



# **EMDR e EGO STATE THERAPY**

**Il trattamento del trauma  
e della dissociazione**

a cura di  
**Carol Forgash e Margaret Copeley**

Prefazione  
**Isabel Fernandez**

---

# **EMDR e EGO STATE THERAPY**

**Il trattamento del trauma e della dissociazione**

---

Carol Forgash e Margaret Copeley

**Edizioni FerrariSinibaldi** è il marchio editoriale di

SIPISS - Società Italiana di Psicoterapia Integrata per lo Sviluppo Sociale

© 2014 Sipiss S.n.c. Tutti i diritti riservati

2014 - Edizioni FerrariSinibaldi  
Via Ciro Menotti, 9 - 20129 Milano  
[www.edizionifs.com](http://www.edizionifs.com)

*EMDR e EGO STATE THERAPY. Il trattamento del trauma e della  
dissociazione*

ISBN 9788867631087

Traduttore: Valentina Penati

Titolo originale: *Healing the heart of trauma and dissociation:  
With EMDR and ego state therapy* / ISBN 9780826146960 /  
Springer Publishing Company, LLC / edited by Carol Forgash,  
Margaret Copeley.

Copyright © 2008 by Springer Publishing Company, LLC,  
New York, New York 10036.

All Rights Reserved. The original English language work  
has been published by Springer Publishing Company, LLC.  
No part of this publication may be reproduced, stored  
in a retrieval system, or transmitted in any form or by any  
means (electronic, mechanical, photocopying, recording, or  
otherwise) without prior permission from the publisher.

© 2008 Springer Publishing Company, LLC

A mio marito, Hank Glaser, per il suo amore e supporto.

Carol Forgash

A Marco Boscolo che mi ha insegnato il cammino della vita e mi ha accompagnato oltre i limiti. E a Kevin che mi ha mostrato dove trovare il Miglior Sè.

Margaret Copeley

# Indice

## EMDR e EGO STATE THERAPY

### Il trattamento del trauma e della dissociazione

---

di Carol Forgash e Margaret Copeley

Autori.....	7
Prefazione all'edizione italiana.....	11
Prefazione .....	15
Premessa .....	21
<b>CAPITOLO 1</b>	
Integrare EMDR ed Ego State Therapy per il trattamento dei pazienti con disturbi correlati al trauma .....	25
<b>CAPITOLO 2</b>	
Neurobiologia dei disturbi dissociativi .....	99

**CAPITOLO 3**

Combinare l'ipnosi con l'EMDR e la Ego State Therapy  
per rinforzare l'io .....135

**CAPITOLO 4**

Modificare gli schemi cognitivi con l'EMDR e la  
Ego State Therapy .....173

**CAPITOLO 5**

Trattare il Disturbo Dissociativo dell'Identità con  
l'EMDR, la Ego State Therapy e altri approcci .....197

**CAPITOLO 6**

Occhi Amorevoli.....245

**CAPITOLO 7**

Il sé nascosti .....293

**CAPITOLO 8**

L'EMDR nella terapia di coppia.....339

**CAPITOLO 9**

L'integrazione del modello dei sistemi familiari interni  
con l'EMDR .....373

**CAPITOLO 10**

L'applicazione dell'EMDR e della Ego State Therapy  
nei trattamenti collaborativi .....395

## Autori

---

**Carol Forgash**, LCSW, BCD, psicoterapeuta specializzata in EMDR ed Ego State Therapy, svolge la propria attività clinica privatamente a Smithtown, New York. È EMDR Institute facilitator e EMDR Approved Consultant. Ha partecipato a conferenze e workshop sia negli Stati Uniti che a livello internazionale, illustrando le potenzialità dell'integrazione di EMDR ed Ego State Therapy e altri trattamenti psicodinamici, il trattamento del disturbo post traumatico da stress e dei disturbi dissociativi e il trattamento delle vittime di abusi sessuali. È Presidente dell'EMDR Humanitarian Assistance Programs.

**Margaret Copeley**, Med, è redattrice freelance specializzata nel campo della salute mentale.

Con il contributo di

**Uri Bergman**, PHD, svolge la propria attività clinica privatamente a Commack Bellmore, New York. È EMDR Institute Senior Facilitator e Specialty Presenter, così come EMDR International Association Approved Trainer and Consultant in EMDR. È docente e consulente sull'EMDR, sulla neurobiologia dell'EMDR e sull'integrazione dell'EMDR con i trattamenti psicodinamici e degli stati dell'io. Ha pubblicato numerosi articoli sulla neurobiologia dell'EMDR su importanti riviste di settore ed è autore di innumerevoli capitoli presenti nella letteratura sull'EMDR.

**Jim Knipe**, PhD, svolge attività clinica dal 1994. È attualmente coordinatore regionale dell'EMDR International Association (Colorado

Springs) e docente presso la Colorado School of Professional Psychology. Dal 1995, è stato coinvolto nel Humanitarian EMDR Training Projects a Oklahoma City, in Turchia, Indonesia e in Medio-Oriente. È inoltre autore di numerosi scritti sull'utilizzo dell'EMDR con casi complessi.

**Barry K. Litt**, MFT, ha approfondito la terapia contestuale con il suo fondatore, Ivan Boszormenyi-Nagy. Svolge la propria attività a Concord, New Hampshire e fa parte della New Hampshire Board of Examiners. È AAMFT Approved Supervisor e EMDRIA Approved Consultant. È stato docente in numerosi workshop a carattere internazionale sul tema della terapia contestuale, della terapia di coppia, della dissociazione e dell'EMDR. Annualmente partecipa come relatore ai congressi ISSD e EMDRIA.

**Michael C. Paterson**, PhD, DClinPsych, è psicologo clinico a Belfast, Irlanda del Nord, dove è specializzato nel trattamento dello stress traumatico e dei disturbi dissociativi. È EMDR Institute trainer e forma i professionisti della salute mentale all'uso dell'EMDR. Insegna traumatologia e Ego State Therapy agli specializzandi della Queens University di Belfast. Ha pubblicato numerosi articoli sullo stress e sul trauma nei servizi di emergenza e partecipa regolarmente come relatore a convegni internazionali.

**Sandra Paulsen**, PhD, ha cofondato a Bainbridge, Washington, l'Institute for Integrative Psychology per l'integrazione di EMDR, Ego State Therapy e psicoterapie somatiche con pratiche curative derivate da culture indigene. Ha partecipato come relatrice a numerosi convegni, è autrice di numerosi articoli e capitoli ed è una figura di riferimento sul tema dell'integrazione tra EMDR ed Ego State Therapy. Ha sviluppato il primo protocollo per l'utilizzo dell'EMDR con i pazienti dissociati, è docente nei training avanzati sul tema della dissociazione presso l'EMDR Institute ed è EMDRIA Certified Consultant in EMDR.

**Maggie Phillips**, PhD, psicologa clinica a Oakland, è specializzata nel trattamento dello stress e dei disturbi di panico. È stata relatrice in tutto il mondo portando contributi sull'ipnosi, l'EMDR, la medicina comportamentale, la Ego State Therapy e la psicologia energetica. È autrice di *Finding the Energy to Heal: How EMDR, Hypnosis,*

*TFT, Imagery and Body-Focused Therapy Can Help Restore Mind-body Health* (2000) e coautrice di *Healing the Divided Self: Clinical and Ericksonian Hypnotherapy for Posttraumatic and Dissociative Conditions* (1995). Il suo ultimo lavoro è *Reversing Chronic Pain* (2007).

**Richard C. Schwartz**, PhD, è il creatore dell'Internal Family Systems Model e Presidente del Center for Self Leadership di Oak Park, Illinois ([www.selfleadership.org](http://www.selfleadership.org)). Precedentemente è stato professore associato presso il Dipartimento di Psichiatria alla University of Illinois di Chicago e alla Northwestern University. È autore o co-autore di sei libri e di oltre cinquanta articoli.

**Joanne H. Twombly**, MSW, LICSW, svolge attività clinica privatamente a Waltham, Massachusetts. È specializzata nel trattamento dei traumi complessi e dei disturbi dissociativi. Fornisce consulenze sull'EMDR, ipnosi e sui sistemi familiari interni. Ha condotto numerosi workshop sulla diagnosi e sul trattamento dei disturbi dissociativi, su EMDR e dissociazione e sul PTSD complesso. È Direttrice della International Society for the Study of Trauma and Dissociation's Executive Council e facilitator per l'EMDR Humanitarian Assistance Programs. È EMDRIA Certified Consultant e American Society of Clinical Hypnosis Certified Consultant.

**John G. Watkins**, PhD, psicologo clinico. È Professore Emerito presso la University of Montana e autore di *Adventures in Human Understanding: Stories for Exploring the Self* (2001). I suoi numerosi articoli e libri sono pubblicati in tutto il mondo. John e sua moglie, Helen Watkins, MA, sono autori di *Ego States: Theory and Therapy* (1997). Nel corso della sua lunga carriera ha condotto innumerevoli workshop sulla Ego State Therapy a livello internazionale.

# Prefazione all'edizione italiana

---

**Isabel Fernandez**

Il 1989 è l'anno in cui Francine Shapiro pubblicò il primo articolo in cui veniva presentato un nuovo metodo innovativo focalizzato sulla risoluzione dei ricordi traumatici: l'EMDR. La portata della novità di questo metodo fu talmente ampia che divenne immediatamente uno strumento di intervento largamente utilizzato con tutti quei pazienti che presentavano dei sintomi (come ad esempio flashback, ricordi intrusivi ecc.) a seguito dell'esposizione a eventi altamente traumatici, che fino a quel momento erano considerati difficilmente trattabili con gli altri approcci psicoterapeutici.

Per molti anni, infatti, tale approccio è stato utilizzato principalmente con pazienti con PTSD e la sua efficacia è stata confermata da numerosi studi empirici, fino a farne riconoscere l'utilità anche dalle maggiori linee guida internazionali per la Salute Mentale. Basti pensare che nel 2013 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha riconosciuto l'EMDR come approccio d'elezione per il trattamento del trauma.

Dalla prima pubblicazione del '89 c'è stato un lungo e fruttuoso percorso sul trattamento del trauma e l'EMDR ha dato un grande contributo alla comprensione dei meccanismi coinvolti nelle esperienze traumatiche.

Abbiamo assistito a un'evoluzione del modo in cui è stato concepito l'utilizzo di tale metodologia, si è capito, grazie alla pratica clinica, che un approccio di questo tipo poteva essere applicato al di là della

mera risoluzione di traumi con la “T maiuscola” come per molto tempo è stato identificato.

L’EMDR, infatti, è un approccio differente da qualsiasi tipo di terapia che l’abbia preceduto. Ciò che lo rende unico è il presupposto su cui si fonda, ovvero che la sintomatologia riportata dal paziente che abbiamo di fronte nei nostri studi in realtà non è il problema. I ricordi traumatici immagazzinati in modo disfunzionale all’interno delle loro reti mestiche sono il vero problema da affrontare in terapia.

C’è anche un’altra particolarità che rende l’EMDR così unico, ovvero la piena fiducia che il metodo ha nella capacità innate di elaborazione del paziente.

È sorprendente assistere agli enormi progressi che i nostri numerosi pazienti fanno durante le sedute, rimanere sorpresi davanti alla capacità del loro sistema innato di guarigione di elaborare, di recuperare tutti i “pezzi” necessari affinché si possa progredire verso una formulazione più adattiva dell’evento traumatico e di come, tali pazienti, diano prove evidenti di un maggiore benessere sul piano psicologico nella vita di tutti i giorni.

Ma non solo. Negli ultimi anni si sta assistendo a una vera e propria rivoluzione anche dal punto di vista della comprensione dell’eziologia dei differenti disturbi. Il DSM-5 è la prova di tale rivoluzione, poiché viene posto sempre più l’accento sul ruolo degli eventi traumatici e delle esperienze di vita sfavorevoli nell’insorgenza dei disturbi mentali.

Nei nostri studi, con i nostri pazienti ogni giorno ci rendiamo sempre più conto di questo e di quanto sia potente l’utilizzo dell’EMDR per guarire le diverse ferite dell’anima.

L’evoluzione a cui stiamo assistendo è stata possibile perché, con sempre maggiore frequenza, i terapeuti si stanno rendendo conto di quanto sia importante integrare le diverse conoscenze e metterle al servizio dei nostri pazienti.

Carol Forgash è una di queste terapeute e questo libro ha l’obiettivo di condividere con i colleghi la sua profonda conoscenza del trauma e dei meccanismi dissociativi.

Tra le pagine del suo libro è possibile acquisire nozioni di fondamentale importanza per la pratica clinica e che ormai sono diventate imprescindibili per un’adeguata e approfondita comprensione delle dinamiche che generano la sofferenza nei nostri pazienti.

Viene spiegato in modo chiaro e comprensibile cosa vuol dire lavorare sulla storia di vita dei pazienti, focalizzando l’attenzione sulle

dinamiche di attaccamento e sul concetto di “ego state”, specificando cosa vuol dire affrontare tutti quei sintomi caratteristici di un disturbo molto grave correlato a traumi come il PTSD complesso o il disturbo dissociativo. Ci aiuta innanzitutto a comprendere le dinamiche di funzionamento e poi a intervenire con questi pazienti che sono tra i più difficili da trattare in un setting terapeutico.

Questo libro, quindi, è il frutto dell'evoluzione e della “rivoluzione” EMDR perché permette di fornire degli strumenti, delle capacità che ogni terapeuta può spendere all'interno della propria pratica clinica, aprendo la strada a numerose riflessioni.

L'Associazione EMDR per l'Italia si sta muovendo in questa direzione, dalla sua fondazione nel 1999. L'obiettivo è quello di fornire conoscenze e competenze nei terapeuti che lavorano con l'EMDR facendo loro approfondire le differenti modalità di intervento anche per quei pazienti che storicamente vengono considerati più difficili da trattare.

È solo attraverso la conoscenza e la formazione che è possibile avere un progresso ed è solo attraverso la formazione continua e specifica di chi opera in ambito clinico che possiamo garantire degli standard elevati da mettere al servizio di chi, con piena fiducia, ci mette in mano la propria sofferenza.

Isabel Fernandez

Presidente Associazione EMDR Italia

Presidente Associazione EMDR Europe Isabel Fernandez

# Prefazione

---

## Carol Forgash e Margaret Copeley

Ellen arrivò nello studio di Carol Forgash per la sua prima seduta in una condizione di profondo disagio. Lamentava gravi sofferenze somatiche, flashback, attacchi di panico, incubi notturni, episodi dissociativi, esplosioni d'ira e ideazione suicidaria. Il mondo le era crollato addosso quattro anni prima, a seguito di due importanti interventi chirurgici. All'epoca, un'infermiera aveva riferito di aver sentito Ellen urlare, mentre si stava risvegliando dall'anestesia: "Louis, non colpirmi! Non uccidermi!". Successivamente Ellen raccontò che Louis era un vicino di casa che aveva molestato lei e un'amica quasi tutti i giorni nel periodo in cui le due avevano tra i quattro e i sei anni. L'intervento aveva fatto riemergere i ricordi legati al trauma che al momento le arrecavano un profondo disagio.

Ellen non era solamente la vittima di un abuso sessuale: entrambi i genitori soffrivano di depressione e molti elementi suggerivano che Ellen fosse stata una bambina profondamente trascurata. I genitori erano inaccessibili sia sul piano fisico che su quello emotivo. Essendo benestanti, disponevano di tate che vivevano con loro ma che erano abusanti nei confronti di Ellen e dei suoi fratelli. Ellen raccontò di come da bambina si rifugiava in un mondo fantastico nel tentativo di tener lontano ciò che le capitava. In particolare disse: "Ho imparato a essere in un altro luogo e a non sentire nulla".

Non sorprende il fatto che la costellazione di diagnosi presentata da Ellen includesse un disturbo post traumatico da stress, un distur-

bo dissociativo e un disturbo di personalità borderline. La sua psichiatra la inviò a Carol Forgash, una specialista dell'EMDR, per un trattamento che le consentisse di superare il trauma.

Molti terapeuti si sentono confusi e spaventati di fronte a pazienti come Ellen, che manifestano alcuni dei più gravi sintomi di malattia mentale, estremamente difficili da trattare. Se a questi pazienti si propone l'intervento sbagliato, essi possono scompensarsi e la terapia rischia di diventare un totale fallimento. Tipicamente, questi pazienti passano da un terapeuta all'altro alla ricerca della diagnosi e del trattamento corretti.

L'esperienza degli autori di questo libro annovera molti di questi casi così complessi, e noi abbiamo il piacere di offrire ai clinici un nuovo approccio, che abbiamo scoperto essere in grado di aiutare veramente i pazienti con gravi disturbi correlati al trauma.

La terapia con i pazienti che hanno sofferto di traumi multipli e di precoci rotture nell'attaccamento e che hanno all'attivo numerose diagnosi contrastanti e innumerevoli trattamenti falliti, come Ellen, è un tipo di lavoro estremamente lungo, complesso e difficile, sia per il paziente che per il terapeuta. Per definizione questi pazienti mancano di coesione interna e delle risorse necessarie per sopportare la scoperta e l'elaborazione dei ricordi traumatici. Il primo pericolo di questo lavoro consiste nel fatto che, se si cerca di accedere ai ricordi traumatici prima che i pazienti abbiano sviluppato delle adeguate strategie di coping, essi possono sperimentare il blocco dell'elaborazione, sentirsi sopraffatti e percepire profondo disagio o grave scompenso.

L'EMDR come strumento per la risoluzione del trauma è stato disponibile per i terapeuti sin dal 1987, anno della sua scoperta da parte di Francine Shapiro, ed è oggi un trattamento elettivo per questi disturbi, essendo ben supportato da un ampio corpo di ricerche scientifiche. Fino a ora, però, il suo impiego con pazienti con disturbi dissociativi è stato difficile se non, in alcuni casi, impossibile. Questo libro si propone di spiegare perché, al contrario, questo sia possibile e fornisce ai terapeuti EMDR uno strumento aggiuntivo che permetterà loro di trattare pazienti con esperienze di gravi e prolungati traumi: stiamo parlando della Ego State Therapy.

Il concetto che la personalità consista in parti, o stati dell'io, è stato alla base della creazione della psicoterapia nel diciannovesimo secolo. Quando tutto va bene, le componenti della personalità si trovano in stretta associazione l'una con l'altra e lavorano di concerto come

un insieme armonioso. Al contrario, in condizioni di stress estremo, come guerre, disastri naturali, abusi fisici e sessuali durante l'infanzia e così via, gli stati dell'io si fratturano e si dissociano l'uno dall'altro come strategia di sopravvivenza per proteggere la mente, affinché essa non venga sopraffatta dagli stressor.

Gli stress estremi possono dar luogo a PTSD, disturbi dissociativi, disturbi dell'attaccamento e disturbi di personalità. Tutti questi disturbi possono comportare una dissociazione degli stati dell'io, che può trovare una risoluzione diretta attraverso l'EMDR. Tuttavia, l'EMDR non può focalizzarsi simultaneamente su tutti gli stati dell'io, specialmente su quelli che sono sconosciuti al paziente e al terapeuta! La ragione alla base di uno stallo nel trattamento EMDR con un paziente come Ellen potrebbe essere che vi siano degli stati dell'io che non sono pronti, che sono resistenti o a cui non vi si possa accedere in maniera sicura e che quindi non sono utilizzabili per elaborare i ricordi del trauma.

Per gli autori di questo libro, la connessione tra EMDR ed Ego State Therapy è del tutto naturale. La Ego State Therapy si focalizza sul sistema familiare interno disarticolato che rappresenta un possibile esito di un grave trauma. Una volta che il sistema viene stabilizzato e vengono fornite nuove risorse, gli stati dell'io sono in grado di partecipare alle fasi di desensibilizzazione e rielaborazione dell'EMDR. La risoluzione del trauma con l'EMDR unirà e rinforzerà ulteriormente il sistema degli stati dell'io.

Il modello interdisciplinare che guida questo libro propone un ampliamento accurato e individualizzato del protocollo EMDR, al fine di includere gli interventi sugli stati dell'ego e le strategie di stabilizzazione che consentono a questa tipologia di pazienti di sentirsi sufficientemente sicuri per affrontare i propri traumi. Le sofisticate tecniche terapeutiche descritte in questa sede illustrano le connessioni tra EMDR ed Ego State Therapy e ambiscono a fornire ai terapeuti di qualsiasi orientamento un approccio più comprensivo al trattamento dei propri pazienti.

Ad oggi, gli elementi di questo approccio combinato sono stati resi disponibili in un numero limitato di contesti: durante workshop sulle tecniche EMDR, durante workshop sull'ipnosi e sulla Ego State Therapy e in convegni clinici di carattere internazionale. Un approccio che integri EMDR ed Ego State Therapy è stato presentato da alcuni dei maggiori autori, studiosi ed esperti del campo della psicoterapia, ma il loro lavoro non è mai stato finora assemblato all'interno di un

libro. I casi presentati nelle pagine di quest'opera armonizzano questi due modelli e le metodologie per il trattamento della dissociazione, fornendo un modello globale che garantisca una somministrazione sicura del trattamento EMDR a un ampio spettro di pazienti difficili, altrimenti non considerati candidati ideali per una sua applicazione.

I nove autori che hanno contribuito a questo libro hanno insegnato a migliaia di professionisti come gestire pazienti con PTSD complesso, disturbi di personalità e disturbi dello spettro dissociativo. I casi riportati rappresentano la traduzione della teoria in un'applicazione pratica.

Il capitolo iniziale fornisce una revisione dell'EMDR e dei modelli della Ego State Therapy, alcune informazioni sul trauma e la dissociazione e una descrizione dei trattamenti suddivisi in fasi. Illustra, inoltre, il ragionamento alla base di questo approccio integrato, ossia estendere la portata di un trattamento trasformativo per il trauma e la dissociazione a popolazioni spesso irraggiungibili. Nei capitoli seguenti, gli autori spiegano il modo in cui combinano specifici aspetti della Ego State Therapy, dell'EMDR e di altri approcci come la terapia familiare, la terapia collaborativa, la Schema Therapy e l'ipnosi. I destinatari di tale approccio sono pazienti con disturbi dissociativi dell'identità, coppie e persone con una diagnosi di disturbo di personalità. I terapeuti apprenderanno come gestire le insidie date dall'offrire una terapia del profondo a questo complesso gruppo di pazienti. Un capitolo è interamente dedicato alla neurobiologia sottostante la dissociazione patologica.

In tutto il volume verranno descritte tecniche per l'identificazione, l'accesso e la stabilizzazione degli stati dell'io, per la risoluzione dei conflitti degli stati dell'io, per lo sviluppo delle competenze di auto-regolazione e di gestione delle emozioni e per la gestione degli eventi scatenanti e dei sintomi dissociativi.

P.S. Quando Ellen stava per ultimare la terapia, ricordò a Carol Forgash che quando la terapeuta per la prima volta le propose l'idea di una famiglia interna, lei immaginò di volare sulla schiena di un'aquila, cercando degli amici con cui giocare. Ellen "volò" per diverse sedute senza trovare nessuno nella foresta sottostante. Un giorno, guardò giù e vide un gruppo di bambini vestiti di stracci che tremavano sotto gli alberi. Fece atterrare l'aquila e chiese loro chi fossero. Disse loro che lì vicino c'era una baracca con del cibo, degli abiti e un fuoco caldo e suggerì loro di andare in quel luogo.

Dopodiché volò via e non ritornò per diverse settimane. Durante questo tempo il gruppo di bambini trasformò la baracca in un luogo sicuro dove potevano offrirsi reciprocamente cure e affetto e in cui potevano ricevere aiuto da parte della terapeuta. I bambini erano diventati la famiglia di Ellen, riunendosi attorno a lei nel presente per curarla dal suo passato traumatico.

Speriamo davvero che possiate beneficiare della lettura di questo libro, trovando in esso un supporto pratico nella gestione di pazienti come Ellen e nel superamento dei limiti del passato; un approccio che si avvale dell'immenso potere di auto-cura della mente dei pazienti e dei vostri competenti e umani interventi, al fine di vivere più pienamente e liberamente nel presente.

Carol Forgash e Margaret Copeley

# Premessa

---

**John G. Watkins**

Sin dalla notte dei tempi, noi essere umani ci siamo dedicati allo studio di noi stessi e degli altri. Il nostro desiderio è quello di comprendere i nostri processi fisici e mentali, e di cercare di capire cosa fare nel caso di un loro mal funzionamento.

Esistono due approcci generali per fare ciò. Nel primo, utilizziamo le nostre competenze percettive per osservare il comportamento delle altre persone; si tratta di un metodo empirico. È il modo in cui operano le scienze naturali. In tempi recenti, i fatti accertati secondo questo approccio sono diventati più accettabili, più reali. Questo è dato dal fatto che questi fatti sono soggetti a validazione attraverso la comparazione con le osservazioni di altri. L'approccio empirico ci ha portato grandi vantaggi nei campi della salute e del benessere, oltre che nella nostra capacità di trattare le malattie, come il dolore e i disturbi fisici. La scienza e l'arte della pratica medica, infatti, derivano primariamente da metodi empirici.

A ogni modo, esiste un altro approccio che ha portato innumerevoli vantaggi alla comprensione umana e ha accresciuto la nostra capacità di trattare la malattia mentale: il razionalismo. Qui il focus è sulle competenze percettive e sensoriali rispetto ai propri comportamenti e processi interni. Tale processo viene definito "introspezione"; i pensieri diventano il "motore di ricerca". Di quest'area fanno parte le credenze e la comprensione della filosofia e della religione e le discipline umanistiche. La debolezza di questo secondo metodo

sta nel fatto che le scoperte non possono essere validate da altri. La sua forza, invece, consiste nel fatto che possiamo sperimentare direttamente le informazioni dentro noi stessi.

Molti dei maggiori progressi dell'umanità sono stati raggiunti attraverso un'integrazione dei due approcci, ovvero quando le osservazioni esterne di altre persone sono state combinate con l'esperienza interna individuale.

La psicoterapia, ossia il trattamento psicologico del disadattamento, è stata a lungo praticata. Ai tempi di Aristotele e Platone, i guerrieri feriti si accomodavano su divani di pietra e raccontavano le proprie sofferenze a dei sacerdoti, che fornivano parole di conforto e di comprensione. In sostanza praticavano quello che, secoli dopo, ha preso il nome di approccio "direttivo" e "psicodinamico" alla terapia. Si trattava di una combinazione tra metodo empirico (Aristotele) e metodo razionale (Platone).

Secoli dopo, Sigmund Freud ha sviluppato il metodo psicodinamico in una forma chiamata "psicoanalisi", un sistema che ha dominato il panorama del trattamento psicologico per molti decenni. I suoi seguaci dichiaravano che questo approccio consentiva il raggiungimento di risultati molto più stabili rispetto a quello direttivo. Tuttavia, questi risultati venivano raggiunti con molta lentezza e in modo poco efficiente. I terapeuti avevano bisogno di pervenire a una comprensione psicodinamica in maniera più rapida.

L'ipnosi sembrava dare buone garanzie, dal momento che facilitava sia la suggestione diretta che l'esplorazione interiore, ma presentava dei limiti. Non si riusciva infatti a comprendere cosa accadesse quando veniva indotta una trance ipnotica; inoltre, venivano rilevate ampie variazioni con pazienti e terapeuti differenti. Alcuni di questi terapeuti raggiungevano risultati migliori combinando le metodologie psicoanalitiche con quelle ipnotiche, dando così luogo all'ipnoanalisi. Nel frattempo, la ricerca per una miglior terapia stava continuando.

Nel 1987 una psicologa cognitiva, Francine Shapiro, focalizzò la propria introspezione sull'interazione tra mente e stressor esterni, mentre era alla ricerca di soluzioni per una malattia potenzialmente letale come il cancro. Ella scoprì che il disvelamento dei ricordi si accompagnava a rapidi movimenti oculari. A partire da queste osservazioni sviluppò un sistema terapeutico che chiamò EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing).

Sebbene i meccanismi neurologici sottostanti a questo approccio

siano solamente stati ipotizzati, la terapia EMDR si è rivelata empiricamente in grado di produrre eccellenti risultati terapeutici in tempi relativamente brevi e infatti è stata adottata da migliaia di terapeuti. Essa sembra coinvolgere un particolare tipo di focalizzazione.

Gli esseri umani si sviluppano attraverso processi di integrazione e differenziazione, vale a dire avvicinandosi (stando insieme) e separandosi (stando da soli). La convergenza implica la differenziazione; l'insight e la comprensione implicano l'integrazione. Nelle terapie psicodinamiche vengono utilizzate entrambe le procedure (l'esplorazione e l'interpretazione).

Il termine "stati dell'io" si riferisce a quei segmenti di personalità che funzionano con minore o maggiore autonomia l'uno rispetto all'altro. Per analogia possiamo pensare a diversi segmenti politici, come alle nazioni, ai principati, ai distretti, alle contee e così via. Apparentemente gli stati dell'io risiedono lungo un continuum dove a un capo troviamo i disturbi dell'umore e all'altro i disturbi dissociativi dell'identità, fino ai casi di vere e proprie personalità multiple. Preferiamo pensare che nel mezzo vi siano delle entità differenziate piuttosto che stati dissociati. La dissociazione si riferisce a una grave patologia in cui i confini dello stato dell'io sono rigidi e inflessibili.

La mia collega Helen Watkins e io, basandoci sull'esperienza con le personalità multiple, abbiamo scoperto che gli split dissociativi occorrono sia in individui relativamente normali che in persone gravemente malate. Le tecniche ipnoanalitiche venivano efficacemente applicate su questi segmenti di personalità meno dissociati (stati dell'io) attraverso la focalizzazione ipnotica sulle loro interazioni.

La Ego State Therapy, dunque, fa riferimento all'integrazione di vere personalità multiple e alla riconciliazione di stati moderatamente dissociati – pensiamo, ad esempio, ai disturbi nevrotici e del comportamento.

Sebbene i terapeuti della Ego State Therapy abbiano generalmente isolato gli stati dell'io individuali attraverso l'ipnosi, la focalizzazione offerta nella cura dei singoli stati dall'EMDR mostra che l'ipnosi formalmente indotta non è sempre essenziale.

Tuttavia, va detto che esistono casi di gravissima dissociazione tali per cui l'EMDR non è da considerarsi completamente sicuro e, inoltre, alcuni pazienti non reagiscono a esso. Le tecniche Ego State Therapy possono rendere molti pazienti più accessibili e rendere il trattamento più sicuro per i terapeuti EMDR.

Gli ipnoterapeuti e gli psicoanalisti si focalizzano sui processi

mentali nel trattamento della patologia. La Ego State Therapy (con o senza l'ipnosi) si focalizza, al contrario, sulle interazioni che i segmenti differenziati della personalità hanno l'uno con l'altro, con la persona e con il mondo esterno.

Una questione non ancora chiarita è il grado con cui l'EMDR si sovrappone all'ipnoterapia. Shapiro ha intuito che l'EMDR non è ipnosi, dal momento che non prevede un'induzione ipnotica formale. Infatti, lo stato mentale (simile alla trance) in cui il paziente EMDR spesso lavora non è il medesimo di un'ipnosi profonda e il terapeuta EMDR non fa uso dell'induzione ipnotica.

A ogni modo, le parole pronunciate dal terapeuta (consistenti in singole comunicazioni come "Stia su questo", "Cosa sente?" e "Mantenga l'immagine") possono in alcuni casi indurre delle condizioni ipnoidali o simili alla trance. Questo tema richiede sicuramente ulteriori approfondimenti.

Gli ipnoanalisti e i terapeuti degli stati dell'io stanno scoprendo che abbinare le tecniche EMDR può accrescere l'efficacia terapeutica e, inoltre, molti terapeuti EMDR stanno al momento esplorando l'integrazione tra la Ego State Therapy e le proprie procedure.

La casistica e le argomentazioni proposte nei seguenti capitoli propongono le ragioni alla base di un miglioramento nella terapia. Gli autori dei contributi sono terapeuti riconosciuti che utilizzano l'EMDR integrandolo con le procedure degli stati dell'io. Questo libro rappresenta uno sforzo pionieristico nell'integrazione dell'EMDR con le tecniche degli stati dell'io e apre a nuove ed esaltanti prospettive.

John G. Watkins

# Capitolo 1

---

## **Integrare EMDR ed Ego State Therapy per il trattamento dei pazienti con disturbi correlati al trauma**

Carol Forgash e Jim Knipe

### **INTRODUZIONE: UN NUOVO AIUTO PER I PAZIENTI CON DISTURBI CORRELATI AL TRAUMA**

Attraverso molti anni di pratica, gli autori di questo libro hanno trattato pazienti che presentano una combinazione di diagnosi molto complessa, tra cui disturbi post traumatici da stress, disturbi dell'attaccamento, disturbi di personalità e disturbi dissociativi. Abbiamo riscontrato che questi pazienti recano un livello di sofferenza molto superiore rispetto a tutti coloro che abbiamo avuto in terapia. La complessità dei loro mondi interiori, la loro lotta nella gestione del sintomo e la loro difficoltà a stare nella relazione spesso stimolano la nostra empatia, il nostro interesse e il nostro orrore per ciò che hanno sperimentato. La loro perseveranza e il loro impegno hanno del miracoloso, nonostante abbiano spesso vissuto dei fallimenti terapeutici.

In questo capitolo, introdurremo quello che abbiamo definito “modello incrociato”, ossia un modello che integra diversi approcci psicoterapeutici, diversi metodi e ricerche al fine di supportare i pazienti con manifestazioni sintomatologiche complesse. Questo modello si compone dell'EMDR, della Ego State Therapy e dei metodi per il trattamento dei disturbi dissociativi. Crediamo che questo ap-

proccio consentirà ai terapeuti di estendere il campo di applicazione del trattamento al di là della risoluzione del trauma, di affrontare le più ampie questioni della vita che i pazienti con disturbi complessi sono chiamati a fronteggiare (Wachtel, 2002) e di sviluppare competenza e padronanza nel trattamento di pazienti così sfidanti.

Il modello incrociato si basa su una conoscenza esaustiva della natura del trauma e dei suoi effetti sulla condizione umana, oltre che sulle ultime scoperte in materia di dissociazione (predittori e fattori causali) e attaccamento. La comprensione delle condizioni diagnostiche che derivano dall'esperienza della triade formata da trauma, dissociazione e disfunzioni dell'attaccamento permetterà al terapeuta di leggere al meglio i casi proposti nei successivi capitoli. Queste condizioni includono il disturbo post traumatico da stress (PTSD), il PTSD complesso – anche conosciuto come disturbo da stress estremo (DESNOS) – il disturbo dissociativo e i disturbi di personalità.

Negli ultimi diciotto anni, i terapeuti che avevano a che fare con pazienti traumatizzati hanno tratto grande giovamento dall'applicazione dell'EMDR. Precedentemente, molti pazienti traumatizzati, anche coloro che avevano raggiunto buoni livelli di comprensione delle loro difficoltà dopo anni di terapia, soffrivano ancora di emozioni sgradevoli, sensazioni corporee e flashback. L'EMDR ha fornito uno strumento di cui si sentiva la mancanza: un modo per risolvere rapidamente i sentimenti problematici sottostanti associati con esperienze di vita traumatiche. L'EMDR ha soddisfatto non solo il bisogno di risolvere i sintomi del PTSD, ma anche l'infelicità più profonda e i conflitti intrapsichici e interpersonali, portando comprensione e guarigione rispetto ai problemi umani più complessi. L'elaborazione che avviene durante la procedura EMDR, inoltre, aumenta l'autostima, come indicato dall'incremento della Validity of Cognition Scale (VOC) durante la procedura EMDR standard. L'EMDR ha avuto un profondo impatto sulle vite di molti pazienti e si è mostrato efficace nel trattamento del PTSD in più di diciassette studi pubblicati (Dworkin, 2005; Greenwald, 1999; Lovett, 1999; Manfield, 1998; Maxfield & Hyer, 2002; Parnell, 2007; F. Shapiro, 2001; R. Shapiro, 2005; Silver & Rogers, 2002; Tinker & Wilson, 1999).

Tuttavia, come già più di un secolo fa affermava Janet (1907), per alcuni pazienti con diagnosi complesse il trattamento deve fornire una stabilizzazione prima di lavorare sul trauma (desensibilizzazione e rielaborazione), e i terapeuti devono avere bene in mente i bisogni del singolo individuo per una buona stabilizzazione. In parte,

questo implica il fornire di una prolungata fase preparatoria, spesso più lunga del necessario per la maggior parte dei pazienti con un singolo o recente evento traumatico (J. Chu, 1998; Gold, 2000; Herman, 1992).

I postumi del trauma – specialmente lo spettro intrafamiliare della trascuratezza e degli abusi fisici, sessuali ed emotivi – predicono un PTSD cronico e altre serie problematiche (Moran, 2007). Inoltre, le premesse al trauma, comuni tra i bambini con famiglie abusanti e negligenti, includono stili di attaccamento disorganizzato e caotico, così come la mancanza di regole da parte di quei genitori che hanno limitate competenze genitoriali (Gold, 2000; Schore, 1994; Siegel, 1999). Questo spesso significa che bambini multi-traumatizzati possono essere carenti nello sviluppo di competenze sociali e, da adulti, presentare problemi di attaccamento e molte delle difese e delle tematiche tipiche dei disturbi dissociativi e dei disturbi di personalità di Asse II (A. Chu & De Prince, 2006; Gold, 2000; Lacter, 2007; Lioti, 1999, 2004, 2006).

Questi pazienti sono particolarmente vulnerabili al trauma nella vita adulta, come, ad esempio, a percosse da parte del partner e a comportamenti autolesionistici. Le vicende della prima infanzia indicano anche che questi pazienti potrebbero avere delle difficoltà nel gestire le emozioni intense e i sintomi dissociativi, così come nel fidarsi delle altre persone. Pertanto, essi potrebbero avere difficoltà nella formazione e nel mantenimento di relazioni adulte, tra cui la relazione terapeutica (Bergmann & Forgash, 1998; Dworkin, 2005; Forgash & Knipe, 2001; van der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006; van der Kolk, McFarlane & Weisaeth, 1996). Questi pazienti potrebbero non essere in grado di superare la sintomatologia attuale e bloccarsi in una condizione di impasse, di resistenza, di aumento della sintomatologia e, quindi, potrebbero sentirsi frustrati dalla terapia. Inoltre, potrebbero avere non pochi problemi nella gestione del normale stress della vita adulta, soffrire di diverse malattie e disporre di pochi sostegni (Felitti et al., 1998; Forgash & Monahan, 2000).

Oltre a ciò, molti pazienti con una storia di traumi si dissociano o presenteranno abreazioni destabilizzanti durante il trattamento laddove non siano state fornite stabilizzazione e le adeguate competenze per la gestione delle emozioni, dei sintomi dissociativi e dello stress. Questi pazienti sono spesso poco cooperativi (Bergmann & Forgash, 1998) e finiscono col non completare il trattamento, portandosi a casa delle terapie incomplete e molto frustranti.

## INDICAZIONI PRELIMINARI PER IL TERAPEUTA

Anche se forniremo un'ampia descrizione di questo modello interdisciplinare, desideriamo sottolineare fin da subito che questo libro non rappresenta un adeguato sostituto al training EMDR, né un corso esaustivo sul trauma e sulla dissociazione. In questo capitolo introduttivo, illustreremo il protocollo standard EMDR e le metodologie per incorporare l'EMDR, il lavoro sullo stato dell'io e le strategie di stabilizzazione per intervenire sui pazienti dissociati all'interno di un piano terapeutico per il trattamento di condizioni complesse. I lettori che si sono formati all'EMDR saranno in grado di integrare le strategie per il trattamento delle dissociazioni e il lavoro sullo stato dell'io all'interno della propria pratica clinica. Coloro che non hanno svolto il training per l'apprendimento dell'EMDR troveranno le informazioni sull'approccio graduale al trattamento di inestimabile valore per il proprio lavoro con i pazienti più difficili. La situazione per i terapeuti che sono nuovi all'EMDR o al lavoro con la dissociazione è analoga a quella di un neopatentato che ha bisogno di fare pratica sulle strade di campagna prima di affrontare le autostrade. Cioè, la pratica e l'esperienza nell'utilizzo di questi protocolli sono un prerequisito per applicazioni più avanzate. D'altra parte, i lettori formati all'EMDR e che hanno familiarità con le strategie per il trattamento delle dissociazioni comprenderanno appieno il ragionamento che sta alla base dell'aggiunta del lavoro sullo stato dell'io all'EMDR. Speriamo inoltre che coloro che non si sono formati all'EMDR possano trovare utili le informazioni sull'approccio graduale al trattamento. Per i lettori che sono interessati a espandere la propria conoscenza clinica e le proprie competenze in quest'area, l'appendice racchiude informazioni importanti sui training dedicati all'EMDR, al trattamento del trauma e della dissociazione e alla Ego State Therapy.

## LA NATURA E LE CONSEGUENZE DEL TRAUMA

### Cos'è il trauma?

Possiamo iniziare la nostra comprensione del trauma rifacendoci alla definizione data dal DSM-IV (American Psychiatric Associa-

tion, 1994) secondo cui si tratta di un evento che è al di fuori della normale esperienza umana e rappresenta una minaccia per la vita della persona (Herman, 1992; van der Kolk et al., 1996). Secondo il DSM-IV, si può parlare di un evento traumatico quando una persona ha vissuto o ha assistito a una minaccia all'integrità fisica propria o di altri e ha manifestato risposte di paura e inaiutabilità (Herman, 1992; van der Kolk et al., 1996). A ogni modo questa definizione non rende sufficientemente conto delle diverse modalità con cui le persone sono state colpite da esperienze di vita negative.

Alcuni autori esperti in materia hanno sostenuto come da un lato questa definizione sia troppo inclusiva e dall'altro non abbastanza inclusiva (A. Chu & De Prince, 2006; Classen, Pain, Field & Woods, 2006). Per prima cosa il medesimo evento può essere traumatizzante per una persona ma molto di più, di meno o per nulla traumatizzante per un'altra. Perciò è utile definire il trauma non sulla base dell'atrocità dell'evento, quanto sulla base degli effetti prodotti sull'individuo: il senso di sé della persona è stato danneggiato dall'evento? I ricordi legati all'evento sono riportati come se la persona li stesse rivivendo o come una narrazione?

Inoltre, la definizione di PTSD riportata dal DSM-IV si focalizza su un singolo episodio traumatico, mentre molti pazienti hanno una storia traumatica caratterizzata da episodi ripetuti o che si sono protratti nel tempo durante tutta l'infanzia. Van der Kolk, Roth, Pelcovitz, Sunday e Spinazzola (2005) hanno proposto una nuova categoria del DSM, definita traumi dello sviluppo, per indicare questo tipo di traumi pervasivi. I traumi singoli sono piuttosto normali nella popolazione generale: i dati parlano di un'incidenza del 60,7% per gli uomini e del 51,2% per le donne (Bride, 2007). Tuttavia, il 19,7% degli uomini e l'11,4% delle donne hanno riferito di essere stati esposti a più di tre traumi, e questi individui sono coloro che hanno più probabilità di richiedere una terapia e di avere manifestazioni sintomatologiche complesse.

Le conseguenze al trauma si manifestano a diversi livelli, spesso incidendo negativamente sulla salute fisica e mentale, sulle relazioni, ma anche sul lavoro e sullo sviluppo personale. Perciò quando valutiamo gli effetti del trauma è necessario prendere in considerazione la natura travolgente dell'esperienza, il contesto in cui si è verificato e se è stato di carattere interpersonale (trauma relazionale vs trauma situazionale come un disastro naturale). Erano disponibili supporto e protezione? È accaduto in un contesto familiare?

I traumi gravi come gli abusi fisici o sessuali nell'infanzia, così come molti degli eventi di vita generalmente riconosciuti come traumatici (disastri naturali, guerre, crimini violenti e così via) sono indicati come "big-T" (F. Shapiro, 2001). In alcuni casi il bambino può avere una percezione generale di trascuratezza, deprivazione, vergogna, esclusione o mancanza di un'adeguata risposta genitoriale, piuttosto che singoli episodi traumatici (Gold, 2000; Lyons-Ruth, Dutra, Schuder & Bianchi, 2006). Eventi di questo tipo sono definiti "small-t". Essi non soddisfano i criteri del DSM-IV per il PTSD, ciò nonostante possono essere stati profondamente dannosi per la persona. I traumi "small-t" possono anche determinare problemi di autostima nel paziente (F. Shapiro, 2001). Per il paziente che è alla ricerca di una soluzione profonda ai problemi, affrontare i piccoli traumi è una componente necessaria del trattamento.

## Disturbo Post Traumatico da Stress

I pazienti traumatizzati (anche quelli che presentano un singolo episodio o un piccolo trauma) possono evidenziare alcuni o tutti dei seguenti sintomi del PTSD semplice: ricordi intrusivi del trauma, sensazione di rivivere gli eventi traumatici, ipervigilanza, esagerata reattività, flashback, incubi, terrore notturno, disturbi del sonno, irritabilità o comportamento agitato. Essi possono anche manifestare difficoltà a concentrarsi, reazioni di rabbia incontrollabili, evitamento di persone, di luoghi o di aspetti che ricordano il trauma, sintomi dissociativi, intorpidimento, appiattimento dell'emotività, anedonia, solitudine, distacco e mancanza di fiducia.

In caso di traumi prolungati e ripetuti, spesso rileviamo che il paziente produce risposte che includono molto più dei sintomi tipici del PTSD. Hermann (1992) sostiene che questi pattern di risposta post-traumatica "sono meglio comprensibili come uno spettro di condizioni piuttosto che come singolo disturbo". Ha definito questo spettro *disturbo post traumatico da stress complesso*, anche noto come disturbo da stress estremo (DESNOS). Il PTSD complesso include un set di ulteriori problemi che costituiscono "alterazioni sistematiche profonde" (Herman, 1992), tra cui citiamo l'alterazione nella regolazione degli affetti, nella coscienza, nei sistemi di significato, nelle relazioni con gli altri e nella percezione di sé e dell'abusante (van der Kolk et al., 1996).

I pazienti con un PTSD complesso si presentano con un'intricata

stratificazione di sintomi che possono scoraggiare il terapeuta. Al fine di comprendere le basi di questi disturbi complessi è necessario prestare attenzione al modo con cui lo stile di attaccamento alla famiglia e le relazioni familiari interagiscono con il trauma, così come alla durata degli eventi traumatici.

## **DISTURBI DELL'ATTACAMENTO E LORO RELAZIONE CON LA REGOLAZIONE DEGLI AFFETTI E LA DISSOCIAZIONE**

Oltre al trauma manifesto, le questioni inerenti lo stile di attaccamento familiare rappresentano i primi predittori della dissociazione e della disfunzione emotiva sia nei bambini che negli adulti (Gold, 2000; Liotti, 2006). La dissociazione in un genitore è altamente correlata sia a uno stile di attaccamento disorganizzato nel bambino che ai sintomi dissociativi nell'adulto (Barach & Comstock, 1996; Classen et al., 2006; Gold, 2000; Liotti, 2006; Lyons-Ruth et al., 2006). I problemi dei genitori possono tramutarsi nei problemi del bambino.

I bambini vengo al mondo pronti per l'attaccamento. In un ambiente familiare "sufficientemente buono", genitori e figli formeranno un legame in maniera del tutto naturale (van der Hart et al., 2006). Tuttavia, se i genitori sono emotivamente indisponibili o se i pattern di interazione familiare sono eccessivamente condizionati (ad esempio "Sei ben accetto solo se non ci disturbi" oppure "Non devi mai mostrare rabbia" e così via), il bambino potrebbe venir privato della possibilità di apprendere la fiducia e la consolazione nell'altro che sono tipiche di un attaccamento adeguato. Se il caregiver primario (nella nostra cultura è la madre) non è disponibile a causa di una malattia, della depressione, di sentimenti di inadeguatezza, della paura per le responsabilità genitoriali, del narcisismo o di una dipendenza, la formazione del legame potrebbe venire compromessa e il bambino, durante i periodi di stress, imparerà a oscurare il proprio arousal (attivazione simpatica) con una simultanea attivazione parasimpatica. Questo pattern, se ripetuto, può gettare le basi per la creazione di un modello per la successiva emergenza di vergogna e dissociazione come risposta potenziata allo stress (Schoore, 1994, 2000a). Inoltre, un attaccamento inadeguato compromette l'abilità del bambino di apprendere a regolare le proprie emozioni (Schoore,

2000b; Siegel, 1999). Cioè, tutti i successivi stadi dello sviluppo verranno ostacolati dalla disfunzione relazionale precedente.

Per i bambini più grandi in simili circostanze di deprivazione emotiva – in cui la propria esperienza è stata quella di non essere riconosciuti come amabili e di non venir validati da una figura significativa – il problema può essere analogo. È stato ipotizzato che questa mancanza di validazione dell'esperienza interiore (Linehan, 1993) possa contribuire alla patologia emotiva degli adulti a cui viene formulata una diagnosi di disturbo borderline di personalità e delle condizioni correlate.

Le problematiche nell'attaccamento, poi, rappresentano il background per gli effetti del trauma manifesto. Se un evento potenzialmente traumatico si manifesta nella vita di un bambino, è molto importante che la sua esperienza interiore e il disagio vengano compassionevolmente testimoniati dagli occhi amorevoli del caregiver. Se ciò non avviene, il bambino può diventare vulnerabile alla dissociazione. Se la famiglia risponde al trauma del bambino rifiutandolo, ignorandolo o con un atteggiamento di caos e instabilità, la dissociazione potrebbe diventare l'unica risposta adattiva possibile per il bambino, risposta che potrebbe poi tradursi in una frammentazione del senso di sé e in sentimenti di vuoto (Schore, 2000a; Siegel, 1999). Inoltre, dal momento che inizialmente l'identità di una persona si forma nel momento in cui essa vede le proprie caratteristiche riflesse negli occhi del caregiver (Gold, 2000), potrebbe svilupparsi un'immagine di sé negativa laddove il caregiver sia spaventato, disgustato, ipercritico e così via nei confronti del bambino.

I traumi da omissione – negligenza, ritiro da parte dei genitori e mancanza di sintonizzazione sul bambino – possono avere conseguenze dannose molto simili a traumi e abusi evidenti. In situazioni di gravi traumi ripetuti, come ad esempio abusi da parte dei genitori, ripetuti abusi verbali o occasioni in cui si è assistito a un conflitto (Teicher, Samson, Polcari & McGreenery, 2006) si può formare un insieme di stati dell'io dissociati.

In questi casi, il materiale traumatico viene parzialmente o completamente rimosso dalla coscienza e viene mantenuto in un network di reti neurali disconnesse con l'obiettivo di contenere le emozioni irrisolte. Tuttavia, questa risposta auto-protettiva significa anche che una parte dell'esperienza di vita è meno disponibile per una rielaborazione dell'informazione adattiva e salutare. Inoltre, se le competenze di regolazione degli affetti non vengono adeguatamente ap-

prese durante le prime esperienze di attaccamento sarà molto meno capace di porre fine ai disturbi emotivi. Ovvero, per quei pazienti che nella loro storia hanno sia esperienze di attaccamento disturbato che episodi traumatici, molti processi naturali e molte fasi dello sviluppo risulteranno con tutta probabilità danneggiate e posticipate (Gold, 2000; Liotti, 2006; Moran, 2007).

I disturbi di Asse II e i disturbi d'ansia e dell'umore si presentano frequentemente in comorbidità con la dissociazione. Come nel caso del trauma, anche la definizione di disturbo borderline di personalità (BPD) è in fase di rivalutazione (Cassen et al., 2006). Attualmente si ritiene che vi sia una forte correlazione tra attaccamento disorganizzato, trauma relazionale, dissociazione e sviluppo del BPD. La comorbidità di PTSD e BPD è elevata: il 56% dei pazienti BPD presenta un PTSD e il 68% dei pazienti con PTSD manifesta un BPD (Classen et al., 2006; Lacter, 2007). Come i pazienti con PTSD complesso e disturbi dissociativi, anche i pazienti con BPD richiedono un approccio graduale al trattamento per poterli aiutare a sviluppare strategie di coping e stabilità interiore, a risolvere i conflitti interni e a gestire gravi dissociazioni o problematiche di attaccamento (Classen et al., 2006; Liotti, 2006).

## LA DISSOCIAZIONE

Negli ultimi cinquant'anni due separate tradizioni psicoterapeutiche hanno affrontato la questione della frammentazione della personalità: da un lato quella che tratta i sintomi dissociativi che derivano dal trauma e dall'altro quella delle terapie dello stato dell'io che si sono focalizzate sulla risoluzione dei conflitti tra stati separati della mente ma che non danno grande enfasi alla dissociazione. Nel paragrafo successivo metteremo insieme questi due filoni psicoterapeutici e mostreremo come le potenzialità di ciascuna possano essere amplificate dall'integrazione con l'altra.

### Cos'è la dissociazione?

Janet, a partire dal 1870 (van der Kolk et al., 1996), fu il primo a utilizzare il termine "dissociazione" per descrivere una struttura mentale in cui gli eventi di vita traumatici venivano esclusi dalla consapevolezza cosciente, traducendosi in ansia, in comportamenti di

evitamento e in sintomi di conversione come la paralisi psicogena. Egli ha osservato numerosi casi in cui i sintomi si risolvevano riportando alla coscienza i traumi e le emozioni associate. Nel corso degli ultimi centoquaranta anni, la conoscenza della dissociazione nel campo della salute mentale si è dapprima accresciuta per poi andare scemando. Negli ultimi trent'anni, si è osservato un rinnovato interesse nella definizione dei fenomeni dissociativi e nell'identificazione di efficaci modelli per il trattamento (Herman, 1992; Terr, 1979), ma a tutt'oggi la vera natura della dissociazione è oggetto di controversie. Possiamo racchiudere le attuali concettualizzazioni in tre categorie:

1. la definizione dei disturbi dissociativi riportata nel DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994);
2. il modello soggettivo/fenomenologico che deriva dall'osservazione dei pattern sintomatici nei pazienti dissociati (Dell, 2006);
3. il modello sociocognitivo che concettualizza i fenomeni dissociativi come prodotto iatrogeno delle aspettative di trattamento dei terapeuti (Spanos, 1994).

Il DSM-IV sostiene che il materiale mnestico dissociato sia "di norma di natura traumatica o stressogena", diversamente non pone alcuna enfasi sulla dissociazione come condizione post traumatica. Piuttosto, il DSM-IV definisce la dissociazione primariamente come un fenomeno di identità o stati della personalità separati, con la presenza di barriere amnesiche laddove l'individuo passa da uno stato all'altro. Dell ha puntualizzato che questo modello è accurato ma incompleto. Egli, infatti, a partire da self-report, interviste strutturate e osservazioni cliniche, ha osservato che oltre ai sintomi di conversione e alle parti separate della personalità, gli individui dissociati si caratterizzano anche per un'ampia gamma di sintomi intrusivi, principalmente "intrusioni nelle funzioni esecutive e nel senso di sé da parte di altre personalità" (American Psychiatric Association, 1994).

La frequente occorrenza di sintomi intrusivi non solo si scontra con la definizione del DSM-IV, ma anche con il modello sociocognitivo, che considera la dissociazione come il risultato iatrogeno delle aspettative sociali del terapeuta. Secondo questa visione, i sintomi dissociativi del paziente derivano da un interesse selettivo da parte del terapeuta per quei comportamenti del paziente che confermano la diagnosi. Se l'idea di dissociazione del terapeuta fosse modellata e determinata dalle manifestazioni del paziente, non osserveremmo

sintomi intrusivi in maniera così frequente in questi pazienti, poiché né la definizione del DSM-IV né la concezione popolare di dissociazione (proposta da libri e film) presentano l'aspetto dell'intrusività.

L'intrusività è comunque citata tra i sintomi del disturbo post traumatico da stress nel DSM-IV (Criterio B). Come possono facilmente attestare quei clinici che lavorano con pazienti dissociati, i pazienti con PTSD spesso sperimentano intrusività accompagnata da paura e confusione, dal momento che la propria consapevolezza conscia è stata invasa da frammenti di materiale mnestico irrisolto. Anche in pazienti che sono amnesici rispetto agli eventi traumatici, spesso si riscontrano sintomi intrusivi come incubi, allucinazioni uditive e flashback visivi. La commutazione di personalità stessa può essere considerata come un fenomeno che deriva dall'intrusione di materiale mnestico traumatico che sommerge e rimpiazza il normale senso di sé della persona. Quindi, un'esauritiva definizione di dissociazione deve includere non solo un insieme di parti di personalità tra loro separate e lo spostamento da una parte all'altra, ma anche delle esperienze intrusive che si sviluppano lungo uno spettro su cui si snodano diversi gradi di amnesia per gli eventi traumatici.

Dell (2006) ha utilizzato questo spettro per organizzare i sintomi dissociativi che si manifestano più frequentemente, come si è potuto osservare in un gruppo di 220 soggetti con disturbo dissociativo dell'identità (DID). Tutti questi individui avevano difficoltà di memoria e l'83-95% di essi mostrava depersonalizzazione, derealizzazione, flashback post traumatici, sintomi somatoformi e stati di trance. Tra l'85% e il 100%, invece, sperimentava intrusioni parzialmente dissociative, come ad esempio le voci di un bambino, voci persecutorie, temporanea perdita della conoscenza e "fare" emozionali, "fare" impulsi e "fare" azioni (pattern di risposte emotive che appaiono sconesse dalla condizione attuale della persona). Tra il 61% e l'88% di questi pazienti ha sperimentato intrusioni completamente dissociate, ossia l'amnesia. Tra queste citiamo la perdita del senso del tempo, le fughe, la ricerca di oggetti e la consapevolezza a posteriori delle azioni.

I fenomeni dissociativi non sono limitati alle persone con un disturbo dissociativo dell'identità. I pazienti con altre condizioni cliniche possono esibire questi stessi sintomi in una forma meno estrema. Infatti, le evidenze derivanti dalla ricerca (van der Hart et al., 2006) e la pratica clinica (Chefet, 2006) indicano che alcune forme di dissociazione sono spesso presenti e sono frequentemente un ele-

mento cardine in potenzialmente tutti i disturbi emotivi derivanti da esperienze di vita difficili. Inoltre, i sintomi dissociativi sono prevalenti in tutto il mondo e sono clinicamente simili nonostante i diversi contesti culturali (Sar, 2006).

## **Il problema dell'intrusività e il modello della dissociazione strutturale**

Il ruolo centrale dell'intrusività nei disturbi dissociativi ha importanti implicazioni per l'utilizzo dell'EMDR e di altri metodi terapeutici che impiegano una stimolazione bilaterale per elaborare il materiale mnestico archiviato in maniera disfunzionale. Van der Hart et al., (2006), hanno proposto una nuova terminologia che sembra risuonare con la comprensione da parte dei pazienti della propria esperienza dissociativa. Questi autori ipotizzano che un evento traumatico suddivida la personalità pre-traumatica in due parti caratteristiche: una *parte apparentemente normale* (ANP), che continua ad adattarsi alle richieste della vita quotidiana ed è motivata ad apparire normale per rimanere connessa alle altre, e una *parte emotiva* (EP), che accoglie le percezioni sensoriali del trauma nella forma di un evento qualitativamente attuale che viene vissuto nuovamente. I sintomi intrusivi si manifestano quando tali vissuti della parte emotiva entrano nella consapevolezza della parte apparentemente normale.

La ANP ha una sorta di fobia per l'esperienza della EP e tende a resistervi, ad evitarla e a dissociare l'intrusività dell'esperienza della parte emotiva per mantenere la stabilità. La EP sembra premere per potersi attivare o esprimere. La persona manifesta sentimenti e flashback sotto forma di immagini derivanti dalla EP e una valutazione negativa di sé ("Devo essere pazzo"; "Ho dei problemi"; "Sono indegno"; "Sono stupido") proveniente dalla ANP. Ciascuna di queste opposte azioni mentali viene innescata in modo stereotipato e ripetuta continuamente senza alcuna modificazione nella risposta al ricordo interno o esterno del trauma. Alcuni gradi di questo tipo di conflitto interiore sono presenti nella maggior parte delle persone in alcune fasi della vita, ma se l'individuo ha vissuto diverse esperienze traumatiche, la complessità del conflitto tra parti dissociate può ingigantirsi notevolmente e può derivarne confusione nell'identità, ansia e disforia.

## **La natura e le origini delle strutture dissociative disfunzionali**

Watkins e Watkins (1997) utilizzano il termine “stato dell’io” per descrivere quelle condizioni di consapevolezza o stati della mente che possono trovarsi in conflitto in modo disfunzionale. I teorici della dissociazione strutturale impiegano il termine “parte dissociata” per gli stessi fenomeni mentali, con la connotazione aggiuntiva dei gradi di inaccessibilità dissociativa tra stati dell’io. Utilizzeremo questi termini in maniera intercambiabile, partendo dal presupposto che la dissociazione può essere presente o assente con diverso grado in qualsiasi individuo con una disfunzione dello stato dell’io. L’approccio della Ego State Therapy verrà descritto nello specifico in seguito, ma un importante contributo dato dagli strutturalisti consiste in un modello per le origini delle strutture patologiche e conflittuali dello stato dell’io (van der Hart et al., 2006).

Per prima cosa gli strutturalisti affermano che in uno sviluppo normale, gli stati dell’io non dissociati evolvono a partire da predisposizioni innate all’apprendimento – ossia i “sistemi d’azione” (van der Hart et al., 2006) – che sono progettate per svilupparsi in funzioni mentali elementari necessarie per soddisfare i bisogni di base (cibo, difesa), per mantenere la vicinanza agli altri significativi (in particolare nell’infanzia con la figura di attaccamento primaria) e per impegnarsi nei compiti della vita quotidiana. Van der Hart et al. aggiungono che questi sistemi d’azione (come ad esempio il bisogno di attaccamento) interagiscono con l’ambiente del bambino e assumono la forma che si adatta a quell’ambiente.

Quando questo avviene normalmente (con un ambiente sufficientemente buono), gli stati dell’io sono co-coscienti e relativamente ben integrati nel proprio funzionamento. Tuttavia, quando l’ambiente pone degli ostacoli all’integrazione, tende a verificarsi una separazione dissociativa tra stati. Schwartz (1995) considera la mente come naturalmente multipla. Nel suo modello dei sistemi familiari interni, possono svilupparsi dei problemi nel sistema interno laddove il sistema esterno sia fuori equilibrio e causi un trauma, vincolando il sistema interno e il suo futuro sviluppo.

I confini tra stati dell’io nel sistema di personalità sono variabili. In una persona con una storia positiva alle spalle i confini sono fluidi e senza soluzione di continuità. La persona si sposta agilmente da un ruolo a un altro, o da un compito a un altro, senza pensare: “Questa

non sono io”. Alcuni pazienti descrivono i propri stati dell’io come parti di se stessi, ma li vedono delineati in base alla dimensione temporale – un bambino, un infante, un adolescente –; altri, invece, li vedono delineati secondo la funzione, il tratto o il ruolo – per esempio nemico di sé, fonte di nutrimento, critico, capo, bambino monello, temerario, curioso, amante della natura, genitore, nonno e così via.

In un ambiente infantile sufficientemente buono, questi diversi stati dell’io si sviluppano e funzionano in modo co-consapevole. Possono esistere dei conflitti tra stati dell’io anche in un individuo relativamente ben integrato, ma essi vengono esperiti come accessibili. Spesso questo tipo di conflitti viene sperimentato semplicemente come: “Ho bisogno di decidere cosa voglio veramente fare”.

Tuttavia, quando una persona ha una storia di traumi, alcuni confini si trasformano in ampie faglie che determinano la struttura dissociativa che emerge come adattamento agli abusi e alla negligenza infantile. Molti individui con un PTSD complesso hanno una ANP che si connette con le altre e si impegna nelle attività del vivere quotidiano, e una o più EP che racchiude i ricordi delle esperienze che erano originariamente sovrastanti, rimanendo neurologicamente archiviati in maniera disfunzionale, e continuano a premere per un’attivazione nell’esperienza cosciente come ri-vissuti.

Queste EP si sono sviluppate a partire da sistemi d’azione che avevano come obiettivo quello di proteggere l’individuo dalla paura fisica ed emotiva e dalla perdita, e posseggono le caratteristiche di attacco-fuga (sistema nervoso simpatico) o di congelamento e ritiro (sistema nervoso parasimpatico; van der Hart et al., 2006). Altre EP funzionano come “azioni sostitutive” (van der Hart et al., 2006). Possiamo anche riferirci a questi stati dell’io come difese psicologiche (Watkins & Watkins, 1997) o stati dell’io “pompieri” (Schwartz, 1995).

Gli stati dell’io, siano essi “apparentemente normali”, difensivi o legati al rivivere il trauma, possono costruirsi come network che hanno un funzionamento incrociato. I sistemi d’azione innati si svilupperanno lungo percorsi diversi se l’ambiente infantile pone ripetutamente il bambino in una situazione “impossibile” di abuso fisico, verbale o sessuale, di negligenza, di confusione irrisolvibile o di altre esperienze traumatiche. Questo tipo di situazione si manifesterà secondo diverse modalità, come disturbo dissociativo, come PTSD complesso, depressione, conflitti nevrotici e pattern comportamentali maladattivi.

## **Abuso infantile e strutture dissociative disfunzionali**

Un bambino che è stato ripetutamente abusato da una figura di accudimento si trova in un dilemma “impossibile”. I sistemi di difesa di rabbia e fuga dal male vengono attivati ma, allo stesso tempo, il bambino deve continuare a guardare la persona abusante come fonte di sostentamento necessario per la sua sopravvivenza. In queste circostanze, un bambino dissocerà i ricordi dell'abuso, disattivando in questo modo la rabbia connessa e il bisogno di evitare il persecutore. Oppure, un bambino può parzialmente dissociare l'abuso (ricordarlo solo vagamente o minimizzare la portata dell'evento) e successivamente, nella misura in cui la rabbia e il senso di colpa sono ancora attivi, rivolgere la rabbia contro di sé e, frequentemente, mostrare un atteggiamento verso il proprio abuso che riflette gli atteggiamenti del perpetratore (“Me lo merito perché sono cattivo”) al fine di poter continuare a mantenere un legame con quest'ultimo.

Una domanda potrebbe soffermarsi sul perché questa struttura dissociata di stati dell'io disfunzionale e disturbante permane da adulti, nonostante l'ambiente negligente e abusante sia stato abbandonato. Alcuni stati dell'io (EP) continuano a tentare di risolvere i problemi (come scappare da eventi traumatici) che si sono risolti tempo addietro. L'individuo persiste, tuttavia, in una soluzione inadeguata a causa della qualità “attuale” dei ricordi traumatici irrisolti. Gli elementi disturbanti di problematiche antiche sono soggettivamente vissuti come attuali e, di conseguenza, persistono anche le difese inadeguate contro quegli elementi.

La concettualizzazione attuale è che la struttura dissociativa sia mantenuta dalle fobie e dalle difese di evitamento all'interno dell'esperienza della persona: le fobie per l'attaccamento e la perdita dell'attaccamento, i processi mentali correlati al trauma e i ricordi (van der Hart et al., 2006).

La comunicazione in un sistema interno dissociato può essere problematica a causa delle barriere che si formano tra le parti dissociate. Una comunicazione compromessa previene la risoluzione dei conflitti interni che di contro continuano a danneggiare la comunicazione interna. Le parti dissociate possono in parte o completamente mancare di co-coscienza; ossia, alcuni stati dell'io possono ignorare l'esistenza di altri stati o anche della personalità adulta. La relazione tra stati dell'io può essere amnesica, ostile, conflittuale, indifferen-

te, cooperativa o di forte alleanza; successivamente, queste relazioni definiscono rigidamente la struttura dissociativa della personalità.

## **Lo sviluppo delle difese di evitamento**

Nei casi di PTSD complesso, si osserva un particolare tipo di conflitto dello stato dell'io. Materiale mnestico irrisolto proveniente da una EP post traumatica preme per un'attivazione nella coscienza. Queste intrusioni possono consistere in flashback visivi, ma possono esserci anche sentimenti intrusivi senza causa apparente, cognizioni negative su di sé, cognizioni negative sulle altre persone o sul mondo, sensazioni fisiche, odori, sapori e così via. Queste sono destabilizzanti per la ANP, e perciò si sviluppano risposte di evitamento a fondamento neurologico.

Queste risposte di evitamento sono forse inizialmente consce, ma possono rapidamente diventare dissociate dalla coscienza, come avviene per molti altri comportamenti automatici (per esempio le attività basate sulla memoria implicita, come imparare a camminare, ad andare in bici o a suonare uno strumento musicale). Per quei pazienti che sono più lontani nello spettro dissociativo – per esempio coloro che hanno un disturbo dissociativo dell'identità (DID) – i confini tra le parti diventano più rigidi e impermeabili, così da esistere stati dell'io multipli dissociati, che possono anche essere sconosciuti l'uno per l'altro. Il trattamento spesso implica il riconoscimento delle risposte di evitamento del paziente e il lavoro su di esse così che i confini dissociativi possano divenire permeabili e accessibili, curando così i traumi.

## **OBIETTIVI DEL TRATTAMENTO CON PAZIENTI TRAUMATIZZATI**

Come clinici, desideriamo sapere che tipo di risoluzione e di cambiamento possiamo aspettarci da un trattamento. Vogliamo semplicemente eliminare i sintomi o l'obiettivo è più articolato – ad esempio aiutare le persone con diagnosi complesse a trovare una strada per uscire dalla propria sofferenza e vivere una vita soddisfacente? L'integrazione dell'EMDR e della Ego State Therapy in un modello a fasi consente agli obiettivi del trattamento di divenire più inclusivi dei bisogni del paziente. Tra questi citiamo:

- fornire sicurezza e sviluppare stabilità sia nel trattamento che nelle esperienze di vita attuali;
- aiutare il paziente a tollerare i propri stati affettivi e a regolare le risposte emotive;
- aiutare il paziente a scoprire in maniera più completa il senso di chi egli sia nel mondo e a sviluppare dei confini interni più profondi, attraverso la rielaborazione del trauma e l'eliminazione dei sintomi di PTSD e del Disturbo dissociativo;
- aiutare il paziente a esprimere il proprio potenziale in diverse aree, tra cui la capacità di soddisfare i propri bisogni in maniera più efficace e di diventare genitori di se stessi (forse gli stessi genitori che non hanno mai avuto);
- aiutare il paziente a raggiungere la padronanza delle proprie competenze di vita, spronandolo ad abbandonare il proprio status di vita e a condurre una vita più piena;
- riparare le ferite dell'attaccamento (Barach & Comstock, 1996), definendo una rappresentazione oggettiva di sé e degli altri attraverso una facilitazione dello sviluppo di una base sicura interna e riparando i confini e la struttura interna dello stato dell'io;
- recuperare gli stati dell'io rinnegati in quei pazienti con una diagnosi di disturbo di personalità.

In quanto clinici desideriamo permettere alle persone di sviluppare empatia nei confronti di se stessi e del sistema familiare interno, guarire le scissioni interne e risolvere le problematiche relazionali e la perdita di fiducia nel prossimo, le fratture nell'attaccamento e la paura dell'intimità. Quando lavoriamo con i pazienti da una posizione empatica e di comprensione del legame tra trauma, dissociazione, perdita e disturbi dell'attaccamento, possiamo aiutarli a risolvere le proprie principali criticità e a sviluppare un progetto di vita salutare (Bergmann & Forgash, 2000; Forgash & Knipe, 2001; Wachtel, 2002).