

Terapia EMDR

Attaccamento,
concettualizzazione del caso
e lavoro con le parti del Sé

A cura di
Maria Zaccagnino

Presentazione di
Isabel Fernandez

GUIDE
PSICOLOGIA



Erickson

IL LIBRO

TERAPIA EMDR

La Terapia EMDR, adottata da un numero sempre crescente di psicoterapeuti in tutto il mondo, è basata sul modello di elaborazione adattiva dell'Informazione (AIP). Secondo questo approccio, in seguito a eventi traumatici la personalità dell'individuo può frantumarsi in parti dissociative, disconnesse tra loro e non integrate nella coscienza, che trattengono tutto il dolore esperito al momento del trauma. Da ciò possono derivare diversi disturbi psicopatologici, quali il disturbo da stress post-traumatico, il disturbo di personalità borderline, il disturbo di somatizzazione o da stress estremo e altri.

Grazie alla desensibilizzazione e rielaborazione del ricordo traumatico, l'EMDR allevia la sofferenza emotiva, permette la riformulazione delle credenze negative e riduce l'arousal fisiologico del paziente.

Questo volume offre ai clinici gli strumenti necessari per strutturare un piano di intervento, condurre le sedute e impostare le diverse fasi del trattamento. Viene inoltre proposto un protocollo sulla genitorialità, pensato specificamente per i terapeuti che si occupano di sintomatologia in età evolutiva.

Attraverso il lavoro con le parti del Sé, cuore della terapia EMDR, è possibile aiutare il paziente a prendere coscienza della propria vita interiore.

LA CURATRICE

MARIA ZACCAGNINO

Psicologa, psicoterapeuta, dottore di ricerca in Psicologia dello sviluppo, supervisore e facilitator EMDR Europe. Direttore scientifico, insieme a Isabel Fernandez, dei Centri EMDR per l'anoressia e per l'età evolutiva a Milano, dove svolge attività clinica privata. È autrice di una serie di pubblicazioni internazionali.



€ 24,00



9 1788859110275081

www.erickson.it



EMDR Italia

Indice

<i>Presentazione</i> (I. Fernandez)	9
<i>Introduzione</i>	13
PRIMA PARTE	
EMDR: storia, applicazioni, modelli	
CAPITOLO 1	
La nuova frontiera della psicoterapia: l'EMDR (<i>Maria Zaccagnino, Chiara Callerame</i>)	19
CAPITOLO 2	
Il protocollo e la concettualizzazione del caso (<i>Maria Zaccagnino, Chiara Callerame, Martina Cussino</i>)	43
CAPITOLO 3	
Attaccamento e genitorialità (<i>Maria Zaccagnino, Martina Cussino</i>)	59
CAPITOLO 4	
Ipotesi eziopatogenetiche e cenni di neurobiologia del trauma (<i>Maria Zaccagnino, Cristina Civilotti</i>)	73
SECONDA PARTE	
Lavoro con le parti del sé e protocollo EMDR con la genitorialità	
CAPITOLO 5	
Dai blocchi semplici a quelli più complessi: come intervenire mediante l'integrazione delle parti del sé (<i>Maria Zaccagnino</i>)	89
CAPITOLO 6	
Il protocollo di lavoro EMDR con la genitorialità: come intervenire sulla trasmissione transgenerazionale del trauma (<i>Maria Zaccagnino, Chiara Callerame, Martina Cussino</i>)	153
<i>Conclusioni</i>	179
<i>Bibliografia</i>	181

Introduzione

In seguito a eventi dolorosi, quali le esperienze relazionali traumatiche vissute con le proprie figure di attaccamento, la personalità dell'individuo può dividersi in parti dissociative, disconnesse tra loro, che risultano disfunzionalmente rigide e distinte per le loro funzioni e azioni. Nello specifico, la Teoria della Dissociazione Strutturale della Personalità (TDSP) concepisce la dissociazione come un meccanismo attraverso il quale il trauma genera la patologia. In tal senso, essa non è da intendersi come un'alterazione dell'esperienza soggettiva, ma come una barriera tra gli stati dell'Io, che non hanno più la normale possibilità di accesso simultaneo alla coscienza e alla memoria (van der Hart et al., 2011). Questo vale, in particolare, per quelle parti che afferiscono alla tipologia «Personalità emotiva» (EP), che sono bloccate al tempo del trauma e che hanno la funzione di proteggere l'individuo secondo diverse modalità. Questo concetto è stato ripreso e rimarcato dal modello di Forgash e Copeley, che sottolineano come solo in alcuni casi il paziente sia consapevole di tali identità che sono caotiche e profondamente dissociate, con scarsa o assente co-coscienza l'una dell'altra. Pertanto, l'individuo esposto a traumi, specialmente se reiterati — come nel caso degli abusi infantili — arriva a sviluppare stati dell'Io che non risultano integrati e che trattengono tutto il dolore e l'impotenza esperiti in quel momento; da ciò possono derivare diversi disturbi psicopatologici oltre ai disturbi dissociativi, quali il disturbo da stress post-traumatico (PTSD), il disturbo di personalità borderline (Mosquera et al., 2011), il disturbo di somatizzazione e da stress estremo (Hermann, 1992).

È infatti solo attraverso la comprensione profonda di tutti gli ingredienti finora descritti che il terapeuta può ipotizzare un piano di cura efficace, che riesca a lavorare su tutti i significati che sono alla base della sofferenza attuale riportata dal paziente. La conoscenza profonda della storia di vita di un individuo può indicarci dove e perché qualcosa si è incrinato e come quelle ferite subite si siano trasformate nel profondo dolore manifestato nel qui e ora.

Il volume vuole accompagnare il lettore in questo processo: attraverso l'acquisizione delle informazioni indispensabili riguardanti la storia di vita del paziente per poi passare alla costruzione di un piano di lavoro e, infine, all'acquisizione di strumenti pratici che permettano di intervenire in modo preciso e funzionale sulla sofferenza.

È proprio alla luce di quanto abbiamo compreso a livello teorico che è emersa la necessità di tradurre queste importanti conoscenze in strumenti pratici, che i terapeuti possano utilizzare nella loro pratica clinica. La terapia EMDR, cornice teorica di riferimento imprescindibile per un lavoro efficace, ci offre la possibilità di lavorare su tutti gli aspetti descritti in modo preciso, puntuale e soprattutto proficuo. Attraverso una presa in carico con questa metodologia, infatti, il terapeuta non solo sarà in grado di comprendere quali siano i significati profondi che si celano dietro la sofferenza del paziente che ha davanti, ma avrà soprattutto la possibilità di intervenire proprio sui meccanismi che continuano a generare dolore e che impediscono di vivere una vita piena, lasciando andare la sofferenza che spesso ha intaccato molte aree della vita.

Con questo obiettivo in mente e sulla base di una consolidata esperienza professionale, abbiamo quindi pensato di proporre a tutti i colleghi delle modalità concrete per riconoscere, accogliere, validare e integrare le parti del sé del paziente. È fondamentale che i clinici capiscano l'importanza di validare ogni singola parte ringraziandola per il lavoro svolto, legittimandola nei suoi obiettivi e comprendendo a fondo la storia e le motivazioni che l'hanno spinta alla protezione. È solo attraverso il riconoscimento delle ferite del nostro paziente che possiamo davvero apprezzare il lavoro svolto dalle parti protettive le quali, anche se talvolta in modo disfunzionale, sono intervenute con il preciso obiettivo di proteggerlo nel modo migliore possibile, per aiutarlo nelle difficili situazioni che si è trovato a vivere.

Attraverso il lavoro con le parti del sé proposto nella prospettiva dell'EMDR, focus principale del libro, è possibile aiutare il paziente a prendere progressivamente coscienza del proprio mondo interiore. In particolare, la seconda parte del volume ha come scopo guidare, passo dopo passo, il terapeuta in questo affascinante ma complesso lavoro con le parti, illustrando cosa sono, come utilizzare le tecniche di *grounding* per la gestione di possibili

episodi dissociativi in seduta e proporre strategie cliniche utili a identificare efficacemente i blocchi che possono insorgere durante la terapia.

Inoltre, nell'ultimo capitolo viene proposto il protocollo di intervento sulla genitorialità, pensato specificamente per quei colleghi che si occupano della sintomatologia in età evolutiva: molte situazioni problematiche nell'infanzia, come evidenziato nel testo, non possono prescindere dal lavoro con i genitori, poiché il sintomo del bambino è il sintomo di un intero sistema familiare, che per questo va compreso profondamente.

Attraverso la lettura del manuale, quindi, il terapeuta potrà acquisire non solo le conoscenze teoriche necessarie per il lavoro con le parti, ma soprattutto le competenze pratiche indispensabili per la conduzione della seduta con il paziente. È proprio per questo motivo che abbiamo inserito anche numerosi frammenti di sedute, che garantiscono maggiore chiarezza e rendono così il testo facilmente fruibile per i clinici che hanno deciso di intraprendere questo tipo di lavoro, al fine di aiutare in modo ancora più efficace chi affida loro la propria sofferenza.

La nuova frontiera della psicoterapia: l'EMDR

Maria Zaccagnino e Chiara Callerame

«Nei suoi vent'anni di storia, l'EMDR si è evoluto da semplice tecnica fino a diventare un approccio di psicoterapia integrata con un modello teorico che riconosce alla base della patologia i sistemi di elaborazione dell'informazione del cervello e i ricordi legati a esperienze di vita traumatiche» (Shapiro, 2011, p. 11).

Il concetto di trauma e l'approccio EMDR

L'*Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR) è un metodo terapeutico *evidence-based* che permette l'elaborazione dei ricordi traumatici immagazzinati in modo disfunzionale all'interno del sistema di memoria e che, secondo questo approccio, costituiscono la base della psicopatologia. Affinché si possa comprendere a pieno la sua modalità di azione e l'efficacia clinica del protocollo, risulta necessario chiarire innanzitutto cosa si intende per «trauma psicologico» e quale sia l'impatto dei ricordi traumatici sulla vita di un individuo.

Farlo, tuttavia, risulta tutt'altro che facile; ad oggi esistono numerose definizioni di questo costrutto e non si è ancora raggiunto un consenso scientifico che aiuti a delinearne le peculiarità. Non è ancora chiaro, infatti, quali siano le caratteristiche che rendono traumatico un particolare evento di vita o quali siano i meccanismi che conducono alcuni individui a manifestare esiti

psicopatologici a seguito dell'esposizione a un determinato evento, mentre altri sembrano rimanerne completamente immuni. È importante ricordare che non tutti gli eventi di vita difficili possono essere considerati di per sé traumatici: ciò che conta e che contribuisce a definirli tali è l'impatto esercitato sull'individuo che li subisce. Ne segue la domanda: come mai non tutte le persone che vivono il medesimo evento (considerato potenzialmente come traumatico) manifestano la stessa reazione? Come mai, ad esempio, a seguito di un evento estremo come un terremoto, alcuni individui inizieranno a manifestare i chiari sintomi di una reazione post-traumatica (come condotte di evitamento o flashback) mentre altri non mostreranno alcuna di queste condizioni?

Per comprendere meglio, è importante effettuare una prima distinzione tra il concetto di «trauma» e quello di «stress traumatico». Selye (1976) definisce lo *stress* come una reazione aspecifica dell'organismo nei confronti di uno o più agenti stressanti, che possono essere di varia natura (fisica, chimica, biologica, emotiva). Questa risposta di stress, che l'essere umano condivide con gli animali, è una reazione automatica a eventi esterni percepiti come particolarmente attivanti e che non necessariamente deve essere considerata disadattiva. La paura, infatti, è un'emozione primaria fondamentale per la nostra sopravvivenza: è grazie ad essa che l'individuo può difendersi dal pericolo. Ciò che viene considerato disfunzionale, in questo caso, è la risposta di *distress* (lo stress traumatico può essere visto come una forma estrema di distress) a seguito di un evento che viene percepito come imprevedibile, fuori dal controllo dell'individuo che lo subisce e che può avere un forte impatto sul suo benessere e sulla sua qualità di vita (Selye, 1976).

Il termine *trauma*, invece, proprio come indica l'etimologia della parola stessa (che deriva dal greco e significa «danno», «ferita», «lacerazione»), fa riferimento alla sensazione di frattura che un individuo percepisce all'interno della sua quotidianità e, più in generale, nella vita come la conosceva fino a quel momento. A seguito di un evento traumatico, infatti, l'individuo non sarà più lo stesso e sperimenterà un divario tra ciò che era «prima» dell'evento traumatico e tutto ciò che si verifica «dopo».

Secondo van der Kolk (1996), l'evento traumatico deve essere inteso come un evento stressante, dal quale non ci si può sottrarre e che supera e domina le capacità di resistenza del soggetto; questa situazione, inoltre, può essere ricondotta a un accadimento isolato oppure a una condizione che si perpetua nel tempo. Ma ciò che conferisce il titolo di trauma psicologico è l'impossibilità per l'individuo di «reagire efficacemente a una minaccia» in quanto si tratta di un «evento emotivamente non sostenibile per chi lo subisce» (Liotti & Farina, 2011, p. 32): questo è ciò che distingue il trauma psichico da un qualsiasi altro

evento estremo e grave, ma che non risulta essere necessariamente patogeno (Liotti & Farina, 2011). Anche il pensiero di Spiegel (2008) si colloca nella medesima direzione, egli infatti asserisce che ciò che maggiormente caratterizza un evento traumatico è la sensazione di impotenza esperita da chi lo subisce.

Un ulteriore aspetto da tenere in considerazione e su cui la comunità scientifica si sta ancora interrogando riguarda la differente enfasi che viene posta sull'impatto della realtà esterna o interna nel determinare ciò che può essere definito come evento traumatico.

Le tracce di questa controversia si possono rinvenire anche nelle definizioni presenti nelle precedenti edizioni del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM). La definizione nosografica presente nel DSM IV (American Psychiatric Association, 1994), ad esempio, faceva riferimento al trauma come a una risposta vincolata a un evento esterno all'individuo e all'esposizione diretta a quest'ultimo (Briere, 2004; Giannantonio, 2003). Tale definizione tendeva pertanto a descrivere l'evento traumatico come qualcosa di estraneo e oggettivamente valutabile dalla maggior parte delle persone.

Secondo il DSM 5 (American Psychiatric Association, 2013), invece, il trauma psicologico può essere definito come la conseguenza dell'esposizione a un evento che minaccia la vita o l'incolumità propria o di altri e che, superando la capacità dell'individuo di padroneggiarlo, induce emozioni di paura, collera e dolore accompagnate da un sentimento di impotenza. La caratteristica fondamentale che definisce un trauma psicologico rispetto a un evento stressante è quindi la presenza di emozioni soverchianti che, nell'essere umano, conducono a tale sentimento di impotenza. È evidente come, nell'ultima edizione del manuale diagnostico, sia stato posto l'accento sulla percezione interiore di ciò che può essere definito come evento traumatico.

Il DSM fa riferimento a una tipologia di traumi che possono essere definiti traumi con la «T maiuscola», categoria che include eventi come aggressioni, catastrofi naturali, lutti improvvisi, ecc., ovvero eventi che possono avere delle ripercussioni molto importanti su chi li subisce, arrivando a compromettere la qualità della vita. L'osservazione e la pratica clinica, tuttavia, mettono in evidenza come anche eventi di cui ciascun individuo può aver fatto esperienza, come ad esempio essere stati oggetto di critiche o momenti di svalutazione o umiliazione, possono far sperimentare le medesime reazioni post-traumatiche di un trauma con la T maiuscola.

Esperienze simili (che nella letteratura scientifica vengono definite traumi con la «t minuscola») intaccano la fiducia in se stessi e il proprio senso di autoefficacia portando l'individuo a sviluppare una visione di sé e del mondo ristretta e limitata. Rientrano in questa categoria anche quelli che vengono

definiti «traumi relazionali» (Schore, 2003, 2009), ovvero le esperienze disfunzionali vissute all'interno delle relazioni interpersonali che possono generare forti emozioni di impotenza o vergogna e essere associate allo sviluppo di credenze negative su di sé come, ad esempio, «non sono amabile», «non valgo», «non sono importante». È inoltre essenziale ricordare che tanto più un evento traumatico è precoce, tanto maggiori e più profonde potranno essere le sue ricadute sulle traiettorie di sviluppo di un individuo.

Un'interazione disfunzionale, ripetuta e precoce all'interno delle relazioni significative può causare infatti dei gravissimi danni nello sviluppo del bambino, da molteplici punti di vista. Da un punto di vista cerebrale, ad esempio, l'evidenza scientifica dimostra come l'emisfero cerebrale destro (che collega i centri emotivi limbici con la neocorteccia attraverso il crocevia della corteccia orbito-frontale), implicato nel fronteggiare le situazioni emotivamente stressanti, si sviluppi con modalità disfunzionali se sottoposto a traumi relazionali cronici e precoci (Schore, 2001; 2002). Questa, quindi, potrebbe delinarsi come la base neurologica su cui si fonda la vulnerabilità alle reazioni dissociative come risposte a situazioni traumatiche vissute durante l'arco di vita (Liotti, 2004).

Le risposte a un singolo evento traumatico sono dunque in grado di produrre nell'individuo importanti cambiamenti nel funzionamento neurologico, immunitario, cognitivo, emotivo e somatico quali, ad esempio, uno stato cronico di attivazione fisiologica e perdita di attenzione (van der Kolk et al., 1996). Tuttavia, è importante ricordare che non tutti gli esseri umani reagiscono nello stesso modo di fronte a un evento traumatico: il medesimo accadimento può produrre delle interruzioni di funzionamento permanenti in alcuni individui, mentre altri possono riprendersi gradualmente e spontaneamente (Kessler et al., 1995; Perkonig et al., 2005).

È utile aggiungere che anche le tempistiche di reazione possono essere molto differenti. In un numero significativo di persone esposte a un evento traumatico, il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) non è una patologia che si manifesta immediatamente dopo l'esposizione. La ricerca scientifica sottolinea infatti come il 25% degli individui esposti a un evento traumatico sviluppi forme ritardate di PTSD (Bryant et al., 2013); tale condizione risulta particolarmente frequente tra i soccorritori e i veterani di guerra per i quali la probabilità dell'insorgenza ritardata raddoppia (Utzon-Frank et al., 2014). I fattori di rischio pre-traumatici che possono contribuire all'insorgenza del PTSD comprendono ad esempio aver vissuto precedenti avversità, una storia di patologie psichiatriche e una situazione educativa, sociale e cognitiva svantaggiata (Goodwin et al., 2012). Inoltre, per comprendere l'impatto dell'evento

traumatico sull'individuo è necessario tenere in considerazione anche alcuni fattori che possono verificarsi a seguito dell'evento e contribuire alla manifestazione di un disturbo da stress post-traumatico, quali la gravità del trauma, fattori di stress aggiuntivi, episodi di dissociazione peritraumatica, immobilità tonica (Lanius et al., 2014) e mancanza di supporto sociale (Brewin et al., 2000).

Il complesso insieme di fattori protettivi che sono coinvolti nel perdurare delle reazioni post-traumatiche è raggruppabile in due categorie: a) l'abilità esercitata da parte dell'individuo di utilizzare risorse esterne e strategie di adattamento durante e dopo l'evento; b) l'abilità di utilizzare capacità personali per l'autoregolazione del funzionamento fisiologico, cognitivo ed emotivo (van der Kolk, Pelcovitz et al., 1996). A seconda della natura dell'evento traumatico a cui un certo individuo è stato esposto, fattori provenienti dal primo o secondo gruppo saranno più o meno efficaci.

Quello che emerge da queste considerazioni è che non è tanto importante se un soggetto sia stato esposto a un trauma T o a una serie di traumi t occorsi all'interno delle relazioni significative nei primi anni di vita. Entrambe le condizioni, infatti, devono essere considerate all'interno della categoria degli eventi traumatici che, per definizione, si riferiscono a informazioni immagazzinate in modo disfunzionale in una forma che impedisce loro di essere trasformate in memorie integrate e adattive — e che pertanto continuano a generare dolore e disagio anche nel qui e ora.

È importante quindi ricordare che, esattamente come i traumi con la T maiuscola, anche i traumi relazionali conducono a delle conseguenze importanti per la salute psicologica di chi li subisce. Ogni individuo, che sia stato esposto a traumi con la T maiuscola o minuscola, porterà con sé i segni di queste ferite per tutta la vita se questi non vengono adeguatamente visti, riconosciuti e trattati.

L'EMDR parla il linguaggio del trauma e permette di accedere a tali memorie traumatiche in modo diretto, perché lavora allo stesso livello neuro-fisiologico in cui i ricordi di questi eventi sono rimasti intrappolati.

Alle origini dell'EMDR: nascita, storia ed evoluzione del metodo

La nascita dell'EMDR, a differenza della maggior parte degli approcci terapeutici del XX secolo, si fonda su un'osservazione empirica piuttosto che su una speculazione teoretica; per questo il modello, negli anni, è riuscito ad accostarsi e integrarsi con altri approcci, condividendo con essi rilevanti principi clinici. Prima di addentrarci nella comprensione della cornice teorica

e dei meccanismi d'azione che caratterizzano l'EMDR, quindi, è importante comprendere, seppur in breve, il panorama di approcci terapeutici a cui esso si accosta e si ispira.

Basti pensare all'enorme importanza che il modello psicodinamico riserva ai ricordi della prima infanzia e quanto questi siano determinanti anche nell'EMDR, che vede nella mancata elaborazione dei precoci eventi traumatici la base per lo sviluppo psicopatologico dell'individuo. Ma non solo, la terapia EMDR utilizza processi di libera associazione simili a quelli tipici degli interventi psicodinamici, con l'obiettivo di portare alla piena elaborazione i ricordi traumatici attraverso l'integrazione.

Per quanto riguarda poi gli altri approcci psicoterapeutici, ovvero quelli cognitivo-comportamentali, esistono numerose caratteristiche sovrapponibili e facilmente integrabili con l'EMDR dal punto di vista clinico. Innanzitutto, è importante ricordare la grande enfasi che entrambi pongono sulle credenze disfunzionali come ingredienti fondamentali legati all'esperienza traumatica.

La terapia cognitiva comportamentale accetta il paradigma del condizionamento come un fondamento per la comprensione delle sindromi post-traumatiche (e altre sindromi ansiose) e considera i modelli del processamento delle informazioni e il concetto di processamento emotivo indispensabili per il rimodellamento a seguito degli eventi avversi. Tali modelli sono centrali anche nella comprensione dei principi che sottostanno alla terapia EMDR (Bower, 1981; Foa & Kozak, 1986, 1985; Foa & Riggs, 1995; Lang, 1977, 1979; Rachman, 1980).

Tuttavia, nonostante entrambi gli approcci siano risultati validi per la risoluzione del PTSD (solo l'EMDR e la CBT focalizzata sul trauma sono considerate efficaci per il trattamento del disturbo da stress post-traumatico secondo le linee guida della WHO), diversi studi comparativi hanno dimostrato come l'EMDR sia in grado di raggiungere risultati terapeutici più rapidi (Schnyder & Cloitre, 2015). Inoltre, a differenza della CBT focalizzata sul trauma, l'EMDR non necessita che il paziente descriva nel dettaglio l'episodio traumatico — come avviene invece nelle tecniche espositive — e non gli richiede nessun compito a casa (Ho & Lee, 2012, pp. 258-259).

Come accennato all'inizio di questo paragrafo, l'EMDR si fonda su una scoperta empirica del tutto casuale: nel 1987 Francine Shapiro, durante una passeggiata in un bosco, notò l'effetto specifico che i movimenti oculari saccadici avevano su alcuni suoi pensieri disturbanti. Si accorse infatti che, concentrandosi sui ricordi che in quel momento la disturbavano mentre muoveva gli occhi, la componente emotiva ad essi collegata diminuiva rapidamente e spontaneamente (Shapiro, 1995).

Dai blocchi semplici a quelli più complessi: come intervenire mediante l'integrazione delle parti del sé

Maria Zaccagnino

Le parti del sé

L'intento di questa seconda parte del libro vuole essere quello di rendere spendibili in terapia le nozioni teoricamente descritte nei capitoli precedenti: trasformare nel «come fare» il «sapere teorico». Prima di tutto occorre tradurre il concetto di parti del sé di modo che sia utilizzabile agevolmente in terapia a partire dagli interventi di psicoeducazione.

Secondo l'approccio della Ego State Therapy (Forgash & Copeley, 2014), la personalità è costituita da diverse parti o stati dell'Io; negli individui la cui storia non è stata costellata da eventi traumatici rimasti irrisolti, i confini tra le diverse parti dell'Io sono fluidi e le parti risultano tra loro coese e integrate. In queste situazioni, il soggetto prova quindi un senso di continuità della coscienza, anche nel momento in cui si sposta facilmente da uno stato dell'Io all'altro: non sperimenterà la spiacevole sensazione di non sentirsi sempre se stesso, ma saprà giocare i diversi stati dell'Io nei contesti e luoghi per lui più appropriati e in modo del tutto coerente. Quando si cresce in un ambiente relazionale sufficientemente buono, infatti, queste parti si sviluppano e agiscono in un modo co-consapevole. Ciò non vuol dire che non vi possano essere conflitti tra i diversi obiettivi delle parti che costituiscono la personalità del soggetto, ma questi sono a lui consapevoli e accessibili (Forgash & Copeley, 2014).

La condizione sperimentata dalle persone che hanno vissuto eventi di vita traumatici risulta, al contrario, molto differente. Nel momento in cui

l'individuo è esposto a questo genere di situazioni, la sua personalità può andare incontro a una frammentazione, che avrà come esito la generazione di parti ferite e di parti protettive.

In particolare, a seguito di traumi relazionali precoci (o traumi complessi) come situazioni di trascuratezza, abuso e maltrattamento, nel bambino si possono sviluppare delle parti con funzione protettiva nei confronti delle parti ferite/sofferenti che hanno vissuto l'esperienza traumatica. Le parti protettive che difendono la parte fragile e traumatizzata potranno utilizzare diverse modalità per assolvere al proprio compito difensivo. Si potrà assistere, ad esempio, a tentativi di anestesia del dolore, di rimozione di alcuni frammenti dell'esperienza vissuta, fino ad arrivare a manifestazioni aggressive auto e/o etero dirette. Tali strategie permettono al bambino di sopravvivere e far fronte a emozioni troppo intense che altrimenti verrebbero vissute come soverchianti. Nel corso dello sviluppo, queste difese si riattiveranno ogni volta in cui sentiranno che le parti ferite sono in pericolo e che il dolore del trauma potrebbe essere di nuovo sperimentato.

Le parti ferite

Con parti bambine, traumatizzate, ferite si intendono le parti del sé «ferme al tempo del trauma» che hanno vissuto e sperimentato l'evento traumatico e che trattengono tutte le emozioni negative e il dolore ad essi associato. Durante il lavoro terapeutico con le parti del sé, è possibile che la parte adulta del paziente (o altre parti) sperimenti sensazioni di rifiuto o fastidio nei confronti di questa parte, fino a manifestare una vera e propria fobia nei confronti del dolore che essa trattiene. Affinché il lavoro terapeutico con EMDR risulti efficace e si possa procedere verso una risoluzione adattiva dei ricordi traumatici, è necessario che queste parti si sentano viste, capite, accolte nel loro dolore. Sarà necessario, pertanto, effettuare interventi di validazione e legittimazione della sofferenza della parte ferita e un lavoro di co-consapevolezza e sviluppo di empatia e comprensione tra le parti.

Le parti protettive

Quando il soggetto vive un evento traumatico, accanto alle parti ferite si formano parti che hanno l'obiettivo di proteggere queste ultime, attraverso strategie e comportamenti adattivi che si sono resi necessari per la sopravvivenza dell'individuo. È fondamentale tenere conto del ruolo che le parti protettive rivestono nella vita quotidiana del paziente: solo così sarà possibile

strutturare un buon lavoro terapeutico. È necessario quindi riconoscere la loro presenza per poi accoglierle, comprenderle, legittimarle e integrarle. Le parti protettive hanno bisogno di potersi fidare delle altre parti e del terapeuta. Il lavoro terapeutico, infatti, dovrà avere come primo obiettivo la costruzione dell'alleanza e di un assetto cooperativo con le parti stesse. È importante sottolineare che i ruoli e le mansioni delle parti (ovvero le modalità comportamentali attraverso cui agiscono per proteggere il soggetto) lungo il corso della vita possono cambiare e manifestarsi attraverso comportamenti diversi che a volte risultano disfunzionali, dolorosi o anche spaventanti. Proprio per questo motivo il paziente può non accettare la modalità con cui la parte lo protegge o esserne infastidito o spaventato. Un primo passo in tal senso è la riformulazione, insieme al paziente e alla parte, della sua reale funzione, riconoscendole l'utilità protettiva che ha svolto perché il paziente potesse continuare a vivere la propria vita. Rileggere ogni comportamento, anche quello apparentemente più dannoso (restrizione alimentare, autolesionismo, comportamenti anticonservativi), cercando di evidenziare la sua funzione, offre la possibilità alla parte di sentirsi compresa nei suoi obiettivi; solo così essa potrà trovare successivamente altre modalità maggiormente funzionali dirette al raggiungimento dello stesso obiettivo.

È fondamentale ricordare che quando si lavora con le parti protettive del sé, ciò che viene legittimato e riconosciuto come valido è l'obiettivo che quella parte vuole raggiungere (ovvero proteggere il paziente) e non le modalità con cui cerca di raggiungerlo. Va spiegato quindi al paziente che le strategie utilizzate come difesa (seppur a volte molto costose dal punto di vista sia emotivo che fisico) sono state apprese in un tempo diverso, un tempo nel quale erano le uniche disponibili e funzionali per difendere il paziente. Le parti protettive, infatti, custodiscono informazioni importanti, hanno molte risorse e grande forza, e solo attraverso di loro è possibile accedere e curare la parte ferita. Proprio per questo motivo le parti protettive possono vivere il non essere legittimate e riconosciute come una minaccia, tanto da arrivare a ostacolare il percorso terapeutico.

La parte adulta

La parte adulta del paziente è la parte del sé che svolge le normali attività della vita quotidiana e che ha deciso di chiedere aiuto attraverso il percorso terapeutico. È una parte molto importante perché attraverso di essa si può aiutare il paziente a sperimentare una sensazione di autonomia e di controllo. Mediante il sé adulto è infatti possibile dialogare con le altre parti e il pazien-

te può imparare a riconoscere i bisogni di ciascuna di esse, inclusi i bisogni interni delle parti ferite.

È il sé adulto che, sotto la guida e l'aiuto del terapeuta, prende contatto con tutte le parti; in questo modo l'autonomia del paziente è costantemente rinforzata. L'obiettivo principale del percorso terapeutico è quindi quello di aiutare i pazienti, attraverso la loro parte adulta, nella comprensione dei bisogni, dei sentimenti di tutte le parti del sé, in modo da sviluppare le strategie più efficaci per cooperare con loro. Solo così potranno sviluppare le proprie capacità di auto-cura, riuscendo a utilizzare queste competenze anche al di fuori del setting terapeutico.

Fobia fra le parti

Molto spesso i pazienti traumatizzati possono sviluppare una vera e propria fobia delle parti o fobia dissociativa. Essi presentano un mondo interno in cui le parti non hanno consapevolezza le une delle altre e sono ostili fra di loro. Ad esempio, è possibile che la parte adulta sviluppi una fobia nei confronti della parte ferita o della parte protettiva.

La parte adulta, infatti, può essere spaventata dalle modalità comportamentali messe in atto da queste parti, percependole come disfunzionali e non comprendendo le loro motivazioni. Si può assistere a una vera e propria fobia e rifiuto della parte adulta del paziente verso la parte bambina, in quanto portatrice del dolore del trauma. Dal punto di vista terapeutico, se ci si trova in tale condizione, è importante non intervenire subito sulla parte ferita, ma iniziare ad accogliere, validare, legittimare e integrare la parte che la protegge. Altre volte è possibile che vi sia un timore diretto verso la parte protettiva, che utilizza modalità che fanno stare male il paziente e possono spaventarla: pensiamo a una parte che porta ad agiti pericolosi, o a pensieri e tentativi suicidari, ecc. Soltanto attraverso l'integrazione queste parti potranno sentirsi finalmente accolte, viste e capite; solo dopo il raggiungimento di questo obiettivo sarà possibile che le parti protettive trovino, insieme a quella adulta, dei modi di difendere le parti ferite più funzionali e che si adattino meglio alle necessità del paziente nel presente.

La psicoeducazione

L'intervento di psicoeducazione ha l'obiettivo di fornire al paziente nozioni rispetto sia ai sintomi dissociativi che alle parti del sé, per normalizzare e legittimare il suo vissuto e aiutarlo a comprenderne il significato.

È fondamentale parlare al paziente in termini semplici e chiari, spiegando che cosa s'intende con dissociazione: un processo difensivo che ognuno di noi mette in atto inconsapevolmente per proteggersi dal dolore. Inoltre, è utile che egli sappia che esperienze quotidiane di dissociazione sono comuni (ad esempio dimenticarsi dove si è messo le chiavi o compiere un'azione senza ricordarsi il perché). È molto importante che si senta accolto e validato, in modo che possa sentirsi libero di comunicare al terapeuta l'evento che l'ha portato alla reazione dissociativa. Le informazioni emerse possono infatti essere di enorme aiuto nell'identificare gli eventuali *trigger* a cui il paziente risponde con la modalità protettiva, consentendo di risalire all'origine di queste strategie difensive individuando, nella sua storia, gli eventi e le dinamiche relazionali che l'hanno condotto a sviluppare quel tipo di protezione. La comprensione del significato del sintomo dissociativo è di notevole importanza, poiché consente al paziente di raggiungere una maggiore consapevolezza di sé e permette al terapeuta di individuare le aree critiche su cui concentrare l'intervento.

Nel momento in cui, durante la seduta, individuiamo la presenza di una parte, è importante intervenire con la psicoeducazione. È utile che il paziente riconosca che dentro di sé sono presenti differenti parti del sé, alcune delle quali trattengono il dolore relativo agli eventi traumatici, e altre che intervengono in difesa di tali parti, per non sperimentare nuovamente quel vissuto. Il terapeuta può spiegare al paziente che, proprio per questo motivo, a volte queste parti risultano «congelate» al tempo del trauma, e non hanno alcuna consapevolezza che il paziente è cresciuto, è sopravvissuto all'evento e ha sviluppato nuove risorse. Le difese sono le parti che hanno svolto un ruolo di protezione essenziale facendo in modo che le emozioni soverchianti, disregolate, non avessero il sopravvento al punto da minare l'equilibrio psicologico della persona.

Se il paziente sperimenta dei sintomi dissociativi in seduta, o se notiamo l'emergere di una parte, è importante farlo riflettere su questa attivazione notandola e condividendola, cercando di comprenderla insieme, ad esempio individuando quali sono stati i trigger: *«Come sa, tutti noi abbiamo delle parti, parti che hanno sofferto, parti che la proteggono; in questo caso stiamo vedendo probabilmente la presenza di una sua parte che si sta attivando. Secondo lei, quale parte di lei è intervenuta? Da cosa vuole proteggerla? In cosa vuole aiutarla?»*.

Riportiamo di seguito, a mo' di esempio, alcuni stralci di sedute in cui si sono messi in atto degli interventi di psicoeducazione riguardanti i sintomi dissociativi. Perché questi interventi del terapeuta risultino più chiari per il lettore, sono preceduti da una breve presentazione clinica dei pazienti.

F. è una ragazza di 23 anni che richiede un trattamento terapeutico a causa di importanti crisi depressive. Di seguito è riportato un trascritto in cui la terapeuta effettua un intervento di psicoeducazione riguardante gli effetti degli eventi traumatici infantili sulla personalità adulta e sulla formazione delle parti del sé ferite e delle parti del sé protettive.

TERAPEUTA: «Quando noi viviamo esperienze difficili, è come se alcune parti di noi siano ferme a quei momenti lì. A quei momenti in cui abbiamo vissuto il trauma. Ed è altrettanto vero che quando noi viviamo delle cose difficili, oltre alle parti che le subiscono, ci sono parti che intervengono per proteggere queste parti molto fragili. La prima cosa che cercheremo di fare insieme oggi è conoscere alcune tue parti... quelle che vogliono arrivare, quelle che si fidano nel mostrarsi, quelle che vogliono forse iniziare a dirci qualcosa...».

* * *

B. è una ragazza di 15 anni, in terapia con una diagnosi di anoressia nervosa e un BMI di 13 al momento della presa in carico. Di seguito sono riportati vari stralci delle sue sedute. Il primo riguarda un intervento di psicoeducazione sulla parte bambina e le parti protettive che vivono ancora al tempo del trauma. Affinché la paziente possa proseguire con il lavoro terapeutico, è necessario che le venga spiegata l'importanza di accogliere tutte le emozioni della parte ferita e gli obiettivi della parte protettiva che è intervenuta per difenderla dal dolore. Come primo obiettivo, pertanto, è importante validare e accogliere tutte le parti, facendole sentire capite e viste. Inoltre, quando è necessario un intervento di orientamento spazio-temporale, è importante spiegare alla paziente che nel momento presente è al sicuro e che il ricordo dell'evento traumatico appartiene al passato.

PAZIENTE: «Sì, rispetto alla mia sofferenza mi sento meglio, però è come se ci fossero due persone dentro di me che dicono due cose diverse: una che dice: "Vai, c'è qualcosa qui, lavoraci", e l'altra: "No, no, zitta". Come se non avessimo ancora centrato il bersaglio, però ci siamo avvicinate».

TERAPEUTA: «Probabilmente è importante lavorare con questa parte per tranquillizzarla, dicendole che davvero può venire fuori tutto, perché possiamo gestire qualsiasi cosa, anzi probabilmente è quello che non viene fuori che continua a farci stare male. Una volta che viene fuori, qualsiasi cosa sia, non è più pericoloso perché si tratta di cose successe ormai nel passato. Anzi, il farlo venir fuori in realtà ci protegge molto di più oggi, ci permette di essere molto più attente,

difese... perché siamo molto più protette. Se una cosa accade quando si è bambini non si hanno le difese, le protezioni, e si subisce, ma nel momento in cui nell'oggi, da adulti, questa cosa viene fuori e si sa che è successa, ci si può lavorare e proteggersi, anche perché mi dico che è successa ma che non succederà più. Ora sono adulta, mi posso difendere — proprio alla luce del fatto che elaboro quello che è accaduto. Adesso posso gestire qualsiasi cosa mi capiti, però è importante che quello che ci stiamo dicendo venga accolto dalla parte che ti difende, protegge...».

Nel trascritto seguente, la terapeuta sottolinea l'importanza di accogliere la parte protettiva, comprendere le sue motivazioni e i suoi obiettivi, al di là delle modalità con cui essa si esprime: le modalità con cui si esprime una difesa (ad esempio la parte del controllo nelle pazienti anoressiche che dice di non mangiare) sono spesso disfunzionali e erroneamente si ritiene siano da estirpare. È fondamentale riconoscere gli obiettivi della difesa, e validarli e legittimarli, per accogliere la paura di quella parte di essere mandata via e, di conseguenza, di non poter più difendere la paziente dal dolore del trauma.

PAZIENTE: «Nel senso che questa parte mi ha protetta... cioè, io è come se magari non mi rendessi conto del fatto che gli altri, fra virgolette, mi schiacciassero?! E... cioè, solo adesso e ripensando a questo mi viene in mente...».

TERAPEUTA: «Eh sì, e tra l'altro lei è proprio dovuta intervenire per proteggerti nei momenti in cui succedevano queste cose e tu ti sentivi così. Come se fosse intervenuta la malattia, una parte tua molto più forte, che ti ha protetto da queste situazioni, e probabilmente lei teme che, se noi andiamo a lavorare su quello che ti è successo, non potrà più proteggerti. E allora dobbiamo dirle che invece abbiamo bisogno di lei sempre... ma dobbiamo dirglielo, perché altrimenti lei teme di non poterti proteggere, mentre noi abbiamo proprio bisogno del suo aiuto. Perché lei ha paura, spesso le parti più forti hanno paura di essere mandate via, di non poter più svolgere il loro ruolo quando si va in terapia e quando tocchiamo le parti più fragili che loro proteggono. [...] Perché lei teme che se andiamo a toccare la parte fragile, quella parte lei non potrà più aiutarla... e dobbiamo dire a questa parte che invece noi abbiamo sempre, avremo sempre bisogno di lei, che abbiamo bisogno che ci aiuti a curare quella parte, un po' come se arrivasse un medico che deve curare una bambina, ma chiaramente per farlo ha bisogno della mamma, anzi la mamma sarà sempre lì... ad accudire, no? Dobbiamo dire a questa parte che noi abbiamo bisogno del suo aiuto... Proviamo un po' a dirglielo».

Il trascritto che segue è tratto dalla fase conclusiva di una seduta in cui la paziente riporta delle emozioni e un'attivazione fisica disturbanti. L'intervento di psicoeducazione è stato utilizzato per aiutare B. a comprendere e legittimare ciò che il suo corpo le stava comunicando in relazione a eventi del passato.

TERAPEUTA: «Prova a immaginare se c'è ancora qualcos'altro che le tue gambe vogliono dirti con questa sensazione».

SBL

PAZIENTE: «Allora, adesso magari sto dicendo una cosa non vera perché è probabile che... che non fosse in quegli anni, però mi ricordo una cosa che mi ha detto e che non mi ricordavo: che il nonno ha avuto un infarto. Cioè, la mamma mi dice sempre un "leggero infarto", quindi qualcosa di poco grave, e non lo so se è capitato in quegli anni lì, però lei [la mamma] già 3 anni prima aveva perso la mamma».

TP: «Quindi vuol dire che sicuramente hai sentito tanta fatica».

PZ: «Però, ti ripeto, è probabile che mi stia sbagliando, che sia una cosa accaduta più tardi».

TP: «Proviamo però a dire alle nostre gambe che forse possono aver ragione in questo senso».

SBL

PZ: «Adesso va un pochino meglio... c'è sempre un pochino la sensazione, però...».

TP: «Sai, B., se c'è un segnale è importante che lo accogliamo, perché a volte il nostro corpo ci dice delle cose importanti, a volte magari abbiamo anche bisogno di tenerci per un po' delle sensazioni proprio per fare in modo di capire bene tutto quello che il nostro corpo ci vuole dire, perché, evidentemente, quelle sensazioni ci vogliono dire tante cose di quello che anche noi abbiamo sentito in quel periodo. Per cui va benissimo, B., quando ti vengono quelle sensazioni, e se dovessero anche un po' rimanere tu prova sempre a dirti: che cosa mi vogliono dire? E l'ipotesi che ti porta in direzione di quello che senti è comunque un'ipotesi che va benissimo... perché vuol dire che se il tuo sistema ha bisogno di portarti quelle cose, ci sono delle ragioni...».

Le tecniche di grounding

È possibile che il paziente sperimenti dei sintomi dissociativi durante le diverse fasi della terapia. Nel momento in cui il terapeuta sospetta che il

paziente stia vivendo un episodio dissociativo, è fondamentale, come primo passo, aiutarlo a ri-orientarsi al presente attraverso degli interventi specifici e, successivamente, riflettere con lui rispetto a quanto accaduto. Attraverso tali interventi, infatti, lo si aiuta a rimanere presente a se stesso e a continuare il lavoro terapeutico. È importante ricordare che, nei momenti in cui egli vive un episodio dissociativo durante l'elaborazione di un target, è necessario interrompere la stimolazione bilaterale. Inoltre, la condivisione con il terapeuta di ciò che il paziente ha sperimentato durante l'episodio dissociativo lo aiuta ad aumentare il suo senso di sicurezza e a sentirsi maggiormente accolto.

Le tecniche utilizzate dal terapeuta in queste circostanze vengono raccolte sotto il termine di *grounding*. Questa parola (letteralmente «essere radicati» alla terra e, per estensione, alla realtà) è stata introdotta da Alexander Lowen (1993, 2006) facendo riferimento all'interazione tra mente e corpo. Secondo l'autore, infatti, per sentirsi bilanciati e in contatto con la realtà l'essere umano necessita di essere radicato al terreno e consapevole di avere i piedi per terra. Le strategie di *grounding* risultano fondamentali strumenti di lavoro con i pazienti che sperimentano sintomi dissociativi, in quanto li aiutano a recuperare uno stato di equilibrio tramite l'acquisizione della consapevolezza della realtà e la capacità di tollerarla.

Le tecniche di *grounding* possono essere di diverso tipo. Una delle principali è il *refocusing*, attraverso cui è possibile riorientare il paziente nel tempo e nello spazio, facendo in modo che possa sentirsi nel qui e ora e non più immerso nel dolore del passato (Kennetley, 1996). Il *refocusing* può essere condotto grazie all'utilizzo di parole, oggetti, immagini e frasi:

1. individuando parole che riportino il paziente al presente, come il suo nome, il posto di lavoro, la data del giorno corrente, il nome del partner e così via;
2. utilizzando alcuni oggetti tangibili e portatili associati al momento presente da offrire al paziente, come una pallina anti-stress e/o dei sacchettiini con all'interno delle essenze da annusare. Si possono utilizzare anche degli oggetti che appartengono al paziente assicurandosi però che siano funzionali al raggiungimento dell'obiettivo e che non incrementino, al contrario, la sintomatologia;
3. concordando un'immagine scelta dal paziente che rievochi un posto sicuro, sereno e tranquillo. È importante elicitare in lui modalità sensoriali, perché possa sperimentare il benessere anche attraverso il corpo. Si può poi associare questa immagine a esercizi di rilassamento;
4. concordando con il paziente una frase e pronunciandola successivamente per ricordargli che si trova nel presente.