

Teresa Antonelli

*Prefazione di Isabel Fernandez*

# EMDR e dipendenze patologiche

STORIA E MODELLI D'INTERVENTO INDIVIDUALI E DI GRUPPO

*Quaderno operativo  
su EMDR di gruppo e "Protocollo Arcobaleno"*



# EMDR e dipendenze patologiche

Storia e modelli d'intervento individuali e di gruppo

Quaderno operativo su EMDR di gruppo e "Protocollo Arcobaleno"

*Teresa Antonelli*

<b>Prefazione .....</b>	<b>7</b>
<b>Premessa.....</b>	<b>13</b>
<b>Capitolo 1 - Setting, quale confine? .....</b>	<b>17</b>
1.1 Il setting è dentro di te.....	17
1.2 Il setting è...quando gli insetti invadono la stanza .....	20
1.3 Note tecniche del protocollo EMDR all'interno di una Comunità Terapeutica residenziale .....	21
1.4 "Cambio la cognizione positiva perché quello non ero io..."	23
<b>Capitolo 2 - EMDR definizione e fasi di intervento.....</b>	<b>25</b>
2.1 Cos'è l'EMDR, le 8 fasi .....	25
Fase 1: Storia del paziente. ....	26
Fase 2: Preparazione del paziente.....	27
Fase 3: Assessment.....	27
Fase 4: Desensibilizzazione.....	28
Fase 5: Installazione.....	29
Fase 6: Scansione corporea.....	29
Fase 7: Chiusura.....	30
Fase 8: Rivalutazione.....	30
<b>Capitolo 3 - Dentro la seduta .....</b>	<b>31</b>
3.1 Storia di Alberto – trascrizione di seduta EMDR .....	31

<b>Capitolo 4 - Comunità Terapeutica ed esperienze psicotraumatiche, quale legame? .....</b>	<b>45</b>
4.1 Perché l'EMDR in Comunità Terapeutica .....	45
<b>Capitolo 5 - Noi siamo la nostra storia .....</b>	<b>57</b>
5.1 Perché sei qui?.....	57
5.2 Anamnesi familiare, genogramma e racconti.....	61
5.3 Lavoro di Gruppo con la Scultura Familiare .....	63
5.4 Lutti .....	70
5.5 Storia di Matteo .....	78
<b>Capitolo 6 - EMDR e Protocolli sulla Dipendenza Patologica ..</b>	<b>83</b>
6.1 Modelli e Protocolli.....	83
6.2 Cravex – Craving Extinguished, il Protocollo del Ricordo della Dipendenza (AMP), Hase .....	85
6.3 Detur - Desensitization of Triggering and Urge for Relapse, Popky .....	86
6.4 Il Protocollo “Dipendenza da Emozione- Stato” (Feeling State Protocol, FSAP), Miller .....	88
<b>Capitolo 7 - La Ricerca e il protocollo Arcobaleno .....</b>	<b>93</b>
7.1 Il protocollo EMDR nelle Comunità Terapeutiche residenziali. L'esperienza nella Comunità Terapeutica L'Arcobaleno.....	93
7.2 La ricerca.....	100
7.2.1 Ipotesi di ricerca.....	102
7.2.2 Conclusioni.....	105
7.3 I dati, le immagini della ricerca .....	106
<b>Capitolo 8 - Dentro il lavoro, la stanza dei gruppi .....</b>	<b>119</b>
8.1 Schede Operative Modello Arcobaleno.....	119
8.2 Pre-lavoro gruppo EMDR.....	121
8.2.1 Metodo del raggio di Sole .....	123
8.2.2 Metodo del Posto al Sicuro .....	125
8.2.3 Metodo del Respiro.....	127
8.2.4 Metodo della spirale.....	129
8.3 Installazione risorse positive .....	131
8.3.1 Installazione di Risorse .....	133

---

8.4 Ricordi di craving e ricadute, crisi di astinenza, le volte d'uso	137
8.4.1 La prima volta d'uso - Scheda Operativa di gruppo...	139
8.4.2 Ricordi di astinenza - Scheda Operativa di gruppo ...	139
8.5 Fattori scatenanti il craving - Scheda Operativa di gruppo	143
8.6 IGTP Integrative Group Treatment Protocol .....	145
8.7 Trascrizione seduta EMDR di gruppo - Astinenza, la volta peggiore .....	149
8.8 Trascrizione di seduta sull'astinenza: "la volta peggiore", seconda seduta di gruppo .....	167
<b>Capitolo 9 - Siamo corpo, mente, emozioni... e tanto altro....</b>	<b>185</b>
9.1 Quattro livelli di lavoro: EMDR e psicoterapia, Mindfulness e meditazione, aspetti educativi, reti relazionali .....	185
9.2 A che serve respirare? Gruppi di consapevolezza, respiro, visualizzazione e.....	188
9.3 Lavoro quotidiano di consapevolezza/contatto emotivo. Tecniche di gestione dello stress e strategie di coping, mindfulness ....	191
9.4 Storia di Ahmed.....	195
9.5 Storia di Marco .....	196
<b>Capitolo 10 - Analisi qualitativa, le parole degli utenti.....</b>	<b>199</b>
10.1 Dalla parte dei pazienti.....	199
10.1.1 Costruzione del protocollo d'intervista.....	201
10.2 Analisi delle interviste.....	202
10.3 Risultati.....	204
<b>Postfazione di Riccardo Sollini .....</b>	<b>207</b>
<b>Appendici.....</b>	<b>211</b>
Appendice 1 - ACE .....	211
Appendice 2 - Raggio di Sole .....	214
Appendice 3 - Posto al Sicuro in gruppo.....	216
Appendice 4 - Metodo del Respiro .....	218
Appendice 5 - Metodo della Spirale.....	219
Appendice 6 - Installazione di Risorse .....	220
Appendice 7 - Ricordi di Astinenza .....	223
Appendice 8 - Fattori scatenanti il craving .....	226

Appendice 9 - IGTP Integrative Group Treatment Protocol...	227
Appendice 10 - Elenco Cognizioni Negative e Positive .....	230
<b>Ringraziamenti .....</b>	<b>231</b>
<b>Bibliografia.....</b>	<b>233</b>

## Prefazione

Quando e perché si cambia quando si viene aiutati? Come definire il cambiamento e quali sono le condizioni che lo favoriscono nelle relazioni di aiuto? Sono alcune delle domande che si trovano ad affrontare i clinici che lavorano in contesti comunitari per le dipendenze patologiche, dove le sfide al trattamento sono molteplici e i pazienti spesso non portano un bisogno e non hanno desiderio di cambiare e di riconoscere la propria dipendenza.

La dipendenza è per definizione un disturbo motivazionale nel quale la necessità della sostanza è travolgente e può dirottare ogni altro approccio necessario alla sopravvivenza. Come attivare, quindi, in loro la famosa motivazione, cuore delle psicoterapie?

Il setting può diventare la cucina della comunità, la sala da pranzo e lo spazio terapeutico diventa il terapeuta stesso, che proprio nella quotidianità costruisce la fiducia con il paziente. Cercare insieme al paziente quali sono stati gli eventi significativi, i dati dell'esperienza che hanno avuto una portata devastante dal punto di vista della salute psichica, è terapeutico nell'autoriconoscimento e nella ricomposizione dell'esperienza e di senso. Spesso il racconto dei pazienti svela il legame tra la dipendenza e le esperienze traumatiche infantili avverse, correlate con diversi disturbi psicopatologici tra cui condotte di abuso o dipendenza. Nelle conclusioni del Adverse Childhood Experiences (ACE), una delle prime ricerche epidemiologiche sulle esperienze traumatiche infantili gli autori Felitti e Anda (1998), concludono: molti dei problemi intrattabili della salute pubblica sono il prodotto di comportamenti compensa-

tivi come il fumo, l'uso di alcol o droghe che forniscono sollievo rispetto ai problemi causati dalle esperienze traumatiche della fanciullezza. Col tempo queste esperienze si perdono nell'oblio e la possibilità di indagare su certi problemi dell'esistenza umana è preclusa o nascosta dalla vergogna, il riserbo e i tabù sociali.

Non sorprende, dunque, scoprire che una buona percentuale di pazienti sono dipendenti di seconda generazione con alle spalle storie di trascuratezza e maltrattamento. Nel corso della vita, il trauma è rimasto silente, occultato o rimosso, tuttavia influenzante il funzionamento della persona, la quale inconsciamente può aver costruito intorno alle esperienze traumatiche il significato di tutte le sue costellazioni emotive, cognitive e corporee.

Ed è proprio in questa cornice che la comunità terapeutica per dipendenze patologiche Arcobaleno ha scelto di sperimentare, al fianco di altre misure di intervento, il protocollo EMDR, ormai riconosciuto come trattamento d'elezione per la cura del trauma e che ben si presta alle esigenze di trattamento della comunità terapeutica, dove i tempi sono brevi e le risorse limitate.

E in un contesto così ricco di sfide e difficoltà, l'EMDR diventa lo strumento motivante al percorso di terapia, rendendo esplicito e fruibile il lavoro psicoterapeutico altrimenti difficilmente comprensibile agli utenti con dipendenze patologiche. Lavorando non solo sul trattamento del trauma, ma a tutti i livelli dell'esperienza che vengono coinvolti nel processo come la parola, le emozioni, il corpo, i sentimenti, determinanti nello strutturare i destini del senso di sé e dell'autostima, l'EMDR stimola le esplorazioni dei processi in atto, facilitando la ridefinizione dell'identità del paziente, aiutandolo a riallacciare il significato della storia di vita interrotta dalla droga e permettendo di sperimentare nuove opportunità di vita.

“EMDR e dipendenze patologiche” è un manuale che si snoda sul confronto tra la pratica clinica e l'esperienza di ricerca scientifica e offre al clinico interessato al trattamento delle dipendenze una guida pratica e chiara su come utilizzare il protocollo Arcobaleno, sviluppato appositamente per i contesti di comunità terapeutica.

L'autrice riesce a trasmettere con naturalezza e passione la propria

esperienza, il desiderio di crescita e confronto e con questo quaderno operativo offre al panorama italiano, ancora poco prolifico in questo campo, un importante spunto operativo per il trattamento delle dipendenze patologiche con l'EMDR.

*Dott.ssa Isabel Fernandez  
Psicologa Psicoterapeuta  
Presidente dell'Associazione EMDR Europe e EMDR Italia*



*“C'è qualcosa che sapete, ma che non sapete di sapere.  
Quando scoprite ciò che sapevate, ma non sapevate di sapere,  
sapete di poter incominciare.”*

*Milton H. Erickson*

## Premessa

*“La mappa forse non è il territorio,  
ma di sicuro ci aiuta a spostarci.”*

*P.A. Levine*

Questo breve Quaderno Operativo vuole essere la sintesi per riportare parte delle attività clinico psicologiche, che svolgiamo all'interno di una Comunità Terapeutica Residenziale per le Dipendenze Patologiche. Il luogo da cui partiamo è l'Arcobaleno di Fermo (struttura legata alle più ampie realtà della Comunità di Capodarco). Semplicemente riporterò la mia esperienza di lavoro insieme all'équipe terapeutica, declinando gli strumenti utilizzati in questi anni e confluiti poi all'interno di una più ampia ricerca, coordinata a livello nazionale, dal Centro di Psicotraumatologia EMDR di Milano.

In questo senso mi auguro che il lavoro possa essere utilizzabile attraverso le Schede Operative di lavoro in gruppo, per interventi con l'EMDR in altri contesti comunitari per la Dipendenze Patologica. Le storie dei ragazzi che ho incontrato faranno da collegamento ed esemplificazione del percorso indicato.

Questo non vuole essere un libro che tratta in maniera approfondita tutte le tematiche legate alle Dipende Patologiche, né tratterò dei molti approfondimenti legati ai concetti di uso e abuso. Si presuppone inoltre una conoscenza degli aspetti legati alla psicotraumatologia e in specifico dell'EMDR, che appare un requisito di base per la sperimentazione del Modello Arcobaleno in contesti di gruppo. Per i molti approfondimenti si rimanda alla bibliografia specifica.

Utilizzerò inoltre riferimenti tecnici come le abbreviazioni C.N. e C.P. per indicare la cognizione negativa e positiva, e le altre sigle del protocollo standard (SUD, LOU, etc.). Il testo che segue può essere idealmen-

te diviso in tre parti e letto su tre livelli. Si può infatti seguire l'ordine numerico dei capitoli, che tracciano una progressiva mappa di lavoro, ma anche affrontare la lettura per macroargomenti. Sono infatti presenti alcuni capitoli più tecnici, legati all'uso e all'applicazione dell'EMDR di gruppo con le relative schede operative (nello specifico i capitoli 6-8); e altri relativi invece alla ricerca effettuata con l'EMDR di gruppo, corredati con i dati per la replicazione dell'esperienza e le informazioni necessarie ad avvicinarsi all'approccio, anche per i non specialisti (cap. 2-9-10). Vengono infine presentati i capitoli che espongono il lavoro nella comunità terapeutica, sia con l'EMDR che con strumenti ad esso affiancati, nei quali riporto anche racconti di storie di vita dei ragazzi accolti (cap. 1-3-4-9). Ognuno di questi 3 nuclei del lavoro, può essere anche avvicinato singolarmente, senza compromettere in sé la comprensione generale del testo. Si faranno cenni alla mindfulness, per i cui approfondimenti si rimanda alla vasta letteratura disponibile.

Il mio vuole essere solo il racconto di un'esperienza che mi auguro si possa replicare in altri contesti di vita comunitari, nei quali la ricerca della via per riallacciare il significato delle storie di vita "interrotte", sia un continuo stimolo e una prospettiva sempre presente.

Ad oggi nel momento della consegna finale del manoscritto, già nuove idee e prassi sono in atto nel lavoro terapeutico, e questo mi auguro sia il senso delle parole che leggerete, uno stimolo, da integrare nelle molteplici possibilità di un lavoro psicoterapeutico integrato, che non ha regole predefinite, ma va cucito sulla situazione di cui abbiamo la presa in carico. È quindi un costante e continuo lavoro in progress, che non ha mai una forma assoluta e definita ma sempre mutevole e migliorabile. Questa è l'arte della psicoterapia che è una continua sfida tra competenze scientifiche e ascolto del cuore, nell'interazione unica e specifica con l'altro.

Mi auguro che da questi spunti possano nascere nuove riflessioni e nuovi approcci ai problemi di vita, portati e affidati alla comunità insieme alle loro valige, dai nostri ragazzi.

La ricerca non sarà mai conclusa e sempre saremo impegnati al confronto e alla riflessione sulla nostra azione che diventa relazione con l'altro e, in quanto tale, costruzione di una realtà terza. In questa prospettiva

ho raccolto frammenti dell'esperienza svolta, certa che possano aiutare a consolidare e sperimentare nuove opportunità di cambiamento nel lavoro come specialisti e nella vita dei nostri utenti. Sappiamo infatti quanto al di là degli aspetti tecnici sia necessario un incontro con l'altro, un'accoglienza che crei una sintonia interpersonale. "I pazienti riescono a percepire quando non li vediamo come "altri", ma li riconosciamo come compagni di viaggio, compagni di sofferenza. Questo sentimento di riconoscimento ha un valore terapeutico, dal momento che permette ai pazienti di sentirsi parte della famiglia umana, un potente antidoto al senso di isolamento generato da molti disturbi psicologici" (Pollak e Pedulla Siegel, 2015, p.58).

## CAPITOLO 1

### Setting, quale confine?

*“Tutto ciò che ottieni e tutto ciò che non riesci a ottenere  
è il diretto risultato dei tuoi pensieri”*

*J. Allen*

#### 1.1 Il setting è dentro di te

Chiunque abbia mai lavorato come psicologo o operatore nel contesto di una struttura comunitaria di cura e riabilitazione per la dipendenza patologica, sa e ha vissuto sulla propria pelle, la complessità del lavorare e vivere insieme con i ragazzi 24 ore, tutti i giorni in ogni momento. Il luogo di lavoro è anche un luogo di vita, si mangia con i ragazzi, gli educatori ci dormono, si fanno uscite e attività a stretto contatto. Può capitare che vai in cucina per prendere un bicchiere d'acqua e il ragazzo che sta lì a impastare il pane ti dice: “sai dottoressa che stanotte ...” o “volevo chiederti se...”: che fai tu psicoterapeuta, a cui insegnano la necessità di una purezza del setting, della definizione, chiarezza dei confini e di quanto ogni gesto o parola sia importante e significativa, fino all'ultima stretta di mano sulla porta... che fai? Dici, non ora,... non posso risponderti perché non siamo in seduta o, quella cosa me la dici dopo? Quando magari l'enfasi e la necessità che cogli nella voce è quella che fa scoprire, forse per la prima volta, dopo mesi di comunità, una motivazione interna? Che fai quando a pranzo qualcuno ti fa una domanda e tu noti 14 paia di occhi che ti fissano aspettando di poter fare una battuta e sai che invece per quel ragazzo quella è una domanda vitale? Ci devi stare, devi sporcare il setting, accettare che mentre si impasta il pane si può essere tanto terapeutici quanto nell'ora di seduta nello studio, e magari devi al volo cambiare i programmi, dedicare 10 intensi minuti, in cucina, per far sentire a quel ragazzo che hai capito,

che comprendi la fatica che sta facendo per non scappare e dargli uno spiraglio. Sì, 10 minuti che a volte valgono come un'ora di perfetta psicoterapia, ma a un costo, il setting non è pulito. E allora dove lo crei lo spazio del contenimento, del confine, della chiarezza, della restituzione terapeutica, dell'elaborazione? Lo spazio devi avere la maestria di crearlo dentro di te, lasciando andare le paure di inadeguatezza, di non coerenza con quanto appreso e aprendo una solidità nell'incontro con l'altro, che fa leva sulla tua competenza, sulla tua velocità di comprensione clinica, perché hai già visto tante volte quei processi e quei dubbi, trasmettendo tutta la tua efficacia anche nei 10 minuti lì in cucina.

Questo, che sembra un passaggio scontato e facile, non lo è. Ho visitato luoghi di recupero, comunità terapeutiche per la dipendenza patologica, dove ho visto ragazzi parlare agli operatori con il lei, dove il setting è chiaramente definito, per esempio gli psicologi mangiano a un altro tavolo, ma mi chiedo, cosa c'è di terapeutico in questo, se non rimarcare una differenza tra me e te? È vero che una delle difficoltà maggiori, con i ragazzi che hanno avuto esperienze di dipendenza da sostanze psicoattive, è la mancanza di chiari confini tra sé e l'altro, tra il rispetto di sé e del contesto, tra il lecito e l'illecito a volte, ma non è nella rigidità del setting che faccio acquisire questa competenza. Lo spazio terapeutico è in te operatore, è nel modo in cui ascolti o dici no ai ragazzi, e questo è più difficile quando sei a merenda, invece che sulla poltrona dello studio, ma è questo lo spazio che nei "contesti sporchi" ti permette di costruire quell'affidamento terapeutico che altrimenti non avresti.

Sì, perché un altro problema è che quando arrivano i ragazzi non hanno quella "motivazione interna", così necessaria per l'accesso al mondo psichico; a loro non interessa, comprendere perché hanno fatto questo o quello, perché "si sono drogati", non interessa fare un lavoro di consapevolezza su di sé per scoprire il mondo del subconscio..., qualcuno non lo ha nemmeno mai sentito nominare. A che serve, e perché devo fare i colloqui?

Il primo ostacolo che ho trovato è stato questo, nessuno aveva voglia o comprendeva il motivo di fare dei colloqui di psicoterapia, non ne vedevano l'utilità, rispetto al tagliare l'erba in giardino e non ne comprendevano il senso. Come trasmetterglielo? Come far comprendere

l'importanza di una elaborazione emotiva della propria storia psicotraumatica? Dopo un po' in seduta mi chiedevano, "posso andare? Abbiamo finito?". Questo aspetto mi ha molto fatto riflettere, in studio i pazienti arrivano perché ti cercano, hanno il desiderio di iniziare un percorso, o vivono un problema che sentono come limitazione, certo con tutte le ambiguità legate al cambiamento ma con una richiesta esplicita. Qui non c'era richiesta. È vero che i ragazzi entrano dopo un percorso di disassuefazione presso le strutture sanitarie e per "scelta" rispetto all'ingresso nella Comunità Terapeutica, ma questa scelta spesso serve per diminuire momentaneamente i disagi, perché le famiglie insistono, perché le ragazze danno un out-out..., per motivi legali. Nessuno vuole smettere di usare qualcosa che ama, vogliono solo non avere i collaterali legati all'uso delle droghe ma non lasciare le droghe. Come portarli quindi a sentire quella fede cieca, nel lavoro psicoterapeutico, che ogni appassionato psicologo vive in sé? Non riteniamo forse che tutti ne avrebbero bisogno? Che tutti abbiamo qualcosa da "sistemare o guardare"? Sono state scritte montagne di pagine sulla motivazione, sul contratto terapeutico, sul colloquio motivazionale nelle dipendenze..., niente da trascurare, ma come tutto questo lo trasmetti? E qual è il processo, il limite, la fatica del professionista in tutto questo?

All'inizio ero molto sconcertata dalle contraddizioni, dalle negazioni, dalla mancanza di lucidità sui collegamenti così ovvi per uno psicologo, tra la storia di vita e il parallelismo con la dipendenza, gli apprendimenti, i contesti familiari, l'attaccamento..., ma a che serve se il ragazzo non lo vede, non lo sente, non accede al materiale emotivo?

Ho iniziato banalmente con l'ascolto e dall'ascolto a collegare qualche fatto e poi a farli riflettere sui parallelismi e poi a sentire l'emozione di quel fatto, e poi... a respirare, ad ascoltare il silenzio confuso della mente, ogni passo come una sfida a sé. Ogni passo mettendo insieme il rifiuto e l'esperienza, ogni passo attraversato dall'ironia e dall'accettazione di una visione di critica, così facile per chi è sempre scappato, ha usato, ha valutato in base al proprio bisogno.

Da professionista sai che hai iniziato una buona strada quando ti chiedono: *"quando facciamo il colloquio? Ma è già finito? Tutti dovrebbero farlo..."* Ma poi non ti rilassare perché proprio il ragazzo con cui elabori

un lutto grave, come quello materno in tenera età, domani se ne andrà, il richiamo della sostanza a volte è più forte, decide che la sua strada lì è finita e tu sai che il suo percorso non lo è. Devi ripartire con fiducia con un altro ragazzo, con lo stesso entusiasmo, sapendo che ogni investimento è solo un piccolo gradino e solo a volte puoi guardare l'intera costruzione...

## **1.2 Il setting è...quando gli insetti invadono la stanza**

Lunedì 15 giugno, la nostra Comunità Terapeutica residenziale, si trova in un bellissimo casale di campagna, con il privilegio del giardino condividiamo anche quello dello stesso spazio con vari animalletti..., lo studio che si trova al piano terra ha una luminosissima porta finestra che in estate è naturalmente aperta...; inizio il primo colloquio della giornata, con un ragazzo che tra i suoi eventi di vita ha affrontato la morte traumatica del padre per incidente. Come da protocollo, dopo la raccolta di informazioni e il piano terapeutico, secondo il protocollo EMDR, iniziamo il lavoro sul target. L'elaborazione è intensa, le emozioni pure, dolore e lacrime. Come si sa la fase dell'elaborazione libera non va interrotta ma entrambi ci troviamo addosso un piccolo sciame di animalletti piccolissimi. Sono costretta a interrompere in un momento cruciale del lavoro, in piena elaborazione del lutto, e cambiare stanza. La prima libera e più vicina è la stanza del responsabile della struttura; ci sediamo e continuiamo il processo terapeutico, osservo come in ogni caso sia possibile riprendere il lavoro senza che ci sia stato un blocco o uno spostamento del lavoro emotivo. Dopo un po' sentiamo aprire la porta, è il cane della comunità che ha imparato ad aprire e dietro 2 ragazzi urlanti che cercano di fermarlo. La scena è tragi-comica, noi intenti a lavorare su un evento traumatico, in piena elaborazione, intense emozioni e ristrutturazioni cognitive, e tutto intorno la vita della comunità che si intrufola nel nostro lavoro. Che dire, in un contesto clinico più "pulito" tutto ciò sarebbe stato inaccettabile e sicuramente avrebbe creato imbarazzo, tensione e blocco dell'elaborazione, ma qui ogni volta è stato possibile sorridere e riprendere, dopo l'interruzione, come se



tutto ciò fosse normale o parte possibile del processo. Certo la porta chiusa e il rispetto dello spazio terapeutico è stata una conquista che ora viene normalmente rispettata, ma a volte la forza della vita comune prende il suo spazio e se nella consapevolezza del terapeuta il setting non è simbolicamente mantenuto come puro, nonostante insetti, cani, ragazzi e altro... il lavoro si ferma. In caso contrario diviene possibilità orizzonte flessibile di una vita condivisa.

Tecnicamente l'elaborazione di questo target ha meno valore di un equivalente lavoro svolto in un setting puro?

### **1.3 Note tecniche del protocollo EMDR all'interno di una Comunità Terapeutica residenziale**

Le riflessioni che seguono, così come tutto il testo, nascono dall'applicazione del lavoro clinico svoltosi all'interno di una Comunità Terapeutica residenziale per la tossicodipendenza. Con i nostri giovani utenti, il percorso è iniziato alcuni anni fa, prima in psicoterapia individuale poi in piccoli gruppi di 4/5 persone, fino ad arrivare al gruppo attuale in cui lavoro con tutti gli utenti presenti. La nostra è una realtà piccola numericamente e ospita 14 ragazzi dai 18 ai 30 anni. Le valutazioni che seguono sono il frutto delle riflessioni sull'esperienza sul campo.

Nella costruzione di un corretto intervento psicoterapeutico secondo il protocollo EMDR, la fase di installazione del Posto al Sicuro, costituisce un momento centrale, che precede l'elaborazione dei target individuati o degli eventi psicotraumatici importanti selezionati.

Attuando questo percorso sia nella Comunità Terapeutica residenziale, che in un contesto di studio privato, ho notato alcune differenze:

- mentre per la popolazione che non ha fatto uso di sostanze psicoattive, trovare un luogo reale o simbolico che sia un contesto interno di pace, tranquillità è abbastanza facile, nei ragazzi che hanno abusato di varie sostanze questo rimane un aspetto più problematico;
- molti infatti dei luoghi naturalmente definiti come "sicuri", da clienti che non hanno fatto uso di sostanze psicoattive, come il

divano di casa, la camera da letto, la spiaggia, il prato, e simili, sono luoghi, che per la maggior parte dei ragazzi con esperienza di dipendenza hanno una doppia valenza. Molti degli ambiti normalmente “sicuri” infatti, sono anche i luoghi in cui avveniva frequentemente l’uso. Ciò rende ambivalente la situazione identificata e i sentimenti e le sensazioni ad essi associati. La propria camera, la casa della nonna, il mare, sono ambiti simbolicamente positivi ma anche fonte di malessere o di ricordi che attivano una serie di altre esperienze legate alla dipendenza. Appare quindi importante chiedere espressamente se compare questa doppia valenza, perché molto spesso i ragazzi non lo dicono o lo fanno solamente a posteriori, rendendo poco efficace l’installazione del Posto al Sicuro. Bisogna infatti esplicitamente domandare se quello era un luogo in cui si usava la sostanza, se lì è accaduto qualcosa di piacevole/spiacevole. Il ricordo d’abuso può sempre essere legato a questa doppia valenza emotiva, somatica e cognitiva positiva/negativa. La complessità di questa ambivalenza sembra molto meno presente nella popolazione non abusante e solamente limitata a situazioni più emotivamente significative, legate a coinvolgimenti affettivo-relazionali importanti: “è la camera in cui dormivo con il mio ex-marito”, o la casa della nonna, cui si era molto legati che riapre i vissuti del lutto. Questi sono gli accorgimenti clinici di base, ma niente di più. Con chi invece ha “usato” i luoghi e le sostanze acquistano un forte valore simbolico ma richiamano anche un’attivazione della memoria di dipendenza e quindi anche di tutte le sensazioni fisiche correlate. È necessaria quindi un’attenzione maggiore per non rendere vano o poco funzionale il Posto al Sicuro che deve essere simbolico e profondamente interiorizzato (vedi Tabella 1).

## 1.4 “Cambio la cognizione positiva perché quello non ero io...”

Uno degli aspetti più significativi nel lavoro di comprensione del caso clinico, è la definizione di quale “identità” la persona abbia appreso e costruito attraverso le molte esperienze e relazioni primarie, nel proprio contesto di vita e, come lo stile di attaccamento si sia sviluppato e si ripresenti nei pattern comportamentali del presente. Ciò che sicuramente si nota, nella storia di vita di molti ragazzi, è certamente una percentuale di eventi psicotraumatici maggiore rispetto alla media della popolazione, come confermato ormai dalla letteratura specifica e dalle ricerche, e questo è spesso un fattore correlato a uno stile di attaccamento di tipo insicuro, con le specifiche differenze.

Nella fase tre, del protocollo EMDR, in cui il lavoro sul target viene fatto rilevando i differenti livelli emotivo, percettivo, cognitivo etc., per poter accedere al trauma in maniera controllata, è fondamentale definire la cognizione negativa che la persona ha di sé, e di contro la definizione positiva che desidererebbe. L’EMDR distingue in tre differenti macroaree le cognizioni negative da identificare: *Responsabilità/sentirsi difettosi* (sono stupido, non merito amore etc.); *Mancanza di sicurezza/vulnerabilità* (sono in pericolo, non posso fidarmi di nessuno etc.); *Mancanza di controllo/potere* (sono impotente, non sono in grado, etc.).

Questo aspetto, viene poi ripreso nella fase 5 dell’installazione dove si confronta la cognizione negativa con l’avvenuta elaborazione dell’evento. In genere, è quello che noto nel contesto clinico dello studio, la persona mantiene la cognizione primaria e solo raramente la modifica. Nel lavoro con i ragazzi in struttura invece la percentuale di cambio della cognizione positiva appare molto più frequente, direi quasi in modo regolare. Mi sono chiesta il motivo di questa differenza, e come sempre dal lavoro clinico arrivano le risposte: “*io non ero quello, quella era la sostanza... io sono altro*”. Queste parole dette alla conclusione dell’elaborazione un ragazzo, appaiono probabilmente come la spiegazione cognitiva di un’identità percepita come altro da sé (legata alla dipendenza) e ora recuperata o trasformata (dopo l’elaborazione). Questo aspetto

invece nel contesto di studio non è così accentuato o presente, poiché la persona che non ha vissuto esperienze continue e forti con alterazione di sé, non presenta la necessità di riprendere una narrazione e quindi una ideazione di sé, interrotta dalla storia tossicomantica (vedi Tabella 1).

**Tabella 1** - Schema riassuntivo delle differenze osservate tra pazienti abusatori o dipendenti da sostanze psicoattive e pazienti visti in contesti clinici (privati)

	<b>Pazienti abusatori o dipendenti da sostanza</b>	<b>Pazienti in ambito clinico</b>
Posto al Sicuro	Verificare apertamente l'ambivalenza dei "luoghi" e se legati all'uso di sostanze	Verificare l'ambivalenza rispetto alle relazioni
CP fase 5	La CP cambia spesso	La CP, in genere, rimane stabile
Cosa noti?	Rendere più volte esplicito (ogni cosa che pensi, senti, ricordi etc.)	Dopo i primi set di elaborazione, il paziente spontaneamente riferisce cosa sente, ricorda etc.