

L'EMDR nel trattamento del trauma complesso



Paola Castelli Gattinara*, Antonio Onofri**

*[Ricevuto il 7 settembre 2018
Accettato il 23 novembre 2018]*

Sommario

Questo lavoro affronta il trattamento del trauma complesso utilizzando il modello di rielaborazione adattiva dell'informazione (AIP). Tale modello, che è alla base dell'approccio EMDR, un approccio evidence based, per il trattamento del PTSD, si è recentemente arricchito integrando sia la teoria dell'attaccamento sia il modello della dissociazione strutturale proposto da Van der Hart (2006). Questa articolazione ha permesso di trattare le memorie traumatiche connesse a quadri psicopatologici molto più complessi come i disturbi dissociativi, quelli borderline di personalità e, più in generale, alla sintomatologia collegata a uno sviluppo traumatico.

Attraverso esemplificazioni cliniche, verranno illustrate alcune procedure specifiche per affrontare le difese collegate al trauma che mantengono la dissociazione come la fobia dell'attaccamento e del rifiuto, in particolare per quanto riguarda il terapeuta, la fobia delle proprie esperienze interne basata su intense emozioni di vergogna, paura o disgusto, la fobia delle parti dissociative della personalità ecc.

Parole chiave: EMDR, trauma, dissociazione, stabilizzazione, fobia dei ricordi traumatici.

* Psicologa, psicoterapeuta, socio SITCC, supervisore EMDR, Centro Clinico de Sanctis Roma. e-mail: paola.castelligattinara@gmail.com

**Psichiatra, psicoterapeuta, didatta SITCC, supervisore EMDR, Scuola di Specializzazione Psicoterapia Training School, Clinico de Sanctis Roma. e-mail: a.onofri@ccds.it

Quaderni di Psicoterapia Cognitiva (ISSN 1127-6347, ISSN 2281-6046), n. 44/2019

Abstract

EMDR for the treatment of complex trauma

This work addresses the treatment of complex trauma using the adaptive information-processing model (AIP). This model, that underlies the EMDR approach for the treatment of PTSD, has recently been enriched by integrating both the Attachment theory and the theory of Structural Dissociation of personality proposed by Van der Hart. This articulation has allowed treating the traumatic memories connected to complex trauma-related disorders such as the dissociative disorders, Borderline disorders and Dissociative Identity Disorder.

Through clinical exemplifications, some specific procedures will be illustrated to address the trauma-related defenses that maintain dissociation as the phobia of attachment and rejection particularly with regard to the therapist, the phobia of one's internal experiences based on intense emotions of shame, fear or disgust, the phobia of the dissociative parts.

Key words: EMDR, dissociation, stabilization, phobia of traumatic memories.

Introduzione

Se è certamente vero che l'EMDR è considerato un approccio *evidence based* per la terapia del disturbo da stress post-traumatico (PTSD), è altrettanto vero che – soprattutto grazie ai suoi sviluppi più recenti (Solomon, 2018; Knipe, 2015; Gonzales e Mosquera, 2012; Leeds, 2016), questo approccio permette il trattamento delle memorie traumatiche presenti in diversi quadri psicopatologici (Onofri, 2017, 2018; Marconi e Polidoro, 2018; Bedeschi, 2018; Faretta, 2018; Faretta e Leeds, 2017; Shapiro *et al.*, 2018; Solomon, 2018; Carletto *et al.*, 2017; Mazzoni *et al.*, 2017; Verardo e Cioccolanti, 2017; Balbo *et al.*, 2017), anche quelli più complessi come i disturbi dissociativi e il disturbo borderline di personalità (Mosquera, 2018) e, più in generale, tutti i sintomi che emergono dai cosiddetti «sviluppi traumatici» (Liotti e Farina, 2011). Proprio al fine di espandere le potenzialità terapeutiche dell'EMDR, sempre più spesso i clinici esperti integrano il modello della *Adaptive Information Processing* (AIP), che sta alla base di questo metodo, con altri approcci, quali la teoria dell'attaccamento (TdA), il modello dei sistemi motivazionali interpersonali (SMI) (Liotti e Monticelli, 2008; Liotti *et al.*, 2017) e quello della dissociazione strutturale (Van der Hart, 2006; Fisher, 2017), articolando i propri interventi in linea con quel “trattamento per fasi”, che è universalmente riconosciuto come l'approccio di elezione per i disturbi gravi appartenenti al cosiddetto «spettro post-traumatico» (Courtois e Ford, 2009; Cloitre, 2009; Miti e Onofri, 2011; Castelli e Onofri, 2017), ricorrendo anche ai contributi provenienti dalla

Paola Castelli Gattinara, Antonio Onofri

Mindfulness (Pescatori e Vistarini, 2017), dalla teoria polivagale (Porges, 2011), dalla neurobiologia (Frewen e Lanius, 2015). Tutto ciò emerge come una ormai diffusa pratica clinica nel caso di impiego dell'approccio EMDR su popolazioni di pazienti particolarmente difficili e complessi, come i rifugiati e i richiedenti asilo, gravemente traumatizzati (Onofri *et al.*, 2014; Castelli *et al.*, 2016; Castelli e Pallini, 2017; Castelli e Onofri, 2018).

L'EMDR

Il modello della elaborazione adattiva dell'informazione (AIP), che è alla base dell'approccio EMDR ipotizza che esista in ogni individuo un meccanismo fisiologico innato preposto a elaborare le informazioni in un modo adattivo e a integrarle nel resto della rete mnestica in un'ottica di autoguarigione (Shapiro, 2001). Esperienze negative di vita, soprattutto se precoci e se riguardanti le figure di attaccamento del bambino, possono inibire questa funzione neurobiologica, così che le informazioni acquisite al momento dell'evento vengono immagazzinate in modo disfunzionale. Sensazioni fisiche, percezioni sensoriali, emozioni, immagini e convinzioni, allora, rimangono frammentate e non facilmente integrabili in un contesto narrativo e autobiografico coerente e organizzato. Il ricordo, pertanto, è come se rimanesse nella sua forma originale, come "intrappolato" in reti neurali a sé stanti, non associate al resto delle informazioni mnestiche; così, quando viene riattivato da nuovi stimoli provenienti dal contesto attuale (i cosiddetti trigger), è come se l'esperienza venisse letta alla luce del passato piuttosto che del presente.

L'approccio EMDR si basa sull'utilizzo di una stimolazione sensoriale bilaterale (d'ora in poi BLS: movimenti saccadici degli occhi, oppure una stimolazione alternata, tattile o uditiva, sulla parte destra e sinistra del corpo) che sembrerebbe contribuire attivamente alla elaborazione delle esperienze avverse (Shapiro, 2001; Bisson *et al.*, 2013). La terapia con l'EMDR è focalizzata sulla memoria episodica, prestando attenzione clinica ai diversi canali, sensoriali, emotivi e cognitivi che compongono l'esperienza traumatica. Al paziente viene chiesto di porre attenzione contemporaneamente alla stimolazione bilaterale sensoriale (BLS) e al ricordo disturbante in un processo di "dual attention" (verso l'interno e verso l'esterno; verso il passato e verso il presente) che permette una esposizione dosata e pertanto sostenibile al materiale traumatico (Shapiro, 2001). Poiché le esperienze traumatiche si inscrivono nel corpo, durante

tutto il processo il paziente verrà invitato a osservare ed esplorare le proprie sensazioni fisiche che rappresenteranno il filo conduttore del cambiamento. È proprio la centralità che viene data all'esperienza corporea (Castelli e Onofri, 2017) a rendere l'EMDR particolarmente efficace nel promuovere uno spostamento dell'informazione immagazzinata in modo disfunzionale verso nuove e più adattive associazioni mnestiche. Il metodo EMDR, nel suo protocollo standard, si articola in 8 fasi: la prima fase è dedicata alla concettualizzazione del caso e allo sviluppo di un piano di trattamento, la seconda fase consiste nello stabilizzare il paziente e prepararlo al lavoro sulle memorie traumatiche, le restanti fasi sono dedicate all'elaborazione dei ricordi traumatici che sono alla base della sintomatologia presentata. In queste fasi, si chiede al paziente di individuare le diverse componenti dell'esperienza disturbante e si procede con *set* di stimolazioni bilaterali, fino a quando il ricordo non verrà completamente rielaborato a livello cognitivo, emotivo e corporeo. Il trattamento, inoltre, non riguarda solo gli eventi passati, ma anche gli stimoli scatenanti del presente, trigger, e le possibili risposte future.

Una grande mole di dati evidenzia l'efficacia dell'EMDR nel trasformare e integrare l'informazione connessa a esperienze disturbanti ed emotivamente cariche in schemi cognitivi ed emotivi più funzionali. Il *set* di procedure, inoltre, favorisce indirettamente l'incremento delle capacità di riflettere sui propri stessi processi mentali (Onofri e Tombolini, in Balbo, 2006).

Diverse indicazioni, quali il prestare attenzione contemporaneamente al passato e al presente e il ricercare un atteggiamento *mindful*, cioè accettante e non giudicante verso i propri ricordi disturbanti, permettono al paziente di limitare, mitigare e autoregolare l'influenza delle esperienze avverse passate sulla sua vita attuale e promuovono la sua capacità di riflettere sui propri stati interni (Onofri e Tombolini, in Balbo, 2006). Ma questi effetti, che si verificano a volte anche solo dopo sedute in pazienti che presentano un PTSD, non sempre si ottengono facilmente in quei pazienti con traumi cronici, dello sviluppo, relazionali, che presentano una struttura dissociativa della personalità e le cui capacità di mentalizzazione sembrerebbero essere poco mature. Questi pazienti, infatti, sembrano più o meno incapaci di tollerare la molteplicità costitutiva della coscienza e delle sue rappresentazioni (Liotti, 2001) e di integrare le diverse modalità elaborative disponibili nei vari stati di coscienza (Marozza, 2015).

L'integrazione dell'approccio EMDR con le prospettive teoriche e cliniche provenienti dalla teoria dell'attaccamento e dalla teoria della dissociazione strutturale della personalità, consente di ricorrere efficacemente

all'EMDR per sviluppare i processi mentali di ordine superiore e promuovere ulteriormente le capacità integrative e metacognitive (Van der Hart *et al.*, 2010, 2013, 2014).

Mentre il protocollo standard EMDR si focalizza soprattutto sulle memorie traumatiche collegate a eventi esterni, l'intervento clinico con questi pazienti è largamente centrato sul superamento delle difese dissociative che impediscono l'integrazione della personalità. Sono pazienti che necessitano di una non raramente piuttosto lunga fase di stabilizzazione che permetta loro di sviluppare risorse, quali la capacità di regolare le proprie emozioni, di mantenere l'orientamento al presente, di sentirsi al sicuro, di distinguere fra mondo interno e realtà esterna ecc. Con tali pazienti, che possiedono limitate capacità integrative, una esposizione prematura ai ricordi traumatici attraverso l'EMDR o altre metodologie terapeutiche, potrebbe infatti portare all'attivazione di emozioni veementi, a stati dissociativi e a comportamenti disfunzionali quali abuso di sostanze, automutilazione, impulsi suicidari, ecc.

Uno dei più interessanti adattamenti del protocollo EMDR standard per il trattamento del trauma complesso è il cosiddetto "Approccio Progressivo" proposto da Gonzalez e Mosquera (2012), caratterizzato da un accesso particolarmente graduale alle esperienze traumatiche. Il focus dell'intervento clinico in una prima fase riguarda la regolazione delle emozioni, la capacità di prendersi cura di sé, i blocchi e le eventuali fobie nei confronti di propri stati interni e l'elaborazione solo di piccoli frammenti traumatici. L'intervento utilizza la stimolazione bilaterale (BLS) per desensibilizzare emozioni negative, per rinforzare la connessione del paziente con le proprie risorse e per sviluppare un'adeguata autocura. L'obiettivo è quello di promuovere una tolleranza agli affetti e una capacità di attenzione duale che emergono come condizioni essenziali per accedere ed elaborare le memorie traumatiche.

Questo approccio, sempre più esaustivo grazie al contributo di diversi autori (Van der Hart *et al.*, 2013, 2014; Fisher, 2017), fa riferimento sia alla prospettiva dell'attaccamento sia a quella della dissociazione strutturale (Van der Hart *et al.*, 2006), prospettive che permettono di comprendere perché e come questi interventi che utilizzano l'EMDR favoriscano nel paziente un funzionamento meno frammentato, più coerente e più riflessivo (Gonzalez e Mosquera, 2012).

La teoria dell'attaccamento

Una delle sfide principali davanti alle quali si trova il clinico che vuole affrontare persone gravemente traumatizzate e dissociate è quella di stabilire una relazione terapeutica adeguata che permetta al paziente di riesporsi e affrontare finalmente in condizioni di sicurezza le emozioni connesse alle esperienze traumatiche. La teoria dell'attaccamento e dei sistemi motivazionali interpersonali offre una cornice che consente al terapeuta di ridurre i rischi di rottura nella relazione e di abbandono della terapia, così frequentemente presenti in questa popolazione clinica.

Secondo la teoria dell'attaccamento, la vulnerabilità al trauma relazionale non dipende solo dall'evento in sé e dalla sua *magnitudo*, ma dalla relazione interpersonale fra la vittima e l'aggressore. L'esperienza traumatica è tale quando attivi stati affettivi non facilmente integrabili in strutture unitarie di significato che riguardano la relazione di attaccamento.

Un attaccamento sicuro sembrerebbe favorire l'integrazione dei diversi stati mentali, dando ordine e coerenza alle diverse esperienze di sé con l'altro. A partire da tale relazione il bambino costruisce delle strutture di significato implicite, chiamate da Bowlby "modelli operativi interni" (Bowlby, 1969), che gli consentirebbero di modulare una ampia gamma di emozioni e di relative disposizioni comportamentali al tempo stesso mantenendo coerenza e continuità nelle proprie esperienze personali. Tali strutture di significato sono articolate e flessibili e permettono l'assimilazione di esperienze successive. Un contesto interpersonale sicuro sostiene un buon funzionamento metacognitivo e consente all'individuo di riconoscere e riflettere sui propri stati e su quelli degli altri (Liotti, 1994).

Le persone cronicamente traumatizzate spesso presentano una sorta di "fobia dell'attaccamento", dovuta all'esperienza di un contesto interpersonale di accudimento caratterizzato da elevata trascuratezza, intrusività e fallimenti nella sintonizzazione da parte del caregiver. In tale contesto la fonte della sicurezza diventa allo stesso tempo anche la fonte del pericolo e possiamo ragionevolmente supporre che il bambino venga così a trovarsi in un continuo stato di confusione e disorientamento, sospeso tra spinta all'avvicinamento e spinta all'evitamento e alla fuga, tra comportamenti dettati dalla tendenza alla sottomissione e quelli di attacco sostenuti dalla collera, non in grado, pertanto, di regolare le proprie emozioni e di organizzare il suo comportamento. La spinta ad attaccarsi a una figura di riferimento è continuamente intrecciata alla paura rendendo impossibile la costruzione di una stabile rappresentazione di sé con l'altro. Moltissimi studi

su stress, trauma e attaccamento (Liotti e Farina, 2011; Lanius *et al.*, 2010) evidenziano come la stessa disorganizzazione dell'attaccamento possa essere considerata come un trauma relazionale precoce, che potrebbe inficiare la possibilità del bambino di costruire un senso di sé coerente e organizzato, rendendolo più vulnerabile a reazioni dissociative di fronte a eventi stressanti.

Sono diversi i quadri psicopatologici che possono avere alla base una disorganizzazione dell'attaccamento in grado di produrre processi mentali dissociativi (Liotti e Farina, 2011). Pazienti emotivamente molto disregolati possono essere sopraffatti dalle emozioni intense connesse all'attivarsi del proprio sistema di attaccamento e necessitano di un contesto relazionale fondato su una condivisione collaborativa che permetta loro di esplorare le memorie dolorose in una condizione di sicurezza (Guidano e Liotti, 1983) e quindi di avvicinarsi alla rielaborazione dei contenuti traumatici con l'EMDR.

Mentre con i pazienti meno gravi, l'utilizzazione del protocollo EMDR standard prevede che il terapeuta faciliti il naturale processo di elaborazione intervenendo solo se necessario, nel trauma complesso il clinico deve essere molto più attivo nell'aiutare il paziente a mantenere un livello di attivazione emotiva tollerabile man mano che affronta i ricordi disturbanti. A lui spetta per esempio il compito, non sempre facile, di rallentare la narrazione quando si rende conto che il paziente inizia ad essere inondato dagli stimoli attivati dalle esperienze traumatiche, quindi di aiutarlo a dirigere nuovamente l'attenzione verso il presente. In questo modo viene mantenuto un contesto relazionale sicuro, dove il desiderio del paziente di essere ascoltato si accompagna all'accorgersi che il terapeuta lo sta ascoltando (Fisher, 2017). Questa regolazione interattiva dell'arousal del paziente avviene quando il terapeuta interviene attivamente orientando il paziente alla sicurezza del presente, validando e condividendo le sue espressioni somatiche ed emotive. Janine Fisher (2017) sottolinea l'importanza di rivolgere continuamente l'attenzione del paziente al contesto presente, al fatto che c'è qualcuno che ascolta attentamente senza spaventarsi né giudicare. In questi momenti di riconoscimento, il sentimento interiore nei confronti dell'esperienza passata si modifica.

Mario, un ragazzo ugandese di 30 anni ha iniziato da alcuni anni il percorso per diventare sacerdote, ma non riesce ad andare avanti. I suoi superiori sono incerti se il problema sia dovuto a scarse capacità cognitive, oppure se il blocco del suo funzionamento mentale sia collegabile alle terribili esperienze traumatiche vissute durante l'infanzia. Nelle prime sedute, Mario appare chiuso ed estremamente timido, si esprime male in inglese, che non è la sua lingua d'origine, ma desidera

molto lavorare sulle proprie esperienze traumatiche. Racconta che ne ha parlato solo una volta a un prete psicologo che l'ha inviato per una terapia EMDR ed è stato per lui difficilissimo accettare.

Dopo aver raccontato diverse esperienze dolorose, Mario inizia a parlare dell'episodio per lui più sconvolgente che riguarda la guerra fra forze governative e ribelli avvenuta in Uganda.

Pz. "Avevo 7 anni quando a scuola sono arrivati i ribelli, hanno costretto i bambini più grandi a uccidere gli insegnanti con il machete e poi tutti abbiamo dovuto seguirli nella foresta con i corpi dei morti portati a spalla. Abbiamo camminato moltissimo...", Mario inizia ad afflosciarsi sulla sedia e la voce diventa molto flebile, un chiaro segno di ipoarousal.

Tp. "Mario, noto che il suo corpo sembra sprofondare sulla sedia, e anche la voce stenta ad uscire, come si sente, ora? Deve essere stato proprio terribile".

Pz. Rianimandosi "Sì, sono cose difficili da ricordare, ma ho bisogno che qualcuno le ascolti".

Tp. "Ok andiamo avanti, ma la interromperò ogni tanto, ogni qual volta mi accorgerò che le sue emozioni sono troppo intense; è importante che raccontare quello che le è successo non la traumatizzi di nuovo, per cui dobbiamo rallentare il ritmo in modo che sia sopportabile quello che sente".

Pz. Annuisce e continua "ci hanno portato in una grande radura poi hanno ordinato ai bambini più grandi di cucinare i corpi e di mangiarli, chi si rifiutava veniva ucciso". Inizia a piangere.

BLS

Tp. Si stanno affacciando molti ricordi dolorosi, vero?

Pz. Annuisce e continua a piangere. "Sì, sento ancora l'odore del sangue e la nausea...".

La terapeuta nota che il paziente è completamente immerso nel proprio passato e lo interrompe.

Tp. "Certo! era solo un bambino in una situazione orribile e nessuno la poteva aiutare..., ma ora si fermi un momento, noti soltanto che è qui con me, nel mio studio e che io la sto ascoltando..., noti come la fa sentire stare qui ora.

BLS

Pz. Guardando il terapeuta e smettendo di piangere "Mi accorgo che Lei non è sconvolta, questo mi dà sollievo, sento che la nausea diminuisce...".

BLS

Il terapeuta, dopo aver chiesto a Mario dove sentiva il sollievo nel corpo, somministra un set di BLS per rafforzare la sensazione positiva. Mario riesce quindi a finire il racconto ed esce dalla seduta dicendo: "È stato utile che lei mi abbia interrotto, non ce l'avrei fatta a raccontare tutto...". Il sentirsi ascoltato e "sentito" dal terapeuta, ha permesso a Mario di connettersi alle proprie esperienze dolorose vissute, senza esserne travolto (Dworkin, 2005).

Paola Castelli Gattinara, Antonio Onofri

La relazione terapeutica è il veicolo centrale del trattamento con i pazienti gravemente traumatizzati e passa attraverso il riconoscimento e la validazione degli stati mentali del paziente e la condivisione degli obiettivi di cura. Per questi pazienti, infatti, stabilire una relazione sicura e tollerare la vicinanza con il terapeuta richiede tempo e una grande attenzione da parte del clinico, che Janine Fisher finisce infatti per definire come un «regolatore neurobiologico» (Fisher, 2017).

Il modello della dissociazione strutturale della personalità

La ricerca sul trauma e sulla dissociazione ha messo in luce la naturale dissociabilità della coscienza e considera la salute psichica come la capacità di costruire connessioni fra diverse “parti” (concepibili a seconda dei diversi approcci e delle diverse terminologie in termini di sistemi motivazionali e strategie di sopravvivenza, memorie implicite, modelli operativi, complessi a tonalità affettiva ecc.) in costante dialogo fra loro, mentre gli stati patologici si accompagnerebbero a una qualche rottura del legame fra le diverse “parti” della personalità.

Il modello della dissociazione strutturale della personalità considera la dissociazione come un tentativo di adattamento di fronte alle richieste che provengono da un ambiente traumatico. Questo approccio facilita la comprensione di molti fenomeni riscontrabili nei traumi complessi e offre al terapeuta EMDR una interessante cornice teorica per indirizzare i propri interventi clinici (Van der Hart *et al.*, 2013, 2014). Secondo questa teoria, i disturbi trauma correlati possono essere considerati come il fallimento di processi integrativi, che comporta la divisione della personalità del paziente in diversi sottosistemi o “parti” (Van der Hart, 2006). Secondo questi Autori, ogni parte dissociata sarebbe dotata di una propria personale prospettiva e di una propria autonomia. Il grado di dissociazione, inoltre, può essere più o meno marcato. Nella cosiddetta “dissociazione primaria” è possibile distinguere una parte della personalità apparentemente normale (ANP), che porta avanti i compiti della vita quotidiana (chiamata da Fisher “parte della personalità che va avanti con la vita normale”), e una parte emotiva (EP) che invece vivrebbe ancora nel tempo del trauma e pertanto conterrebbe le emozioni, i pensieri, le sensazioni fisiche correlati a quel momento o a quella condizione. In termini di *Adaptive Information Processing*, l’ANP e l’EP avrebbero la propria rete di memorie, con l’EP che conterrebbe i ricordi immagazzinati in modo disfunzionale. Questa sarebbe la situazione tipica

del PTSD, generalmente ben affrontabile con il protocollo standard EMDR. Nei pazienti che presentano una storia di sviluppo traumatica in cui i primi anni di vita sono stati caratterizzati da traumi multipli e traumi cronici, la dissociazione della personalità è invece molto più complessa: accanto a una personalità che porta avanti la vita quotidiana (ANP) possono essersi formate diverse parti dissociative (EP) che possono comprendere diversi aspetti dell'esperienza traumatica tra cui stati emotivi intollerabili. Infine, ricorda ancora Van der Hart (2006), nei casi più gravi ci possono essere non solo più parti emotive, ma anche più ANP, come nel caso del disturbo dissociativo dell'identità.

Ciò che manterrebbe la frammentazione della personalità sarebbe proprio una sorta di vera e propria “fobia delle memorie traumatiche”, che potrebbe rappresentare fin da subito il focus iniziale dell'intervento EMDR nei pazienti con trauma complesso. In questi casi, soprattutto nella prima fase del trattamento, è necessario lavorare innanzitutto al superamento di una serie di fobie correlate all'esperienza traumatica, che costituiscono delle difese dissociative contro l'emergere del materiale traumatico.

La stabilizzazione

Il lavoro con le difese

Prima di lavorare direttamente sulle memorie traumatiche con l'EMDR è necessario affrontare le credenze disfunzionali e le azioni mentali disadattive correlate alla particolare sofferenza del paziente, come la mancanza di differenziazione fra mondo interno e mondo esterno, l'idea che si sarà salvati dal terapeuta, la credenza che le parti dissociate siano “non me” e promuovere processi di autocura che rafforzino il sé adulto del paziente (ANP). Dunque la prima fase deve essere dedicata alla stabilizzazione, alla riduzione dei sintomi, allo sviluppo delle abilità che permettano di autoregolare le emozioni e gestire meglio il proprio mondo interiore, prima di arrivare ad affrontare direttamente le esperienze traumatiche (Miti e Onofri, 2011; Van der Hart *et al.*, 2013). Anche in questa prima fase, l'uso delle stimolazioni bilaterali può risultare efficace e di aiuto proprio nell'aiutare il paziente a raggiungere una migliore autoregolazione.

L'importanza di accrescere nel paziente la capacità di mentalizzazione appare evidente nel caso che segue.

Paola Castelli Gattinara, Antonio Onofri

Giancarlo, un uomo di 35 anni a cui è morta la madre all'età di 5 anni, ha vissuto tutta la sua infanzia da solo con un padre continuamente in preda a gravi crisi psicotiche. Viene in terapia perché quando esce di casa si "sente sempre in guerra". Il paziente sembra incapace di riuscire a distinguere pienamente il mondo interno da quello esterno. In altre parole, un pensiero o una fantasia non sono per lui delle azioni mentali, bensì vengono a essere trattate come fossero realtà. Giancarlo evita di uscire da casa perché è terrorizzato dalle persone che lui sente pericolose e giudicanti. Le poche volte che riesce a farlo, ha continuamente una sensazione di fretta, come se dovesse scappare da qualcuno e tiene la testa bassa per non guardare, è convinto che possano fargli del male. Invitandolo semplicemente a osservare i volti dei passanti, si rende conto con stupore che questi non gli erano ostili, e anzi che molti sorridevano. Inizia così a camminare con per la strada con maggiore tranquillità. L'esperienza positiva viene quindi rafforzata con le SBL.

Diverse procedure EMDR facilitano la stabilizzazione e favoriscono lo sviluppo di *network* funzionali: fra questi ricordiamo *l'Esercizio dei 4 Elementi*, *il Posto Sicuro* e *l'Installazione di Risorse* (Korn e Leeds, 2002; Luber, 2009; Onofri e La Rosa, 2017; La Rosa e Onofri, 2017) che permettono al paziente di incrementare la consapevolezza dei segnali somatici e di apprendere strategie per ridurre le tensioni emotive. Il *Posto Sicuro* e *l'Esercizio dei 4 Elementi* amplificano in particolare l'esperienza somatica ed emotiva di sicurezza, mentre il *Protocollo sullo Sviluppo delle Risorse* (RDI) si focalizza su quei ricordi, relazioni o fattori simbolici che costituiscono strategie valide di fronteggiamento di fronte alla percezione di essere in balia degli eventi e che sono quindi in grado di rafforzare un senso adulto e una capacità di *agency*, di padronanza (Giannantonio, 2014).

In questa fase, come abbiamo già ricordato, è importante trattare le difese collegate al trauma che mantengono la dissociazione, per esempio la fobia dell'attaccamento e del rifiuto (in particolare se riferita allo stesso terapeuta), la fobia delle proprie esperienze interne basata su intense emozioni di vergogna, paura o disgusto, e infine la fobia delle parti dissociative della personalità. Per fare questo, il terapeuta aiuta il paziente a diventare consapevole di queste difese, effettua una psicoeducazione, lo invita a esplorarle e a conoscerne la funzione. Tutto questo implica lavorare con il sistema interno delle parti dissociative del paziente (Van der Hart *et al.*, 2013).

Il lavoro terapeutico con le "parti"

Janine Fisher (2017) considera i disturbi post-traumatici non solo come l'effetto degli eventi traumatici, ma anche come un disturbo dell'attaccamento

interno, in altre parole di come il paziente giudica, tratta e risponde a determinate “parti” di sé.

In accordo con Van der Hart (2006), anche Janine Fisher vede la scissione e la frammentazione come una strategia di sopravvivenza: in conseguenza del trauma, una “parte” si sviluppa normalmente, l’altra “parte” porta il segno emotivo e fisico del trauma, è alla ricerca dei segnali di pericolo e si prepara a un nuovo insieme di minacce e abbandoni. Quella che è stata l’esperienza tende poi a manifestarsi di nuovo sotto forma di immagini, emozioni e reazioni fisiche intrusive.

Gli individui eredirebbero allora dal trauma una serie di sintomi e reazioni senza una cornice per poterli identificare come ricordi.

Fisher propone quindi che il trattamento del trauma sia rivolto più agli effetti che non agli eventi di un passato traumatico, sottolineando la maggiore importanza del potersi sentire al sicuro “qui e ora” che non la capacità di rimanere calmi durante la narrazione di un passato orribile.

L’idea che ogni “parte” rappresenti una specifica strategia per sopravvivere a condizioni pericolose, che ognuna rappresenti una modalità diversa di autoprotezione, dà significato e dignità alla frammentazione.

Come abbiamo già ricordato, mentre la parte “vita normale” cerca di andare avanti, altre “parti” al servizio delle antiche difese dell’attacco, della fuga, del congelamento, della sottomissione e dell’attaccamento in funzione della sopravvivenza continueranno ad attivarsi in risposta a stimoli connessi al trauma (i trigger), dando luogo a tutti i sintomi che conosciamo.

Le conseguenze dello sviluppo traumatico diventano un insieme di risposte ben radicate, familiari e abitudinarie: in altre parole, le “parti” continuano a difendersi come se fossero ripetutamente minacciate nel momento presente. In altre parole, aiutare i pazienti a vedere il modo in cui sono sopravvissuti diventa più importante del modo in cui sono stati vittimizzati.

Una volta che uno stimolo diventa attivante, il corpo vi risponde come a un segnale di pericolo a sé stante; la corteccia prefrontale smette di funzionare e non vi è più un cervello in grado di distinguere tra ricordo e realtà presente.

Da un punto di vista neurobiologico, i sintomi rappresentano “risorse di sopravvivenza”.

Il primo compito della terapia è aiutare i pazienti a riconoscere e a “fare amicizia” con le reazioni che si attivano in loro, invece di reagire a esse con allarme, evitamento o interpretazioni negative.

Il compito del terapeuta è creare nell’ora di terapia un ambiente regolativo

Paola Castelli Gattinara, Antonio Onofri

a livello neurobiologico, così da permettere al sistema nervoso del paziente di provare maggiore sicurezza e dargli dunque una capacità più ampia di tollerare l'esperienza, passata e presente.

Per poter elaborare efficacemente quanto poco al sicuro fosse allora, un individuo ha bisogno di sapere che ora è al sicuro.

Il terapeuta si comporta come un insegnante e una “corteccia ausiliaria” che aiuta a vedere la logica nelle azioni e reazioni del paziente.

Aiuta il paziente a entrare in contatto non solo con la sua debolezza ma anche con la sua forza.

Il terapeuta neurobiologicamente orientato ha un obiettivo fondamentale: assicurarsi che ogni intervento, compresa la sua semplice presenza fisica, abbia un effetto regolatore sul sistema nervoso del paziente permettendogli di empatizzare sempre di più con le proprie “parti bambine”.

Anche nel lavoro con le “parti”, le BLS risultano di grande utilità, *in primis* per incrementare nel paziente un atteggiamento mindful, la curiosità e l'attenzione non giudicanti verso di sé e verso le proprie parti bambine, la riattivazione della sua corteccia prefrontale (Fisher, 2017).

Roberta è una bella donna di quasi 50 anni, alta ed elegante. Dirigente in carriera, chiede aiuto per una sempre improvvisa, ma ricorrente sintomatologia da lei definita “ansiosa”: quando incontra una donna sofisticata ma graziosa e gentile avverte dentro di sé un moto di affetto e di ricerca di contatto fisico che ogni volta la sorprende, la imbarazza, e che non sa spiegarsi. “Non sono lesbica, dottore, ma in quei momenti ho il timore che il mio sguardo, la mia voglia di avvicinarmi, possano essere fraintesi. Allora cerco di allontanarmi, balbetto, mi tremano le mani, non riesco più a guardare negli occhi la mia interlocutrice...”.

Dalla raccolta della storia di Roberta si apprende di un lutto precoce terribile: sua madre morì in un incidente stradale quando lei aveva solo due anni. La paziente venne affidata al papà, sempre in viaggio per lavoro e sostanzialmente promiscuo: Roberta ricorda le numerose donne che si avvicinavano a casa sua e nel corso della terapia riesce finalmente a rievocare la propria infantile speranza di essere notata e amata da qualcuna di loro e la ricorrente delusione per il loro dileguarsi dopo poco tempo.

Roberta viene così aiutata, ricorrendo spesso alle BLS, a identificare come una “parte bambina” ancora attiva il proprio bisogno insoddisfatto di attaccamento e quindi a prendersene cura con attenzione e gentilezza, senza respingerlo e criticarlo, ma ricordando alla stessa “parte” di non temere, perché lei non è più quella bambina sola e trascurata ma ormai una donna adulta, con un marito innamorato e tanti amici su cui contare, in una condizione ben differente da quella che ha caratterizzato la propria infanzia.

Il “luogo di incontro” o “tavolo delle parti”

Proprio al fine di aumentare la tolleranza, la comprensione e l'empatia da parte del paziente nei confronti delle parti dissociative della propria esperienza mentale e corporea, non possiamo non menzionare in questo nostro breve scritto l'uso terapeutico del cosiddetto “tavolo delle parti” o “luogo di incontro” o “tavolo dissociativo”. Consiste in una procedura da intendersi come una specie di “riunione di famiglia” interna, volta a identificare le “parti” della personalità e a rafforzare la comunicazione interna. Serve a lavorare con l'intero sistema del paziente e soprattutto a facilitare la co-coscienza e la cooperazione tra la ANP e la EP e tra le EP stesse (secondo la terminologia che abbiamo già descritto più sopra), quando sono più di una.

Il lavoro terapeutico è mirato a coinvolgere l'intero sistema attraverso l'ANP; l'enfasi, infatti, è sulla leadership adulta (ANP) e sulla progressiva comprensione e cura delle altre “parti” da parte della stessa ANP. Si cerca di raggiungere questo obiettivo, costruendo a poco a poco empatia interna, affettuosità e comprensione verso tutte le “parti” e incoraggiando l'ANP a sentire di cosa potrebbe aver bisogno ogni “parte” o che cosa potrebbe aiutarla.

Pur trattandosi di una modalità particolarmente utile nella fase della stabilizzazione, prima di utilizzarla dovrebbe essere stata raggiunta almeno una certa capacità da parte della ANP di riconoscere le EP.

Il fine è quello di aiutare il paziente a capire che ogni parte ha importanti funzioni e significati, portando l'ANP a vedere il sistema interno in un modo diverso dal solito: senza giudizio.

Le “parti” ovviamente non devono essere trattate come fossero persone, ma piuttosto come aspetti di una persona, rappresentazioni mentali di come è organizzato il suo mondo interiore, di come si percepisce e viene percepito (Solomon, 2018), sempre enfatizzando empatia, cooperazione e negoziazione.

Rispetto alle EP, rimaste ferme all'epoca del trauma, il luogo di incontro lavora per un loro ri-orientamento al presente, in altre parole per rassicurarle sempre più che il pericolo che ha caratterizzato il loro sviluppo è definitivamente concluso e che ora, da adulto, il paziente ha molte più risorse per affrontarlo.

Roberta, dopo aver a lungo parlato con lei in termini di una “parte bambina” da conoscere, osservare, sostenere, viene invitata a compiere un esercizio di visualizzazione attraverso la procedura del “luogo di incontro”.

Paola Castelli Gattinara, Antonio Onofri

La paziente si ritrova seduta accanto alla bambina, su una spiaggia che a volte frequentava durante la sua infanzia. La descrive come una bambina dal visino dolce e triste.

Mentre semplicemente la osserva mentalmente, si effettuano BLS.

La paziente viene quindi invitata a comunicare con la bambina, chiedendole quali siano i suoi sentimenti, i propri bisogni, i propri timori e quindi ascoltandola con gentilezza, empatia e pazienza.

L'elaborazione durante i diversi "passaggi" viene sostenuta grazie alle BLS.

Per la prima volta "la bambina" appare rassicurata da tale ascolto, per la prima volta Roberta prova compassione per lei invece che fastidio.

All'interno della seduta "la bambina" rievoca diversi episodi di trascuratezza da parte di tutte le figure adulte che costituivano il proprio ambiente e tali episodi costituiscono specifici target per il lavoro terapeutico con il protocollo EMDR standard.

Roberta dirà alla "bambina" che ora può stare tranquilla, che quel pericolo di non essere né vista né ascoltata non esiste più, che sarà finalmente lei, la donna adulta, la moglie, la manager, a prendere in considerazione i suoi bisogni affettivi e la sua necessità di sentirsi protetta e al sicuro.

Alla fine dell'esperienza, la paziente abbraccia e accarezza mentalmente la propria "parte bambina".

In Giancarlo, invece, la fobia del mondo interno emerge come una sensazione somatica di blocco. Lavorando con il "tavolo delle parti", il paziente descrive il blocco "come un'armatura che rifiuta di sedersi al tavolo", mentre descrive il sé adulto (l'ANP nel linguaggio della teoria della dissociazione strutturale) come stufo e infastidito da questa continua tensione che lo affatica ogni qual volta vede qualcuno. Data la buona alleanza terapeutica instauratasi, è possibile porre una attenzione congiunta e curiosa verso questa parte di sé e riconoscerne la funzione di protezione dalla paura e dal giudizio. Così si esprime: "ora che capisco questo, mi dà meno fastidio! Ma io ho proprio paura di quello che può uscire fuori perché non so proprio come gestire quello che esce". È stato utile, a questo punto, suggerire al paziente di dire a quella "parte" che la sua paura d'ora in poi verrà rispettata, che ora non è necessario che la sua protezione sia così rigida e che si potrà lavorare insieme per gestire "quello che esce". Giancarlo sorride un po' stupito e dice: "Sa, dottoressa, la parte armatura si è seduta, e anche io mi sento un po' più rilassato". A questo punto la terapeuta somministra due brevi set di BLS per rafforzare la sensazione positiva.

Flavia viene in terapia per la difficoltà a stabilire relazioni affettive soddisfacenti. Quando si lega a qualcuno, di solito uomini che la maltrattano e la umiliano, alterna momenti di violenta rabbia a fasi di completa sottomissione in cui è terrorizzata dall'abbandono. Durante l'infanzia è stata gravemente obesa, ricorda poco di quel periodo, e sottolinea come sia troppo difficile parlarne.

Ha iniziato da poco un Master, ma non riesce a studiare per paura di non essere all'altezza. Vuole affrontare questo e il terapeuta le propone di lavorare con il Tavolo delle parti, di cui ha già dato spiegazioni alla paziente. Ecco uno stralcio di seduta:

Tp. Con gli occhi aperti o chiusi immagina una stanza con un tavolo e quante sedie lei vuole, entri lei adulta e si sieda, mi faccia sapere quando è lì.

Pz. Fa un cenno di assenso con la testa.

Tp. Bene, chi altro viene nella stanza?

Pz. C'è una parte che ha la mia età, che è stanca perché vuole realizzarsi, poi c'è una parte che è arrabbiata, avrà 8 anni, sente che subisce ingiustizie e poi... inizia a piangere, c'è una parte impaurita, anche lei ha 8 anni.

Tp. Diamo il benvenuto a queste parti, la parte impaurita si è attivata – la paziente annuisce- questa parte sa che qui ci sono anche le altre parti? – la paziente annuisce di nuovo – e che c'è Lei?

Pz. Sì. Mi sono ricordata all'improvviso di un episodio: avevo 8 anni e stavo studiando in salotto, mio padre era dietro di me e mi sgridava umiliandomi, mi sento proprio una fallita...

Tp. Stia su questo. BLS. ok, ci sono altre parti?

Pz. No.

Tp. Lei Flavia, vuole lavorare sul ricordo della bambina di 8 anni?

Pz. Sì, lo voglio io e anche la bambina.

Tp. Tutte le parti sono d'accordo? La paziente annuisce (Il terapeuta chiede la collaborazione del paziente e di tutte le parti).

Tp. Può chiedere alla bambina quale è stato il momento peggiore?

Pz. Mio padre che urla che sono stupida.

BLS

Tp. La bambina sa che siamo nel 2018 e che non è più in quella situazione? (Orientamento temporale).

Pz. No.

Tp. Avvicini la sua mano alla mia e chiedi alla sua parte bambina di guardare se questa mano è quella di una bambina piccola (il terapeuta facilita l'orientamento temporale della parte). Come si sente ora la bambina?

Pz. (smettendo di piangere) Molto meglio.

Tp. E lei, Flavia?

Pz. Anche io. E provo tenerezza per quella bambina.

Tp. Bene, se vuole la prenda per mano e continui a guardarla. Il terapeuta somministra un breve set di BLS per rafforzare il senso di connessione fra l'adulto e la parte.

Pz. È bello prenderla per mano, è la prima volta, e anche per la bambina...

BLS (per rafforzare ulteriormente la sensazione).

Tp. Torniamo al ricordo, come lo vede ora?

Pz. È più lontano ora, non mi dà più fastidio.

Paola Castelli Gattinara, Antonio Onofri

BLS

Tp. E la bambina?

Pz. Si sente alleggerita.

BLS

Tp. Bene, è un inizio di collaborazione, le altre parti come si sentono?

Pz. Bene.

Tp. Somministra un altro set di SBL. E aggiunge: Credo che per oggi possiamo fermarci. La paziente annuisce.

Nella seduta successiva, Flavia racconta che è riuscita a studiare per il Master e sente che può affrontare l'esame di fine corso.

Durante il corso del trattamento è importante incoraggiare la comunicazione e la co-coscienza fra le varie "parti", anche quelle che possono condurre il paziente a metter in atto comportamenti di autolesionismo e di imitazione del persecutore. L'obiettivo è quello di comprendere l'origine di determinati comportamenti disfunzionali; le "parti" bloccate nella rabbia, nella vergogna, nella paura o nel dolore sono quelle che portano il peso delle esperienze traumatiche e che hanno bisogno di trovare modi più funzionali per esprimere quei sentimenti. In questo lavoro è la relazione terapeutica a sorreggere la possibile costruzione di un senso di sé maggiormente coeso. Riconoscendo e sostenendo ogni stato mentale del paziente, il terapeuta lo aiuta a integrare quelle parti di sé che il paziente teme e/o che sente come estranee.

Chiara, una ragazza molto giovane, racconta dei violenti litigi a cui ha assistito in famiglia fin da bambina. Ha una immagine di lei piccola e paralizzata, che emerge ogni qual volta si trovi in difficoltà con lo studio. Ricorda che, a 7 anni, sentendo i genitori litigare violentemente, provava una tale angoscia e disperazione da desiderare di morire. Ricorda anche di aver deciso in quel momento di mettere da parte tutte quelle brutte sensazioni, per riuscire ad andare avanti. All'invito della terapeuta a notare che cosa provasse ora verso quella bambina, dichiara: "Rabbia, perché non ha risolto nulla, così! Quella bambina è un corpo estraneo, non sento di essere io". Solo dopo un lento e progressivo lavoro sulla sua fobia dissociativa è stato possibile elaborare la vergogna e la paura nei confronti di questa parte di sé così vulnerabile e bisognosa di sentirsi al sicuro.

Per superare la fobia di alcune parti verso altre, anche la psicoeducazione risulta molto utile (Onofri e La Rosa, 2017). È importante, infatti, che la "parte adulta" del paziente comprenda il significato e la funzione di ogni parte. Il terapeuta deve ripetutamente spiegare al paziente che quella "parte"

vive ancora al tempo del trauma e aiutarlo così a sviluppare un atteggiamento empatico verso di essa e una capacità di collaborare con questa e con tutte le altre eventuali “parti” del paziente. La procedura chiamata “occhi amorevoli”, messa a punto e proposta da Jim Knipe (2015), facilita questo processo di accettazione e cura di sé. Il terapeuta, attraverso una visualizzazione guidata, invita la “parte adulta” del paziente a guardare con rispetto e con affetto la parte di sé piccola e disprezzata, la parte che è bloccata nel trauma, e somministra brevi set di BLS per integrare le sensazioni e i pensieri che via via vanno emergendo.

Il lavoro con i ricordi traumatici

Alla luce della teoria della dissociazione strutturale, nella elaborazione dei ricordi traumatici il protocollo EMDR standard potrebbe risultare utile per alcune “parti”, mentre altre “parti” della personalità potrebbero attivarsi troppo e il paziente non avrebbe beneficio dal lavoro che si sta cercando di portare avanti.

Giancarlo nel corso del processo terapeutico diventa più capace di tollerare e riconoscere la propria esperienza interna. Durante una seduta, racconta del disagio provato in occasione di una cena con amici e della fatica fatta per contenerlo. Il terapeuta lo incoraggia a esplorare questa sensazione per individuare che cosa possa averla attivata. Alla domanda del terapeuta se per caso fosse preoccupato delle reazioni degli altri e di un possibile rifiuto esclama: Ah ecco perché non sono riuscito a dormire stanotte! Pensavo a quanto poco valgo! Abituato al linguaggio delle parti, aggiunge che è una parte critica e cattiva di sé che lo considera una persona debole e inetta. Subito dopo nota un profondo senso di turbamento e di confusione conseguente all’attivarsi di questa parte giudicante e aggiunge spaventato: era meglio non sentire, quando sento è troppo forte! Il terapeuta deve dedicare la restante parte della seduta a riportarlo entro la cosiddetta finestra di tolleranza emotiva (Porges, 2011), aiutandolo a riconoscere il suo Sé adulto e i diversi obiettivi che è stato in grado di raggiungere. Successivamente è stato possibile lavorare sulla parte giudicante a partire da alcune memorie del passato e quindi sviluppare un atteggiamento di maggiore tenerezza verso questo aspetto di sé.

È necessario pertanto procedere con molta cautela, quando si lavora con persone gravemente traumatizzate. Con pazienti che si dissociano facilmente può essere utile non iniziare ad elaborare con l’EMDR il ricordo peggiore, ma qualcosa di meno attivante. Inoltre, il terapeuta deve intervenire in modo

più frequente durante il processo e con set di BLS più brevi, è anche importante che lavori con tutto il sistema interno, prima e durante l'elaborazione con l'EMDR. Spesso è necessario aiutare il paziente a collegare i diversi elementi del ricordo (le cognizioni, le percezioni somatosensoriali, le emozioni, la tendenza all'azione) immagazzinati in modo disfunzionale e separato e quindi orientarlo continuamente al presente, per mantenere attivo il focus di "dual attention" passato vs. presente, tipico dell'approccio EMDR.

Fobia dei ricordi traumatici

La paura dei ricordi traumatici (e quindi la fobia della "parte") è il nucleo della fobia dissociativa. Diverse procedure EMDR si possono utilizzare in questo caso. Fra questi ricordiamo: il metodo CIPOS e le procedure di Knipe per il superamento delle difese di evitamento, il protocollo modificato proposto nell'approccio progressivo di Gonzalez e Mosquera (2012) che usano la metafora della punta delle dita.

- *Il metodo CIPOS* (acronimo di *Installazione Costante di Orientamento al Presente e Alla Sicurezza*) (Knipe, 2015) utilizza la memoria a breve termine per sviluppare la capacità del paziente di rimanere orientato alla sicurezza del presente, mentre accede al materiale dei ricordi disturbanti. Nella memoria a breve termine l'informazione resta disponibile per un periodo che va dai 3 ai 30 secondi, pertanto quando una persona passa da uno stato di orientamento al presente allo stato di assorbimento nella esperienza traumatica, entro quel periodo di tempo può tornare più facilmente al presente. Poiché l'attenzione duale (orientamento alla sicurezza del presente *mentre* si accede al ricordo disturbante) è una condizione necessaria per rendere efficace il trattamento con l'EMDR, questa procedura permette al paziente di imparare a entrare e uscire facilmente dai ricordi traumatici. Si chiede ripetutamente al paziente di "entrare per pochi secondi" nel ricordo disturbante e poi di tornare nella sicurezza del presente. La quantità di secondi varia per ogni singolo paziente, ma sempre quanto basta per non scivolare nell'esperienza traumatica senza riuscire ad uscirne.
- *Le procedure di Knipe* (2015) per il superamento delle difese affrontano direttamente l'impulso a evitare. Il terapeuta può chiedere al paziente: "cosa c'è di buono ad evitare... (quel ricordo, quella emozione ecc.)" e

procede poi con la somministrazione di BLS man mano che emerge del materiale.

È possibile anche chiedere al paziente di misurare l'intensità dell'impulso a evitare, su una scala da 0 a 10, la parte del corpo in cui percepisce questa sensazione fisica e procedere alla somministrazione di BLS fino a quando non si abbassa l'intensità della difesa. L'elaborazione spesso fa emergere proprio il materiale che il paziente vuole evitare.

- *La punta del dito* (Gonzalez e Mosquera, 2012). È una procedura di elaborazione delle memorie traumatiche che utilizza un protocollo EMDR modificato. Usando la metafora della mano, mentre nel protocollo EMDR standard si inizia a elaborare il ricordo e si seguono le differenti catene associative (le dita) tornando periodicamente al ricordo (il palmo della mano), con questo metodo, invece, si propone al paziente di lavorare non sulla parte peggiore del trauma, ma su un elemento periferico (metaforicamente, la “punta del dito”) che può essere una sensazione somatica, un'emozione, ecc., per poi arrivare lentamente e progressivamente alle esperienze traumatiche centrali, che spesso sono legate alla storia di attaccamento del paziente, che saranno desensibilizzate e rielaborate grazie all'EMDR.

Una donna di 39 anni con uno sviluppo traumatico caratterizzato da trascuratezza emotiva, violenza e un abuso di lunga durata perpetuato durante l'adolescenza da una importante figura di riferimento, viene in terapia per gravi sintomi dissociativi che ella stessa collega all'abuso subito. In seguito all'aver vinto un prestigioso posto di lavoro, da lei molto desiderato, precipita in uno stato depressivo che collega al dover lasciare la figlia di appena un anno di età, ad una babysitter. Attraverso il “tavolo delle parti” è possibile individuare una parte di sé che si sente profondamente sola e che non era mai stata evidenziata prima, durante il lavoro terapeutico dedicato agli abusi subiti. Il primo passo è provare curiosità per questa “parte” e quindi relazionarsi con essa in maniera interessata e non evitante. Emerge così un ricordo chiave di quando, a 3 anni, si era persa nell'erba alta dei campi ed era terrorizzata poiché non sapeva in che direzione andare. Insieme all'immagine, emerge il dolore di non poter chiedere aiuto perché la madre, figura di riferimento a cui lei era molto attaccata – ma che poteva diventare violenta quando lei trasgrediva – l'avrebbe picchiata con furia per essersi allontanata. Sandra inizia a sentire una forte pressione al petto che le blocca il respiro, ha paura che questo dolore possa “farla scoppiare”. La terapeuta utilizzando la metafora della “punta delle dita” (Gonzalez e Mosquera, 2012) chiede a Sandra se quella parte bambina che contiene tutto questo dolore è disposta a lavorare “con noi” (cioè con la parte adulta di Sandra e con la Terapeuta) per lasciare andar via un po' di dolore. Data la risposta affermativa, la terapeuta chiede a Sandra di concentrarsi solo sulle sue sensazioni fisiche e somministra brevi

Paola Castelli Gattinara, Antonio Onofri

set di BLS, man mano che Sandra dice di sentirsi alleggerita. Dopo alcuni set, la terapeuta verifica l'intero sistema delle parti presenti in quel momento con domande del tipo: "come si sente, ora, la parte bambina? E come sta Lei, Sandra?". È molto importante con pazienti dissociativi verificare se l'elaborazione – anche quella effettuata direttamente con l'EMDR – coinvolga davvero tutte le parti attivate, in modo da promuovere il processo di integrazione auspicata. Progressivamente, Sandra, si è sentita più capace di stare in contatto con le proprie emozioni dolorose collegate all'attaccamento e di integrare questi vissuti, differenziando quella che era stata la propria esperienza di bambina da quella del figlio.

L'integrazione

Se tra gli obiettivi ultimi della terapia degli stati post-traumatici complessi e della sintomatologia dissociativa si ritiene debba esserci l'integrazione, appare opportuno ricordare come questa significhi essenzialmente arrivare a far sì che il ricordo delle esperienze traumatiche diventi sostanzialmente simile agli altri ricordi, qualcosa di archiviato, cui si continua ovviamente a dare il connotato negativo che gli spetta ma che è finalmente e definitivamente collocato nel passato, che non condiziona più le reazioni attuali, i comportamenti del paziente e le sue relazioni affettive del momento presente e che soprattutto non si accompagna più a quelle reazioni viscerali e a quei sintomi somatici che sono quasi sempre presenti in questo spettro di disturbi.

Anche per questa fase, l'EMDR prevede la possibilità di un lavoro terapeutico completo, che va ad occuparsi non solo di sviluppare una memoria autobiografica coerente e ben organizzata, densa di significati e di riflessioni personali che quasi sempre scaturiscono del tutto spontaneamente dal lavoro con l'EMDR, ma anche di affrontare quei sintomi depressivi che spesso accompagnano la piena consapevolezza di quanto accaduto e degli effetti che si sono avuti nella propria vita, ad esempio, elaborare il lutto di quello che poteva essere e non è stato.

L'EMDR prevede un lavoro che dal passato si sposta al presente (sia ai *trigger* tuttora in grado di riattivare sintomi residui, sia alle difficoltà di natura affettiva e interpersonale che il paziente può ancora incontrare nella sua vita di tutti i giorni) e persino al futuro, con procedure specifiche basate su "scenari" immaginari in cui le nuove abilità, ancora una volta con l'aiuto delle BLS, vengono rafforzate (Luber, 2009).

Conclusioni

Abbiamo illustrato come sia del tutto inappropriata l'idea (che a volte viene riproposta da qualche clinico) secondo la quale l'EMDR non sarebbe una terapia adatta per gli stati dissociativi e gli esiti psicopatologici del trauma complesso.

L'EMDR sembra negli ultimi anni aver pienamente accettato la sfida terapeutica rappresentata da questo tipo di realtà clinica, sviluppando metodologie e procedure terapeutiche complesse e innovative, ben oltre il protocollo di intervento standard.

Anche il terapeuta EMDR è guidato dall'idea (per altro sostenuta dalle Linee Guida Internazionali per questo tipo di disturbi) che la terapia degli stati dissociativi sia una "terapia per fasi" (Liotti, 2017) in cui il clinico debba porgere una particolare attenzione allo stato mentale e corporeo del paziente, per evitarne la ritraumatizzazione legata a un lavoro troppo precoce e diretto riguardante gli eventi traumatici, affinché il trattamento possa procedere rimanendo sempre all'interno di quella che Porges (2011) ha chiamato la "finestra di tolleranza" del paziente, che si auspica possa crescere progressivamente proprio grazie al lavoro terapeutico.

Per questo l'EMDR offre un'ampia gamma di interventi mirati a tutte le tre le fasi del trattamento, che oltre alla desensibilizzazione e rielaborazione del materiale traumatico, sono in grado di lavorare direttamente sulla stabilizzazione del paziente e sulla diminuzione della sintomatologia, sul rafforzamento delle sue risorse personali, sulla conquista di un maggiore senso di sicurezza interna e fiducia interpersonale, oltre che sullo sviluppo di nuove abilità interpersonali.

In altre parole, possiamo guardare all'EMDR come a una terapia duttile, flessibile e complessa, ormai definitivamente entrata nella sua età adulta, anche grazie ai contributi concettuali e pratici provenienti da altre tradizioni cliniche, da altri modelli teorici, oltre che dalle acquisizioni delle moderne neuroscienze.

BIBLIOGRAFIA

- Balbo M., Zaccagnino M., Cussino M., Civilotti C. (2017). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and Eating Disorders: a systematic review. *Clinical Neuropsychiatry*, 14, 5: 321-329.
- Bedeschi L. (2018). EMDR for Bipolar Disorder: a systematic review of the existing studies in literature. *Clinical Neuropsychiatry*, 15, 3: 186-189.

Paola Castelli Gattinara, Antonio Onofri

- Bisson J., Roberts N.P., Andrew M., Cooper R., Lewis C. (2013), Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst. Rev.*, 13: CD003388. doi: 10.1002/14651858
- Bowlby J. (1969). *Attachment and Loss* (vol. I) (trad. it.: *Attaccamento e perdita*, Torino: Bollati Boringhieri, 1972).
- Carletto S., Ostacoli L., Colombi N., Calorio L., Oliva F., Fernandez I., Hofmann A. (2017). EMDR for Depression: a systematic review of controlled studies. *Clinical Neuropsychiatry*, 14, 5: 306-312.
- Castelli Gattinara P., Onofri A. (2017). Il Corpo nell'EMDR: L'EMDR e la terapia del trauma complesso. In: La Rosa C., Onofri A. (a cura di), *Dal basso in alto (e ritorno). Nuovi approcci bottom-up: terapia cognitiva, corpo, EMDR*. Roma: Apertamenteweb.
- Castelli Gattinara P., Onofri A. (2018). La salute psichica e il lavoro terapeutico con i rifugiati e i richiedenti asilo con gravi esperienze traumatiche. *Diritto, Immigrazione e Cittadinanza*, 2: 1-18.
- Castelli Gattinara P., Onofri A., Angelini C. (2016). The EMDR Approach used as a tool to provide psychological help to refugees and asylum seekers. In: Nickerson M. (ed.), *Cultural Competence and Healing Culturally Based Trauma with EMDR Therapy*. New York: Springer.
- Castelli Gattinara P., Pallini S. (2017). The use of EMDR with refugees and asylum seekers: a review of Research studies. *Clinical Neuropsychiatry*, 14, 5: 341-344.
- Cloitre M. (2009). Effective psychotherapies for posttraumatic stress disorders: a review and critique, *CNS Spectrums*, 14, suppl. 1: 32-43.
- Courtois C.A., Ford J.D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders*. New York: Guilford Press.
- Dworkin M. (2005). *EMDR and the Relational Imperative: The Therapeutic Relationship in EMDR Treatment*. New York: Routledge (trad. it.: *La relazione terapeutica nel trattamento EMDR* (2005). Milano: Raffaello Cortina, 2010).
- Faretta E. (2018). EMDR in Psychoncology. *Clinical Neuropsychiatry*, 15, 3: 170-185; http://www.clinicalneuropsychiatry.org/pdf/05_Paper_Clinical-18-3.pdf
- Faretta E., Leeds A. (2017). EMDR therapy of Panic Disorder and Agoraphobia: a review of the existing literature. *Clinical Neuropsychiatry*, 14, 5: 330-340.
- Fisher J. (2017). *Healing the Fragmented Selves of Trauma Survivors: Overcoming Internal Self-Alienation*. Routledge, Oxford. (trad. it.: *Guarire la frammentazione del sé. Come integrare le parti di sé dissociate dal trauma psicologico*. Milano: Raffaello Cortina, 2017).
- Frewen P., Lanius R.A. (2015). *Healing the Traumatized Self*. Norton & Co., New York (trad. it.: *La cura del Sé traumatizzato. Coscienza, neuroscienze, trattamento*. Roma: Giovanni Fioriti, 2017).
- Giannantonio M. (2014). *Memorie Traumatiche: EMDR e strategie avanzate in psicoterapia e psicotraumatologia*. Milano: Mimesis.
- Gonzalez A., Mosquera D. (2012). *EMDR and dissociation: The progressive approach*. ISBN Charleston, USA. In: Knipe J. (2015). *EMDR Toolbox: Theory and Treatment of Complex PTSD and Dissociation*. New York: Guilford Press

- (trad. it.: *EMDR Toolbox: Teoria e Trattamento del PTSD Complesso e della Dissociazione*. Roma: Giovanni Fioriti, 2017).
- Guidano V., Liotti G. (1983). *Cognitive processes and emotional disorders*. New York: Guilford Press (trad. it.: *Processi cognitivi e disregolazione emotiva*. Roma: Apertamenteweb, 2018).
- Korn D.L., Leeds A.M. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58: 1465-1487. doi: 10.1002/jcip.10099
- Lanius R.A., Vermetten E., Pain C. (2010). *The impact of early life trauma on health and disease: the hidden epidemic*. Cambridge University Press (trad. it.: *L'impatto del trauma infantile sulla salute e sulla malattia*. Roma: Giovanni Fioriti, 2012);
- La Rosa C., Onofri A. (a cura di) (2017). *Dal basso in alto (e ritorno). Nuovi approcci bottom-up: terapia cognitiva, corpo, EMDR*. Roma: Apertamenteweb.
- Leeds A. (2016). *A Guide to the Standard EMDR Protocols for Clinicians, Supervisors and Consultants*. 2nd Edition. New York: Springer (trad. it.: *Guida ai protocolli EMDR standard per clinici, supervisori e consulenti*. Edizione italiana a cura di Antonio Onofri, Roma: Giovanni Fioriti, 2017).
- Liotti G. (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Roma: Carocci.
- Liotti G. (2001). *Le opere della coscienza*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti G. (2004). Trauma, dissociation and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41: 472-486. doi: 10.1037/0033-3204.41.4.472
- Liotti G. (2017). Notes on the concept of stabilization in the treatment of Complex PTSD. *ESTD Newsletter*, 6, 2: 5-7.
- Liotti G., Farina B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti G., Fassone G., Monticelli F. (a cura di) (2017). *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali. Teoria, ricerca e clinica*. Milano: Raffaello Cortina.
- Liotti G., Monticelli F. (a cura di) (2008). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico. Il manuale AIMIT*. Milano: Raffaello Cortina.
- Luber M. (2009). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing EMDR Scripted Protocols: Basics and Special Situations*. New York: Springer (trad. it.: *I protocolli terapeutici dell'EMDR. Condizioni di base e specifiche*. Edizione italiana a cura di Antonio Onofri, Roma: Giovanni Fioriti, 2015).
- Marconi M., Polidoro A. (2018). Some considerations about EMDR and psychosis. *Clinical Neuropsychiatry*, 15, 3: 190-193. http://www.clinicalneuropsychiatry.org/pdf/07_Paper_Clinical-18-3.pdf
- Marozza M. (2015). Pensare oggi la dissociazione. In: *La pratica analitica: la dissociabilità della psiche*. CIPA, pp. 5-26. doi: 2017-51697-007
- Miti G., Onofri A. (2011). La psicoterapia dei disturbi dissociativi: dalle tecniche

- cognitivo-comportamentali all'approccio EMDR. *Cognitivismo Clinico*, 8, 1: 73-91.
- Mosquera D. (2018). Treating personality disorders with EMDR therapy, *Clinical Neuropsychiatry*, 15, 3: 151-157. http://www.clinicalneuropsychiatry.org/pdf/03_Paper_Clinical-18-3.pdf
- Onofri A. (2017). A special issue on EMDR in PTSD and other psychopathological conditions, *Clinical Neuropsychiatry*, 14, 5: 299-300. <http://www.clinicalneuropsychiatry.org/pdf/1-editorial-Clinical17-5.pdf>
- Onofri A. (2018). A second Special issue on EMDR In PTSD and other psychopathological conditions, *Clinical Neuropsychiatry*, 15, 3: 135-136. http://www.clinicalneuropsychiatry.org/pdf/01_Introduction_Clinical-18-3.pdf
- Onofri A., Castelli Gattinara P., Ciolfi A., Lepore M., Ventriglia S. (2014). L'approccio EMDR in un Servizio di aiuto psicologico per rifugiati e richiedenti asilo a Roma. *Psicobiettivo*, XXXIV, 1: 75-95. doi: 10.3280/PSOB2014-001006
- Onofri A., La Rosa C. (2017). *Trauma abuso violenza. Andare oltre il dolore*. Cinisello Balsamo: Edizioni San Paolo.
- Onofri A., Tombolini L. (2006), Pensare la mente: EMDR e psicoterapia cognitivo-evoluzionista. In: Balbo M. (a cura di), *EMDR: Uno strumento di dialogo fra le psicoterapie*. Milano: McGraw-Hill, pp. 249-276.
- Pescatori B., Vistarini L. (2017). La *mindfulness* come strategia di regolazione emotiva nell'elaborazione *top-down* e *bottom-up* In La Rosa C., Onofri A. (a cura di), *Dal basso in alto (e ritorno). Nuovi approcci bottom-up: terapia cognitiva, corpo, EMDR*. Roma: Apertamenteweb.
- Porges S. (2011). *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation*. New York: Norton (trad. it.: *La teoria polivagale. Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Roma: Giovanni Fioriti, 2014).
- Shapiro E., Laub B., Rosenblat O. (2018). Early EMDR intervention following intense rocket attacks on a town: a randomised clinical trial. *Clinical Neuropsychiatry*, 15, 3: 158-169. http://www.clinicalneuropsychiatry.org/pdf/04_Paper_Clinical-18-3.pdf
- Shapiro F. (2001), *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press (trad. it.: *EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari*. Milano: McGraw-Hill, 2003).
- Solomon R.M. (2018). EMDR Treatment of Grief and Mourning. *Clinical Neuropsychiatry*, 15, 3: 137-150. http://www.clinicalneuropsychiatry.org/pdf/02_Paper_Clinical-18-3.pdf
- Solomon R. (2018). *Clinica del trauma e della dissociazione*. Seminario tenuto a Roma, presso l'associazione Lektos, 25-26 maggio.
- Van der Hart O., Nijenhuis ERS, Steele K. (2006). *The Haunted Self*. New York: Norton & Company (trad. it.: *Fantasma nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano: Raffaello Cortina, 2011).

- Van Der Hart O., Nijenhuis E.R.S., Solomon R. (2010). Dissociation of the Personality in Complex Trauma-Related Disorders and EMDR: Theoretical Considerations. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4, 2: 76-92. doi: 10.1891/1933-3196.4.2.76
- Van der Hart O., Groenendijk M., Gonzalez A., Mosquera D., Solomon R. (2013). Dissociation of the personality and EMDR therapy in complex trauma-related disorders: Applications in phase 1 treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7: 81-94.
- Van der Hart O., Groenendijk M., Gonzalez A., Mosquera D., Solomon R. (2014). Dissociation of the personality and EMDR therapy in complex trauma-related disorders: Applications in phases 2 and 3 Treatment. *Journal of EMDR Practice and Research*, 8: 33-48; doi: 10.1891/1933-3196.8.1.33
- Verardo A.R., Cioccolanti E. (2017). Traumatic experiences and EMDR in childhood and adolescence. A review of the scientific literature on efficacy studies. *Clinical Neuropsychiatry*, 14, 5: 313-320.