

Loredana Musella

Evoluzione dell'EMDR

Da tecnica ad approccio terapeutico
integrato e integrabile

Presentazione di Roger Solomon

Prefazione di Isabel Fernandez



**Evoluzione
dell'EMDR**

Evoluzione dell'EMDR

Da tecnica ad approccio terapeutico
integrato e integrabile

Loredana Musella

Presentazione di Roger Solomon

Prefazione di Isabel Fernandez

Evoluzione dell'EMDR

Da tecnica ad approccio terapeutico
integrato e integrabile

Loredana Musella

ISBN: 978-88-98542-80-2

© 2022, Hogrefe Editore, Firenze
Viale Antonio Gramsci 42, 50132 Firenze
www.hogrefe.it

Coordinamento editoriale: Jacopo Tarantino
Redazione: Alessandra Galeotti
Impaginazione e copertina: Stefania Laudisa

Tutti i diritti sono riservati. È vietata la riproduzione dell'opera o di parti di essa con qualsiasi mezzo, compresa stampa, copia fotostatica, microfilm e memorizzazione elettronica, se non espressamente autorizzata dall'Editore.

L'autrice

Loredana Musella

Docente ISEF, terapeuta della riabilitazione neuromotoria, psicologa, psicoterapeuta cognitivo-comportamentale, è supervisore e facilitator EMDR e collabora con Isabel Fernandez presso il Centro Clinico EMDR di Milano e con il Centro di Ricerche e Studi in Psicotraumatologia CRSP di Milano. Ha perfezionato la sua formazione nell'ambito della teoria dell'attaccamento e lavora su casi di traumatizzazione con pazienti adulti e coppie, integrando il proprio approccio terapeutico all'EMDR. Autrice di molti articoli, ha collaborato al progetto emergenziale COVID-19 dell'Associazione EMDR Italia.

A Massimo e Chiara

Ringraziamenti

Ai miei genitori e familiari, senza il loro amore e il loro sostegno non sarei la donna che sono.

A mio marito, mio centro e punto di riferimento continuo e costante.

A mia figlia, che mi rinnova ogni giorno la felicità di essere madre.

A tutti i miei pazienti, che fidandosi e affidandosi alle mie cure tanto mi hanno insegnato nella mia lunga e ricca vita professionale.

Ringrazio Francesco Scivittaro, neurologo e fisiatra di grande umanità e talento, che nel lontano 1994 mi ha avvicinato alle allora nascenti teorie neuroriabilitative parlandomi del metodo Perfetti, di Rizzolatti, Maturana e Varela, di *sprouting*, di possibilità delle cellule nervose di vicariare le funzioni di quelle danneggiate, di Popper, di avermi spinto a scrivere i miei primi articoli. So che mi guardi sorridendo da lassù.

Grazie a Gianni Liotti che ha nutrito la mia curiosità per la conoscenza, grazie alla sua burbera generosità.

Ringrazio Sandra Sassaroli, clinica eccellente e intuitiva che mi ha accolta con stima e affetto nel suo gruppo in una fase successiva del mio percorso professionale. Il suo libro *La mente prigioniera* resta una pietra miliare per la mia formazione.

Un riconoscimento speciale va a Isabel Fernandez, per me figura di riferimento e stimolo. Questo libro non ci sarebbe senza il suo entusiasmo, il suo sostegno e la sua capacità di osservare e ascoltare con gentilezza. Conoscerla e conoscere l'EMDR mi ha reso una terapeuta migliore.

Infine, ringrazio tutti i miei colleghi di tutte le mie vite professionali: il confronto continuo ha alimentato e alimenta la mia curiosità ed è per la mia mente fonte di stimolo e crescita.

Grazie.

Indice

Presentazione di Roger Solomon	XIII
Prefazione di Isabel Fernandez	XVII
Introduzione	1
1 Teoria di riferimento dell'EMDR e sistemi motivazionali.	
<i>Contributi teorici di base all'approccio EMDR</i>	5
1.1 Teoria dell'attaccamento	5
1.2 Sistemi motivazionali interpersonali (SMI) ed emozioni	6
1.3 Emozione e coscienza	8
1.4 La costruzione del Sé: i modelli operativi interni	12
1.5 Esperienze precoci avverse: lo studio ACE	16
1.6 La finestra di tolleranza	18
2 Disorganizzazione versus dissociazione. <i>Impatto della disorganizzazione dell'attaccamento nei processi dissociativi: EMDR e traumi dell'attaccamento</i>	20
2.1 Stili di attaccamento	20
2.2 Il processo dissociativo	25
2.3 Piano di intervento con pazienti con PTSD complex	32
2.4 Lavoro con gli stati di personalità	42
3 La teoria polivagale e l'EMDR. <i>Il contributo di Stephen Porges alla cura del paziente traumatizzato</i>	50
3.1 Il modello polivagale	50
3.2 I circuiti vagali	51
3.3 Il sistema vagale del paziente traumatizzato	53
4 Il cervello traumatizzato. <i>Cambiamenti morfofunzionali del cervello sottoposto a traumi cronici e precoci</i>	59
4.1 Cosa accade al cervello sottoposto a traumi	59
4.2 Trauma T e trauma t	60
4.3 Alterazioni nel neurosviluppo	61

4.4	Efficacia clinica dell'EMDR	67
4.5	Meccanismi d'azione dell'EMDR	69
5	Il ruolo del corpo nella terapia EMDR. <i>La mediazione corporea nella neurofisiologia dell'EMDR</i>	74
5.1	Psicoterapia EMDR e lavoro sul corpo	74
5.2	EMDR e intervento sul corpo	79
6	Il protocollo EMDR. <i>Il modello e il protocollo di elaborazione adattiva dell'informazione</i>	83
6.1	Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari	83
6.2	Il protocollo standard EMDR	90
6.3	Intervento cognitivo integrativo	98
7	La relazione terapeutica. <i>L'importanza di esplorare la relazione nel percorso terapeutico EMDR</i>	100
7.1	La relazione terapeutica con il paziente complesso	100
7.2	Relazione terapeutica nell'intervento bottom-up	102
7.3	Lavorare sul ricordo	106
7.4	Cosa s'intende per alleanza terapeutica	110
8	Caso clinico. <i>Applicazione dell'EMDR sugli aspetti di dissociazione strutturale in una giovane donna</i>	115
8.1	Introduzione	115
8.2	Il caso	120
9	Caso clinico. <i>Strategie terapeutiche per il trattamento integrato con EMDR in paziente con disturbo ossessivo-compulsivo</i>	127
9.1	Introduzione	127
9.2	Il caso	133
	Bibliografia	143

Presentazione

Francine Shapiro ci ha insegnato che la terapia EMDR è compatibile con tutti gli approcci terapeutici. E a tale scopo amava raccontare a noi clinici la parabola del gruppo di ciechi che per la prima volta incontra un elefante e cerca di descriverlo: uno toccando la coda pensa sia una corda, un altro toccando la gamba lo identifica come un albero, l'ultimo toccando la proboscide dichiara sia un serpente. Francine ci spiegava che l'EMDR è come quell'elefante, evidenziando come i medici di varie scuole di psicoterapia avrebbero potuto considerare la terapia EMDR: ognuno a seconda del proprio approccio metodologico avrebbe potuto vederci il modo per raggiungere l'obiettivo di cura, ovvero intervenire sugli avvenimenti dolorosi della vita del paziente.

La terapia EMDR intreccia ciò che è valido in tutti i quadri terapeutici, perché tutto ciò che è significativo e importante nel quadro clinico del paziente lo è anche nella terapia EMDR. Sebbene ci siano termini diversi per diverse psicoterapie, tutte le modalità hanno in comune l'assunto che l'informazione (ad esempio, l'esperienza) è fisiologicamente memorizzata nel cervello. Quando il sistema di elaborazione delle informazioni viene attivato durante l'elaborazione della memoria EMDR e l'integrazione è in corso, sono rappresentati gli elementi fondamentali della maggior parte dei quadri terapeutici.

Tuttavia, la terapia EMDR si distingue dalle altre modalità terapeutiche perché l'enfasi del trattamento è sul coinvolgimento diretto e sull'elaborazione dei ricordi neurofisiologicamente memorizzati delle esperienze che gettano le basi per patologia e salute.

I recenti studi in ambito biopsicologico hanno evidenziato come, attraverso l'elaborazione delle esperienze traumatiche e grazie al lavoro sul ricordo, si possa promuovere la risoluzione degli aspetti disfunzionali della persona favorendone una crescita post-traumatica.

In questo libro Loredana Musella con precisione e chiarezza espositiva non solo sottolinea la duttilità del metodo all'integrazione con altri approcci terapeutici, ma evidenzia come l'efficacia dell'EMDR derivi anche dall'avere come base fondante un solido impianto teorico, me-

metodologico e di ricerca. Negli ultimi tempi, infatti, le evidenze cliniche sono state sostenute da importanti scoperte neuro-bio-psicologiche che hanno ulteriormente evidenziato la forza e la peculiarità di questo approccio.

Come sapientemente sottolineato dall'autrice, il cambiamento che cura deve necessariamente passare attraverso il cambiamento di schemi disfunzionali che rendono possibile la costruzione di nuove rappresentazioni di sé e dell'altro e tale processo è reso raggiungibile grazie al profondo lavoro che con l'EMDR si attua proprio grazie al lavoro sui ricordi.

La terapia EMDR si è evoluta da tecnica a procedura, ed è oggi un vero e proprio approccio terapeutico integrativo. La terapia EMDR è efficace non solo per i traumi maggiori (grande "T"), ma anche per eventi apparentemente piccoli, ovvero traumi relazionali ma molto impattanti nella vita delle persone (piccola "t"). La ricerca ha documentato il potente effetto che le esperienze infantili avverse hanno sul funzionamento fisico e mentale degli adulti. Il rifiuto, l'umiliazione, la colpa, l'abbandono, la testimonianza di violenza, il sentirsi insicuri e così via, sono alla base dei principali problemi nella regolazione degli affetti dell'adulto, nei problemi di autostima e nei problemi relazionali. Queste criticità sono trattate secondo il modello di elaborazione adattiva delle informazioni AIP che guida la terapia EMDR, concentrandosi sul trattamento (a) degli eventi passati che sono alla base dei problemi presenti, (b) sui luoghi, le persone o le situazioni presenti che innescano il problema (trigger presenti) e (c) fornendo un modello futuro per il comportamento adattivo. La terapia EMDR accede alle informazioni memorizzate in modo disadattivo e stimola il naturale sistema di elaborazione adattiva delle informazioni del cervello, facilitando l'integrazione di eventi disturbanti nella memoria in una rete associativa più ampia. Loredana Musella con competenza e chiarezza argomentativa sottolinea come l'impianto teorico, la metodologia di applicazione e le numerose ricerche scientifiche supportino e sostengano il passaggio dell'EMDR da tecnica a terapia.

Il testo della collega è costituito da nove capitoli e in ognuno è spiegato con modalità precisa e dettagliata come la teoria di riferimento evidenziata si integri al percorso di terapia EMDR e in quale momento del percorso terapeutico trovi la sua collocazione.

A tal scopo, nei primi tre capitoli l'autrice sottolinea il fondamentale contributo della teoria dell'attaccamento e dei sistemi motivazionali, della disorganizzazione dell'attaccamento nei processi dissociativi e dell'importanza della teoria polivagale nella cura del paziente traumatizzato.

Nel quarto capitolo sono evidenziati i cambiamenti morfofunzionali del cervello sottoposto a traumi cronici e precoci e come i movimenti oculari e la stimolazione bilaterale possano ripristinarne la funzione. Nel quinto capitolo l'attenzione è posta sulla mediazione corporea, sulla neurofisiologia dell'EMDR, sottolineando come anche il corpo, conservando le tracce traumatiche, assume un ruolo importante nell'intero percorso terapeutico. Il sesto capitolo riguarda la descrizione dettagliata del protocollo standard EMDR, evidenziando come, già nella struttura divisa in fasi che ne caratterizza la procedura, siano contenute le basi teoriche e metodologiche espresse nei capitoli precedenti.

Nel settimo capitolo con esperienza clinica siamo guidati alla comprensione di quanta attenzione il terapeuta EMDR pone alla relazione terapeutica, fornendo un'ampia panoramica su come aiutare la persona ad esplorare la propria mente e ricercare le memorie traumatiche fonte di sofferenza.

Infine, gli ultimi due capitoli sono dedicati all'esemplificazione di due complessi casi clinici (paziente con disturbo ossessivo compulsivo e paziente con disturbo dissociativo), in cui sono evidenziate le argomentazioni presentate nell'intero testo.

In conclusione ringrazio la collega Loredana Musella per aver pensato e realizzato questo testo, che consentirà al clinico la comprensione del quadro teorico e metodologico, necessaria a una concettualizzazione più precisa del caso e a un'attenta selezione degli obiettivi.

Sono certo che il libro consentirà al terapeuta EMDR di integrare la terapia EMDR in un approccio terapeutico completo e renderà il potente approccio EMDR ancora più efficace per i nostri clienti.

Roger Solomon

Program Director and Senior Faculty
EMDR Institute of Francine Shapiro
EMDR Europe trainer

Prefazione

Nel corso degli ultimi anni, la ricerca, le nuove scoperte e il grande lavoro di molti terapeuti ha maggiormente messo in luce gli effetti delle esperienze traumatiche nel disagio psicologico e nei disturbi mentali delle persone. Dal 1987 gli psicoterapeuti si sono potuti avvalere di una fondamentale terapia che ha reso possibile intervenire in modo mirato ed estremamente efficace sulle conseguenze delle esperienze dolorose attraverso il lavoro sui ricordi traumatici: l'EMDR.

L'intuizione di Francine Shapiro, la sua autrice, ha guidato e permesso di curare i nostri pazienti in modo focalizzato e secondo un preciso protocollo, dando più efficacia al nostro lavoro in ambito clinico.

Secondo il modello alla base della terapia EMDR, *l'elaborazione adattiva dell'informazione*, è possibile agire sui vissuti, sui pensieri e sulle emozioni disfunzionali immagazzinati e codificati nelle reti mnesiche del paziente a seguito di un evento traumatico e che sono alla base degli sviluppi psicopatologici successivi.

Il lavoro con la terapia EMDR (dall'inglese Eye Movement Desensitization and Reprocessing, ovvero desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari) si avvale della stimolazione alternata dei due emisferi cerebrali che presiedono alle funzioni cognitive ed emotive e la cui efficacia è considerata evidence based, ovvero comprovata da molti studi scientifici. In estrema sintesi i movimenti oculari bilaterali attiverrebbero il tronco cerebrale come nella fase del sonno REM favorendo l'integrazione tra la memoria episodica e la memoria semantica. L'efficacia di questo metodo è ormai riconosciuta a livello mondiale e numerose linee guida, tra cui anche quelle dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2013), hanno riconosciuto l'EMDR come strumento d'elezione per il trattamento dei traumi.

Oltre all'efficacia nell'elaborazione dei ricordi di esperienze traumatiche, l'EMDR permette di lavorare anche sugli aspetti positivi che hanno caratterizzato la vita del paziente, sulle sue risorse e sulle esperienze protettive.

Dal 1999, in Italia abbiamo potuto osservare questi processi in molti pa-

zienti con problematiche e disturbi diversi. In particolare ne abbiamo visto, attraverso il lavoro dell'Associazione EMDR Italia, l'utilizzo e l'efficacia nella fase acuta del trauma, oltre a quella cronica. Moltissimi terapeuti formati in EMDR hanno dato un valido contributo nel corso degli anni intervenendo con vittime e soccorritori esposti ad eventi traumatici collettivi, come terremoti, incidenti, scuole colpite da eventi luttuosi, suicidi e, non ultimo, la pandemia COVID-19.

In quest'ultimo e recentissimo evento, conseguentemente alle misure di contenimento adottate dai governi, la maggior parte delle persone si è vista costretta all'interno della propria abitazione e il lungo periodo di isolamento e lo stato di costrizione hanno determinato enorme disagio psichico. Il costante accesso ai social network e l'esposizione quotidiana ad immagini e informazioni emotivamente molto attivanti, unitamente allo stato di emergenza, ha elicitato in tutta la popolazione un aumento esponenziale di ansia, preoccupazione, perdita di controllo e depressione, disturbi del sonno, incubi, flashback, presenza di ricordi angoscianti intrusivi, tutti sintomi riconducibili a una sintomatologia da stress post-traumatico (PTSD). In alcuni casi lo stato emergenziale ha funto da trigger per l'attivazione di vissuti personali dolorosi non risolti, che hanno delineato una sintomatologia psicopatologica in un gran numero di persone.

Nei vari interventi quindi, compreso quello relativo al COVID-19, abbiamo potuto misurare e valutare le reazioni ed i sintomi post-traumatici, scoprendo livelli di traumatizzazione molto elevati che grazie a una valutazione clinica accurata hanno potuto avere riscontro. Le valutazioni post-intervento hanno sempre rivelato una diminuzione significativa della sintomatologia post-traumatica e tali risultati sono stati pubblicati in numerose riviste scientifiche.

Queste pubblicazioni e molte ricerche pubblicate negli ultimi anni hanno evidenziato le basi teoriche, neurobiologiche e metodologiche che sostengono l'efficacia dell'EMDR. Questi dati sono in linea con quanto osservano gli psicoterapeuti che lavorano con EMDR, ovvero i cambiamenti che durante il percorso terapeutico avvengono a livello cognitivo, emotivo e corporeo.

Lungo questa attestazione si muove il libro della collega Loredana Musella, che nelle pagine del testo che vi accingete a leggere delinea in

maniera chiara e molto ben argomentata gli aspetti teorici, neurobiologici e metodologici che sottolineando l'efficacia dell'EMDR. Il testo offre molti spunti di riflessione sulle importanti tematiche trattate ed evidenzia le principali teorie che ne sostengono l'efficacia.

L'autrice, inoltre, pone l'accento su come la prospettiva del trauma della terapia EMDR lo renda integrabile in maniera duttile a tutti gli approcci psicoterapeutici. Durante la fase di desensibilizzazione, infatti, il procedere per associazioni spontanee riporta al lavoro degli psicoanalisti, la focalizzazione su pensieri, emozioni e sensazioni legati al trauma si collega ai cognitivisti, mentre il protocollo strutturato per il raggiungimento degli obiettivi è molto vicino all'approccio comportamentista.

Come sottolineato nel testo, inoltre, desensibilizzazione e riprocessamento del ricordo si rendono attuabili anche grazie al lavoro sul corpo di cui l'EMDR si avvale e all'attenzione e cura poste all'alleanza terapeutica durante l'intero percorso clinico.

Attraverso la discussione di due casi clinici, l'autrice, con la sua consueta chiarezza espositiva, evidenzia come la procedura EMDR possa promuovere nei nostri pazienti la comprensione di quanto e come l'evento traumatico vissuto, per quanto abbia potuto avere un'influenza devastante sulla propria vita, possa essere desensibilizzato, rielaborato e integrato alla personale storia e collocato ad un certo punto nel passato. Siamo grati a Loredana Musella di aver voluto condividere con noi la sua esperienza e la sua formazione in ambiti professionali diversi ma profondamente connessi, come le scienze motorie, la riabilitazione neuromotoria e la psicoterapia. La sua conoscenza ed esperienza clinica le hanno permesso di lavorare con pazienti estremamente complessi, che vengono descritti nei vari capitoli. Questo libro è quindi indirizzato ad ogni clinico, psicologo, psicoterapeuta, medico, paziente o a chiunque voglia comprendere o intraprendere un percorso con la terapia EMDR. Attraverso queste pagine si possono scoprire la sua efficacia ed il suo funzionamento.

Isabel Fernandez

Presidente dell'Associazione EMDR Italia
Presidente dell'Associazione EMDR Europe

Introduzione

“Deve amarsi di più” dice la mia dottoressa.

*E io penso: “Mi basterebbe trovarmi oggi. In questa nebbia che si è alzata.
Tra il mio passato e il mio futuro. Potrei provare a cercarmi.*

Invece sto come stordito nella foschia. Aspettando un richiamo”.

Giovanni Gastel

Ancora oggi molti clinici ritengono che parlare di integrazione tra teorie e tecniche d'intervento nel panorama psicoterapeutico rappresenti una superficiale approssimazione che mina l'efficacia della specifica metodologia. Per costoro, integrare diviene sinonimo di confondere e rendere gli elementi dell'integrazione inesorabilmente compromessi.

Dal mio punto di vista e alla luce delle nuove (ma anche vecchie) teorie neuro-bio-psicologiche, approcciarsi alla cura dei disturbi mentali con una visione strutturalmente integrata rappresenta un *plus* per la cura del paziente per l'enorme intrinseco valore evolutivo che ne riveste.

Coerentemente con il pensiero di Damasio, sappiamo che emozioni e percezioni corporee entrano in azione prima di averne coscienza, e che per tutti noi rappresentano elementi di guida evoluzionisticamente significativi; pertanto, non possono essere esclusi dall'intero processo psicoterapeutico.

Certo, avendo avuto come maestro Giovanni Liotti che della curiosità intellettuale faceva un mantra, non avrei potuto non accoglierne il senso. Grazie anche al mio variegato e lungo percorso formativo, sono fermamente convinta che qualsiasi nuova acquisizione avente coerenti punti di contatto possa aggiungere conoscenza e non confondere quando senso e scopo risultano essere chiari.

In questa prospettiva, integrare significa aggiungere con sapienza e discer-

nimento elementi e teorie diverse ma che condividono una stessa visione della mente umana. Una mente spugna, adattabile, flessibile, creativa, autopoieticamente programmata alla risoluzione. E di questo ringrazio Francine Shapiro che ha dato forma e metodo a questa affermazione.

Gli studi di Panksepp e ancora le contaminazioni di Gianni mi hanno aiutata ad approcciare il disturbo in maniera olistica, osservandolo necessariamente da più punti di vista e secondo interventi *top-down* e *bottom-up*. Ho sempre prestato attenzione al paziente-persona nella sua interezza, alla ricerca di un intervento che contenesse tutto questo e che non fosse solo uno strumento tecnico.

Nelle fasi iniziali del mio apprendimento al metodo EMDR, già ne coglievo le solide basi teoriche che ne sostengono l'efficacia, ma negli ultimi tempi, grazie anche ai recenti molteplici studi e ricerche nell'ambito della fisiologia del trauma e alla psicobiologia del sistema nervoso, la sua validità terapeutica si è ulteriormente evidenziata.

L'EMDR, avvalendosi di teorie quali la teoria dell'attaccamento, la teoria della dissociazione strutturale, il modello polivagale di Porges e supportato da validati studi sulla neurobiologia del cervello e sul ruolo del corpo come primario vettore di conoscenza implicita, rappresenta l'approccio metodologico più completo perché focalizzato su più livelli (cognitivo, emotivo, percettivo-corporeo). L'intero percorso terapeutico si delinea all'interno di una cornice terapeutica in cui la relazione terapeutica risulta essere nel contempo centrale e centrata sull'osservazione continua di ciò che accade nella stanza della terapia tra il vissuto del paziente e il nostro traghettarlo oltre il suo passato doloroso.

L'EMDR è l'unico modello terapeutico a utilizzare per la cura del disagio psichico la stimolazione bilaterale (SBL), che numerose ricerche hanno ipotizzato essere in grado di agire sul sistema parasimpatico favorendo anche in pazienti in iperarousal una diminuzione dell'attivazione e quindi una diminuzione dell'intensità emotiva. La SBL, pertanto, rappresentando l'elemento caratterizzante la terapia EMDR, ne evidenzia anche l'unicità.

Il clinico, grazie agli studi forniti dalle neuroscienze, può quindi procedere con metodo sperimentale al raggiungimento dell'obiettivo principale dell'intero percorso di cura, ovvero favorire il benessere del paziente. Infatti, il riscontro dei dati delle neuroscienze ci aiuta a comprendere

meglio il funzionamento della mente come sistema avente come scopo costruire significati e correlazioni specie-specifiche, per organizzare il proprio mondo conoscitivo, secondo una complessità crescente e partendo dal percettivo corporeo per arrivare al simbolico.

L'EMDR, essendo un approccio complesso nella sua semplicità, molto ben strutturato e con un protocollo attento a tutti gli aspetti del paziente, in maniera flessibile e adattabile, non solo integra importanti teorie di riferimento, ma propone varianti e adattamenti integrabili a tutti gli approcci psicoterapeutici, aumentandone l'efficacia.

La condivisione di conoscenze provenienti da orientamenti diversi rende possibile un linguaggio comune e comprensibile anche a terapeuti di formazione differente, determinandone appunto un'integrazione metodologica.

Il focus nella terapia EMDR, infatti, è sia sugli aspetti cognitivi, emotivi e comportamentali, sia su quelli neurofisiologici. Il metodo, attraverso i movimenti oculari o altre forme di stimolazione bilaterale, ripristina l'equilibrio eccitatorio-inibitorio del sistema nervoso, favorendo l'interconnessione degli emisferi cerebrali e quindi i processi associativi che rendono possibile la rielaborazione degli eventi disturbanti.

Il protocollo viene adattato a ogni singolo paziente per quel determinato disturbo, secondo un obiettivo terapeutico condiviso e concordato in una relazione terapeutica solida, perché supportata da una co-regolazione continua delle emozioni del terapeuta e del paziente stesso.

La nostra mente-corpo è strutturalmente adatta a creare connessioni, il nostro sistema nervoso è perennemente alla ricerca di una condizione basica di sicurezza per poter esplorare e creare legami sociali. Non possiamo non tener conto di tutto questo nella nostra professione di cura.

Durante l'intero percorso si delinea una costante valutazione di ogni componente sensoriale, emotiva, cognitiva, comportamentale e neurofisiologica del paziente, focalizzandosi anche sul rafforzamento delle risorse personali che possono consolidarne la resilienza individuale.

In conclusione, proprio per quanto evidenziato, ritengo che l'EMDR, essendo uno strumento integrativo e integrabile grazie a un protocollo ben strutturato ma adattabile a ogni quadro psicopatologico, sia l'approccio in grado di mettere in pratica tutte le maggiori conoscenze teoriche nella cura del paziente.

Teoria di riferimento dell'EMDR e sistemi motivazionali

Contributi teorici di base
dell'approccio EMDR

1.1 Teoria dell'attaccamento

La teoria dell'attaccamento di John Bowlby (1988), rappresenta già un'integrazione teorica ad ampio raggio proprio grazie al suo fondatore che, partendo da una formazione psicoanalitica, integrò concetti provenienti dalle nuove scoperte nell'ambito della psicologia cognitiva e dall'etologia.

Questo modello teorico di riferimento rappresenta un paradigma integrativo capace di descrivere lo sviluppo individuale ed evidenziare tutti i fattori che intervengono nello sviluppo dell'autocoscienza.

Bowlby identifica il *sistema di attaccamento* come un sistema innato, biologicamente determinato e innescato dalla percezione della vulnerabilità personale. Tale sistema fa parte di quei sistemi funzionali di regolazione del comportamento sociale a base innata che comprendono il sistema dell'accudimento, il sistema di difesa per la sopravvivenza, il sistema predatorio, il sistema agonistico, il sistema cooperativo, il sistema sessuale. Essi sono chiamati sistemi motivazionali interpersonali (SMI) e hanno un altissimo valore in termini evoluzionistici, poiché regolano le interazioni sociali e organizzano l'esperienza emozionale e la rappresentazione di sé con l'altro (Liotti, 2001).

Ogni sistema motivazionale ha un innesco, una meta e un arresto ed è caratterizzato da specifici comportamenti e specifiche emozioni che raggiungono poi la coscienza.

L'etologia e la biologia evoluzionista hanno dimostrato che la vita sociale dell'uomo e dei vertebrati si organizza grazie alla comparsa e alla mediazione di questi sistemi di controllo del comportamento sociale. Ed è all'interno delle mappe neurali del sistema limbico che sono rappresentati questi innati sistemi di regolazione, mentre all'interno del tronco encefalico si trovano codificati i bisogni omeostatici, anch'essi su base innata, che si attivano al di sotto della coscienza.

Ogni sistema funzionale è modulato da segnali non verbali emessi da un sistema conspecifico, per cui i sistemi comportamentali sociali di due individui che interagiscono sono in un accoppiamento strutturale intrinseco (Liotti, Farina e Rainone, 2005); nello specifico, infatti, il sistema di attaccamento del bambino attiva nella madre quello di accudimento. L'attivazione per ogni sistema motivazionale è strettamente correlata alla meta evoluzionistica che persegue il sistema stesso. Infatti, una volta raggiunta la meta il sistema si disattiva. Ad esempio, per il sistema di attaccamento la meta è rappresentata dalla vicinanza protettiva, per quello di difesa dall'autoprotezione, per l'agonistico dalla dominanza, per il sistema dell'accudimento dalla protezione della prole e di altri significativi dal pericolo, per quello sessuale dalla riproduzione.

1.2 Sistemi motivazionali interpersonali (SMI) ed emozioni

Ciò che media l'interazione tra questi sistemi di controllo sociale innati è rappresentato dall'espressione e percezione delle emozioni proprie e altrui e il cui fine è quello di garantire la sopravvivenza e l'adattamento a tutti i membri della specie.

Le emozioni, pertanto, rappresentano le prime fasi delle operazioni degli SMI che possono divenire coscienti (Bowlby, 1972) e sono già indirizzate verso mete con valore di adattamento prima di arrivare alla coscienza, ove una volta affiorate possono acquisire significato, coniugarsi alla memoria autobiografica, essere elaborate dal pensiero e accedere all'autoregolazione e alla libera scelta (Liotti, 2000).

Le emozioni di base, essendo mediate direttamente da circuiti neuronali specifici a base innata, sono innescate e disinnescate da precise condi-

zioni ambientali e interne all'organismo e influenzate solo parzialmente da espliciti processi cognitivi.

Ogni SMI possiede proprie sequenze di esperienza emozionale che trovano corrispondenza nella diade relazionale. Ed è proprio dal riconoscimento coerente e reciproco della traccia emotiva all'interno di una relazione interpersonale che si determina la sintonizzazione tra i due agenti dell'esperienza relazionale.

Quando l'emozione viene riconosciuta all'interno della diade relazionale nel suo valore adattivo e di sopravvivenza, l'emozione stessa diviene fondamento della coscienza: le emozioni emergono dalla relazione e alla relazione ci rimandano (Damasio, 1995).

Sono le emozioni che segnalano l'attivazione del sistema motivazionale complementare a quello attivo nell'altro membro della diade. Pertanto le emozioni tipiche di ogni sistema motivazionale orientano il comportamento verso l'obiettivo interpersonale avente valore evoluzionistico di sopravvivenza.

La specificità di ogni emozione riveste grande valore evolutivo e ha grande rilevanza nel processo integrativo, reso raggiungibile anche dalla possibilità da parte degli individui di trovare coerenza nel valutare quanto la rappresentazione delle diverse esperienze emozionali sia congruente con la funzione di ciascuna emozione primaria. La corrispondenza della propria con l'altrui emozione sviluppa la coscienza ed è proprio la coscienza che ci permette di conoscere la gioia, il dolore, l'imbarazzo, la vergogna, ci permette la consapevolezza di noi stessi e del mondo che ci circonda. Senza la coscienza non potremmo conoscere alcuno stato personale e non avremmo coscienza del nostro Sé coeso, inteso come frutto della capacità di sentire quell'emozione e sapere di sentire quell'emozione.

In linea con quanto espresso, sia Schore (2003) sia Siegel (2013) sottolineano che la teoria dell'attaccamento sia fundamentalmente una teoria della regolazione delle emozioni e che le emozioni, essendo processi fondati evoluzionisticamente, sono regolate e organizzate da processi cognitivi e metacognitivi. Coerentemente con quanto affermato da questi autori, pertanto, trova ampio riscontro l'impianto teorico sostenuto da Damasio (2000) secondo cui il trasformarsi delle emozioni (eventi fisiologici avvolti nel silenzio del corpo) in sentimenti (esperienze sog-

gettive) delinea la progressiva costruzione della coscienza nei processi cerebrali.

1.3 Emozione e coscienza

Nell'opera di António Damasio prende forma con chiarezza il pensiero che la coscienza e l'emozione non siano separabili, e che se la coscienza è menomata lo è anche l'emozione. Questa interconnessione tra emozione, coscienza e corpo, sottolineata dallo scienziato portoghese, dà struttura e conferma a quanto la terapia EMDR evidenzia e attenziona con estrema cura. L'acronimo EMDR sta per *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, ovvero desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari. La procedura, scoperta da Francine Shapiro nel 1987, prevede la stimolazione bilaterale dei movimenti oculari secondo un protocollo molto dettagliato. Si favorisce, così, la desensibilizzazione dei ricordi traumatici da cui origina la patologia e si permette la trasformazione di sensazioni ed emozioni più funzionali, grazie a processi di associazione di pensiero che facilitano nuove consapevolezza. L'efficacia della terapia EMDR, considerata evidence based, è comprovata da molti studi scientifici (cfr., ad es., Cloitre, 2009; Suzuki et al., 2004). Si rimanda la spiegazione dettagliata del metodo al capitolo 6.

Spesso, infatti, il sintomo è espressione di un disagio non integrato e quindi non espresso attraverso il linguaggio, ma che si manifesta attraverso il corpo o attraverso un'immagine sensoriale. Queste tracce mnestiche, attraverso il processo elaborativo della stimolazione bilaterale che favorisce collegamenti neurali associativi, possono emergere dalla coscienza e trovarne significato.

Negli esseri umani la massima espressione della coscienza è resa possibile dal linguaggio: passato e futuro possono essere percepiti insieme nel qui e ora, dando forma a un senso di sé unitario come entità unica; un sé autobiografico in grado di attingere ed esprimere la memoria autobiografica (Damasio, 1995).

Ma laddove le esperienze dolorose si siano verificate prima della completa acquisizione delle capacità linguistiche, l'esperienza lascia co-

unque una traccia perché l'emozione di innesco coerente al sistema motivazionale innato, attivato ad esempio dal bambino, non trova corrispondenza da parte dell'altro agente la diade risultando disatteso; tale mancata reciprocità può essere causa di grave fallimento di sintonizzazione.

Infatti, affinché la coscienza prenda forma, sono importanti sia i processi attentivi sia le immagini intese come configurazioni mentali in qualunque modalità sensoriale, come ad esempio quella uditiva, tattile, olfattiva, gustativa o visiva, e che contribuiscono alla costruzione delle scene del film della propria storia autobiografica. Tutti elementi o, ancor meglio, tracce mnestiche, ricordi che all'interno del percorso terapeutico EMDR trovano spazio di elaborazione grazie alla possibilità di poterli utilizzare come target da elaborare attraverso la stimolazione bilaterale con i movimenti oculari o la stimolazione tattile o uditiva.

Proprio perché i sistemi motivazionali sono innati e universali e hanno uno scopo evolutivo per la specie, forniscono non solo la traccia ma anche la qualità e la coerenza della relazione tra il caregiver e il bambino, plasmando lo stile della loro interazione. Infatti, la sintonizzazione del caregiver ai bisogni primari del bambino rappresenta il fattore protettivo primario per il bambino stesso.

Quando ciò non accade e si verifica una significativa e cronica mancanza di reciprocità e di sintonizzazione, si favoriscono i presupposti per lo sviluppo di una psicopatologia. Infatti, la memoria del bambino ancora priva di episodi (memoria episodica) ma già contenente significati generali (memoria semantica) innati e pronti ad essere espressi in seguito con il linguaggio, non trovando coerenza tra ciò che accade e ciò che già sa, può andare incontro a grave patologia.

Pertanto è vero che gli schemi comportamentali correlati alle emozioni di base sono innati e sono il risultato dell'evoluzione, ma il loro sviluppo dipende dal rapporto di questi schemi e di quelli acquisiti durante l'esperienza relazionale.

Situazioni avverse durante l'infanzia tra il caregiver e il bambino possono compromettere la *ri-categorizzazione* cognitiva della percezione delle emozioni di base (Liotti, 2000). L'esperienza emozionale viene ricategorizzata cognitivamente durante il sogno e gli stati di veglia, ma quando l'impatto traumatico dell'esperienza è troppo incongruente con

il significato valoriale intrinseco delle emozioni di base, si determina un'incongruenza di significato che Liotti ipotizza possa essere preludio alla psicopatologia.

Secondo Bowlby, la psicopatologia deriva proprio dal fallimento tra i sistemi di memoria semantica ed episodica, determinato dalla mancanza di memorie episodiche in grado di disconfermare errori di giudizio generali e favorire erronee conoscenze semantiche di sé e della figura di attaccamento (FdA).

Le prime relazioni di attaccamento possono quindi indirizzare verso direzioni inadeguate la rappresentazione di alcune esperienze emozionali fondamentali.

Pertanto, quando ad esempio nel bambino il sistema dell'attaccamento non viene corrisposto dal caregiver con il sistema di accudimento perché questi è ingabbiato nei suoi stati mentali dolorosi, l'emozione corrispondente è comunque attivata e lascia una traccia mnestica che a lungo andare darà significato a quella relazione anche attraverso il corpo o memorie percettive, ricordi, che ben conosciamo nel nostro lavoro terapeutico con EMDR e che grazie ad esso possono trovare espressione. Nelle storie autobiografiche dei nostri pazienti siamo ben consapevoli, durante la pratica clinica, che partendo da un'immagine visiva o solo sensoriale rappresentativa del disturbo e utilizzandola come target, essi ripercorrono, attraverso l'elaborazione, i ricordi nodali del proprio disagio. Partendo dal proprio tema doloroso, infatti, si arriva alla sua origine, osservandolo, però, come su un treno in grado di accompagnarlo oltre il passato.

Se l'emozione, espressione innata di un sistema attivato, non viene riconosciuta o viene disattesa dalla FdA, quel mancato riconoscimento avente valore evolutivo resta come cristallizzato e non elaborato come traccia mnemonica nell'individuo, che per far fronte a tale profondo dilemma, ovvero alla discrepanza tra ciò per cui è evolutivamente programmato e ciò che invece accade, struttura cognizioni negative su se stesso che divengono nel tempo nucleari per la costruzione del proprio Sé.

Questa visione psicobiologica delle emozioni è stata sostenuta e divulgata da Liotti, Farina e Rainone (2005) a conferma del modello secondo cui le emozioni di base vanno considerate come caratteristiche realtà

biologiche. Secondo questi autori, le emozioni, essendo biologicamente fondate, precederebbero l'esercizio delle capacità riflessive e della categorizzazione concettuale. Inoltre, le emozioni di base, essendo mediate direttamente dai circuiti neuronali specifici a base innata, sono innescate da precise condizioni ambientali e interne all'organismo e influenzate solo parzialmente da espliciti processi cognitivi. Pertanto, la maggiore o minore capacità di comprendere e rappresentare il significato delle emozioni determina l'evoluzione normale o patologica dell'esperienza emotiva. Nello specifico, essendo l'emozione di base (che facendo parte del corredo genetico e adattivo della specie non possiamo non provare) non adeguatamente compresa nel suo intrinseco significato, viene sottratta ai processi intrapsichici mediati dal linguaggio. In questo modo l'emozione di base avente valore innato, non riconosciuta e significata, determina un disorientamento e una mancata integrazione tra i livelli cognitivo, emotivo e percettivo. Il misconoscimento delle emozioni di base, infatti, rappresenta un potenziale vettore per la psicopatologia.

In tal senso la terapia EMDR riconosce il primato delle emozioni e della risposta emozionale come vettore che dirige e modula le interpretazioni cognitive e le attribuzioni di significato da parte dell'individuo (Faretta, 2014). Attraverso l'approccio EMDR si favorisce l'evoluzione delle risposte emotive verso un maggior adattamento reso possibile dalla caratteristica fondante del metodo e rappresentata dalla possibilità di lavorare su tutti i livelli dell'individuo: cognitivo, emotivo, corporeo.

Secondo LeDoux (1998), le emozioni, essendo processi che coinvolgono l'intero cervello, rappresentano esperienze soggettive agli eventi espresse in termini di cambiamenti fisiologici, esperienziali e comportamentali. Siegel (2013) descrive le emozioni come stati interni di attivazione o flussi di energia che dirigono e modulano l'attività cognitiva dell'individuo. Questa capacità delle emozioni rende possibile anche una diversa attribuzione di significato dell'esperienza ma soprattutto promuove un funzionamento psicologico e sociale adattivo e flessibile, capace di interagire in maniera efficace all'ambiente.

Il continuo avvicinarsi degli stati interni dell'organismo, regolato dal cervello grazie a meccanismi innati, costituisce pertanto il Sé.

1.4 La costruzione del Sé: i modelli operativi interni (MOI)

La percezione del Sé avviene grazie alla reciprocità delle azioni che si svolgono tra il neonato e chi gli presta cura. Questa reciprocità plasma il cervello del neonato (Schore, 2015; Siegel, 2013), favorendo la crescita di connessioni neurali nella corteccia orbitofrontale. Inoltre ciò favorisce la connessione tra la corteccia limbica in cui è innato il sistema dell'attaccamento e la stessa corteccia orbitofrontale, fondamentale per la memorizzazione e la modulazione delle risposte del neonato al volto materno.

In merito alla reciprocità dei due cervelli destri di madre e bambino, Daniel Stern (2005) sottolinea che sin dall'inizio esiste una percezione di sé distinta dall'altro, ma in necessaria relazione con l'altro. La conoscenza di se stessi a livello corporeo, emotivo, linguistico e di pensiero, dall'inizio significa conoscere almeno un altro con cui si è in relazione. E sono proprio questi scambi a plasmare il cervello del bambino (Schore, 2003). Bowlby (1988) chiama queste rappresentazioni di sé con l'altro durante l'attaccamento, modelli operativi interni o MOI (*Internal Working Models*, IWM), ovvero l'insieme di norme coscienti e/o inconscie che consentono di organizzare l'informazione relativa alla relazione di attaccamento.

I MOI sono strutture mnestiche che consentono al bambino di costruirsi la matrice delle future interazioni sulla base di quanto egli stesso sia stato ascoltato e accettato dalla FdA. Essi registrano il comportamento interpersonale e regolano le emozioni di attaccamento innate: rappresentano la sintesi delle memorie dell'interazione con ciascuna figura di attaccamento; in sintesi comprendono i modelli di sé con l'altro (Liotti, 2001). Questi modelli guidano l'individuo nella costruzione delle aspettative riferite alle interazioni interpersonali e soprattutto alle risposte che in maniera predittiva potrà aspettarsi negli scambi con loro (Bowlby, 1972).

Il legame tra il bambino e la sua figura di attaccamento, pertanto, rende possibile negli individui l'organizzazione dell'esperienza, l'identificazione degli eventi recenti in relazione a quelli del passato e il modo in cui dobbiamo rispondervi.

Questo aspetto relativo ai ricordi riferiti ai propri legami affettivi trova, nel contesto della terapia EMDR, ampio spazio proprio perché avente lo scopo di evidenziare le influenze delle prime relazioni di attaccamento che hanno potuto indirizzare in maniera disfunzionale la rappresentazione di alcune fondamentali esperienze emozionali.

In particolare, secondo il modello dell'attaccamento, sin dalle prime fasi del suo sviluppo l'individuo può determinare la scelta tra percorsi evolutivi diversi determinando l'interazione che si instaura tra se stesso e il suo ambiente. Questo aspetto supporta l'importanza che l'approccio etologico attribuisce alle influenze genetiche ed ambientali nel percorso evolutivo di ognuno.

A differenza dei paradigmi della psicoanalisi secondo cui lo sviluppo si delinea lungo un percorso unico suddiviso in stadi, Bowlby, contaminato dalle teorie dei biologi evoluzionisti, propone invece un modello con diversi percorsi di sviluppo. Pertanto, l'elemento nucleare e fondamentale in questo modello è rappresentato dai legami emotivi che si instaurano tra il caregiver (la figura di attaccamento) e il bambino; infatti, la funzione primaria del sistema di attaccamento è quella di ricercare protezione e cura nei momenti di paura e difficoltà. I segnali di disagio, grazie ad un processo non conscio, attivano i comportamenti di attaccamento che determinano la ricerca di vicinanza alla FdA.

L'importanza del comportamento di attaccamento è così fondante, che i bambini piccoli sono impegnati per la maggior parte del tempo in attività ad esso connesso. Non solo sono attenti alla localizzazione fisica della FdA, ma cercano strategicamente il modo migliore per raggiungere il grado di vicinanza desiderata (Lorenzini e Sassaroli, 1996).

Vari studi confermano che l'esplorazione autonoma del bambino è fortemente influenzata dalle risposte del caregiver alle iniziative di separazione da parte del bambino stesso. La semplice consapevolezza della presenza della madre dà al bambino la sicurezza per esplorare un ambiente nuovo (Liotti, Farina e Rainone, 2005). La presenza o assenza della madre rappresenta infatti un fattore tanto determinante da permettere o inibire l'esplorazione di contesti nuovi da parte del bambino. Non esiste una motivazione innata all'allontanamento interpersonale, piuttosto una tendenza innata verso l'esplorazione del territorio, e più sicuro è l'attaccamento più risulta sicura la possibilità di allontanarsi.

Nelle prime fasi di vita l'attaccamento si esprime attraverso pattern di comportamento che richiedono una ricerca di contatto, ma che poi nel corso della maturazione cognitiva ed emotiva divengono più complessi. Infatti, via via che i processi di internalizzazione raggiungono una certa stabilità, i bambini imparano cose su di sé e sul mondo, e iniziano ad avere rappresentazioni delle figure di attaccamento, di se stessi e dell'ambiente.

Proprio come visto in precedenza, è in relazione all'adeguatezza dei caregiver in termini di protezione, accudimento, integrazione affettiva che vengono gettate le basi dell'organizzazione cognitiva e comportamentale dell'individuo. La modalità con cui da adulto l'individuo mostrerà di essere dotato in termini di adattamento e integrazione affettiva e interpersonale sarà strettamente collegata alle esperienze vissute all'interno delle relazioni primarie.

In definitiva, è proprio durante l'infanzia che la percezione di minaccia da parte del bambino proviene più da segnali di accessibilità emotiva da parte della FdA, piuttosto che da una reale minaccia fisica o di pericolo per la vita. L'incapacità del caregiver di modulare la disregolazione emotiva nella relazione con il bambino favorisce ciò che Karlen Lyons-Ruth (2012) definisce *trauma nascosto*.

Inoltre, lo stile relazionale in età adulta, ovvero la risultante dei processi che caratterizzano il bambino e i suoi genitori, sarà stabile nel tempo e tale stile verrà a sua volta riproposto nell'accudimento dei propri figli da parte del bambino divenuto adulto (trasmissione transgenerazionale dello stile di attaccamento).

Il "modello sicuro" si sviluppa in una coerente ed equilibrata organizzazione delle informazioni ed emozioni provenienti dal mondo interno e dal mondo esterno. In questa coerenza relazionale, la sicurezza, la fiducia e l'affetto al bambino gli consentono di svolgere i vari compiti richiesti durante tutte le fasi evolutive.

Gli altri modelli sono definiti "insicuri", poiché il contesto relazionale appare o troppo ricco di carichi emotivi o troppo povero e ristretto e caratterizzato da ostilità, rifiuto o silenzio.

La funzione dei modelli di attaccamento risulta essere fondamentale proprio perché sono gli stessi modelli interni di attaccamento a organizzare e guidare le emozioni, le percezioni, le informazioni e quindi l'inte-

razione del bambino (successivamente adulto) con l'altro. Tali modelli rappresentano l'impalcatura grazie alla quale l'individuo costruirà le memorie proprie ed altrui, distinguerà fra il proprio vero e il falso, fra le proprie percezioni e la realtà. Aspetti, questi, di miliare importanza nel lavoro terapeutico con i nostri pazienti.

Il consolidamento di rappresentazioni interiori relative a sé con l'altro favorisce nei bambini la possibilità di tollerare periodi sempre più lunghi di lontananza dalla FdA-madre e imparare che l'accessibilità e la disponibilità materna possono essere modificate da varie circostanze.

Lo sviluppo di questi modelli rappresenta il fulcro della formazione delle strutture cognitive che caratterizzano la successiva e futura attribuzione di significato di ciascun individuo rispetto a sé e alla realtà esterna.

Bowlby (1988), teorizzando che i MOI del Sé e delle figure di attaccamento si costruiscono dall'interazione degli individui con il proprio ambiente, considera questi modelli operativi come strutture mentali che conservano la configurazione temporale e causale dei fenomeni del mondo reale, e sui quali l'individuo può agire. La funzione di questi modelli diviene, quindi, quella di rendere capace l'organismo di reagire alle situazioni future prima che si determinino e deciderne la risposta più efficace. La funzione primaria dei MOI è quella di pianificare, prendere decisioni e interpretare, ma soprattutto influenzare la costruzione di modelli operativi del Sé e del caregiver nella relazione di attaccamento. Risulta chiaro, quindi, che i modelli operativi individuali del Sé e delle FdA emergono dalla continua esperienza di interazione diadica: la costruzione di un modello operativo interno delle proprie FdA, amorevoli e capaci di sostegno, favorisce la costruzione di un modello del Sé come degno di essere amato. Laddove invece il sostegno risulta non adeguato si evidenzia una criticità.

Nello specifico, nelle relazioni di attaccamento non soddisfacenti un ruolo fondamentale lo rivestono le difese con cui l'individuo cerca di dare coerenza al doppio messaggio della FdA. In questo tipo di relazioni il bambino sviluppa un modello operativo di sé scisso, in relazione alla figura di attaccamento, con un aspetto accessibile alla consapevolezza e l'altro difensivamente escluso (Bowlby, 1983). Soprattutto nelle situazioni traumatiche, quando i bambini ricevono una spiegazione ingenua dell'accaduto, essi tendono a risolvere il conflitto eliminando dalla con-

sapevolezza la propria visione dell'evento doloroso e dando senso solo all'interpretazione genitoriale. Nella formazione di un MOI scisso, i bambini rimuovono le esperienze autobiografiche (memoria episodica) delle esperienze traumatiche e immagazzinano le interpretazioni genitoriali di questa stessa esperienza, nella memoria semantica di conoscenza generale (Liotti e Farina, 2011).

Bowlby (1972) ha sottolineato quanto le prime relazioni del bambino con i suoi genitori siano uniche ed emotivamente esclusive, rappresentando i genitori l'unico mediatore tra il bambino e il mondo. Tale condizione determina che quando i genitori inducono il bambino ad escludere alcuni aspetti ambientali determinanti, quest'ultimo finisce con il respingere le informazioni provenienti dai suoi stessi sensi e ad accettare la prospettiva dei propri caregiver. Tale modalità può favorire nel bambino un modello operativo di sé e della figura di attaccamento disorganizzato, in cui molti schemi o reti sono dissociati uno dall'altro e tra livelli gerarchici, favorendo comunicazioni contraddittorie con gli altri. Questi MOI inflessibili e mal funzionanti possono determinare, pertanto, distorsioni e confusioni nell'interpretazione e nella condotta delle relazioni di attaccamento.

1.5 Esperienze precoci avverse: lo studio ACE

Esperienze di vite reazionali precoci devianti nell'organizzazione dei modelli operativi interni possono sviluppare sindromi psicopatologiche. Un esaustivo e monumentale studio pubblicato nel 2010 e condotto su 5600 soggetti dalla Harvard University ha dimostrato che il trauma dello sviluppo causa psicopatologia per circa il 44% dei pazienti con sintomi durante l'infanzia e l'adolescenza (Green et al., 2010).

Il maltrattamento infantile, rappresenta il predittore più potente per la bassa qualità della salute psichica durante tutta la vita (Farina e Liotti, 2013). Tale affermazione trova conferma nello studio condotto da Felitti (2009) e denominato ACE (Adverse Childhood Experiences), grazie al quale si è potuto evidenziare come i bambini che sviluppano disturbi emotivi siano stati testimoni di scene drammatiche che i loro genitori avrebbero preferito non vedessero. Spesso i bambini consapevoli dell'e-

vitamento da parte dei loro genitori di parlare di determinati argomenti, o sottoposti dagli stessi a pressioni psicologiche, finiscono con l'adeguarsi e conformarsi ai desideri dei loro genitori, escludendo elementi che però sono già stati registrati nella loro mente.

Tale omissione determina un'apparente non consapevolezza dell'accaduto. Questi bambini, infatti, è come se non avessero assistito a quelle scene e non avessero provato quelle precise emozioni o ricavato determinate impressioni. Tale mancata elaborazione degli schemi, però già formati, ne impedisce la verbalizzazione, ossia la trasformazione in oggetti di pensiero. Si determina in questo modo una frattura tra la conoscenza tacita e quella esplicita, che trova la sua massima espressione attraverso il linguaggio. Evoluzionisticamente solo la specie umana è dotata di questo tipo di distinzione connessa alla nascita del linguaggio e alla specializzazione emisferica.

Affinché l'esperienza divenga cosciente, infatti, è necessario che attraverso il corpo calloso le informazioni passino dall'emisfero destro a quello sinistro in cui vi sono le aree del linguaggio. La capacità di fare esperienze coscienti, quindi, è prerogativa dell'emisfero sinistro.

Pertanto gli schemi già formati, anche se in una forma appena riconoscibile, fungono da traccia mnestica iniziale, come parametri per la formazione di un tema centrale per l'organizzazione degli stati emotivi, quale il consolidamento della sensazione di non potersi fidare delle proprie sensazioni-impressioni, che alimenta un tema di sfiducia di base rispetto alle intenzioni degli altri (Guidano e Liotti, 1983).

Nella nostra pratica clinica constatiamo di frequente quanto il disagio psichico derivi dall'incongruenza tra percepito soggettivo e narrativa condivisa all'interno delle relazioni familiari; infatti, in queste circostanze le informazioni provenienti dalle emozioni e dai pensieri dell'individuo sono escluse da ulteriori elaborazioni a causa delle influenze genitoriali, e quando l'esperienza personale del bambino viene esclusa da un'ulteriore elaborazione, viene elaborata la ridefinizione degli affetti data dai genitori. Se tale modalità disfunzionale si determina in modo costante, può verificarsi il paradosso che per poter essere sicuro di stare provando una determinata emozione il bambino abbia bisogno dell'approvazione di una persona significativa.

Queste esperienze iniziali sono fondamentali perché andranno a costi-

tuire l'organizzazione conoscitiva con cui l'individuo struttura la conoscenza di sé e del mondo. Da quanto affermato fino a questo momento, appare evidente come le esperienze precoci possano avere effetti duraturi e molto determinanti sullo sviluppo e sulla vita di un individuo.

Nel nostro lavoro clinico, già durante la fase di concettualizzazione del paziente secondo il protocollo EMDR prestiamo estrema attenzione a queste dissonanze narrative che si manifestano immediatamente nella loro criticità e ne delineano il percorso terapeutico.

La focalizzazione metodologica del protocollo EMDR rispetto agli eventi che il paziente ricorda come dolorosi, e che è già in grado di definire come gli eventi peggiori della propria vita valutandoli secondo una scala di disagio definita SUD, esprime appieno la mancata integrazione tra il livello cognitivo e quello percettivo-emotivo del ricordo.

Pertanto, qualsiasi approccio terapeutico non può non tenere conto di questo fondamentale elemento che, se non elaborato, resterà cristallizzato come ricordo disturbante nella mente del paziente bloccando il naturale processamento delle informazioni.

Per tale ragione la terapia EMDR, in breve tempo, nella specificità ovviamente dei casi, fornisce al paziente la possibilità di integrare le informazioni relative alla propria storia di vita. Inoltre, il lavoro clinico con EMDR, seppur orientato all'elaborazione adattiva dei ricordi traumatici cristallizzati nel passato e fonte di estrema sofferenza per il paziente, lo effettua nel contesto di una salda e sicura relazione terapeutica “tenendo” il paziente all'interno della sua *finestra di tolleranza* (v. par. 1.6). L'*holding*, ovvero tenere il paziente (Solomon e Shapiro, 2017), infatti, risulta essere fondamentale soprattutto con i pazienti gravemente traumatizzati, proprio perché impedisce che emozioni troppo veementi compromettano nuovi apprendimenti.

1.6 La finestra di tolleranza

La finestra di tolleranza rappresenta lo spazio entro il quale il processamento delle emozioni avviene senza compromettere il funzionamento del sistema. Nello specifico, soprattutto durante l'intervento terapeutico è importante che l'*arousal* del paziente, ovvero il grado di attivazione

emotiva e fisiologica, resti nello spazio all'interno del quale l'elaborazione dei diversi gradi d'intensità possa avvenire senza compromettere il funzionamento globale (Verardo e Lauretti, 2020).

Proprio perché il nostro obiettivo terapeutico è quello di favorire l'elaborazione e l'integrazione in maniera coerente delle esperienze e dei ricordi dolorosi del paziente, dobbiamo favorire l'abbassamento della condizione di stress in cui il cervello del paziente si trova e riportarlo, grazie alla stimolazione bilaterale (SBL), a una condizione di buon funzionamento.

Lo spazio entro il quale si delinea la finestra di tolleranza, e che varia da individuo a individuo perché influenzato dalle esperienze vissute, ha come estremo superiore il margine dell'eccessiva attivazione iperarousal e come estremo inferiore quello della ridotta attivazione ipoarousal. Con la procedura EMDR ogni intervento ha come obiettivo quello di tenere il paziente dentro la sua finestra di tolleranza per tutto il processo elaborativo, proprio perché un cervello stressato non elabora e non integra, restando cristallizzato nel dolore.