

Nota Preliminare

Il seguente documento propone una teoria innovativa e sperimentale riguardo i processi di riscrittura della memoria traumatica.

Si tratta di una riflessione teorica, non operativa, che si offre come spunto di discussione e ulteriore approfondimento per il mondo scientifico e clinico.

Ogni applicazione pratica della teoria è da considerarsi prematura senza verifica, confronto ed eventuale validazione da parte della comunità specialistica di riferimento.

DISCLAIMER

La presente teoria è una riflessione concettuale e non costituisce in alcun modo una raccomandazione clinica o terapeutica.

Qualsiasi applicazione pratica, sperimentale o terapeutica di quanto qui descritto è espressamente sconsigliata, a meno che non sia sottoposta a validazione, supervisione e approvazione da parte di specialisti qualificati e della comunità scientifica.

L'autore declina ogni responsabilità per usi impropri o non autorizzati delle idee qui illustrate.

Indice Tematico — Teoria di Ristrutturazione Emotiva a Shock Guidato (RESG™)

1. Nota Preliminare e Disclaimer

- Chiarimenti sull'uso, destinatari e responsabilità

2. Introduzione Generale

- Perché nasce questa teoria
- Breve storia del concetto di trauma e memoria

3. Fondamenti Teorici

- Definizione di trauma (clinica - neuroscientifica)
- Memoria: natura, struttura e funzionamento
- Conscio e inconscio: memorie separate ma comunicanti
- Dialogo tra memoria dichiarativa ed emotiva

4. Meccanismi Neurobiologici Coinvolti

- Cos'è una sinapsi, neuroplasticità e finestra di codifica
- Ruolo di amigdala, ippocampo, ipotalamo, ipofisi, surreni
- Sequenza dell'attacco di panico: dal trigger all'apertura sinaptica
- Curva della finestra plastica (diagramma visivo)
- Quando intervenire: il punto di massima apertura

5. Descrizione della Teoria RESG™

- Origine e intuizione della tecnica
- Differenze da altri approcci (esposizione, EMDR, counterconditioning)
- Il principio della “sovrascrittura shock positiva”
- Ruolo della relazione di fiducia, spiritualità e ambiente
- Il concetto di “barlume di coscienza” e la necessità di micro-appiglio consapevole

6. Condizioni Necessarie e Fasi del Protocollo

- Fase 0: creazione spazio sicuro e riconoscibile
- Pre-condizionamento corporeo e sensoriale
- Fasi operative:
 - a. Attivazione controllata trauma
 - b. Aggancio nel picco emotivo
 - c. Introduzione shock positivo
 - d. Consolidamento memoria riscritta
- Limiti, rischi e precauzioni operative

7. Raccomandazioni e Prospettive

- Chi può proporre ricerca su questa teoria
- Invito alla validazione, allo studio e al dibattito scientifico

8. Riferimenti Bibliografici e Sitografia

- Libri, articoli e autori di riferimento (Kandel, LeDoux, Damasio, ecc.)
- Studi e paper su memoria, trauma, neuroplasticità, tecniche simili

Glossario & Sintesi Narrativa

- Glossario dei termini chiave
- Eventuale sintesi poetica/narrativa per la divulgazione

2. Introduzione Generale

Perché nasce questa teoria

Nel corso degli ultimi decenni, la comprensione dei meccanismi alla base dei traumi psicologici e della memoria emotiva ha compiuto enormi progressi grazie agli studi neuroscientifici, psicologici e terapeutici.

Eppure, ancora oggi, molte persone vivono esperienze traumatiche che sembrano “resistere” a ogni tentativo di superamento, con sintomi che riemergono improvvisamente anche a distanza di anni dall’evento.

Questa teoria nasce dall’osservazione empirica, dall’autoanalisi e dalla riflessione personale su come un’esperienza traumatica possa imprimerli profondamente nel sistema nervoso, condizionando automatismi emotivi e comportamentali senza il controllo della volontà cosciente.

Partendo da questi spunti, il **Modello di Riscrittura Emotiva a Shock Guidato (RESG™)** si propone come nuova ipotesi di intervento:

L’obiettivo non è sostituire i metodi tradizionali, ma offrire una possibile “finestra di opportunità” per trasformare la memoria traumatica attraverso uno shock emotivo positivo, somministrato nel preciso momento di massima plasticità emotiva.

L’idea centrale è che, **agendo all’interno della finestra critica in cui il cervello è più recettivo**, sia possibile guidare la persona verso la sovrascrittura del significato emotivo del trauma, favorendo così la nascita di una nuova traccia mnestica più funzionale e liberante.

Breve storia del concetto di trauma e memoria

Il concetto di trauma, nella storia della medicina e della psicologia, ha subito numerose trasformazioni.

- Nei primi approcci (fine ‘800 - Freud, Janet) il trauma era visto come un “evento psichico troppo grande” per essere integrato dalla mente, destinato a riemergere come sintomo, sogno o nevrosi.
- Con l’avvento delle neuroscienze (anni ‘70-2000), si è compreso che il trauma è **prima di tutto un’impronta neurobiologica**: coinvolge strutture come l’amigdala, l’ippocampo, il sistema limbico, e agisce attraverso la memoria implicita (non cosciente), oltre che esplicita (cosciente).
- La memoria non è più vista come un semplice “archivio”, ma come un sistema dinamico: ogni richiamo di un ricordo lo modifica, e la qualità dell’esperienza emotiva vissuta al momento della rievocazione può cambiare la traccia stessa della memoria.
- Le ricerche più recenti (Kandel, LeDoux, van der Kolk, Damasio) mostrano che esiste una **finestra temporale di plasticità**, durante la quale le memorie traumatiche possono essere effettivamente trasformate e non solo “coperte” da nuove strategie.

Alla luce di questi sviluppi, la teoria qui proposta si innesta come prosecuzione naturale, tentando di mettere a fuoco il **“quando”** e il **“come”** favorire un reale processo di riscrittura emotiva, non solo attraverso la parola o l'esposizione graduale, ma con un **intervento esperienziale preciso**, sfruttando lo stato di massima vulnerabilità e apertura delle reti neurali che si verifica durante la crisi emotiva acuta.

3. Fondamenti Teorici

Definizione di trauma (clinica - neuroscientifica)

Il trauma psicologico, dal punto di vista clinico, è un evento che eccede la capacità della persona di integrarlo e affrontarlo con le normali risorse emotive e cognitive.

Secondo il DSM-5 (Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali), il trauma è “l'esposizione a morte reale o minaccia di morte, lesione grave o violenza sessuale, vissuta direttamente o come spettatore”.

Tuttavia, la scienza riconosce oggi che anche eventi meno eclatanti — ma percepiti come schiacciati e incontrollabili — possono imprimersi come traumi emotivi duraturi.

A livello neuroscientifico, un trauma è un'esperienza che produce un'impronta indelebile su alcune aree chiave del cervello:

- **Amigdala:** registra l'intensità della paura e dell'allarme.
- **Ippocampo:** associa il trauma a un contesto spazio-temporale, ma può essere “disconnesso” in caso di stress acuto, generando ricordi frammentari o dissociati.
- **Corteccia prefrontale:** (sede della razionalità) può “spegnersi” temporaneamente durante il trauma, lasciando il campo a reazioni automatiche e istintive.

Il risultato è una “memoria emotiva” che può riemergere improvvisamente, al di fuori del controllo della volontà, ogni volta che uno stimolo simile (trigger) riattiva la rete traumatica.

Memoria: natura, struttura e funzionamento

La memoria non è un luogo fisico o un semplice archivio statico, ma un insieme di processi diffusi che coinvolgono diverse aree cerebrali e si riorganizzano ogni volta che un ricordo viene richiamato.

- **Memoria esplicita (dichiarativa):** riguarda fatti, eventi, informazioni di cui siamo consapevoli e che possiamo descrivere a parole.
Dipende soprattutto dall'ippocampo e dalla corteccia cerebrale.
- **Memoria implicita (non dichiarativa):** riguarda abitudini, riflessi, condizionamenti, risposte automatiche emotive o corporee che si attivano senza passare dalla coscienza.
Dipende dall'amigdala, dal cervelletto, dai gangli della base.

Le neuroscienze hanno dimostrato che **la memoria è plastica**: ogni richiamo può rafforzare, modificare o attenuare la traccia mnestica, a seconda dell'emozione che accompagna l'esperienza rievocata.

Conscio e inconscio: memorie separate ma comunicanti

Il cervello umano funziona su due piani paralleli:

- **Conscio:** tutto ciò che sappiamo di sapere, di cui possiamo parlare, spiegare, raccontare.
- **Inconscio:** tutte le memorie, abitudini, emozioni e risposte automatiche che agiscono senza che ce ne rendiamo conto.

Sebbene siano distinte, queste due “memorie” comunicano continuamente:

- Una paura inconscia può emergere inaspettata (es. ansia improvvisa senza motivo apparente).
- Un ricordo conscio può, col tempo, modificare una risposta automatica (attraverso la riflessione, la terapia, la rielaborazione).

Il trauma si annida prevalentemente nell'inconscio, ma **per essere trasformato** deve in qualche modo “passare” alla coscienza — anche solo per un attimo — così da poter essere riscritto o reinterpretato.

Dialogo tra memoria dichiarativa ed emotiva

Quando richiamiamo un ricordo traumatico, non si riattiva solo l'immagine mentale o la narrazione, ma anche — e soprattutto — la **memoria emotiva** collegata a quel ricordo: il battito cardiaco, la sudorazione, le reazioni corporee, le emozioni intense che riaffiorano.

Il dialogo tra memoria dichiarativa e memoria emotiva è alla base dei processi di rielaborazione:

- Solo **se la componente emotiva viene “aggiornata”** (es. inserendo una nuova emozione durante la finestra di plasticità), il ricordo stesso può cambiare significato e smettere di generare sofferenza automatica.
- Questo è il punto chiave della teoria proposta: **non basta “parlare” del trauma, bisogna agire nel momento in cui il corpo e il cervello sono pronti a riscriverlo.**

4. Meccanismi Neurobiologici Coinvolti

Cos'è una sinapsi, neuroplasticità e finestra di codifica

La **sinapsi** è il punto di contatto tra due neuroni, dove il segnale nervoso si trasmette tramite impulsi elettrici e sostanze chimiche (neurotrasmettitori).

La forza e la frequenza di queste connessioni definiscono l'efficacia delle reti cerebrali nel codificare esperienze, ricordi ed emozioni.

La **neuroplasticità** è la capacità del cervello di modificare la struttura e l'efficacia delle proprie reti sinaptiche in risposta all'esperienza, soprattutto in condizioni di forte stimolo emotivo o durante la rievocazione di memorie intense.

Ogni volta che si richiama un ricordo, la traccia mnestica viene temporaneamente “sciolta” e può essere rafforzata, modificata o indebolita: questa è chiamata **finestra di codifica** o **reconsolidamento**.

Nel momento di massima attivazione emotiva, le sinapsi sono più ricettive: le neuroscienze parlano di una **“finestra plastica”** che dura pochi minuti, durante la quale è possibile intervenire sulla memoria stessa, scrivendo nuove associazioni emotive o comportamentali.

Ruolo di amigdala, ippocampo, ipotalamo, ipofisi, surreni

- **Amigdala:** è la centrale della paura e dell'allerta emotiva. Rileva segnali di pericolo, innescando risposte automatiche (lotta, fuga, blocco) e regola le memorie emotive.
- **Ippocampo:** collega le esperienze emotive al contesto spazio-temporale e ai ricordi dichiarativi. Sotto stress acuto, può "disconnettersi", rendendo i ricordi traumatici confusi o privi di narrazione.
- **Ipotalamo:** riceve l'allarme dall'amigdala e attiva la catena di risposta allo stress, coordinando corpo e mente.
- **Ipofisi:** ghiandola che risponde ai segnali dell'ipotalamo, rilasciando ormoni (tra cui ACTH) che preparano il corpo all'azione.
- **Surreni:** producono adrenalina e cortisolo, gli ormoni che aumentano lo stato di allerta, energia, e modificano temporaneamente la plasticità sinaptica.

Queste strutture creano una "catena di montaggio" del panico e della risposta traumatica, portando il cervello in uno stato di **apprendimento emotivo estremo**.

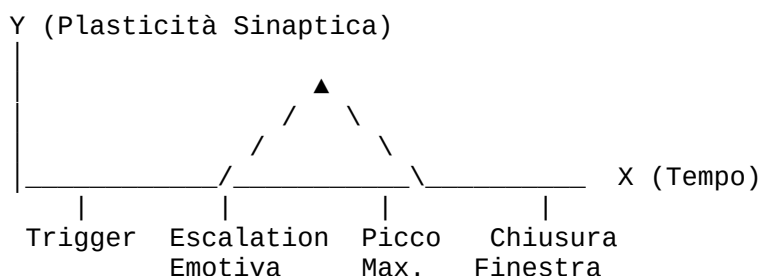
Sequenza dell'attacco di panico: dal trigger all'apertura sinaptica

1. **Trigger** (stimolo interno o esterno, spesso inconsapevole)
→ attiva **amigdala** e, parallelamente, richiama l'**ippocampo**.
2. **Amigdala**
→ allerta l'**ipotalamo**: "Pericolo!".
3. **Ipotalamo**
→ attiva l'**ipofisi**, che rilascia ACTH.
4. **Ipofisi**
→ stimola i **surreni** a produrre adrenalina e cortisolo.
5. **Surreni**
→ rilasciano ormoni, corpo in allerta massima.
6. **Ippocampo**
→ in condizioni normali, contestualizza il ricordo;
in condizioni traumatiche, può dissociarsi → memoria frammentata o "senza tempo".
7. **Corteccia prefrontale**
→ viene temporaneamente inibita: la mente razionale si "oscura".
8. **Sinapsi**
→ stato di massima apertura/plasticità, il cervello "impara" in modo accelerato (sia paura, sia nuove associazioni).

In questo momento di picco, il sistema nervoso registra tutto con intensità eccezionale: se viene inserita una nuova esperienza emozionale forte e positiva, può essere "sovrascritta" la traccia traumatica.

Curva della finestra plastica (diagramma visivo)

(Immagina una curva a campana, dove l'asse X è il tempo, e l'asse Y è il grado di plasticità sinaptica.)



- **Tra escalation emotiva e picco massimo**
→ è il **momento ideale** per inserire lo shock positivo guidato.
 - **Dopo il picco**
→ la finestra si chiude, la traccia viene “ricongelata” (consolidata) nell’inconscio.
-

Quando intervenire: il punto di massima apertura

L'intervento deve avvenire **nel cuore della finestra plastica**:

quando la persona ha perso temporaneamente la capacità di controllare la risposta emotiva (mente razionale off), ma **mantiene un filo di consapevolezza sufficiente** per eseguire una nuova azione (il cosiddetto “barlume di coscienza”).

Solo in quel punto, uno “shock” positivo — cioè un’esperienza nuova, inattesa e desiderabile, guidata con fermezza e sicurezza — può essere associato al ricordo traumatico e **sovrascrivere il significato emotivo originario**.

5. Descrizione della Teoria RESG™

Origine e intuizione della tecnica

La teoria RESG™ nasce dall'osservazione di come, nei momenti di massimo sconvolgimento emotivo (panico, paura acuta, crisi), la mente umana sia temporaneamente più plastica e ricettiva.

L'intuizione fondamentale è che, proprio in questa “finestra critica”, sia possibile **guidare** la persona verso una nuova associazione emotiva, capace di sovrascrivere l'antico significato traumatico con uno nuovo, positivo e liberante.

Questa intuizione prende le mosse sia dalle recenti scoperte neuroscientifiche sul “reconsolidamento della memoria”, sia dall'esperienza personale e clinica di chi ha osservato che alcuni cambiamenti profondi possono avvenire in modo quasi istantaneo, quando si agisce nel momento di massima vulnerabilità emotionale.

Differenze da altri approcci (esposizione, EMDR, counterconditioning)

- **Esposizione graduale:**

Tecnica usata nella terapia cognitivo-comportamentale, prevede che il soggetto affronti progressivamente lo stimolo temuto per desensibilizzarsi.

Limite: Richiede tempi lunghi, rischio di abbandono, il trauma può “resistere”.

- **EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing):**

Tecnica basata sulla stimolazione bilaterale (es. movimenti oculari) durante la rievocazione del trauma, aiuta a destrutturare il ricordo doloroso.

Limite: L'efficacia dipende dal grado di coinvolgimento emotivo e può non essere immediata; la rielaborazione non sempre cancella il significato emotivo originale.

- **Counterconditioning (controcondizionamento):**

Sostituire una risposta emotiva negativa con una positiva tramite associazione ripetuta.

Limite: Può richiedere molte sessioni e non sempre “aggancia” il trauma profondo.

RESG™ si differenzia perché punta su un **intervento mirato, singolo e altamente sincronizzato**: l'obiettivo non è l'abituazione graduale, ma la “**sovrascrittura emotiva**” istantanea durante la finestra plastica, quando il cervello è nel massimo stato di recettività.

Il principio della “sovrascrittura shock positiva”

Il cuore della teoria è il concetto di “**sovrascrittura shock positiva**”:

nel momento in cui il trauma viene riattivato (panico, crisi, picco emotivo), il cervello è in uno stato di “apprendimento accelerato” — la finestra plastica.

In questa finestra, si inserisce uno **shock emotivo positivo** (un’esperienza potente, inattesa, desiderabile dal soggetto e guidata) che crea una nuova traccia sinaptica legata allo stesso stimolo, modificando il significato emotivo del trauma originario.

La chiave è **l’intensità e la qualità dell’emozione positiva**,
che deve essere almeno pari a quella del trauma,
e la precisione temporale dell’intervento: **solo nel picco della finestra plastica**.

Ruolo della relazione di fiducia, spiritualità e ambiente

- **Fiducia:**

La persona deve sentirsi completamente protetta dalla presenza della guida (terapeuta, coach, o figura di riferimento), altrimenti lo shock positivo rischia di essere percepito come ulteriore minaccia.

- **Spiritualità:**

Un senso di significato più alto, di connessione o di trascendenza può amplificare il potere dello shock positivo, rendendo la nuova associazione più profonda e durevole.

- **Ambiente:**

Uno spazio sicuro, prevedibile e privo di distrazioni è indispensabile:
la mente deve poter “mollare il controllo” sapendo di essere comunque al sicuro.

Il concetto di “barlume di coscienza” e la necessità di micro-appiglio consapevole

Un aspetto essenziale della tecnica è che, **anche durante il picco massimo di crisi emotiva**, la persona deve conservare almeno **un micro-appiglio consapevole** — quel “barlume di coscienza” che permette di rispondere a un comando semplice, di lasciarsi guidare, di seguire un gesto o una parola della guida.

Se la mente “scompare” del tutto nella crisi (assenza totale di controllo), lo shock positivo non si aggancia e il protocollo fallisce.

Se invece la persona mantiene **quel filo di presenza** (anche minimale), è possibile inserire l’esperienza nuova nel momento in cui il cervello la “scrive” più facilmente.

In sintesi:

La teoria RESG™ si fonda sulla tempistica chirurgica, sulla forza emotiva dello shock positivo e sulla relazione di fiducia, per guidare la riscrittura del trauma proprio nel punto di massima vulnerabilità e apertura del cervello umano.

6. Condizioni Necessarie e Fasi del Protocollo

Fase 0: creazione di uno spazio sicuro e riconoscibile

Ogni intervento secondo la teoria RESG™ deve avvenire in un contesto percepito come protetto, prevedibile e privo di distrazioni.

L'ambiente deve essere familiare o comunque comunicare accoglienza e sicurezza: solo così la persona può lasciar “cadere le difese” e affidarsi all'esperienza.

Pre-condizionamento corporeo e sensoriale

Prima di procedere all'attivazione del trauma, è utile — se non essenziale — predisporre la persona con semplici pratiche di rilassamento, respirazione guidata, auto-ascolto corporeo o ancoraggi sensoriali positivi.

Questo aiuta a stabilire un “ponte” tra la fase conscia e quella emotiva, facilitando la successiva gestione del picco emotivo.

Fasi operative del protocollo RESG™

a. Attivazione controllata del trauma

La persona viene invitata, in modo graduale e protetto, a rievocare o rivivere l'esperienza traumatica, attraverso parole, immagini, oggetti simbolici, o stimoli sensoriali che fungano da trigger, sempre sotto la guida di una figura di riferimento di fiducia.

b. Aggancio nel picco emotivo

Durante la riattivazione del trauma, si osserva l'innalzarsi dell'attivazione emotiva e corporea (panico, ansia, dissociazione parziale): è qui che occorre cogliere la “finestra plastica”, cioè il momento in cui la persona è emotivamente “aperta”, ma mantiene il suo barlume di coscienza.

c. Introduzione dello shock positivo

Nel punto di massima vulnerabilità e plasticità, viene inserito lo shock positivo: un gesto, una parola, un'esperienza inedita, coinvolgente e desiderabile (già preparata e condivisa in precedenza), capace di scuotere positivamente il sistema emotivo e di “sovrascrivere” l'associazione traumatica.

d. Consolidamento della memoria riscritta

Nella fase immediatamente successiva, si rafforza la nuova associazione emotiva, ancorando la persona a sensazioni di sicurezza, gratitudine, sorpresa positiva.

Si può favorire il consolidamento con ripetizione simbolica, rielaborazione verbale, pratiche di grounding, o semplicemente lasciando spazio al silenzio e all'integrazione spontanea.

Limiti, rischi e precauzioni operative

- **Rischio di ri-traumatizzazione:**

Se la procedura non è guidata da una figura esperta, o la persona non è preparata e non si sente sicura, l'attivazione del trauma può peggiorare lo stato emotivo, senza che lo shock positivo attecchisca.

- **Difficoltà nel cogliere la finestra plastica:**

Il tempismo è cruciale: intervenire troppo presto o troppo tardi può rendere inefficace la procedura, o consolidare ancora di più la traccia traumatica.

- **Risposta imprevedibile:**

Ogni persona ha una soglia diversa di attivazione e di ricettività.

L'intervento va adattato con massima flessibilità, rispetto e ascolto.

- **Necessità di supervisione:**

La tecnica RESG™ non è raccomandata in autotrattamento o in assenza di supporto esperto.

È indispensabile una valutazione preliminare delle condizioni psico-fisiche della persona, dei suoi bisogni e delle sue risorse.

In sintesi:

La riuscita del protocollo RESG™ dipende dalla qualità dell'ambiente, dal rapporto di fiducia, dalla preparazione sensoriale e dal tempismo chirurgico nell'introduzione dello shock positivo.

Rischi e limiti vanno considerati con attenzione: la tecnica va vista come proposta di ricerca e non come metodo pronto all'uso.

7. Raccomandazioni e Prospettive

Chi può proporre ricerca su questa teoria

La teoria RESG™ si presenta come una proposta esplorativa, aperta al confronto interdisciplinare e destinata in particolare a:

- **Ricercatori** in neuroscienze, psicologia clinica, psichiatria e scienze cognitive.
- **Psicoterapeuti, psicologi e counselor** interessati a nuovi approcci nella rielaborazione del trauma.
- **Educatori, formatori e coach** con esperienza nella gestione emotiva e nel cambiamento comportamentale.
- **Professionisti della medicina integrata** e operatori olistici che lavorano sull'interazione tra mente, corpo e ambiente.
- **Gruppi di ricerca universitari, enti pubblici e privati**, centri di formazione e di salute mentale.

Si auspica che il modello possa essere testato, discusso e — se ritenuto valido — integrato con studi sperimentali, casi clinici o protocolli di osservazione controllata.

Invito alla validazione, allo studio e al dibattito scientifico

L'autore riconosce che, in assenza di una sperimentazione strutturata e di dati oggettivi, la teoria RESG™ rimane a livello ipotetico e non può essere considerata metodo clinico.

Si invitano quindi la comunità scientifica, i clinici e i ricercatori a:

- **Analizzare criticamente** la teoria nelle sue basi neurobiologiche e applicative.
- **Sviluppare protocolli di ricerca** per testarne la validità in contesti controllati e sicuri.
- **Valutare i rischi, i limiti e le condizioni necessarie** affinché la tecnica possa essere eventualmente formalizzata come strumento terapeutico.
- **Condividere osservazioni, risultati e possibili sviluppi** attraverso pubblicazioni, convegni, tavole rotonde, forum scientifici e piattaforme accademiche.

Solo attraverso un confronto aperto, multidisciplinare e rigoroso sarà possibile valutare se la teoria RESG™ possa diventare — in futuro — una risorsa utile per la comprensione e il trattamento del trauma.

8. Riferimenti Bibliografici

Libri e Autori di Riferimento

- **Eric Kandel**
“*In Search of Memory: The Emergence of a New Science of Mind*” (W.W. Norton, 2006)
Nobel per la Medicina, tra i primi a dimostrare la base sinaptica della memoria e della neuroplasticità.
- **Joseph LeDoux**
“*The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life*” (Simon & Schuster, 1996)
“*Anxious: Using the Brain to Understand and Treat Fear and Anxiety*” (Viking, 2015)
Scopritore dei meccanismi dell’amigdala nel processamento della paura e dei traumi.
- **Antonio Damasio**
“*L’errore di Cartesio*” (Adelphi, 1994)
“*The Feeling of What Happens*” (Harcourt, 1999)
Neurologo che ha esplorato il rapporto tra emozione, corpo e mente.
- **Bessel van der Kolk**
“*Il corpo accusa il colpo*” (“*The Body Keeps the Score*”) (Cortina, 2015)
Opera fondamentale sulla memoria traumatica, il corpo e le nuove terapie.
- **Oliver Sacks**
“*L’uomo che scambiò sua moglie per un cappello*” (Adelphi, 1985)
“*Emicrania*” (Adelphi, 1970)
Pioniere nella narrazione dei disturbi neurologici, memoria e identità.
- **Daniel Siegel**
“*La mente relazionale*” (Raffaello Cortina, 2001)
“*Mindsight*” (Bantam, 2010)
Studi su integrazione tra memoria, emozioni, cervello sociale.
- **Francine Shapiro**
“*EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures*” (Guilford, 2018)
Fondatrice della tecnica EMDR per il trattamento del trauma.

Articoli e Studi Chiave

- Nader, K., Schafe, G. E., & LeDoux, J. E. (2000).
"Fear memories require protein synthesis in the amygdala for reconsolidation after retrieval."
Nature, 406(6797), 722–726.
- Alberini, C. M., & LeDoux, J. E. (2013).
"Memory reconsolidation."
Current Biology, 23(17), R746–R750.
- Van der Kolk, B. A., & Fisler, R. (1995).
"Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study."
Journal of Traumatic Stress, 8(4), 505–525.
- Sara, S. J. (2000).
"Retrieval and reconsolidation: Toward a neurobiology of remembering."
Learning & Memory, 7(2), 73–84.

Glossario dei termini chiave

- **Shock positivo**

Nel contesto della teoria RESG™, si definisce “shock positivo” un’esperienza emotiva di forte intensità, percepita come nuova, inattesa e desiderabile, che viene inserita nel momento di massima apertura emotiva (finestra plastica) per modificare il significato di un ricordo traumatico.

Lo shock positivo non è semplicemente una “cosa bella” o un gesto gentile, ma **deve possedere almeno la stessa forza emotiva del trauma originario**, essere vissuto come profondamente coinvolgente e associato a un senso di sicurezza e fiducia.

Solo in questo modo può funzionare come agente di “sovrascrittura” della memoria emotiva traumatica.

- **Finestra plastica**

Intervallo temporale, di durata variabile (da alcuni secondi a pochi minuti), in cui il cervello, a seguito della riattivazione di un trauma o di un picco emotivo, diventa particolarmente recettivo al cambiamento e può “riscrivere” le associazioni mnestiche preesistenti.

- **Barlume di coscienza**

Stato mentale minimo di presenza e consapevolezza che deve essere mantenuto anche durante il picco di crisi emotiva, per consentire alla persona di recepire, anche solo in parte, l’intervento positivo e poterlo integrare nella nuova memoria.

- **Reconsolidamento**

Processo neurobiologico per cui una memoria, una volta richiamata, può essere modificata e nuovamente “salvata” con caratteristiche diverse dalle originali.

- **Trigger**

Stimolo (interno o esterno) che innesca una risposta emotiva automatica, spesso legata a un ricordo traumatico.

- **Sinapsi**

Punto di comunicazione tra neuroni: la loro plasticità è la base di ogni apprendimento e cambiamento nella memoria.

Sintesi poetica/narrativa per la divulgazione

“Ci sono momenti in cui la mente si apre come una ferita,
e in quella ferita si può scrivere di nuovo il senso delle cose.
Se il trauma è un nodo nel filo della vita, uno shock positivo è “la mano” che, al
momento giusto, lo scioglie.
Non basta il tempo a guarire:
serve un incontro, un gesto, una scintilla che illumini la notte —
e allora anche il dolore può cambiare volto,
diventare ricordo di una svolta,
inizio di una nuova memoria.”

13/06/2025 – Milano

Orlando Bruno