm for studying intrusive memories. *J Behav Ther. & Exp. Psychiat.* 41:433-437.
- Judit A. (2020). *Il libro dei Chakra - Il sistema dei chakra e la psicologia*. Neri Pozzi editore
- Kandel E. R., Schwartz T., Jessel M. (1999). Fondamenti delle neuroscienze e del comportamento. CEA, ISBN: 978-88-080-8287-9.
- LeDoux J. E. (2000). *Emotion circuits in the brain*, Annual Review of Neuroscience, 23, 155-184 DOI: [10.1146/annurev.neuro.23.1.155](https://doi.org/10.1146/annurev.neuro.23.1.155).
- Lüscher M. (1993). *Il test di Lüscher*. Abano Terme: Piovani.
- Morrison J. (2015). *DSM- 5 Made Easy- Percorsi alla diagnosi*. A cura di Emilio Sacchetti, Claudio Mencacci. Milano: Edra.
- Oleari C. (2008). *Misurare il colore*, a cura di Claudio Oleari, HOEPLI.
- Ovidio, (Edizione 2015). *Metamorfosi*, Einaudi, Torino.
- Salter A. (1949) *Conditioned reflex therapy*, Wellnes Institue Ltd.
- Schacter D.L. (2007). *Alla ricerca della memoria, il cervello, la mente, il passato*. Biblioteca Einaudi. ISBN: 9788806188054.
- Weilbacher R. (2009). Una tecnica ipnotica immaginale - simbolica per la terapia breve delle sindromi ansiose: linee guida, in Valerio C., Mammini C., *L'Evoluzione clinica dell'ipnosi*, Franco Angeli, Milano.
- Weilbacher R. (2025). *Storia dell'Ipnosi. Cenni storici, definizione e natura dell'ipnosi*, In: *Manuale pratico di ipnosi clinica e autoipnosi*, a cura di Merati L. & Ercolani R., cap. 1, 3:10. Milano: Edra. Seconda Edizione.
- Weitzenhoffer A. M., Hilgard E.R. (1959). *Scala Stanford di Suscettibilità Ipnologica (Stanford Hypnotic Susceptibility Scale)*. The Board of Trustees of the Leland Stanford Junior University, printed by Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California. 1975.

Silvana Cagiada

Psicologa Clinica, Psicoterapeuta specializzata in Terapia Cognitivo-Comportamentale (AIAMC, MI), Terapia Ipnotica (AMISI, MI), Terapia Breve Strategica Evoluta (Istituto di Ricerca, AR), Terapia EMDR (MI).

Psychosomatic Specialist ICPM (International College of Psychosomatic Medicine), Coordinatrice della sezione di Crema della SIMP (Società Italiana di Medicina Psicosomatica), collabora con l'Università di Milano – Dipartimento di Informatica - Sede di Milano, per Studi Clinici, Progetti di Ricerca, Cura di Tesi di Laurea e pubblica su Riviste Nazionali e Internazionali.

Docente dei Corsi di Ipnosi del Centro di Medicine Psicosomatica ProMeTeO nell'ambito delle attività della SIMP. Ha lavorato, per oltre 10 anni, presso strutture sanitarie pubbliche, in Psichiatria e Psicologia Clinica - Ospedale di Crema (CR) e ASL di Cremona.

Oltre alla Clinica, a cui dedica la maggior parte della sua attività, un'altra area di interesse è la Bioetica nelle sue diverse dimensioni: medica, animale, ambientale.

È Presidente dell'Istituto Italiano di Bioetica - Sezione Lombardia.

Email: sil.giada@libero.it

Capitolo 4.

Ipnosi: il colore del trauma “embodied”

Flavia Anna Barbagelata, Medico Immunoallergologo, Ipnotista, Psicoterapeuta con Procedura Immaginativa S.I.S.P.I., Psicosomatista ICPM, Socia S.I.M.P. Naviglio Grande

Abstract

Lo stato di trance indotto in ipnosi, modificando lo stato di coscienza, appare un modo rapido ed efficace, e, con tecnica simbolica idonea, sufficientemente distanziante e protetto per accedere e trasformare contenuti inaccessibili preclusi nel trauma da “*forclusion*” esistenziale difensiva.

In questo capitolo presento una piccola casistica di soggetti in trattamento, indotti in trance ipnotica a proiettare, tramite “*ponte affettivo*”, il ricordo del vissuto traumatico sottoforma di colore, collocandolo poi su una specifica sede corporea. Lo scopo è di rilevare se e quanto l’attivazione affettiva con elicitazione sensoriale del trauma ed il suo riferimento topografico nello schema corporeo correlino con la Bodily Map of Emotions (attivazione termosensoriale distrettuale specifica per emozione percepita) oppure con differenti percezioni cromatiche. La richiesta di indicare poi una specifica localizzazione del trauma/colore/dolore sul corpo dà accesso ad una sensazione “*incarnata*” del vissuto, consentendo una comprensione globale degli elementi complessi condensati, mascherati al ricordo ricostruito ma intercettabili in profondità. Dati preliminari confermano la prevalenza di emozioni deattivanti a contenuto negativo (colore) significative sia per forma e dinamica che per sede proiettata, suggestive dei movimenti sottili al loop traumatico e allo psichismo di perdita incarnato per esiti.

Keywords

Dissociazione traumatica; Embodiment; Feelings; Somatosensations; Colore; Ipnosi

4.1. Introduzione

L’esperienza clinica ci mette di fronte al tema delle tracce di “oblio” o di “ricordi indelebili”, che inevitabilmente appaiono nei percorsi dei nostri pazienti, al di là delle motivazioni che li portano in terapia. Linguaggi ed universi diversi che rimandano a vissuti di shock, minaccia vitale, spavento ingestibile ed ingestito che lasciano segni, incagli, rallentamenti nel lavoro terapeutico.

Chiedendoci spesso perché fatti, a volte apparentemente poco importanti, se pur ampiamente affrontati, esplorati ed approfonditi in seduta, permangano in forma di costellazione narrativa autobiografica (“quel gelato negato per punizione ma comprato al fratello...”) senza subire una vera e propria trasformazione evolutiva di senso, immutate cicatrici, matrici di letture disfunzionali del proprio passato (“mio padre non mi amava”). O all’opposto perché gravi perturbazioni nel processo di crescita potessero essere descritte con la leggerezza di chi racconta la trama di un film, minimizzate o addirittura risolte con una formazione reattiva (“...al mare zio mi toccava sempre di nascosto a mamma, ma la cosa non mi turbava...anzi mi faceva sentire una piccola donna e forse... se ho superato

la timidezza coi ragazzi lo devo a lui!”) senza la minima consapevolezza che la catena di relazioni fallite forse si dovevano ad un’evoluzione affettivo-sessuale interrotta.

Non è stato possibile che rifarci al concetto ibrido di trauma psichico, sotteso alle diverse manifestazioni del fenomeno, molto più esteso rispetto ai soli quadri eclatanti del PTSD (disturbo da stress post-traumatico) connessi al vissuto di grandi eventi catastrofici.

4.2. Background

4.2.1. Evoluzione della definizione di trauma

Ben noto nella storia della medicina il Trauma fisico (greco τραῦμα, "ferita") come danno all’organismo dovuto ad un evento lesivo esterno, acuto concentrato ed improvviso. Ed è ancestrale nella specie *Homo* il soccorso reciproco in queste situazioni, tramite il supporto e la cura sociale fornita da familiari e membri della comunità, come la paleoantropologia ha ampiamente dimostrato. Tardivo e dalla storia lunga e controversa, è invece il riconoscimento e definizione della condizione di Trauma Psichico che in generale “*si basa sulla constatazione del potere di rottura di eventi esterni sull’attività psichica e sull’identità di un individuo.*” (Zamperini & Menegatto, 2018).

In analogia al traumatismo organico, la prima definizione di trauma del 1980, apparsa nella redazione del DSM-III (APA, 1980), riconosceva l’esposizione a condizioni di stress estremo (al di fuori del campo delle “normali esperienze umane”), ma veniva tuttavia presto estesa alle variabili relative al soggetto esposto all’evento traumatico. Vari fattori interdipendenti come il contesto culturale, le esperienze biografiche e la classe sociale d’appartenenza (Weather & Keane, 2007) portano ad una riformulazione del Trauma centrata sul vissuto di minaccia vitale: “quando la persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con uno o più eventi che implicano morte, pericolo di vita, gravi lesioni o una minaccia all’integrità fisica propria o altrui” (DSM-III-R). Di fatto accadimento estremo catastrofico che porta al limite la tollerabilità umana.

Nulla tuttavia sugli aspetti psichici, la tortura psicologica, come movente induttore del trauma. Risponderà nel 2010 l’OMS (WHO, 2010) rimarcando, sulla base di una solida mole di studi, come la minaccia del trauma potesse agire non solo sull’integrità fisica ma anche su quella psichica della persona. Si andava evidenziando come la gravità della risposta traumatica non conseguisse tanto alla minaccia “reale” quanto alla percezione soggettiva dell’evento, strettamente legata al vissuto emotivo (Beck et al., 2006).

Infatti, predittori a lungo termine di distress sono proprio le esperienze emozionali intense. L’impatto del trauma nel tempo più che da un rischio reale di vita dipende da una risposta emotiva soverchiante le capacità della mente di gestire l’accadimento, lasciandone gli esiti impressi nella mente. Va da sé che eventi riconducibili alle fasi più precoci della vita, in momenti in cui l’organizzazione mentale è in via di strutturazione, saranno altamente a rischio di essere “segnati” da vissuti traumatici non elaborabili.

Nel DSM-IV sarà quindi introdotto il concetto che il Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD) non necessariamente consegue ad un vissuto catastrofico in sé, ma può derivare dall’esposizione a situazioni traumatiche ripetute o prolungate come maltrattamenti o abusi, tali da attivare reazioni di paura intensa e sentimenti di impotenza o di orrore. Bonnie Green sottolineerà quanto il trauma possa essere complesso, manifestandosi in forme anche sfumate, come difficoltà emotive e comportamentali con impatto sulle relazioni interpersonali e sulla capacità di fidarsi degli altri (Green, 1990).

4.2.2. Riconoscere il trauma in filigrana

Ma allora qual è la linea di separazione tra normalità e trauma, se questa si colloca nel momento in cui un evento o una situazione più o meno prolungata scatena emozioni così violente, così penetranti da segnare in modo permanente la mente di un individuo? Si tratta delle cicatrici di cui parlavo all’inizio? (Bonomi, 2001) Non sarebbe così strano, in analogia al trauma fisico.

E quando possiamo pensare al trauma psichico in un paziente? Solo di fronte a biografie esplicite, a condotte di evitamento manifeste, a stati di ipereccitazione psico-fisica e sintomi intrusivi come flashback (immagini, emozioni, incubi) che riaffiorano “come se” l’evento si ripresentasse con tutto il suo vissuto e che persistono nel tempo riattivate da minimi stimoli che vediamo nel classico PTSD? Oppure è possibile ipotizzare che ogniqualvolta si incontrino risposte condizionate dalla paura estrema e pervasiva, accompagnata da uno stato di impotenza essenziale, possa mascherarsi una condizione di trauma precoce, magari legato all’esposizione prolungata ad un vissuto familiare disfunzionale? E poi, quanto possiamo affidarci alle memorie biografiche dei nostri pazienti quando sappiamo bene la difficoltà di raccogliere informazioni “sensibili” e fatti particolarmente delicati e problematici, se non all’interno di una relazione terapeutica solidamente strutturata nel tempo? Memorie comunque ricostruttive e mai del tutto affidabili.

Che dire poi delle difese, che nel trauma sono frequentemente dissociative a protezione della mente dai contenuti intollerabili, separandoli in aree di pensiero-memoria-identità escluse, per impedirne l’accesso cosciente? La maggioranza dei nostri pazienti presentano difficoltà a mentalizzare le esperienze e gli eventi di vita dando loro un significato costruttivo anche in termini evolutivi, con scarsi insight e self-agency, sregolazione affettiva, difficile gestione dello stress. Tutte condizioni descritte in letteratura associate al meccanismo difensivo della dissociazione, tipica del trauma, specie quello cronico cumulativo, che isola dalla coscienza l’esperienza traumatica coi relativi vissuti troppo dolorosi.

La questione è ancora oggi aperta da un punto di vista teorico tra chi ritiene la risposta emozionale di paura come causa e non conseguenza del vissuto traumatico, attribuendola a personalità particolarmente vulnerabili all’elemento stressogeno.

Di fatto non esiste questione più sfuggente del trauma. Quanto è reale? Cosa costituisce un trauma? Quanto è importante l’accadimento in sé di un evento improvviso ed inaspettato o l’impatto che esso determina sul soggetto che lo vive?

Forse non esiste il Trauma in sé. Il trauma è “per un soggetto” in un dato momento di vita. Momento che sarà particolarmente vulnerabile più precoce sarà l’accadimento in relazione al processo di organizzazione mentale. Diverso è il vissuto di un bombardamento di guerra su un bimbo prima tranquillamente protetto in famiglia da quello di un veterano formato e temprato da mille battaglie.

E ancora, esiste una vita atraumatica? Forse no. L’inaspettato esiste, il cambiamento improvviso esiste, è dato di realtà. Forse non esistono “non traumi”, ma forme di trauma. O esiti di trauma.



Figura 4.1 – Un feto di 18 settimane “galleggia” nel sacco amniotico, dove riceve l’ossigeno e tutti i nutrienti di cui ha bisogno attraverso la placenta. Fotografia di Lennart Nilsson, TT/SCIENCE PHOTO LIBRARY (fonte: <https://www.nationalgeographic.it/siamo-tutti-sirene-nel-grembo-materno>)

A partire dal primo inevitabile momento della nascita, tempo in cui Otto Rank collocava l’origine dell’angoscia nevrotica di separazione. Un brusco repentino vissuto di perdita del nido di sicurezza amniotica (Figura 4.1) accompagnato da numerosi urti sensoriali e motori che troncano l’unità madre-figlio ancora fusionale. Segnando e determinando la successiva vita psichica (Rank, 1990).

Ma poi tante e diverse “crisi” dovranno attraversare il processo di crescita vitale: Edipica, Adolescenziale, Adulta. Crisi comunque indispensabili all’apprendimento evolutivo.

Così, se in passato “Trauma” era riservato al solo evento estremo, unico, improvviso e violento che esponeva a minaccia vitale, oggi sappiamo bene che molteplici situazioni, anche se apparentemente fisiologiche o poco intense, possono creare nuclei psichici patogeni quando siano tali da violare l’apparato psichico del soggetto superando la naturale capacità riparativa della sua mente. Ogni momento critico lascerà tracce dietro di sé “ciò che non ammazza, ingrassa!”. Modulando lo sviluppo neurologico, definendo le vie dell’apprendimento, stabilendo gli automatismi reattivi, che ad ogni piccola nuova esposizione si autorinforzeranno.

Forse questo processo, in qualche modo fisiologico, darà ragione degli stili di coping, delle strutture di personalità ed in definitiva del carattere dell’individuo. Diverranno modalità del vivere, dell’affrontare i problemi, in modo inconscio attraverso un processo implicito talmente profondo che potremmo definire “incarnato”; “Persona” nel suo essere “scaraventato nell’esistenza”, *Dasein* di heideggeriana memoria.

Ritroveremo tracce di antichi e ripetuti traumatismi nelle rigidità disfunzionali, nella scarsa resilienza, nelle coazioni a ripetere. È per questo motivo che è stato interessante andare a ricercare queste tracce nei pazienti psicologici o psicosomatici disponibili a questa indagine, che per diversi motivi erano in trattamento nel mio studio.

Associare il vissuto traumatico alla percezione offre un magnifico strumento per osservarne l’impatto più profondo nelle forme in cui si sono organizzate memorie, emozioni e pensieri.

Non a caso il lessico comune associa emozioni e vissuti anche traumatici (“verde d’invidia”, “rosso di rabbia”, “bianco come un cadavere”, “umore nero”) ad un colore (percezione visiva a valenza simbolica). Trasferendo nell’espressione di concetti un modo consolidato di comprendere e raccontare esperienze condivise all’interno della tradizione linguistica di una comunità.

A partire da questa euristica si è cercato di vedere se e quanto tale percezione fosse associabile alla mappa BSMs (*separable Bodily Sensation Maps*) di Nummenmaa del 2014 che identifica le diverse specifiche emozioni con sensazioni corporee topograficamente distinte e culturalmente universali (Nummenmaa, 2014) o fosse presente un embodiment somatico associato ad altri livelli del Sé (Goodwyn, 2024), altrettanto intercettato da espressioni idiomatiche (“cuore spezzato” “brividi lungo la schiena”).

4.3. Lo studio

A questo scopo, seguendo un approccio euristico, si proponeva ad una coorte di 10 pazienti noti, in trattamento psicoterapeutico e/o psicosomatico ma in assenza di sintomi attribuibili al PTSD franco, uno studio osservativo che esplorasse la possibile presenza di trauma pregresso attivo sul quale intervenire successivamente.

L’ipotesi di lavoro era quella di verificare l’intuizione comune che associa il trauma psichico ad un colore (percezione visiva a valenza simbolica), se a tale percezione si associassero specifiche emozioni (BSMs) con le relative localizzazioni topografiche sul corpo oppure si rivelasse una proiezione somatica “incarnata” legata ad altri livelli del Sé, specifica delle condizioni traumatiche.

Il disegno del lavoro prevede diverse fasi:

- a) il vissuto traumatico, elicitato in trance ipnotica, espresso in termini di colore e di dolore/peso, viene descritto collocandolo su di una sede precisa del corpo.
- b) viene poi confrontato con la topografia delle sensazioni corporee innescate dalle emozioni (*BSM + Attività/ Valenza*) (Nummenmaa, 2014; Hartmann et al, 2023).
- c) allo scopo di valutare se “il corpo” possa essere un ponte sul quale convergano emozioni in forma pre-logica sub-simbolica (Passerini & Barbagelata, 2023).
- d) e quanto tali affetti siano o no correlabili come significanti del vissuto profondo del trauma.

4.4. Il colore

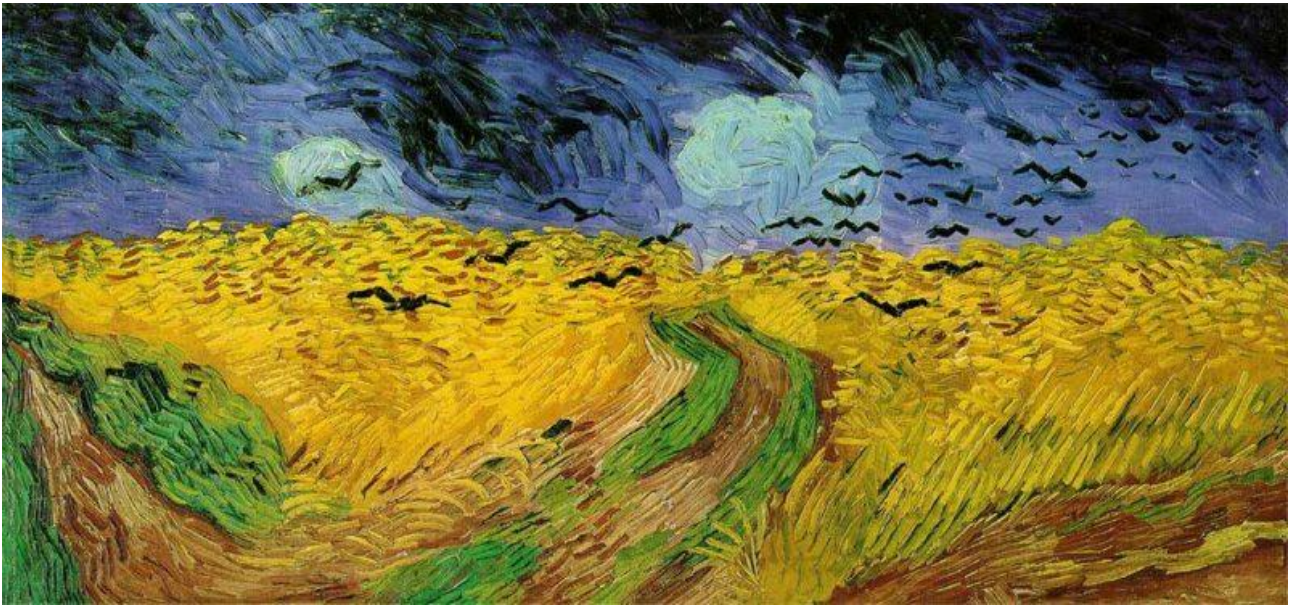


Figura 4.2 - *Campo di grano con corvi* - Vincent Van Gogh 1890, Van Gogh Museum, Amsterdam.
(fonte: <https://www.riarte.it/artisti/vincent-van-gogh/campo-di-grano-con-corvi-1890-vincent-van-gogh/>)

Alcuni artisti, come Vincent van Gogh, sono reali “maestri del colore”, capaci di comunicare emozioni e stati d’animo attraverso le tonalità calde e fredde di tratti primari che si muovono sulla tela, in una danza di colori vibranti ed espressivi (Figura 4.2).

4.4.1. Fisica del colore visibile

Allo scopo di procedere è stato importante affrontare in termini tecnici la fisica sottostante alla percezione del colore, delineando la cornice in cui l’uomo riconosce i colori attraverso la vista.

Il senso visivo degli animali, in particolare di cani, gatti e cavalli, differisce significativamente da quella umana. Mentre noi abbiamo una visione tricromatica, che ci permette di percepire una vasta gamma di colori, i cani e i gatti hanno una visione dicromatica, il che significa che vedono meno colori e, ad esempio, non distinguono bene il rosso e il verde. Curiosamente nel daltonismo, noto anche come “cecità ai colori”, è presente un'anomalia visiva che comporta un'alterata percezione dei colori, proprio per il rosso e verde.

I cavalli, anch'essi dicromatici, sono limitati nella percezione dei colori; ad esempio, non riescono a distinguere il verde dal grigio.

Nell’uomo, sul piano fisiologico il colore è la trascrizione che fa il cervello delle lunghezze d’onda elettromagnetiche registrate dalla retina. Solo una piccola porzione dello spettro di elettromagnetico può essere percepita come colore (tra i 380 e 780 nm, intervallo rappresentato in Figura 4.3).

In particolare, il punto di migliore visione dell'occhio umano è quello dei 555 nm, corrispondente al Verde. L’insieme dei colori che formano la luce visibile è chiamato “spettro” e l’intervallo di lunghezze d’onda “campo visibile”.

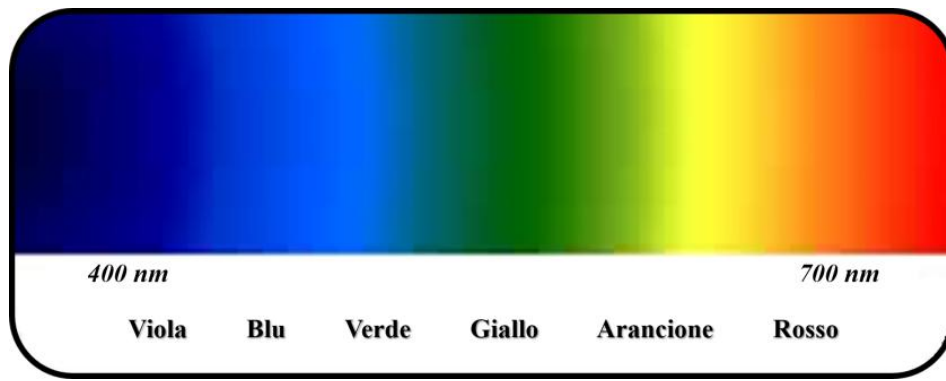


Figura 4.3 - Spettro del visibile

4.4.2. I colori della luce visibile

Incredibile organo visivo, l'occhio umano, è in grado di distinguere moltissimi di colori. In letteratura si parla di milioni. È importante sottolineare che la luce in sé è solo un'onda elettromagnetica che si propaga nel vuoto ed il colore non è una caratteristica della luce, ma solo l'impressione prodotta da un'onda elettromagnetica di una certa lunghezza nel cervello.

Vedere un colore è un evento momentaneo, non registrato nella memoria. Per cui è veramente difficile identificare un colore percepito con quello di un ricordo. La visione dei colori è soggettiva ed istantanea, per cui il confronto e/o l'interpretazione tra diversi osservatori offre grandi margini all'ambiguità ed all'imprecisione. Ma proprio l'elemento di ambiguità fa del colore uno splendido mediatore simbolico di contenuti (Figura 4.4).



Figura 4.4 - Diversi elementi costituiscono il panorama visivo accolto dallo sguardo d'insieme sperimentato nel reale. Dalla cornice degli infissi che definisce i limiti allo sguardo, alla prospettiva guidata dalle persiane in secondo piano, fino al panorama aperto che si allunga nello spazio fino a raggiungere momenti a valenza simbolica (gli alberi, il bosco, le nuvole, l'arcobaleno).

La visione umana, dal punto di vista fisiologico, si basa sulla percezione di tre colori fondamentali — Rosso, Verde e Blu (RGB) — corrispondenti a specifiche lunghezze d'onda rilevate dai coni presenti nella retina dell'occhio. Ma la scienza stupisce sempre. Un recentissimo studio (*James Fong et al, 2025*) ha descritto un nuovo colore chiamato “olo”, verde-bluastrò, ottenuto artificialmente stimolando i coni “M” (che percepiscono il verde) con microdosi laser di luce. L'Olo è descritto come un colore particolarmente saturo vicino al verde-acqua, e seppure sia un segnale cromatico che non si può verificare “naturalmente”, incuriosisce se associato simbolicamente al colore intenso del mare, madre di vita, ed alla sconosciuta percezione visiva intrauterina immersa nell'amnios.

In ogni caso tra loro i colori si relazionano e si fondono dando origine a continue nuove sfumature. Se ci riferiamo al modello classico RYB, che apprendiamo a scuola e che ha guidato fino alla metà del secolo scorso l'uso nell'arte e nel design applicato, alla suddivisione tricromatica basale fanno capo i cosiddetti tre colori primari, non generabili da altri colori: Rosso, Giallo e Blu, che fondendosi a coppie danno origine ai colori secondari o complementari (Arancio, Verde e Viola). La complementarietà è data dalla particolare armonia visiva tra Colore primario e Colore secondario, dato dalla fusione degli altri due colori primari (Figura 4.5).

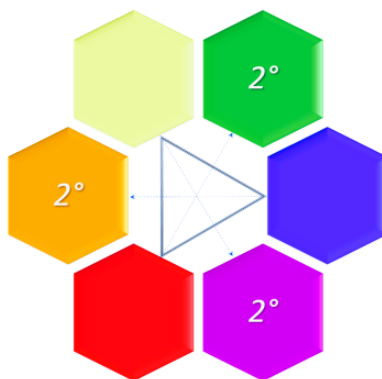


Figura 4.5 - Colori primari, secondari e loro complementarietà.

È proprio il valore simbolico attribuito ai diversi colori e culturalmente connotato, che ha determinato nel nostro mondo occidentale alcune diffuse correlazioni psicoenergetiche che legano la percezione visiva ad un simbolismo analogico cognitivo potentemente ambivalente.

È così che il Rosso, colore dell'ocra che da tempi preistorici connota la vita forse per la sua associazione col sangue, rimanda alla vitalità, all'energia, al calore, al dinamismo ed alle passioni, compresa l'ira e la furia violenta. Seda questa eruzione impulsiva il Verde (Giallo+Blu), energia contrapposta legata all'armonia della natura capace di continua crescita e rinnovamento.

Mentre il Giallo, intimamente connesso alla luce solare e all'oro, se da un lato porta ricchezza, libertà, liberazione, leggerezza, luce ed illuminazione intuitiva, dall'altro quando pallido e opaco evoca malattia e tradimento. Compensa la condizione di eccesso energetico la penombra emotiva del Viola (Rosso+Blu), colore misterioso che spinge alla dimensione spirituale e mistica, potentemente carico di rispetto e regalità.

Anche il Blu porta leggerezza, ma meno energetica poiché connessa ad uno stato di pace, di rilassamento contemplativo, ma anche alla freddezza ed al silenzio, alla rigidità conservatrice e formale della nobiltà. Risponde a questo stato immobile il colore complementare Arancio (Rosso+Giallo) con suo dinamismo gioioso a carattere espansivo e creativo.

A sé si muovono il Marrone, miscela non del tutto satura di tutti i tre colori primari, che è legato alla terra, alla solidità della materia, al valore, alla realizzazione. Al soddisfacimento concreto del bisogno essenziale.

Ed il Bianco, colore puro della luce che contiene in sé tutti i colori, simbolo di completezza, purezza, saggezza (la canizie degli anziani) ma anche conoscenza intesa come "Universo della presa di coscienza".

Infine il Nero, che risponde al Bianco nella dialettica Luce/Buio, capace di muovere verso l'interiorità, dove il nulla nasconde forze sotterranee, verso l'inconscio magma originale sorgente di tutte le potenzialità (Figura 4.6).

“Il colore di per sé non esiste. È luce, energia e vibrazione di particelle. Siamo però abituati ad attribuirlo alla materia.

Tutta la mostra gira attorno a questa relazione tra materia e luce, tra tangibile e intangibile, tra realtà e immaginazione”.

Arch. Michele De Lucchi



Figura 4.6 - La natura offre tutte le sfumature di colore, ognuna significativa che rimanda ad un significato profondo, regolando persino biologicamente la nostra relazione col mondo. [Esposizione “Dentro il colore” – a Palazzo delle Albere (Tn) dal 26 novembre 2022 al 4 giugno 2023] (fonte: <https://www.vitatrentina.it/2022/12/07/dentro-il-colore-attraverso-la-materia-e-la-luce/>)

4.4.3. Il colore del trauma “embodied”

Perché cercare il trauma attraverso un colore? E perché cercarlo embodied?

Abbiamo visto che il concetto di Trauma è ancora in via di definizione; certamente presente e riconoscibile a fronte di situazioni estreme e catastrofiche ma anche più sottili e cumulative come determinante subliminale nello sviluppo individuale della personalità.

Il passaggio del Trauma è evidente quando questo colpisce il corpo fisico; è noto che gravi incidenti possano lasciare esiti permanenti gravemente disabilitanti come l’immobilità paraplegica. O che microtraumatismi ripetuti, come nel caso delle caviglie nei giocatori di basket, riparinano progressivamente in modo sempre meno restitutivo della precedente flessibilità causando irrigidimento e limitazione funzionale dell’area via via più vulnerabile. Naturalmente questi danni agiranno sulla vita psichica dei malati che solo nuovi recenti atteggiamenti collettivi, come i Para Sports, sono riusciti a far parzialmente riemergere dal vissuto di disabilità, attraverso strumenti tecnologici che hanno permesso l’amplificazione delle possibilità limitate dal corpo (Clark & Chalmers, 1998). Inevitabilmente, comunque, la lesione all’energia vitale si rifletterà sull’identità e sull’umore portando anche a caduta dell’autostima e depressione fino a vere e propri quadri *hopless&helpless*.

Ma di fronte ad un trauma psichico, eccettuato il PTSD franco, abbiamo visto quanto profili ed esiti appaiano in forme decisamente più sfumate. Se le tracce di un vissuto traumatico recente possono emergere nel corso di un trattamento consentendone una decodifica, meno riconoscibile è il segno delle lesioni precoci, degli abusi, dei maltrattamenti, del bullismo, attualmente stigmatizzato ma fino a ieri esposizione iniziatica alla realtà come ancora oggi avviene nel mondo non occidentale.

Complica il quadro il ricorso alla dissociazione che isola l’evento nella mente. Condizione fisiologica quando reazione immediata al trauma, che tuttavia spesso finisce per essere mantenuta nel tempo producendo esiti inaccessibili ai processi rielaborativi; il vissuto traumatico lascerà dietro di sé aree d’interferenza sui normali flussi associativi, scogli negati che potranno solo essere aggirati e circoscritti. Comunque, gli elementi esclusi dalla mente si rifletteranno sul piano cognitivo-comportamentale.

Ma soprattutto potranno riemergere a livello corporeo manifestandosi col linguaggio simbolico incarnato dello psicosoma (*Barbagelata, 2005*).

Sostiene questa posizione la scienza più avanzata, che riconosce l'impossibilità di dividere la natura della mente da quella del corpo.

Filosofi, cognitivisti e ricercatori di intelligenza artificiale si riconoscono attorno alla riflessione sul corpo come matrice del bios vitale che nelle interazioni con l'ambiente situa l'esperienza del reale (*Clark & Chalmers, 1998*) e la formazione delle ipotesi sul mondo che modulano la struttura funzionale del cervello e del corpo organico (*Varela et al., 1991*).

Affermano che ogni aspetto della cognizione (idee, pensieri, concetti e categorie) sia connessa al corpo, dall'aspetto percettivo all'intuizione motoria che regola l'equilibrio propriocettivo, dalle attività calibrate sull'interazione con l'ambiente (*Aydede e Robbins, 2009*) ai costrutti fondamento ontologico sul mondo e sulla realtà, incarnati nel nostro essere materia unitaria mente-corpo (*Borghi, 2013*).

Alla fine del XX secolo nuovi paradigmi rivoluzionano le scienze dell'Uomo ed il modo di concepire la mente. A partire dalla proposta pionieristica di Varela e Rosch sulla Mente Incarnata (*Varela et al., 1996; Varela et al. 2016*), un vero e proprio tsunami scardina la visione antropocentrica del mondo coinvolgendo studiosi di qualsiasi formazione e provenienza. Si svilupperà il concetto di "cognizione incarnata" (*Shapiro, 2011*) o "filosofia del corpo", posizione anticartesiana (*Damasio, 1995*) ampiamente promossa da molti autori provenienti da più discipline a partire dal pensiero di Kant (*Fabbrizi, 2008*) passando poi dall'esistenzialismo fenomenologico di Maurice Merleau-Ponty (*Merleau-Ponty, 2010*), per arrivare alla linguistica (*Lakoff & Johnson, 1999*).

La natura incarnata dell'agire cognitivo nella prospettiva dell'embodiment orienta oggi anche molte ricerche di neuroscienze, neurofenomenologia e di neurobiologia (*Gallese, 1996; Varela, 1996; Borghi, 2010*), ma anche guida lo sviluppo dell'Intelligenza Artificiale e della Robotica attraverso lo studio dei processi cognitivi mediante modelli computazionali.

E in accordo con questa visione la percezione sensoriale del colore è uno straordinario modello di lettura dei processi neuronali in atto, comprese le deviazioni legate alle memorie traumatiche isolate dalla dissociazione (*Merleau-Ponty, 2003*).

Non solo, il colore entra nella comunicazione sociale in termini di lessico condiviso sulla base di un proto-sé collettivo culturalmente connotato nelle realtà sociali di riferimento. Tono, grado, intensità dei pigmenti con la forma in cui si manifestano sono un glossario percettivo che parla di noi; Unità Minime Formali del nostro mondo occidentale a radice monoteista, ma anche capaci di "pescare" nelle profondità archetipiche (*Passerini e De Palma, 2016*). Diventando quindi "simbolo primario", espressivo di contenuti e valori, "che parlano".

Ma come superare inevitabili bias legati alla particolarità del momento terapeutico e specificità della comunicazione "qui ed ora"?

La cognizione incarnata afferma che l'esistenza di mappe corticali nel cervello non riesce a spiegare e giustificare il carattere soggettivo delle esperienze percettive delle persone. Fatto di realtà quanto di vissuto del reale.

Il paradigma dell'embodied cognition ha stimolato un dibattito tuttora in corso, sul fatto che i dati sensoriali, incluso il colore, contribuiscano alla struttura semantica dei concetti astratti.

Interessante è un recente lavoro (*Guilbeault et al., 2020*) che affronta il ruolo del colore nella comunicazione sociale. Associando le parole in base alle distribuzioni di colore in Google Immagini rilevava come le parole nei domini astratti di discipline accademiche, emozioni e generi musicali, si raggruppavano in modo statisticamente significativo in base alle loro distribuzioni di colore. E che questi gruppi riflettevano una struttura semantica non arbitraria ma coerente con i resoconti basati su metafore della cognizione incarnata. In particolare le immagini corrispondenti a parole più astratte occupavano uno spazio-colore più variabile di parole semanticamente simili. Gli autori di questo studio policentrico, dimostravano che le associazioni di colori spesso riflettono dimensioni affettive condivise tra domini astratti svelando modelli di coerenza estetica, subliminali nel linguaggio

quotidiano mostrando infine quanto questo aspetto incida sul comunicare con metafore ed affetti secondo la semantica incarnata. D'altronde da tempo è noto che la metafora linguistica in realtà porti con sé un valore altamente concettuale (Lakoff & Johnson, 2005).

Un'altra questione si pone per la possibile criticità sul registro cognitivo-linguistico che potrebbe interferire in un resoconto post-ipnotico soggettivo. Ma altri dati di letteratura confermano come i colori rimandino a “concetti” associati alle emozioni trasmettendo significati affettivi e che quindi proprio questo dato percettivo offra un nuovo modo sintetico di raccogliere una semantica incarnata basata sulla metafora e sugli affetti (Jonauskaitė, 2020).

Forse col colore possiamo davvero intercettare un “sapere incarnato” che comunica inconsciamente al di là dell'intenzione.



Figura 4.7 - *Notte stellata (De sterrennacht)* - Vincent van Gogh 1889, Museum of Modern Art, New York. (fonte: <https://www.focus.it/scienza/scienze/la-notte-stellata-di-van-gogh-e-scientificamente-molto-accurata>)

Vincent Van Gogh (1853-1890) col suo linguaggio artistico fuori dagli schemi, sfidante ed incompreso a suo tempo, nonostante ponesse le basi all'espressionismo, pagò care le sue scelte, la sua acutezza mentale e la sua profondità emotiva. Il colore sulla tela diventò quindi luogo di metafora interiore, spazio di elaborazione e di contatto con una realtà assoluta colta oniricamente ed espressa simbolicamente. Fino ad intercettare leggi di natura, come nel celeberrimo “Notte stellata” (Figura 4.7) dipinto in manicomio, riportando nelle turbolenze nascoste del cielo i reali moti atmosferici descritti dalle leggi della fluidodinamica, suggerendo secondo alcuni autori in questo capolavoro addirittura una possibile aderenza alla teoria della turbolenza di Kolmogorov (Ma et al., 2024).

4.4.4. Il colore “embodied” delle emozioni

La pubblicazione nel 2014 della Bodily Map of Emotions da parte del Politecnico di Helsinki (Nummenmaa, 2014) ha scatenato da subito un grande interesse nel mondo scientifico. I ricercatori finlandesi del Dipartimento di Ingegneria Biomedica e Scienze Computazionali e dell'Unità di Ricerca sul Cervello mostravano come le singole emozioni, percepite coscientemente nel corpo tramite il feedback somatosensoriale, ed infine proiettate utilizzando il colore per mappare l'attività delle diverse regioni corporee, formassero rappresentazioni topografiche specifiche per emozione. Dando luogo a mappe somatotopiche categoriali (BSMs), che venivano proposte avere in sé un valore culturalmente universale.

Le mappe corporee consentivano di valutare il coinvolgimento del corpo nelle emozioni in atto, identificandole al di là della percezione soggettiva (Figura 4.8). E la presenza del corpo emozionale

appariva profondamente incarnato nell’uso di colori facilmente assegnabili all’energia (giallo), al calore della vasodilatazione (rosso) e al raffreddamento della vasocostrizione (blu), corrispondenti all’espansione o retrazione vitale (Figura 4.9).

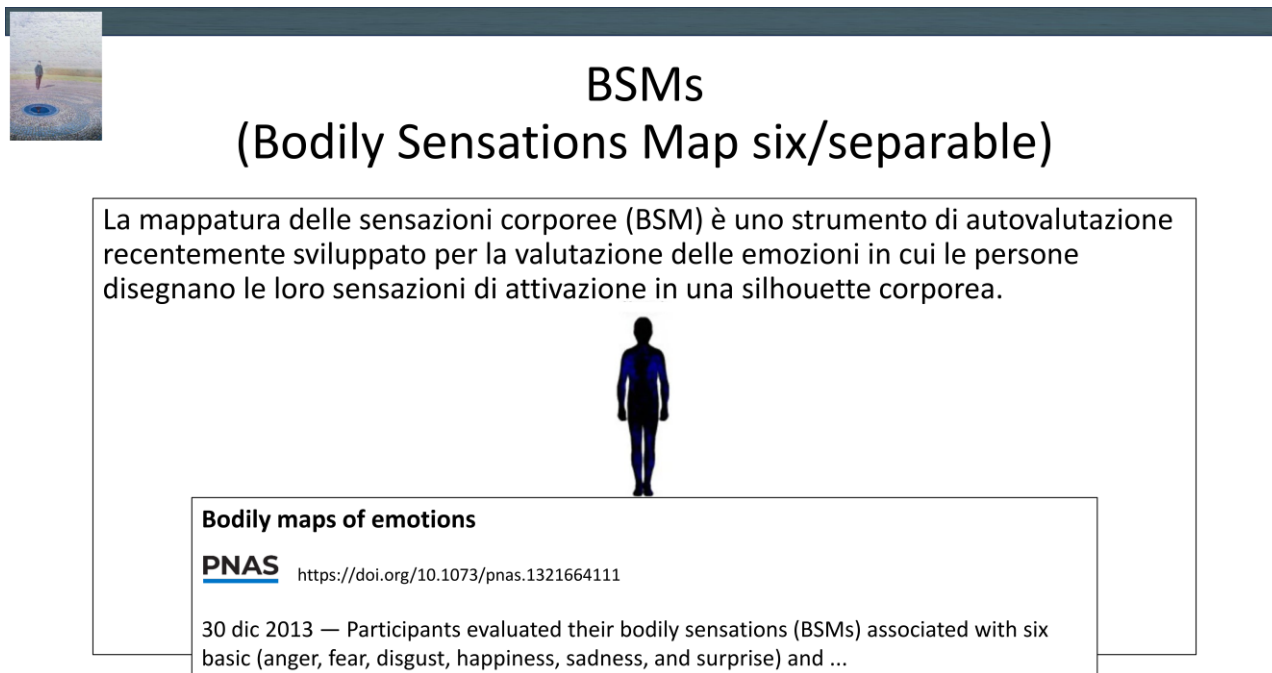


Figura 4.8 – Definizione di Bodily maps of emotions.

Lavoro originale. Diapositiva presentata al XXIX Congresso SIMP - IL TRAUMA come se ne esce? Cosenza 2023.

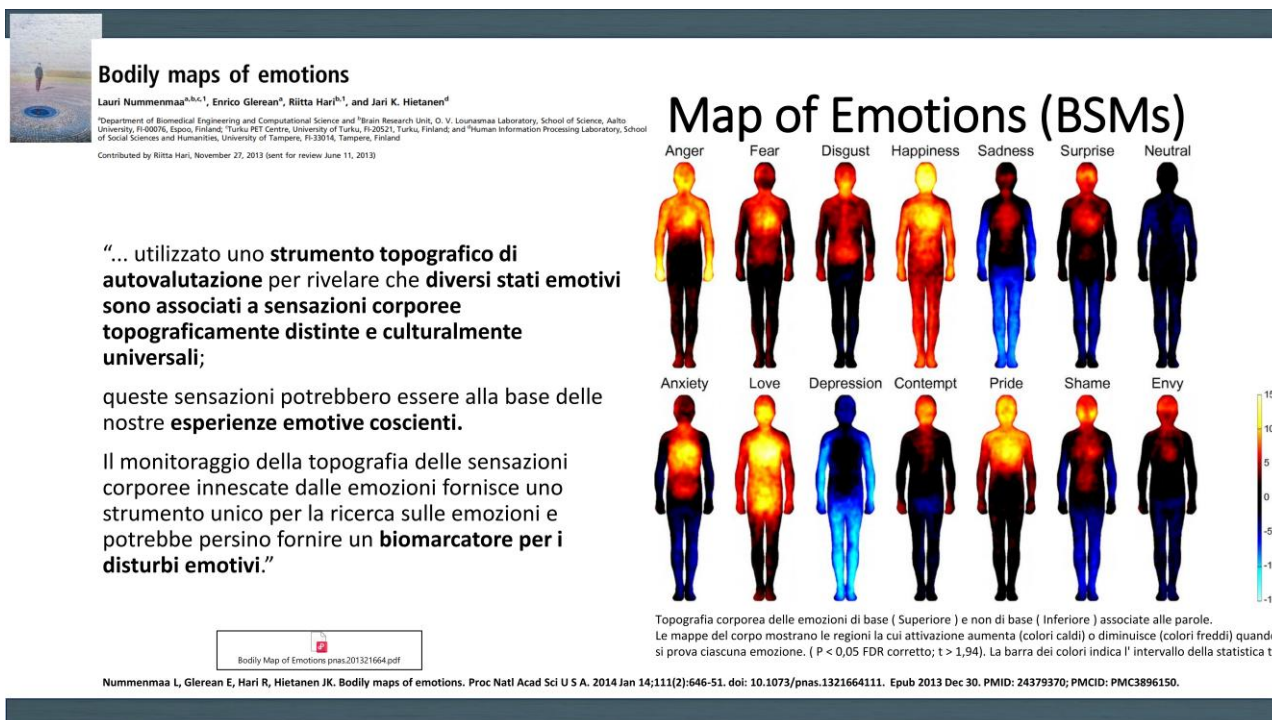


Figura 4.9 – Risultati del Bodily maps of emotions.

Lavoro originale. Diapositiva presentata al XXIX Congresso SIMP - IL TRAUMA come se ne esce? Cosenza 2023.

In seguito, nel 2022 un interessante studio svizzero (*Hartmann et Al., 2022*) sviluppava il tema delle Bodily Sensations Maps proprio in termini di attivazione corporea, ma anche di relativo gradimento somatico connesso alle diverse emozioni trascurata nelle BSM, introducendo la dimensione di valenza, valutata secondo il Modello Circomplesso di Russel (*Russel, 1980*), secondo il grado di piacevolezza-sgradevolezza.

La Teoria delle emozioni attualmente più validata (*Ekman, 1992; Panksepp, 1998*) segue un sistema di classificazione categoriale, in cui le emozioni appaiono stati indipendenti tra loro, mentre nella realtà clinica spesso li vediamo coesistere in termini di polarità eccitazione-calma, piacere-dolore o sollievo dalla tensione, e comunque persiste il problema del substrato neurofisiologico che li sostiene. Anche se ultimamente questo aspetto sta trovando molte risposte. (*Candia-Rivera et al., 2022*)

Russel proponeva già nel 1980 un approccio dimensionale col suo modello circomplesso (*Posner et al., 2005; Mano et al. 2020*) visibile in Figura 4.10, in cui riportava gli stati affettivi a due principali sistemi neurofisiologici, uno di valenza (secondo il grado di piacevolezza-sgradevolezza) ed un altro correlato all'arousal/attivazione fisiologica corrispondente, attribuendo ad ogni emozione una valenza (positiva o negativa) ed una intensità di attivazione; attività e valenza quindi venivano indicate come dimensioni sottostanti di ogni esperienza emotiva.

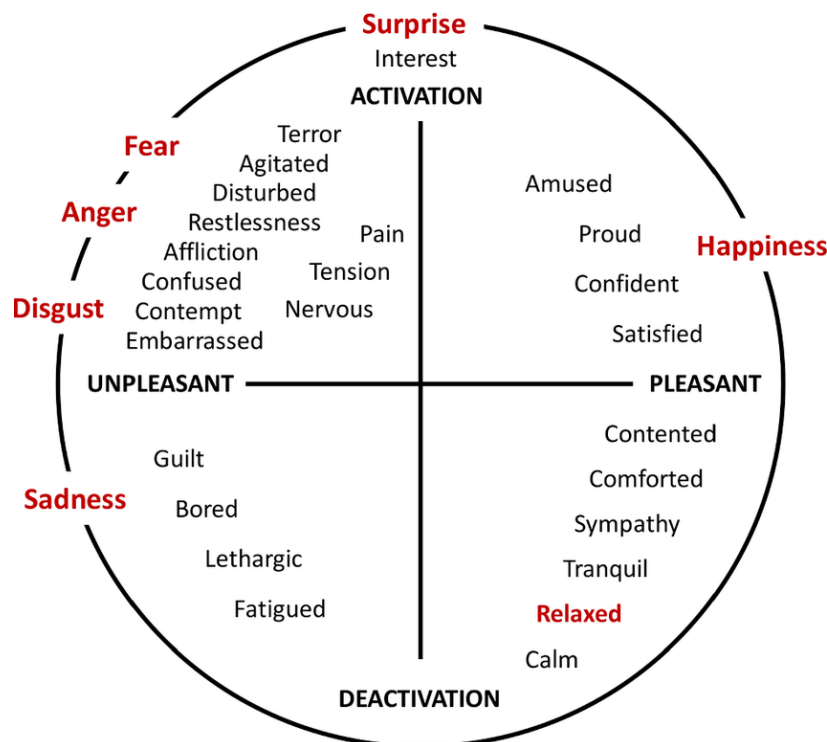


Figura 4.10 - Il modello circomplesso di Russel (*Russell 1980*).

(fonte: https://www.researchgate.net/figure/Russels-circumplex-model-Russell-1980_fig10_336389672)

La ricerca di Hartmann e colleghi indicava un sistematico riferire delle emozioni positive (felicità, amore, orgoglio) in termini di leggerezza, opposta alla pesantezza in risposta a quelle negative (rabbia, paura, ma soprattutto tristezza e depressione) secondo una proiezione topografica sul corpo specifica. Ma emergeva anche quanto sia esseri umani che computer (con approccio di apprendimento automatico) riconoscano meglio le emozioni mappate integrando attività e valenza, come se entrambi i tipi di sensazioni corporee riflettessero parti distinte della conoscenza delle emozioni.

4.5. Metodo

4.5.1. La scelta dell'Ipnosi

Forse sarebbe stato possibile cercare, mediante una tecnica diretta di accesso all'inconscio, quel “colore incarnato” in grado di intercettare o quanto meno avvicinare alle memorie dissociate dal trauma, descrivendole attraverso un linguaggio simbolico capace di comunicare quel vissuto reale criptato nella mente. È ciò che si è fatto utilizzando l'ipnosi.

L'ipnosi è apparsa la tecnica più idonea ad accedere al mondo inconscio attraverso lo stato modificato di coscienza prodotto dalla trance (*Barbagelata, 2015*).

Se richiamiamo il ricordo mnemonico cosciente di un passato traumatico, questo riaccede in forma difesa e ricostruttiva poiché gravato dalle rielaborazioni mentali e dalle eventuali esperienze cumulative. Ma lo stato d'animo che accompagna quel vissuto emozionale soggettivo può, sfruttando la trance di un'ipnosi diretta regressiva con la tecnica del “ponte affettivo”, guidare a reincontrare in forma proiettiva lo schema emotivo condensato attorno al trauma sotto forma di colore.

Alla comparsa del colore in termini di macchia-materia isolata nell'ambiente naturale, era possibile richiamarne la percezione sensoriale in termini di affetto incarnato topograficamente con le sue qualità di attivazione/disattivazione ed energia descritta nella BSMs ma anche di leggerezza e pesantezza per una presa di contatto profondo con la ferita, che rimaneva comunque sufficientemente distanziata nello spazio immaginativo della visualizzazione ipnotica.

Il linguaggio sub-simbolico e metaforico centrato sulle dinamiche trasformative della macchia-colore favorite dallo stato di trance ne attivava poi l'elaborazione sul registro percettivo, consentendo un movimento catartico se non, a volte, una metamorfosi.

4.5.2. Lo studio osservativo

In questo capitolo viene presentato lo studio osservazionale su 10 pazienti in trattamento psicoterapico e/o psicosomatico senza sintomi diagnostici per PTSD.

Ai soggetti con bisogni diversi, programmi terapeutici specifici e solida relazione terapeutica in corso, informati della ricerca e del suo scopo, veniva prospettato di ricontattare l'evento più traumatico della loro vita, e rievocarlo poi in forma protetta simbolica e proiettiva con trance ipnotica, allo scopo (non secondario) di guidare ad una riparazione profonda tramite catarsi, chiedendone il consenso.

Prima dell'ipnosi venivano invitati a richiamare la memoria del trauma con ampia narrazione autobiografica. Dato spazio al racconto e allo scarico emotivo per un ricordo più circoscritto e contestualizzato, era stimata la qualità delle emozioni in campo accanto all'intensità del dolore riferito al trauma stesso, attraverso la Scala VAS (Visual Analogue Scale), nota misura del dolore soggettivo acuto e cronico (*Hjermstad, 2011*).

Indotto in forma diretta lo stato di trance, procedevo secondo il modello classico con la sequenza in fasi. In primis “Luogo Sicuro” per il consolidamento di un rifugio interiore in cui sperimentare un completo senso di sicurezza, protezione e libera espressione a cui accedere in caso di disagio.

Seguito dalla Metafora. Il percorso ipnotico funzionale alla condensazione psichica del vissuto del trauma muove da un primo movimento simbolico-archetipico verso una sorgente d'acqua raccolta in un bacino/specchio nel quale far scendere il peso del trauma in forma di macchia sul fondo, con un suo specifico colore, densità, e possibilità di movimento/trasformazione, legata al continuo scorrere dell'acqua che stempera e porta via con un ruscello.

La percezione visiva del ridimensionamento e/o graduale scomparsa del colore-ferita veniva fissata con *Ancoraggio* e proiettata al futuro con *Autoipnosi*.

Ripresa leggerezza e serenità il paziente viene risvegliato e subito comunica l'emozione provata, il momento di maggiore intensità del vissuto ipnotico e descrive con sue parole la macchia visualizzata (forma, colore ed eventuali trasformazioni) indicando il colore percepito su una tavola di colori (Mappa Policromatica - Atlas De Colores, raffigurato in Figura 4.11b). Localizzando poi la sede del

corpo centro della sensazione/emozione/peso al pensiero del trauma (con una X sulla sagoma, vedi Figura 4.11a)



Figura 4.11 - Cartella clinica per la raccolta dati (a - Cartella clinica, b - Tavola multicromatica graduata - (Dizionario Spagnolo-Italiano, Italiano-Spagnolo, seconda edizione a cura di Edigeo, Zanichelli Vox 2007).

4.5.3. Protocollo dell'intervento “passo dopo passo”

I pazienti, tutti in psicoterapia da tempo, giunti per bisogni diversi e con programmi terapeutici specifici, all'interno comunque di una solida relazione terapeutica in corso venivano informati della ricerca e del suo scopo e veniva prospettato loro il percorso che li avrebbe portati a ricontattare un momento particolarmente traumatico della loro vita, rievocandolo in forma protetta simbolica e proiettiva in stato di trance ipnotica, con lo scopo (non secondario) di guidare ad una riparazione profonda tramite catarsi.

Si richiedeva quindi il loro consenso per la settimana successiva. Con lo scopo di avere una adesione spontanea al progetto, ma anche di lasciare tempo al processo inconscio di focalizzare interiormente il trauma da trattare (Figura 4.11a).

◆ *Il ricordo e la scelta del trauma*

Alla seduta seguente, verificato l'accordo col paziente, ponevo la domanda: “*Quale è stato il tuo “11 settembre”? Quel fatto, situazione, giorno in cui tutto è cambiato... ed il mondo non è stato più lo stesso?*”

Tutti i soggetti iniziavano a focalizzare un momento, più o meno lontano, inserendolo all'interno del proprio vissuto biografico (peraltro già condiviso durante il trattamento).

Lasciavo spazio al racconto del trauma, consentendone lo scarico affettivo emergente all'interno dello spazio relazionale ed ottenendo una condizione di base più serena.

Il ricordo diventava così più contestualizzato e circoscritto, consentendone l'approfondimento dell'aspetto doloroso in termini di intensità percepita.

Veniva quindi sottoposta la Scala VAS (Visual Analogue Scale) in grado di stimare il dolore nei pazienti adulti.

◆ *La Visualizzazione ipnotica*

A questo punto ai pazienti si somministra la vera e propria ipnosi, seguendo la classica sequenza di rilassamento-approfondimento-luogo sicuro-metaphora-ancoraggio e proiezione al futuro.

- a. Induzione diretta di trance con rilassamento somatico
- b. Approfondimento della trance con discesa negli spazi inconsci (giardino/radura immerso nella natura)
- c. Regressione a memoria infantile di gioco protetto e sicuro nella natura (luogo sicuro) e condensazione dello stato emozionale “nel pugno” per trattenere uno spazio positivo di riferimento durante l’esperienza ipnotica
- d. Ritorno alla radura per procedere con il percorso verso l’immagine condensata del trauma, che prevede:
 - il richiamo sonoro di acqua che scorre (simbolo archetipico primario)
 - l’entrata in un bosco/brughiera, sconosciuto ma sufficientemente soleggiato per essere percorso in direzione del suono (simbolo dell’intreccio naturale degli elementi nell’inconscio)
 - l’incontro con una sorgente limpida che si raccoglie in un piccolo specchio d’acqua, dal quale fluisce un ridente ruscello
 - una riconnessione interiore al dolore ed al peso del trauma rievocato prima della trance
 - il vedere tale sensazione depositarsi sul fondo del bacino come macchia colorata, con una forma e colore specifici da fissare nella memoria.
 - osservare l’azione dell’acqua che scorre ed eventualmente modifica e diluisce la macchia fino a farla scomparire
- e. con sensazione di leggerezza riprendere la strada percorsa e uscire gradualmente dalla trance

◆ **Il Ponte Cromatico**

Quindi entra in azione un’ultima fase in cui il paziente, ancora strettamente in contatto col vissuto ipnotico, rivela i movimenti affettivi e sensoriali somatici scatenati nell’esperienza.

A. Focalizzazione

Al risveglio, immediatamente veniva richiesto di recuperare e comunicare:

- a) l’emozione provata
- b) il punto più intenso dell’esperienza ipnotica

B. Associazione Emozionale Somatotopica

A quel punto si chiedeva di:

- a) descrivere la macchia visualizzata (forma, colore ed eventuali trasformazioni) ed indicare il colore percepito sulla tavola di colori (Mappa Policromatica - Atlas De Colores, in Figura 4.11b)
- b) localizzare con una X la sede del corpo in cui durante la trance era stata percepita la sensazione/emozione/peso al pensiero del trauma (Mappa Corporea)

4.6. Risultati

I pazienti, raggruppati per sesso ed età (adulti dai 37 ai 66 anni, divisi equamente in 5 uomini e 5 donne) venivano prima di tutto distinti per le manifestazioni cliniche che li avevano condotti in terapia psicodinamica.

Quattro soggetti (2 uomini e 2 donne) erano in terapia per disturbi psichici, nello specifico depressione con un caso di ansia generalizzata. Gli altri presentavano somatizzazioni funzionali (3 casi) o malattie a forte substrato psicosomatico.

Di seguito vengono presentati in sintesi i risultati divisi per categorie.

(Nota: in questa parte i dati sono espressi con linguaggio scientifico che può risultare particolarmente difficile ad una lettura divulgativa)

4.6.1. In sintesi: tabelle per sintomi, età e sesso

Tabella 4.1 - Risultati dello studio ordinati per CASISITICA.

Lavoro originale. Diapositiva presentata al XXIX Congresso SIMP - IL TRAUMA come se ne esce? Cosenza 2023. Per una visione più agevole in dettaglio si rimanda a Tavola A. 1 in Appendice a pagina 102

Dolore e/o manifestazioni psichiche															Sintomi organici funzionali					Malattie a forte componente psicosomatica				
ETÀ SESSO		COLORE	DINAMICA COLORE	SOMATOTOPICA COLORE	EMOZIONE ASSOCIATA ALLA SUGGERZIONE	DIFESE	PSICHE	ACU TO	CU MU L	VAS	TRAUMA	ASPETTI ORGANICI	STORIA DEL TRAUMA											
PSICOLOGICI	40	M	NERO	spirale che ruota in senso orario	torace (sterno/bronchi)	Rilassamento. Desiderio di entrare in quella spirale.	RETIRIO	Depressione	+	+	50%	BULLISMO - PERDITA	///	Immobilità. Bullismo. Morte madre (a 30 aa). Licenziato x fuoco amico. Abbandono compagno.										
			BLU PAVONE	trasformazione in MARRONE SCURO con addensamenti	manubrio sterno /claveare sx	Impotenza alla suggestione "lascia scorrere..."	RAZIONALIZZAZIONE	Depressione	+	+	80%	ABBANDONO FAMILIARE/ SCONFERMA	///	Andata a Milano dalla nonna elementari/medie (i genitori non potevano seguirlo). Diverso per sorella. Abbandono a casa per 3 gg senza dirglielo. Sconferma sue azioni autonome di collaborazione a casa. Abbandono marito al parto.										
	58	F						Depressione	+	+	100%	SQUALIFICA PATERNA E MATRIMONIALE	///	Da adolescente smonta un trattore per pulirlo. Il padre di fronte ad altri lo squalifica (chissà se adesso lo sa rimontare!). Sconferma affettivo-sessuale nel matrimonio.										
	64	M	BIANCO	trasformazione in BLU NAVY	cuore	Dolore acuto per riaffiorare del ricordo. Realizza presenza di dolore scordo che non lo ha mai lasciato	SVALUTAZIONE	Depressione	+	+	100%	AGGRESSIONE VERBALE - MINACCIA	///	A 8 aa colpevolizzata ingiustamente di azione violenta da figura adulta. Differente trattamento a casa con sorelle.										
	55	F	VERDE	trasformazione in GIALLO PRIMARIO	stomaco	Angoscia - ansia poi pace e tranquillità	IDEALIZZAZIONE	Ansia. Fobia	+	+	90%		///											
PSICOSOMATICI	40	F	GRIGIO ANTRACITE	trasformazione in MARRONE poi NERO	petti/utero (mani sul petto) poi torace (bronchi/cuore)	Tranquilla. La macchia fluida si andava sfaldando già da subito.	DISTANZIAMENTO	Ipercontrollo	+	+	100%	ANGOSCIA DI MORTE/ FOBIA INDIFFERENZIATA MONDO ESTERNO	asma regressa	A 7 aa Minaccia di morte (zio, per gioco, lancia auto veloce contro di lei) - (fratello gioca su muretto, cade e si ferisce gravemente al volto). Blocco sessuale fino a 38 aa.										
	48	F	MARRONE		diagonale dalla spalla dx all'anca sin	Bene quando corre nel prato. Vertigini (corpo senza appoggio) mentre si scioglie la macchia	DISTANZIAMENTO	Dipendenza. Falso sè autonomo.	+	+	70%	MINACCIA VITALE / TRADIMENTO AFFETTIVO - INGANNIO - PERDITA?	stafale tensiva - trisma - colon irritabile	A 5 aa emottisi post-tonsillectomia (panico). Bullismo. Primo bacio inganno (ragazzo ride di lei con amici). Frustrazioni narcisistiche cumulative. Disoccupazione. Indigenza.										
			NERO		diaframma	Incredulità e sbigottimento. Agitazione.	NEGAZIONE	Ipocondria	+	+	50%	RIPUDIO PATERNO - INGANNIO PERDITA SICUREZZA ECONOMICA	tremore non-intenzionale mano dx > sx	Padre ricco truffatore (mafia). Improvviso abbandono e rifiuto paterno prima famiglia per nuova relazione. Perdita status e indigenza per ripudio. Episodio di casa inaccessibile per cambio serratura. Sostegno parentale per alleanza con madre e fratello maggiore.										
	37	M																						
	66	F	VERDE BOTTIGLIA	GRIGIO CHIARO (pietra) centrale + fuga ombra vert. CUORE ROSSO	fianco sx che irradia a sx in alto(cuore) ed in basso(colon disc.)	Freezing e annichimento. Vede la macchia avere una forma di cuore e prova dolore intenso.	SVALUTAZIONE	Dipendenza. Falso sè autonomo.	+	+	90%	ANGOSCIA ABBANDONICA. IRRREALIZZAZIONE. FRUSTRAZIONE NARCISISTICA.	alimentazione compulsiva/obesità	Padre violento. Tradimento ed abbandono del marito con lunga casa risarcitoria. Frustrazione realizzazione di coppia e sconferma esistenziale. Recente evento con consapevolezza traumatica di solitudine esistenziale reale.										
	40	M	MATTONE	trasformazione in MUSCHIO OPACO (colore naturale fondo)	torace (sterno/bronchi) + fascia a cintura (pancreas)	Fatica e disorientamento a ricordare i fatti. Nausea e vomito il giorno seguente.	INNIPOTENZA	Reazione controfobica	+	+	95%	ANGOSCIA DI CASTRAZIONE. INGANNIO PATERNO. MINACCIA ALL'INTEGRITA' AUTOPROCURATA.	contratture spastiche e fascicolazioni muscolari. Asma (riferita solo prima dell'ipnosi). Pancreatite recente.	Padre castrante. Bugiardo. Nonno corrotto. Lui spericolato. Episodio motorino (concesso motorino rosa da donna. Si oppone e usa moto adulto. Incidente grave (4 mesi).										
	49	M	VERDE TURCHESE	alghe che sfumano a lato in BLU COBALTO	epigastrio ("bocca dello stomaco")	Paura inaspettata ma sensazione di fortuna ad esserne uscito (aiuto per sopportare ustione e trapianti)	ANTICIPAZIONE	Reazione controfobica	+	+	80%	L'INASPETTATO. ANSIA. SENSO DI COLPA. SICUREZZA ATTACCAMENTO.	ustione 3° grado (esiti). Ipertensione.	Padre assente. Africa. Incendio abitazione innescato da insufficiente controllo. Rischio vitale. Ricovero grandi ustionati con plurimi trapianti pelle.										

LEGENDA: La tabella generale mostra in colonna i dati rilevati per i singoli pazienti, disposti in riga e organizzati in gruppi significanti. Sono poi evidenziati in cornici gli elementi che vengono portati all'attenzione nelle singole tabelle per facilitare il riferimento ai contenuti essenziali espressi nel testo. Le colonne relative a Sesso, Colore e Trasformazione dinamica della macchia visualizzata in associazione al trauma durante l'ipnosi, mostrano anche un colore che permette di cogliere differenze ed affinità favorendone la comprensione intuitiva.

Come prevedibile i pazienti psicologici mostrano amplificata sofferenza psichica indipendente dal tipo di emozioni o difese. Tornare al ricordo del trauma attiva in questi soggetti la riapertura della ferita, riattualizzandone dolore emozioni e pensieri.

I pazienti psicosomatici (pensiero concreto prevalente) appaiono provvisti di robuste difese di diniego (o squalifica), minimizzano i vissuti e li distanziano interiormente. A parte due casi con trauma acuto organico, che al ricordo del trauma rispondono in modalità controfobica (Tabella 4.1).

In effetti il trauma organico (incidente in moto, ustione di 3° grado) associato al vissuto psichico dei soggetti, verosimilmente attiva forze reattive specifiche che contrastano la negazione dell'evento e spingono ad una difesa più efficace ed evoluta. Come per esempio nel caso di un giovane a cui il padre negava la moto concedendo solo il motorino ed il figlio oppositivo e narcisista di nascosto usava la moto di un amico, procurandosi un trauma multiplo severo che lo immobilizzava per mesi. L'occasione attiverà un potente senso di colpa che lo farà riflettere sulla propria impulsività e scegliere in seguito la palestra per lo scarico di energie in eccesso fino ad una carriera di sportivo agonista e personal trainer.

Ad un'età più giovanile pare comunque corrispondere un vissuto emotivo del trauma più annichilente (Tabella 4.2), confermato dai colori scuri visualizzati in ipnosi.

Il sesso maschile associa traumi legati prevalentemente ad una relazione disfunzionale col padre, mentre quello femminile presenta traumi variabili a forte valenza emotiva, connessi a diverse situazioni ambientali, più soggetti a rielaborazione interna (Tabella 4.3).

Tabella 4.2 - Risultati dello studio ordinati per ETÀ.

Lavoro originale. Diapositiva presentata al XXIX Congresso SIMP - IL TRAUMA come se ne esce? Cosenza 2023. Per una visione più agevole in dettaglio si rimanda al Tavola A. 1 in Appendice a pagina 103

ETÀ SESSO		COLORE	DINAMICA COLORE	TOMATOTOPICA COLORE	EMOZIONE ASSOCIATA ALLA SUGGERZIONE	DIFESE	PSICHE	ACU TO	CU MU L	VAS	TRAUMA	ASPETTI ORGANICI
La percezione della frattura traumatica		NERO		diaframma	Incredulità e sbigottimento. Agitazione.		Ipocondria	+	+	50%	RIPUDIO PATERNO - INGANNO PERDITA SICUREZZA ECONOMICA	tremore non-intenzionale mano dx > sx
		NERO	spirale che ruota in senso orario	torace (sterno/bronchi)	Rilassamento. Desiderio di entrare in quella spirale.	NEGAZIONE	Depressione	+	+	50%	BULLISMO - PERDITA	///
		GRIGIO ANTRACITE	trasformazione in MARRONE poi NERO	pelvi/utero (mani sul pube) poi torace (bronchi/cuore)	Tranquilla. La macchia fluida si andava sciogliendo già da subito.	IRITRO	Ipercontrollo	+	+	100%	ANGOSCIA DI MORTE/ FOBIA INDIFFERENZIATA MONDO ESTERNO	asma pregressa
		MATTONE	trasformazione in MUSCHIO OPACO (colore naturale fondo)	torace (sterno/bronchi) + fascia a cintura (pancreas)	Fatica e disorientamento a ricordare i fatti. Nausea e vomito il giorno seguente.	DISTANZIAMENTO	Reazione controfobica	+		95%	ANGOSCIA DI CASTRAZIONE. INGANNO PATERNO. MINACCIA ALL'INTEGRITA' AUTOPROCURATA.	contratture spastiche e fascicolazioni muscolari. Asma (riferita solo prima dell'ipnosi). Pancreatite recente.
L'elaborazione interiore del trauma		MARRONE		diagonale dalla spalla dx all'anca sin	Bene quando corre nel prato. Vertigini (corpo senza appoggio) mentre si scioglie la macchia	ONNIPOTENZA	Dipendenza. Falso sè autonomo.	+	+	70%	MINACCIA VITALE / TRADIMENTO AFFETTIVO - INGANNO - PERDITA?	cefalea tensiva - trisma - colon irritabile
		VERDE TURCHESE	alighe che sfumano a lato in BLU COBALTO	epigastrio ("bocca dello stomaco")	Paura inaspettata ma sensazione di fortuna ad esserne uscito (aiuto per sopportare ustione e trapianti)	DISTANZIAMENTO	Reazione controfobica	+		80%	L'INASPETTATO. ANSIA. SENSO DI COLPA. SICUREZZA ATTACCAMENTO.	ustione 3° grado (esti). Iperensione.
		VERDE	trasformazione in GIALLO PRIMARIO	stomaco	Angoscia - ansia poi pace e tranquillità	ANTICIPAZIONE	Ansia. Fobia.	+	+	90%	AGGRESSIONE VERBALE - MINACCIA	///
		BLU PAVONE	trasformazione in MARRONE SCURO con addensamenti	manubrio sterno /claveare sx	Impotenza alla suggestione "lascia scorrere..."	IDEALIZZAZIONE	Depressione	+	+	80%	ABBANDONO FAMILIARE/ SCONFERTA	///
		BIANCO	trasformazione in BLU NAVY	cuore	Dolore acuto per riaffiorare del ricordo. Realizza presenza di dolore sordo che non lo ha mai lasciato	RAZIONALIZZAZIONE	Depressione	+	+	100%	SQUALIFICA PATERNA E MATRIMONIALE	///
		VERDE BOTTIGLIA	GRIGIO CHIARO (pietra) centrale + fuga ombra vert. CUORE ROSSO	fianco sx che irradia a sx in alto(cuore) ed in basso(colon disc.)	Freezing e annichimento. Vede la macchia avere una forma di cuore e prova dolore intenso.	SVALUTAZIONE	Dipendenza. Falso sè autonomo.	+	+	90%	ANGOSCIA ABBANDONICA. IRREALIZZAZIONE. FRUSTRAZIONE NARCISISTICA.	alimentazione compulsiva/obesità

LEGENDA: I pazienti allineati dall'alto in basso per età (crescente) separati in 2 gruppi significanti per colore del trauma, mostrano quanto il tempo e l'esperienza modifichino l'impatto traumatico.

Tabella 4.3 - Risultati dello studio ordinati per SESSO.

Lavoro originale. Diapositiva presentata al XXIX Congresso SIMP - IL TRAUMA come se ne esce? Cosenza 2023. Per una visione più agevole in dettaglio si rimanda al Tavola A. 3 in Appendice a pagina 104

VAS - Scala del dolore												
ETÀ SESSO	COLORE	DINAMICA COLORE	DIFESE	PSICHE	ACU TO	CU MU L	VAS	TRAUMA	STORIA DEL TRAUMA			
La percezione reattiva		NERO						RIPUDIO PATERNO - INGANNO PERDITA SICUREZZA ECONOMICA	Padre ricco truffatore (mafia). Improvviso abbandono e rifiuto paterno prima famiglia per nuova relazione. Perdita status e indigenza per ripudio. Episodio di casa inaccessibile per cambio serratura. Sostegno parentale per alleanza con madre e fratello maggiore.			
		NERO	spirale che ruota in senso orario	NEGAZIONE			50%	BULLISMO - PERDITA				
		VERDE TURCHESE	alighe che sfumano a lato in BLU COBALTO	IRITRO			80%	L'INASPETTATO. ANSIA. SENSO DI COLPA. SICUREZZA ATTACCAMENTO.				
		MATTONE	trasformazione in MUSCHIO OPACO (colore naturale fondo)	ANTICIPAZIONE			95%	ANGOSCIA DI CASTRAZIONE. INGANNO PATERNO. MINACCIA ALL'INTEGRITA' AUTOPROCURATA.				
La percezione emotiva		BIANCO	trasformazione in BLU NAVY	ONNIPOTENZA			100%	SQUALIFICA PATERNA E MATRIMONIALE	Padre castrante. Bugiardo. Nonno corrotto. Lui spericolato. Episodio motorino (concesso motorino rosa da donna. Si oppone e usa moto adulto. Incidente grave (4 mesi). Da adolescente smonta un trattore per pulirlo. Il padre di fronte ad altri lo squalifica (chissà se adesso lo sa rimontare?). Sconferta affettivo-sessuale nel matrimonio.			
		MARRONE		SVALUTAZIONE				Dipendenza. Falso sè autonomo.				
		BLU PAVONE	trasformazione in MARRONE SCURO con addensamenti	DISTANZIAMENTO			80%	ABBANDONO FAMILIARE/ SCONFERTA				
		VERDE BOTTIGLIA	GRIGIO CHIARO (pietra) centrale + fuga ombra vert. CUORE ROSSO	RAZIONALIZZAZIONE			90%	ANGOSCIA ABBANDONICA. IRREALIZZAZIONE. FRUSTRAZIONE NARCISISTICA.				
		VERDE	trasformazione in GIALLO PRIMARIO	SVALUTAZIONE			90%	AGGRESSIONE VERBALE - MINACCIA				
		GRIGIO ANTRACITE	trasformazione in MARRONE poi NERO	IDEALIZZAZIONE			100%	ANGOSCIA DI MORTE/ FOBIA INDIFFERENZIATA MONDO ESTERNO				

LEGENDA: I pazienti allineati dall'alto in basso per sesso (M – F) secondo il grado di dolore percepito (Scala VAS), mostrano come nel sesso maschile il trauma ruoti primariamente attorno alla figura del Padre, mentre in quello femminile la mancata protezione ambientale giochi un ruolo prevalente.

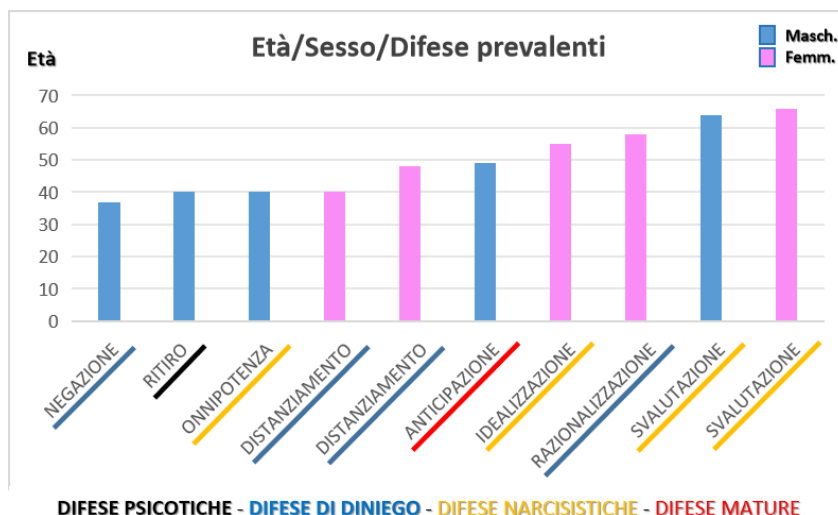


Figura 4.12 - Difese prevalenti per sesso ed età evidenziate da sottolineatura *in nero* (ritiro primario), *in blu* (difese di diniego), *in giallo* (difese narcisistiche), *in rosso* (difese mature).

4.6.2. Il colore del Trauma: la ferita profonda

Tabella 4.4 - Risultati dello studio ordinati per IL COLORE DEL TRAUMA (e trasformazioni).

Lavoro originale. Diapositiva presentata al XXIX Congresso SIMP - IL TRAUMA come se ne esce? Cosenza 2023. Per una visione più agevole in dettaglio si rimanda alla Tavola A. 4 in Appendice a pagina 105

ETÀ	SESSO	COLORE	DINAMICA COLORE
40	M	NERO	spirale che ruota in senso orario
40	F	NERO	
40	F	GRIGIO ANTRACITE	trasformazione in MARRONE poi NERO
48	F	MARRONE	
58	F	BLU PAVONE	trasformazione in MARRONE SCURO con addensamenti
40	M	MATTONE	trasformazione in MUSCHIO OPACO (colore naturale fondo)
66	F	VERDE BOTTIGLIA	GRIGIO CHIARO (pietra) centrale + fuga ombra vert. CUORE ROSSO
55	F	VERDE	trasformazione in GIALLO PRIMARIO
49	M	VERDE TURCHESE	alghe che sfumano a lato in BLU COBALTO
64	M	BIANCO	trasformazione in BLU NAVY

10%	BIANCO	pace - inizio
10%	GIALLO	energia dinamica
0%	ROSSO	forza - impulso
10% (-> 20%)	BLU	famiglia - attaccamento
20% (-> 10%)	NERO	opposizione - fine
20% (-> 20%)	marrone (BLU/ROSSO/GIALLO)	realtà concreta povera (autunno - scarto) ma solido sostegno
30% (-> 10%)	verde (GIALLO/BLU)	IO (autogoverno) NATURA
0%	viola (BLU/ROSSO)	intuito - pensiero magico
0%	arancio (GIALLO/ROSSO)	trasformazione

NERO = LA FRATTURA INSANABILE	MARRONE = LO SCARTO LA PERDITA LA DURA REALTÀ'	BLU = IL RITORNO IN ZONA CONFORT
-------------------------------	--	----------------------------------

LEGENDA: In questa tabella i soggetti seguono una sequenza dall'alto al basso, che parte dalle visualizzazioni della macchia di colore (e sua trasformazione) emotivamente più critiche scendendo verso le forme più reattive e compensatorie. Ad ogni livello i colori si raggruppano secondo dimensioni di senso segnalato dai commenti in cornice. Una legenda, che riporta le percentuali dei colori riscontrati, rimanda al significato concettuale del colore culturalmente condiviso in occidente.

Come si può vedere da Tabella 4.4, il colore del trauma elicitato in modalità ipnotica (colore base):

- Ruota prevalentemente attorno alle varie sfumature di VERDE (l'Io e l'autogestione - la natura e le sue leggi)
- Si manifesta sottoforma di colore NERO laddove sia presente l'esito di una frattura interiore secondaria all'evento.

- Il BLU compare prevalentemente come posizione depressiva di fuga in zona confort verso le sicurezze acquisite
- Il ROSSO, colore dell'energia pulsionale e della forza, è assente (se non in forma associata nei diversi gradi di marrone).
- La trasformazione in MARRONE appare una posizione interiore di caduta verso il reale, con concretezza cinica "hopeless&helpless"

Il colore base mostra prevalentemente una trasformazione simbolica intrainpnotica, che rimanda all'individuale elaborazione interiore del vissuto.

4.6.3. Trauma - Embodiment - Emozioni

Le emozioni primarie paiono associarsi ad un vissuto somatico del trauma che coinvolge il corpo globalmente.

Localizzazioni a livello dei cingoli (scapolare, diaframmatico, pelvico) rivelano la proiezione di un blocco dinamico conseguente al trauma embodied, attraverso le funzionalità specifiche di livello. Non correlano a specifiche emozioni ma al tipo di difese in atto (diniego).

Localizzazioni agli organi interni mostrano movimenti reattivi sottili ad emozioni di tipo secondario, espressione di risposta viscerale (Tabella 4.5).

Tabella 4.5 - Risultati dello studio ordinati per TRAUMA - PROIEZIONE SOMATICA [Embodiment] vs. EMOZIONI [BSMs].

Lavoro originale. Diapositiva presentata al XXIX Congresso SIMP - IL TRAUMA come se ne esce? Cosenza 2023. Per una visione più agevole in dettaglio si rimanda alla Tavola A. 5 in Appendice a pagina 106

ETA' / SESSO	COLORE	DINAMICA COLORE	SOMATOTOPICA COLORE	EMOZIONE ASSOCIATA ALLA SUGGERIZIONE	EMOZIONE	DIFESE	PSICHE	ACU TO	CU MU L	VAS	TRAUMA	ASPETTI ORGANICI
Emozioni Primarie												
40 M	NERO	spirale che ruota in senso orario	torace (sterno/bronchi)	Rilassamento. Desiderio di entrare in quella spirale.	1a TRISTEZZA SORPRESA INVIDIA	RITIRO	Depressione	+	+	50%	BULLISMO - PERDITA	///
40 M	MATTEO	trasformazione in MUSCHIO OPACO (colore naturale fondo)	torace (sterno/bronchi) + fascia a cintura (pancreas)	Fatica e disorientamento a ricordare i fatti. Nausea e vomito il giorno seguente.	1a PAURA ANSIA RABBIA	ONNIPOTENZA	Reazione controfobica	+	+	95%	ANGOSCIA DI CASTRAZIONE. INGANNIO PATERNO. MINACCIA ALL'INTEGRIITA' AUTOPROCURATA.	contratture spastiche e fascicolazioni muscolari. Asma (riferita solo prima dell'ipnosi). Pancreatite recente.
66 F	VERDE BOTTIGLIA	GRIGIO CHIARO (pietra) centrale + fuga ombra vert. CUORE ROSSO	bianco sx che irradia a sx in alto (cuore) ed in basso (colon disc.)	Freezing e arricchimento. Vede la macchia avere una forma di cuore e prova dolore intenso.	1a PAURA TRISTEZZA ANSIA	VALUTAZIONE	Dipendenza. Falso sé autonomo.	+	+	90%	ANGOSCIA ABBANDONICA. IRRILIZZAZIONE. FRUSTRAZIONE NARCISISTICA.	alimentazione compulsiva/obesità
48 F	MARRONE	diagonale dalla spalla dx all'anca sin	diagonale della spalla dx all'anca sin	Bene quando corre nel prato. Vertigini (corpo senza appoggio) mentre si scioglie la macchia	1a DISGUSTO ORGOGGIO DEPRESSIONE	DISTANZIAMENTO	Dipendenza. Falso sé autonomo.	+	+	70%	MINACCIA VITALE / TRADIMENTO AFFETTIVO - INGANNIO - PERDITA?	cefalea tensiva - trisma - colon irritabile
Emozioni Secondarie												
58 F	BLU PAVONE	trasformazione in MARRONE SCURO con addensamenti	manubrio sterno / clavicole sx	Impotenza alla suggestione "lascia scorrere..."	2a SORPRESA DEPRESSIONE VERGOGNA	RAZIONALIZZAZIONE	Depressione	+	+	80%	ABBANDONO FAMILIARE / SCONFERTA	///
37 M	NERO		diaframma	Incredulità e sbigottimento. Agitazione.	2a ANSIA PAURA VERGOGNA	NEGAZIONE	Ipocondria	+	+	50%	RIPUDIO PATERNO - INGANNIO PERDITA SICUREZZA ECONOMICA	tremore non-intenz. mano dx > sx
40 F	GRIGIO ANTRACITE	trasformazione in MARRONE poi NERO	cingolo pelvico - mediastino	Tranquilla. La macchia fluida si andava sfaldando già da subito.	2a AMORE TRISTEZZA DEPRESSIONE	DISTANZIAMENTO	Ipercontrollo	+	+	100%	ANGOSCIA DI MORTE / FOBIA INDIFFERENZIATA MONDO ESTERNO	asma pregressa
64 M	BIANCO	trasformazione in BLU NAVY	mediastino	Dolore acuto per riaffiorare del ricordo. Realizza presenza di dolore sordo che non lo ha mai lasciato	2a ORGOGLIO RABBIA TRISTEZZA	VALUTAZIONE	Depressione	+	+	100%	SQUALIFICA PATERNA E MATRIMONIALE	///
55 F	VERDE	trasformazione in GIALLO PRIMARIO	splancnio	Angoscia - ansia poi pace e tranquillità	2a VERGOGNA DISGUSTO PAURA	IDEALIZZAZIONE	Ansia. Fobia.	+	+	90%	AGGRESSIONE VERBALE - MINACCIA	///
49 M	VERDE TURCHESE	algha che sfuma a lato in BLU COBALTO	epigastrio ("bocca dello stomaco")	Paura inaspettata ma sensazione di fortuna ad esserne uscito (aiuto per sopportare ustione e trapianti)	2a VERGOGNA DISGUSTO PAURA	ANTICIPAZIONE	Reazione controfobica	+	+	80%	L'INASPETTATO. ANSIA. SENSO DI COLPA. SICUREZZA ATTACCOMENTO.	ustione 3° grado (esti). Ipertensione.

LEGENDA: In questa tabella i soggetti vengono raggruppati secondo le localizzazioni topografiche del colore/dolore/peso, riferite in associazione al trauma. Un primo gruppo riporta un impatto globale profondo del corpo riferito agli organi interni che sembra rispondere ad un coinvolgimento neurovegetativo. Un secondo gruppo invece sembra colpire le strutture funzionali motorie segmentarie osteomuscolari. Un caso si differenzia per la localizzazione specifica al movimento involontario del cuore, come se il dolore avesse colpito al centro un bersaglio. Interessante è poi la situazione degli ultimi due casi accomunati dall'emozione "vergogna" che rispondono con la localizzazione gastrica.

4.7. Discussione

Esistono nel corpo delle zone specifiche, che riferiscono a possibili attività funzionali lesionate. Non solo organiche a seguito di danno fisico, ma anche mentali in termini di proiezione psichica simbolica connessa ad un sapere/sentire incarnato.

Nelle figure seguenti (Figura 4.13, Figura 4.14 e Figura 4.15) si mostrano tutti i soggetti indicati in rettangoli diversificati per “colore del trauma” riferito, e connotati dalla difesa psichica prevalente rilevata. Ogni caso viene collegato con la specifica localizzazione corporea in cui è stato percepito il dolore/peso del trauma (vedi Tabella 4.5 – colonna SOMATOTOPICA COLORE). Per es. il primo soggetto, col quadro clinico più severo, che riconosceva una macchia nera trasformata in una spirale che inghiotte, e che manifesta un comportamento pervasivo connotato dal ritiro sociale, a livello di localizzazione corporea riportava un dolore gravativo al centro del torace che pressando lo sterno impediva il respiro molto simile ai sintomi dell’infarto miocardico (descritto nell’immagine con un cerchio). Consentendo una comprensione globale dell’impatto irrisolto del trauma a valenza mortale.

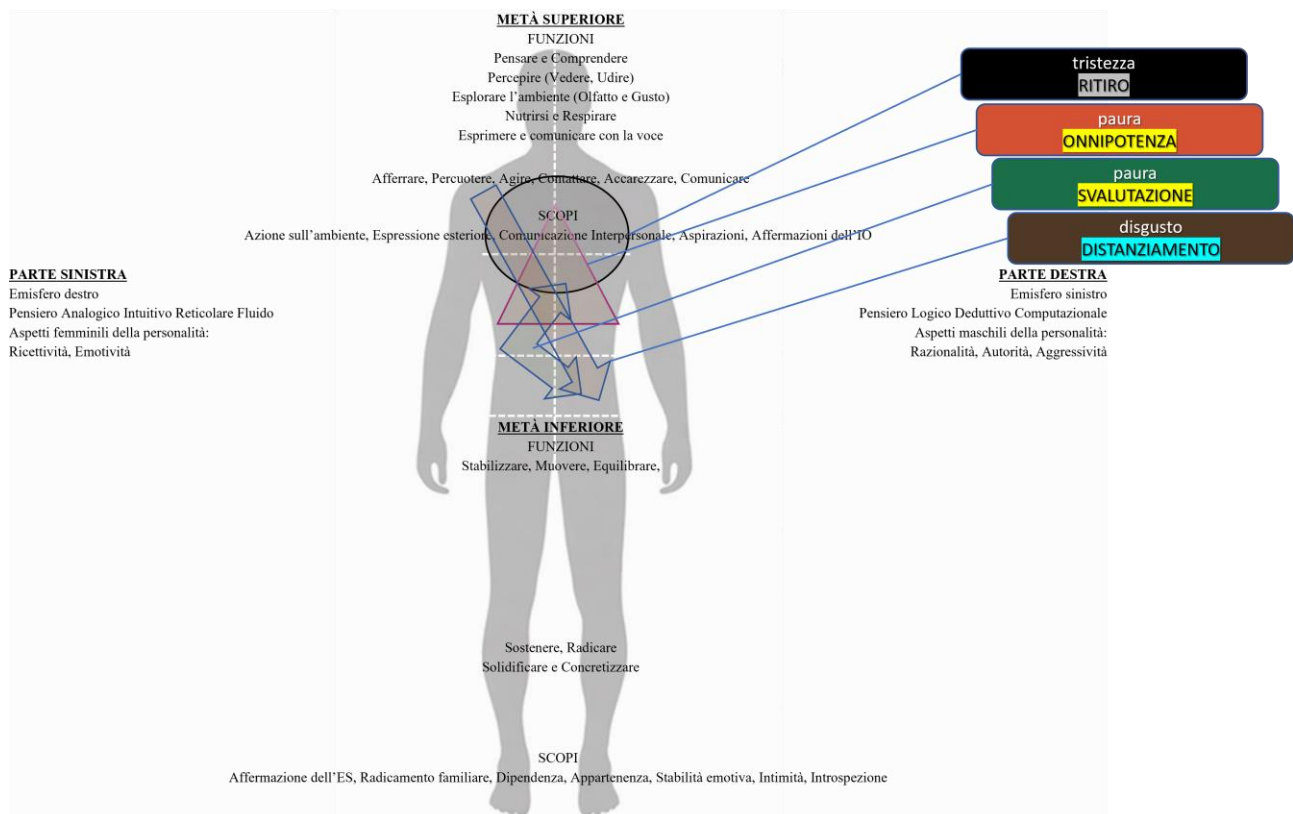


Figura 4.13 - Localizzazioni percettive profonde aspecifiche del trauma riferibili sia ad elementi strutturali del corpo che a funzioni organiche.

Infatti, appare non secondario, se pur in una casistica limitata, il fatto che alcuni traumi psichici appaiano più pervasivi coinvolgendo globalmente il soma, quando il contatto con gli eventi mobilita prioritariamente emozioni primarie (tristezza, paura, disgusto), innate e reattive a risposta immediata aspecifica e non adattiva, suggerendo un impatto del trauma particolarmente intenso a fronte di strutture difensive immature o inadeguate. Questo viene riflesso topograficamente nella proiezione di un carico che coinvolge in modo aspecifico sia il corpo strutturale osteomuscolare (spalla, bacino) che gli organi interni (sistema cardio-respiratorio, sistema digerente) ma anche nelle somatizzazioni manifestate (asma, obesità, trisma e reflusso gastrico) (Figura 4.13).

Come segnalato, se osserviamo il colore riferito al trauma appare che il NERO del trauma più severo associato al ritiro primario sia riferito al sistema cardiorespiratorio rivelando il suo impatto vitale. Mentre il caso che sviluppa una reazione narcisistica controfobica appare somatizzare sullo stomaco-reflusso (“con un MATTONE sullo stomaco”) il rifiuto assoluto di accettare la situazione. Nei pazienti in cui il trauma è altrettanto inaccettabile ma l’energia interiore sembra soccombere non consentendo il rigetto, una trasformazione con movimento evacuativo al retto VERDE BOTTIGLIA & MARRONE esprime lo stesso rifiuto.

Sono situazioni estremamente vulnerabili che esortano ad una speciale attenzione nel trattare le difese dal vissuto traumatico, barriere necessarie anche a protezione del sé corporeo.

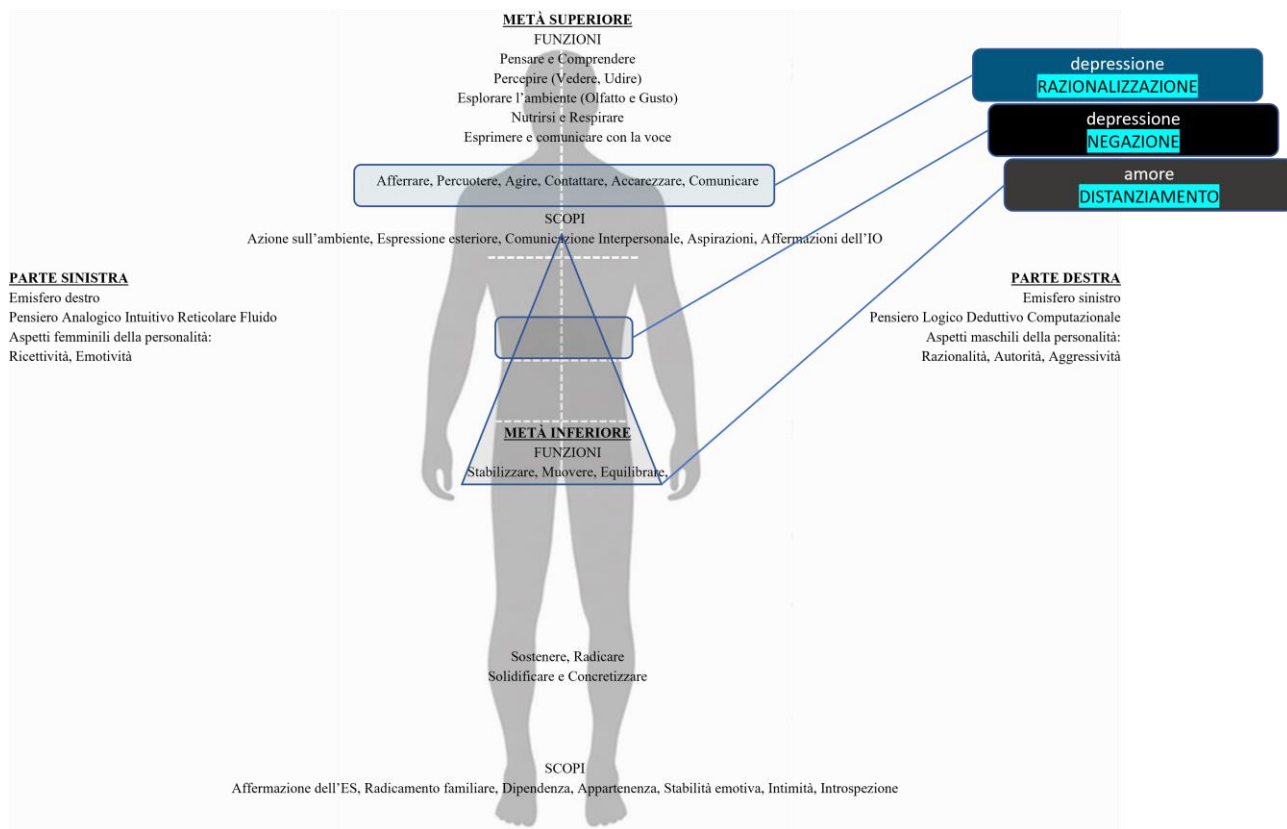


Figura 4.14 - Localizzazioni del trauma riferibili a livelli strutturali dell'attività motoria (deambulazione, movimenti interni splanchnici, azione operativa degli arti superiori).

Diverso è il caso di “incarnazioni” del trauma sullo scheletro assile ed appendicolare, in particolare localizzate ai cingoli muscolo-scheletrici. Caratteristica propria della segmentazione organica in livelli dinamici-motori somatici è l'attività funzionale che vanno a sostenere: dalla deambulazione (asse bacino-pelvi) alla gestione degli arti superiori (asse scapolo-omeroale) fino al movimento diaframmatico ondulatorio che regola la sincronizzazione organica interna.

I casi osservati, tutti visualizzati con colori scuri, hanno mostrato la proiezione di carichi emotivi sulle cinture scapolo-omeroale, diaframmatica e pelvica. Accomuna la presenza di difese di “evitamento” più o meno mature, in cui il rifiuto emotivo al contatto con vissuti estremamente dolorosi accettati come “carico” inevitabile potrebbe riflettersi nel diniego di una parte strutturale del corpo attraverso il suo blocco funzionale (Figura 4.14).

Interessante sarebbe un approfondimento futuro in termini sia diagnostici – come nella fibromialgia, malattia autoimmune che si manifesta con irrigidimenti dolorosi proprio ai cingoli delle spalle e del bacino – sia terapeutici, offrendo spazio a possibili trattamenti somatopsichici. A partire dall'osteopatia fino all'attività sportiva che, rinforzando e recuperando flessibilità al soma tramite apprendimento psico-motorio, possano restituire anche alla mente risorse per uscire dalle protezioni difensive aprendo a un riequilibrio armonico (Ogden et al, 2012).

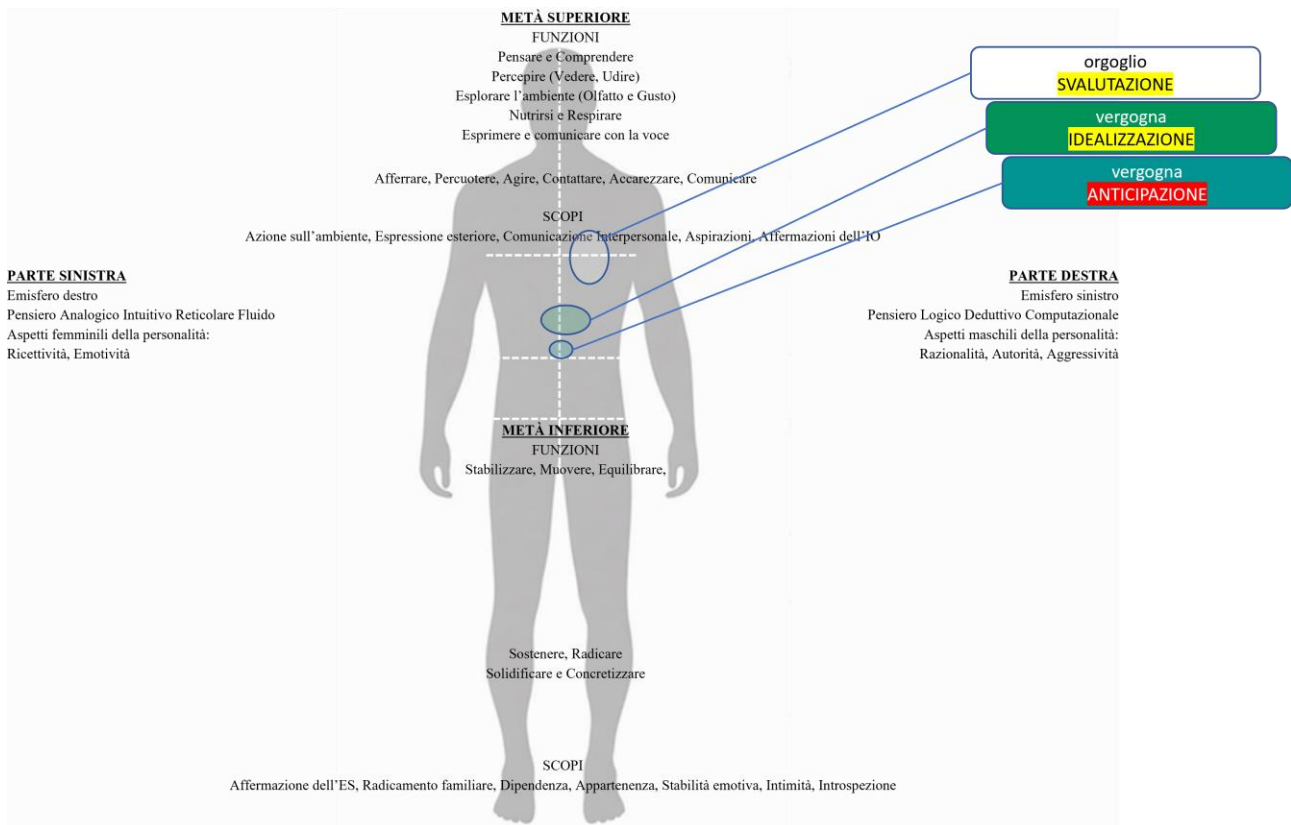


Figura 4.15 - Localizzazioni percettive del trauma fissato e focalizzato su organi specifici con le loro funzioni (cuore, stomaco, addome).

Infine, curiosa sembra la localizzazione quando riferita a specifici organi interni (Figura 4.15).

Il colore prevalentemente VERDE potrebbe indicare un “distanziamento realizzato” dove gli eventi traumatici vengono *dimenticati* lasciandoli nel passato, contando sulle energie naturali rivitalizzanti. Ma in questo modo vengono *conservati* immutati e non rielaborabili, lasciandone la pressione sul soma.

È da valutare quanto esistano realmente danni organici sottesi alla percezione di trauma/ferita irrisolta. Ma è noto quanto lo stress possa agire come determinante di malattie organiche, dalla sindrome cardiaca di Tako-Tsubo alla gastrite ed al reflusso da stress. Forse uno stato stressante cronico persistente potrebbe conseguire a vissuti traumatici pregressi non elaborati e cumulativi, che condizionano i coping riducendo la resilienza.

I dati invitano ad ulteriori interessanti ricerche.

4.8. Limiti

La casistica è composta da pazienti adulti, tra i 37 ed i 66 anni, 50% di sesso maschile e 50% femminile.

Non è stato possibile effettuare una valutazione statistica per il numero limitato di casi osservati, la molteplicità degli items considerati e l'estrema variabilità individuale. Questo anche per le condizioni iniziali di reclutamento (patologia psichica e/o psicosomatica) e per il trattamento psicodinamico individualizzato, in corso da tempo diverso ed in fase differente, che rispondeva a bisogni personalizzati.

I dati sono raccolti in una tabella generale che mostra raggruppamenti interessanti, dal punto di vista osservazionale, che suggeriscono ulteriori futuri campi di ampliamento.

4.9. Trauma - embodiment - emozioni: un caso particolare

Particolare e suggestivo appare un caso che sembra aver ottenuto per mezzo della trance ipnotica un movimento, sia per colore che per forma, connesso al registro spirituale neuroestetico descritto da Kandinskij.

La paziente, ben compensata dal punto di vista psichico, convogliava sul proprio talento artistico la sublimazione delle molteplici istanze interiori. La sua abilità pittorica, per lei strumento consueto alla simbolizzazione, consentiva la visualizzazione del trauma sottoforma di “macchia scura verde bottiglia” che andava stemperandosi lasciando posto ad una “pietra grigia centrale” dalla quale usciva guizzando verso l’alto “un’ombra rossa a forma di cuore” perdendosi poi nello scorrere dell’acqua.

Già nel 1910 nel primo scritto “Lo spirituale nell’arte” Kandinskij relazionava i colori con gli stati psichici: GIALLO per rendere il dinamismo, ROSSO per la forza e la passione e BLU per la tranquillità (Kandinskij, 2005) (Figura 4.16).



Figura 4.16 - “Giallo, rosso, blu” - Wassily Vasilievic Kandinskij 1925, Musée National d’Art Moderne, Paris (fonte: <https://www.singularart.com/blog/en/2024/10/11/yellow-red-blue-by-wassily-kandinsky-bc/>)

Secondo questo autore, l’artista, spinto dalla necessità interiore, è costantemente a contatto con la vita pulsante dello spirito e nella produzione di immagini restituisce la forza vitale profonda che intercetta corrispondenze dell’anima non rappresentative o imitative, bensì creative.

Proprio Wassily V. Kandinskij con Paul Klee, accomunati nella rivoluzione astrattista bauhausiana del primo Novecento, promuoveranno quei nuovi canoni capaci di esprimere una rinnovata libertà dello spirito che «*svela con la massima evidenza la risonanza interiore del quadro*» (Kandinskij, 1968); astrattismo formale e cromatico in grado di rivelare l’essenza delle cose a partire dagli elementi compositivi di base come la linea ed il punto, quest’ultimo sorgente di ogni movimento. In particolare per Klee tutto origina nel “Grau-Punkt” o Punto Grigio (Figura 4.17), rappresentazione non dimensionale del caos primigenio: “*Il caos quale antitesi non è caos autentico, il vero caos, bensì un concetto localmente determinato in funzione del concetto di cosmo.....non potrà mai essere messo sul piatto di una bilancia, ma per sempre resterà imponderabile e incommensurabile*” (Klee, 2010).

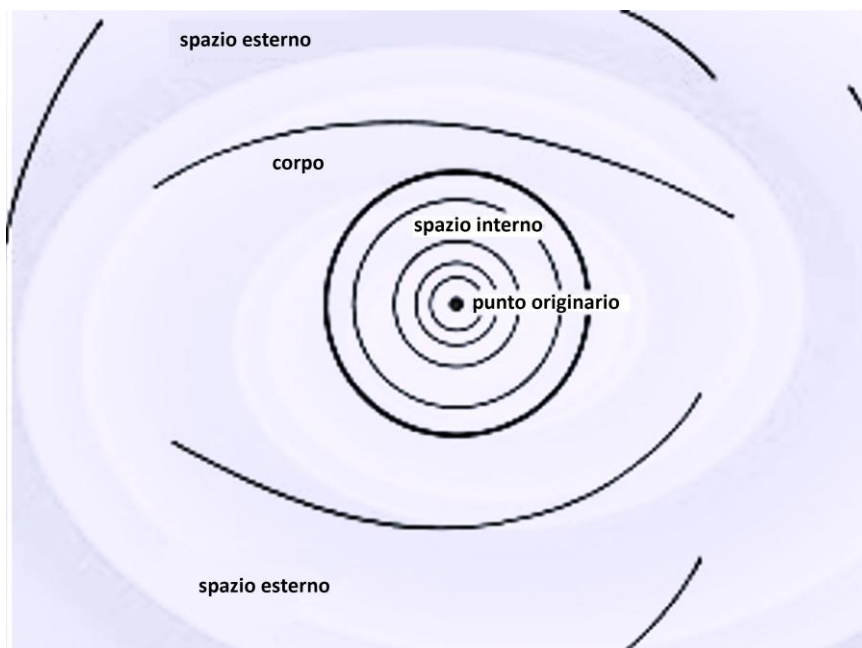


Figura 4.17 - Grau-Punkt

Punto grigio, “punto fecondo” secondo Klee (Figura 4.18), che assumendo poi quel carattere primigenio concentrico da cui propaga l’ordine creativo della vita si materializza in forme e colori, divenendo quel “grigio verde/rosso, grigio dinamico” di Kandinskij matrice degli altri colori. Di fatto una posizione iniziale puntiforme immateriale «*unico legame fra silenzio e parola*» secondo Kandinskij, che evoca potentemente lo stato originario dell’Universo prima del Big Bang, e che, come questo, si materializza espandendosi dal nulla.

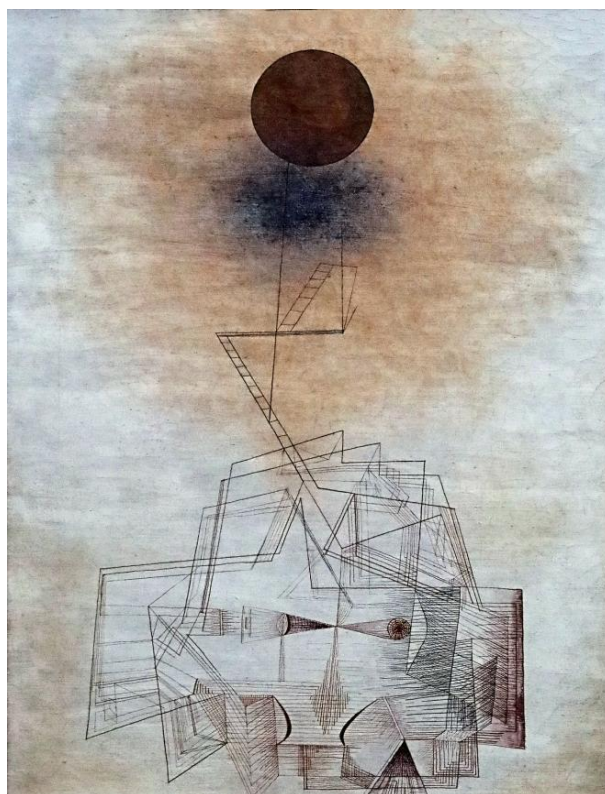


Figura 4.18 - *Grenzen des verstandes* (I limiti della ragione) - Paul Klee 1927, Pinakothek der Moderne, Monaco di Baviera

(fonte: https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Grenzen_des_Verstandes,_Paul_Klee.jpg)

Nello sviluppo trasformativo della macchia verde visualizzato dalla paziente osserviamo proprio una caduta regressiva ad una sorta di punto grigio statico sottoforma di pietra grigia ed immobile dalla quale si libera un'ombra in forma di cuore rosso, come se in questo caso il vissuto traumatico si fosse proiettato nelle forme primarie della percezione visiva pre-simbolica. Che invia agli 'schemi emotivi' di Wilma Bucci nella sua nota Teoria del Codice Multiplo, in cui si descrive l'organizzazione dell'elaborazione delle informazioni, comprese quelle emotive, formando rappresentazioni interne. (Bucci, 1997; 1999)

In particolare sembra in questo caso che il richiamo emozionale ai vissuti traumatici abbia attivato un'elaborazione sub-simbolica intuitiva attraverso un percorso implicito senza possibilità di formare categorie discrete accessibili alla simbolizzazione. Ma capace tuttavia di intercettare schemi di immagine-azione primari connessi a processi di elaborazione motoria e viscerale, che hanno trovato nella sublimazione artistica la loro forma espressiva.

4.10. Conclusioni

Ci eravamo chiesti se al di là del valore diagnostico proiettivo, il colore potesse offrire un lessico intersoggettivo capace di intercettare l'esperienza traumatica, altrimenti inaccessibile alla mente dei pazienti per l'isolamento psichico dei contenuti dolorosi inelaborabili operato dalle difese dissociative.

Sono stati quindi reclutati 10 soggetti per uno studio osservativo ad approccio euristico che, partendo da una piccola casistica "sporca" di pazienti in trattamento psicoterapico o psicosomatico, verificasse l'intuizione comune che associa il trauma psichico ad un colore (percezione visiva a valenza simbolica) e se tale percezione fosse associata a specifiche emozioni (BSMs) con le relative localizzazioni somatiche "embodied", oppure consegnasse una topografia corporea legata ad altri livelli del sé.

A volte il trauma è una frattura insanabile (colore Nero o Antracite) dalla quale è possibile solo allontanarsi, ritirandosi in una chiusura ripiegata verso di sé o negandola scatenando ritorni ipocondriaci, o anche distanziandola ma a prezzo di un permanente ipercontrollo.

Il trauma "Verde", confinato in uno spazio simbolico naturale che rimanda alla rigenerazione ciclica vegetale, lascia qualche energia attiva e spinge a reagire attivando difese perlopiù narcisistiche che comunque sostengono la ripresa vitale. Questa è la condizione che si è presentata con maggior frequenza.

Il trauma presente in età più matura sembra invece presentare una situazione di accettazione, ma connotata da una visione più cinica della vita e ad un timismo flesso cronicamente. I colori visualizzati sono diversi per ogni soggetto (Marrone, Blu Pavone, Bianco) che rispecchia la specificità dei singoli vissuti traumatici, complessivamente irrigiditi da una verosimile rielaborazione non più aperta a nuove prospettive. Le difese agiscono per mantenere lo stato raggiunto.

Per quando consta la relazione con le emozioni e l'embodiment, rimando alle considerazioni sviluppate nella discussione.

In ogni caso conoscere l'embodiment psico-emozionale di un vissuto traumatico, attraverso tecnica ipnotica che elici livelli pre-logici sub-simbolici, migliora la Taylorizzazione dell'intervento terapeutico.

Parallelamente utilizzare il colore come medium intersoggettivo per riferirsi al vissuto degli eventi di vita può rivelarsi altamente efficace sia in termini di lessico condiviso che di accesso al mondo profondo della mente ed alla complessità psicosomatica, consentendo di affrontare spazi inaccessibili altrimenti. Un colore significativo, un ponte, un punto *"unico legame fra silenzio e parola"*.

Particolarmente interessante appare il riscontro, nei nostri pazienti invitati a proiettare la loro esperienza traumatica sottoforma di "macchia colorata", dell'assenza del Rosso, colore primario

associato alla passione ed all'impulsività. Situazione che invita nel trauma ad ulteriori studi dei livelli profondi, possibili sedi di energie dissociate, potenzialmente esplosive.

Condizioni caratterizzate da impulsività e perdita di controllo, difficoltà di concentrazione e memoria, senso di minaccia permanente, spesso automedicate ricorrendo al consumo di alcool e droghe, così preoccupanti nei nostri giovani troppo vulnerabili, potrebbero mascherare dolori, frustrazioni, ferite irrisolte dal vissuto faticoso del reale. L'esperienza del crescere, sperimentata e percepita come traumatica, diviene incapace di liberare quel Rosso sano che ama la vita, ed il calore che in essa si realizza.

Bibliografia

- Aydede. M., Robbins P., (2009). *Situated cognition; The Cambridge handbook of situated cognition*, Edited by Philip Robbins, Washington University, St Louis, Murat Aydede, University of Florida. Publisher: Cambridge University Press., ed. 2009
- APA (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3th ed.), American Psychiatric Association, Washington DC.
- Barbagelata F. (2005). *Induzioni ipnotiche per Allergie.*, In: L. Merati e B.Mantellini (a cura di), *La Medicina Complementare nella pratica clinica* (p.51). EDRA Masson, Milano
- Barbagelata F. (2015). *L'orientamento del soggetto verso la trance e la comunicazione in ipnosi.*, In: Merati, L. & Ercolani, R. (a cura di) *Manuale pratico di ipnosi clinica e autoipnosi*, Milano: Edra 2015, (revisione 2025, pubblicazione in corso).
- Beck J.G., Palyo S.A., Canna M.A., Blanchard E.B., Gudmundsdottir B. (2006). *What factors are associated with the maintenance of PTSD after a motor vehicle accident? The role of sex differences in a help-seeking population.* J Behav Ther Exp Psychiatry. 2006 Sep;37(3):256-66. DOI: [10.1016/j.jbtep.2005.04.001](https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2005.04.001).
- Bonomi C. (2001). *Breve storia del trauma dalle origini a Ferenczi (1880-1930ca)*, in: C. Bonomi, F. Borgogno, *La Catastrofe e i suoi Simboli. Il contributo di Sándor Ferenczi alla storia del trauma*, Torino: UTET Libreria, 2001, pp. 71-115.
- Borghi A.M., Cimatti, F. (2010). *Embodied cognition and beyond: Acting and sensing the body*, Neuropsychologia, Volume 48, Issue 3, 2010, Pages 763-773, ISSN 0028-3932.
- Borghi A.M. (2013). *Embodied cognition and word acquisition: The challenge of abstract words* In: Cornelia Müller, Alan Cienki, Ellen Fricke, Silva H. Ladewig, David McNeill & Jana Bressemer (a cura di) *Body-Language-Communication: An International Handbook on Multimodality in Human Interaction*. Handbooks of Linguistics and Communication Science (HSK) 38/2 Berlino, Boston: De Gruyter: Mouton
- Bucci W. (1997). *Psychoanalysis and Cognitive Science: A Multiple Code Theory*. The Guilford Press, May 16, 1997. ISBN 9781572302136.
- Bucci W. (1999). *The multiple code theory and the "third ear": the role of theory and research in clinical practice*, Psichiatria e Psicoterapia Analitica 18 (4): 299-310.
- Candia-Rivera D., Catrambone V., Thayer J.F., Gentili C., Valenza G. (2022). *Cardiac sympathetic-vagal activity initiates a functional brain-body response to emotional arousal*. Proc Natl Acad Sci U S A. 2022 May 24;119(21):e2119599119. DOI: [10.1073/pnas.2119599119](https://doi.org/10.1073/pnas.2119599119).
- Clark A., Chalmers, D. (1998). *The extended mind*. Analysis 58 (1):7-19.
- Damasio A.R. (1995). *L'errore di Cartesio*, Adelphi Edizioni, Milano 1995, pp. 404
- Ekman P. (1992). *An argument for basic emotions*. Cognition and Emotion, 6(3-4), 169-200. DOI: [10.1080/02699939208411068](https://doi.org/10.1080/02699939208411068).
- Fabbrizi C. (2008) *Mente e corpo in Kant*, Aracne, Roma.

- Fong J., Doyle H. K., Wang C., Boehm A. E., Herbeck S. R., Pandiyan V. P., Schmidt B. P., Tiruveedhula P., Vanston J. E., Tuten W. S., Sabesan R., Roorda A. & Ng R. (2025). *Novel color via stimulation of individual photoreceptors at population scale*. Science Advances, 11(16). DOI: [10.1126/sciadv.adu1052](https://doi.org/10.1126/sciadv.adu1052).
- Gallese V. (1996). *Corpo vivo, simulazione incarnata, intersoggettività. Una prospettiva neuro-fenomenologica*, Journal of consciousness studies, 3, 1996, pp. 293-326.
- Goodwyn E. (2024). *Understanding Spontaneous Symbolism in Psychotherapy Using Embodied Thought*. Behav Sci (Basel). 2024 Apr 12;14(4):319. DOI: [10.3390/bs14040319](https://doi.org/10.3390/bs14040319).
- Green B. (1990). *Defining Trauma: Terminology and Generic Stressor Dimensions*, Journal of Applied Social Psychology, 20, 20, pp. 1632-42
- Guilbeault D., Nadler E.O., Chu M., Lo Sardo D.R., Kar A.A., Desikan B.S. (2020). *Color associations in abstract semantic domains*. Cognition. 2020 Aug;201:104306. DOI: [10.1016/j.cognition.2020.104306](https://doi.org/10.1016/j.cognition.2020.104306).
- Hartmann M., Lenggenhager B., Stocker K. (2023). *Happiness feels light and sadness feels heavy: introducing valence-related bodily sensation maps of emotions*. Psychol Res. 2023 Feb;87(1):59-83. DOI: [10.1007/s00426-022-01661-3](https://doi.org/10.1007/s00426-022-01661-3).
- Hjermstad M.J., Fayers P.M., Haugen D.F., Caraceni A., Hanks G.W., Loge J.H., Fainsinger R., Aass N., Kaasa S. (2011); European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC). *Studies comparing Numerical Rating Scales, Verbal Rating Scales, and Visual Analogue Scales for assessment of pain intensity in adults: a systematic literature review*. J Pain Symptom Manage. 2011 Jun;41(6):1073-93. DOI: [10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016](https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016).
- Jonauskaite D., Parraga C. A., Quiblier M., & Mohr C. (2020). *Feeling Blue or Seeing Red? Similar Patterns of Emotion Associations With Colour Patches and Colour Terms*. I-perception. 2020 Feb 2;11(1):2041669520902484. DOI: [10.1177/2041669520902484](https://doi.org/10.1177/2041669520902484).
- Kandinskij W.V. (2012). *Punto, linea, superficie*, Adelphi, 1968, Ristampa, Milano, Adelphi Edizioni, 2012
- Kandinskij W.V. (2005), *Lo spirituale nell'arte* (1912); in Vasilij Kandinskij (Autore), E. Pontiggia (a cura di), SE, 2005,
- Klee P. (2010), *Teoria della forma e della figurazione*; in M. Barison (a cura di), Carlo Mainoldi (Trad. It.) Teoria della forma e della figurazione. Ediz. illustrata. Storia naturale infinita (Vol. 2). (Originariamente pubblicato nel 1959).
- Lakoff G., Johnson M. (1999). *Philosophy In The Flesh: the Embodied Mind and its Challenge to Western Thought*. Basic Book 1999, EAN: 9780465056743
- Lakoff G., Johnson M. (2005), *Metaphors We Live By*, University of Chicago Press. *Metafora e vita quotidiana*, Milano, Edizione Bompiani. (Originariamente pubblicato nel 1980).
- Ma Y., Cheng W., Huang S., Schmitt F. G., Lin X., & Huang Y. (2024). *Hidden turbulence in van gogh's the starry night*. Physics of Fluids, 36(9). DOI: [10.1063/5.0213627](https://doi.org/10.1063/5.0213627).
- Mano L. Y., Faiçal B. S., Gonçalves V. P., Pessin G., Gomes P. H., de Carvalho A. C., & Ueyama J. (2020). *An intelligent and generic approach for detecting human emotions: a case study with facial expressions*. Applied Soft Computing, 24(11), 8467-8479. DOI: [10.1007/s00500-019-04411-7](https://doi.org/10.1007/s00500-019-04411-7).
- Merleau-Ponty M. (2003). *Phénoménologie de la perception*, Paris: Gallimard; Andrea Bonomi (Trad. It.), Fenomenologia della percezione, Milano: Il Saggiatore; Bompiani, (Originariamente pubblicato nel 1945).
- Merleau-Ponty M. (2010). *La Structure du comportement*, Paris: PUF; Guido Davide Neri (Trad. It.), La struttura del comportamento, prefazione di Alphonse de Waelhens, Milano: Bompiani, 1963; a cura di Marcello Ghilardi e Luca Taddio, Milano-Udine: Mimesis (Originariamente pubblicato nel 1942).

- Nummenmaa L., Glerean E., Hari R., & Hietanen JK (2014). *Bodily maps of emotions*. PNAS Proceedings of the National Academy of Sciences degli Stati Uniti d'America, 111 (2), 646–651. DOI: [10.1073/pnas.1321664111](https://doi.org/10.1073/pnas.1321664111).
- Ogden P., Minton K., Pain C. (2012). *Il trauma e il corpo. Manuale di psicoterapia sensomotiva*, Tr.it. Ist. Scienze Cognitive Edizioni, Sassari. (Originariamente pubblicato nel 2006).
- Panksepp J. (1998). *Affective Neuroscience: The Foundations of Human and Animal Emotions*. Oxford University Press.
- Passerini A., De Palma M. (2016). *Neuroestetica ed Esperienza Immaginativa*, Alpes, Roma
- Passerini A., Barbagelata F. (2023). *Il corpo nell'esperienza immaginativa*, Alpes Italia, Roma
- Rank O. (1990). *Das Trauma der Geburt* (1924), Trad. Il trauma della nascita. Sua importanza per la psicoanalisi, Francesco Marchioro (a cura e prefazione), Sugarco ed., Milano
- Russell J. A. (1980). *A Circumplex Model of Affect*, Journal of Personality and Social Psychology 39(6):1161-1178, DOI: [10.1037/h0077714](https://doi.org/10.1037/h0077714).
- Posner J., Russell J.A., Peterson B.S. (2005). *The circumplex model of affect: an integrative approach to affective neuroscience, cognitive development, and psychopathology*. Dev Psychopathol. 2005 Summer;17(3):715-34. DOI: [10.1017/S0954579405050340](https://doi.org/10.1017/S0954579405050340).
- Shapiro L. (2011). *Embodied cognition*. Routledge/Taylor & Francis Group, 2011; “Embodied Cognition” in Eric Margolis, Richard Samuels and Stephen P. Stich (eds.), *The Oxford Handbook of Philosophy of Cognitive Science*, New York: Oxford University Press, pp. 118–147, 2012.
- Varela F.J. (1996). *Neurophenomenology. A methodological remedy for the hard problem*, in Journal of consciousness studies, 3, 1996, pp. 33-49; trad. it. in *Neurofenomenologia. Le scienze della mente e la sfida dell'esperienza cosciente*, a cura di M. Cappuccio, 2006, pp. 65-93.
- Varela F., Thompson E., Rosch E., Kabat-Zinn J. (2016). *The Embodied Mind: Cognitive Science and Human Experience*. The MIT Press, DOI: [10.7551/mitpress/6730.001.0001](https://doi.org/10.7551/mitpress/6730.001.0001).
- Weathers F.W., Keane T. M. (2007). *The Criterion A Problem Revisited: Controversies and Challenges in Defining and Measuring Psychological Trauma*, Journal of Traumatic Stress, 20, 2, pp. 107-21.
- WHO (World Health Organization) (2010). *International Classification of Disease 10th Revision*, World Health Organization, Geneva.
- Zamperini A., Menegatto M.L. (2018). *Tortura psicologica e trauma psichico: La legge e la scienza*, Studi sulla questione criminale, XIII, n. 2, 2018, ed. Carocci, Roma.

Flavia Annamaria Rosa Barbagelata

Nata 1955, consegue Laurea in Medicina nel 1980 specializzandosi nel 1984 in Allergologia e Immunologia Clinica. Dal 1991 formazione in Psicologia Didattica, Psicosomatica, Ipnosi classica e regressiva, Med. Bioenergetica, Mindfulness. Master PNL3 (2004), Counselor e Psicoterapeuta con la procedura immaginativa (2016), Psychosomatic Specialist ICPM (International College of Psychosomatic Medicine).

MMG dal 1983 al 2022, dal'99 docente dei Corsi di Ipnosi e Psicosomatica del Centro ProMeTeO (SIMP), con focus sulle tecniche di Comunicazione Ipnotica in Psicosomatica. Dal 2019 docente per la Psicosomatica della Scuola Internazionale di specializzazione con la procedura immaginativa S.I.S.P.I.

Dal 1980 ad oggi molteplici ricerche, pubblicazioni, partecipazioni a Congressi Scientifici, Convegni ed Eventi anche in ambito sociale.

Mail: flavia.barbagelata@gmail.com

Appendice

Tavola A. 1 - Risultati dello studio ordinati per CASISITICA

PSICOLOGICI										PSICOSOMATICI									
ETÀ	SESSO	COLORE	DINAMICA COLORE	SOMATOTOPICA COLORE	EMOZIONE ASSOCIATA ALLA SUGGERIZIONE	DIFESA	PSICHE	ACU TO	CU MU L	VAS	TRAUMA	ASPETTI ORGANICI	STORIA DEL TRAUMA						
40	M	NERO	spirale che ruota in senso orario	torace (sterno/bronchi)	Rilassamento. Desiderio di entrare in quella spirale.	RITIRO	Depressione	+	+	50%	BULLISMO - PERDITA	///	Immaginaria. Bullismo. Morte madre (a 30 aa). Licenziato x fuoco amico. Abbandono compagnia.						
58	F	BLU PAVONE	trasformazione in MARRONE SCURO con addensamenti	manubrio sterno /claveare sx	Impotenza alla suggestione "lascia scorrere..."	RAZIONALIZZAZIONE	Depressione	+	+	80%	ABBANDONO FAMILIARE / SCONFERTA	///	Mandata a Milano dalla nonna elementari/medie (i genitori non potevano seguirli). Diverso per sorella. Abbandono a casa per 3 gg senza dirglielo. Sconfirma sue azioni autonome di collaborazione a casa. Abbandono marito al parto.						
64	M	BIANCO	trasformazione in BLU NAVY	cuore	Dolore acuto per riaffiorare del ricordo. Realizza presenza di dolore sordo che non lo ha mai lasciato	SVALUTAZIONE	Depressione	+	+	100%	SQUALIFICA PATERNA E MATRIMONIALE	///	Da adolescente smonta un trattore per pulirlo. Il padre di fronte ad altri lo squalifica (chissà se adesso lo sa rimontare!). Sconfirma affettivo-sessuale nel matrimonio.						
55	F	VERDE	trasformazione in GIALLO PRIMARIO	stomaco	Angoscia - ansia poi pace e tranquillità	IPERVALUTAZIONE	Ansia. Fobia	+	+	90%	AGGRESSIONE VERBALE - MINACCIA	///	A 8 aa colpevolizzata ingiustamente di azione violenta da figura adulta. Differenti trattamenti a casa con sorelle.						
40	F	GRIGIO ANTRACITE	trasformazione in MARRONE poi NERO	pelvi/utero (mani sul pube) poi torace (bronchi/ cuore)	Tranquilla. La macchia fluida si andava sfaldando già da subito.	DISTANZIAMENTO	Ipercontrollo	+	+	100%	ANGOSCIA DI MORTE/ FOBIA INDIFFERENZIATA MONDO ESTERNO	asma - egressa	A 7 aa Minaccia di morte (io, per gioco, lancia auto veloce contro di lei) + fratello gioca su muretto, cade e si ferisce gravemente al volto). Blocco sessuale fino a 38 aa.						
48	F	MARRONE		diagonale dalla spalla dx all'anca sin	Bene quando corre nel prato. Vertigini (corpo senza appoggio) mentre si scioglie la macchia	DISTANZIAMENTO	Dipendenza. Falso sè autonomo.	+	+	70%	MINACCIA VITALE / TRADIMENTO AFFETTIVO - INGANNO - PERDITA?	sfalea tensiva - trisma - colon irritabile	A 5 aa emotivi post-tossilectomia (panico). Bullismo. Primo bacio inganno (ragazzo ride di lei con amici). Frustrazioni narcisistiche cumulative. Disoccupazione. Indigenza. Padre ricco truffatore (mafia). Improvviso abbandono e rifiuto paterni prima famiglia per nuova relazione. Perdita status e indigenza per ripudio. Episodio di casa inaccessibile per cambio serratura. Sostegno parentale per alleanza con madre e fratello maggiore.						
37	M	NERO		diaframma	Incredulità e sgobbitamento. Agitazione.	NEGAZIONE	Ipocondria	+	+	50%	RIPIUDIO PATERNO - INGANNO - PERDITA SICUREZZA ECONOMICA	temore non-intenzionale mano dx > sx							
66	F	VERDE BOTTIGLIA	GRIGIO CHIARO (pietra) centrale + fuga ombra vert. CUORE ROSSO	fianco sx che irradia a sx in alto(cuore) ed in basso(colon disc.)	Freezing e annichimento. Vede la macchia avere una forma di cuore e prova dolore intenso.	SVALUTAZIONE	Dipendenza. Falso sè autonomo.	+	+	90%	ANGOSCIA/ABBANDONICA. IRREALIZZAZIONE. FRUSTRAZIONE NARCISISTICA.	alimentazione compulsiva/ obesità	Padre violento. Tradimento ed abbandono del marito con lunga causa risarcitoria. Frustrazione realizzazione di coppia e sconfirma esistenziale. Recente evento con consapevolezza traumatica di solitudine esistenziale reale.						
40	M	MATTONE	trasformazione in MUSCHIO OPACO (colore naturale fondo)	torace (sterno/bronchi) + fascia a cintura (pancreas)	Fatica e disorientamento a ricordare i fatti. Nausea e vomito il giorno seguente.	ONNIPOTENZA	Reazione controfobia	+		95%	ANGOSCIA DI CASTRAZIONE. INGANNO PATERNO. MINACCIA ALL'INTEGRITA' AUTOPROCURATA.	contratture spastiche e fascicolazioni muscolari. Asma (riferito solo prima dell'ipnosi).	Padre castrante. Bugiardo. Nonno corrotto. Lui spericolato. Episodio motorino (concesso motorino rosa da donna. Si oppone e usa moto adulto. Incidente grave (4 mesi).						
49	M	VERDE TURCHESE	alighe che sfumano a lato in BLU COBALTO	epigastrio ("bocca dello stomaco")	Paura inaspettata ma sensazione di fortuna ad esserne uscito (aiuto per sopportare ustione e trapianti)	ANTICIPAZIONE	Reazione controfobia	+		80%	L'INASPETTATO. ANSIA. SENSO DI COLPA. SICUREZZA ATTACCAMENTO.	Pancreatite recente. Iperensione.	Padre assente. Africa. Incendio abitazione innescato da insufficiente controllo. Rischio vitale. Ricovero grandi ustionati con plurimi trapianti pelle.						

LEGENDA: La tabella generale mostra in colonna i dati rilevati per i singoli pazienti, disposti in riga e organizzati in gruppi significanti. Sono poi evidenziati in cornici gli elementi che vengono portati all' attenzione nelle singole tabelle per facilitare il riferimento ai contenuti essenziali espressi nel testo. Le colonne relative a Sesso, Colore e Trasformazione dinamica della macchia visualizzata in associazione al trauma durante l' ipnosi, mostrano anche un colore che permette di cogliere differenze ed affinità favorendone la comprensione intuitiva.

Tavola A. 2 - Risultati dello studio ordinati per ETÀ

età adulta - il blocco traumatico

età pre-anziana - la trasformazione esistenziale postraumatica

ETÀ	SESSO	COLORE	DINAMICA COLORE	SOMATOTOPICA COLORE	EMOZIONE ASSOCIATA ALLA SUGGERZIONE	DIFESA	PSICHE	ACU TO	CU MU L	IVAS	TRAUMA	ASPETTI ORGANICI
		NERO		diaframma	Incredulità e sbigottimento. Agitazione.		Ipocondria	+	+	50%	RIPUDIO PATERNO - INGANNO PERDITA SICUREZZA ECONOMICA	tremore non-intenzionale mano dx > sx
37	M		spirale che ruota in senso orario	torace (sterno/bronchi)	Rilassamento. Desiderio di entrare in quella spirale.	NEGAZIONE						
40	M	NERO				RITIRO	Depressione	+	+	50%	BULLISMO - PERDITA	///
		GRIGIO	trasformazione in ANTRACITE	pelvi/utero (mani sul pube) poi torace (bronchi/cuore)	Tranquilla. La macchia fluida si andava svuotando già da subito.		Ipercontrollo	+	+	100%	ANGOSCIA DI MORTE/ FOBIA INDIFFERENZIATA MONDO ESTERNO	asma pregressa
40	F		trasformazione in MARRONE poi NERO									
		MATTONE	trasformazione in MUSCHIO OPACO (colore naturale fondo)	torace (sterno/bronchi) + fascia a cintura (pancreas)	Fatica e disorientamento a ricordare i fatti. Nausea e vomito il giorno seguente.	DISTANZIAMENTO	Reazione controfobica	+		95%	ANGOSCIA DI CASTRAZIONE. INGANNO PATERNO. MINACCIA ALL'INTEGRITA' AUTOPROCURATA.	contratture spastiche e fascicolazioni muscolari. Asma (riferita solo prima dell'ipnosi). Pancreatite recente.
40	M					ONNIPOTENZA	Dipendenza. Falso sè autonomo.	+	+	70%	MINACCIA VITALE / TRADIMENTO AFFETTIVO - INGANNO - PERDITA?	cefalea tensiva - trisma - colon irritabile
		MARRONE		diagonale dalla spalla dx all'anca sin	Bene quando corre nel prato. Vertigini (corpo senza appoggio) mentre si scioglie la macchia	DISTANZIAMENTO	Reazione controfobica	+		80%	L'INASPETTATO. ANSIA. SENSO DI COLPA. SICUREZZA ATTACCAMENTO.	ustione 3° grado (esiti). Iper tensione.
49	M	VERDE TURCHESE	alighe che sfumano a lato in BLU COBALTO	epigastrio ("bocca dello stomaco")	Paura inaspettata ma sensazione di fortuna ad esserne uscito (aiuto per sopportare ustione e trapianti)	ANTICIPAZIONE	Ansia. Fobia.	+	+	90%	AGGRESSIONE VERBALE - MINACCIA	///
55	F	VERDE	trasformazione in GIALLO PRIMARIO	stomaco	Angoscia - ansia poi pace e tranquillità	IDEALIZZAZIONE	Depressione	+	+	80%	ABBANDONO FAMILIARE/ SCONFERMA	///
		BLU PAVONE	trasformazione in MARRONE SCURO con addensamenti	manubrio sterno /claveare sx	Impotenza alla suggestione "lascia scorrere..."	RAZIONALIZZAZIONE	Depressione	+	+	100%	SQUALIFICA PATERNA E MATRIMONIALE	///
58	F		trasformazione in BLU NAVY	cuore	Dolore acuto per riaffiorare del ricordo. Realizza presenza di dolore sordo che non lo ha mai lasciato	SVALUTAZIONE	Dipendenza. Falso sè autonomo.	+	+	90%	ANGOSCIA ABBANDONICA. IRREALIZZAZIONE. FRUSTRAZIONE NARCISISTICA.	alimentazione compulsiva/obesità
64	M	BIANCO										
		VERDE BOTTIGLIA	GRIGIO CHIARO (pietra centrale + fuga ombra vert. CUORE ROSSO	fianco sx che irradia a sx in alto(cuore) ed in basso(colon disc.)	Freezing e annichimento. Vede la macchia avere una forma di cuore e prova dolore intenso.	SVALUTAZIONE		+	+			
66	F											

La percezione della frattura traumatica

L'elaborazione interiore del trauma

LEGENDA: I pazienti allineati dall' alto in basso per età (crescente) separati in 2 gruppi significanti per colore del trauma, mostrano quanto il tempo e l' esperienza modifichino l' impatto traumatico.

Lavoro originale. Diapositiva presentata al XXIX Congresso SIMP - IL TRAUMA come se ne esce? Cosenza 2023

Tavola A. 3 - Risultati dello studio ordinati per SESSO

VAS - Scala del dolore									
ETÀ SESSO	COLORE	DINAMICA COLORE	DIFESA	PSICHE	ACU TO	CU MU L	VAS	TRAUMA	STORIA DEL TRAUMA
37 M	NERO			Ipocondria	+	+	50%	RIPUDIO PATERNO - INGANNO PERDITA SICUREZZA ECONOMICA	Padre ricco truffatore (mafia). Improvviso abbandono e rifiuto paterno prima famiglia per nuova relazione. Perdita status e indigenza per ripudio. Episodio di casa inaccessibile per cambio serratura. Sostegno parentale per alleanza con madre e fratello maggiore.
40 M	NERO	spirale che ruota in senso orario	RITIRO	Depressione	+	+	50%	BULLISMO - PERDITA	Immaturità. Bullismo. Morte madre (a 30 aa). Licenziato x fuoco amico. Abbandono compagnia.
49 M	VERDE TURCHESE	alighe che sfumano a lato in BLU COBALTO	ANTICIPAZIONE	Reazione controfobica	+		80%	L'INASPETTATO. ANSIA SENSO DI COLPA. SICUREZZA ATTACAMENTO.	Padre assente. Africa. Incendio abitazione innescato da insufficiente controllo. Rischio vitale. Ricovero grandi ustionati con plurimi trapianti pelle.
40 M	MATTONE	trasformazione in MUSCHIO OPACO (colore naturale fondo)	ONNIPOTENZA	Reazione controfobica	+		95%	ANGOSCIA DI CASTRAZIONE. INGANNO PATERNO. MINACCIA ALL'INTEGRITA' AUTOPROCURATA.	Padre castrante. Bugiardo. Nonno corridore. Lui spericolato. Episodio motorino (concesso motorino rosa da donna. Si oppone e usa moto adulto. Incidente grave (4 mesi).
64 M	BIANCO	trasformazione in BLU NAVY	SVALUTAZIONE	Depressione	+	+	100%	SQUALIFICA PATERNA E MATRIMONIALE	Da adolescente smonta un trattore per pulirlo. Il padre di fronte ad altri lo squalifica (chissà se adesso lo sa rimontare!). Sconferma affettivo-sessuale nel matrimonio.
48 F	MARRONE		DISTANZIAMENTO	Dipendenza. Falso sè autonomo.	+	+	70%	MINACCIA VITALE / TRADIMENTO AFFETTIVO - INGANNO - PERDITA?	A 5 aa emotisi post-tonsillectomia (panico). Bullismo. Primo bacio inganno (ragazzo ride di lei con amici). Frustrazioni narcisistiche cumulative. Disoccupazione. Indigenza.
58 F	BLU PAVONE	trasformazione in MARRONE SCURO con addensamenti	RAZIONALIZZAZIONE	Depressione	+	+	80%	ABBANDONO FAMILIARE/ SCONFERMA	Mandata a Milano dalla nonna elementari/medie (i genitori non potevano seguirli). Diverso per sorella. Abbandono a casa per 3 gg senza dirglielo. Sconferma sue azioni autonome di collaborazione a casa. Abbandono marito al parto.
66 F	VERDE BOTTIGLIA	GRIGIO CHIARO (pietra) centrale + fuga ombra vert. CUORE ROSSO	SVALUTAZIONE	Dipendenza. Falso sè autonomo.	+	+	90%	ANGOSCIA ABBANDONICA. IRREALIZZAZIONE. FRUSTRAZIONE NARCISISTICA.	Padre violento. Tradimento ed abbandono del marito con lunga causa risarcitoria. Frustrazione realizzazione di coppia e sconferma esistenziale. Recente evento con consapevolezza traumatica di solitudine esistenziale reale.
55 F	VERDE	trasformazione in GIALLO PRIMARIO	IDEALIZZAZIONE	Ansia. Fobia.	+	+	90%	AGGRESSIONE VERBALE - MINACCIA	A 8 aa colpevolizzata ingiustamente di azione violenta da figura adulta. Differente trattamento a casa con sorelle.
40 F	GRIGIO ANTRACITE	trasformazione in MARRONE poi NERO	DISTANZIAMENTO	Ipercontrollo	+	+	100%	ANGOSCIA DI MORTE/ FOBIA INDIFFERENZIATA MONDO ESTERNO	A 7 aa Minaccia di morte (zio, per gioco, lancia auto veloce contro di lei) + (fratello gioca su muretto, cade e si ferisce gravemente al volto). Blocco sessuale fino a 38 aa.

Il padre

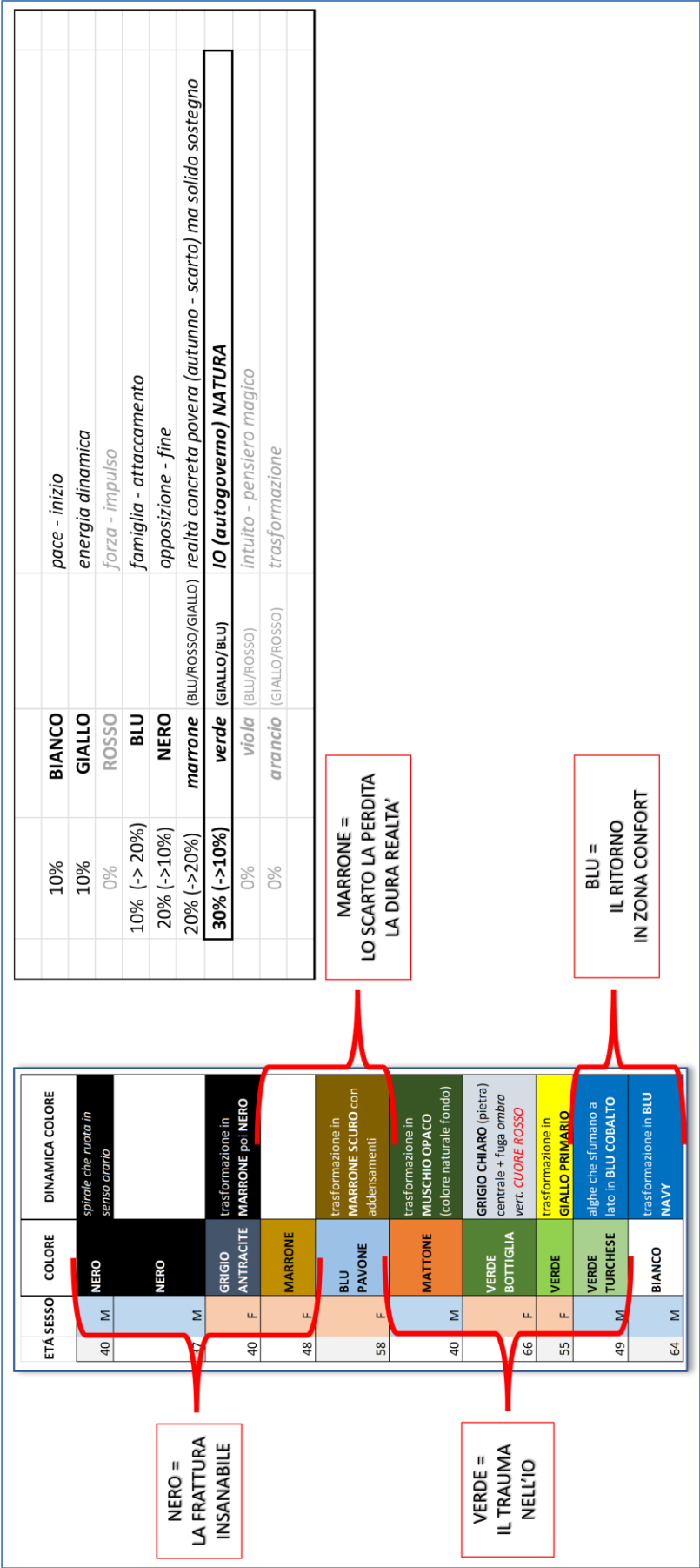
La percezione reattiva

La percezione emotiva

LEGENDA: I pazienti allineati dall' alto in basso per sesso (M – F) secondo il grado di dolore percepito (Scala VAS), mostrano come nel sesso maschile il trauma ruoti principalmente attorno alla figura del Padre, mentre in quello femminile la mancata protezione ambientale giochi un ruolo prevalente.

Lavoro originale. Diapositiva presentata al XXIX Congresso SIMP - IL TRAUMA come se ne esce? Cosenza 2023

Tavola A. 4 - Risultati dello studio ordinati per IL COLORE DEL TRAUMA (e trasformazioni)



LEGENDA: In questa tabella i soggetti seguono una sequenza dall' alto al basso, che parte dalle visualizzazioni della macchia di colore (e sua trasformazione) emotivamente più critiche scendendo verso le forme più reattive e compensatorie. Ad ogni livello i colori si raggruppano secondo dimensioni di senso segnalato dai commenti in cornice. Una legenda, che riporta le percentuali dei colori riscontrati, rimanda al significato concettuale del colore culturalmente condiviso in occidentale.

Lavoro originale. Diapositiva presentata al XXIX Congresso SIMP - IL TRAUMA come se ne esce? Cosenza 2023

Tavola A. 5 - Risultati dello studio ordinati per TRAUMA - PROIEZIONE SOMATICA [Embodiment] vs. EMOZIONI [BSMs]

ETA	SESSO	COLORE	DINAMICA COLORE	SOMATOTOPICA COLORE	EMOZIONE ASSOCIATA ALLA SUGGERZIONE	EMOZIONE	DIFESA	PSICHE	ACU TO	MU L	VAS	TRAUMA	ASPETTI ORGANICI
Emozioni Primarie													
40	M	NERO	spirale che ruota in senso orario	torace (sterno/bronchi)	Rilassamento. Desiderio di entrare in quella spirale.	1a  TRISTEZZA	RITIRO	Depressione	+	+	50%	BULLISMO - PERDITA	///
		MATTONI	trasformazione in MUSCHIO OPACO (colore naturale fondo)	torace (sterno/bronchi) + fascia a cintura (pancres)	Fatica e disorientamento a ricordare i fatti. Nausea e vomito il giorno seguente.	1a  PAURA		Reazione controfobica	+		95%	ANGOSCIA DI CASTRAZIONE. INGANNO PATERNO. MINACCIA ALL'INTEGRITA' AUTOPROCURATA.	contratture spastiche e fascicolazioni muscolari. Asma (riferita solo prima dell'ipnosi). Pancreatite recente.
40	M	VERDE BOTTIGLIA	GRIGIO CHIARO (pietra) centrale + fuga ombra vert. CUORE ROSSO	fianco sx che irradia a sx in alto (cuore) ed in basso (colon disc.)	Freezing e annichilimento. Vede la macchia avere una forma di cuore e prova dolore intenso.	1a  TRISTEZZA		Dipendenza. Falso sé autonomo.	+	+	90%	ANGOSCIA ABBANDONICA. IRREALIZZAZIONE. FRUSTRAZIONE NARCISISTICA.	alimentazione compulsiva/obesità
66	F	MARRONE		diagonale dalla spalla dx all'anca sin	Bene quando corre nel prato. Vertigini (corpo senza appoggio) mentre si scioglie la macchia	1a  DISGUSTO		Falso sé autonomo.	+	+	70%	MINACCIA VITALE / TRADIMENTO AFFETTIVO - INGANNO - PERDITA?	cefalea tensiva - trisma - colon irritabile
Emozioni Secondarie													
58	F	BLU PAVONE	trasformazione in MARRONE SCURO con addensamenti	cingolo scapolare	Impotenza alla suggestione "lascia scorrere..."	2a  DEPRESSIONE	RAZIONALIZZAZIONE	Depressione	+	+	80%	ABBANDONO FAMILIARE / SCONFERMA	///
37	M	NERO		cingolo diaframmico	Incredulità e sbigottimento. Agitazione.	2a  ANSIA		Ipocondria	+	+	50%	RIPUDIO PATERNO - INGANNO - PERDITA SICUREZZA ECONOMICA	tremore non-intenz. mano dx > sx
40	F	GRIGIO ANTRACITE	trasformazione in MARRONE poi NERO	cingolo pelvico - medastino	Tranquilla. La macchia fluida si andava sfaldando già da subito.	2a  AMORE		Ipercontrollo	+	+	100%	ANGOSCIA DI MORTE/FOBIA INDIFFERENZIATA MONDO ESTERNO	asma pregressa
64	M	BIANCO NAVY	trasformazione in BLU	cuore	Dolore acuto per riaffiorare del ricordo. Realizza presenza di dolore sordo che non lo ha mai lasciato	2a  ORGOGGIO		Depressione	+	+	100%	SQUALIFICA PATERNA E MATRIMONIALE	///
55	F	VERDE	trasformazione in GIALLO PRIMARIO	stomaco	Angoscia - ansia poi pace e tranquillità	2a  VERGOGNA	IDEAIZZAZIONE	Ansia. Fobia.	+	+	90%	AGGRESSIONE VERBALE - MINACCIA	///
49	M	VERDE TURCHEE	alghie che sfumano a lato in BLU COBALTO	epigastrio ("bocca dello stomaco")	Paura inaspettata ma sensazione di fortuna ad esserne uscito (aiuto per sopportare ustione e trapianti)	2a  VERGOGNA		Reazione controfobica	+		80%	L'INASPETTATO. ANSIA. SENSO DI COLPA. SICUREZZA ATTACCAMENTO.	ustione 3° grado (esti). Iperensione.
PAURA													
ANTICIPAZIONE													

coinvolgimento globale del soma

blocco funzioni attive segmentarie del soma

blocco profondo flusso vitale

movimento profondo adattativo

coinvolgimento globale del soma

blocco funzioni attive segmentarie del soma

blocco profondo flusso vitale

movimento profondo adattativo

LEGENDA: In questa tabella i soggetti vengono raggruppati secondo le localizzazioni topografiche del colore/dolore/peso, riferite in associazione al trauma. Un primo gruppo riporta un impatto globale profondo del corpo riferito agli organi interni che sembra rispondere ad un coinvolgimento neurovegetativo. Un secondo gruppo invece sembra colpire le strutture funzionali motorie segmentarie osteomuscolari. Un caso si differenzia per la localizzazione specifica al movimento involontario del cuore, come se il dolore avesse colpito al centro un bersaglio. Interessante è poi la situazione degli ultimi due casi accomunati dall'emozione “vergogna” che rispondono con la localizzazione gastrica.

Lavoro originale. Diapositiva presentata al XXIX Congresso SIMP - IL TRAUMA come se ne esce? Cosenza 2023