

Simboli, metafore e immagini nel trattamento psicoterapeutico del trauma e dell'addiction

**Ina Maria Hinnenthal
Giampietro Spolaor
Mauro Cibirin
Nicola Nante
Roger Schmidt**

Simboli , metafore e immagini nel trattamento psicoterapeutico del trauma e dell'addiction

di I. M. Hinnenthal, G. Spolaor, M. Cibir, N. Nante, R. Schmidt

La psicoterapia è da sempre un'arte che si occupa di memoria, cercando di fare tornare alla coscienza materiale ciò che per qualche motivo era stato rimosso, messo in un angolo perché fastidioso, scomodo, disturbante. Questi ricordi disturbanti possono essere il risultato di eventi traumatici singoli o di situazioni disfunzionali che hanno creato interi pattern emozionali o comportamentali altrettanto disfunzionali che influenzano negativamente la libertà nei piani di vita o impediscono la gioia di vivere.

Una parte delle dipendenze da sostanze, cioè quelle classificate da Cloninger come tipo I, originano da singoli eventi di vita negativi non elaborati e con forte valenza traumatica. Spesso si tratta di situazioni vissute come "non sensate", quali la morte improvvisa di persone di riferimento nell'infanzia e nell'adolescenza. Senza un trattamento specifico post traumatico, in grado di riattivare i ricordi e modificare le emozioni associate ai ricordi, il mantenimento dell'astensione nel tempo risulta difficile o persino impossibile.

La memoria non è una sola. Si sa da tempo che esistono principalmente due tipi di memorizzazione (Metcalf & Jacobs, 1996), la *memoria fredda* (più episodica, tecni-

La psicoterapia, in particolare quella psicotraumatologica, si pone come obiettivo la modifica dei ricordi rispetto alle loro associazioni emotive e psicofisiche spiacevoli.

ca, storica, collegata principalmente al sistema cerebrale dell'ippocampo) e la *memoria calda* (più associativa, meno collegato alla lingua, più immediata, più olistica e legata a immagini, simboli; la struttura cerebrale di smaltimento e coordinamento è il sistema limbico). In realtà questa distinzione è virtuale e più sono complesse le situazioni da ricordare, più diventa complesso il sistema di *encoding* e le zone coinvolte nella riattivazione dei materiali utili al ricordo integrato.

Emozioni positive, riconoscimento di facce e di situazioni complesse vengono elaborate nell'amigdala dell'emisfero di destra. Sembra che gli items negativi stimolino più in fretta l'amigdala (6-8s post-

stimulo onset) rispetto agli stimoli con valenza positiva (10-12s); a questa osservazione corrisponde l'ipotesi che l'amigdala "preferisca" smaltire stimoli negativi, mentre nella riattivazione di stimoli positivi siano coinvolte anche altre strutture cerebrali (Anderson et al., 2003; Morris et al., 1996). L'effetto dell'emotività sull'attività cerebrale è più forte quando si tratta di riconoscimento di facce conosciute o situazioni già viste; in questo contesto l'attività cerebrale aumenta non solo nell'amigdala ma anche nell'ippocampo, in particolare se gli stimoli sono negativi. L'amigdala sembra coinvolta sia nella creazione (*encoding*), sia nella riattivazione e nel riconoscimento (*recognition*) di ricordi negativi (Cahill et al., 1996; Canli et al., 2000; Kensinger & Schacter, 2007). Ritchey et al. (2011) hanno trovato, usando la risonanza magnetica funzionale (*fMRI*), che stimoli negativi vengono elaborati come pattern che usano prevalentemente l'asse amigdala-ippocampo, mentre nell'elaborazione di informazioni positive sono coinvolte anche le zone prefrontali che favoriscono una memoria più consolidata (*deep encoding*). Alcune ricerche fanno pensare che in generale la creatività venga elaborata nell'emisfero di

destra (Gold et al., 2012), mentre la comprensione delle metafore attiva la corteccia somatosensoriale (Lacey et al., 2012). La sindrome di Asperger ha come caratteristica clinica la difficoltà di comprendere simboli e metafore: sembra che questo sia legato a un minore coinvolgimento dell'emisfero di destra nella decifrazione delle metafore rispetto a un gruppo di controllo (Gold & Faust, 2010). Riassumendo, queste ricerche sembrano dirci che l'elaborazione emotiva di ricordi complessi, negativi e positivi, sia profondamente legata all'attivazione e riattivazione di immagini, simboli e metafore e che l'attivazione sintonica somatosensoriale nell'elaborazione di metafore e simboli può essere sfruttata anche in modo terapeutico.

Scopo di ogni psicoterapia è interferire con le memorie e i ricordi, o meglio, con l'emotività associata ai ricordi, mentre non vengono modificati i ricordi dei semplici fatti, più associati alla memoria episodica e "fredda" (per esempio: "A sei anni ho cominciato a frequentare la scuola elementare di Busto Arsizio", è un dato biografico semplice e deve restare sempre lo stesso dato di fatto). La psicoterapia, in particolare quella psicotraumatologica, si pone come obiettivo la modifica dei ricordi rispetto alle loro associazioni emotive e psicofisiche spiacevoli. Queste memorie emotive, psicofisiche associate e in origine più "calde" possono essere talmente spiacevoli e angoscianti che vengono "congelate", rimosse, evitate. Questo congelare non ha nulla a che fare con il concetto della memoria fredda, si tratta invece del cosiddetto freezing emotivo post traumatico ed è

uno dei motori nello sviluppo delle dipendenze, in particolare di tipo I secondo Cloninger. L'uso di alcol e cocaina permette alla persona traumatizzata di tenere sotto controllo l'emotività e di mantenere questo congelamento emotivo che altrimenti metterebbe il soggetto a rischio di essere travolto dalla emotività negativa non controllabile.

Dalla parola all'emozione e viceversa: corpo e simbolo in psicoterapia

Le psicoterapie possono essere distinte principalmente in due categorie:

- Le **psicoterapie "parlate"**, che partono dalla parte più recente del cervello umano (neocorteccia), dalla memoria fredda, dalla lingua, dal racconto per poi arrivare alle associazioni emotive e alle memorie più calde nel tentativo di integrare le parti, con un percorso *top-down*. Le psicoterapie centrate sulla verbalizzazione, sul colloquio, appartengono a questa categoria.

- Le **terapie "psicofisiche"** che partono dai cinque sensi, dagli odori, dai gusti, dai suoni, dalle immagini o certe volte persino solo dalle immaginazioni di esse. In questo caso i sensi del corpo vengono usati come strumento per la riattivazione delle memorie per poi modificarle, influenzarle e integrarle alle memorie esplicite e fredde arrivando poi alla elaborazione cognitiva complessiva degli eventi passati con i loro riflessi emotivi e comportamentali sull'oggi, con un percorso *bottom-up*. In questo elenco si trovano metodi terapeutici, diversissimi tra di loro, che hanno un solo elemento in comune: la partenza dal corpo. La musicoterapia, l'arteterapia, il

Feldenkrais, la bioenergetica, la *bonding therapy* sono tutte tecniche che usano il corpo come porta d'ingresso allo sblocco dell'emotività e per l'attivazione del materiale mnemonico. L'elenco delle tecniche principalmente non verbali è lungo e sicuramente qui non riportato in modo esaustivo.

Il pregio (e il problema) di queste tecniche principalmente non verbali è la facilità con cui arrivano effettivamente allo sblocco emotivo del materiale associativo post traumatico che prima era "congelato". Ma una semplice riattivazione del ricordo traumatico senza una modifica utile per una nuova riattivazione futura meno dolorosa equivale a una ri-traumatizzazione. Istintivamente il paziente questo lo sa già e perciò evita proprio tutto quello che mette in moto la memoria calda e associativa per gli eventi traumatici. Questo evitamento (*avoidance*) rende per il traumatizzato la vita più sopportabile, anzi lo aiuta a sopravvivere.

Al contrario il problema delle terapie *top-down* è che spesso, specie in persone gravemente traumatizzate con eventi singoli, esse non riescono ad entrare nelle zone emotive collegate al trauma perché una specie di "gelo emotivo" protegge proprio da queste associazioni dolorose e spiacevoli che vengono evitate con forza sia con la memoria che col comportamento.

Si crea così un dilemma: come riattivare, integrare e modificare il materiale dei ricordi in pazienti traumatizzati e con quali tecniche? Meglio con le tecniche *top-down* o meglio con quelle *bottom-up*? E come si può controllare la forza dello sblocco emotivo nelle associazioni emotive post traumatiche

in modo che il paziente non venga sovraccaricato dal dolore, dall'angoscia o dal disgusto richiudendosi per istinto subito.

Prima di rispondere a queste domande bisogna parlare del significato e dell'uso di simboli e metafore nelle terapie psicologiche.

Un **simbolo** si può definire come un elemento concreto, oggetto, animale o persona, a cui si attribuisce la possibilità di evocare o significare un valore ulteriore, più ampio e astratto rispetto a quello che normalmente rappresenta.

Una **metafora** è una figura retorica consistente nella sostituzione di un termine con un altro connesso al primo da un rapporto di parziale sovrapposizione semantica, per esempio "*Achille è un leone*", dove *leone* sostituisce *guerriero audace*. Sia nelle terapie *bottom-up*, sia in quelle *top-down* l'uso di simboli e di metafore può creare un ponte tra le memorie congelate e solo in origine calde: come i sogni, che raccontano/svelano e nello stesso momento nascondono e rendono sopportabili e raccontabili gli eventi accaduti o i conflitti imbarazzanti.

Il simbolo viene considerato sin dai primi tempi della psicoanalisi uno strumento di accesso verso l'inconscio, cioè, usando il nostro linguaggio, verso quei pezzi di memoria che non vogliamo o non possiamo portare alla coscienza perché ci fanno troppo male. Sia Freud ne *L'interpretazione dei sogni* (Freud, 1907), sia Jung nelle sue opere, in parte postume (1999), sono stati affascinati dai simboli come porta d'ingresso terapeutico.

Dalla corrente junghiana si sono sviluppate sin dagli anni Sessanta tecniche come il *Sandspiel* (Kalff, 1996; Rocco & Sampaolo, 2012) e il disegno spontaneo secondo Susan

Bach (1990), che usano già il simbolo in modo concreto o l'espressione simbolica spontanea con il disegno. Il paziente viene invitato ad usare questi simboli (giocando con i simboli predefiniti e toccabili in una zona precisa e preparata di sabbia, perciò il nome: *Sandspiel*) raccontando la propria storia o un momento di vita. Nei disegni spontanei invece un compito può essere: "Disegna la tua famiglia quando avevi cinque anni" (con pennarelli colorati su carta da stampante). È clinicamente impressionante quanto queste tecniche siano in grado di arrivare in modo veloce ed efficace ai materiali emotivamente problematici.

Autori più recenti come per esempio Virginia Satir con il metodo della *Skulpturarbeit* (descritto in Sautter & Sautter, 2000) oppure Bert Hellinger con il metodo delle costellazioni familiari (2004) propongono tecniche in cui le persone stesse vengono usate come simboli, ad esempio per rappresentare i membri di una équipe o persone della propria famiglia d'origine, oppure come sostituti di luoghi (Venezia o Torino) o emozioni (la "mia rabbia" per esempio). L'elaborazione simbolica avviene attraverso lo spostamento delle figure umane o con semplici frasi da ripetere insieme a questi spostamenti.

Queste tecniche sono state oggetto di alcune osservazioni critiche. Da un lato infatti lo sblocco del materiale emotivo post traumatico può essere talmente forte e immediato da richiedere un terapeuta con ottima esperienza per seguire il processo, altrimenti si può creare la già descritta ri-traumatizzazione. Un'altra osservazione è che dopo lo sblocco, la modifica del materiale

mnestico può portare verso scelte di vita spontanee, veloci ma magari non sufficientemente elaborate e cognitivamente consolidate (per esempio lasciare la moglie, scegliere un altro lavoro, abbandonare un paese). Per questi motivi molti terapeuti le considerano approcci utili per persone con un "io" sufficientemente intatto e difeso, mentre dove si voglia intervenire su pazienti più gravi viene indicato il setting residenziale, che dà di per sé migliori possibilità di elaborare e consolidare anche cognitivamente nuove evidenze emotive.

Evidenze di efficacia

Mentre esistono vari studi sul meccanismo di funzionamento di queste terapie immaginative, simboliche e metaforiche, c'è pochissima letteratura sulla loro effettiva efficacia clinica. Esistono da tempo racconti clinici come quelli bellissimi di Erickson (1983) dove con interventi simbolici e piccoli racconti metaforici si ottengono cambiamenti clinici importanti quasi "di sfuggita". Ogni psicoterapeuta può solo sognare questa abilità intuitiva del grande maestro della ipnosi: è tuttavia difficile trasformare le sue abilità in una tecnica maneggiabile da tutti isolandone gli "elementi attivi".

Le pubblicazioni esistenti sul funzionamento delle tecniche immaginative e simboliche riportano per lo più casi singoli in forma di case report, in cui la valutazione epicritica è basata sulla sensibilità del terapeuta. È descritto per esempio che l'uso sistematico di un racconto metaforico (usando l'immagine del fiume che corre tranquillo) in pazienti con la sindrome del colon irritabile sia

in grado di migliorare la sintomatologia stessa (Kraft, 2003).

Un'eccezione è il caso clinico descritto da Schoenfeld et al. (2011): pur trattandosi comunque di un singolo caso clinico, il monitoraggio è stato effettuato attraverso parametri misurabili ed oggettivi, in particolare con potenziali evento-correlati. In un caso di cecità psicogena dovuta a eventi traumatici questi potenziali che prima nelle zone compromesse nella funzionalità visiva erano bassi ritornavano come segnali più alti e alla fine normali man mano che la terapia integrata tra aspetti psicotraumatologici e tecniche di visualizzazione e di arte terapia andava avanti, portando sia ad effetti psicologici positivi nella elaborazione, sia a miglioramenti clinici nella facoltà visiva: il miglioramento delle facoltà visive avveniva di pari passo con i progressi espressivi simbolici nell'arteterapia.

Nelle ricerche sulle terapie evidence-based nei disturbi di PTSD l'unica terapia immaginativa con effetto clinico dimostrabile (meno *arousal*, meno *avoidance*) è la *exposure therapy* (Institutes of Medicine, 2008: 23 trials randomizzati, di cui 7 senza limitazioni metodologiche; Foa, 1986; 1989; 2007). Anche qui si tratta della rievocazione immaginaria, ma non simbolica, degli eventi traumatici con maggiore vivacità emotiva possibile. Mentre si riscalda la memoria con il racconto fortemente colorato di emozioni e immagini collegate all'evento traumatico, si cerca di modificare la valutazione cognitiva circondando il paziente con un ambiente accogliente e tranquillo. L'obiettivo è di associare la rievocazione del materiale traumatico semplicemente ad associazioni emotive più piacevoli,

più rassicuranti. Ripetendo più volte la rievocazione traumatica in ambienti protetti si modifica il ricordo traumatico nelle sue associazioni dolorose e spiacevoli.

La psicoterapia attraverso i simboli concreti

Anche il lavoro con oggetti simbolici concreti e toccabili (*Symbolarbeit*) secondo Wilfried Schneider (2012) si rivela particolarmente utile nei contesti descritti. Si potrebbe definire questo metodo come un approccio che utilizza contemporaneamente sia elementi di *bottom-up* che di *top-down*, permettendo la riattivazione della memoria in maniera efficace ma emotivamente sempre ben modulabile, utilizzando simboli "esterni" e oggetti concreti. È un approccio simile al *Sandspiel* sopracitato, ma più flessibile e meno standardizzato: strumento operativo di questo approccio è una valigetta piena di oggetti concreti e toccabili che possono essere o sembrare piccoli giocattoli - un bebè di plastica, una macchina, figure di ogni genere, animali come un cucciolo di cane, un gatto, un cane, una croce, una bara, una strega, un drago, un cuore di vetro, forbici, un libro; se si parla di dipendenze sono utili anche piccole bottiglie di birra o vino, sacchetti di plastica con dentro zucchero che assomigliano ai pacchetti della sostanze al momento dell'acquisto. Nulla di più grande di pochi centimetri in modo che numerosi oggetti abbiano spazio in un contenitore trasportabile. Il paziente viene invitato a guardare questi simboli e a sceglierne uno per ogni evento importante - bello o brutto che sia - della propria vita

(senza riflettere troppo a lungo) e a metterlo lungo un filo di lana che rappresenta il filo della vita o lungo una fila di cartoncini in cui ogni cartoncino simboleggia un anno biografico. Questo lavoro va fatto dal paziente da solo e in un ambiente silenzioso e raccolto.

Dopo circa quindici minuti entra il terapeuta ed eventualmente gli altri pazienti; il terapeuta si fa raccontare molto brevemente, in pochi minuti, la storia di questa vita. I presenti possono in questa fase fare domande "tecniche" di pura comprensione ("...abitavi già a Padova?", "Dove si trovava tua mamma in questo periodo?"). L'emozione, che durante la costruzione in silenzio resta di solito contenuta, nel momento del racconto si muove: è come se i simboli raccontando il loro significato a voce alta diventassero "davvero" il primo giorno di scuola, la sorellina nata handicappata, il padre troppo severo o l'abuso sessuale subito a otto anni. Il simbolo concreto aiuta ad attivare la memoria emotiva, ma nel contempo protegge da dettagli troppo difficili. Nel caso di un abuso sessuale per esempio la persona può non raccontare niente di particolare ma mettere un piccolo uovo fragile semiroto come simbolo per l'evento - accennandolo appena: "A otto anni è successa una cosa grave e spiacevole". L'emozione svelata parla da sé, può essere molto dolorosa, ma resta dosabile perché è nella scelta del paziente parlarne o a lasciarla sospesa: non è importante cosa è successo esattamente, interessa l'emozione associata.

Mettendo però in fila tutti i simboli degli eventi rilevanti della propria vita è probabile che dopo il simbolo per un evento così difficile arrivino altri simboli più belli: la laurea, il primo amore, il primo figlio. Risorse

ed eventi resilienti si alternano con i simboli difficili e dolorosi.

È utile per esempio che il filo di lana sia rosso (abbiamo tutti in testa il concetto di “filo rosso”, di avere perso o meno il filo, del filo inteso come senso), o che i cartoncini che rappresentano sempre con un quadrato un anno di vita abbiano colori diversi per l’infanzia, l’adolescenza, l’età adulta (dando l’idea delle fasi della vita).

Vedere la propria vita “stesa per terra” fa una strana impressione già di per sé. Evidenza senza grossi interventi terapeutici la ricchezza, la coesistenza di “bello” e “brutto” e sembra in ogni caso una specie di opera d’arte. Il terapeuta può, con un po’ di esperienza e intuizione, “giocare” con questi simboli, mettendo per esempio a destra del filo gli eventi difficili e a sinistra le risorse, gli eventi resilienti. Avere il vissuto di evidenza che nella vita c’è anche tanto “bello” vicino al “brutto” fa sì che il paziente riesca a considerare gli eventi spiacevoli come meno importanti e meno invalidanti, riuscendo così a guardarli con meno dolore, associandovi una nuova emozione di serenità.

Tornando al caso della donna con l’abuso sessuale a otto anni, può però anche accadere che questo unico evento gravemente avverso sembri avvelenare tutto il resto della fila degli eventi significativi. In tal caso il terapeuta può permettere per esempio che la donna dia finalmente un calcio all’ovetto già mezzo rotto che finisce in mille pezzi in un angolo lontano della stanza: l’evento non viene cancellato dalla memoria ma viene vissuto come meno importante, più lontano, meno disturbante. La paziente cambia in questo intervento simbolicamente per la prima volta la posizione da

“passiva”/vittima in una “attiva”/colei che riesce a difendersi. Il vissuto di sollievo è notevole e alla prossima riattivazione la stessa memoria sarà meno dolorosa.

Conclusioni

Una parte delle dipendenze da sostanze, cioè quelle classificate da Cloninger come tipo I, originano da eventi di vita negativi non elaborati e con forte valenza traumatica; senza un trattamento specifico post traumatico, in grado di riattivare i ricordi e modificare le emozioni associate ai ricordi, il mantenimento dell’astensione nel tempo risulta difficile o persino impossibile. In questi casi è dunque necessario integrare nel trattamento dell’addiction anche interventi mirati sul trauma. Lavorare in questo contesto con metodiche che usano approcci mediati dal corpo o da oggetti simbolici concreti è particolarmente utile (Hinnenthal et al., 2011). L’uso di queste tecniche nella mano di uno psicoterapeuta esperto è sicuro ed efficace, permettendo di controllare la forza dello sblocco emotivo e del materiale associativo post traumatico rendendolo perciò modulabile. Per questo il lavorare con oggetti simbolici concreti, ad esempio utilizzando la tecnica proposta da Wilfried Schneider, va considerato un importante strumento nei programmi brevi delle comunità terapeutiche (Hinnenthal & Cibin, 2011).

Bibliografia

ANDERSON AK, CHRISTOFF K, PANITZ D, DE ROSA E, GABRIELI JD.

Neural correlates of the automatic processing of threat facial signals. *J Neurosci.* 23(13): 5627-5633, 2003

BACH S. *Life paints its own span. On the significance of spontaneous pictures by severely ill children.* Daimon Verlag, Einsiedeln (CH), 1990

CAHILL L, HAIER RJ, FALLON J ET AL. Amygdala activity at encoding correlated with long-term, free recall of emotional information. *Proc Nat Acad Sci USA.* 93(15): 8016-8021, 1996

CANLI T, ZHAO Z, BREWER J, GABRIELI JD, CAHILL L. Event-related activation in the human amygdala associates with later memory for individual emotional experience. *J Neurosci.* 20(19): RC99, 2000

ERICKSON M. *La mia voce ti accompagnerà.* Casa Editrice Astrolabio Ubaldini, Roma, 1983

FOA EB, KOZAK MJ. Emotional processing of fear: exposure to corrective information. *Psychol Bull.* 99(1): 20-35, 1986

FOA EB, STEKETEE G, ROTHBAUM BO. Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behav Ther.* 20: 155-176, 1989

FOA EB, HEMBREE E, ROTHBAUM BO. *Prolonged exposure therapy for PTSD: emotional processing of traumatic experiences. Therapist Guide.* Oxford University Press, New York, 2007

FREUD S. *Die Traumdeutung. Studienausgabe, Band II [1907].* S. Fischer Verlag, Frankfurt, 1989

GOLD R, FAUST M. Right hemisphere dysfunction and metaphor comprehension in young adults with Asperger syndrome. *J Autism Dev Disord.* 40(7): 800-811, 2010
doi: 10.1007/s10803-009-0930-1

GOLD R, FAUST M, BEN-ARTZI E. Metaphors and verbal creativity. *Laterality.* 17(5): 602-614, 2012

HELLINGER B. *Ordini dell'amore. Un manuale per la riuscita delle relazioni.* Urra-Apogeo Feltrinelli, Milano, 2004

HINNENTHAL I, EBENER ASAM C. Psicotraumatologia. In Hinnenthal I, Cibin M (Eds): *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina: il modello Soranzo.* SEED Editore, Torino, 2011

HINNENTHAL I, CIBIN M. *Il trattamento residenziale breve delle dipendenze da alcol e cocaina: il modello Soranzo.* SEED Editore, Torino, 2011

INSTITUTES OF MEDICINE. *Treatment of posttraumatic stress disorder: an assessment of the evidence.* National Academies Press, Washington DC, 2008

JUNG CG, VON FRANZ, ML, HENDERSON JL, JAFFÈ A. *Der Mensch und seine Symbole.* Walter Verlag, Olten, 1999

KALFF DM. *Sandspiel. Seine therapeutische Wirkung auf die Psyche.* 3. Auflage, Ernst Reinhardt Verlag Muenchen, 1996

KENSINGER EA, SCHACTER DL. Remembering the specific visual details of presented objects:

neuroimaging evidence for effects of emotion. *Neuropsychologia.* 45(13): 2951-2962, 2007

KRAFT D. Comment on Zimmerman's use of the river metaphor in irritable bowel syndrome treatment. *Am J Clin Hypn.* 45(4): 353-359, 2003

LACEY S, STILLA R, SATHIAN K. Metaphorically feeling: comprehending textural metaphors activates somatosensory cortex. *Brain Lang.* 120(3): 416-421, 2012

METCALFE J, JACOBS WJ. An interactive hot system/cool system view of memory under stress. *PTSD Research Quarterly.* 7: 1-6, 1996

MORRIS JS, FRITH CD, PERRETT DI ET AL. A differential neural response in the human amygdala to fearful and happy facial expressions. *Nature.* 383(6603): 812-815, 1996

RITCHEY M, LABAR K, CABEZA, R. Level of processing modulates the neural correlates of emotional memory formation. *J Cogn Neurosci.* 23(4): 757-771, 2011

ROCCO P, SAMPAOLO A. *L'analisi con il Gioco della Sabbia. Dall'incontro con Dora Kalff allo sviluppo teorico della Sandplay Therapy.* FrancoAngeli, Milano, 2012

SAUTTER C, SAUTTER A. *Alltagswege zur Liebe - Familienstellen als Erkenntnisprozess.* Ibero Verlag Wien, 2000 (Aspektarbeit, Familien- u. Teamaufstellung nach Virginia Satir)

SCHNEIDER W. 2012
[http://www.schneider-](http://www.schneider-therapiekoffer.de/Grundlagen.pdf)

[therapiekoffer.de/Grundlagen.pdf](http://www.schneider-therapiekoffer.de/Grundlagen.pdf)

SCHOENFELD MA, HASSA T, HOPF JM, EULITZ C, SCHMIDT R. Neuronal correlates of hysterical blindness. *Cereb Cortex.* 21(10): 2394-2398, 2011

Ina Maria Hinnenthal¹

Giampietro Spolaor²

Mauro Cibin³

Nicola Nante⁴

Roger Schmidt⁵

¹Asl 1 Imperiese (IM)
Università Cattolica
del Sacro Cuore
Roma

²Villa Soranzo
Tessera Venezia

³Dipartimento Dipendenze
Azienda ULSS 13
Regione Veneto
Mirano (VE)

⁴Università di Siena

⁵Universität Konstanz
Psychotherapeutische
Neurologie
Kliniken Schmieder
Konstanz