



ISTITUTO
CRANIOSACRALE
LA MAREA

**CORSO DI FORMAZIONE
PER OPERATORI
IN DISCIPLINA
CRANIOSACRALE**

TESI FINALE

“Attraverso la Via del Craniosacrale”

*Dall'esperienza personale di guarigione dal trauma alla
trasformazione di consapevolezza per diventare
Operatore Craniosacrale e sostenere le persone a
“ricquistare la salute”*

RESP. DELLA FORMAZIONE

Dr. Roberto Rizzardi

CANDIDATO

Giuliana P.

TRIENNIO DI FORMAZIONE

2011-2014

INDICE

RIASSUNTO	pag 1
1. PREMESSA	pag 2
2.LA SCELTA	pag 2
2.1 DESCRIVERE E DESCRIVERTI	pag 2
2.2 APPRENDERE E RICEVERE	pag 3
2.3 IL PRIMO CONTATTO	pag 4
3.IL TRAUMA	pag 5
3.1 SIGNIFICATO ETIMOLOGICO	pag 5
3.2 TIPI DI TRAUMA	pag 5
3.3. IL “TRAUMA FISICO”	pag 5
Descrizione di Trauma In letteratura medica.	
3.4 IL “TRAUMA PSICHICO”	pag 6
Il concetto di trauma secondo l’ approccio psicoanalitico.	
3.5 “TRAUMA E TERAPIA CRANIOSACRALE”	pag 8
Una visione olistica: il corpo racconta una storia	
Rilascio somatoemozionale (RSE)	pag 10
4. LA MIA AUTOBIOGRAFIA	pag 11
4.1 I sintomi	
4.2 Il primo trattamento cranio sacrale da ricevente. Esprimere e decidere	pag 14
4.3 L’INTUIZIONE: trattare la cicatrice da episiotomia con la terapia cranio sacrale.	15
4.4 CONTATTO AL SACRO: un punto di riferimento nella terapia cranio sacrale	pag 14
4.5 “PRENDERMI CURA” CON IL CRANIO SACRALE	pag 16
5. LE SESSIONI	pag 16
Lo schema di trattamento e le sensazioni evocate	
6. IL PROCESSO DI GUARIGIONE	pag 18
6.1 MENTE: guarire dalle emozioni negative	
6.2 CORPO: guarire l’inerzia	pag 19
7. CONCLUSIONI	pag 20
BIBLIOGRAFIA	pag 22
Ringraziamenti e dediche	pag 23

RIASSUNTO

Il significato di trauma, assume definizioni diverse in letteratura medica, in psicanalisi e dal punto di vista olistico.

In craniosacrale si abbraccia l'accezione di "trauma" secondo una visione olistica considerandolo, come elemento "disgregante" nel continuum mente-corpo .

Il corpo, infatti, registra gli avvenimenti e le cellule mantengono la memoria. Noi incarniamo le nostre gioie e le nostre sofferenze. Questo, fa sì che nel tempo, ad esempio, a seguito di un evento traumatico, si scatenino reazioni fisiche di risposta, tali da portare a uno stato di perdita di salute talvolta apparentemente immotivata. Le impronte di qualsiasi esperienza opprimente, quindi, rimangono conservate nel corpo sotto forma di schemi inerziali, cioè fulcri di energia imprigionata . Col passare degli anni i corpi diventano autobiografie viventi.

Perché avvengano cambiamenti nella salute, le condizioni che mantengono il problema devono essere mature per cambiare. La maturità, per la salute è un processo evolutivo.

E' a questo punto che intervengono fattori personali e motivazionali in grado perfino di portare la persona che ha subito un trauma a considerare il sintomo stesso, una risorsa e attraverso percorsi di crescita personale, compiere la scelta di diventare lei stessa operatrice.

Da queste premesse ha preso forma, nel presente elaborato, la mia narrazione autobiografica : come "paziente" in trattamento craniosacrale e come studente in fase di conclusione del corso triennale di formazione per operatore craniosacrale.

Mi sono impegnata a ripercorrere i punti salienti del mio processo di guarigione partendo dalla descrizione dei meccanismi fisiologici che si erano attivati negli anni per risposta al trauma da ripetuti abusi sessuali subiti in età precoce.

I disturbi di cui soffrivo, non avendo un preciso e oggettivo riscontro nel corso dell'iter diagnostico terapeutico convenzionale, mi avevano portata ad un vissuto di isolamento emotivo.

L'approccio craniosacrale, fatto da mani esperte e cuore aperto, unito alle conoscenze teorico pratiche apprese durante il percorso formativo, ha contribuito in modo determinante a "sbrigliare" le maglie nelle quali si era ancorato nel tempo il mio triste vissuto.

Anche la stesura stessa di questo lavoro autobiografico ha avuto un'efficacia "terapeutica" sia a livello personale per l'alto livello di consapevolezza maturato sia professionale in quanto è divenuta occasione di ulteriori approfondimenti e apprendimento di tecniche di approccio craniosacrale .

“La vita di un individuo consiste
in un insieme di avvenimenti,
di cui l’ultimo potrebbe anche
cambiare il senso di tutto l’insieme”
Italo Calvino

1. PREMESSA

Il presente lavoro ha lo scopo di dimostrare, attraverso la narrazione, le molteplici opportunità che la terapia cranio sacrale può offrire.

La protagonista, spinta da un ascolto fiducioso di sé, ha compiuto scelte che l’hanno portata ad essere insieme, paziente e studente nella disciplina craniosacrale.

Grazie a questa, Ella ha vissuto il percorso di guarigione da un trauma psicofisico subito in età infantile che le aveva causato una risposta di disagio sia sul piano somatico sia emozionale. Contemporaneamente, incoraggiata da una forte motivazione, attraverso una trasformazione di consapevolezza, ha seguito il corso di formazione presso l’Istituto “La Marea”, per diventare operatore cranio sacrale e sostenere le persone a riconquistare la salute.

2.LA SCELTA

2.1 DESCRIVERE E DESCRIVERTI

"Descrivere è utile, descriverti è anche terapeutico"
(Roberto Rizzardi)

Più ricercavo il significato, nei vari link, nei testi, e ne leggevo il contenuto, alla voce “trauma”, “trauma psicologico”, “trauma fisico e psichico”, più risuonavano, con ritmo delicato, le parole di Roberto (Lui è il mio Direttore)...

Quasi come il movimento perpetuo delle onde del “La Marea”.

Egli, nel corso di un contatto preliminare la stesura di questa tesi, mi invitò a scegliere, rispondendo alle mie esitazioni con questa frase:

“Descrivere è utile, descriverti è anche terapeutico”.

Il senso per me stava proprio nel prendere la decisione: raccontare o raccontarmi ? scrivere in terza persona o uscire allo scoperto?

(Pensavo: *accogliere me stessa, che prova difficile!*)

Una piccola frase di grande valore che mi serviva sentire. Roberto aveva fatto breccia nell’anima, ed ecco, ero già di là delle Sue parole. Mi aveva aiutato a prendere contatto in rapidità con il fatto di sentirmi che ero preparata a farlo.

Un’altra opportunità di crescita, una strada sterrata e sconnessa da percorrere a ritroso nella memoria.

Questo lavoro ha in premessa alla narrazione autobiografica, l’obiettivo di ricercare, una spiegazione sintetica di quali sono i meccanismi che si attivano nel corpo in seguito ad un trauma e quali automatismi intervengono per avviare il processo di guarigione.

2.2 APPRENDERE E RICEVERE

Qualche notizia di me. Da circa due anni, mi trovo spesso a guardare i palmi delle mani.

Rivolgendoli al cielo mi domandavo “cosa ho da fare con loro” ? Ipotizzavo svariate possibilità di espressione pratica, avevo qualche abilità, ma nessuna certezza sviluppata. Nell’agosto del 2011 ho avuto un’intuizione e la risposta interiore tanta attesa: “Operatore craniosacrale”.

Io? Ripetevo a me stessa incredula, craniosacrale....

Nella mia professione infermieristica fin dall’inizio della carriera, mi sono sentita portata verso gli aspetti organizzativi e gestionali del lavoro più che alla cura diretta volta alla persona, questo spiega la scelta di aver conseguito a suo tempo, anche il diploma di Assistente Sanitaria.

Ho sempre nutrito la propensione ad un rapporto da me definito ”alla pari con il paziente verticale “ cioè non steso a letto a causa di una infermità.

Pertanto, alla luce di queste mie convinzioni (ora le definisco “limitanti”), l’opportunità che mi si apriva di fronte di diventare operatore craniosacrale è stata illuminante. Essere operatore craniosacrale è entrare in contatto intimo con il “sistema” di un’altra persona, è avere la capacità di accogliere a prescindere, stando al proprio posto ed essere privo di giudizio, è credere nel miracolo della vita, sentirla attraverso l’ascolto del respiro primario.

Da lì a pochi giorni dopo il recepimento del messaggio interiore che mi orientava ad intraprendere un nuovo percorso di studi, e, anche di vita, incontrai Alessandra, una collega infermiera già operatore craniosacrale formato da anni.

A lei chiesi i dettagli per orientarmi nella scelta di una scuola, e con lei mi confrontai sulle mie motivazioni in fase embrionale.

Con dolcezza, Alessandra mi suggerì di ricevere una seduta di trattamento craniosacrale affinché aggiungessi l'elemento esperienziale ed una maggiore consapevolezza di ciò che andavo ad incontrare .

Colsi questa proposta come l'invito a sintonizzarmi su una frequenza più profonda, più mia, sentivo l'impulso a girare pagina del mio diario di vita.

Accettai subito, con curiosità: di fatto quasi nulla conoscevo di questa terapia, né mai avevo ricevuto una sessione.

La mia scelta, infatti, era puramente intuitiva. Sentivo la certezza che mi avrebbe dato molto.

Ci incontrammo. Per me “fu un viaggio”.

2.3 IL PRIMO CONTATTO

Il primo TOCCO fu la presa cranica, lei “ascoltava” mentre io lentamente entravo nel mio groviglio somato-emozionale, sentivo il contatto, godevo nell'ascoltare come le tensioni muscolari e le rigidità articolari del mio tratto cervico-dorsale si scioglievano, le mie clavicole, “ondeggiavano” alternavo momenti in cui entravo in un'altra dimensione e poi ritornavo in me e la sensazione era come di profondo rilassamento...”apertura”

“Onde”: in sostanza un vero piacere.

Questo per la prima metà della terapia. Avevo annullato il pensiero di come e quanto tempo fosse passato, la mia razionalità stava lasciando posto all'ascolto profondo di me.

Capii, in seguito, durante la formazione, quello che Alessandra stava seguendo attraverso le sue mani e cioè l'ascolto esperto del movimento fasciale, l'accogliente analisi del mio respiro primario, la direzione facilitata, il release, lo still-point, ecc...erano tra i cardini dello studio craniosacrale.

Alessandra proseguì nel trattamento con l'approccio al sacro e al diaframma respiratorio. Il disturbo fisico che avvertivo ora, era imprecisato, perché mescolato a forte emozione di disagio.

A questo punto ebbi la necessità impellente di raccontarle dolore, immagini, emozioni che arrivavano da molto lontano e che stavano riaffiorando in superficie dopo decenni. Un vomito di sofferenza. La mia “terapeuta”, con la sua dolce, ferma e rassicurante accoglienza proseguiva nell'ascolto della mia voce e del mio sistema.

Mi indusse quiete, ebbi la conferma che il mio percorso nella via del craniosacrale aveva avuto inizio e mi sentivo già determinata a proseguire.

Attesi l'apertura delle iscrizioni e a novembre 2011 cominciai a frequentare il 1° anno.

Rimando al capitolo “La mia prima volta” i dettagli di come proseguì il trattamento e quali risvolti ci furono in quella prima esperienza da ricevente.

3. IL TRAUMA

“La vita corporea è la vita delle sensazioni e delle emozioni.
Il corpo avverte la vera fame, la vera sete, la vera gioia nel sole.
o nella neve, il vero piacere nel profumo delle rose o nel guardare un cespuglio di lillà;
la vera collera, la vera tristezza, il vero affetto, il vero calore, la vera passione,
il vero odio, il vero dolore.
Tutte le emozioni appartengono al corpo e sono soltanto riconosciute dalla mente”.

David Herbert Lawrence

3.1 SIGNIFICATO ETIMOLOGICO

Il termine *trauma*¹ deriva da un verbo greco che significa ferire, ledere, danneggiare e fa riferimento esplicito a una ferita con lacerazione e agli effetti di un urto o di uno shock violento sull'organismo.

Per meglio contestualizzare il tema di questo lavoro, di seguito sono riportate alcune definizioni di “trauma” in letteratura medica (trauma fisico), secondo la visione psicoanalitica (trauma psichico) e secondo l'approccio craniosacrale.

L'analisi dei concetti di trauma e dei meccanismi che si mettono in azione nel corpo per rispondere all'evento traumatico ha permesso di acquisire ancora maggiore consapevolezza su quanto mi era accaduto.

Lo studio, quindi, ha rafforzato il mio processo di guarigione già avviato.

3.2 TIPI DI TRAUMA

3.3. IL “TRAUMA FISICO”

Descrizione di Trauma in letteratura medica.

Nella comune accezione di trauma fisico abbiamo un impatto sui tessuti che può attivare meccanismi di riparazione, di protezione e di adattamento da parte dell'organismo.

Alcune ricerche² hanno dimostrato che durante un incidente traumatico può accadere che alcune parti del cervello letteralmente si “spengano” per qualche istante per far convergere tutta l'energia in quelle zone del cervello che devono funzionare durante il trauma.

¹ Francesco Bonomi - Copyright 2004-2008 - Vocabolario Etimologico della Lingua Italiana

² AA.VARI :Cahill L. (2000);J.P. Aggleton; Mc Nally R.J. (2003); Nadel L.;Jacobs W.J.(1996)

Per fare questo, sembra che il cervello “spenga” le zone che non sono direttamente coinvolte nel compito primario di quel momento: ”La sopravvivenza”.³

Una delle strutture che sembra “spegnersi” si chiama Ippocampo⁴ e ha la funzione di organizzare le informazioni e di dare un valore alle esperienze affinché abbiano significato e possano così essere spiegate ed espresse tramite un linguaggio comprensibile (per questo deve attivarsi anche un'altra parte del cervello, l'area di Broca)⁵.

Tuttavia, se durante il trauma, una parte del cervello è stata spenta -per lo scopo adattivo della sopravvivenza-, dopo potrebbe essere difficile tradurre l'esperienza in un linguaggio adeguato e parlarne.

E' come se l'energia traumatica fosse rimasta intrappolata, con le sue emozioni dolorose, liberando le quali cessa di esercitare la sua azione dannosa sull'organismo.

La traumatizzazione rimane finché non riusciamo ad accedere alle risorse per completare il processo di risoluzione e dissipamento.

Le esperienze traumatiche che non hanno ancora raggiunto un livello soddisfacente di completamento e di risoluzione sono trasmesse come schema fisiologico.

3.4 IL “TRAUMA PSICHICO”

Il concetto di trauma secondo l' approccio psicoanalitico.

Quando si parla di trauma psichico, ci si riferisce all'esperienza di sopraffazione ad una persona da parte di uno stimolo eccessivo e straordinario che la rende priva di difese e incapace di reagire.

³ Testo “Capire e superare il trauma” Erickson,2006 pag 138

⁴ Wikipedia, enciclopedia libera. **IPPOCAMPO:FUNZIONI E RUOLO NELLA MEMORIA GENERALE** . Gli psicologi e i neuroscienziati generalmente concordano nell'affermare che l'ippocampo svolge un ruolo importante nella formazione di nuove memorie riguardanti eventi vissuti (memoria episodica o memoria autobiografica). Alcuni ricercatori preferiscono considerare l'ippocampo come parte di un più ampio sistema mnemonico del lobo temporale mediale, responsabile in generale della memoria dichiarativa (ricordi che possono essere esplicitamente verbalizzati — questi includerebbero, per esempio, la memoria semantica oltre che la memoria episodica)^[3]. Alcune prove sostengono l'ipotesi che, sebbene alcune forme di memoria spesso durino per tutta la vita, l'ippocampo smetta di svolgere un ruolo cruciale nella ritenzione del ricordo dopo un periodo di consolidamento^[6]. I danni all'ippocampo generalmente portano a gravi difficoltà nella formazione di nuovi ricordi (amnesia anterograda) e normalmente danneggia anche l'accesso ai ricordi precedenti al danno (amnesia retrograda). Anche se l'effetto retrogrado generalmente si estende ad alcuni anni precedenti al danno, in alcuni casi i ricordi più remoti permangono – questo risparmio di memorie più vecchie ha portato all'idea che il consolidamento nel tempo comporti il trasferimento delle memorie al di fuori dell'ippocampo verso altre parti del cervello. Tuttavia, la sperimentazione incontra grandi difficoltà nel misurare il permanere di queste memorie più antiche; inoltre, in alcuni casi di amnesia retrograda, questo permanere sembra coinvolgere ricordi formati decine di anni prima all'occorrere della lesione all'ippocampo, qui il suo ruolo nel mantenimento di queste remote memorie rimane dubbio. Danni all'ippocampo non hanno effetti su alcuni aspetti della memoria, come ad esempio la capacità di acquisire nuove abilità motorie (come suonare uno strumento musicale): ciò suggerisce che questo tipo di abilità dipendano da un tipo diverso di memoria (memoria procedurale) e da diverse regioni cerebrali. Ci sono inoltre prove che il paziente sia in grado di formare nuova memoria semantica.^[7]

⁵Wikipedia, enciclopedia libera L'**area di Broca** è una parte dell'emisfero dominante del cervello, localizzata nel piede della terza circonvoluzione frontale, la cui funzione è coinvolta nell'elaborazione del linguaggio

Le persone vittime di un trauma vivono per definizione un'esperienza improvvisa, travolgente e spesso incomprensibile nei suoi effetti e conseguenze.

Con frequenza, le vittime di esperienze traumatiche, sono costrette a vivere l'intera vita senza capire esattamente che cosa hanno subito, spesso in epoca precoce, e il significato delle loro reazioni a tali esperienze.

“La dimensione di esperienza legata al trauma è interiormente vasta”.⁶

Le conseguenze del trauma non si limitano a una sofferenza emotiva perdurante di là dell'esperienza fisicamente o psicologicamente estrema chiamata “trauma”: il trauma può scompaginare a lungo, anche cronicamente...”

Non è essenzialmente un ricordo del passato, ma un'esperienza trasportata nel presente che può avere le sue radici nel passato.

La condizione emotiva al momento del trauma pare giocare un ruolo importante nella sua risoluzione.

Un trauma non completamente risolto può manifestare i suoi effetti a distanza di tempo e in maniera non immediatamente riconducibile a esso.

La portata, l'intensità e la crudezza del dolore implicato nel trauma, è spesso tale da indurre sia le vittime, quanto i testimoni, a cercare di ignorarlo, dimenticarlo il più in fretta possibile o, addirittura a negarlo.

Alcune teorie alludono al fatto che solo attraverso la regressione si estirpano le radici di un trauma. Rivivere uno schema traumatico non contribuisce necessariamente alla sua risoluzione. Molto spesso sembra che se i ricordi dei traumi sono riportati alla memoria, essi vengono solo riattivati o addirittura consolidati.

Queste strategie difensive sono parte del dramma, non la sua soluzione, e tuttavia non si possono criticare se non si conoscono modi migliori per contenere e tollerare il “dolore mentale”.

Secondo la visione psicoanalitica, per guarire bisogna raccontare l'esperienza traumatica, parlarne a fondo, rievocando ogni dettaglio che turba emotivamente. I ricordi e i pensieri legati all'incidente non svaniscono da soli perché si è attivato il meccanismo protettivo.

Per potersi riconciliare con il trauma bisogna parlare dell'esperienza e degli effetti che ha determinato sulla persona. Le difficoltà che s'incontrano nel parlare della propria esperienza traumatica sono definite normali e comprensibili. Sono parte delle reazioni umane per la sopravvivenza.

⁶Testo “Capire e superare il trauma”, Erickson,2006, Introduzione di Giovanni Liotti (Società italiana di terapia comportamentale e cognitiva) pag12

Qualsiasi ricordo legato all'esperienza anche quando è solo nominato durante una conversazione, crea subito un'associazione con alcune o tutte le emozioni e/o sensazioni fisiche disturbanti collegate all'evento traumatico.

E' utile ricordare, secondo la psicoterapia, che queste sensazioni disturbanti, fanno parte di un meccanismo del tutto naturale, e che, sebbene non sia bello provarle, hanno la funzione di protezione nei casi in cui vi possa essere un nuovo pericolo.

Ciò deriva dal fatto che le sensazioni legate al trauma sono state immagazzinate in una memoria specifica del cervello, e di quando in quando riemergono per mettere in guardia dai rischi.

3.5 “TRAUMA E CRANIOSACRALE”

Una visione olistica: il corpo racconta una storia.

Il primo elemento sul quale si basa l'approccio olistico al trauma è lo stretto legame che c'è tra la mente, il corpo e l'anima.

I nostri sentimenti e i nostri atteggiamenti si ripercuotono direttamente su come ci comportiamo, ci muoviamo, respiriamo e cresciamo⁷. Di conseguenza, il corpo riflette chiaramente la persona interna.

Le memorie del trauma, perciò non sono solo psicologiche, ma sono mantenute nel corpo come esperienze fisiologiche.⁸

Il lavoro sul corpo si fonda sul presupposto che esiste un intimo rapporto tra lo stato fisico e la reazione emotiva. Conoscere il corpo ci aiuta a comprendere le nostre emozioni.

Sembra che molta dell'energia irrisolta di una persona traumatizzata finisca per essere bloccata nel suo sistema nervoso.

Il sistema nervoso di una persona traumatizzata è come “drogato” poiché viene mantenuto in uno stato di perenne eccitazione e allo stesso tempo questa energia non riesce ad essere incanalata .

Quando si è di fronte al trauma, è molto probabile che sentimenti come la paura, la collera, l'angoscia o la disperazione insorgano contemporaneamente.

Se i tessuti si contraggono per una reazione protettiva a uno stress o a un trauma , i pensieri e le sensazioni che abbiamo in quel momento possono diventare, pertanto, un importante elemento interno a questa contrazione.

In particolare, emozioni forti come paura o disperazione tendono a contribuire allo sviluppo dell'inerzia . Se siamo, sopraffatti, questi sentimenti possono anche venir trattenuti in qualsiasi inerzia che ne risulta . In questi casi un fulcro d'inerzia può comprendere i tessuti, i fluidi e le potenze insieme alle emozioni bloccate.

⁷ Ken Dytchwald, Bodymind (Jeremy P. Tacher, 1986) - M. Kern Craniosacrale, principi ed esperienze terapeutiche pag 247

⁸ Traumi e shock emotivi .2002 Edizioni Macro

Al centro di ogni fulcro d'inerzia c'è una concentrazione di potenza imprigionata che si esprime trattenendo schemi di compressione, torsione e pressione nei tessuti. Per risolvere tale contrazione occorre riportare in uno stato di equilibrio le forze sottostanti bloccate nel fulcro. Se ciò non avviene lo schema, si presenterà in un'altra struttura o forma.

Le emozioni forti possono fungere da fulcri importanti intorno ai quali si svolgono le nostre funzioni.

Anche se gli schemi d'inerzia che hanno un'origine psicologica possono manifestarsi in qualunque parte del corpo, sembra che i tessuti connettivi abbiano un ruolo particolarmente importante nel conservare queste esperienze come ricordo nei tessuti (memoria miofasciale).

La rete fasciale del corpo offre un mezzo per l'immagazzinamento di energia emotiva imprigionata.

Fulcri d'inerzia si possono formare in qualsiasi parte del sistema nervoso centrale e possono risentirne tutte le funzioni fisiologiche e psicologiche.

Tali schemi possono essere l'espressione sia di un disturbo di origine prettamente fisica sia di un trauma emotivo o psicologico che si è reso concreto in un dolore fisico.

Questi effetti della traumatizzazione si possono avvertire come una perdita di movimento respiratorio primario, anziché esprimere la sua naturale motilità in cicli d'inspirazione ed espirazione, aree del sistema nervoso centrale divengono sedi d'inerzia⁹.

Sciogliendo questi schemi d'inerzia si può tornare a un'espressione di movimento craniosacrale normale.

Grazie alla comprensione dell'importanza della respirazione primaria per il funzionamento del cervello, l'approccio craniosacrale può accedere alle effettive origini della traumatizzazione.

Laddove nei centri cerebrali siano ancora attive le "modificazioni traumatiche", si possono incoraggiare per dissipare la loro energia e ritornare a un'espressione normale della respirazione primaria.

La regola di ascolto profondo del sistema attuata dall'operatore facilita l'emergere di emozioni, memorie e sensazioni: a volte emergono ricordi che erano stati cancellati dalla parte cosciente del ricevente, altre volte, per es. lavorando nell'area di una cicatrice, riaffiorano il dolore e/o la paura legate all'evento che ha prodotto la ferita.

⁹ Articolo tratto da Re Nudo 05 edizioni Re Nudo "Psicologia Olistica" 2009 Edizioni Cerchio della Luna.

Rilascio somatoemozionale (SER)

Un trauma rappresenta un insulto energetico con il quale il corpo deve confrontarsi, e se non è in grado di dissipare subito l'energia traumatica può essere aiutato a farlo in seguito tramite il processo di SER: riguarda la possibilità per il cliente di entrare in contatto con i vari aspetti dell'esperienza mentre riceve il lavoro craniosacrale.

La consapevolezza degli stimoli sensoriali è ciò che più facilmente ci mette in contatto con il qui e adesso.

La consapevolezza del corpo riguarda un'esperienza soggettiva di sensazioni che possono originare all'esterno o all'interno del corpo e che sono percepite attraverso i sensi.

Aiutare l'altro a entrare in contatto con l'esperienza sensoriale del momento è uno strumento che abbiamo a disposizione nel lavoro sul corpo.

Semplicemente portando attenzione a cosa succede nel corpo nel presente è possibile allentare la presa di uno stato d'animo disturbato.

Usiamo la consapevolezza del corpo come un'ancora per tornare al presente, al qui e adesso. Contemporaneamente il lavoro craniosacrale sul corpo facilita il rilassamento. Grazie al rilassamento fisico anche la psiche si rilassa. Altre volte è proprio dal rilassamento che qualcosa di nuovo emerge. Il rilassamento consente una migliore conoscenza dello schema corporeo, permettendo la presa di contatto con zone normalmente sconosciute alla nostra attenzione quotidiana. Molto spesso ciò che ci troviamo ad esplorare in una seduta è un vissuto corporeo che "non ha nome".

Per alcuni è molto facile descrivere cosa avviene nel corpo, per altri all'opposto è un'esperienza da marziani. Eugene Gendlin, filosofo e psicoterapeuta americano, ha coniato il termine "felt sense", tradotto in italiano come "sensazione sentita", per indicare quelle esperienze corporee interne che sono indefinite, che diventano rilevanti in frangenti particolari e che influenzano profondamente la nostra vita. Queste esperienze corporee sono definite da Gendlin come "consapevolezza corporea": siamo consapevoli di un qualcosa che non è chiaro, che non ha forma né nome, eppure sappiamo (lo sappiamo con il corpo!) che questa sensazione è significativa. Infatti, spesso crea disagio. La sensazione sentita diventa ciò che esploriamo e al tempo stesso anche il modo con cui la persona può verificare il cambiamento. Spesso non è nemmeno importante una comprensione intellettuale del contenuto a essa legata, quanto invece è importante esplorare la sensazione corporea, accoglierla, fargli spazio, descriverla. E' quando il corpo comprende che il vero cambiamento avviene.

Il rilascio SER non ha regole standard predefinite. Il dialogo è uno strumento che abbiamo a disposizione, ma non necessariamente un elemento essenziale. A volte l'intervento verbale è

assente, il tutto avviene a livello di comunicazione non verbale, altre volte è minimo e altre ancora invece riccamente articolato. L'accento fondamentale resta quello di sintonizzarci su ciò che la situazione richiede nel momento presente. Un altro aspetto cui è data molta importanza in tutto il lavoro craniosacrale e di conseguenza anche nel rilascio SER è l'atteggiamento di lavoro, che si radica in uno spazio neutro all'interno dell'operatore. E' uno stato di equilibrio tra l'andare e il venire dell'attenzione e dell'intenzione. Questo spazio non è quello di un osservatore dissociato o scollegato, ma piuttosto di chi è totalmente coinvolto nell'ascolto tanto da poter instaurare un rapporto diretto e rispettoso con il sistema del cliente, uno spazio da poter far fluire la compassione come conseguenza naturale di un contatto profondo e appropriato.

Il tocco delicato dell'operatore craniosacrale può avviare processi di rilasciamento che portano il paziente a contatto con aspetti nascosti della sua disfunzione.

Questi processi sollecitano la memoria del paziente, come se questa fosse depositata nei tessuti, e portano in superficie le parti emozionali di eventi traumatici passati di cui il paziente può non avere nemmeno il ricordo¹⁰.

Questi processi possono essere agevolati dal dialogo verbale, con il quale il paziente dà voce alle sue sensazioni, alle immagini, ai pensieri, in un percorso che porta a reinterpretare la propria esperienza in chiave evolutiva¹¹.

Un trauma si risolve soltanto quando le energie che lo compongono possono cambiare. Questo rende necessaria la presenza di risorse. Anche i traumi possono essere guariti nel presente, perché è qui che sono mantenuti. Inoltre è solo nel presente che si trovano le nostre risorse di salute. Quindi la capacità di essere in contatto col presente è una delle chiavi per la risoluzione del trauma.

4. LA MIA AUTOBIOGRAFIA

4.1 I sintomi

Fin da prima di iscrivermi alla scuola per operatore in disciplina craniosacrale, da circa 2 anni, soffrivo di un dolore puntorio al gluteo dx, che si acutizzava prevalentemente quando ero in posizione seduta. Raramente, in occasione di lunghe camminate o jogging, il male si irradiava alla gamba, e lo accusavo anche nei gg successivi.

Col tempo, questo disturbo era gradualmente peggiorato al punto tale da considerarlo invalidante. Ero costretta a lavorare in piedi (s'intenda che il mio è un lavoro d'ufficio), stare in auto era diventato un "tormento" poiché dopo piccoli tragitti di 10 – 15 minuti dovevo scendere, muovermi un po' per poter riprendere la guida; a teatro, al cinema, e in tutte le situazioni che richiedevano di

¹⁰ Dr Rolling Becker D.O. 1965 Trauma and stress, Diagnostic touch- M. Kern Craniosacrale, principi ed esperienze terapeutiche pagg 252 - 253

¹¹ Sito: www.collolifero.it

stare seduta, ero in continuo “accomodamento”, un persistente movimento sulla poltroncina,...ovvero alternavo la contrazione di un gluteo all’altro per alleviare il senso di compressione e di dolore.

L’estate del 2011 mi stava accompagnando in quel modo.

Questo “dolore puntorio” accompagnava un altro notevole disturbo presente da più lunga data, la dischezia¹². Il disturbo si protraeva da quasi una decina d’anni.

Era iniziato gradualmente, e stava peggiorando a tal punto da costringermi ad indossare i guanti ed esercitare una dilatazione manuale dello sfintere anale per consentire la fisiologica evacuazione, l’uso di microclismi, e altri rimedi topici erano diventati nel tempo inefficaci.

La carrellata dei disturbi era caratterizzata anche da frequenti infezioni delle vie urinarie da probabile “ritenzione cronica incompleta d’urina”¹³, senso di “pesantezza pelvica”, lentezza del flusso urinario.

Nei primi anni avevo consultato alcuni specialisti: ginecologo, urologo, proctologo. Ricordo che uno rimandava all’altro la definizione del quadro clinico, e la formulazione di una precisa diagnosi. Tutti consigliavano terapie farmacologiche e nuovi accertamenti, nessuno comunque rilevava segni importanti di tipo fisico che potessero essere causa dei disturbi di cui soffrivo.

Dopo aver eseguito anche l’esame urodinamico,¹⁴ nel 2006, ho deciso di archiviare l’iter diagnostico fino al 2009 quando è comparso il “dolore puntorio”, citato sopra, alla natica destra.

Le indagini cliniche ripresero:

- Visita fisiatrica: negativa per sciatalgia, prescrizione di antinfiammatori e antidolorifici per via transcutanea (che ovviamente ho evitato di assumere); l’indicazione terapeutica di effettuare una fisioterapia posturale diede un lievissimo sollievo;
- Visita ginecologica, esito: dolore riferibile a probabile danno neurologico da parto (episiotomia senza episiorrafia),
- Ecografia trans vaginale :nulla di rilevante
- RNM pelvica: nulla di rilevante,

¹² Si indica con il termine **dischezia** una stitichezza dovuta ad incapacità a effettuare l’atto della defecazione. In particolare essa definisce un’alterazione funzionale del retto che provoca stitichezza, la persona risulta incapace a defecare anche in presenza di feci. La defecazione diviene in questi casi difficoltosa e dolorosa. (Wikipedia, portale)

¹³ [http://it.wikipedia.org/wiki/Per_ritenzione_urinaria,_o_iscùria_\(dal_greco_\"trattenere_urina\"\)](http://it.wikipedia.org/wiki/Per_ritenzione_urinaria,_o_iscùria_(dal_greco_\), si intende la presenza di urina nella vescica, come conseguenza dell’incapacità della stessa di svuotarsi. La ritenzione urinaria può essere incompleta, quando rimane un residuo di urina in vescica al termine della minzione, oppure completa, e in tal caso può insorgere in modo brusco o essere l’esito di una precedente ritenzione urinaria incompleta.

¹⁴ SitoWikipedia.it **L’Esame urodinamico** è un’esame volto a controllare la funzionalità dell’apparato urinario (vescica e uretra) e consente di valutare la qualità della minzione, permettendo cioè di capire se il getto urinario è valido oppure se è indebolito. **L’Esame urodinamico** è fondamentale nella valutazione di una donna incontinente, dunque, quando il paziente raggiunge il desiderio energetico di urinare, gli viene chiesto di fare pipì, misurando così la registrazione delle pressioni detrusoriali durante la fase minzionale.

- Esami delle urine positivi per nitriti, batteri,
- Visita neuro urologica: probabile lesione del pudendo¹⁵ come causa del dolore puntorio
- Ecografia pelvica per valutazione residuo post-minzionale: priva di significato patologico.
- Visita proctologica: rettoscopia negativa, lieve ipotonia del pavimento pelvico

Mi stancai di “medicalizzare” i sintomi. Ognuno degli specialisti vedeva una ristretta e specifica parte e rimandava ad un altro la ricerca di un ulteriore tassello, ma “IO” dov’ero?

Decisi di orientare l’attenzione alla ricerca delle “chiavi” per decodificare il linguaggio del mio corpo. Decifrare e comprendere questo modo d’esprimersi significava per me abbracciare il così chiamato “approccio globale” olistico che considera la mente e il corpo un’entità unica, dove le cose sono collegate tra di loro.

Iniziai a documentarmi leggendo alcune ricerche anche nel campo delle discipline bionaturali.

Scoprii che la vescica rappresenta l’ultimo stadio del processo di gestione e di eliminazione dei liquidi organici e, per estensione energetica, dei “vecchi ricordi”.

Le malattie della vescica (io soffrivo d’infezioni delle vie urinarie) ad esempio, sono il segno delle difficoltà, di una collera, o ribellione, nei confronti di un nostro atteggiamento che ci tiene attaccati in modo eccessivo ai ricordi¹⁶.

Poi, riguardo al nervo pudendo, (di cui conobbi l’esistenza, in occasione del consulto dal neuro urologo), ho appreso che *pudenda* in inglese, è il termine scientifico per indicare gli organi genitali esterni, innervati dal *pudenda nerves* (il nervo pudendo) e irrorati dalle *pudental arteries*. Tutti questi termini derivano dalla parola *pudere* che significa provare vergogna¹⁷.

Quanto apprendevo, poteva starci con la mia storia. Ciò che il mio corpo rivelava era espressione del dolore anche della mia anima in tutta la sua drammaticità e collegai il tutto agli esiti del mio trauma infantile.

Fui vittima di ripetuti abusi sessuali subiti tra i 4 e gli 8 anni di età, il cui ricordo era comparso allo stato cosciente tra il 2007 e 2008.

Per 40 anni circa tutto era rimasto a nel mio inconscio: “il dolore troppo grande, viene rimosso dalla coscienza per poter sopravvivere” mi ero affezionata a questa spiegazione fino a quando, nel corso degli studi di approfondimento del tema “trauma” grazie al percorso formativo craniosacrale

¹⁵ Osteopatia e Fisioterapia 2012-06/20 **Il nervo pudendo** è il 'regista' delle funzioni pelvi-perineali .Il trattamento delle patologie del nervo pudendo e dei disturbi ad esse correlati (dolore gluteo che si accentua nella posizione seduta) si rivela tra i più difficoltosi in ambito osteopatico e fisioterapico. Il motivo è presto detto, e va rintracciato nella particolare conformazione del nervo, che allo stato attuale non può ancora definirsi completamente e interamente conosciuto dalla letteratura scientifica. Proprio questa conoscenza ancora parziale, quindi, rende difficoltoso sia individuare le cause precise dell'intrappolamento del nervo, sia identificare una terapia univocamente e sicuramente efficace.

¹⁶ Michel Odoul”Elementi di psicoenergetica.Dimmi dove ti fa male e ti dirò perché” 1^ edizione 2001-Ediz.Il punto d'incontro.pag.169

¹⁷ Michel Odent “Le funzioni degli orgasmi” 1^ edizione 2009 –Ediz. Terra Nuova

e aver acquisito informazioni utili per la stesura di questo lavoro compresi quali e quanti fattori erano implicati nel motivare il mio stato.

Il “riaffiorare”, inizialmente, più che altro di flash, e poi nel tempo di contorni sempre più chiari coincideva con la rottura della seconda relazione.

Personalmente ritengo che lo stato di prostrazione psicologica, per la immensa delusione, mi avesse condotta a sentirmi inadeguata nel ruolo di donna e di compagna...e che tale confusione di identità mi avesse portata a contattare molto in profondità il dolore, favorendo il ritorno della memoria autobiografica che in me si esprime sul piano somatico, accentuando e favorendo la comparsa di tutta la serie di disturbi sopra menzionati.

4.2 Il primo trattamento craniosacrale da ricevente. Esprimere e decidere.

La prima occasione che ebbi, di accennare al mio trauma con sincerità, fu durante la prima seduta di cranio sacrale con Alessandra.

Era la mia prima volta: una sessione da “ricevente” /cliente, 3 mesi prima di iniziare la scuola.

Il trattamento iniziò dall’ascolto cranico e terminò con esso. Ci furono vari “passaggi” delle sue mani, sul mio corpo mentre io ricordo che mi sentivo un “andirivieni tra sonno, sogno, qualche scossa e sensazioni di sprofondare in una quiete intensa”.

Rammento che quando si avvicinò al diaframma pelvico, lasciai che mi salisse un nodo in gola misto a senso di nausea che mantenni. In questo modo per me era più semplice controllare il pianto che si scioglieva in bocca.

Sentivo un lavorio sulla porzione pelvica dell’addome sotto la sua mano, come delle bolle di vapore che salivano, giravano e si scioglievano dandomi la sensazione di caldo disgustoso.

La presa sotto il mio sacro, evocava il dolore mentre piccole scosse si irradiavano a tutto il bacino...

A quel punto con le lacrime ad occhi chiusi, che mi rigavano il volto, le confidai senza alcun giro di parole che avevo un grande dolore dovuto ad una storia che arrivava da molto lontano, di un male interiore e di un dolore “puntorio” alla natica.

Lei mi ascoltò, rimase per un po’ in silenzio, poi mi supportò e incoraggiò con parole che ebbero un benefico effetto nel mio cuore.

Proseguì nel trattamento al sacro per qualche minuto e arrivò a conclusione.

L’esperienza dell’approccio craniosacrale di allora, con la mia intuizione rafforzò la scelta di intraprendere il percorso di formazione craniosacrale.

Sentii di avere l’opportunità di dare una svolta di qualità alla mia vita e di trovarmi davanti ad una porta aperta a cui affacciarmi per sorridere al futuro. Il mio futuro.

La strada che cercavo era proprio quella: competenza, accoglienza, silenzio, rispetto, quiete, consapevolezza, umiltà, equilibrio.

4.3 L'INTUIZIONE: trattare la cicatrice da episiotomia con la terapia craniosacrale.

Nel corso di un modulo, ancora all'inizio della frequenza al 1° anno fu dedicata una lezione alle cicatrici e al loro specifico trattamento.

Fu spiegato che uno squilibrio o una restrizione dello scivolamento fasciale in ogni parte della rete può interessare altre regioni, riducendo di conseguenza la capacità della fascia di esprimere la sua respirazione primaria. Le cicatrici ne sono una causa frequente.

Nel laboratorio, ognuno di noi identificò una propria cicatrice sulla quale ricevere un trattamento, ovviamente in zone "facilmente accessibili".

In quell'occasione chiesi al direttore se anche la cicatrice dell'episiotomia poteva essere trattata con l'approccio craniosacrale.

La sua risposta assertiva mi portò il messaggio che "lì" c'era un punto del mio corpo che richiedeva intervento. A titolo di cronaca, nel 1984, quando partorii mio figlio, mi fu praticata un'episiotomia. A distanza di 5 giorni dal parto i punti di sutura cedettero e la mia ferita guarì per seconda intenzione dopo 40 giorni. Durante la gravidanza, il mio unico timore era legato alla ferita chirurgica da parto, paura inconsapevole.

Passò molto tempo prima che decidessi di chiedere ad Alessandra di essere trattata con il craniosacrale sulla mia cicatrice da episiotomia. Alla domanda se aveva esperienza in merito la sua affermazione mi spiazzò.

C'era in me, una parte che mi diceva di "risolvere" e un'altra che mi tratteneva. Indugiavo. Sentivo che avevo anche lì qualcosa d'irrisolto. Rimaneva solo da decidere quando iniziare. Passarono ancora un paio di mesi.

4.4 CONTATTO AL SACRO: un punto di riferimento nel contatto craniosacrale

Proseguendo con la formazione, fu studiato il bacino con concetti di anatomofisiologia e di insegnamento teorico/pratico per il contatto con il metodo craniosacrale, approfondendo inoltre, l'ascolto ed il trattamento del sacro.

Durante il laboratorio, quando toccò a me ricevere. Fu un disastro.

Ricordo molto bene, quando il mio compagno con delicatezza si avvicinò al sacro. Dovetti chiedergli di interrompere dopo pochi minuti, il dolore sulla zona sacrale era intensissimo e scappai in bagno a piangere. Questa situazione si ripeté per altre 3 volte: mi stendevo e non appena avvertivo il contatto della mano sul sacro fuggivo in bagno.

Il dolore era caratterizzato da "scosse e tremori" su piccole porzioni dell'osso sacro. La percezione era come avere dei tasti da pianoforte che si muovevano involontariamente comprimendo verso l'interno.

Roberto, osservatore attento, m'invitò nel suo studio. Mi scaricai in un lungo pianto in cui ebbi la possibilità di raccontargli che il contatto con il sacro mi evocava l'antico dolore legato all'abuso subito nell'infanzia. Temevo di essere incapace di fare fronte a quella sessione. Dopo un confortevole abbraccio e alcuni profondi respiri mi sentii sostenuta dalla sua incoraggiante comprensione e affrontai il laboratorio.

Il mio compagno ebbe l'abilità e la delicatezza di rimanere in silenzio ed in accogliente disponibilità. Fu anche lui un maestro perché la sua compostezza e tranquillità ebbero altresì un valore didattico.

Percepivo il mio sacro scomposto, dove i pezzi "saltavano" dando dolore. Nel feed back che seguì appresi che il mio collega aveva tentato di seguire il movimento di basculamento appena spiegato nella parte teorica della formazione, captando una "sorta di vortice", si limitò a rimanere in condizione di ascolto. Durante questa fase gli fu impossibile percepire il ritmo craniosacrale.

L'esperienza fu decisiva per dare inizio alla mia esperienza di cliente.

4.5 "PRENDERMI CURA" CON IL CRANIOSACRALE

Scelsi di sottopormi ad un ciclo di sedute di craniosacrale con la determinazione di rilasciare il malessere che ancora provavo e la precisa volontà di disattivare le sensazioni disturbanti presenti nella memoria del trauma.

Breve riassunto anamnestico: dolore costante acuto e puntorio al gluteo destro in posizione seduta, e saltuariamente al sinistro, ipercontrattilità dello sfintere anale ostacolante la normale funzionalità evacuativa, lieve ipotonia del pavimento pelvico, cistiti, minzione lenta, stato di prostrazione psicologica da abuso sessuale subito in età precoce.

Iniziai le sedute di craniosacrale da "paziente" con Alessandra.

Le chiesi di trattare anche la cicatrice dell'episiotomia.

5. LE SESSIONI

Lo schema di trattamento e le sensazioni evocate.

Fissammo degli incontri settimanali.

Ci incontrammo con regolarità per una quindicina di volte.

A ogni trattamento fu dedicato un tempo di circa 60 minuti.

Come ho scritto in precedenza, avevo raccontato un po' di me ad Alessandra nella unica sessione ricevuta circa 6 mesi prima.

L'approccio nelle prime tre/quattro sedute fu a "distanza" dalla cicatrice: ascolto delle caviglie, induzione di still point, diaframma pelvico e respiratorio.

Il contatto con il sacro evocava sempre sofferenza fisica.

Contemporaneamente, captavo piccole “accensioni della memoria”, rievocazioni di particolari del trauma.

Proseguendo la frequenza alla scuola di formazione craniosacrale, seppi che i movimenti ritmici prodotti dal Respiro della Vita forniscono un barometro chiaro e preciso dei processi mentali ed emotivi e della regolare funzionalità di specifiche zone del fisico. Una mancanza di movimento respiratorio primario secondo le parti del corpo può essere la spia di particolari sensazioni che sono associate alla funzione di questi tessuti.

Il corpo, quindi, riflette chiaramente la persona interna. Le impronte di qualsiasi esperienza opprimente rimangono conservate nel corpo sotto forma d’inerzia.

Col passare degli anni i nostri corpi diventano autobiografie viventi che narrano le tensioni delle nostre vite.

Apprendevo e integravo dentro di me questi insegnamenti, avevo la possibilità di entrare in contatto con il sistema dell’altro e imparavo a distinguere il movimento fluido da un fulcro inerziale. Conoscevo i miei disturbi e cercavo di tradurli anche con queste nuove conoscenze, contemporaneamente sperimentavo fisicamente la risposta del mio corpo ai trattamenti.

Si trattava di trovare il bandolo della matassa per conquistare la pace interiore e risolvere i disturbi fisici che mi tenevano ancora legata alle emozioni distruttive connesse al trauma infantile.

Dalla quarta sessione iniziò il lavoro craniosacrale alla cicatrice dell’episiotomia.

Essa era sempre preceduta dal trattamento al sacro, e al diaframma pelvico. Il tocco in queste due aree, pur sapendo fosse delicato, era per me motivo di attivazione di stimoli dolorosi, profonda tristezza, sconforto e anche paura. Il tutto durava in modo variabile ed imprevedibile, da pochi minuti a quasi tutta una sessione.

“Nella quiete si può avere l’esperienza di una più profonda connessione con la potenza del Respiro della Vita”.¹⁸

Alessandra riusciva comunque a condurmi a un punto di quiete, rispettando i miei tempi instabili,.

Allora entravo in contatto con il mio movimento armonico e concedevo il trattamento alla cicatrice.

Lo schema del trattamento quindi era: sacro, diaframma pelvico, quiete, cicatrice.

Oppure, in base alla mia risposta somatoemozionale, dopo il pelvico, veniva trattato il diaframma respiratorio e toracico per indurmi uno stato di calma.

Sentivo che il **mio sistema richiedeva** ad Alessandra, **un’abilità “artistica” oltre alla competenza** perché lo schema del punto di partenza si modificava in itinere.

¹⁸ Sills Craniosacral Biodynamics:121

Dal punto di appoggio dei polpastrelli perpendicolarmente alla cicatrice esterna, sentivo un dolore sordo profondo che, irradiandosi, andava a localizzarsi esattamente sul sito dove avvertivo il famoso dolore puntorio al gluteo destro.

Al feed back, Alessandra m'illustrava il suo percepito: dal punto di contatto con la cicatrice si originavano dei movimenti circolari "a vortice" verso l'interno, sentiva un moto di risucchio che Lei semplicemente accoglieva.

Il trattamento alla cicatrice mi era praticato oltre che all'esterno, anche all'interno della vagina. In questi casi la sensazione era per me notevolmente tollerabile e caratterizzata da un lieve bruciore circoscritto.

Col proseguire del tempo, gli incontri assumevano una sempre maggiore "fluidità". Gradualmente il mio corpo concedeva un lavoro profondo e contemporaneamente nella mia memoria si collocavano in modo ordinato, seppur sofferto, tutti i particolari del mio vissuto traumatico di sopraffazione in età precoce e la paura dell'episiotomia durante la gravidanza.

Durante le sessioni, il contatto silenzioso era predominante.

Ho sperimentato che il lavoro in tandem "mente – corpo", e "terapeuta – paziente" nella relazione con l'operatore craniosacrale favorisce il ripristino dell'equilibrio interno del corpo.

Infatti, studiando il metodo, ho capito che vi sono reti di comunicazione tra il sistema nervoso, ormonale ed immunitario che collegano lo stato psicologico e il modo in cui si attiva la risposta alla malattia. Questi meccanismi trasformano l'esperienza psicologica in funzione fisiologica. La risposta disfunzionale della mia pelvi aderiva esattamente a questo schema.

Compresi anche che gli operatori craniosacrali avvertono in modo chiaro e diretto gli effetti del trauma.

Ogni volta che si provano stati di sopraffazione e di congelamento c'è un'improvvisa sospensione dell'impulso ritmico craniosacrale e, a volte in casi più seri, della marea media.

6. IL PROCESSO DI GUARIGIONE

6.1 MENTE: guarire dalle emozioni negative

Dopo tre mesi circa di trattamento, le sessioni iniziarono ad essere "più creative" ovvero progressivamente slegate dagli schemi iniziali in cui il trattamento alla cicatrice imponeva una specifica preparazione preliminare, la cicatrice da episiotomia era finalmente parte armoniosa dell'insieme. Io stessa, finalmente, mi sentivo "l'insieme".

Sapevo che in craniosacrale il principale approccio della creazione delle risorse è agevolare gli stillpoint, e, Alessandra, la mia "terapeuta" craniosacrale, si dedicava con attenzione a indurli e a quanto di volta in volta il mio sistema richiedeva.

Nel ricevere, percepivo l'armonia, ero in contatto con tutto il mio corpo, mi sentivo in pace. Come un disgelo, anche l'evocazione dei ricordi, da una fase di sofferenza e tristezza, aveva incanalato la strada della consapevolezza e dell'accettazione della mia storia. Avevo iniziato a far pace col passato.

6.2 CORPO: guarire l'inerzia

Il pavimento pelvico aveva riacquisito la sua fisiologica funzione: il "senso di peso" era nettamente ridotto, riuscivo a vuotare la vescica senza bisogno del torchio addominale (spinta muscolare verso la pelvi) ed il flusso di urina era più "vigoroso".

Soprattutto potevo starmene seduta in comodità su un sedile qualsiasi!

Il dolore puntorio al gluteo era lentamente svanito e stare seduta era ritornata una posizione naturale.

L'intervallo tra un trattamento e l'altro si allungò a 10 – 15 giorni. Durante le sessioni, io stessa mi sentivo entrare nella marea media, un profondo senso di dilatazione interna, spesso comparivano tremolii o piccoli scuotimenti. (appresi che erano segnali che il corpo stava dissolvendo il disturbo da trauma). Progressivamente aumentava il mio stato di benessere e di equilibrio.

Arrivò il tempo in cui mi sentii davvero guarita. Erano passati circa 6 mesi dall'inizio del trattamento craniosacrale.

Indossare i guanti di lattice, era diventato per me un indisponente automatismo: quando sentivo lo stimolo ad evacuare, mi predisponevo . Un giorno accadde che tutto si svolgesse in modo naturale, il perineo tonico e lo sfintere anale "disteso" favorirono l'emissione di feci spontaneamente.

Mi guardai quei buffi e antipatici articoli sulle mie mani, risi incredula perché non mi erano serviti!!

Volli comunicarlo ad Alessandra per telefono, era irresistibile attendere l'incontro successivo.

Il ripristino della normale funzione dello sfintere anale, che tuttora prosegue, segnò il mio recupero completo della salute fisica e psichica.

7. CONCLUSIONI

In conclusione riprendo la citazione scritta in testata:

“La vita di un individuo consiste
in un insieme di avvenimenti,
di cui l’ultimo potrebbe anche
cambiare il senso di tutto l’insieme”

Italo Calvino

Ritengo che avere l’opportunità di diventare operatore craniosacrale sia per me, come recita Italo Calvino, quell’ *“ultimo potrebbe anche cambiare il senso di tutto l’insieme”*.

Il senso l’ho trovato e credo in quello che faccio.

Vivere “La Via del craniosacrale” da “paziente” e contemporaneamente da studente, crea un sinergismo facilitatore per il passaggio dalla conoscenza alla consapevolezza di cos’è un sistema mente-corpo. Concedendo spazio alla ricerca e all’incontro con tutto ciò che può o non può, trovare spiegazione.

Nello specifico del tema trattato, “il trauma”, si può affermare che, attraverso lo studio dell’approccio craniosacrale, l’applicazione pratica delle tecniche di rilascio e induzione di quiete nel corpo, si disattivano le sensazioni disturbanti presenti nella memoria in seguito al trauma, aiutando a rilasciare il malessere ancora presente; inoltre, l’applicazione della tecnica craniosacrale può costituire un efficace percorso “terapeutico”, favorendo il processo di auto-guarigione psico-fisica.

Per la mia esperienza personale sento di essere d’accordo con il Dr. Rolling Becker quando dice “I pazienti ed i loro problemi non devono ripercorrere la strada per ritornare alla salute.

La salute è ORA”¹⁹

Più che il perché, quello che conta, è il raggiungimento di uno stato di benessere. Il “come” percorrere “la via” abbraccia i principi di saggezza ed eticità oltre che di sapienza, che sono i fulcri della medicina olistica e quindi della disciplina craniosacrale.

Infine, la traduzione del mio cammino “attraverso la via del craniosacrale dove ero e dove sono”:

Nell’ascolto intimo del respiro primario, nel seguire attento e delicato la direzione del movimento fasciale, nell’accogliere in un muto colloquio la relazione con il corpo ho finalmente integrato a livello tangibile, emozionale e fisico, la mia mente.

Ad essa, negli ultimi venticinque anni, ho dedicato molte delle mie risorse per cercare la comprensione dell’inspiegabile. L’ascolto del mio corpo l’ha aiutata.

¹⁹ Dr Rollin Becker D.O. *Life in Motion* (Rudra Press, 1997):247 – Dr Michael Kern *CRANIOSACRALE Principi ed esperienze terapeutiche* (Tecniche nuove):288-289-290

Il senso di tutto è questo: io ora sono l'insieme.

E' l'ultima delle mie consapevolezze ed è la prima da cui ora parto come Giuliana rinnovata: entità unica mente e corpo.

Solo così posso dire di sentirmi pronta ad accogliere il sistema dell'altro.

BIBLIOGRAFIA

1. Dr Michael Kern *CRANIOSACRALE Principi ed esperienze terapeutiche* (Tecniche nuove):
2. Sills *Craniosacral Biodynamics*
3. AA.VARI :Cahill L. (2000);J.P. Aggleton; Mc Nally R.J. (2003); Nadel L.;Jacobs W.J.(1996)
4. “Capire e superare il trauma” Erickson,2006
5. P.A.Levine “Traumi e shock emotivi” 2002 – edizioni Macro
6. S.Santoni “Il sistema cranio sacrale” 1998 edizioni Armenia
7. Michel Odoul ”Elementi di psicoenergetica. Dimmi dove ti fa male e ti dirò perché” 1[^] edizione 2001-Ediz.Il punto d’incontro.
8. Michel Odent “Le funzioni degli orgasmi” 1[^] edizione 2009 –Ediz. Terra Nuova
9. Claudia Rainville “Metamedicina” 2000 - edizioni Amrita
10. Upledger – Vredevoogd “ Terapia cranio sacrale” Teoria e metodo – edizioni RED
11. S. Fiocca “Fondamenti di Anatomia e fisiologia Umana” 1990 edizioni Sorbona

SITOGRAFIA

www.Wikipedia, enciclopedia libera

www.Collolibero.it

www.aibic.it

www.aitecs.it

