

Congresso Nazionale EMDR:
"Applicazioni cliniche dell'EMDR"
Milano, 7-9 novembre 2008

Michele Giannantonio

Psicologo, psicoterapeuta

Supervisore e facilitatore EMDR

m-giannantonio@mclink.it

L'integrazione impossibile: accedere alle emozioni attraverso strategie immaginative e corporee

Parole chiave: intervento cognitivo integrativo, dissociazione, iperassociazione, tecniche immaginative, postura corporea

ABSTRACT

Il modello paradigmatico di intervento clinico al quale l'EMDR si ispira è di non interferenza all'interno dell'elaborazione adattiva prodotta autonomamente dal paziente, stimolato da una ottimale relazione terapeutica e dalla stimolazione bilaterale all'interno di un campo di attenzione duale. Nondimeno, è esperienza abituale del clinico come tale modello incappi regolarmente all'interno di stalli rielaborativi che impediscono una adeguata desensibilizzazione e rielaborazione degli eventi stressanti o francamente traumatici. Per tale motivo, l'EMDR può massimizzare la sua efficacia psicoterapeutica attraverso l'impiego di specifiche strategie di "intervento cognitivo integrativo", finalizzate all'implementazione adattiva ed ecologica delle risorse inattuabili da parte del paziente. In questa comunicazione, che prende in parte ispirazione dalle domande e dalle difficoltà emergenti nei colleghi durante l'attività di supervisione, attraverso differenti esemplificazioni cliniche si intenderà mostrare l'impiego flessibile ed euristico di strategie immaginative e corporee come interventi integrativi di particolare efficacia. In particolare, verrà posta una specifica attenzione nei confronti degli stalli integrativi dovuti principalmente a meccanismi dissociativi che possono causare difficoltà anche notevoli all'attività dello psicoterapeuta. Fenomeni dissociativi massicci, infatti, possono mostrarsi

sin dall'inizio (in particolare qualora l'evento abbia suscitato una dissociazione peritraumatica), ad esempio rendendo apparentemente non affrontabile il ricordo del paziente, in quanto non evocatore di alcuna risonanza emotiva; diversamente, la gestione dissociativa dei ricordi comparirà tra una seduta e l'altra, oppure all'interno del processo elaborativo condotto con l'EMDR. Verrà mostrato come la dissociazione, che può rendere impossibile l'elaborazione, possa - in alcune situazioni specifiche - essere gradualmente ridotta **iperassociando** il paziente nei confronti dei propri ricordi, di volta in volta privilegiando attività rivolte nei confronti delle immagini mentali oppure attraverso l'adozione di posture corporee finalizzate alla rottura delle barriere dissociative.

Introduzione

Il processo elaborativo previsto dall'EMDR inizia attraverso la focalizzazione nei confronti di una specifica esperienza, elicitata necessariamente attraverso un accesso contemporaneo a differenti registri mnemonici ed esperienziali:

- 1) immaginativo/percettivo;
- 2) cognitivo;
- 3) emotivo;
- 4) somatico/propriocettivo.

La presenza di sintomi dissociativi può tipicamente rendere difficile l'elaborazione di eventi critici in quanto può interferire - con differenti livelli di pervasività - sui versanti immaginativo/percettivo, emotivo e somatico/propriocettivo, in quanto la dissociazione, nel senso più lato possibile, può essere definita come "uno stato di coscienza frammentato che implica amnesia, senso di irrealtà e sensazione di essere distaccati da se stessi o dal proprio ambiente" (Steinberg, Schnall, 2001).

L'esempio più evidente di emparse dissociativa a livello immaginativo/percettivo è l'**amnesia**: il paziente non ricorda in un formato narrativo un evento o una serie di eventi di particolare rilevanza. Difficoltà di questo tipo possono spesso essere bypassate attraverso la tecnica dell'*affetto-ponte*, o comunque attraverso l'impiego di dispositivi psicoterapeutici basati sull'accesso alla codifica stato-dipendente dei ricordi (Rossi, 1986; Lynn, Cardeña, 2007). Lo spunto per l'applicazione di questi approcci possono essere, ad esempio, emozioni e sensazioni **incongruenti** che emergono durante l'attività sessuale, l'applicazione di tecniche sessuologiche (Giannantonio, 2005a), la compilazione di

specifici questionari sessuologici (Giannantonio, 2006, 2008) o all'interno della vita ordinaria del paziente.

Diverso è il caso in cui il ricordo sotto forma narrativa ed immaginativa non venga riferito perché - svuotato affettivamente ma non "dimenticato" - non viene riconosciuto come rilevante dal paziente stesso. Ancora diversamente, il ricordo viene invece riferito dal paziente e valutato cognitivamente nella sua rilevanza, ma è precluso l'accesso nei confronti di alcuni aspetti percettivi determinanti (ad esempio, olfattivi, gustativi o tattili). In alcuni casi tali lacune mnestiche non sono imputabili a dissociazione intesa come difesa, ma a deficit nei processi di memorizzazione dovuti ad eventi che hanno soverchiato le abituali capacità di memorizzazione stessa (Briere, 1997; Eisen et al., 1999; van der Kolk, Fislser, 1995; per una rassegna sugli aspetti neurobiologici della dissociazione: de Kloet, Oitzl, Vermetten, 2008 e Vermetten, Dorahy, Spiegel, 2007). In questi casi queste amnesie settoriali non saranno reversibili perché non esistono letteralmente ricordi da "recuperare", senza che ciò pregiudichi in nessun modo l'efficacia dell'intervento psicoterapeutico (Briere, 1997; Giannantonio, 2005b). L'**assenza di risonanza emotiva**, invece, deve fare pensare all'ipotesi che tali assenze percettive siano frutto di dissociazione, e dovranno quindi essere eliminate durante in processo psicoterapeutico (vedi oltre).

Su un **piano emotivo** la presenza di una modalità dissociativa di gestione dei ricordi può evidenziarsi quando il paziente è anche in grado di riferire un evento significativo e, se condotto adeguatamente dallo psicoterapeuta, rileva l'eco somatica seguente all'accesso, ma sembra impossibilitato ad attribuire una qualsivoglia connotazione emotiva all'attivazione stessa. L'attivazione corporea non sembra quindi veicolare alcun significato; si possono verificare, ad esempio, situazioni in cui il paziente riferisce tensioni alle mascelle, contrazioni allo stomaco, "chiusura" della gola, senza che sappia attribuire un nome a ciò che sta provando. Una simile evidenza clinica non può essere spiegata inevitabilmente attraverso la dissociazione, ma potrebbe essere dovuta anche a 1) strategie di esclusione selettiva delle informazioni (Bowlby, 1988) di differente natura, 2) alestitimia (Taylor, Bagby, Parker, 1997) o anche a 3) semplice incompetenza emotiva.

Di particolare rilevanza clinica sono i sintomi dissociativi che implicano, invece, un totale **distanziamento somatico**: eventi critici o anche drammatici possono essere riferiti con assoluta mancanza di partecipazione emotiva e somatica. In alcuni casi, il paziente stesso è consapevole della discrepanza tra il registro verbale e quello emotivo-somatico, ma in casi differenti, di norma di maggiore complessità clinica, i meccanismi dissociativi sono così efficaci o cronici da non destare nel paziente alcuna consapevolezza di incongruenza nella

sua narrazione.

La presente comunicazione vuol soffermarsi soprattutto nei confronti di questi target “silenti”, che in sede di supervisione sono risultati di particolare difficoltà nella gestione clinica da parte dello psicoterapeuta non esperto nell’uso dell’EMDR. Può succedere, infatti, che lo psicoterapeuta a) non si accorga della rilevanza clinica di tali target in quanto, appunto, silenti oppure che, pur riconoscendone l’importanza b) non riesca ad attivare l’elaborazione del paziente in relazione ad essi.

Innanzitutto, risulterà di particolare utilità sia teoretica che clinica distinguere tra assenza di emozioni dovuta ad un evitamento attivo versus assenza emotiva dovuta a dissociazione. Nel primo caso sarà evidente lo **sforzo attivo** da parte del paziente **per non sentire**, ad esempio attraverso le seguenti strategie, anche utilizzate in modo totalmente inconsapevole, frequentemente riscontrabili, ad esempio, nei pazienti con Disturbo di Panico (Giannantonio, Lenzi, in stampa):

- 1) banalizzazione;
- 2) razionalizzazione;
- 3) continuo tentativo di cambiare argomento;
- 4) narrazione attraverso modalità metaverbali incompatibili con i contenuti, tipicamente attraverso un sorriso assolutamente dissonante;
- 5) narrazione su un piano ostinatamente semantico, che evita il più possibile di concretizzarsi sul piano episodico.

Il distacco dissociativo, invece, si caratterizza per un profonda disconnessione che non richiede sforzo alcuno. Il paziente, semplicemente, non sente nulla, oppure riferisce una strana sensazione di ovattamento mentre racconta.

IPERASSOCIAZIONE

«Conoscere davvero non significa sapere, ma “essere con”»

(Otto Weininger)

«Il nome è l’ospite della realtà»

(Chuang Tzu)

“Non si può sconfiggere un nemico in absentia o in effigie”, indicava già Freud nel 1912. Paradigma della psicoterapia tout court e non semplicemente per chi lavora con l’EMDR,

ciò indica che non si può produrre una psicoterapia efficace se il paziente non ha accesso emotivo-somatico nei confronti dei suoi ricordi. Lavorare “in absentia o in effigie” produce tipicamente un’elaborazione nulla o molto poco significativa. Prima di applicare l’EMDR, quindi, il paziente dovrà essere messo nelle condizioni di entrare in contatto con i suoi ricordi, senza esserne travolto (sulle strategie di stabilizzazione preventiva del paziente: Giannantonio, 2005b). Strategie di particolare efficacia consentono di **iperassociare gradualmente** il paziente nei confronti del suo ricordo, sino a quando non sarà in grado di sentire in modo emotivamente e sensorialmente pregnante. A quel punto si potrà applicare il protocollo standard EMDR per il Disturbo Post-traumatico da Stress.

LE SCATOLE CINESI

Un approccio tecnico semplice e molto potente, che chiameremo le “scatole cinesi”, si basa sull’analogia secondo la quale l’accesso alle emozioni da parte del paziente sarà possibile solo quando avrà aperte, una dopo l’altra, le scatole progressive all’interno delle quali sono “racchiuse” le emozioni. Tipicamente, in caso di dissociazione l’accesso sarà tutto-o-nulla, e una volta aperta una specifica “scatola” l’accesso sarà completo, immediato e di elevata intensità. Una vignetta clinica può illustrare un’applicazione classica dell’approccio delle scatole cinesi.

Paola è una ragazza di 26 che tre anni prima ha subito uno stupro; accettando il passaggio da uno sconosciuto uscita dalla discoteca, si è ritrovata in un bosco sulla macchina di lui, il sedile dell’auto abbassato, un coltello alla gola. Al momento della richiesta di psicoterapia, Paola lamenta anorgasmia e ipoestesia a livello genitale, ovvero una *dissociazione somatoforme* (Nijenhuis, 2004). Durante la narrazione dei fatti Paola è totalmente distaccata, consapevole della patologicità del fatto, ma impossibilitata a fare qualcosa di differente dal raccontare in modo totalmente silente.

Chiedo a Paola se possiamo provare a vedere insieme se è possibile entrare in contatto con le sue emozioni. Andando “a caccia” di emozioni forti e potenzialmente destabilizzanti, infatti, il paziente deve essere preventivamente preparato, in grado di contenere le sue emozioni e collaborativo, già informato sull’uso dell’EMDR che verrà fatto in seguito all’accesso emotivo.

- 1) Le chiedo innanzitutto di chiudere i suoi occhi e di ripercorrere mentalmente il film dello stupro, limitandosi ad osservare le scene e ad ascoltare in che modo risuonano dentro di lei, senza bisogno di parlare o di ragionare; in molti casi questo semplice

artificio spezza la barriera dissociativa, magari connettendo la persona nei confronti di elementi percettivi prima dissociati, ma Paola resta totalmente indifferente;

- 2) associandola con maggiore intensità, passo quindi alla “scatola successiva”, e chiedo a Paola di chiudere nuovamente gli occhi ed osservare gli eventi, ma come se fosse nel bosco ad osservare quello che accade, come fosse un “testimone invisibile”; usando le parole di Paola, le descrivo l’evento in modo molto sintetico, ma resta impassibile.
- 3) Le chiedo, quindi, di riguardarsi ancora gli eventi ad occhi chiusi, ma come se fosse seduta sul sedile posteriore ad osservare quello che accade tra quelle due persone; anche se viene aperta un’altra scatola, Paola rimane totalmente distaccata.
- 4) La associo ulteriormente chiedendole di osservare l’accaduto come se fosse sul sedile anteriore, ad osservare il viso di se stessa mentre subisce lo stupro: distaccata.
- 5) Apro ancora una scatola, quella che si rivelerà essere quella definitiva: le chiedo di osservare ancora dal sedile anteriore, ponendo però l’attenzione sul pene di quell’uomo, sottolineando che entra e che esce dalla vagina. Paola ottiene a questo punto un accesso immediato e molto intenso, ed è pronta per lavorare con l’EMDR (Fig. 1).

In quell’unica seduta Paola ha completamente elaborato il target, a dispetto della enorme difficoltà di accesso che poteva lasciare pensare - erroneamente - di trovarsi di fronte ad un paziente totalmente “bloccato”. Durante l’elaborazione Paola ha ricordato di essersi completamente dissociata durante lo stupro, di essersi sentita come fuori dal corpo e di avere pensato di essere al sicuro, perché quello che accadeva riguardava solo “un corpo”, e non “lei”.

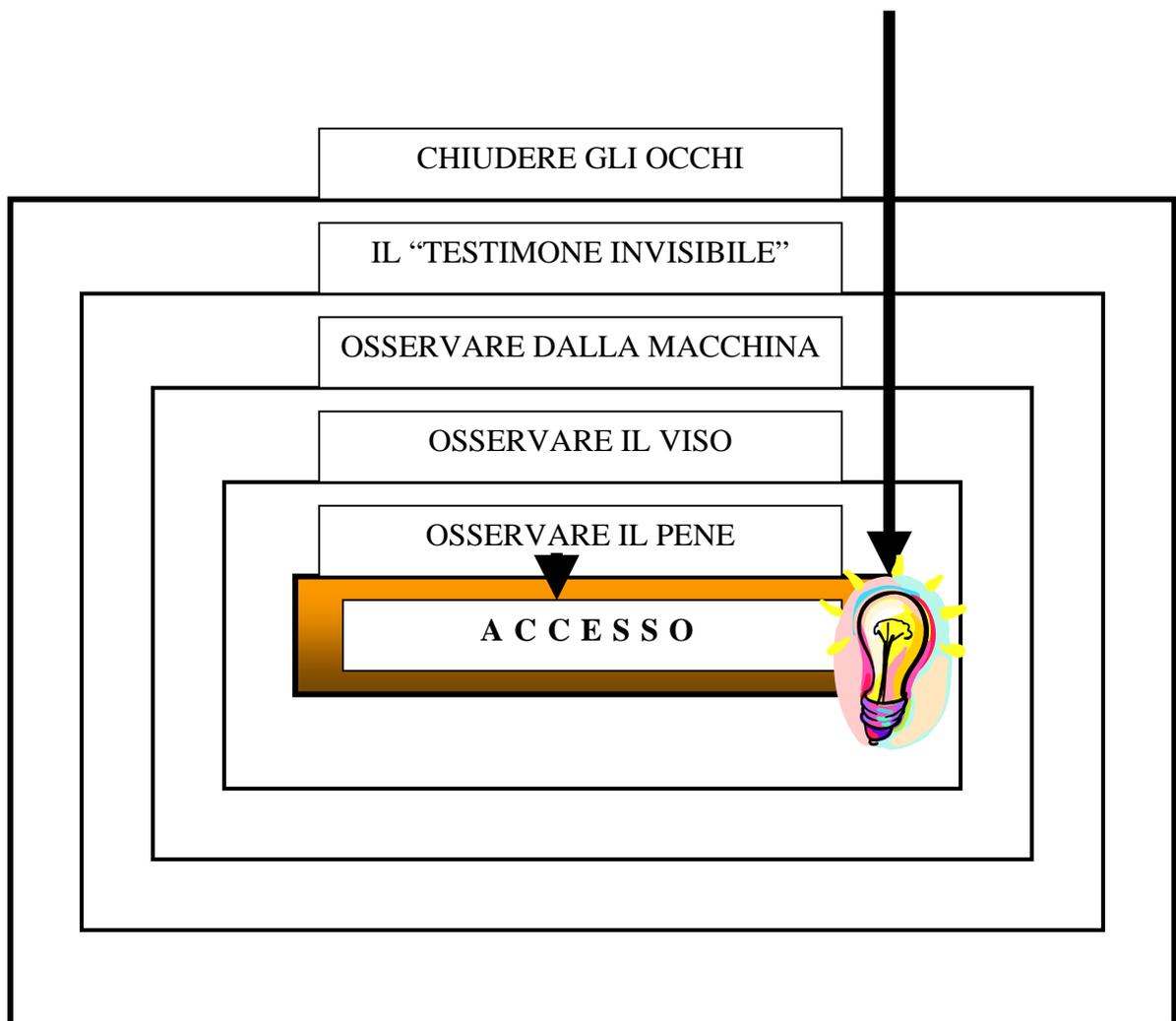


Fig. 1 Esempio di tecnica delle scatole cinesi per accedere ad emozioni e sensazioni dissociate

PROMUOVERE E SUPPORTARE LA COMPASSIONE VERSO DI SE

A volte la tecnica delle scatole cinesi come descritta sin'ora non è efficace come nel caso di Paola, in particolar modo quando gli eventi riguardano fatti accaduti a se stessi da bambini, e si è restii ad entrare in contatto con le emozioni provate "da quel bambino". Può accadere, infatti, che le strategie dissociative si sommino a quelle basate sull'**evitamento**, constatando come in prossimità della rottura della barriera dissociativa il paziente inizi ad ostacolare il processo di accesso nei confronti delle emozioni dissociate: inizia a provare disagio, imbarazzo, fastidio prima inesistente verso l'attività di indagine del terapeuta,

pone domande teoriche sulle procedure di lavoro in modo visibilmente fuori luogo o retorico, etc.

Al termine della tecnica delle scatole cinesi così come descritta precedentemente, qualora inefficace, si possono quindi aprire ancora “un paio di scatole”, ad esempio chiedendo al paziente:

- 1) di toccare il bambino coinvolto nell'evento e, se inefficace
- 2) di guardare il bambino negli occhi mentre lo prende per mano, chiedendosi che cosa stia provando in quel momento e di che cosa abbia realmente bisogno, avendo cura di proporre la prescrizione con autentico interessamento e coinvolgimento supportivo.

Mettere in contatto un paziente con una parte dissociata di sé, tipicamente infantile, è uno strumento di straordinaria potenza ed efficacia per integrare processi dissociativi strutturali e radicati, alla base di Disturbi Dissociativi e di Personalità di particolare gravità. Usando le parole della Steinberg, si dovrà utilizzare l'approccio delle “quattro C”: consolazione, comunicazione, cooperazione, connessione (Steinberg, Snall, 2001), che può essere grandemente sostenuto e amplificato anche attraverso l'uso dell'EMDR (Giannantonio, 2004; Phillips, Frederick, 1995).

POSTURA CORPOREA E TECNICHE DI DRAMMATIZZAZIONE

Nell'esperienza di chi scrive, raramente la tecnica delle scatole cinesi arricchita della promozione della compassione verso di sé risulta inefficace per accedere alle emozioni di un target emotivamente dissociato. Nel caso di Antonella, però, la barriera dissociativa è stata bypassata diversamente; approcci simili, in particolare come quello utilizzato nel caso di Laura esposto nel prosieguo, a causa della loro intrinseca delicatezza, richiedono un'alleanza terapeutica particolarmente forte ed emotivamente limpida. Antonella è una donna di 46 anni che da una età non ricordabile fino ai 18 anni ha avuto un regolare rapporto incestuoso comprendente penetrazione con il padre, fatti confermati dal fratello, anch'egli coinvolto nella medesima relazione incestuosa. Tra una seduta e l'altra Antonella ricorda - in modo totalmente anaffettivo e con un radicale senso di estraneità - il seguente evento: ha circa 7 anni, è sdraiata sul letto dei suoi genitori, nuda e tremante, e suo padre si sta avvicinando. Neanche applicando la tecnica delle scatole cinesi fino alla stimolazione della compassione verso quella bambina è possibile per Antonella provare qualcosa di

differente rispetto ad un distacco totale, che peraltro lei recepisce in modo totalmente egosintonico, dando per scontato che il mio tentativo di approfondimento sia privo di ogni senso e utilità. Avevo invece deciso di insistere su questo ricordo perché gli altri eventi ricordati dalla paziente erano molto posteriori rispetto ad esso, e sicuramente molto lontani nel tempo rispetto all'inizio degli abusi sessuali, così come ipotizzabile sulla base dell'anamnesi della paziente. Dopo l'applicazione inefficace della tecnica delle scatole cinesi sin qui descritta, provo ad aprire un'altra scatola, e le chiedo quindi se è disponibile a sdraiarsi sul lettino del mio studio, e ad assumere con il corpo la posizione che la bambina assume nel suo ricordo. Antonella si è alzata sbuffando, scocciata per una mia richiesta percepita come assurda ed inutile. Non appena, però, ha assunto con le gambe la posizione assunta nel ricordo, ovvero mettendole in modo impercettibilmente divaricato, Antonella ha aperto l'ultima scatola, ovvero ha avuto un accesso immediato alle emozioni e alle sensazioni fisiche legate a quel ricordo, rendendo possibile un lavoro molto efficace e veloce con l'EMDR.

L'impiego della postura fisica per stimolare l'accesso nei confronti emozioni dissociate, e quindi per rendere applicabile l'EMDR ma forse anche ogni altro tipo di psicoterapia che voglia provare ad essere efficace, può essere effettuato anche diversamente rispetto al processo delle scatole cinesi descritto sin'ora, così come è stato effettuato nel caso di Elena. Si tratta di una donna di 35 anni che presenta un gravissima agorafobia da 8 anni, il cui esordio data circa un anno dalla morte della madre per emorragia cerebrale. Questo lutto, inoltre, è stato preceduto anche dalla morte del padre pochi mesi prima. Le caratteristiche di gestione dissociativa nei confronti degli eventi traumatici era stata rilevata sin dall'inizio della terapia, in quanto solo una indagine estremamente meticolosa all'interno della narrazione della malattia e della morte della madre aveva permesso l'emergere di emozioni che la paziente, intelligente ed estremamente collaborativa, non sapeva assolutamente di custodire dentro di sé. Secondo la paziente, infatti, aveva lavorato lungamente ed in modo risolutivo su questi ricordi durante una precedente psicoterapia durata due anni e mezzo. Tali aspetti dissociativi si sono evidenziati anche successivamente, quando l'evoluzione della psicoterapia ci ha portato a lavorare sui suoi ricordi relativi all'asilo. Per tutto il tempo di frequentazione di quel luogo, Elena ha vissuto l'esperienza di separazione nei confronti della madre con una elevatissima sofferenza, e con l'incapacità di interagire con il mondo esterno a causa del dolore intenso che provava sino al momento del ricongiungimento con la madre stessa. Il copione dell'andare all'asilo

era ulteriormente aggravato dal fatto che prima di uscire di casa la colazione era composta dall'assunzione di latte, che causava ogni mattina il vomito della paziente, scoprendo solo a molti anni di distanza che la paziente era allergica a quell'alimento. Una prima fase dell'intervento con l'EMDR ha portato la paziente a rielaborare l'aspetto dell'essere all'asilo conducendola, tra l'altro, ad immaginare di sfondare con l'auto il cancello dell'asilo, portando via con sé e rassicurando il sé infantile atterrito, fragile ed impotente. Alla seduta successiva ci accorgiamo però, con stupore da parte di entrambi, che la situazione della colazione sembra non evocare più alcuna emozione ma, anzi, si presenta alla mente della paziente in modo estremamente vago, dimostrandosi refrattaria ad essere afferrata attraverso la focalizzazione dell'attenzione. Anche l'osservazione di queste scene ad occhi chiusi lascia Elena totalmente indifferente. La invito quindi ad alzarsi, e a mostrare all'interno del mio studio come era disposta la cucina di allora, dove si trovasse la madre, la credenza, la porta di ingresso e così via. Elena mi spiega allora che la sua colazione si svolgeva seduta ad un tavolo, posto alle spalle della madre che, nel suo immaginario condiviso con me di stato di leggera trance (secondo la logica della memorizzazione stato-dipendente descritta in precedenza), era impegnata ai fornelli. A quel punto le ho chiesto di avvicinarsi alla bambina seduta al tavolo che stava immaginando di fronte a sé, e di guardarla negli occhi. Questo ha prodotto un immediato accesso alle emozioni dissociate, accompagnate dallo scrivente da una stimolazione bilaterale consistente nel tapping applicato alle sue spalle, mentre Elena continuava a guardare la bambina, e ad abreagire disperatamente.

Tecniche di drammatizzazione basate sull'uso della postura possono essere impiegate anche per l'elicitazione di risorse, risposte comportamentali che il paziente non riesce ad inserire all'interno dell'elaborazione con l'EMDR, o perché totalmente dissociate, o perché non esistenti. Laura è una ragazza di 26 anni che a 12 anni ha subito un abuso sessuale; portata in un luogo appartato con una scusa da parte di un adulto sconosciuto, Paola è stata denudata e toccata intimamente mentre l'adulto si masturbava. In quell'occasione non ha avuto nessuna reazione nei confronti del sopruso subito, così come accade frequentemente in questi casi, ma anche durante l'elaborazione con l'EMDR Laura continuava a bloccarsi: l'elaborazione cessava in coincidenza del momento topico della molestia, suscitando anche per questo un intenso malessere, senza che le emozioni si trasformassero, o comparissero reazioni di fuga o di aggressività, o che la storia si modificasse in qualunque modo, e in assenza di qualunque "convinzione bloccante" evidenziabile. Le strategie di intervento

cognitivo integrativo si dimostravano inutili a rimettere in moto l'elaborazione: Laura sembrava totalmente incapace di reagire e difendersi, difficoltà che ha mostrato per tutta la vita anche nei confronti dei propri genitori. Dopo averle chiesto il permesso di “premere sull'acceleratore” per sbloccare la situazione, ho chiesto allora a Laura di alzarsi e di mettersi in piedi appoggiata al muro del mio studio, vicino alla porta. Le ho quindi detto che mi sarei avvicinato sempre di più a lei, nel tentativo di suscitare una sua reazione. Il blocco, però e come prevedibile, continuava e manifestarsi anche nella realtà. Potevo avvicinarmi a pochi centimetri da Laura senza che questa facesse nulla per difendersi o per sottrarsi, nonostante mostrasse un evidente disagio. A distanza ravvicinata le chiesi quindi di che cosa avesse bisogno in quel momento. Rispondendo che aveva bisogno di scappare, le indicai la porta dello studio con la mano, e mi guardò come se per scappare avesse bisogno del mio permesso. Ripetemmo la scena della fuga per tre volte, diventando la fuga progressivamente una opzione di difesa automatica e senza necessità di permessi. A quel punto mi avvicinai ancora a Laura, precludendole però la possibilità di fuga con un mio braccio posto fra lei e la porta: si bloccò di nuovo, guardandomi fissa negli occhi. Le dissi che se non mi avesse allontanato mi sarei avvicinato ancora di più. Laura ha quindi cominciato a spingermi lontano, con sempre maggiore forza e convinzione, fino a diventare completamente convincente e adeguata alla situazione. A quel punto, sempre rimanendo in piedi, ho installato la neo formata risorsa attraverso i movimenti oculari, proseguendo poi la seduta di EMDR secondo il protocollo classico, ma avendo ora a disposizione una nuova risorsa per affrontare i ricordi traumatici, ma anche la sua storia familiare. Al termine di quella seduta Laura ha elaborato completamente l'abuso subito.

L'uso della postura come tecnica di intervento cognitivo-integrativo può avvenire anche in modo più semplice e fluente, come nel caso di Carla. La paziente si trova bloccata durante un'elaborazione di fronte al proprio padre, che non riesce a fronteggiare in alcun modo. Sembra paralizzata sulla sedia, ed è visibilmente contratta in tutto il corpo. Le chiedo allora di alzarsi in piedi, continuando in questa posizione la stimolazione bilaterale: Carla si sblocca e l'elaborazione prosegue in modo fluido.

ACCOGLIERSI

«Imparare a vivere è imparare a lasciare andare».

(Sogyal Rimpoche)

In modo totalmente indipendente da meccanismi di tipo dissociativo, l'elaborazione può essere fortemente ostacolata dalla difficoltà del paziente ad accogliere quello che sente durante l'elaborazione stessa. Vergogna, imbarazzo, paura di perdere il controllo o di frammentarsi, incapacità di ammettere e sostenere la propria rabbia, e soprattutto **difficoltà a prendersi cura di se**, possono rallentare enormemente e rendere più faticosa e dolorosa la rielaborazione, fino a portarla allo stallo. Lasciare andare, lasciare correre, fluire insieme alle sensazioni: tutto il dispositivo rappresentato dalla relazione terapeutica dovrebbe agevolare questo processo, previsto in modo particolarmente marcato anche dal modello dell'*elaborazione adattiva dell'informazione* proprio dell'EMDR.

Durante l'elaborazione con l'EMDR ci sono momenti emblematici che denotano una notevole difficoltà da parte del paziente nel lasciare fluire il processo, alcuni dei quali si caratterizzano per la persistenza di **sensazioni fisiche** che stentano a trasformarsi, sciogliersi, spostarsi. L'elaborazione risulta lentissima o fintamente in corso di evoluzione. Tali sensazioni possono anche non essere riferite spontaneamente dal paziente, ma essere dedotte con facilità dal terapeuta se osserva con attenzione il ritmo e la modalità di respirazione del paziente stesso. Il respiro appare superficiale, quasi impercettibile, interrotto da respiri più profondi e a scatti. Se si chiede al paziente «che cosa succede lì», indicando semplicemente l'area somatica, si osserverà che non è stato condiviso con il terapeuta tutto un mondo di sensazioni fisiche di particolare rilevanza, e che in un certo senso rappresentano il vero punto di blocco del paziente. Quello che succede "lì" è qualcosa che il paziente fatica ad accogliere, **lo osserva da molta distanza**, come se non volesse o non potesse farsene carico. Un intervento cognitivo-integrativo che può rivelarsi molto utile consisterà quindi nell'invitare il paziente ad accogliere quello che sente, in un modo molto semplice: «Può appoggiare una sua mano lì e sentire quello che succede? Lo ascolti e basta, senza cercare di modificarlo o di respingerlo. Semplicemente, lo segua e lo ascolti». Riprendere la stimolazione bilaterale dopo questa prescrizione consente frequentemente una fluidificazione dell'elaborazione e la trasformazione delle sensazioni prima bloccate: quanto era stato escluso dal flusso esperienziale è ora stato reintrodotta, ed amministrato dal paziente attraverso un atteggiamento non giudicante, non respingente e non volitivo: seguirlo e basta, con una disposizione mentale tipica delle tecniche meditative orientate alla disidentificazione nei confronti dei processi interni (Giannantonio, 2005b; Welwood, 1979; Wilber et al., 1986).

Questo intervento può non essere sufficiente a far riprendere adeguatamente

l'elaborazione, portando anche a sedute cosiddette "incomplete", caratterizzate da un malessere somatico che continua a localizzarsi tipicamente a livello dello stomaco o dell'addome. Il paziente dimostra di non essere in grado di accogliere e contenere adeguatamente il suo malessere, ma gli saremo di grande aiuto se potremo congedarlo in condizioni migliori. «Chi vorrebbe che appoggiasse lì una sua mano?», può essere allora una buona domanda da porre. Amici, parenti, fidanzati, mariti e mogli sono di solito le persone prescelte, e con questo pensiero il paziente viene invitato ad appoggiare nuovamente la sua mano al livello somatico dove avverte il blocco, proseguendo con altri due set di stimolazione bilaterale. Frequentemente questo intervento cognitivo-integrativo generale una abreazione e la dissoluzione, almeno parziale, delle sensazioni fisiche ostacolate. È come se il paziente si permettesse finalmente di sentire e di lasciare fluire se in presenza del calore generato da un affetto o da un amore. Se non è possibile per il paziente trovare nessuno che possa svolgere una simile funzione, se la localizzazione somatica lo consente e solo se la relazione tra paziente e terapeuta è estremamente limpida, allora il terapeuta potrà chiedere al paziente di potere appoggiare una sua mano sulla parte del corpo dove il paziente percepisce le sensazioni bloccate: «Osservi semplicemente quello che succede e quello che sente». La risposta ottimale consisterà nella percezione di sensazioni che si allargano, o si sciolgono, o un dolore che diminuisce di intensità, alla quale faranno seguito due o tre set di stimolazione bilaterale. Un intervento così intimo non sortirà alcun problema se effettuato in modo pulito e nel contesto adeguato.

Accogliersi prevede innanzitutto l'abitare il proprio corpo, ed essere attenti ai segnali che provengono dal proprio corpo. Accogliere il corpo del paziente può essere indispensabile affinché il paziente impari ad accogliere il proprio corpo e le proprie emozioni.

CONCLUSIONI

La presenza di meccanismi dissociativi può ostacolare fortemente l'applicazione del protocollo standard dell'EMDR per il Disturbo Post-traumatico da Stress. Tecniche immaginative e corporee possono favorire l'accesso alle emozioni e alle sensazioni somatiche dissociate. Nello stesso tempo possono anche fungere da intervento cognitivo-integrativo nel caso in cui meccanismi dissociativi precludano l'accesso a risorse e ad emozioni non implementabili durante l'elaborazione stessa. Se il terapeuta durante il suo lavoro tiene bene a mente la logica terapeutica alla base della integrazione naturale ed ecologica propria dell'EMDR, allora a volte lo "sblocco" del paziente avverrà

naturalmente se a “sbloccarsi” sarà preventivamente il terapeuta stesso: restando in contatto e seguendo la logica del processo trasformativo del paziente.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- Bowlby, J. (1988). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Trad. it. Milano: Cortina, 1989
- Briere, J. (1997). *Psychological Assessment of Adult Posttraumatic States*. Washington: American Psychological Association
- De Kloet, E. R., Oitzl, M. S., Vermetten, E. (a cura di) (2008). *Stress Hormones and Post Traumatic Stress Disorder. Basic Studies and Clinical Perspectives*. Amsterdam: Elsevier
- Eisen, M. L., Goodman, G. S., Davis, S. L., Qin, J. (1999). Individual Differences in Maltreated Children's Memory and Suggestibility. In L. M. Williams, V. L. Banyard, 1999
- Erickson, M. (1986). *La comunicazione mente-corpo in ipnosi*. Trad. it. Roma: Astrolabio, 1988
- Freud, S. (1912). La dinamica della traslazione. In *Opere di Sigmund Freud*, vol. 6
- Giannantonio, M. (2004). EMDR e gravi disturbi post-traumatici: aspetti concettuali e metodologici. Convegno: *EMDR e integrazione delle psicoterapie*, Bologna, 26-28 novembre
- Giannantonio, M. (2005a). *Fiori senza luce. Sentieri per la crescita sessuale femminile*. Salerno: Ecomind
- Giannantonio, M. (a cura di) (2005b). *Psicotraumatologia e psicologia dell'emergenza*. Seconda edizione. Salerno: Ecomind
- Giannantonio, M. (2006). *Questionario Analitico sui Disturbi Sessuali Femminili. Versioni Test e Retest*. Disponibile gratuitamente su www.psicotraumatologia.com
- Giannantonio, M. (2008). *Questionario Analitico sui Disturbi Sessuali Femminili. La diagnosi in sessuologia femminile*. Seconda edizione. Disponibile gratuitamente, su richiesta, a m-giannantonio@mclink.it
- Giannantonio, M., Lenzi, S. (in stampa). *Psicoterapia del Disturbo di Panico. Trattamenti efficaci con la psicoterapia cognitiva, ipnotica e l'EMDR*. Milano: Cortina
- Lynn, S. J., Cardeña, E. (2007). Hypnosis and the Treatment of Posttraumatic Conditions: an Evidence-Based Approach. *The International Journal of Clinical and Experimental*

Hypnosis, 55, 2, 167-188

- Nijenhuis, E. R. S. (2004). *La dissociazione somatoforme*. Trad. it. Roma: Astrolabio, 2007
- Phillips, M., Frederick, C. (1995). *Healing the Divided Self. Clinical and Ericksonian Hypnotherapy for Post-Traumatic and Dissociative Conditions*. New York: Norton
- Rossi, E. L. (1986). Teoria della memoria e dell'apprendimento stato-dipendenti nell'ipnosi terapeutica. In M. Erickson, 1986, 179-217
- Steinberg, M., Schnall, M. (2001). *La dissociazione. I cinque sintomi fondamentali*. Trad. it. Milano: Cortina, 2006
- Taylor, G. J., Bagby, R. M., Parker, J. D. A (1997). *I disturbi della regolazione affettiva. L'alessitimia nelle malattie mediche e psichiatriche*. Trad. it. Roma: Giovanni Fioriti, 2000
- van der Kolk, B., Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505-525
- Vermetten, E., Dorahy, M. J., Spiegel, D. (a cura di) (2007). *Traumatic Dissociation. Neurobiology and Treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Association
- Welwood, J. (1979). *L'incontro delle vie. Un'esplorazione della psicologia orientale/occidentale*. Trad. it. Roma: Astrolabio, 1991
- Wilber, K., Engler, J., Brown, D.P. (1986). *Le trasformazioni della coscienza. Psicologia transpersonale e sviluppo umano*. Trad. it. Roma: Astrolabio, 1989
- Williams, L. M., Banyard, V. L. (a cura di) (1999). *Trauma and Memory*. London: Sage