

EMDR e integrazione delle psicoterapie

Bologna, 26-28 novembre 2004

*Michele Giannantonio**

Workshop

EMDR e gravi disturbi post-traumatici: aspetti concettuali e metodologici

Introduzione

L'EMDR nasce come terapia elettiva per il trattamento del Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD), e per tale patologia si è dimostrata efficace (Foa, Keane, Friedman, 2000). La quasi totalità della ricerca sull'efficacia dell'EMDR in psicoterapia è relativa al trattamento del PTSD, ma quasi sempre tali ricerche eliminano dai campioni sperimentali parte consistente dei soggetti a causa della comorbidità. Il PTSD, infatti, si presenta in comorbidità con altre patologie secondo percentuali che variano dal 62% al 92% a seconda delle ricerche (Davidson et al., 1991; Shore et al., 1989). Se ne deduce che il protocollo EMDR per il PTSD potrebbe non essere sufficientemente adeguato in caso di specifiche comorbidità oppure nel trattamento di gravi disturbi non identificabili come PTSD ma appartenenti in generale allo **spettro post-traumatico** o alle **sindromi post-traumatiche**, la cui poliedricità e complessità va molto al di là della diagnosi di PTSD (Bremner, 2002; Jung, 2001; Giannantonio, 2003; van der Kolk, 2002; Wilson, Friedman, Lindy, 2001).

Scopo della presente comunicazione sarà esattamente quello di identificare alcuni problemi concettuali relativi allo spettro post-traumatico in relazione all'intervento con l'EMDR. Da ciò ne deriveranno alcuni suggerimenti metodologici che consentiranno di impiegare l'EMDR in alcuni dei più gravi disturbi post-traumatici attraverso la

* Psicologo, psicoterapeuta, facilitatore e supervisore EMDR.

modificazione del protocollo standard per il PTSD oppure per mezzo di un suo arricchimento o impiego più elastico (Giannantonio, 2003; Manfield, 2003; Parnell, 1999).

Fra i disturbi post-traumatici più gravi e diversi dal PTSD si segnalano innanzitutto i seguenti:

- PTSD complesso (Herman, 1992), il più noto tra i disturbi post-traumatici non appartenenti alla classificazione DSM;
- Disturbi Dissociativi;
- Disturbo Borderline di Personalità;
- Depressione Maggiore;
- Comportamenti di addiction.

Oltre a ciò - evidentemente e soprattutto - sono da annoverarsi le medesime patologie e soprattutto il PTSD in comorbidità tra loro, configurandosi inevitabilmente come patologie più resistenti al trattamento psicoterapeutico (Jaycox, Ebener, Damesek, Becker, 2004; Southwick, Yehuda, Giller, 1991). Si tratta di considerazioni diagnostiche di una certa importanza, perché l'attenzione costante alla ricerca di PTSD come esito di esperienze traumatiche probabilmente crea sottostime di altre patologie o di specifiche comorbidità, causando errati interventi terapeutici e valutazioni epidemiologiche di attendibilità limitata. Per quanto riguarda, ad esempio, i comportamenti di addiction, una recente ricerca (Jaycox et al., 2004) ha riscontrato la presenza di esperienze traumatiche nel 61% dei casi in un campione di tossicodipendenti, e nello stesso campione il 29% presentava un PTSD, e risultava più resistente al trattamento. Breslau et al. (1991) hanno rilevato che il 31% delle persone con PTSD soddisfano anche i criteri per abuso o dipendenza da alcool, mentre il 45% soddisfano i criteri per uso o abuso di sostanze stupefacenti. La presenza di abuso di sostanze connesso a specifici e focali eventi traumatici non è prototipico, sebbene sia molto frequente nei reduci di guerre con PTSD (Koenen, Lyons, Goldberg, Simpson, Williams, Toomey, Eisen, True, Tsuang, 2003), soprattutto qualora in presenza di particolari elevazioni nei sintomi di iperattivazione (Steindl, Young, Creamer, Crompton, 2003), e nelle donne vittime di abuso in età infantile e di stupro in età adulta (Thompson et al., 2003).

Considerazioni simili possono essere effettuate per la depressione. La presenza di

sintomi depressivi in seguito all'esposizione ad eventi traumatici è particolarmente frequente; ad esempio, un terzo di uno specifico campione di persone coinvolte nell'attentato alle torri gemelle di New York presentava sintomi depressivi almeno moderati, mentre il PTSD era presente nel 21% dei casi (De Bocanegra, Brickman, 2004). Breslau et al. (1991) hanno trovato che il 36,6% delle persone con PTSD presentava anche Depressione Maggiore, mentre in una ricerca di Kessler et al. (1995), la Depressione Maggiore in comorbilità con il PTSD era presente nel 47,9% degli uomini e il 48,5% delle donne. In un campione di 1000 persone vittime di un terremoto, la depressione era presente nel 43% dei casi, il PTSD nel 31% (Başoğlu, Şalcioğlu, Livanou, 2002). È possibile che la depressione sia un esito post-traumatico in generale più diffuso del PTSD, almeno in alcuni specifici campioni, sebbene in letteratura sia presente una tendenza a considerare primario il PTSD, e la depressione "in comorbilità".

Da un punto di vista psicopatologico **trasversale**, ovvero non semplicemente diagnostico, possiamo evidenziare le seguenti caratteristiche come potenzialmente presenti nei gravi disturbi post-traumatici:

- Gravi alterazioni del sistema comportamentale dell'attaccamento.
- Sfiducia nel corpo.
- Scarse abilità di autoesplorazione.
- Abilità relazionali povere o gravemente disfunzionali (intimità, alleanza, reciprocità).
- Abilità di rasserenamento (*self-soothing*) povere o gravemente disfunzionali.
- Frammentazione dissociativa della personalità.
- Meccanismi di esclusione selettiva delle informazioni cronici, pervasivi e fortemente automatizzati.
- Gravi difficoltà nel monitoraggio metacognitivo e nella modulazione delle emozioni, fino a giungere all'alessitimia (Taylor, Bagby, Parker, 1997).
- Un forte condizionamento della paura, mediato neurologicamente in primis da alcune regioni dell'amigdala, e poco influenzabile dall'attività corticale (LeDoux, 1995, 2002). Tale caratteristica è un elemento essenziale del cosiddetto *modello psicotraumatologico* che deve la sua paternità a Pierre Janet (1889), un modello che, sulla base della specificità neurologica delle esperienze traumatiche, richiede strategie di intervento *bottom-up*, piuttosto che *top-down*, ovvero di strategie non

basate essenzialmente sull'uso della parola in un contesto psicoterapeutico.

Nell'eziologia dei più gravi disturbi post-traumatici sono da annoverare situazioni di grave incuria e maltrattamento prolungato, l'abuso sessuale infantile intrafamiliare grave e prolungato, combattimento bellico, prigionia e tortura, ma anche fattori di rischio specifici (per una rassegna: Yehuda, 1999). È possibile che lo spettro complessivo dei fattori di rischio (nella forma della **vulnerabilità** e del **mantenimento** dei disturbi in atto) rappresenti l'aspetto più importante dei disturbi post-traumatici, considerando che dalla letteratura emerge come assodato che la maggior parte delle persone esposta ad eventi traumatici non dimostrerà patologie rilevabili (per approfondimenti: Giannantonio, 2003; Yehuda, 1999). È quindi indispensabile evitare con cura di impiegare modelli eziologici e di mantenimento dei disturbi post-traumatici che assomiglino eccessivamente a rapporti causali, semplici, lineari e monodirezionali: "Il Signor Rossi ha questo problema **perché** gli è successo **questo**": **una persona non è una somma di eventi**, per di più riferibili verbalmente e in modo esaustivo.

Nell'impostazione della strategia terapeutica di fronte a tali disturbi può essere utile fare riferimento al semplice ma euristico *SARI Model* di Phillips e Frederick (1995) che prevede una progressione della strategia terapeutica in quattro stadi progressivi:

1. Sicurezza e stabilizzazione.
2. Accesso al trauma.
3. Rielaborazione dell'esperienza traumatica.
4. Integrazione e formazione di una nuova identità.

Secondo tale modello, prima di intervenire sulle esperienze traumatiche di una persona, ci si deve trovare innanzitutto in una condizione di sicurezza e stabilizzazione da molteplici punti di vista: condizioni mediche, psicologiche, logistiche, farmacologiche, alleanza terapeutica e sviluppo di adeguate abilità di coping per affrontare i ricordi delle esperienze traumatiche. In assenza di tali prerequisiti, l'intervento sulle esperienze traumatiche può generare innanzitutto una ritraumatizzazione del paziente e/o un drop out.

L'accesso all'esperienza traumatica - come pure la successiva rielaborazione - possono comportare una destabilizzazione del paziente e sarà quindi necessario ritornare alla fase della stabilizzazione prima di proseguire ulteriormente nel processo terapeutico. Il

progresso del paziente può quindi venire a configurarsi come un andamento a spirale verticale, dove momenti di stabilizzazione, rielaborazione ed integrazione anticipano e seguono una crescita progressiva radicata nella rielaborazione delle esperienze traumatiche, orientandosi verso un continuo processo di integrazione dei ricordi, degli stati di coscienza, dei modelli operativi interni e dell'identità.

Nel perseguimento di questi obiettivi il protocollo standard per il trattamento del PTSD con l'EMDR presenta alcune limitazioni. Esso si fonda, infatti, sui seguenti presupposti:

- Presenza di una adeguata capacità di autoesplorazione del paziente.
- Presenza di una adeguata capacità di assecondare la rielaborazione che si produce con l'EMDR.
- Presenza di una adeguata alleanza terapeutica.
- Il terapeuta interviene attivamente solo quando è strettamente necessario (cognitive interweave).
- L'intervento parte dai ricordi peggiori e/o più vecchi.
- Il paziente ha già tutte o quasi tutte le risorse potenziali per affrontare il problema, all'interno della relazione terapeutica.
- Il paziente è in grado di "occuparsi" del sé infantile traumatizzato.

Per definizione, però, al paziente che presenta gravi disturbi post-traumatici mancano uno o più di tali pre-requisiti, oppure non è in grado di iniziare l'intervento partendo dai ricordi più destabilizzanti. **Il suggerimento generico di lavorare con il paziente affinché sviluppi le abilità mancanti per poi applicare il protocollo standard per il PTSD è a mio avviso troppo semplicistico e per certi versi fuorviante e pericoloso.** Infatti, non è affatto detto che si riescano a sviluppare le abilità carenti, se non altro perché la psicoterapia si può interrompere precocemente nel caso di simili patologie. In secondo luogo, non si vede perché non dovrebbe essere possibile utilizzare comunque l'EMDR proprio allo scopo di raggiungere questo obiettivo. Infine, e questo è il punto più importante, in determinate situazioni cliniche **alcune di tali abilità non si potranno sviluppare adeguatamente se non lavoreremo – almeno parzialmente – sulla storia traumatica del paziente.**

Di conseguenza, a seconda delle difficoltà presentate dal paziente, potranno essere utili alcune variazioni del protocollo standard relative essenzialmente ai seguenti punti:

1. Favorire l'autoesplorazione e la fiducia nel corpo.
2. Tecniche di *installazione di risorse*.
3. Tecniche di *riaccudimento*.
4. Tecniche di *cambiamento di storia* orientate all'elaborazione della storia di attaccamento del paziente.

1. Favorire l'autoesplorazione e la fiducia nel corpo

In questi pazienti il corpo, le emozioni e le sensazioni possono essere percepiti come minacciosi. Di conseguenza, l'autoesplorazione ne può risultare fortemente limitata, se non risultare pressoché impossibilitata. Ce ne accorgiamo, ad esempio, quando la stessa idea di potere gustare un luogo sicuro viene vissuta con sospetto e vigilanza eccessive. La partecipazione emotiva risulta assolutamente ostacolata come pure il fluire delle libere associazioni. Durante l'esercizio del luogo sicuro possono comparire pensieri specifici e minacce espresse in modo onirosimile, che il paziente stenta a controllare. L'esercizio del luogo sicuro, quindi, invece di essere una condizione di partenza alla quale accedere immediatamente e dalla quale muovere verso l'elaborazione delle esperienze traumatiche, diventa un obiettivo imprescindibile da **costruire**. Il paziente ha bisogno di imparare a gustare il contatto con il proprio mondo interiore, a reprimere adattivamente l'attivazione di ricordi ed emozioni fastidiosi ed intrusivi, ovvero vivere il luogo sicuro come un vero **rifugio interiore**. Piuttosto che come un'"area dell'Io libera da conflitti" (Hartman, 1958), il luogo sicuro dovrebbe quindi essere concepito come l'accesso ad una **condizione di sicurezza fondata psicofisiologicamente, connotata da piacere, gratificazione, autoprotezione, autorassicurazione**.

Per raggiungere questi obiettivi possono essere utili i seguenti accorgimenti terapeutici:

- dedicare più sedute all'esercizio del luogo sicuro, utilizzando contesti e ricordi differenti da stimolare attraverso la stimolazione bilaterale in un campo di attenzione duale. I set di stimolazione bilaterale in linea di massima dovranno

essere molto brevi, almeno nelle prime fasi. La possibilità progressiva di tollerare set sempre più lunghi è indicazione del fatto che il luogo sicuro è sempre di più sotto il controllo del paziente.

- Insegnare tecniche di rilassamento e/o autoipnotiche **di tipo immaginativo** che insegnino al paziente ad abbandonarsi e ad esplorare il proprio luogo sicuro.
- Audioregistrazioni di induzioni ipnotiche del luogo sicuro possono risultare particolarmente utili con quei pazienti che si sentono intrusi dalla presenza del terapeuta, ma che nel contempo non sono poi in grado di compiere autonomamente gli esercizi di rilassamento e ipnotici.

2. **Tecniche di installazione di risorse**

Il termine “installazione di risorse” deriva dalla programmazione neurolinguistica (Bandler, Grinder, 1975 a, b, 1979) e tale approccio, come noto, ha inteso sistematizzare - almeno nelle sue fasi pionieristiche - le strategie terapeutiche di Milton Erickson, non necessariamente utilizzate in stato di trance ipnotica. Uno dei presupposti di base dell'approccio ericksoniano alla psicoterapia è che l'individuo sia già di per sé fornito di tutte le risorse necessarie al superamento dei propri problemi e alla piena estrinsecazione delle proprie potenzialità, o che comunque abbia tutte le capacità per attingere o costruire tali risorse. Da tale assunto epistemologico di base ne deriva che compito del terapeuta sarà quello di rendere fruibili tali risorse, o perché già presenti, o perché potenzialmente acquisibili dal paziente.

L'impiego delle tecniche di installazione di risorse con l'EMDR è, a mio avviso, un ottimo esempio di integrazione delle psicoterapie, e della capacità da parte dell'EMDR di incorporare efficacemente metodologie di intervento provenienti da molteplici tradizioni cliniche; come l'EMDR, le tecniche di installazione di risorse sono orientate all'efficacia, alla semplicità e alla stimolazione di processi di cura il più possibile autogestiti.

La sequenza di domande da porsi per valutare la necessità di un intervento di installazione di risorse in relazione ai disturbi post-traumatici è la seguente:

- 1) **Il paziente ha dentro di sé tutto quello che gli serve per potere affrontare adeguatamente i suoi ricordi traumatici?**
- 2) In caso negativo o **parzialmente negativo**, ci si chiede cosa gli manchi o non sia **sufficientemente** a fruibile rispetto alla sua volontà.

- 3) A questo punto ci si chiede **quando** nella sua vita abbia mai avuto accesso a queste risorse.
- 4) Si procede con l'installazione di risorse, stimolando l'accesso ai ricordi in tal modo identificati.

La filosofia di base dell'installazione di risorse è quindi, quando possibile, di utilizzare **quanto già disponibile** nell'esperienza del paziente. L'accesso ai **ricordi effettivi** del paziente, quindi, sarà a mio avviso sempre da preferirsi rispetto a tecniche di installazione di risorse che prediligono l'implementazione di scenari immaginari mai sperimentati prima dal paziente. Tra queste tecniche si annoverano l'impiego di esperienze mai vissute prima o l'incontro con personaggi mai conosciuti. Purtroppo, però, non è sempre possibile seguire questa regola con questi pazienti, in quanto i singoli ricordi che potrebbero fungere da risorsa possono essere troppo strettamente intrecciati (per via di specifici significati ed emozioni) ad altri ricordi negativi, oppure la propria vita può essere trattata complessivamente con un disprezzo ed una svalutazione inizialmente non scalfibili dal terapeuta e dal paziente. In questi casi, l'installazione di risorse potrà seguire strategie maggiormente basate sulla creazione di realtà virtuali che consentiranno di vivere esperienze sconosciute prima dell'intervento terapeutico.

Da questo punto di vista, **lo stesso esercizio del luogo sicuro è un esercizio di installazione di risorse**, perché consente al paziente di entrare in contatto con precedenti esperienze di sicurezza psicofisiologica, e quindi il modo stesso attraverso il quale effettua tale operazione ha in sé un profondo significato diagnostico. Immaginarsi al sicuro sotto alle coperte del proprio letto, ad esempio, esprime un senso di vulnerabilità e precarietà molto maggiore rispetto ad un paziente che preferisce immaginare di camminare lungo il bagnasciuga di una spiaggia.

Come detto in precedenza, però, l'installazione del luogo sicuro potrebbe non essere sufficiente ad affrontare adeguatamente la rielaborazione delle esperienze traumatiche con l'EMDR. Alcuni esempi di ulteriori interventi di installazione di risorse sono i seguenti:

- Accesso ad ulteriori stati di benessere realmente esperiti, anche primordiali.
- Accesso a stati connotati da eccellenza.
- Utilizzazione di oggetti transizionali, Stati dell'Io, oggetti-sé (i.e. animali) (Watkins, Watkins, 1997) (si vedano oltre le vignette cliniche).

- Obiettivi di vita e scenari futuri, che diano un senso al malessere attuale e orientino verso una direzione di cambiamento.
- Accesso alla positività di una situazione pre-traumatica, qualora esistente.
- Accesso a relazioni con figure di attaccamento alternative, qualora quelle principali siano stati carenti o gravemente disfunzionali.

Alcune esemplificazioni verranno fornite nel prosieguo attraverso due vignette cliniche.

3. Tecniche di riaccudimento.

Le tecniche di riaccudimento, traduzione dei termini inglesi “renurturing” e “remothering”, sono state descritte come strategicamente molto efficaci nel trattamento dei gravi disturbi post-traumatici con l’EMDR, in particolare nel caso di gravi alterazioni del sistema comportamentale dell’attaccamento (Giannantonio, 2003; Manfield, 2003; Parnell, 1999). Probabilmente sono state formalizzate per la prima volta con questi nomi da Murray-Jobis (1990 a, b) e derivano anch’esse dagli interventi terapeutici che Milton Erickson ha condotto per decenni per mezzo della trance ipnotica, prima che venissero da lui descritti compiutamente (Erickson, Rossi, 1989).

Sostanzialmente, le tecniche di riaccudimento sono un intervento strategico per rielaborare e modificare radicalmente la storia di attaccamento del paziente. Di fatto, tali tecniche sono semplicemente la **formalizzazione di strategie spontanee di cambiamento** esibite dai pazienti. Può capitare, ad esempio, che durante la rielaborazione con l’EMDR un paziente immagini sé stesso adulto mentre aiuta sé stesso quando era piccolo. Da un punto di vista razionale tale scenario è completamente assurdo, ma nondimeno molti pazienti - senza nessun suggerimento da parte del terapeuta - si ritrovano ad elaborare in questo modo la propria storia di attaccamento, e solitamente con grande efficacia. O ancora, un paziente può immaginare che una figura di riferimento del presente o una figura di attaccamento alternativa intervenga per aiutarlo ad affrontare diversamente una situazione relazionale che lo trova impotente o terrorizzato. Tali interventi di autocura possono essere evidentemente letti nell’ottica dell’integrazione dei modelli operativi interni, degli Stati dell’Io, degli stati di coscienza dissociati o comunque non adeguatamente integrati.

Nelle persone con gravi disturbi post-traumatici queste spontanee modalità di

cambiamento possono non presentarsi per molteplici motivi. È infatti possibile e probabilmente frequente che la difficoltà ad “aiutare” il sé infantile esponga al rischio di ritraumatizzazione, a sofferenze inutili e allo stallo rielaborativo. **Prima** di lavorare sulla storia traumatica del paziente, però, è consigliabile che le “parti adulte” del paziente siano in grado di occuparsi di quelle infantili, essendo in grado di:

- Contenerle.
- Rassicurarle.
- Non punirle o biasimarle.
- Non abbandonarle.
- Non spaventarsi eccessivamente di fronte alle emozioni provate dalle parti infantili.
- Provare comprensione e tenerezza verso di esse.

La verifica di tali precondizioni può essere effettuata innanzitutto attraverso il colloquio clinico, verificando se emergono sentimenti di vergogna, di autobiasimo o di colpa relativi al sé infantile, moti di rabbia verso sé stessi. Oppure, se il paziente non prova nulla di tutto ciò, ma si dimostra assolutamente travolto dalle emozioni che alcuni ricordi elicitano, senza sentirsi assolutamente in grado di esplorare i suoi ricordi. Tali verifiche dovranno essere effettuate con particolare attenzione nei confronti delle persone abusate sessualmente in età infantile, che frequentemente possono non esibire una adeguata alleanza con il sé abusato.

Se il paziente non è in grado di occuparsi adeguatamente del sé infantile, possono essere utili i seguenti accorgimenti terapeutici:

- fornire adeguate informazioni a titolo psicoeducazionale sulle esperienze traumatiche, l'abuso sessuale infantile, le caratteristiche delle relazioni infantili con le figure di attaccamento e così via.
- Fare portare dal paziente fotografie di sé stesso da bambino, che gli consentano di osservare da una nuova prospettiva il fatto che poteva essere degno di amore, meritevole di cure, suscitare tenerezza ed accudimento.
- Fare portare dal paziente fotografie di figure di attaccamento alternative, in modo da porre nella massima rilevanza possibile il fatto che da qualcuno è stato amato, che è potenzialmente degno di amore.

- **Creare con l’EMDR scenari virtuali attraverso i quali il paziente “conosce” il sé infantile ed impara ad entrare in relazione con lui, innanzitutto attraverso la comprensione e il sostegno emotivo.**
- Se necessario, utilizzare per quest ultimo punto l’introduzione di figure di attaccamento alternative che insegnino o accompagnino il paziente durante la familiarizzazione con il sé infantile.
- Favorire, non appena possibile, il **contatto fisico** intenso tra il paziente ed il sé infantile.
- Se possibile, utilizzare lunghi set di stimolazione bilaterale, in modo da generare prolungate e coinvolgenti relazioni virtuali che sortiranno una potente efficacia trasformativa ed una profonda bellezza da un punto di vista sia estetico che esistenziale.

4. **Tecniche di cambiamento di storia orientate all’elaborazione della storia di attaccamento del paziente.**

Costruite quando necessario le premesse per il lavoro successivo, si procederà allora con la rielaborazione dei ricordi traumatici del paziente. Nei gravi disturbi post-traumatici, però, spesso il trauma non è tanto e non solo quello che è successo, ma anche **quello che non è accaduto**. Nel caso dei maltrattamenti in età infantile, ad esempio, l’esperienza traumatica non è semplicemente il fatto di essere stati trattati male, ma anche che siano mancate adeguate esperienze relazionali di accudimento che abbiano consentito uno sviluppo armonico della crescita emotiva, dell’autostima, di adeguate abilità interpersonali e di modulazione delle emozioni. Per questo motivo durante l’impiego dell’EMDR molti pazienti modificano spontaneamente la propria storia di attaccamento attraverso l’introduzione - in alcuni momenti topici - del sé adulto o di figure di attaccamento alternative. Questo consente loro di **intervenire a posteriori sulla storia di attaccamento** e di vivere in prima persona, con tutta la loro persona, frammenti di vita alternativa che modificheranno profondamente la loro identità, l’immagine corporea, le strategie interpersonali, fornendo un progressivo senso di integrazione di un sé abitualmente percepito come frammentato o “straniero”.

Nel caso in cui tale evoluzione non avvenisse spontaneamente, il terapeuta può suggerirla strategicamente, invitando il paziente a fare qualcosa per aiutare sé stesso, oppure “inviando nel passato” una figura di attaccamento alternativa. In alcuni casi il

paziente è impossibilitato a compiere questa operazione anche qualora suggerita e sostenuta dal terapeuta, perché né lui così come si percepisce oggi né una figura di attaccamento alternativa potrebbero affrontare, ad esempio, l'autore di gravi maltrattamenti o abusi sessuali. Ciò può essere assolutamente vero, ad esempio nel caso di una donna che non si sente di affrontare virtualmente il padre, ancora vivo, che ha abusato sessualmente di lei, percepito come molto più forte e violento. In questi casi, può essere utile porre la seguente domanda (*intervento cognitivo integrativo*): “Se si accorgesse che un suo vicino di casa che la terrorizza sta abusando sessualmente della propria figlia, che cosa farebbe?”. Molti i pazienti rispondono che chiamerebbero le Forze dell'Ordine, e questo è un buon punto per proseguire con la stimolazione bilaterale: l'immagine delle Forze dell'Ordine che arrestano la persona abusante può avere un grande potere rassicurante e trasformativo.

I concetti appena esposti verranno ora brevemente esemplificati attraverso due brevi frammenti clinici.

Caso clinico 1: Elena.

Elena ha 21 anni e presenta un Disturbo Post-traumatico da Stress Complesso. Seguendo invece il sistema classificatorio DSM, presenta i seguenti disturbi: Disturbo Borderline di Personalità, PTSD, Disturbo Distimico dell'Umore, Disturbo di Panico senza Agorafobia, Disturbo dell'Alimentazione NAS, Disturbo dell'Orgasmo Femminile. Di particolare rilevanza sono gli agiti autolesionistici caratterizzati dal ferimento del corpo per mezzo di coltelli e forbici. Un orientamento sessuale non chiaramente definito crea nella paziente molta confusione relazionale e progettuale.

Dall'età di 7 anni ha subito molestie sessuali da parte del padre. Tecnicamente si tratta di eventi di “modesta” entità, come tocamenti occasionali nelle parti intime, ma trattandosi del padre è stato gravemente pervertito il legame di accudimento. Il genitore è stato percepito come minaccioso, la madre come evanescente e non protettiva, il corpo e la sessualità sono stati etichettati come pericolosi e come qualcosa di cui vergognarsi, oltre che come sede di un piacere proibito.

I primi mesi di psicoterapia sono stati dedicati sostanzialmente alla costruzione dell'alleanza terapeutica, fin dall'inizio molto fragile, vissuta con notevole intrusività e ambivalenza. Un intervento farmacologico necessario, inoltre, veniva respinto dalla

paziente. Nella prima fase della psicoterapia si è inoltre reso necessario un ricovero a causa del disturbo alimentare.

Non appena l'alleanza terapeutica è sembrata consolidata sufficientemente, ho proposto alla paziente di lavorare con l'EMDR sulle molestie del padre. Nonostante l'assenso verbale, non mi veniva assolutamente concesso di sedermi vicino a lei perché i sentimenti di intrusione che percepiva erano ingestibili. Non era possibile insegnarle tecniche di rilassamento in modo ordinario, perché l'idea di sdraiarsi sul lettino era percepita con terrore. Restando dietro alla mia scrivania, le ho quindi insegnato tecniche di respirazione che potessero aiutarla a rilassarsi. Non appena è stato raggiunto questo obiettivo, le ho suggerito di cercare un luogo sicuro, identificato nel bosco della clinica dove era appena stata ricoverata, associando poi l'immagine del luogo sicuro alla respirazione addominale. In una prima fase non era neppure possibile chiudere gli occhi per immaginarlo, in quanto la paziente non voleva sentirsi ulteriormente vulnerabile nei miei confronti. Oltre a ciò, aveva paura di perdere il controllo delle proprie emozioni. Quando è riuscita a chiudere gli occhi per immaginare il bosco mentre respirava con l'addome, nella sua immaginazione è comparso il padre, che evidentemente le rendeva impossibile sentirsi al sicuro. Non erano presenti figure di attaccamento alternative che potessero essere impiegate come risorse e le ho quindi chiesto se ci fosse un felino che le piacesse molto e che volesse portare con sé nel luogo sicuro: la paziente si è allora immaginata circondata da molti giaguari, che mantenevano il padre a distanza. Progressivamente le è stato possibile esplorare il luogo sicuro sotto alla loro tutela, fino ad arrivare al punto in cui la presenza del padre non era più percepibile. È stato allora possibile sedermi vicino a lei per lavorare con l'EMDR. Il prosieguo del lavoro psicoterapeutico non ha comportato particolari difficoltà e si è sviluppato in modo relativamente rapido, controintuitivamente in base alle premesse prima descritte. Con ogni probabilità, la presenza di una contemporanea relazione affettiva significativa e l'impiego di una adeguata terapia farmacologica (accettata in un secondo momento) hanno accelerato il processo di cambiamento. In prima istanza l'intervento terapeutico si è rivolto nei confronti della rielaborazione delle molestie subite. Successivamente e spontaneamente, la paziente ha immaginato di difendere sé stessa durante alcune molestie, imparando a difendersi nei confronti del padre. Infine e sempre spontaneamente, la paziente ha immaginato di prendersi cura di sé stessa quando era piccola, di rassicurarsi e coccolarsi. Di particolare importanza e pregnanza emotiva sono stati alcuni momenti in cui ha immaginato di giocare con sé stessa da piccola, eventi che non ricorda di avere mai vissuto con i genitori. La fase terminale della psicoterapia è

consistita nella rielaborazione di alcune difficoltà sessuali che emergevano nell'intimità con il ragazzo.

A poco meno di due anni dall'inizio della psicoterapia, interrotta a più riprese nelle fasi iniziali, Elena ha presentato una totale remissione sintomatologica. Attualmente, ad un anno dalla fine della psicoterapia, Elena sta bene, convive e ha una figlia di alcuni mesi.

Caso clinico 2: Paola.

Paola ha 31 anni e presenta essenzialmente un Disturbo Dissociativo dell'Identità. In passato ha anche avuto significativi problemi di depressione e di abuso di alcool e stupefacenti. La sua storia è caratterizzata da abuso sessuale prolungato nel tempo, avvenuto in seno alla famiglia, da incuria e maltrattamento psicologico. È presente una elevata familiarità per depressione, ansia e sintomi dissociativi. È omosessuale, è reduce da alcuni anni di psicoterapia solo parzialmente efficace.

L'abuso sessuale è consistito nella presenza in casa, fin dalla più tenera età, di riviste pornografiche, a completa disposizione della paziente. Una vicina di casa poi la riforniva di riviste pedo-pornografiche in cambio di bottiglie di vino. I familiari, inoltre, non usavano precauzioni adeguate per proteggere la paziente nei confronti della propria vita sessuale. La precoce esposizione ad una sessualità altamente distorta l'ha portata a ritenere normale una vita sessuale compulsiva almeno dai sette anni, agita per mezzo di una attività masturbatoria comportante la penetrazione anale e vaginale con oggetti estremamente voluminosi e potenzialmente molto pericolosi. Durante la masturbazione, vissuta con angoscia e contemporaneo piacere, la paziente si dissociava ed incarnava una figura maschile che abusava di lei.

Le prime sedute sono state sostanzialmente caratterizzate dall'agire, nei confronti del terapeuta, molteplici e pressanti *test di traslazione* (Weiss, Sampson et al., 1987) atti a verificare la sua consistenza e adeguatezza da un punto di vista sia professionale che, soprattutto, umano. Gli *alters* comparivano spontaneamente con frequenza e drammaticità, sia spontaneamente che durante la raccolta delle più basilari informazioni anamnestiche. Come riferito in letteratura, nel Disturbo Dissociativo dell'Identità la gestione corretta, trasformativa ed integrativa della riattivazione della storia di attaccamento all'interno della relazione terapeutica diventa l'elemento essenziale della terapia (Barach, 1991), e la psicoterapia è stata impostata in questo senso. Quando i primi test di traslazione sono stati

superati positivamente e l'irruzione degli alters nel setting terapeutico ha iniziato a diventare sporadica, si è deciso di proseguire l'intervento con l'EMDR. Partire dai più vecchi abusi sessuali non era proponibile per due ordini di motivi: 1) il paziente lo rifiutava, correttamente, perché 2) non era in grado di sostenere emotivamente questo tipo di strategia in questa fase della psicoterapia. L'intervento è quindi proseguito attraverso strategie di installazione di risorse e soprattutto di riaccudimento, in quanto era presente una scarsissima alleanza e soprattutto aggressività e disprezzo verso il sé infantile, valutato come responsabile dell'esperienza di molte esperienze sgradevoli dell'infanzia prima e dell'età adulta poi.

Per la tecnica del luogo sicuro si è identificato il momento dell'imbottigliamento del vino con un nonno, figura di attaccamento alternativa molto positiva, seppure inefficace nella protezione della paziente da bambina. La scelta è stata corretta, ed ha portato a rassicuramento contemporaneamente all'emergere di alters che, progressivamente, la paziente ha imparato modulare e controllare volontariamente.

Il passo successivo è stato quello di portarla ad occuparsi direttamente di sé stessa, quando era bambina, ma non è però stato possibile. L'intimità con il sé infantile veniva infatti percepita con un profondo senso di impotenza. Ho allora pensato di proporre alla paziente di avvicinarsi progressivamente alla meta, immaginando di fare un regalo alla bambina. Ha deciso di donarle un cavallo bianco, desiderato a lungo durante l'infanzia. Si è trattata di una scelta decisiva e vincente perché ha rappresentato un primo momento di accudimento caratterizzato da un coinvolgimento emotivo elevatissimo, vissuto con calore e tenerezza. Nelle sedute successive il cavallo bianco ha svolto la funzione di figura di attaccamento alternativa, con una funzione riparatoria manifestata innanzitutto attraverso un contatto fisico percepito come rassicurante, trasformativo e radicante in una condizione di accettazione, amore e sicurezza. In presenza del cavallo bianco è stato possibile a più riprese abreagire emozioni magmatiche, consentire la comparsa di alters che progressivamente hanno assunto sempre meno il controllo del comportamento, delle emozioni e dei pensieri della paziente. A cinque mesi dall'inizio della psicoterapia il cavallo bianco viene riconosciuto come una parte di sé e compare nei sogni; dopo un ulteriore mese la paziente ha riferito spontaneamente che gli alters stavano scomparendo progressivamente, fondendosi, «come se ci fosse una sorta di faro che controlla e osserva... ho capito che dietro ad ogni parte c'è un perché, e capendo il perché la parte perde la sua ragion d'essere». Il prosieguo della terapia si è caratterizzato innanzitutto per la modificazione dei rapporti con tutti i membri della famiglia con la compagna, con la

quale convive da anni, e dalla diminuzione progressiva dei sintomi dissociativi. A undici mesi dall'inizio della psicoterapia la vita sessuale ha iniziato a normalizzarsi e per la prima volta è stata possibile un'attività autoerotica ecologica e piacevole, vissuta senza sensi di colpa. Ad un anno dall'inizio della psicoterapia è stato possibile iniziare per Paola ad accudire direttamente il sé infantile, senza la comparsa di emozioni e comportamenti sabotanti o autolesionistici.

La psicoterapia è attualmente in corso, e non si è ancora mai lavorato direttamente sui ricordi più altamente traumatici.

Riferimenti bibliografici

- Bandler R., Grinder J. (1975a). *I modelli della tecnica ipnotica di Milton H. Erickson*. Trad. it. Roma: Astrolabio, 1984.
- Bandler R., Grinder J. (1975b). *La struttura della magia*, Astrolabio, Roma, 1981.
- Bandler R., Grinder J. (1979). *La metamorfosi terapeutica. Principi di programmazione neurolinguistica*. Trad. It. Roma: Astrolabio, 1980.
- Barach, P. (1991). Multiple personality as an attachment disorder. *Dissociation*, 4, 117-123
- Başoğlu, M., Şalcioğlu, E., Livanou, M. (2002). Traumatic Stress Responses in Earthquake Survivors in Turkey. *Journal of Traumatic Stress*, 15, 4, 269-276
- Bremner, D. (2002). *Does Stress Damage the Brain? Understanding Trauma-related Disorders from a Mind-Body Perspective*. New York: Guilford
- Breslau, N. Davis, G., Andreski, P. et al. (1991). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in an urban population of young adults. *Archives General of Psychiatry*, 48, 216-222
- Davidson, J. R. T., Hughers, D., Blazer, D., et al. (1991). Posttraumatic Stress Disorder in the Community: an Epidemiological Study. *Psychological Medicine*, 21, 1-19
- De Bocanegra, H., T., Brickman, E. (2004). Mental Health Impact of the World Trade Center Attacks on Displaced Chinese Workers. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 1, 55-62
- Erickson, M., Rossi, E. L. (1989). *L'uomo di febbraio. Lo sviluppo della coscienza e dell'identità nell'ipnoterapia*. Trad. it. Roma: Astrolabio, 1982
- Foa, E. B., Keane, T., Friedman, M. J. (a cura di) (2000). *International Society for Traumatic Stress Study (ISTSS) Guidelines for PTSD*. New York: Guilford
- Giannantonio, M. (a cura di) (2003). *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*.

- Salerno: Ecomind
- Hammond, J. (1990). *Handbook of hypnotic suggestions and metaphors*. New York: Norton
- Hartman, H. (1958). *Psicologia dell'Io e problema dell'adattamento*. Trad. it. Torino: Boringhieri, 1978
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5, 377-391
- Janet, P. (1889). *L'automatismo psicologico*. Trad. it. in N. Lalli, 1996
- Jaycox, L. H., Ebener, P., Damesek, L., Becker, K. (2004). Trauma Exposure and Retention in Adolescent Substance Abuse Treatment. *Journal of Traumatic Stress*, 17, 2, 113-121
- Jung, K. E. (2001). Posttraumatic Spectrum Disorder: A Radical Revision. *Psychiatric Times*, 18, 2, pubblicato in www.psychiatrictimes.com/p011158.html
- Kessler, R. C, Sonnega, A., Bromet, E., Huges, M., Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic Stress Disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52, 1048-1060
- Koenen, K. C., Lyons, M. J., Goldberg, J., Simpson, J., Williams, W. M., Toomey, R., Eisen, S. A., True, W., Tsuang, M. T. (2003). Co-Twin Control Study of Relationship Among Combat Exposure, Combat-Related PTSD, and Other Mental Disorders. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 5, 433-438
- Lalli, N. (a cura di) (1996). *Pierre Janet. La passione sonnambulica e altri scritti*. Napoli: Liguori
- LeDoux, J. (1996). *Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni*. Trad. it. Milano: Baldini e Castoldi, 1998
- LeDoux, J. (2002). *Il Sè sinaptico. Come il nostro cervello ci fa diventare quelli che siamo*. Trad.it. Milano: Cortina
- Manfield, P. (a cura di) (2003). *EMDR Casebook. Expanded Second Edition*. New York: Norton
- Murray-Jobsis, J. (1990a). Renurturing: forming positive sense of identity and bonding. In D. C. Hammond, 1990, 326-328
- Murray-Jobsis, J. (1990b). Suggestions for creative self-mothering. In D.C. Hammon, 1990, 328
- Shore, F. S., Chen, J., McFarland, R. E. et al. (1989). Posttraumatic Stress Disorder and concurrent psychiatric illness: a preliminary report. *American Journal of Psychiatry*,

177, 681-685

- Southwick, S. M., Yehuda, R., Giller, E. L. (1991). Characterization of depression in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 148, 179-183
- Steindl, S. R., Young, R. M., Creamer, M., Crompton, D. (2003). Hazardous Alcohol Use and Treatment Outcome in Male Combat Veterans With Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 1, 27-34
- Thompson, K. M., Crosby, R. D., Wonderlich, S. A., Mitchell, J. E., Relin, J., Demuth, G., Smyth, J., Haseltine, B. (2003). Psychopathology and Sexual Trauma in Childhood and Adulthood. *Journal of Traumatic Stress*, 16, 1, 35-38
- van der Kolk, B. (2002). Assessment and treatment of Complex PTSD. In R. Yehuda, 2002, *Treating trauma survivors with PTSD*. Washington: American Psychiatric Publishing, 128-156
- Watkins, J.G., Watkins, H.H. (1997). *Ego States. Theory and Therapy*. New York: Norton
- Weiss J., Sampson H., The Mount Zion Psychotherapy Research Group (1987). *The psychoanalytic process. Theory, clinical observation and empirical research*. New York: Guilford
- Wilson, J. P., Friedman, M. J., Lindy, J. D. (2001). A Holistic, Organismic Approach to Healing Trauma and PTSD, in J. P. Wilson, M. J. Friedman, J. D. Lindy, 2001, *Treating Psychological Trauma and PTSD*. New York: Guilford, 28-56
- Yehuda, R. (1999). *Risk Factors for Posttraumatic Stress Disorder*. Washington: American Psychiatric Press