

Michele Giannantonio

*Sito Internet: [www.psicotraumatologia.com](http://www.psicotraumatologia.com)*

*Il presente articolo è stato pubblicato sulla rivista "Attualità in Psicologia", Volume 15, n. 3, Luglio-Settembre 2000: 336-345*

## **Trauma, psicopatologia e psicoterapia**

### **L'efficacia della psicoterapia ipnotica e dell'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)**

#### **Riassunto:**

Scopo del presente articolo è evidenziare sommariamente alcuni elementi relativi alla tipologia dei traumi ed alla fenomenologia clinica post-traumatica, unitamente all'indicazione di una specificità della psicoterapia dei traumi; verrà posta una particolare enfasi su due approcci terapeutici che si sono rivelati di notevole efficacia, e segnatamente la psicoterapia ipnotica e l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). Assodata l'efficacia di queste metodiche quanto la difficoltà o l'impossibilità da parte della maggior parte degli approcci terapeutici di operare efficaci cambiamenti nei disturbi post-traumatici, si impongono riconsiderazioni teoretiche radicali sulla metodologia e lo scopo della psicoterapia dei disturbi post-traumatici.

#### **Summary:**

The purpose of this article is to briefly point out some elements related to the typology and clinical phenomenology of traumas as well as to identify some distinctive features of trauma psychotherapy; close attention will be paid to two therapeutic approaches that have demonstrated considerable efficacy, namely Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and Hypnotic Psychotherapy. Since the efficacy of these methods on one side and the difficulty or impossibility of most therapeutic approaches to operate effective changes in post-traumatic disorders on the other side were ascertained, some radical theoretical reconsiderations on the methodology and aim of psychotherapy of post-traumatic disorders become necessary.

Il DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), all'interno del Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD), definisce il trauma come «**un fattore traumatico estremo che implica l'esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte o lesioni gravi, o altre minacce all'integrità fisica; o la presenza ad un evento che comporta morte, lesioni o altre minacce all'integrità fisica di un'altra persona; o il venire a conoscenza della morte violenta o inaspettata, di grave danno o minaccia di morte o lesioni sopportate da un membro della famiglia o da altra persona con cui è in stretta relazione** (Criterio A1). La risposta della persona all'evento deve comprendere paura intensa, il sentirsi inerme, o il provare orrore (oppure, nei bambini, la risposta deve comprendere comportamento disorganizzato o agitazione) (Criterio A2). I sintomi caratteristici che risultano dall'esposizione ad un trauma estremo includono il continuo rivivere l'evento traumatico (Criterio B), l'evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma, l'ottundimento della reattività generale (Criterio C), e sintomi costanti di aumento dell'arousal (Criterio D). Il quadro sintomatologico completo deve essere presente per più di 1 mese (Criterio E), e il disturbo deve causare disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti (Criterio F)» (American Psychiatric Association, 1994; grassetto mio).

Fra le condizioni estreme rientranti nel criterio A di questa classificazione si possono quindi includere gli incidenti con mezzi di trasporto (automobili, treni, aerei, etc.), disastri naturali e provocati, atti criminosi, gravi incidenti sul lavoro (in prima persona o anche a persone affettivamente vicine), malattie gravi, potenzialmente mortali o gravemente menomanti (proprie o di persone vicine), la morte di persone vicine, lo stato di guerra, la tortura, la grave e/o prolungata violenza fisica verso i bambini o le partners, l'abuso sessuale. In realtà queste condizioni estreme sono solo quelle richieste per porre una diagnosi di PTSD secondo il DSM-IV, e non le sole che è razionale considerare traumatiche (Briere, 1997). Altre condizioni traumatiche possono certamente essere quelle dell'abuso psicologico, della presenza di accessi e costanti attriti familiari, la separazione ed il divorzio (vissuti o meno nell'infanzia), condizioni di abuso fisico meno tragiche e relazioni sessualizzate fra un genitore ed il figlio (senza che ciò esiti mai in un abuso sessuale in senso stretto), la mancanza di sintonizzazione emozionale nell'infanzia (Rodin, de Groot, Spivak, 1998), importanti cambiamenti di vita e così via. Tali condizioni, infatti, non rispettano il criterio A1 del DSM-IV, ma nondimeno possono soddisfare il criterio A2, nelle specifiche della paura intensa, dell'impotenza e dell'orrore, e come tali avere un esito post-traumatico, ed inoltre possono rispettare anche gli altri criteri posti dal DSM-IV.

Alla stessa stregua, i sintomi ed il decorso caratteristici associati al trauma non sono necessariamente quelli indicati dall'algoritmo diagnostico del PTSD. Infatti, il DSM-IV riconosce altre patologie connesse direttamente allo stress: il Disturbo Acuto da Stress, il Disturbo Psicotico Breve con Rilevante Fattore di Stress e i Disturbi dell'Adattamento. Esistono poi altre classificazioni psicopatologiche molto rilevanti per il clinico, ma non incluse nel DSM-IV, come il "PTSD complesso" (Herman, 1992) e la "depressione post-traumatica" (Davidson, 1994); un ruolo fondamentale nella comprensione della fenomenologia post-traumatica è ricoperto dai Disturbi Dissociativi - tipicamente connessi ad esperienze traumatiche (Briere, 1997; Lynn, Rhue, 1994; Bremner, Marmar, 1998) - che sono tra loro unificati dall'impiego del comune meccanismo dissociativo, una modificazione nella coscienza e/o nell'esperienza tesa alla riduzione dell'impatto con emozioni disturbanti (su alcuni nodi teoretici relativi al costrutto di dissociazione si veda Cardeña, 1994). La stessa classificazione diagnostica dei Disturbi Dissociativi presenta problemi concettuali importanti e controversi, come si evidenzia dalle differenze presenti tra le classificazioni del DSM-IV e dell'ICD-10 (Organizzazione Mondiale della Sanità, 1994).

Altri disturbi sono a volte connessi ad esperienze traumatiche, limitate o protratte nel tempo, in particolare il Disturbo di Conversione, il Disturbo di Somatizzazione, il Disturbo Borderline di Personalità, i Disturbi dell'Alimentazione, i Disturbi Sessuali e dell'Identità di Genere, i Disturbi d'Ansia, la depressione e quella vasta area psicopatologica genericamente definibile come patologie del legame di attaccamento (Bremner et al., 1998; Briere, 1997; Crittenden, 1994, 1999; Giannantonio, 2000; Lynn, Rhue, 1994; Pennati, 1994; Vanderlinden, Vandereyken, 1997). Di fronte a questo panorama così articolato (sul quale in questo contesto è fuorviante soffermarsi ulteriormente) molti autori ritengono che le situazioni traumatiche debbano essere considerate non solo il precedente di specifiche diagnosi specificatamente post-traumatiche, ma elementi etiologici fondamentali e trasversali a molteplici condizioni psicopatologiche (Bremner et al. 1998). Ma, in base a quanto precedentemente detto, la situazione si complica ulteriormente se consideriamo che il concetto stesso di trauma in letteratura è estremamente confuso, una vera "parola ombrello" che incorpora considerazioni teoretiche e cliniche provenienti dalle più svariate origini. Tale condizione di confusione teoretica è stata probabilmente inaugurata dallo stesso Freud, il quale ha cercato ripetutamente ma senza un esito soddisfacente di racchiudere all'interno di una stessa cornice concettuale 1) la reazione ad un trauma inteso come evento esterno che soverchia le capacità di difesa e di adattamento di un individuo e

2) il processo di difesa rivolto verso pulsioni inaccettabili (Giannantonio, 1993; Novelletto, 1995).

In linea generale possiamo dire che una parte scientificamente rilevante delle teorie sui traumi presuppongano, spesso implicitamente, l'esistenza di una naturale tendenza dell'organismo umano ad *integrare* le informazioni provenienti dall'ambiente interno ed esterno per produrre un senso unitario e coeso di continuità fisica e psichica (Freud, 1922; Horowitz, 1986; Liotti, 1993; Sandberg, Lynn, Green, 1994). E' possibile pensare che, quando tale attività di integrazione viene significativamente ostacolata tanto che informazioni specifiche restano inassimilate o malamente assimilate a causa di meccanismi psicologici, neuropsicologici o biochimici, allora possiamo parlare dell'esistenza di un "trauma" se è possibile evidenziare un "significativo" disagio soggettivo o oggettivo in una delle principali aree di vita della persona. Questa opzione teoretica non è certo l'unica possibile, ma tenta di riportare il caleidoscopio della fenomenologia e della eziologia traumatica all'interno un unico frame teoretico, lasciando ad ogni variabile la propria specificità. Nonostante le difficoltà che tale concezione comporta, sono ugualmente convinto della sua piena opportunità, in quanto può essere un solido punto di partenza per valutare le differenti modalità con cui la tendenza all'integrazione viene ostacolata da molteplici fattori. L'articolazione problematica di questa opzione teoretica diventa comunque immediatamente evidente se pensiamo ai seguenti elementi:

1) Le informazioni escluse non sono essenzialmente cognitive, ma coinvolgono ogni elemento dell'esperire umano.

2) In tale integrazione inefficace sono coinvolti molteplici sistemi di memoria (procedurale, episodica, semantica, per immagini sensoriali).

3) I meccanismi ipotizzati nella integrazione ostacolata sono i più diversi: evitamento, dissociazione, rimozione, repressione, alterazioni biochimiche e neurologiche, memoria stato-dipendente (Banyard, Williams, 1999; Bremner et al., 1998; Erdely, 1990; Reviere, 1996).

4) Eventi frequenti ed eccezionali o devastanti vengono etichettati con lo stesso termine di "trauma".

5) L'esito dell'esposizione ad un trauma è connesso certamente alla "grandezza" ed alle caratteristiche del trauma, ma anche ad altre variabili, quali, innanzitutto, caratteristiche pretraumatiche specifiche della persona, la risposta soggettiva della persona ed il supporto sociale (Briere, 1997; Eisen et al., 1999).

6) In realtà non si ha mai a che fare con traumi, ma solo con *ricordi* di traumi, il che

implica che la psicoterapia ha come oggetto il ricordo del paziente, amalgama fra ciò che è stato codificato al momento dell'evento, le conoscenze all'interno delle quali l'evento è stato integrato, l'interpretazione del significato delle informazioni, le strategie ed il contesto del recupero, i precedenti accessi ai ricordi (Briere, 1997). Ogni ricordo, quindi, è una costruzione soggettiva e *mai definitiva* di fatti oggettivi a priori inconoscibili, e ciò apre e conduce inevitabilmente alla questione dei cosiddetti *falsi ricordi* (Pope, Brown, 1996, Hyman, Kleinknecht, 1999).

7) La complessità di queste interrelazioni implica la necessità di un'assessment molto articolato nella valutazione degli esiti post-traumatici (Briere, 1997; Wilson, Keane, 1997) e di specifiche metodiche terapeutiche (Maldonado, Spiegel, 1994; Shapiro, 1995; Phillips, Frederick, 1995; Pennati, 1995a).

La presenza massiccia di traumi nella psicopatologia diventa oltremodo importante nel momento in cui si prende atto che di fronte ad una parte di essi le psicoterapie essenzialmente verbali, basate sull'analisi, la comprensione, e la modificazione superficiale dei processi di pensiero, producono risultati deludenti o discutibili (Levin, Lazrove, van der Kolk, 1999). Ciò si spiega con la natura specifica dei traumi, specialmente di quelli che si pongono sul più elevato livello di gravità, caratterizzati da importanti meccanismi di dissociazione e talora da dimostrabili alterazioni neurologiche e biochimiche (vedi oltre), dalla presenza di memorie procedurali – somatiche, viscerali, emotive, interpersonali - intraducibili per definizione in termini verbali, specialmente se si riferiscono ad esperienze vissute nella prima infanzia, quando – neurologicamente - la memorizzazione verbale non è adeguatamente funzionante (Banyard, Williams, 1999; Reviere, 1996). Ne deriva che si può avere a che fare con persone condizionate da ricordi la cui componente procedurale è enormemente predominante, e la cui componente episodica è alterata, dissociata, repressa o rimossa, in alcuni casi forse neurologicamente perduta (vedi oltre).

Di fronte a questi pattern sintomatologici abbiamo allora bisogno di strumenti che non siano essenzialmente verbali, ma che incidano direttamente nel corpo del paziente, nel suo livello di coscienza, seguendo nella carne l'assoluta autorevolezza, nella vita del paziente, del suo ricordare procedurale e sovente muto. La psicoterapia verbale, infatti, non può non incappare in ostacoli enormi, e segnatamente 1) la fenomenologia specifica delle memorie traumatiche e 2) perlomeno in alcuni casi, una specifica neurologia e biochimica delle alterazioni mnesiche.

**Fenomenologia.** La fenomenologia dei ricordi traumatici è la più varia. Prenderò in considerazione solo alcune delle sue modalità espressive più caratteristiche e che rendono

ardua l'efficacia delle psicoterapie verbali. 1) Innanzitutto le *emozioni*: alcuni ricordi sono così carichi emotivamente che è impossibile parlarne anche dopo anni di psicoterapia oppure risultano essenzialmente impermeabili ad ogni tentativo di elaborazione verbale. In tali condizioni è possibile ipotizzare la presenza di meccanismi di immagazzinamento mnestico relativi a ricordi di paura codificati in strutture sottocorticali, come l'amigdala, che in certe condizioni sono ingestibili dalle aree corticali con funzione inibitoria; tali ricordi, inoltre, sembrano immagazzinati in vie neurali diverse da quelle abitualmente stimulate dalle psicoterapie verbali (LeDoux, 1996). 2) Possono esserci ricordi estremamente *intrusivi*, ripetitivi, sempre uguali a sé stessi da anni, che non sembrano risentire di un approccio verbale, specialmente se ciò che si ripresentifica è sovraccarico di emozioni e non è esprimibile in parole, come sensazioni viscerali o frammenti sensoriali dei ricordi, la materia prima di cui paiono essere costituiti i ricordi altamente traumatici (Levin, Lazrove, van der Kolk, 1999); 3) *Meccanismi dissociativi* e di *esclusione delle informazioni* possono condurre alle seguenti situazioni: a) rendere vuoti emotivamente i ricordi, come tali esprimibili verbalmente, ma difficilmente modificabili attraverso le parole in quanto le emozioni ed il corpo non partecipano alla psicoterapia; se si riesce a mobilitarle, le parole non sembrano essere il miglior strumento per la loro gestione e rielaborazione; b) creare veri e propri *stati dell'Io* in vari gradi dissociati dall'ordinario flusso di consapevolezza e dalla personalità dominante (Phillips, Frederick, 1995); c) produrre *amnesie* più o meno ampie, fino alla completa dimenticanza della memoria episodica relativa ad un evento; la memoria procedurale, invece, fatta di schemi comportamentali e sensomotori, emozioni, sensazioni, tende a persistere e a condizionare la persona, e si presenta come intrinsecamente incommensurabile con la parola. d) La presenza di codifiche mnestiche stato-dipendenti, che necessitano una manipolazione diretta o indiretta dello stato di coscienza per il recupero e la rielaborazione dei ricordi. 4) La presenza di ricordi traumatici di origine interpersonale si può anche manifestare attraverso particolari dinamiche interattive all'interno del setting terapeutico. Le esperienze di incuria e di abuso nelle loro molteplici sfaccettature possono produrre patterns di attaccamento altamente disfunzionali che, in modo procedurale, possono, ad esempio, portare il paziente alla manipolazione del rapporto terapeutico così da riprodurre rivittimizzazione, abbandono, rifiuto, eccessiva intimità o fusione, violenza psicologica, abuso sessuale e, in generale, ad effettuare *test di traslazione* particolarmente impegnativi per il terapeuta (Briere, 1997). La gestione di queste dinamiche attraverso dispositivi interpersonali si impone (Safran, Segal, 1990), ma ciò sortirà effetti terapeutici limitati se

non verrà integrata attraverso il lavoro diretto sulle memorie strutturanti i patterns di attaccamento (Giannantonio, 2000).

**Neurologia e biochimica.** Esiste ormai una vasta e sufficientemente consolidata letteratura che conferma che in presenza di alcune situazioni traumatiche, specie se estreme e ripetute nel tempo (come lo stato di guerra e l'abuso sessuale intrafamiliare), si possano rilevare alterazioni neurologiche e biochimiche, la cui reale implicazione non è ancora pienamente compresa. Molte ricerche testimoniano alterazioni nel volume dell'ippocampo destro in reduci di guerre, in donne soggette ad abusi sessuali prolungati nel tempo, in persone sottoposte ad abuso fisico e psicologico protratto (van der Kolk, et al., 1997; Bremner, 1998; Krystal, et al., 1998; Bremner et al., 1998). Queste modificazioni neurologiche sono state anche confermate in animali sottoposti a prolungato stress sociale, lesioni a loro volta correlate con il livello di cortisolo. La ricerca, inoltre, indica chiaramente come in condizioni di stress eccessivo e/o prolungato (quindi in presenza di livelli abnormi di adrenalina o cortisolo) l'amigdala, importante nella memorizzazione della paura, non incomba in deficit di memorizzazione, al contrario dell'ipotalamo, implicato nell'integrazione delle memorie e nella collocazione spazio-temporale delle memorie medesime (LeDoux, 1996). In alcuni casi è stato possibile riscontrare una correlazione fra queste alterazioni e le performance di recupero verbale alla WAIS, in presenza di QI normali (Bremner, et al., 1995; Yehuda et al., 1995). Allo stesso modo, alcuni dati indicano che la corteccia prefrontale, con funzione di supervisione nell'integrazione delle esperienze, controllo e di estinzione nei confronti dei ricordi di paura memorizzati dall'amigdala, possa andare incontro ad alterazioni in condizioni particolarmente stressanti (LeDoux, 1996; Levin, Lazrove, van der Kolk, 1999). Il corpo calloso è risultato di volume ridotto in alcuni reduci del Vietnam, in vittime di abuso sessuale protratto e in vittime di incuria (Teicher et al., 1997). Da un punto di vista biochimico è stato osservato che, mentre un trauma singolo può produrre un incremento della memorizzazione correlato con l'incremento noradrenergico, un trauma protratto può produrre un depotenziamento mnestico a causa dell'aumento abnorme di cortisolo e noradrenalina, congiuntamente all'incremento di oppioidi (Schacter, 1999). Nonostante ci sia molto ancora da comprendere, un messaggio sta diventando molto chiaro: alcune esperienze traumatiche, in particolari condizioni pre e post-traumatiche, possono esitare in processi di memorizzazione anomali che tendono a non risolversi spontaneamente. Tali ricordi possono essere frammentati, non accessibili o parzialmente accessibili, connotati da emozioni magmatiche e da memorie procedurali invalidanti, dolorose e difficilmente

gestibili, intrinsecamente non verbali, probabilmente anche a causa di un relativo decremento funzionale dell'emisfero cerebrale sinistro durante il ricordo di gravi traumi (Levin, Lazrove, van der Kolk, 1999; van der Kolk et al., 1997).

A questo assetto mnestico e psicopatologico bisogna rispondere con dispositivi terapeutici adeguati, il cui scopo deve essere intrinsecamente *integrazionale* (Pennati, 1995 a,b; Phillips, Frederick, 1995), sovraordinato a qualunque tradizione di ricerca psicologica, ed orientato all'implementazione ecologica di ogni risorsa presente nel paziente, interpersonale ed intrapersonale. Di conseguenza, la validità di un tale modello d'intervento clinico non potrà essere misurata dal suo adeguamento a paradigmi teoretici - spesso autoreferenziali - quanto, piuttosto, dalla capacità di produrre risultati validi, adattando le procedure e la *filosofia* di intervento alle caratteristiche del paziente, utilizzando qualunque strumento possa rivelarsi adeguato. Nella terapia dei traumi l'integrazione diventa quindi qualcosa di molto diverso dalla interpretazione, dalla intellettualizzazione, dalla ricostruzione storico-narrativa di una esistenza, dalla correzione di convinzioni disfunzionali. Tutto ciò può essere presente, ma come mezzo e non come fine. In quest'ottica Phillips e Frederick (1995) propongono una metodologia di intervento nei confronti dei disturbi post-traumatici e dissociativi che io credo possa essere considerato valida indipendentemente dall'approccio terapeutico prediletto da un clinico. Tale modello ha il dono della semplicità e della chiarezza, ma in ogni caso non dell'originalità in quanto, sotto altre forme, è già stato proposto, quantomeno parzialmente e con terminologie differenti, da diversi autori (i.e. Marmar, Weiss, Melzer, 1998; van der Hart, van der kolk, Boon, 1998). Il "SARI model" di questi autori si compone di quattro stadi: 1) S: sicurezza ed stabilizzazione; 2) A: accesso al trauma; 3) R: rielaborazione dell'esperienza traumatica; 4) I: integrazione e formazione di una nuova identità. Il modello SARI non deve essere considerato come una rigida sequenza logica di progresso clinico, quanto piuttosto come una spirale, dove i diversi problemi vengono riaffrontati a progressivi livelli di integrazione, dovendo ogni volta ritornare alla stabilizzazione quando il processo diventa eccessivamente destabilizzante.

La psicoterapia ipnotica e l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR; Shapiro, 1995) sono due modalità di intervento che hanno dimostrato di essere altamente efficaci nel trattamento dei disturbi connessi ai traumi, soprattutto con popolazioni di pazienti normalmente resistenti a psicoterapie essenzialmente verbali come coloro che sono stati oggetto di violenze sessuali gravi e prolungate, i reduci da combattimenti bellici



e soggetti esposti a catastrofi<sup>1</sup> (Levin, Lazrove, van der Kolk, 1999; Maldonado, Spiegel, 1994, 1998; Parnell, 1999; Shapiro, 1995; van der Kolk et al., 1997). Negli ultimi anni si sta producendo una sempre più vasta letteratura tesa alla verifica empirica degli effetti di differenti interventi psicoterapeutici sui disturbi post-traumatici e, più specificatamente, sul PTSD secondo la concettualizzazione del DSM-IV. Come purtroppo avviene abitualmente, la globalità delle ricerche non è concorde, ma emerge una sostanziale direzione di dati che conferma la notevole efficacia sia dell'EMDR che della psicoterapia ipnotica, in diversi casi riconoscendo la superiorità di tali metodiche rispetto ai più comuni e sperimentati approcci psicoterapici (Parnell, 1999; Sherman, 1998; Van Etten, Taylor, 1998; Wilson, Becker, Tinker, 1995). In alcuni casi in cui viene riconosciuta una sostanziale omogeneità dei risultati degli approcci più efficaci, viene però sottolineata una maggiore brevità di applicazione, per esempio dell'EMDR rispetto agli approcci comportamentali di esposizione o flooding (Shapiro, 1999). Nella valutazione di tali ricerche bisogna però tenere presenti alcuni elementi importanti: 1) il PTSD è solo una modalità di manifestazione degli esiti post-traumatici; 2) rispetto all'EMDR, con la psicoterapia ipnotica è molto più difficile approntare protocolli standard di intervento e ricerca; 3) attraverso il dispositivo ipnotico vengono spesso implementati interventi terapeutici di stretta derivazione comportamentale. Tali variabili rendono i dati delle ricerche tutt'altro che esaustivi.

La psicoterapia ipnotica e l'EMDR, inoltre, possono essere valutati come eccellenti candidati per l'applicazione di una psicoterapia integrazionale meta-teoretica ed orientata al risultato, potendo implementare una vastissima quantità di strategie di intervento provenienti da molteplici tradizioni di ricerca psicoterapeutiche (Pennati, 1995a; Phillips, Frederick, 1995; Shapiro, 1995).

Il termine psicoterapia ipnotica, come noto, è piuttosto vago, racchiudendo al suo interno una notevole varietà di approcci e metodologie (Mosconi, 1998). La psicoterapia ipnotica alla quale mi riferisco non è quella che impiega la suggestione come elemento terapeutico fondamentale, ma che piuttosto, consapevole dell'etiologia post-traumatica *reale* di molti disturbi, ha negli anni prodotto metodi di intervento efficaci tendenti all'integrazione del materiale mnestico escluso dell'unitarietà della persona (Giannantonio, 2000; Phillips, Frederick, 1995; Pennati, 1995a; Maldonado, Spiegel, 1994). Alcune

---

<sup>1</sup> Per una bibliografia esaustiva ed aggiornata sugli studi di validazione dell'EMDR è possibile consultare quella presente nel sito internet dell'EMDR Institute Inc.: [www.emdria.org](http://www.emdria.org)

modalità tipiche d'intervento prevedono il riaccesso ai ricordi traumatici in una condizione di sicurezza psicofisiologica (Giannantonio, Boldorini, 1998) che consente, modulando opportunamente lo stato di coscienza, l'implementazione di una vastissima messe di risorse immaginative, somatiche e cognitive della persona. Ciò consente di intervenire sui ricordi traumatici facilitando enormemente l'abreazione, il distacco, la rielaborazione ed il superamento di barriere dissociative e connesse alla memorizzazione stato-dipendente (Giannantonio, Boldorini, 1997; Giannantonio, 2000).

L'EMDR è un approccio terapeutico inventato nel 1987 dalla psicologa americana Francine Shapiro, inizialmente come terapia specifica del PTSD, successivamente esteso ad altre patologie. Si fonda innanzitutto sulla scoperta che alcuni tipi di stimolazione bilaterale indotti nel paziente (che producono, ad esempio determinati movimenti oculari) tendono a produrre la ripresa dell'elaborazione di materiale mnestico altrimenti non elaborato. Molto rilevante è l'assessment notevolmente diversificato e preciso richiesto dall'approccio EMDR, che comprende valutazioni fini sulle emozioni, sensazioni, cognizioni, comportamenti ed aspetti immaginativi della persona, elementi tutti che entreranno a fare parte del *target* sul quale si interviene. In linea con la specificità dei disturbi post-traumatici, una posizione particolare viene riservata (come in certi orientamenti di psicoterapia ipnotica) alla componente somatica del processo del ricordare, sulla quale viene sempre posta l'accento per verificare l'effettiva efficacia dell'intervento. Tale dispositivo induttore di cambiamento è stato a più riprese integrato all'interno di una cornice operativa e teoretica di sempre maggior respiro, che prende spunto dai maggiori approcci psicoterapeutici.

Ritengo che tali approcci alla psicoterapia abbiano molti elementi in comune che li rendono efficaci per questo tipo di patologie: 1) consentono di lavorare direttamente sulla memoria procedurale, emotiva, viscerale delle persone traumatizzate, anche in assenza di memorie episodiche; 2) consentono l'integrazione fra i differenti tipi di memoria; 3) possono essere impiegate in modo estremamente ecologico e rispettoso della spontaneità del paziente, come indica emblematicamente l'approccio di utilizzazione di Milton Erickson (Erickson, Rossi, 1979), ma anche l'approccio generale dell'EMDR, che tende a non intervenire mai nell'elaborazione mnestica del paziente a meno che tale processo non sia ostacolato nella sua progressione; 4) sono più rapide di molte altre metodiche (Shapiro, 1999); 5) sono particolarmente efficaci nel trattamento di materiale dissociato e codificato in modo stato-dipendente; 6) le osservazioni cliniche di alcuni terapeuti esperti in entrambi

gli approcci lasciano pensare, ma ciò è completamente da verificare, che entrambi i dispositivi implementino quella che la Shapiro denomina “elaborazione accelerata dell’informazione”; 7) molti modelli di intervento provenienti dalla tradizione ipnotica sono esplicitamente trasferibili tout court nell’operatività dell’EMDR (Manfield, 1998; Parnell, 1999); 8) sono molto efficaci nel ridurre l’iperassociazione e la dissociazione, spesso presenti congiuntamente in molti traumi (van der Kolk et al., 1997), disponendo di strategie che producono un forte senso di controllo su eventuali esperienze abreattive; 9) sono strumenti estremamente flessibili nella integrazione di risorse poco fruibili o francamente dissociate; 10) consentono una vivida produzione di esperienze interpersonali profondamente mutative atte ad integrare le precedenti esperienze di attaccamento deficitarie o patologiche (Giannantonio, 2000; Manfield, 1998; Parnell, 1999), approccio magistralmente esemplificato da Milton Erickson (Erickson, Rossi, 1989).

## **Bibliografia**

- American Psychiatric Association (1980), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, III<sup>a</sup> Edizione, Masson, Milano, 1983
- American Psychiatric Association (1994), *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*, IV<sup>a</sup> Edizione, Masson, Milano, 1996
- Banyard V., Williams L.M. (1999), *Memories for Child Sexual Abuse and Mental Health Functioning: Findings on a Sample of Women and Implications for Future Research*, in Williams, Banyard, 1999
- Bowlby J. (1988), *Una base sicura*, Cortina, Milano, 1989
- Bremner D.J. (1999), *Traumatic memories lost and found. Can lost memories of abuse be found in the brain?*, in Williams, Banyard, 1999
- Bremner D.J., Marmar C.R. (1998), *Trauma, Memory, and Dissociation*, American Psychiatric Press, Washington
- Bremner D.J., Vermetten E., Southwick S.M., Krystal J., Charney D.S. (1998), *Trauma, memory, and dissociation: an integrative formulation*, in Bremner, Marmar, 1998
- Bremner J.D., Randall P.R., Capelli S., Scott T.M., McCarty G., Charney D.S. (1995), *Deficits in short term memory in adult survivors of childhood abuse*, *Psychiatry Research*, 59, 97-107, cit. in Bremner, 1999
- Briere J. (1997), *Psychological Assessment of Adult Posttraumatic States*, American Psychological Association, Washington

- Cardeña E. (1994), *The Domain of Dissociation*, in Lynn, Rhue, 1994
- Crittenden P.M. (1994), *Nuove prospettive sull'attaccamento. Teoria a pratica in famiglie ad altro rischio*, Guerini, Milano
- Crittenden P.M. (1999), *Attaccamento in età adulta. L'approccio dinamico-maturativo all'Adult attachment Interview*, Cortina, Milano
- Davidson J.R.T (1994), *Issues in the diagnosis of posttraumatic stress disorder*, in Pynoos R.S. (Ed.), *Posttraumatic stress disorder: A clinical review*, Sidran, Lutherville, cit. in Briere, 1997
- Eisen M.L., Goodman G.S., Davis S.L., Qin J. (1999), *Individual Differences in Maltreated Children's Memory and Suggestibility*, in Williams, Banyard, 1999
- Erdelyi M.H. (1990), *Repression, Recontruction, and Defence: History and Integration of the Psychoanalytic and Experimental Frameworks*, in Singer J. (1990)
- Erickson M., Rossi E.L. (1989), *L'uomo di febbraio. Lo sviluppo della coscienza e dell'identità nell'ipnoterapia*, Astrolabio, Roma, 1992
- Erickson M.H., Rossi E.L. (1979), *Ipnoterapia. Una ricerca clinica*, Astrolabio, Roma, 1982
- Freud S. (1920), *Al di là del principio di piacere*, in *Opere*, Boringhieri, Torino, vol. 9.
- Giannantonio M. (1993), *Trauma, desiderio e lutto: il problema coazione a ripetere nella metapsicologia freudiana*, "Rivista di Psicologia", 1-2-3: 123-131
- Giannantonio M. (2000), *Attaccamento e psicoterapia ipnotica*, "Rivista Italiana di Ipnosi Clinica e Psicoterapia Ipnotica", in corso di stampa
- Giannantonio M., Boldorini A.L. (1997), *La tecnica del cambiamento di storia in psicoterapia ipnotica. Alcune considerazioni operative*, "Rivista Italiana di Ipnosi Clinica e Psicoterapia Ipnotica", 2, 35-39
- Giannantonio M., Boldorini A.L. (1998), "L'importanza e la bellezza di un rifugio interiore", in Mosconi G.P. (a cura di), *Atti del XI Congresso Nazionale A.M.I.S.I., "Quarant'anni di ipnosi in Italia: presente e futuro"*, 1998.
- Herman J.L. (1992), *Trauma and recovery: The aftermath of violence – from domestic abuse to political terror*, Basic Books, New York, cit. in Reviere, 1996
- Hilgard E.R. (1994), *Neodissociation Theory*, in Lynn, Rhue, 1994
- Horowitz M.J. (1986), *Stress Response syndromes*, Northvale, cit. in Reviere, 1996
- Hyman I.E., Kleinknecht E.E. (1999), *False Childhood Memories*, in Williams, Banyard, 1999
- Krystal J., Bremner D., Southwick S.M., Charney D.S. (1998), *The emerging neurobiology*

- of Dissociation: implications for treatment of posttraumatic stress disorder, in Bremner, Marmar, 1998
- LeDoux J. (1996), *Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni*, Baldini e Castoldi, 1998
- Levin P., Lazrove S., van der Kolk B. (1999), What Psychological Testing and Neuroimaging Tell Us about the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Eye Movement Desensitization and Reprocessing, “*Journal of Anxiety Disorders*”, Vol. 13, N° 1-2, pp. 159-172
- Liotti G. (a cura di) (1993), *La discontinuità della coscienza. Etiologia, diagnosi e psicoterapia dei disturbi dissociativi*, Franco Angeli, Milano
- Lynn S.J., Rhue J.W. (1994), *Dissociation. Clinical and Theoretical Perspectives*, The Guilford Press
- Maldonado J.R., Spiegel D. (1994), The Treatment of Post-Traumatic Stress Disorder, in Lynn, Rhue, 1994
- Maldonado J.R., Spiegel D. (1998), Trauma, Dissociation, and Hypnotizability, in Michelson Larry K., Ray William J. (eds.), 1998
- Manfield P. (ed.) (1998), *Extending EMDR. A Casebook of Innovative Applications*, Norton, New York
- Marmar C., Weiss D., Melzer T. (1998), Peritraumatic Dissociation and Posttraumatic Stress Disorder, in Bremner, Marmar, 1998
- Mosconi G.P. (1998), *Teoretica e pratica della psicoterapia ipnotica*, Franco Angeli, Milano
- Parnell L. (1999), *EMDR in the Treatment of Adults Abused as Children*, Norton, New York
- Pennati A. (1994), Abuso infantile, sintomi dissociativi e fenomeni ipnotici: mappe antiche, tesori nuovi, “*Rivista Sperimentale di Freniatria*”, CXVIII, pp. 158-176
- Pennati A. (1995a), Ipnosi integrazionale – paradigmi, fondamenti, obiettivi, metodologie, in “*Ipnosi e psicoterapia ipnotica*”, Atti del X Congresso Nazionale di Ipnosi e Psicoterapia Ipnotica, Milano
- Pennati A. (1995b), Ipnosi, trauma, dissociazione, repressione: Integrazione delle esperienze, evoluzione del sé, in “*Ipnosi e psicoterapia ipnotica*”, Atti del X Congresso Nazionale di Ipnosi e Psicoterapia Ipnotica, Milano
- Phillips M. Frederick C. (1995), *Healing the Divided Self. Clinical and Ericksonian Hypnotherapy for Post-Traumatic and Dissociative Conditions*, Norton & Company,

New York

- Pope K.S., Brown L.S. (1996), *I ricordi delle antiche violenze. Come emergono, come si interpretano, come si superano*, McGraw-Hill, Milano, 1999
- Reviere S.L. (1996), *Memory of Childhood Trauma. A Clinician's Guide to the Literature*, Guilford, New York
- Rodin G., de Groot J., Spivak H. (1998), *Trauma, Dissociation, and Somatization*, in Bremner, Marmar, 1998
- Safran J., Segal Z.V. (1990), *Il processo interpersonale nella terapia cognitiva*, Feltrinelli, Milano, 1993
- Sandberg D., Lynn S.J., Green J.P. (1994), *Sexual Abuse and Revictimization: Mastery, Dysfunctional Learning, and Dissociation*, in Lynn, Rhue, 1994
- Schacter D.L., Koustaal W., Keeneth N.A. (1999), *Can cognitive neuroscience illuminate the nature of traumatic childhood memories?*, in Williams, Banyard, 1999
- Shapiro F. (1995), *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures*, The Guilford Press
- Shapiro F. (1999), *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and the anxiety Disorders: Clinical and Research Implications of an Integrated Psychotherapy Treatment*, "Journal of Anxiety Disorders", Vol. 13, N° 1-2, pp. 35-67
- Sherman J.J. (1988), *Effects of Psychotherapeutic Treatments for PTSD: A Meta-Analysis of Controlled Clinical Trials*, Journal of Traumatic Stress, 11, N° 3, 413-435
- Singer J.L. (1990), *Repression and Dissociation. Implications for Personality Theory, Psychopathology, and Health*, University of Chicago Press, Chicago
- Teicher M., Ito Y., Glod C., Anderson, S., Dumont N., Ackerman E. (1997), *Preliminary evidence for abnormal cortical development in physically and sexually abused children, using EEG coherence and MRI*, New York Academy of Science, 821, 160-175, cit. in Manfield, 1998
- van der Hart O., van der Kolk B., Boon S. (1998), *Treatment of Dissociative Disorders*, in Bremner, Marmar, 1998
- van der Kolk B., Burbridge J.A., Suzuki J. (1997), *The Psychobiology of Traumatic Memory. Clinical Implications of Neuroimaging Studies*, in Yehuda R., McFarlane A.C. (Eds.), "Annals of the New York Academy of Sciences", Vol. 821: *Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder*, New York Academy of Sciences, New York
- Van Etten M.L., Taylor S. (1998), *Comparative Efficacy of Treatments for Post-traumatic*

- Stress Disorder: A Meta-Analysis, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 126-144.
- Vanderlinden J., Vandereycken W. (1997), *Le origini traumatiche dei disturbi alimentari*, Astrolabio, Roma, 1998
- Williams L.M., Banyard V.L. (eds) (1999), *Trauma and Memory*, Sage Publications, London
- Wilson J.P., Keane T.M. (1997), *Assessing Psychological Trauma and PTSD*, The Guilford Press, New York
- Wilson S. A., Becker L.A., Tinker R.H. (1995), Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment for Psychologically Traumatized Individuals, "Journal of Consulting and Clinical Psychology", Vol. 63, N° 6, pp. 928-937
- Yehuda R., Keefe R.S.E., Harvey P.D., Levengood R.A., Gerber D.K., Geni J., Siever L.J. (1995), Learning and memory in combat veterans with posttraumatic stress disorder, *American Journal of Psychiatry*, 152, pp. 137-139, cit in Williams, Banyard, 1999