

📄 Gli articoli di questa sezione sono sottoposti a referaggio doppiamente cieco (double blind peer review process) e seguono gli standard in uso per le pubblicazioni scientifiche a livello internazionale ed accettati dalle principali banche dati citazionali

# Pensare la cura: modello di intervento nella presa in carico psicoterapeutica di pazienti con patologie di addiction. Un trattamento combinato con EMDR e Mindfulness

Marzia Rovetta\*

## SUMMARY

■ *In this work is presented a framework of reading and therapy “sensitive to attachment” of addiction disorders proposed in the clinics of the Ser.D. of Bergamo.*

*This approach arises from the integration between the constructivist intersubjective therapy model and other psychotherapeutic techniques (EMDR, mindfulness).* ■

**Keywords:** *Ser.D., Reading and therapy sensitive to attachment, Constructivist intersubjective therapy, EMDR, Mindfulness.*

**Parole chiave:** *Ser.D., Lettura e terapia sensibile all’attaccamento, Terapia intersoggettivo costruttivista, EMDR, Mindfulness.*

*Articolo sottomesso: 19/12/2022, accettato: 10/01/2023, pubblicato online: 15/02/2023*

La nostra esperienza clinica nel settore delle dipendenze patologiche ci conferma che, come ben evidenziato dalla letteratura (studio ACE di Felitti, 2013), i pazienti sono spesso individui traumatizzati (neglect, abusi, violenza subita o assistita, situazioni familiari e sociali multiproblematiche) che hanno trovato nelle sostanze o nei comportamenti di addiction modalità “efficaci” per gestire sensazioni altrimenti percepite come ingestibili e soverchianti.

Nelle storie di queste persone, cresciute spesso in ambienti familiari instabili o disgregati, i bisogni di attaccamento precoci non sono stati soddisfatti con il risultato che, in parte o del tutto privi della capacità di mentalizzare, di sviluppare un senso di sicurezza e di autoregolarsi dal punto di vista emotivo, si rivolgono alle sostanze in un disfunzionale tentativo di autocura.

Il comportamento additivo si prefigura quindi, in alcuni individui, come una strategia di coping/fronteggiamento di vissuti traumatici infantili che il soggetto contrasta ritirandosi in stati mentali dissociati dal resto della coscienza ordinaria.

Il trauma in età precoce, sia puntuale che cronico, determina una vulnerabilità all’insorgenza di una psicopatologia, vulnerabilità che può manifestarsi attraverso i comportamenti di addiction. Tale vulnerabilità neurobiologica, ci insegnano le neuroscienze, è data dal fatto che le esperienze di attaccamento lasciano tracce nella nostra fisiologia e nella nostra psiche: la maturazione delle nostre strutture cerebrali destre, soprattutto il sistema lim-

bico, l’amigdala e la corteccia orbitofrontale (sistemi cerebrali esecutivi) si sviluppano a ritmo intenso nei primi 18-24 mesi di vita e sono particolarmente sensibili all’ambiente interpersonale e sociale.

Traumi precoci e stress tossico interferiscono con la nostra capacità di regolare gli stati interni e le risposte comportamentali, facilitando l’instaurarsi di relazioni sostitutive (la ricerca di “stampelle”) che vanno a rimpiazzare l’attaccamento (Morgan, 2021).

Non è superfluo ricordare che i disturbi di dipendenza, proprio per le loro specifiche caratteristiche, rendono più probabile il verificarsi di ulteriori traumi (perdita dell’occupazione, conflitti e difficoltà relazionali, frequentazioni di ambienti di marginalità e/o pericolosi, riduzione dell’autostima) che, inducendo un aumento progressivo della “fuga nella sostanza o nel comportamento di addiction”, contribuiscono alla creazione di una spirale negativa che imprigiona il soggetto.

## Motivazione ed alleanza

Fin dalle prime battute è necessario sondare e discutere la motivazione al trattamento, tanto più quando l’incontro con la persona avviene in un contesto dove l’accesso può non essere spontaneo, ma mediato da altre agenzie (es. Tribunali, famiglia, servizi sociali del territorio).

Come afferma J. Knipe (2019), la motivazione interiore deve essere sufficientemente alta per avviare l’intervento terapeutico

\* Psicologo Psicoterapeuta, ASST Papa Giovanni XIII, UOC Dipendenze.

proprio perché la persona deve reggere una forte pressione, “affrontare un presente [ed un passato] doloroso in virtù di ciò che si desidera e si ritiene importante per il futuro” (Miller, Rollnick, 2002).

Lovato e Maddalon (2020) ricordano che le persone sono generalmente motivate ad affrontare un cambiamento se ritengono che esso sia importante per loro e se credono di poterci riuscire: importanza e fiducia sono quindi due aspetti che è bene esplorare, per capire in quale fase del ciclo di cambiamento, secondo il modello TransTeorico del cambiamento di Di Clemente e Prochaska (2007), la persona si colloca.

Nel caso di una motivazione debole o per lo più esterna all'individuo è opportuno dedicare i primi incontri alla promozione ed al rinforzo della stessa, mostrando sempre un atteggiamento di accettazione e rispetto. F. Shapiro (2019), madre della terapia EMDR, invita il terapeuta ad essere un “contenitore accogliente” indipendentemente dal grado con cui il paziente mostra o meno di essere pronto ad abbandonare la propria dipendenza: è necessario accogliere la richiesta che la persona porta, sia che il suo obiettivo riguardi l'astinenza sia che si “limiti” alla riduzione dei danni.

Lavorare sulla motivazione si rivela altresì un passaggio propedeutico al raggiungimento di una alleanza di lavoro, quella che comunemente viene definita compliance e che implica un'idea di mutualità, “due persone che lavorano insieme verso un obiettivo comune” (Aron, 2004).

La costruzione dell'alleanza deve essere necessariamente vista come un processo continuo che, partendo proprio dai primi incontri, prosegue lungo tutto il trattamento e che richiede da parte del terapeuta una “cura attenta della relazione”, a fronte dei frequenti “sabotaggi” e “messe alla prova” di cui il paziente è protagonista.

Un approccio “meta” è pertanto indispensabile allo psicoterapeuta per prevenire e correggere, qualora accadano, errori nella modulazione della distanza affinché non venga compromesso il legame e causato un precoce o tardivo drop-out.

F. Alexander per primo ci ha suggerito che la relazione terapeutica è un aspetto essenziale nella cura perché rappresenta un'esperienza emotiva correttiva: costituisce infatti per il paziente un'occasione di “esperienze emozionali concrete capaci di correggere gli schemi profondi (modelli operativi interni) che regolano le sue emozioni, i suoi significati personali ed i suoi comportamenti” (Liotti). Stern (2005) definisce come “essenza stessa del processo terapeutico” l'intersoggettività presente nella situazione clinica dove il momento presente diventa terreno di incontro fra passato e presente.

## Diagnosi e piano terapeutico

In fase iniziale, oltre a porci come obiettivo quello della costruzione di una solida relazione, siamo orientati dal compito di fare diagnosi e predisporre un piano terapeutico.

La fase diagnostica prende avvio, oltre che dall'osservazione dei “primi passi” del soggetto all'interno del servizio (come e con chi arriva, cosa fa e come si muove, ecc.), dalla raccolta anamnestica che va “dosata” con gradualità affinché il soggetto non ne venga sopraffatto: il ritmo ed i contenuti dei colloqui devono essere gestiti dal terapeuta in modo da consentire al paziente di rimanere all'interno della “finestra di tolleranza” (Siegel, 2021).

È indubbio che, lontano dall'essere un pura compilazione di dati, la raccolta anamnestica è già di per sé un atto terapeutico e cooperativo, un lavoro a due mani di tessitura di una tela.

Si delinea infatti come la co-costruzione di una narrazione significativa della storia della persona, che consente la risignificazione della biografia e l'attribuzione di significato al sintomo, vissuto spesso come “il problema” e non come “soluzione” di un problema.

Per la persona, che spesso si vede condannata ad un destino ineluttabile, la sostanza o il comportamento permeano da tempo la dimensione identitaria, “io sono un alcolista, un tossico, un giocatore”, e sono diventati elementi che definiscono sia rispetto a se stessi che agli occhi degli altri. L'immagine di sé, pervasa da tali elementi, impedisce di accedere ad altre parti di sé, quelle non compromesse, che funzionano e che potrebbero essere utilizzate come risorsa positiva.

Le persone che incontriamo sono alla ricerca di “qualcosa fuori di sé” che possa aiutarli ad affrontare gli eventi perché sentono di non avere controllo e tantomeno sono consapevoli che le risorse di cui hanno bisogno possono essere già dentro di loro: il nostro compito è quindi aiutarli ad accedere ad esse ed insegnare loro ad utilizzarle nella quotidianità.

Fin dalle prime battute del lavoro sulle risorse positive, quali forza, competenza, valore personale, determinazione, le persone fanno esperienza di una maggiore padronanza di sé ed iniziano ad intravedere la prospettiva di “potercela fare”.

Il riconoscimento delle proprie risorse e del valore personale è, nella maggior parte dei casi, osteggiato dalla presenza dell'emozione potente della vergogna: il senso pervasivo di vergogna è spesso ciò che impedisce alla persona di chiedere aiuto, a fronte di uno stigma sociale ancora molto forte che incombe su questo tipo di patologie.

La vergogna porta a sviluppare cognizioni negative di sé, “io sono cattivo, indegno, difettoso”, che si dimostrano forti e resistenti alla critica ma che devono essere oggetto di attenzione da parte del terapeuta fin dalle prime fasi di lavoro.

Aiutare il paziente a rileggere la dipendenza come un sintomo porta gradualmente ad una riduzione della vergogna e ad un senso di maggiore compassione ed accettazione di sé, dove per compassione si intende la pratica della self-compassion teorizzata da Paul Gilbert (2016).

L'atto finale della fase diagnostica si conclude con la definizione del piano terapeutico che va sempre necessariamente condiviso con il paziente perché fornisce, insieme alle “regole” del setting, una cornice di riferimento e consente alla relazione di declinarsi in termini cooperativi.

Il sistema motivazionale cooperativo, come ben descritto da Liotti e Farina (2011), è fondamentale per limitare più possibile l'attivazione del sistema motivazionale dell'attaccamento e quindi i problemi connessi con un modello operativo interno disorganizzato.

## Il lavoro sulle risorse, mindfulness e grounding

Come è intuibile, accade spesso che all'inizio del percorso di cura le persone con una storia traumatica non sono in grado di ridurre, tantomeno sospendere, i comportamenti pericolosi per sé e, qualora ci provino, non sono in grado di gestire le emozioni ed i ricordi che affiorando di conseguenza.

Non possiamo chiedere loro di rinunciare alla “stampella” che utilizzano da tempo per gestire dolore, ansia e sintomi post-traumatici senza proporre una strategia alternativa: questa evidenza clinica ci deve indurre a dedicare un tempo sufficiente per stabilizzare e rinforzare la struttura dell'io, lavorando sulle risorse.

Lavorare con le risorse, ad esempio attraverso l'installazione delle stesse con tecnica EMDR o solo con il tapping, funziona come supporto per il paziente nell'autoregolazione degli stati

emotivi e come promozione del senso di sicurezza, perché il paziente sperimenta di poter fare affidamento su di sé e inizia a prospettarsi la possibilità di avere un maggiore senso di controllo su pensieri, emozioni, comportamenti.

Prima di iniziare a rielaborare i ricordi traumatici e curare le ferite dell'attaccamento è quindi opportuno dedicare un lungo tempo alla "psicoeducazione" ed alla familiarizzazione con il mondo interno (stati emotivi, sentimenti, sensazioni fisiche, pensieri) rispetto al quale il paziente si dimostra spesso fobico se non evitante.

In questa fase possono entrare in campo efficacemente le tecniche di grounding e la mindfulness come trattamenti capaci di modificare alla radice il rapporto con la propria esperienza interna "sviluppando le abilità di osservarla proprio mentre accade".

Queste tecniche implicano la focalizzazione dell'attenzione sull'aspetto senso-motorio dell'esperienza, approccio fondamentale per intervenire sui meccanismi dissociativi *bottom-up* ovvero partendo dalle sensazioni fisiche e non dalle funzioni cerebrali superiori.

"Osservarsi senza giudizio e senza la spinta a modificare l'esperienza del momento presente permette di creare lo spazio per mentalizzare i propri bisogni e stati di sofferenza.

Aiutando i pazienti a riconoscere i processi cognitivo-affettivi che orientano il comportamento si rende possibile l'esplorazione della possibilità di non reagire automaticamente o inconsapevolmente" (Bowen *et al.*, 2011).

Tali approcci stimolano altresì un atteggiamento di curiosità verso di sé ed il prendersi cura di se stessi, elemento primariamente deficitario in soggetti che sviluppano quadri di addiction, come ben evidenziato dalla teoria della self-medication di Khantzian (1985). Non da ultimo, guardarsi con occhi non giudicanti permette anche di superare il pericoloso "effetto di violazione dell'astinenza" riducendo i vissuti di colpa e fallimento che accompagnano le ricadute.

## La terapia con EMDR

La terapia EMDR è un trattamento d'elezione per il trauma perché attiva le naturali capacità di elaborazione del cervello che il trauma ha congelato e disattivato.

La tecnica promuove l'integrazione delle memorie traumatiche, la regolazione degli stati emotivi e la revisione delle convinzioni negative patogene ad esse correlate, attraverso un potenziamento della comunicazione fra gli emisferi cerebrali.

Tale comunicazione è resa possibile tramite i movimenti oculari alternati che possono essere promossi dal movimento delle dita o di altre forme di stimolazione bilaterale (sonora, tattile).

Inoltre, attraverso protocolli specifici, quali il protocollo DeTur di Popky (2005) e il CravEx di Hase (2010) è in grado di ridurre il craving per la sostanza e prevenire le ricadute.

La prevenzione delle ricadute rappresenta una delle sfide più importanti del trattamento delle dipendenze perché è ciò che consente al programma di cura di raggiungere la remissione prolungata. Il trattamento delle dipendenze, per essere efficace, deve mirare a condurre il paziente in una situazione di relativa stabilità nel mantenimento dell'astensione, che questo è ciò a cui il paziente ambisce: tale obiettivo è perseguibile aiutandolo a sviluppare la capacità di mentalizzare i propri stati emotivi correlandoli all'esperienza corporea, di regolarli senza ricorrere a modalità di "fuga" e di utilizzarli in modo più appropriato per vitalizzare la propria esperienza interna e di relazione con il mondo (Bowen *et al.*, 2011).

Come già anticipato, il lavoro sul trauma può essere approcciato solo in una seconda fase del lavoro terapeutico quando la

relazione è consolidata ed il paziente è stato sufficientemente stabilizzato, ciò per evitare che venga sopraffatto dalle memorie traumatiche e subisca una ri-traumatizzazione.

La tecnica EMDR, come affermato da Liotti (2011), facilita l'esercizio delle capacità metacognitive e consente il superamento della fobia degli stati interni associati al trauma.

Dal punto di vista metodologico il trattamento terapeutico EMDR nelle dipendenze contempla due macro-aree di lavoro, fortemente intrecciate fra loro: quella sui traumi dell'attaccamento, che prevede la sistematica rielaborazione dei ricordi traumatici, idealmente in ordine cronologico dal più antico al più recente; un lavoro specifico sui ricordi precoci legati alla dipendenza, sui trigger attuali e sull'installazione di modelli per le azioni future appropriate.

L'obiettivo da raggiungere è svincolare le persone dalla ripetizione di modelli rigidi e dai comportamenti disfunzionali affinché possano riconquistare la loro libertà: "se non si è governato dal caso e dalla necessità, si può comunque cogliere la propria occasione, cavalcare il proprio destino. [...] Che la nostra vita sia l'espressione del nostro autentico essere: è questo in fondo il lavoro della psicoterapia" (Schützenberger, 2004).

## Riferimenti bibliografici

- Anda R.F., Felitti V.J., Bremner J.D., Walker J.D., Whitfield C.H., Perry B.D., Giles W.H. (2006). *The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood*. European archives of psychiatry and clinical neuroscience.
- Antonelli T. (2019). *EMDR e dipendenze patologiche. Storia e modelli d'intervento individuale e di gruppo*. Edizioni FS.
- Aron L. (2004). *Menti che si incontrano*. Raffaello Cortina.
- Bowen S., Chawla N., Marlatt G.A. (2013). *Mindfulness e comportamenti di dipendenza. Guida pratica per la prevenzione delle ricadute*. Raffaello Cortina.
- Felitti V. (2013). Adverse Childhood Experiences (ACE) study. *Rivista di Psicoterapia EMDR*.
- Fernandez I., Verardo A.R. (2019). *EMDR: modello e applicazioni cliniche*. Hogrefe.
- Gilbert P. (2016). *La terapia focalizzata sulla compassione. Caratteristiche distintive*. FrancoAngeli.
- Khantzian E.J. (1985). Psychoterapeutic interventions with substance abusers: the clinical contest. *J Subst Abuse Treat*, 2: 83-8.
- Knipe J. (2019). *EMDR Toolbox. Teoria e trattamento del PTSD complesso e della dissociazione*. Giovanni Fioriti.
- Liotti G., Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici.eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina.
- Lovato M., Maddalon D. (2020). *Affrontare la dipendenza. Strategie cognitivo-comportamentali per fronteggiare il disturbo da uso di sostanze*. Giovanni Fioriti.
- Miller W.R., Rollnick S. (2002). *Il colloquio motivazionale. Preparare la persona al cambiamento*. Erickson.
- Morgan O.J. (2021). *Dipendenza, attaccamento, trauma e recovery. Il potere della connessione*. Giovanni Fioriti.
- Parnell L. (2020). *Il trattamento basato sull'EMDR per le dipendenze*. Raffaello Cortina.
- Prochaska J.O., Norcross J.C., Diclemente C.C. (2007). *Changing for good: a revolutionary six-stage approach for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. William Morrow & Co.
- Schützenberger A.A. (2004). *La sindrome degli antenati. Psicoterapia transgenerazionale e i legami nascosti nell'albero genealogico*. Di Renzo.
- Shapiro F. (2019). *EMDR Il Manuale. Principi fondamentali, protocolli e procedure*. Raffaello Cortina.
- Siegel D.J. (2021). *La mente relazionale: Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Raffaello Cortina.
- Stern D.N. (2005). *Il momento presente. In psicoterapia e nella vita quotidiana*. Raffaello Cortina.