
Elaborare il trauma nel corpo e nella mente: nuove prospettive di intervento

di Francesca De Luca*, Andrea Ligozzi** e Maria Beatrice Toro***

Ricevuto il 01/06/23 – Accettato il 13/07/23

Sommario

Il trauma psicologico è un evento chiave che la persona percepisce come estremamente stressante. Da tale definizione si comprende come non si tratti di un costrutto riferibile, ad oggi, in relazione agli eventi “oggettivamente traumatici” (che minano l’integrità fisica della persona o la sua vita) ma anche a tutti quei momenti drammatici legati a un senso di incontrollabilità percepita, spesso situati entro relazioni caratterizzate da trascuratezza e mancanza di accudimento. Il cosiddetto traumatismo cronico infantile impatta in modo clinicamente significativo il senso di sicurezza del soggetto, nonché l’autostima e il senso di autoefficacia. Il vissuto traumatico dà luogo, a livello fisico, alla reazione di “freeze” che non consente l’elaborazione delle memorie che restano sovente imprigionate nel corpo, allorché si verificano situazioni che il soggetto percepisce come simili, a qualche livello, all’esperienza traumatica. Nell’articolo gli autori,

* Psicologa, Psicoterapeuta, Docente Scint Scuola di Psicoterapia Cognitivo-Interpersonale, Istruttore di protocolli Mindfulness. Secondo Centro di Terapia Cognitivo Interpersonale e Istituto di Mindfulness, via Nomentana 257, Roma. deluca.frapsy@gmail.com

** Psicologo, Psicoterapeuta, Docente Scint Scuola di Psicoterapia Cognitivo-Interpersonale, Istruttore di protocolli Mindfulness, Secondo Centro di Terapia Cognitivo Interpersonale e Istituto di Mindfulness, via Nomentana 257, Roma, andrea.ligozzi87@gmail.com

*** Psicologa, Psicoterapeuta, Docente di Psicologia di comunità PFSE Auxilium Roma, Direttore didattico Scint – Scuola di specializzazione in psicoterapia cognitivo interpersonale (Aut. Miur 2008), Istruttrice mindfulness, Istruttrice MBCT, Secondo centro di terapia cognitivo interpersonale, via Nomentana 257 Roma, psico2tc@gmail.com

DOI: 10.3280/mdm1-2022oa16497

Modelli della Mente (ISSNe 2531-4556), 1/2022

25

Copyright © FrancoAngeli

This work is released under Creative Commons Attribution - Non-Commercial –
No Derivatives License. For terms and conditions of usage
please see: <http://creativecommons.org>

dopo una breve disamina del concetto di trauma e degli aspetti salienti coinvolti, aprono la riflessione alle nuove prospettive di trattamento (quali l'approccio sensomotorio e l'EMDR) e la loro affinità con aspetti del cognitivismo post-razionalista.

Parole chiave: trauma, psicoterapia cognitivo interpersonale, EMDR, psicoterapia sensomotoria, memorie traumatiche.

Abstract. Processing the trauma in body and mind: new perspectives for intervention

Psychological trauma is linked to an event that the person perceives as extremely stressful and is not definable only in relation to "objectively traumatic" events (which undermine the physical integrity of the person or his life) but also to all those traumas linked to relationships characterized by neglect and lack of care which have a clinically significant impact on the subject's self-esteem, on his sense of personal self-efficacy and on his value. The trauma affects the body and the mind: it creates a "freeze" which does not allow the elaboration of body's sensations and traumatic memories which are reactivated in situations more or less similar to those of the lived experience. In the article, the authors, after a brief examination of the concept of trauma and the salient aspects involved, open the reflection to the new treatment perspectives (such as the sensorimotor approach and EMDR) that are inserted within the therapeutic relationship in order to promote a coherent reworking of the traumatic event which no longer remains blocked and not integrated in memories but is experienced by the subject as something that belongs to the past thanks to the creation of new resources and new connections.

Key words: trauma, cognitive interpersonal psychotherapy, EMDR, sensorimotor psychotherapy, traumatic memories.

Nel corso del tempo sono state elaborate diverse definizioni di "trauma". Per comprendere appieno la complessità di tale costrutto, possiamo partire dall'etimologia stessa della parola: dal greco τραῦμα (-ατος) "ferita", "rottura". Si fa riferimento ad una "ferita dell'anima" in cui a rompersi è il modo in cui la persona viveva e vedeva il mondo, di modo che si creano un "prima" e un "dopo", laddove le tracce traumatiche rimangono imprigionate nel corpo e nella mente e spesso si traducono – oltre al riaffacciarsi di memorie e emozioni legate al trauma stesso in una tensione persistente. La persona traumatizzata rimane in qualche modo bloccata nell'evento traumatico, portandone le conseguenze per lunghissimo tempo: con-

sequenze che interferiscono nella vita quotidiana, rendendo difficile il rapporto con la realtà intrapsichica e interpersonale, data la presenza di un'intenso e persistente stato di allarme.

Il concetto di trauma ha fatto irruzione nel panorama scientifico già nel XVIII secolo, grazie agli studi di Charcot e Janet. Il neurologo Jean-Martin Charcot (1825-1893), in particolare, introdusse il concetto di “isteria traumatica” a seguito delle sue osservazioni cliniche su una serie di soggetti che presentavano sintomi fisici non ascrivibili a lesioni organiche; attribuì quindi le paralisi isteriche a una situazione post-traumatica. Il filosofo e psichiatra francese Pierre Janet (1859-1947), allievo di Charcot, ha aperto la strada alle successive riflessioni che si focalizzano sulla sintomatologia dissociativa: l'esperienza traumatica, secondo la concettualizzazione di Janet, rimarrebbe dissociata dall'esperienza psichica poiché l'evento traumatico occorso avrebbe caratteristiche che lo renderebbero “non-integrabile”.

Secondo Janet, le persone traumatizzate rimarrebbero fortemente ancorate al loro trauma, arrestando il loro sviluppo al momento dell'accadimento traumatico. Nello specifico, i pazienti traumatizzati stanno «continuando l'azione, o piuttosto il tentativo di azione, che è cominciato quando è accaduto l'evento e si logorano in questi nuovi inizi senza fine» (Ogden *et al.*, 2012, p. XXII).

Queste prime concettualizzazioni sul trauma sono state messe da parte dalla nascente concettualizzazione della dinamica psichica così come descritta in ambito psicoanalitico, per poi ritrovare una rinnovata attenzione dopo la Grande Guerra, che è riconosciuta, ad oggi, come il primo vero trauma di massa della storia occidentale. Gli studi di quel periodo storico si focalizzarono sugli eventi “oggettivamente” traumatici, minacciosi, di natura catastrofica. Nell'ultima edizione dell'ICD-11 (WHO, 2018) la caratterizzazione di ciò che è “traumatico” si è estesa fino ad includere sia gli eventi catastrofici e minacciosi, sia una serie di esperienze che possono essere critiche per l'individuo (come lutti, divorzi o separazioni), includendo sia quelle isolate che quelle ripetute/croniche.

Nella concettualizzazione più attuale si distinguono due macro-categorie di traumi:

1. traumi con la “T” maiuscola: i grandi traumi che si riferiscono a esperienze estreme in cui c'è percezione di pericolo per la propria

integrità fisica o per quella delle persone care, attacco al corpo o minaccia di morte;

2. traumi con la “t” minuscola, causati dall’esposizione ripetuta ad eventi che possono danneggiare le nostre risorse di coping. Sono dei traumi non sempre visibili che si insinuano nell’ambito delle relazioni significative.

In linea generale, sia per le T che per le t, di fronte all’esperienza, vissuta come insostenibile ed inevitabile, c’è un senso di impotenza e paralisi (Herman, 1992b; Krystal, 1988, Van der Kolk, 1996). L’evento traumatico assume la connotazione di un «terrore indicibile» (Van der Kolk, 1996).

Ad oggi gli studi sul trauma continuano a crescere così come le diverse tecniche per il trattamento psicoterapeutico dei soggetti traumatizzati (Cristini *et al.*, 2021).

Le memorie traumatiche

In condizioni abituali, un buon livello di attivazione migliora le nostre prestazioni mnestiche. Ben diversa è la situazione in cui abbiamo sperimentato un evento traumatico: in questo caso l’eccessivo arousal comporta un sovraccarico ed un conseguente collasso del nostro sistema di adattamento, fino al punto che alcune aree del nostro cervello (cioè quelle deputate all’immagazzinamento e all’elaborazione delle informazioni in entrata) si disconnettono (Tavaglioni, 2011).

Le memorie traumatiche hanno particolari caratteristiche, proprio perché parliamo di qualcosa fuori dall’ordinario. Le nostre memorie tendono ad essere immagazzinate in una forma coerente e logica, caratterizzata da un inizio ed una fine mentre le memorie traumatiche si compongono di frammenti come suoni, odori, immagini che riaffiorano all’improvviso attraverso alcuni “triggers”, ovvero attraverso riattivatori traumatici (aspetti apparentemente sconnessi dal trauma vissuto che possono però elicitarne la manifestazione).

La persona traumatizzata può anche non ricordare l’evento in sé ma ne manifesta le tracce sul corpo e nella mente. Nello specifico, recenti studi di *neuroimaging* (Mazza *et al.*, 2016; Felmingham *et al.*, 2017; Pagani, Carletti, 2019), hanno evidenziato che i cambia-

menti nel funzionamento cerebrale si manifestano principalmente in tre aree:

1. la corteccia prefrontale (PFC);
2. la corteccia cingolata anteriore (ACC);
3. l'amigdala.

La corteccia prefrontale è la zona deputata al pensiero razionale, il problem solving, la pianificazione e il processo di decision making. La corteccia cingolata anteriore è coinvolta nella regolazione emotiva: ci permette di gestire le emozioni e i pensieri difficili senza esserne sopraffatti in condizioni normali.

Infine, l'amigdala è una piccola struttura del nostro cervello facente parte del sistema limbico che si occupa della gestione delle emozioni, tra cui la paura. Questa area cerebrale ci permette di riconoscere, tra le varie informazioni in entrata, se quello che stiamo sperando in quel momento è fonte di minaccia così da renderci vigili e attivi per contrastarla.

Il cervello traumatizzato è caratterizzato da un'ipoattivazione della corteccia prefrontale e della corteccia cingolata anteriore e, in aggiunta, da un'iperattivazione dell'amigdala (Psych Central, 2017). Ciò determina che la persona traumatizzata sia costantemente ipervigile e in allarme con conseguenti reazioni di paura esagerata e incontrollata perché non si sente mai al sicuro. Inoltre, si manifesta anche la difficoltà a pensare lucidamente, a mettere in atto comportamenti adeguati al contesto e a mantenere l'attenzione e la concentrazione. A tal riguardo le ricerche portate avanti da Van der Kolk (2015, 2016), hanno evidenziato come, in merito a quanto sopra riportato, il trauma comporti svariati cambiamenti neuropsicologici reali e tangibili come un incremento degli ormoni relativi allo stress e una significativa alterazione del sistema deputato al discernimento delle informazioni rilevanti da quelle irrilevanti. Sappiamo infatti che il trauma compromette quell'area del cervello deputata alla percezione fisica dell'esser vivi.

Si assiste ad un fallimento nella possibilità di creare una memoria coerente dell'esperienza poiché tutti gli aspetti connessi all'evento traumatico (pensieri, sensazioni fisiche ed emozioni) non possono essere integrati con le altre esperienze originando una frattura nel normale processo di mantenimento della continuità nel tempo e nello spazio e della coerenza del Sé.

Il trauma nel corpo

«Noi tutti vogliamo vivere in un mondo sicuro, comodo e prevedibile, le vittime di traumi ci ricordano che non è sempre così» (Van der Kolk, 2014). È utile, ora, al fine di introdurre più compiutamente il grande tema del corpo nella psicotraumatologia, accennare alla teoria polivagale di Stephen Porges (2014). Secondo lo psicologo il sistema nervoso autonomo regolerebbe i nostri stati di sicurezza percepita attraverso le risposte che riusciamo ad opporre alle minacce. Il primo livello di risposta, quello del *Coinvolgimento sociale* consiste nel chiedere aiuto, supporto e conforto a chi ci sta intorno. Se il primo livello non trova riscontro necessariamente e automaticamente si passa al secondo livello: *Attacco/fuga*: la persona antagonizza la minaccia fuggendo o attaccando (in base alle possibilità proprie e del momento), ma se anche questo non funziona poiché magari la persona è intrappolata allora l'organismo passa al terzo e ultimo livello: *il Congelamento (Freeze) o Collasso*.

In questi termini se l'organismo è bloccato in una modalità di sopravvivenza (III livello), le sue energie saranno massicciamente impegnate per contrastare il senso di terrore, anche quando le minacce non sono più presenti, come nel caso del Post Traumatic Stress Disorder (PTSD). Il dispendio energetico dell'organismo che cerca di sopravvivere comporta di conseguenza un ritiro dell'investimento energetico in aspetti meno "essenziali" del vivere, come provare soddisfazione e piacere, l'immaginare creativamente, il progettare, il e prestare attenzione ai bisogni degli altri. Così facendo la persona si priva di tutto quel fiorire relazionale e sociale che lo renderebbe vivo e vitale e inizia ad attraversare la propria esistenza in modo impoverito, avendo come scopo centrale, spesso a livello non cosciente, il non soccombere alla minaccia percepita.

A livello fisiologico, si osserva uno sbilanciamento nell'attività del sistema nervoso autonomo. Quando ci percepiamo al sicuro, lontani da minacce alla nostra incolumità o quella degli altri, quando sorridiamo e siamo empatici, quando ci accorgiamo del dispiacere altrui, in tutti questi casi e in molti altri è attivo il *sistema vagale ventrale complesso (VVC)*, una complessa rete neurale che regola in buona parte il funzionamento della muscolatura liscia, della muscolatura del volto e del cuore. Di fronte ad una minaccia questo sistema

viene sollecitato e noi iniziamo a mostrare allarme attraverso i muscoli facciali e il tono della voce (contrazione dei muscoli della laringe). Cerchiamo di rispondere a ciò che accade in modo complesso: attivando strategie di problem solving evolute, sovente chiedendo supporto. Se tali strategie non vanno a buon fine e non si ripristina il senso di sicurezza, entrano in gioco sistemi più primordiali, attivando risposte di attacco/fuga con conseguente accelerazione del battito cardiaco e della respirazione polmonare. Se infine nessuna di queste strategie fa decadere lo stato d'allerta, l'organismo si congela e attiva il sistema d'emergenza, il *vagale dorsale complesso* (DVC), un sistema tanto arcaico da svilupparsi dal di sotto del diaframma fino all'intestino, coinvolgendo stomaco e fegato.

Sono reazioni automatiche, sbilanciate in chi è traumatizzato: come dare risposte a questo tipo di pazienti, che spesso non hanno la possibilità di descrivere verbalmente come si sentono e, comunque, non sempre rispondono alla terapia cognitiva? Una tra le risposte possibili è proprio quella di intervenire attivando il corpo e coinvolgendolo nelle pratiche terapeutiche attraverso l'attenzione al movimento del respiro, alle sensazioni fisiche dello stare distesi, seduti, in piedi, camminando o attraverso il movimento mindful.

Convergenze tra il post-razionalismo e il pensiero di Pat Odgen

Facciamo un passo indietro, guardando a ciò che abbiamo comunemente inteso come conoscenza nel panorama cognitivo costruttivista. In tale concezione della mente e della cura, così come descritto da Vittorio Guidano, i vissuti che ognuno di noi sperimenta momento dopo momento nel flusso di coscienza rivestono un ruolo primario nella vita psichica. Parte di questo flusso viene elaborato a livello linguistico, ed è ciò che di noi stessi (e del mondo) sappiamo dire, concettualizzare, spiegare, laddove la sfera dello sperimentare (Io che vive) e la sfera dello spiegare (Me che narra) rappresentano due modalità interconnesse del conoscere. Tale concettualizzazione della sfera del mentale, che distingue la dimensione dell'immediato da quella del ricostruito, è alla base della terapia post-razionalista.

Guardando le cose a posteriori, l'importanza che viene attribuita alla dimensione soggettiva del vissuto, è ciò che ci può consentire di

“importare” mindfulness e tecniche corporee all’interno del nostro orizzonte metodologico. Prima dell’emergere del livello descrittivo-linguistico (che, fondamentalmente, è la caratteristica che ci distingue dai primati non umani), infatti, il vivere che scorre indiviso e non raccontabile rappresenta la base di ogni conoscenza possibile. È un’esperienza non concettuale, per la quale non ci sono parole, e, senza di esse, non c’è possibilità di accogliere, curare, cambiare. La mindfulness e le tecniche corporee ci mostrano che possiamo avvicinare il flusso di coscienza a partire dalle sue componenti somatiche, per produrre un “sapere aconcettuale”, che ci vitalizza, ci rende più sensibili, ci cura.

La psicoterapia sensomotora è un approccio ai disturbi post traumatici elaborato da Pat Ogden negli anni '80 che affonda le sue radici teoriche nell’Hakomi Method di Kurtz (Kurtz, 1990) che è in primo luogo una psicoterapia corporea. Nello specifico, l’Hakomi ritiene che nel corpo risiedano le esperienze trattenute a livello di memoria implicita, procedurale ed emotiva che, in assenza di una narrativa coerente disponibile, vengono immagazzinate e plasmano il modo in cui la persona vive e dà significato alla sua esperienza di oggi. Sulla base di questi principi e con altri riferimenti teorici provenienti dalla psicoterapia psicodinamica, la psicoterapia cognitivo comportamentale, la teoria dell’attaccamento, le neuroscienze e la mindfulness, Pat Ogden e i suoi collaboratori coniugano le conoscenze teoriche sul trauma provenienti dalle terapie parlate e dalla neurobiologia con il lavoro sul corpo.

L’idea centrale è che “il corpo per innumerevoli ragioni sia stato trascurato dalla cura delle parole” e proprio il corpo diventa sia la fonte primaria di informazioni sul trauma vissuto dal paziente sia il focus dell’intervento stesso. Come evidenziato precedentemente, il trauma ha profondi effetti sul corpo e molti dei sintomi dei soggetti traumatizzati si manifestano proprio a livello corporeo (Van der Kolk, 2014). Il trauma è caratterizzato ad un arousal disregolato che si muove lungo un continuum che oscilla lungo due estremi netti: dall’iper-arousal (in cui il paziente sperimenta un’eccessiva attivazione fisiologica che impedisce l’elaborazione delle informazioni che si presentano sotto forma di pensieri, immagini e sensazioni fisiche intrusive e ricorrenti) all’ipo-arousal (in cui prevalgono sensazioni di stordimento, torpore e passività). Questi due estremi si manifestano

improvvisamente in situazioni e contesti non minacciosi, impattando in modo clinicamente significativo sul funzionamento della persona e sulla qualità della vita. Il focus è orientato al processamento delle memorie traumatiche attraverso il lavoro sul corpo ma, affinché questo processo sia possibile, è necessario riportare l'arousal del paziente in quella che viene definita "finestra di tolleranza" (Siegel, 1999) in cui l'attivazione fisiologica è in una condizione ottimale per consentire l'elaborazione e l'integrazione delle informazioni provenienti dall'esterno e dall'interno in un senso di Sé coerente ed unitario.

Con la psicoterapia sensomotoria si assiste ad uno shift del paradigma di cura che si sposta dal lavoro sul racconto degli eventi all'esplorazione degli effetti degli eventi, con focus sull'organizzazione dell'esperienza (emozioni, pensieri, sensazioni fisiche). Il terapeuta sostiene il paziente nell'autoconsapevolezza e l'autoregolazione fisiologica partendo dalla mindfulness, che è la struttura portante di ogni singola seduta e di tutta la psicoterapia sensomotoria, poiché essa permette di riportare il paziente nel momento presente anche quando si sta parlando del passato (evento traumatico) e di agire all'interno della finestra di tolleranza. Per il cambiamento il corpo ha bisogno di apprendere che il pericolo è passato e si può vivere nel presente, al sicuro (Van der Kolk, 2014).

I soggetti traumatizzati perdono la "connessione somatica" con la realtà presente (le risposte a livello corporeo sono sperimentate come eventi passati che si verificano, però, nel momento presente ancora e ancora). Proprio per permettere al paziente una nuova ri-connessione con il qui ed ora la terapia sensomotoria si avvale, appunto, di tecniche Mindfulness-based: durante le sessioni vengono incoraggiate l'osservazione consapevole della modalità in cui si manifesta il trauma (nei cambiamenti neurofisiologici osservabili quali l'accelerazione del battito cardiaco, del respiro, le variazioni del tono muscolare, ecc.) e il riconoscimento del "dove e quando" dell'esperienza traumatica (Ogden *et al.*, 2006).

Il lavoro psicoterapeutico si focalizza sulla postura, sulle tensioni muscolari, sui movimenti ed il paziente viene supportato nel riconoscere ed osservare come le sensazioni fisiche siano legate a particolari emozioni e pensieri e ad integrare queste esperienze corporee nel suo vissuto. Il terapeuta guida il paziente a regolare le funzioni neurovegetative alterate, modificando i sintomi somatoformi

e alcune credenze patogene, soprattutto quelle riguardanti il corpo (Liotti e Farina, 2011). In questo modo il paziente inizia a riconoscere schemi corporei di lotta/fuga o freezing/sottomissione che si ripetono perché innescati dall'attivazione fisiologica costante e ad integrare mente e corpo acquisendo una maggiore autoregolazione emotiva e cognitiva. Questa disconnessione iniziale tra la componente sensomotoria e quella emotiva e cognitiva permette al paziente di affrontare i ricordi traumatici gradualmente, potendo attingere a nuove risorse e nuove capacità.

Nello specifico, il lavoro terapeutico si articola in tre fasi (Ogden, 2016):

1. sicurezza e stabilizzazione.
2. Elaborazione.
3. Integrazione.

Nella prima fase si lavora affinché il setting terapeutico venga percepito dal paziente come un luogo sicuro in cui riesca ad esprimere le proprie emozioni e sensazioni. Il terapeuta lo guida nell'auto-osservazione affinché diventi più consapevole della propria postura, dei gesti, della respirazione e di come il suo corpo reagisca alla stimolazione esterna e interna. Si lavora nella stabilizzazione dei sintomi, allargando la "finestra di tolleranza" e regolando l'arousal ipo o iperattivato.

Nella seconda fase vengono trattate le memorie traumatiche lavorando sul confine tra la finestra di tolleranza emotiva e l'iperattivazione provocata dal materiale traumatico. Il paziente verbalizza la sua esperienza interiore e, allo stesso tempo, si possono rivelare convinzioni dolorose ed emozioni forti. La possibilità di accedere ed utilizzare risorse permette, in questa fase, che il paziente non si disregoli troppo mentre si lavora sui ricordi traumatici.

Infine, nella terza fase, si guida il paziente nel complesso processo di integrazione delle parti di sé, degli stati di sé percepiti come "non me", ma anche nella connessione corpo e mente.

Ad oggi, la terapia sensomotoria sembra offrire al panorama scientifico un lavoro focalizzato sul corpo che viene integrato nel processo psicoterapeutico, coniugando il verbale con il somatico, stando nel momento presente, nel qui ed ora anche quando si elaborano ferite del passato. Riprendendo le parole di Van der Kolk (2015, p. 233):

«Nessuno di noi può essere in grado di trattare una guerra, un abuso, uno stupro, una molestia, o qualunque altro evento di simile portata. Ciò che è successo non può essere cancellato. Quello che si può fare, invece, è occuparsi delle tracce del trauma nel corpo, nella mente e nell'anima».

EMDR

Negli ultimi anni, la ricerca scientifica ha sottolineato l'efficacia dell'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) nel trattamento dei traumi (Shapiro, Solomon, 1995; Seidler, Wagner, 2006; Pagani *et al.*, 2012).

Questo approccio evidence-based, secondo Van der Kolk (2015) «permette di rendere le ri-produzioni dolorose del trauma qualcosa che appartiene al passato» (p. 287) poiché esso viene percepito (dopo il trattamento EMDR) come un evento coerentemente situato nell'esperienza passata e non più sotto forma di sensazioni ed immagini staccate dal contesto. Le testimonianze dei pazienti trattati con questa tecnica indicano una perdita di intensità da parte del contenuto traumatico che viene ricollocato nella propria esperienza più come qualcosa di spiacevole. Ad oggi, tale approccio è raccomandato dalle linee guida internazionali sul trattamento delle condizioni specificamente correlate allo stress (WHO, OMS, 2013). La nascita dell'EMDR si deve ad un'osservazione casuale della psicologa Francine Shapiro che, nel 1987 mentre passeggiava in un parco e ripensava a dei ricordi dolorosi, notò che rapidi movimenti oculari le donavano sollievo dallo stress.

Questa casuale osservazione gettò le basi per la definizione di un protocollo di trattamento per le memorie traumatiche che sfrutta i movimenti oculari alternati, o altre forme di stimolazione alternata destro/sinistra (tattile o acustica), per ripristinare l'equilibrio eccitatorio/inibitorio, favorendo così una migliore comunicazione tra l'emisfero destro e l'emisfero sinistro.

Il modello teorico alla base dell'intervento è quello dell' Adaptive Information Processing (Elaborazione Accelerata dell'Informazione) (Shapiro, 1995) che spiega come l'evento traumatico vissuto dal soggetto venga immagazzinato in memoria insieme alle emozioni, percezioni, cognizioni e sensazioni fisiche disturbanti che hanno carat-

terizzato quel preciso momento. Tutte queste informazioni, immagazzinate in modo disfunzionale, restano “congelate” all’interno delle reti neurali e incapaci di mettersi in connessione con le altre reti ed informazioni utili.

Queste “memorie congelate”, non potendo essere elaborate, continuano a provocare disagio per il soggetto, anche dopo moltissimo tempo come fossero cicatrici invisibili che non scompaiono mai del tutto, perché la persona continua a raccontare una storia con le parole ed un’altra con le azioni, attraverso le quali continua a rimettere in scena l’esperienza traumatica (van der Kolk, 2014).

I tre caposaldi del trattamento EMDR evidenziati da Van der Kolk (2015) nel suo monumentale lavoro sul trauma sono i seguenti:

- *l’EMDR sblocca qualcosa nella mente/cervello, permettendo alle persone un rapido accesso ai ricordi e alle immagini del passato, associati in modo vago. E ciò sembra aiutarle a porre le esperienze traumatiche all’interno di un contesto o di una prospettiva più ampia.*
- *Le persone possono guarire dal trauma senza parlarne. L’EMDR li rende capaci di osservare le loro esperienze in modo nuovo, senza bisogno di uno scambio verbale con un’altra persona.*
- *L’EMDR può essere efficace anche se paziente e terapeuta non hanno una relazione di fiducia. Quest’ultimo punto si rivela particolarmente affascinante perché il trauma, come ben si sa, raramente lascia le persone con un cuore aperto e fiducioso.*

L’obiettivo dell’EMDR è quello di ripristinare il corretto e naturale processamento di elaborazione delle informazioni presenti in memoria in modo da giungere ad una risoluzione adattiva con la creazione di nuove connessioni funzionali. Durante le sedute, i ricordi vengono “desensibilizzati” e si raggiunge una rielaborazione più adattiva del ricordo stesso che non produca più sintomi psicologici invalidanti. Il paziente traumatizzato viene accompagnato verso un sano e neutrale distacco dai ricordi dolorosi in cui il trauma perde la sua immediatezza e diventa ciò che è ovvero la storia di qualcosa accaduto tanto tempo prima (Van der Kolk, 2014).

La fase di desensibilizzazione è, così come la stimolazione bilaterale, solo una delle fasi di questo complesso protocollo di trattamento che si articola in 8 step che si dipanano lungo un continuum temporale in cui, partendo da un ricordo target del passato si procede

all'identificazione della convinzione negativa nel presente (convinzione autoriferita in relazione al ricordo traumatico: "Non valgo", "Sono incapace", "Sono sbagliato") e della convinzione positiva nel futuro (cioè quello che la persona piacerebbe pensare di se stessa ripensando a quell'evento) stando sulle emozioni esperite dal soggetto.

Tale approccio, come tutti del resto, consta di alcuni limiti. Ad esempio, ad oggi è stato osservato come l'efficacia di questo trattamento sia consistentemente diversa tra soggetti traumatizzati in età adulta e soggetti traumatizzati in età evolutiva.

Le più recenti ricerche hanno infatti evidenziato come la risposta al trattamento da parte di chi fosse stato traumatizzato da adulto fosse in gran parte ottimale, al punto che le persone in questione riportassero testimonianze relative a grossi benefici: «lo ricordo come se fosse qualcosa di reale, ma più distante. Di solito ero sommerso dal ricordo, mentre questa volta galleggio in superficie» (Van der Kolk, 2015, p. 291).

Nel caso in cui il trauma sia avvenuto durante l'infanzia il trattamento con l'EMDR risulta meno efficace in quanto la radicalità con la quale precoci esperienze traumatiche modificano l'assetto psico-neuro-biologico di una persona non può essere alterata da un trattamento così breve e mirato. Parafrasando le parole di Van der Kolk (2015): «l'abuso cronico nell'infanzia provoca differenze sostanziali, nell'adattamento mentale e biologico, rispetto ad eventi traumatici circoscritti in età adulta» (p. 292).

In conclusione, quanto si è cercato di evidenziare con questa rassegna, è che il trauma in termini assoluti non sia in definitiva circoscrittibile. I confini di un'esperienza traumatica sono di fatto fluttuanti da persona a persona. Come la ricerca indica e le storie dei pazienti testimoniano, le condizioni perché un trauma si strutturi nell'esperienza di una persona sono assolutamente soggettive. Vale a dire che sono necessarie delle precondizioni nella persona perché essa possa essere traumatizzata. A parità di evento si possono verificare esiti psicologici molto dissimili. Per tali motivi anche la terapia dovrà a suo modo possedere una morfologia plastica e non rigida. È infatti attraverso un approccio integrato che si ottengono i risultati migliori nel trattamento delle diverse condizioni traumatiche. La distinzione tra un trauma che si sia avvalso nello strutturarsi di precondizioni in-

fantili (trascuratezza, abuso, abbandono, violenza, ecc.), ed uno che diversamente si sia verificato in età adulta senza tali premesse, è ad esempio un fondamentale parametro da tenersi in considerazione nel processo terapeutico. Un aspetto che sicuramente si è voluto mettere in evidenza è quello del corpo, che non potrà essere trascurato nel trattamento del trauma. Van der Kolk (2015) parla molto chiaramente di come il trauma non sussista se non attraverso una radicale perdita di sicurezza verso il proprio corpo, che viene percepito come un luogo inospitale e non familiare. Sia attraverso la terapia sensomotoria che l'EMDR è possibile riaprirsi al proprio corpo e ripristinare con esso un legame sicuro, stabile e affidabile. Al pari di come le più avanguardistiche pratiche di mindfulness promuovono, vivere il proprio corpo come la propria amarevole dimora è il fondamento del sentirsi vivi e vitali, con e attraverso gli altri. Un sentimento quest'ultimo tipicamente interrotto dalle esperienze traumatiche.

Riferimenti bibliografici

- Beck A.T. (1967). *Depression: causes and treatment*. Philadelphia: University of Pennsylvania Press.
- Cristini C., Riva E., Minelli A., Cavagna D., Spader E., Della Vedova A.M. (2021). La clinica del trauma: una sintesi su trattamenti e tecniche. *Ricerche di Psicologia – Open Access*, (3). DOI: 10.3280/rip2021oa12110.
- Felmingham K., Kemp A., Williams L., Das P., Hughes G., Peduto A., Bryant R. (2017). Changes in Anterior Cingulate and Amygdala after Cognitive Behavior Therapy of Posttraumatic Stress Disorder. *Psychological Science*, 18, 2: 127-129. DOI: 10.1111/j.1467-9280.2007.01860.x.
- Fernandez I., Maslovaric G., Galvagni M.V. (2011). *Traumi psicologici, ferite dell'anima. Il contributo della terapia con EMDR*. Napoli: Liguori.
- Heim C., Nemeroff C.B. (2009). Neurobiology of posttraumatic stress disorder. *CNS Spectr*, 14, 1, 13-24. DOI: 10.1016/s0959-4388(00)00080-5.
- Herman J.H. (1992). *Trauma and Recovery*. New York: Basic Books.
- Herman J.L., Russo R. (trad. di). (2005). *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo* (2005). Roma: Magi Edizioni.
- Krystal H. (1988). *Integration and Self-Healing: Affect-Trauma-Alexithymia*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- Kurtz R. (1990). *Body-Centered Psychotherapy: The Hakomi Method: The Integrated Use of Mindfulness, Nonviolence and the Body*. LyfeRhythm.
- Liotti G., Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della teoria dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.

- Liotti G., Farina B. (2013). Un'esplorazione neuroscientifica della dissociazione post-traumatica e la sua rilevanza per l'etica della psicoterapia. *Rivista Internazionale di Filosofia e Psicologia*, 4, 3, 325-337. DOI: 10.4453/rifp.2013.0033.
- Mazza M., Pino M.C., Tempesta D., Catalucci A., Masciocchi C., Ferrara M. (2016). Attività neurale correlata alle difficoltà emozionali ed empatiche in soggetti con disturbo post-traumatico da stress sopravvissuti al terremoto dell'Aquila nel 2009: *Epidemiologia&Prevenzione*, 40, 2, 42-44. DOI: 10.19191/EP16.2S1.P042.046.
- Moghadam S., Kazemi R., Taklavi S. (2020). Comparing the effectiveness of eye movement desensitization reprocessing and cognitive behavioral therapy in reducing post traumatic stress disorder. *Health Psychology Report*, 8, 1, 31-37. DOI: 10.5114/hpr.2019.92305.
- Ogden, P., Minton, K. (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing traumatic memory. *Traumatology*, 6, 3, 149-173. DOI: 10.1177/15347656000600302.
- Ogden P., Pain C., Fisher J. (2006). A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *Psychiatr Clin North Am*, 29, 1, 263-79. DOI: 10.1016/j.psc.2005.10.012.
- Ogden P., Minton K., Pain C. (2012). *Il trauma e il corpo. Manuale di Psicoterapia Sensomotoria*. Sassari: Istituto Scienze Cognitive.
- Ogden P., Fisher J. (2016). *Psicoterapia Sensomotoria. Interventi per il trauma e l'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina.
- Pagani M., Di Lorenzo G., Verardo A.R., Nicolais G., Monaco L., Lauretti G., Russo R., Niolu C., Ammaniti M., Fernandez I., Siracusano A. (2012). Neurobiological correlates of EMDR monitoring – an EEG study. *PLoS One*, 7(9), e45753. DOI: 10.1371/journal.pone.0045753.
- Pagani M., Carletto S, a cura di (2019). *Il cervello che cambia. Neuroimaging: il contributo alle neuroscienze*. Milano: Mimesis.
- Porges S. (2014). *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Roma: Giovanni Fioriti.
- Psych Central. (2017). The 3 Parts of Your Brain Affected by Trauma. *Psych Central*. Testo disponibile al sito: <https://psychcentral.com/blog/archives/2017/07/03/the-3-parts-of-your-brain-affected-by-trauma/>
- Seider G.H., Wagner F.E. (2006). Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study. *Psychological Medicine*, 36(11), 1515-22. DOI: 10.1017/S0033291706007963.
- Siegel D.J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. New York: Guilford Press.
- Siegel D.J. (2009). *Mindfulness e Cervello*. Milano: Raffaello Cortina.
- Siegel D.J. (2021). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale. (Terza Ed)*. Milano: Raffaello Cortina.
- Shapiro F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 2, 199-223. DOI: 10.1002/jts.2490020207.

- Shapiro F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press.
- Shapiro F., Solomon R.M. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Neurocognitive information processing. In Everly G., Mitchell J., *Critical Incident stress Management*. Ellicott City, M.D: Chevron Publishing.
- Shapiro F., Solomon R.M. (2010). Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *Corsini Encyclopedia of Psychology*. DOI:10.1002/9780470479216.corpsy0337
- Tavaglini G. (2011). Modulazione dell'arousal, memoria procedurale ed elaborazione del trauma. Il contributo clinico del modello polivagale e della psicoterapia sensomotora. *Cognitivismo clinico*, 8, 1, 60-72. Testo disponibile al sito: <https://www.apc.it/wp-content/uploads/2013/03/05-tagliavini.pdf>.
- Van der Kolk B.A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: Self-regulation, stimulus discrimination, and characterological development. In van der Kolk B., McFarlane A.C., Weisaeth L., *Traumatic stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society*. New York: Guilford Press.
- Van der Kolk B.A. (2014). *The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma*. New York: Penguin Putnam Inc.
- Van der Kolk B.A., Patti M.S., a cura di, Vassalli A., a cura di (2015). *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Milano: Raffaello Cortina.
- Van der Kolk B.A. (2015). *The body keeps the score: Brain, mind, and body in the transformation of trauma*. Londra: Penguin Books.
- World Health Organization/Organizzazione Mondiale della Sanità (2013). Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress. Geneva. Testo disponibile al sito: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85119/9789241505406_eng.pdf (2023).
- World Health Organization/Organizzazione Mondiale della Sanità (2018). International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11). Testo disponibile al sito: <https://icd.who.int/>