

Titolo: L'Analisi Funzionale nella promozione del benessere. Primi risultati di un approccio sperimentale

Comacchio A., Bounous M., Gianoli E., Miatto E., Perotti L., Rizza V. e Bolzan M.,

Parole chiave: psicoterapia - AF - corpo - energia vitale- benessere- sperimentazione- intervento - valutazione - efficacia

1. Introduzione:

Sono sempre più numerosi gli approcci alla psicologia e alla psicoterapia che valorizzano, oggi più che mai, il ruolo del corpo come elemento conoscitivo fondamentale per il benessere psicologico. La riflessione alla base dei diversi approcci è che il dualismo mente-corpo, che è andato storicamente consolidandosi a muovere dal cogito ergo sum cartesiano, è oggi superabile rivalutando il sapere, o meglio i saperi, del corpo (Borgna, 2005), inteso come strumento di mediazione tra il dentro e il fuori dell'uomo (Xodo, 2003) e come sede oltre che veicolo di esperienza (A. Damasio, 1995).

Il corpo infatti con-fonde i codici interpretativi umani con quella operazione simbolica che consiste, con Galimberti, "nel com-porre quelle disgiunzioni in cui ogni codice si articola quando divide il vero e il falso, il bene e il male, il bello e il brutto" (Galimberti, 1983).

Ne consegue con il filosofo che il corpo diventa veicolo e strumento veicolante di significati relativi al mondo interiore umano. Tali intuizioni si ritrovano alla base delle riflessioni che hanno promosso, via via lungo il secolo scorso, l'origine di diversi approcci ad orientamento psicosomatico rivolti alla promozione del benessere, oltre che alla cura. Nell'ambito degli approcci corporei, si è assistito allo sviluppo di tecniche fisioterapeutiche ed osteopatiche, quali il Positional Release di L.H. Jones ed il Rolfing di I. Rolf; in ambito psicologico, hanno avuto origine diversi approcci di psicoterapia corporea tra cui l'Orgonomia di W. Reich, la Bioenergetica di A. Lowen, la Radix di C.R. Kelley, l'Analisi Funzionale di W. Davis.

A più riprese numerose ricerche riconoscono che il corpo può assumere un ruolo importante anche nel processo terapeutico, permettendo ai pazienti di accedere a memorie profonde e favorendo il cambiamento (Holyoake et alii 2005, Hsiao 2017).

2. L'Analisi Funzionale

L'Analisi Funzionale (AF) è un approccio umanistico di psicoterapia corporea del profondo centrata sul Sè, ideato e sviluppato da Will Davis nel corso di 40 anni di sviluppo e di esperienza clinica .

L'AF affonda le sue radici negli studi e ricerche di W. Reich sulle caratteristiche e funzioni dell'energia vitale (Orgonomia) quale processo creativo e unificante di psiche e soma all'interno dell'organismo umano (Reich, 1975; 1977) e si caratterizza non come ulteriore sviluppo del lavoro di Reich, ma come elaborazione ed approfondimento delle sue scoperte. Altri approcci psicoterapeutici, che hanno avuto un'influenza significativa nello sviluppo concettuale e metodologico dell'AF sono la Terapia della Gestalt di Fritz Perls, la Terapia centrata sul Cliente di Carl Rogers, la Radix di C. Kelley, le teorie del Sè (D. Stern) e delle Relazioni Oggettuali.

L'AF fonda il suo impianto concettuale sulla concezione Reichiana delle qualità energetiche della forza vitale. Tale forza (Orgone) si muove pulsando, ha le proprietà di auto-organizzarsi, di mantenere lo stesso funzionamento pulsatorio in modo costante e coerente in tutte le possibili forme manifeste che può assumere, e di dirigersi sempre in avanti, promuovendo sviluppo ed evoluzione secondo natura.

Assunto fondamentale dell'AF è il principio di identità funzionale corpo-mente, per il quale psiche e soma sono da intendersi come due manifestazioni diverse dello stesso processo di funzionamento dell'energia vitale, così come acqua, ghiaccio e vapore sono tre manifestazioni diverse della stessa combinazione molecolare.

Secondo questo principio, corpo e mente, pur estremamente diversi in forma e struttura, funzionano nello stesso modo e sempre operano insieme, nella salute e nella malattia.

Centrali, nel modello teorico dell'AF sono due fenomeni descritti da W. Reich: il primo è il principio di funzionamento energetico pulsatorio dell'organismo, come successione alternata di espansioni e contrazioni che ne caratterizza il funzionamento fisico, emotivo, psichico e relazionale. Il secondo è il concetto di armatura muscolare, che evidenzia il ruolo del corpo nel processo di costituzione delle difese, e si intende come una serie di tensioni, contratture, posture che si strutturano e cronicizzano durante lo sviluppo psico-fisico e hanno la funzione di impedire la libera circolazione e la pulsazione dell'energia vitale nell'organismo (Kelley, 1979; Marchino & Mizrahi, 2011).

L'AF si caratterizza come il punto di incontro tra psiche e soma, operando a partire da una posizione che integra le dimensioni psichica e somatica, ad un livello precedente la separazione mente-corpo. Sul piano plasmatico e funzionale la psiche e il soma non sono semplicemente legati ma sono identici. Compito del terapeuta è di contattare e di lavorare simultaneamente con gli aspetti psichici e somatici. (Davis, 1990; 1999).

Nell'ambito delle terapie corporee, gli influssi da cui derivano le tecniche somatiche e i concetti biologici dell'Analisi Funzionale sono prevalentemente: l'Integrazione Strutturale (Dr. Ida Rolf) e il Rilascio Posizionale (Dr. Lawrence Jones). In particolare, il lavoro pionieristico di Ida Rolf, in merito ai principi organizzativi del corpo e al cambiamento della struttura corporea come risultato di un lavoro specifico sul tessuto connettivo, ha consentito a W. Davis di comprendere il ruolo del tessuto connettivo nello sviluppo del Sè e del sistema di difesa fisico e psichico. Ha consentito inoltre, una migliore comprensione di come si può limitare o bloccare il flusso dell'energia vitale nel corpo, e di come può si ripristinare, favorendo quindi il recupero/miglioramento dello stato di benessere.

L'AF inquadra i problemi, sintomi, disturbi nello stato di salute/benessere personale quali manifestazioni sul piano fisico e psichico di interferenze/blocchi nel flusso naturale dell'energia vitale. Sul piano fisico, tali interferenze, che impediscono la libera circolazione di informazioni, percezioni, emozioni, sensazioni, ricordi ecc., non sono dovuti e mantenuti da un processo di contrazione del muscolo ma allo stato ed al funzionamento del tessuto connettivo (Davis, 1990; 1999).

L'applicazione dell'AF consiste in una combinazione di specifiche tecniche verbali e di tecniche somatiche "dolci" come la tecnica di massaggio per digitopressione "Points&Positions" e specifici esercizi sul segmento oculare che hanno la funzione di favorire l'esperienza di sé nel qui ed ora.

L'intervento terapeutico ha l'obiettivo di stimolare il ripristino dell'equilibrio energetico spontaneo dell'organismo (omeostasi), mobilizzando la pulsazione energetica/forza vitale che ha la proprietà di attivare, ri-attivare ed implementare i processi auto-evolutivi ed auto-riorganizzativi innati che ci contraddistinguono come esseri viventi. Di conseguenza, l'AF mette al centro dell'attenzione terapeutica la persona, il suo modo di funzionare: sentire, pensare e agire nella vita. Non si interviene (se non occasionalmente e all'uopo) direttamente su specifici problemi, disturbi e/o sintomi, in quanto intesi come conseguenze di un malfunzionamento della pulsazione energetica di base. La metodologia dell'AF agisce sulla causa della manifestazione disfunzionale (interferenza nella pulsazione) e non sulla conseguenza (problema). Nella pratica psicoterapeutica, si osserva come l'intervento a livello funzionale (mobilizzazione dell'energia vitale) abbia l'effetto di promuovere il ripristino del flusso pulsatorio di base che, sul piano psicosomatico, si manifesta nel cambiamento di comportamenti, atteggiamenti, sintomi, disturbi, problemi, ecc.

Applicando all'ambito psicoterapeutico i principi di funzionamento dell'energia vitale descritti da W. Reich, W. Davis propone un modello descrittivo del funzionamento umano naturale, ove per naturale si intende costantemente diretto allo sviluppo delle proprie potenzialità e del migliore stato di benessere possibile.

Innovativo il contributo di Davis nello sviluppo di una metodologia che stimola il processo di autoregolazione spontanea dell'organismo, favorendo il processo evolutivo di crescita, sviluppo e cambiamento. In tal senso si caratterizza anche come alternativa affiancabile a modelli diagnostici e di intervento terapeutico basati sulla concettualizzazione della psicopatologia e mirati alla risoluzione di specifici sintomi e/o problemi.

3. Valutazione dell'efficacia dell'Analisi Funzionale nella promozione del benessere

La ricerca avviata si configura come una prima sperimentazione sull'efficacia della metodologia dell'Analisi Funzionale, ad oggi ancora inesplorata empiricamente e scientificamente.

La ricerca si focalizza in specie sulla metodologia dell'AF, con l'obiettivo di valutarne l'efficacia ai fini della promozione del benessere e della prevenzione primaria.

Si tratta di uno studio di carattere interdisciplinare che, a partire dalla pratica psicoterapeutica che include il corpo, vuole stimolare il confronto sull'utilità di un'educazione capace di valorizzare l'integrità dell'essere umano e di supportare il processo spontaneo di sviluppo e crescita personale.

La programmazione di questo studio ha reso evidente la necessità di osservare alcune modalità e fenomeni della pratica clinica. Come e perché viene applicata l'AF e il fatto che i pazienti mettano in atto i cambiamenti desiderati in modo più veloce e spontaneo rispetto all'utilizzo di altri approcci psicoterapeutici. Sulla base di tale osservazione, condivisa da più analisti funzionali operanti in Italia ed in Europa in setting di psicoterapia, è sorta l'esigenza di poter argomentare sull'efficacia di questo approccio su base scientifica al fine di validare un modello di intervento terapeutico finalizzato al benessere della persona ed alla prevenzione primaria.

Il progetto si è sviluppato su più direttrici: a) la progettazione e realizzazione di un'indagine preliminare in Italia sull'utilizzo dell'AF nella pratica clinica; b) la pianificazione e messa a punto dell'impianto metodologico della sperimentazione, degli strumenti e delle procedure di rilevazione dei dati; c) le procedure di selezione e costituzione del campione di riferimento; la pianificazione e realizzazione del protocollo d'intervento (20 sedute con l'AF); d) la selezione e formazione degli analisti funzionali coinvolti nella conduzione dell'intervento terapeutico; e) la produzione di materiale informativo e formativo; f) l'analisi e interpretazione statistica dei dati raccolti.

La sperimentazione è stata avviata a Gennaio 2018 e si è articolata nell'arco di 23 mesi. È stata applicata ad un campione di giovani di età compresa tra i 18 e i 30 anni selezionati tra gli studenti ed ex studenti di IUSVE di Venezia-Mestre, afferenti ai corsi di laurea in Psicologia, Pedagogia, Scienze della comunicazione.

L'ipotesi di partenza è che sia possibile rilevare, già all'interno di un percorso breve di 20 sedute con il modello dell'Analisi Funzionale, cambiamenti significativi rispetto alle dimensioni funzionali indici del benessere psico-fisico dell'individuo. Tra questi: assertività/auto-affermazione; sviluppo e definizione dei confini intrapsichici e relazionali; radicamento; auto-referenzialità; accettazione e sostegno; cura di sé.

4. Indagine conoscitiva a operatori sull'AF

L'indagine è stata condotta on line presso una lista di analisti funzionali nel territorio nazionale che utilizzano il modello AF nella loro pratica professionale al fine di contestualizzare ed indagare l'applicabilità e l'efficacia del modello nella pratica professionale. A questi sono state chieste dettagliate informazioni sulla "practice" professionale che hanno fornito un primo quadro sulla diffusione della AF, sulla tipologia di pazienti assistiti con questa terapia, sul grado di compliance raggiunto nella pratica professionale, oltre ai bisogni di formazione professionale che gli stessi operatori maturano nello svolgimento di questa attività assistenziale.

Il questionario per l'indagine preliminare è stato elaborato ed inviato tramite mail ai terapeuti che utilizzano l'AF sul territorio nazionale. Nello specifico, è stata condotta una rilevazione on line presso una lista di circa 40 terapeuti che, in Italia (in particolare Centro e Nord), hanno concluso il percorso di formazione in AF tenuto da Will Davis. Il questionario somministrato era suddiviso in quattro sezioni: A. Informazioni personali (Età, sesso, formazione conseguita di base e avanzata). B. Attività di formazione in AF, informazione sui corsi di specializzazione seguiti negli anni e nelle varie sedi. C. Informazioni sull'esperienza e pratica professionale (indicazione del numero medio di persone assistite in media all'anno con riferimento agli ultimi tre anni 2015-2017). D. Informazioni relative ai soli pazienti assistiti con l'AF, con riferimento agli ultimi tre anni: distribuzione per sesso e distintamente per età, frequenza con la quale alcune procedure di raccolta informazioni e valutazioni del caso sono adottate per i pazienti. In questa sezione è stato anche rilevato il livello d'importanza attribuito ad una serie di 12 motivazioni per cui viene adottato l'approccio all'AF. Simmetricamente

viene rilevato il livello d'importanza di alcune (quattro) possibili ragioni per cui il terapeuta sceglie di non utilizzare la terapia AF. Viene inoltre richiesto di indicare la percentuale di pazienti che, sulla base dell'esperienza triennale, abbandonano la terapia e l'importanza di alcune (sei) possibili ragioni. Viene rilevata l'importanza di alcune (cinque) possibili difficoltà incontrabili nella pratica. Infine nella sezione E. Attività di formazione e aggiornamento vengono rilevati quelli che gli intervistati ritengono siano i personali e attuali bisogni di formazione.

Alcuni primi risultati. Il 70% dei rispondenti sono donne, l'età media è di circa 52 anni, il 40% degli intervistati segue da 11 a 20 pazienti all'anno. L'85% ha seguito negli ultimi tre anni (2015-17) pazienti con l'AF, la maggioranza di questi (il 30.1%) ha 19-30 anni, seguiti da 31-50 anni (il 28.5%). Oltre la metà (il 55.0%) ricorre "sistematicamente" ad un modulo di raccolta informazioni iniziali, il 40.0% ricorre "occasionalmente al WEF e al MEF. Per il 70.0% degli intervistati è "molto importante" per il ricorso all'AF la ragione di "Facilitare il processo di cambiamento" e "Ridurre l'intellettualizzazione da parte del paziente" per i 75.0% "Facilitare la percezione del se-corporeo". Al massimo il 30.0% dei pazienti interrompe la terapia dell'AF prima della naturale conclusione, le ragioni dell'interruzione hanno livelli d'importanza molto variabile fra loro.

In conclusione il 70.0% degli intervistati considera "molto importante" la "Supervisione di gruppo periodica" quale forma di attività di formazione, mentre il 65.0% considera "abbastanza importante" l'attività di "Incontri di aggiornamento su news sui benefici dell'AF". Su altre proposte le opinioni sono molto diversificate.

5. Strumenti di ricerca e delle procedure di rilevazione

In parallelo all'indagine on line presso gli operatori è stato progettato e programmato il protocollo di intervento, che si è concretizzato in un percorso di psicoterapia breve di 20 sedute con il modello dell'AF proposto al campione sperimentale di riferimento. L'intervento terapeutico è stato condotto da 5 analisti funzionali specificatamente formati e sono stati messi a punto gli strumenti di ricerca e le procedure di rilevazione di parametri fisiologici, psicologici e visivi.

Per rilevare l'attività fisiologica dell'organismo è stato scelto di utilizzare la rilevazione psicofisiologica (Green, Green e Walters, 1970). La scelta è stata motivata dal fatto che il monitoraggio psicofisiologico consente di rilevare il livello di attivazione del sistema nervoso in un individuo, cioè la capacità di autoregolazione tra stato mentale e fisiologico in diverse condizioni ambientali, quale indicatore dello stato di benessere personale.

Lo strumento consente di raccogliere informazioni riguardo al funzionamento del sistema nervoso attraverso misurazioni oggettive e quantitative di svariati parametri fisiologici centrali e periferici come: onde cerebrali, funzioni cardiache, respirazione, attività muscolare e temperatura cutanea. Nello studio in oggetto, i parametri fisiologici rilevati sono cinque: L'elettromiografia di superficie (SEMG), che misura il livello di tensione muscolare; la conduttanza cutanea che indica il livello di arousal fisiologico; la respirazione, che indica la velocità media di respiro; la frequenza cardiaca; la variabilità della frequenza cardiaca (HRV) che indica le variazioni degli intervalli di tempo tra battiti cardiaci consecutivi i quali sono modulati a loro volta dall'attività vagale. Questi parametri sono associati, in letteratura, allo stato di benessere fisiologico e salute psicofisiologica.

Per la rilevazione dello stato di benessere psicologico sono stati individuati due strumenti. Il primo è il Psychological General Well-Being Index - PGWBI¹ che è stato sviluppato come strumento per misurare le auto-rappresentazioni degli stati emozionali ed affettivi intra-personali che rispecchiano un senso di benessere soggettivo o di disagio, catturando ciò che può essere definita la percezione soggettiva del benessere.

La scelta dello strumento è stata sostenuta anche dal fatto che il questionario PGWBI è una misura convalidata relativa alla qualità della vita (HRQoL), ampiamente utilizzata negli studi clinici e nella ricerca epidemiologica per fornire una valutazione generale della salute e del benessere psicologico

¹ Grossi E, Mosconi P, Groth N, Niero M, Apolone G. Versione Italiana. Istituto di Ricerche Farmacologiche "Mario Negri", Milano, 2002

percepito ed è stato anche usato per valutare modificazioni del benessere soggettivo a seguito di trattamenti psicoterapici.

Il secondo strumento utilizzato è il test ANINT-A36 (L.S. Benjamin 1982 – P. Scilligo 1993). Si tratta di un questionario composto da 36 items di auto-descrizione della percezione del proprio mondo interiore, l'introietto, che descrivono i diversi comportamenti e atteggiamenti che il soggetto ha nei confronti di se stesso a livello intrapsichico. La natura del profilo che emerge dalle descrizioni permette di fare delle illazioni sui modelli operativi interni più comunemente accessibili alla persona nel gestirsi nella vita quotidiana. Permette quindi di raccogliere informazioni sul paesaggio interiore e lo stato di benessere/malessere interiore.

Il test è stato scelto anche per l'estrema robustezza metodologica e la meticolosa impalcatura metodologica che lo sorregge, frutto di un lavoro molto articolato portato avanti da Pio Scilligo e collaboratori nel corso di quasi 25 anni di ricerca e sviluppo (Scilligo 2005 e 2009).

La rilevazione fotografica degli indici visivi è stata condotta secondo modalità predefinite e standardizzate, in accordo coi criteri di osservazione specifici dell'AF.

5.1. Il processo di selezione del campione

La costituzione della base per la selezione del campione è stata su base volontaria tramite apposita Call pubblicata sul sito IUSVE

Il processo di selezione del campione è stato condotto dapprima nella costruzione della popolazione da cui estrarre il campione secondo criteri di inclusione/esclusione al fine di garantire, per quanto possibile, l'omogeneità dell'aggregato di partenza. Sono stati definiti dei prerequisiti di partecipazione al percorso di ricerca, quali, ad esempio, non avere psicoterapie in corso, dichiarare uno stato di benessere, non avere subito danni neurologici, non avere malattie croniche, non essere in cura farmacologica. Tali prerequisiti sono stati auto-dichiarati e registrati nella scheda di adesione al progetto, appositamente strutturata e sottoscritta dai partecipanti. Gli studenti che hanno aderito all'iniziativa e idonei a partecipare alla sperimentazione erano 55, fra questi sono stati estratti due campioni casuali, uno Sperimentale assegnato (casualmente) alla sperimentazione e l'altro come Controllo.

Per rispettare la rappresentatività e omogeneità dei campioni, i soggetti sono stati distribuiti in modo proporzionale nei 2 gruppi relativamente alla variabile sesso di appartenenza e successivamente assegnati ai due campioni in modo casuale.

I soggetti appartenenti al gruppo sperimentale sono stati assegnati ai terapeuti secondo il criterio del doppio cieco (Armitage P., & G. Berry 1999).

Per motivazioni logistiche/organizzative i soggetti sono stati reclutati in 2 scaglioni.

5.2. Selezione e formazione degli analisti funzionali

Parallelamente ai due gruppi, Sperimentale e Controllo, sono stati selezionati i 5 Analisti Funzionali per effettuare l'intervento con gli studenti del gruppo sperimentale. Allo scopo di rendere l'intervento il più possibile uniforme, sono stati coinvolti professionisti che condividono lo stesso livello di formazione in Analisi Funzionale. La selezione è avvenuta tramite invito personale, riunione informativa e adesione volontaria. Ogni terapeuta ha seguito in media 4 soggetti.

La formazione specifica dei terapeuti è stata articolata in due incontri preliminari all'avvio del protocollo d'intervento, in cui sono stati presentati: il progetto di ricerca; la struttura e i contenuti del protocollo d'intervento; la procedura da seguire nella conduzione dell'intervento e nella compilazione delle cartelle cliniche per la raccolta dei dati; la definizione del setting operativo: tempi, luoghi e modalità della fase di somministrazione dell'intervento. Le sedute, della durata di 50 minuti, sono state condotte a cadenza settimanale presso la sede della scuola di psicoterapia Aetos.

È stata programmata e realizzata l'attività di supervisione clinica, a cura dei collaboratori alla ricerca referenti per l'area dell'AF, allo scopo di monitorare l'andamento dei percorsi individuali, e garantire lo svolgimento del protocollo d'intervento secondo le modalità predefinite.

Ultimata la fase di costituzione del campione e formazione dei professionisti sono state avviate le procedure di rilevazione dai dati e la somministrazione del protocollo d'intervento.

I dati in ingresso sono stati raccolti durante un incontro preliminare all'avvio del protocollo in cui, ai soggetti selezionati, sono state fornite le informazioni relative alla loro partecipazione alla ricerca, sono stati raccolti i dati sensibili previa sottoscrizione del consenso informato; sono stati somministrati i test PGWBI e ANINT-A36 (indici psicologici) e sono state effettuate le misurazioni BFB (indici fisiologici) e le rilevazioni fotografiche (indici visivi) secondo i criteri predefiniti.

6. Avvio del protocollo di intervento

I 18 soggetti appartenenti al gruppo Sperimentale hanno iniziato il percorso di psicoterapia breve (20 sedute) secondo il modello dell'AF, a cadenza settimanale. Ai 17 soggetti del gruppo di Controllo non è stato somministrato alcun trattamento. I soggetti appartenenti ai 2 scaglioni hanno iniziato il percorso terapeutico a distanza di 6 settimane l'uno dall'altro (Ottobre 2018 - 1° scaglione e Novembre 2018 - 2° scaglione).

Ogni analista funzionale ha seguito in media 4 soggetti. Per ridurre l'effetto delle variabili individuali nella conduzione del percorso, è stato stilato un protocollo d'intervento per la raccolta e registrazione dei dati clinici, la conduzione dell'intervento e l'osservazione e registrazione dell'andamento del percorso. La maggior parte degli strumenti utilizzati a tal fine sono stati ideati da W. Davis e opportunamente adattati alle esigenze della ricerca. Altri sono stati ideati e prodotti specificatamente per il protocollo d'intervento al fine di standardizzare il più possibile il processo di conduzione del percorso, tramite la definizione di linee guida di lavoro verbale e corporeo.

A metà percorso (dicembre 2018 - 1° scaglione e Gennaio 2019 - 2° scaglione) sono state effettuate le rilevazioni intermedie relativamente ai parametri fisiologici (misurazioni BFB) e agli indici di benessere generale (test PGWBI) sui soggetti di entrambi i campioni, secondo le procedure predefinite.

I dati in uscita sono stati rilevati (Marzo 2019 - 1° scaglione; Maggio 2019 - 2° scaglione) durante un incontro collettivo in cui ai soggetti del campione sono stati somministrati i test PGWBI e ANINT-A36 e sono state effettuate le misurazioni BFB e le rilevazioni fotografiche. Nella stessa sede, i partecipanti sono stati informati in merito alla programmazione delle successive fasi del progetto: elaborazione dei dati e divulgazione dei risultati.

In aggiunta a quanto originariamente previsto in fase di programmazione, è stato organizzato e condotto un intervento di follow-up a distanza di 6 mesi dalla conclusione dell'intervento (Settembre 2019). Obiettivo dell'intervento è di verificare il mantenimento nel tempo di eventuali cambiamenti rilevati sullo stato di benessere rilevato nel campione. Tutti i soggetti appartenenti al campione sono stati invitati a partecipare all'incontro di follow up durante l'incontro collettivo di raccolta dati in uscita.

Durante l'incontro collettivo di follow-up, oltre ai test PGWBI, ANINT-A36 è stato somministrato un questionario per la rilevazione del cambiamento percepito appositamente ideato e sono state effettuate le misurazioni BFB.

I soggetti del gruppo sperimentale hanno usufruito inoltre di un colloquio di follow-up coi terapeuti di riferimento.

A protocollo d'intervento concluso, i dati relativi ai percorsi psicoterapeutici svolti dal gruppo sperimentale sono stati raccolti, condivisi e sottoposti ad una prima analisi durante un incontro residenziale di 2 giorni coi terapeuti di riferimento. A conclusione del protocollo di intervento, contiamo 1 drop-out nel gruppo sperimentale e 2 nel gruppo di Controllo. Il drop-out del gruppo sperimentale è stato motivato dall'aver trovato un nuovo lavoro dagli orari incompatibili con il percorso in atto. Non è stato possibile raccogliere informazioni in merito alle motivazioni relative ai drop-out del gruppo di Controllo.

7. Elaborazione ed analisi statistica dei dati sperimentali rilevati per la valutazione dell'Analisi Funzionale: test PGWBI, misurazioni BFB

In questa prima fase della presentazione dei risultati dell'analisi statistica l'attenzione sarà rivolta ad alcune evidenze forti su alcune variabili oggetto di valutazione a seguito dell'AF.

Nella lettura dei risultati appare doverosa una premessa. Le numerosità dei gruppi sono rispettivamente 18 per lo sperimentale e 17 per i controlli, dimensioni campionarie e variabili analizzate che hanno consigliato l'applicazione di test non parametrici per campioni indipendenti e dipendenti (entro gruppi). L'interpretazione richiede prudenza in quanto può essere ragionevole che le variabili fra loro siano correlate e quindi i risultati dei livelli di significatività ne siano condizionati. Rispetto agli indici fisiologici, è interessante notare che alla rilevazione 1 i due gruppi Sperimentale e Controllo non erano statisticamente diversi al tempo 1, cioè al momento dell'avvio della sperimentazione mentre al tempo 2 sono significativamente diversi fra loro, segno che l'intervento è discriminante e con diversa efficacia nei due gruppi. Inoltre nei Controlli non c'è cambiamento fra le due rilevazioni mentre si osserva una significativa differenza fra le due rilevazioni nei sperimentali. Vi è quindi una interessante e importante concordanza con le aspettative di risultato attese.

Le variabili per le quali si rilevano cambiamenti nel gruppo Sperimentale (prima rilevazione vs seconda e/o vs terza) sono: Tensione muscolare, Frequenza cardiaca (non nei controlli), SDNN (non nei controlli), RMSSD (non nei Controlli).

Da una analisi dettagliata si notano comunque alcune significative differenze fra il prima e dopo la conclusione della terapia fra i due gruppi diversamente trattati. Ad esempio la Frequenza Cardiaca fra i due gruppi Sperimentali e Controllo al tempo 1 sono diversi mentre sono uguali al tempo 3 ciò può significare un riallineamento fra i due gruppi. Inoltre nel gruppo degli Sperimentali si registra che la mediana passa da 84.866 prima della terapia a 75.38 (simile diminuzione non si registra fra i Controlli). Per quanto riguarda la Tensione Muscolare si registra che la mediana passa da 7.95 prima della terapia a 2.62 a terapia conclusa (sebbene anche nei Controlli si registri simile tendenza). Per la SDNN la mediana nel gruppo degli Sperimentali passa da 49.327 a 63.554 (simile aumento non si registra fra i Controlli), Similmente per RMSSD la mediana nel gruppo degli Sperimentali passa da 33.388 a 56.467(simile aumento non si registra fra i Controlli).

Frequenza cardiaca

Ril.	Gruppo	Media	Dev. Standard	Minimo	1 Quartile	Mediana	3 Quartile	Massimo	NA
1	Controllo	70.809	8.466	59.500	64.892	68.918	73.578	90.136	0
	Sperimentale	80.689	21.492	8.413	78.313	84.866	88.253	107.850	0
2	Controllo	73.817	9.002	60.802	68.713	72.244	78.443	94.670	1
	Sperimentale	84.044	10.975	62.258	79.177	82.855	89.976	104.710	1
3	Controllo	72.817	9.947	58.116	64.770	73.734	78.734	91.461	0
	Sperimentale	75.090	11.292	55.221	67.240	75.318	82.154	96.186	0

Tensione Muscolare

Ril.	Gruppo	Media	Dev. Standard	Minimo	1 Quartile	Mediana	3 Quartile	Massimo	NA
1	Controllo	9.550	6.096	1.090	3.715	9.400	13.035	20.780	0
	Sperimentale	10.948	7.624	2.850	4.820	7.950	15.180	28.160	0
2	Controllo	3.706	2.880	0.570	1.710	2.795	4.240	10.280	1
	Sperimentale	4.991	3.015	1.080	2.820	4.890	6.380	11.930	0
3	Controllo	4.669	5.891	0.560	2.305	3.270	4.630	25.370	0
	Sperimentale	3.915	2.447	1.160	1.980	2.620	5.800	7.950	0

SDNN

Ril.	Gruppo	Media	Dev. Standard	Minimo	1 Quartile	Mediana	3 Quartile	Massimo	NA
1	Controllo	57.960	21.297	27.617	39.273	67.952	75.302	88.879	0
	Sperimentale	48.847	18.918	13.188	42.413	49.327	57.100	85.990	0
2	Controllo	55.965	15.838	34.430	44.531	53.259	64.695	83.181	1
	Sperimentale	44.887	19.067	23.390	30.845	42.034	47.413	96.428	1
3	Controllo	60.689	22.418	31.408	43.889	55.953	72.119	111.670	0
	Sperimentale	60.525	18.219	27.772	45.110	63.554	71.315	94.060	0

RMSSD

Ril.	Gruppo	Media	Dev. Standard	Minimo	1 Quartile	Mediana	3 Quartile	Massimo	NA
1	Controllo	49.582	25.743	4.256	38.122	46.876	63.820	98.460	0
	Sperimentale	38.193	15.325	11.619	30.714	33.384	46.166	70.319	0
2	Controllo	51.798	14.050	27.583	42.755	51.733	60.609	82.925	2
	Sperimentale	41.587	29.358	12.264	28.253	32.104	41.000	136.140	1
3	Controllo	58.757	23.120	28.245	44.285	52.441	66.478	124.720	0
	Sperimentale	62.923	35.661	27.558	45.702	54.667	67.065	172.920	0

Per le altre variabili si colgono ugualmente importanti risultati di differenze significative fra epoche di rilevazione ma vi si colgono differenze anche nel gruppo Controllo per cui viene suggerito un approfondimento delle analisi statistiche.

L'analisi dei confronti fra i gruppi - Sperimentale e Controllo - sullo stato di benessere generale, rilevato tramite il questionario PGWBI, evidenziano differenze significative. Al tempo 1, il valore medio rilevato nel gruppo sperimentale è di 74.125 e nel gruppo di controllo è pari a 74.588. A fine intervento il punteggio medio rilevato nel gruppo sperimentale è di 85.118 e nel gruppo di controllo è di 77.188. Interessante notare che, alla rilevazione 1 i due gruppi erano uguali, mentre al tempo 2 sono significativamente diversi fra loro, segno che l'intervento è stato rilevante/efficace. Inoltre, nei controlli non c'è cambiamento fra le due rilevazioni mentre si osserva una significativa differenza fra le due rilevazioni negli sperimentali.

8. Valutazione qualitativa dei dati raccolti.

Sono stati messi a confronto gli indici rilevati tramite il test PGWBI, il test ANINT-A36, misurazioni BFB, rilevazioni fotografiche. Per il gruppo Sperimentale, sono state incluse nell'analisi anche le cartelle cliniche, le schede di raccolta dati e le osservazioni dei terapeuti. In riferimento al gruppo Sperimentale, il confronto tra le rilevazioni in ingresso e quelle in uscita evidenziano un miglioramento nello stato benessere personale. Gli indici psicologici (test Aninit-A-36 e questionario PGWBI) alcuni indici fisiologici (frequenza cardiaca, tensione muscolare e variabilità della frequenza cardiaca) e gli indici visivi a convergono in questa direzione.

Le rilevazioni BFB tra inizio e fine del percorso hanno mostrato nel gruppo sperimentale un abbassamento significativo della frequenza cardiaca, una diminuzione della tensione muscolare ed un aumento dei parametri legati alla variabilità della frequenza cardiaca: SDNN e RMSSD. Mentre l'abbassamento frequenza cardiaca e della tensione muscolare mostrano una disattivazione del Sistema Nervoso Ortosimpatico, l'aumento dei parametri legati alla variabilità cardiaca (SDNN e RMSSD) indicano che non c'è stata solo una disattivazione di questo Sistema, ma è aumentata la flessibilità del vago ventrale. Non c'è quindi solamente una diminuzione dell'attivazione del sistema nervoso, ma un maggiore equilibrio. Questo risultato può portare a concludere che siano aumentate le capacità di autoregolazione dell'organismo.

9. Risultati ottenuti in riferimento agli obiettivi preposti

A conclusione del protocollo di intervento, contiamo 1 drop-out nel gruppo sperimentale e 2 nel gruppo di Controllo.

In generale, i risultati emersi dalla ricerca indicano che l'intervento tramite protocollo AF è stato discriminante nell'efficacia fra i due gruppi diversamente trattati. Dall'analisi dei dati si evince una concordanza di interesse tra le aspettative di risultato attese, in particolare in relazione agli obiettivi conoscitivi stanti alla verifica dell'impatto sul benessere dell'individuo della metodologia dell'AF in un percorso di terapia individuale e alla validazione di un modello di intervento terapeutico finalizzato al benessere della persona ed alla prevenzione primaria.

Interessante notare come, nel tempo intercorso tra l'avvio e la conclusione del protocollo di intervento, anche i soggetti di Controllo abbiano manifestato un miglioramento del proprio stato di benessere. Il cambiamento rilevato risulta di minore intensità rispetto a quello manifestato dai soggetti del gruppo Sperimentale. Si ritiene questo dato coerente con le caratteristiche della popolazione target da cui si è selezionato il campione. Si tratta di una popolazione sana, di giovani compresi in una fascia d'età soggetta naturalmente ad un processo di crescita e maturazione. Inoltre, alla luce dell'osservazione che la maggior parte dei partecipanti risulta afferente dal corso di laurea in psicologia si può ipotizzare che si tratti di soggetti intrinsecamente predisposti all'introspezione e stimolati nello sviluppo di migliori competenze, anche sul piano personale, dal percorso di studio che frequentano.

Un risultato inatteso si è concretizzato nell'organizzazione di un centro clinico in AF, nato a partire dall'interesse manifestato dagli studenti appartenenti al gruppo di Controllo per lo specifico intervento psicoterapeutico proposto ai soggetti del gruppo sperimentale, che si è concretizzato nella richiesta, da parte di alcuni, di intraprendere lo stesso percorso personale. Grazie alla disponibilità di alcuni tra i 5 terapeuti coinvolti nel progetto, è stato possibile rispondere al bisogno rilevato. È stato organizzato quindi un centro clinico per offrire ai soggetti appartenenti al gruppo di Controllo la possibilità di usufruire dello stesso percorso previsto dal protocollo di intervento (20 sedute di psicoterapia col modello dell'AF). La priorità di accesso al centro clinico è stato riservato a chi ha partecipato all'intero progetto (drop-out esclusi).

La nascita e strutturazione del centro clinico in AF, quale servizio mirato alla promozione del benessere, si configura come una risorsa ulteriore presente sul territorio e rappresenta, forse, la prima ricaduta della realizzazione di questo progetto di ricerca sul piano sociale.

10. Conclusioni

Alla luce delle considerazioni effettuate, come si evince dalla analisi statistica e dall'analisi qualitativa effettuata, l'intervento effettuato con il metodo dell'Analisi Funzionale ha mostrato la sua efficacia nel discriminare un cambiamento significativo nel gruppo Sperimentale nell'intervallo di tempo intercorso fra le due rilevazioni in particolare rispetto anche al gruppo Controllo,

Si può quindi sostenere - con i livelli di affidabilità propri della metodologia della ricerca sperimentale- che vi sia effettiva corrispondenza fra le attese di risultato ipotizzate inizialmente ed i risultati sperimentali ottenuti. Nei limiti della natura dei risultati di una sperimentazione, l'Analisi Funzionale svolge un ruolo significativamente positivo nella promozione del benessere dell'individuo.

BIBLIOGRAFIA

Ambrosi J., L'energia dell'umano. Tr. it. Feltrinelli, Milano 1978.
Bertelé L., Il tuo corpo ti parla. Baldini&Castoldi, Milano 1995.

Armitage P., Berry G. "STATISTICAL METHODS in MEDICAL RESEARCH" . Edizione Italiana a cura di M. Bolzan per i tipi della McGraw-Hill Libri Italia s.r.l.. 1996.

Borgna P., Sociologia del corpo, Laterza, Bari 2005.

Damasio A.R., Il sè viene alla mente. La costruzione del cervello cosciente, Milano, Adelphi, 2012.

Damasio A.R., L' errore di Cartesio. Emozione, ragione e cervello umano, Milano, Adelphi, 1995.

Damasio A.R., Emozione e Coscienza, Milano, Adelphi, 2000.

Davis W., Working with the Instroke, in: Energy & Character. Vol. 15 Nr. 1, P. 17-25. Abbotsbury Publications, London, 1984.

Davis W., Releasing muscular armor. in: Energy & Character Vol.16 Nr. 1, P. 73-76, 1985.

Davis W., On Working Energetically, Part I, in: Energy & Character Vol. 19, No.2, P. 17-45. Abbotsbury Publications, London 1988.

Davis W., Transference, in: Energy & Character Vol. 21, No. 1 P. 22- 51, 1989. Abbotsbury Publications, London)

Davis W., Points and Positions: An outline of a Reichian Methodology. in: Energy & Character 1990.

Davis W., On Working Energetically, Part II, in: Energy & Character Vol. 20 Nr.1, P. 43-55. 1992. Abbotsbury Publications, London 1992.

Davis W., The Biological Foundations of the Schizoid Process, Parts I&II. Energy and Character Vol. 28 and 29, P. 57-77 and 55-66, 1997- 8. International Institute of Biosynthesis, Heiden, Switzerland.

Davis W., An Introduction to the Instroke. Energy and Character Vol. 30, Nr. 1, P. 79-94. International Institute of Biosynthesis, Heiden, Switzerland, 1999.

Davis W., Energetic and Therapeutic Touch, The Flesh of the Soul, P. 59-81; Michel Heller, (Editor), Peter Lang Verlag, Bern 2001.

Davis W., In Support of Body Psychotherapy. International Body Psychotherapy Journal. Vol. 11, 2, 2012.

Davis W., The Endo Self. International Body Psychotherapy Journal. Vol. 13, 1. Vol. 22, 2014.

Davis W., The Return to the self: A self oriented theory of development and psychotherapy. International Body Psychotherapy Journal. Vo. 14, 2, 2015.

Diana R., Crescere con corpo. Educare gli adolescenti alla corporeità. La Meridiana, Molfetta 2012.

Galimberti U., Il corpo, Feltrinelli, Milano 1983.

Green E.,Green A.,Walters E.,Voluntary control of internal states:Psychological and physiological.Journal of Transpersonal Psychology,2,1-26, 1970.

Elmes D.G., Kantowitz B.D., Roediger III H.L., Research methods in psychology, Brooks/Cole Publishing Company, Pacific Grove 1999. Hsiao Fh, The Application of Body-Mind-Spirit Integrated

Jones L. H., Kusunose R.S., Goering E.K., "Jones Strain-Counterstrain", Nuova Prhomos ed., Perugia, 2015.

Lowen A., Il linguaggio del corpo, Milano, Feltrinelli, 1978.

Lowen A., Bioenergetica, Milano, Feltrinelli, 1983.

Lowen A., L'analisi bioenergetica, Milano, Centro di documentazione "W.Reich", 1985.

Merleau-Ponty M., Fenomenologia della percezione, Il Saggiatore, Milano 1965.

Musacchi R., FotoTerapia psicocorporea. Il lavoro con le fotografie in psicoterapia corporea, Franco Angeli, Milano 2016.

Pujade-Renaud C., (1976) Espressione corporea: linguaggio del silenzio, Edizioni del Corpo, Milano 1978.

Reich W., Analisi del carattere, Sugarco Edizioni, Varese, 1994.

Reich W., La funzione dell'orgasmo, Il Saggiatore, Milano, 2016.

Rolf Ida, Il Rolfing e la realtà fisica, Astrolabio-Ubaldini, Roma 1996.

Sacco, Gi., e Testa, D. (2012). Biofeedback e psicosomatica. Teorie e applicazioni. Milano: Franco Angeli.

Schwartz, J.M., & Andrasik, F. (2003). Biofeedback. A Practitioner's Guide. New York, NJ: The Guilford Press.

Scilligo P., La nuova sinfonia dei molti sé, LAS, Roma 2005.

Scilligo P., La ricerca scientifica tra analisi ed ermeneutica, LAS, Roma 2009.

Xodo C., Capitani di sé stessi. L'educazione come costruzione di identità personale, La Scuola, Brescia 2003.

Sitografia:

Davis W., (2016), Affective Core Consciousness, the Instroke, and the Endo self. Body, Movement and Dance in Psychotherapy. URL: <http://mc.manuscriptcentral.com/tbmd>

www.functionalanalysis.org