

PERSONALITÀ DIPENDENTE E PARAFILIA:
UN CASO COMPLESSO DALLA FORMULAZIONE
ALLA TERAPIA COGNITIVO-EVOLUZIONISTA INTEGRATA CON EMDR

Carla Iuliano

Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC – Napoli
Associazione EMDR Italia – Europa

Corrispondenza

Carla Iuliano
E-mail: iulianocarla@gmail.com

Riassunto

Nel presente articolo si riporta il caso di un paziente con disturbo dipendente di personalità con manifestazioni parafiliche. La chiave di lettura cognitivo-evoluzionista, in cui il funzionamento del paziente viene compreso e spiegato in termini di Sistemi Motivazionali Interpersonali e disorganizzazione dell'attaccamento, è risultata fondamentale per la comprensione del caso. Essa ha condotto al riconoscimento di un disturbo da stress post-traumatico complesso, per trattare il quale è stata necessaria l'elaborazione dei traumi verificatisi all'interno delle relazioni di attaccamento primarie e delle ritraumatizzazioni avvenute nel corso della vita del paziente.

Parole chiave: disorganizzazione dell'attaccamento, parafilìa, disturbo dipendente di personalità, EMDR, terapia cognitivo-evoluzionista

DEPENDENT PERSONALITY AND PARAPHILIA: A COMPLEX CASE FROM FORMULATION TO COGNITIVE-EVOLUTIONARY THERAPY INTEGRATED WITH EMDR

Abstract

In this article we report the case of a patient with dependent personality disorder with paraphilic manifestations. The cognitive-evolutionary interpretation, in which the patient's functioning is understood and explained in terms of Interpersonal Motivational Systems and attachment disorganization, was fundamental for the understanding of the case. It led to the recognition of a complex post-traumatic stress disorder, which required processing the traumas that occurred within the primary attachment relationships and the retraumatizations that occurred during the patient's life.

Key words: attachment disorganization, paraphilia, dependent personality disorder, EMDR, cognitive-evolutionary therapy

DOI: 10.36131/COGNCL20240102

RICEVUTO IL 17 FEBBRAIO 2024, ACCETTATO IL 29 LUGLIO 2024

Il nostro primo incontro

Mario è un uomo di 40 anni inviandomi in psicoterapia da un collega che lo ha avuto per diversi anni in carico, in seguito ad una separazione coniugale e ad un conseguente stato depressivo. Il collega, di formazione psicodinamica, riferisce uno stallo terapeutico e consiglia a Mario un percorso di diversa impostazione.

Al primo colloquio, ciò che appare evidente è un notevole calo dell'umore, con demotivazione e apatia, e un'insoddisfazione che coinvolge tutti gli aspetti della sua vita. Sento su di me, fin da questo primo incontro, un peso enorme e un forte senso di responsabilità e di impotenza e decido di comunicare al paziente che ritengo opportuno che ci diamo un tempo definito di sei mesi, per valutare insieme l'efficacia della terapia e l'eventuale successiva possibilità di andare avanti nel percorso. Spiego a Mario il modo in cui lavoro, di come per me sia fondamentale, durante le prime sedute, la ricostruzione della storia di attaccamento e di vita dei pazienti, di come integro nella mia pratica clinica le tecniche cognitivo-comportamentali con l'elaborazione dei traumi, in particolar modo attraverso l'utilizzo dell'EMDR. Ma, soprattutto, tendo a sottolineare che la terapia è *in primis* una relazione tra due persone, una relazione che funziona solo nel momento in cui c'è una cooperazione, una partecipazione attiva tra i due contraenti: entrambi saremmo stati i protagonisti di questo percorso e la qualità della nostra relazione sarebbe stata fondamentale per un buon esito. Inoltre, insieme avremmo valutato l'efficacia del nostro percorso confrontandoci, perché il suo pensiero e le sue considerazioni avevano valore quanto le mie. Alla fine di quel primo colloquio Mario appare un po' agitato ed ansioso rispetto a quanto gli ho "restituito", soprattutto in vista di una eventuale separazione da me dopo sei mesi e relativamente alla responsabilità che sentiva di avere. Io provo a rassicurarlo dicendogli che ci saremmo subito messi al lavoro con la ricostruzione della sua storia di vita.

La storia di vita

Mario è stato sempre un bambino timido, riservato, insicuro. Ha difficoltà a definirsi e non riesce a identificare i suoi desideri o interessi. Iscrittosi all'università di economia senza particolari ambizioni o motivazione, la interrompe dopo qualche anno. Intorno ai 20 anni comincia a sviluppare una dipendenza sessuale che si manifesta dapprima con masturbazione compulsiva, successivamente e per un lungo periodo, con manifestazioni parafiliche come esibizionismo (masturbandosi davanti alla finestra quando era visto da ragazze che abitavano di fronte) e frotteurismo (recandosi sugli autobus per strofinare i genitali sul corpo di ragazze sconosciute). Ha avuto poche e tardive relazioni affettive sentimentali, con donne delle quali non si è mai sentito innamorato o stato coinvolto. Ha un matrimonio fallito alle spalle durato un paio di anni, che definisce una scelta indotta e condizionata dalla fidanzata.

Al momento della richiesta di aiuto presso di me, si trova in una condizione di dipendenza (economica ed affettiva) dal padre con il quale vive. Non lavora e trascorre le sue giornate senza progettualità o interessi. In passato ha fatto tutti lavori umili, non all'altezza delle sue aspettative né del suo livello di istruzione, per cui, dopo aver lasciato l'ultimo lavoro, rimane a casa senza sapere come trascorrere le sue giornate. Non riesce a decidere niente della sua vita, dalla spesa da fare, ai viaggi, alle uscite, ecc. È coinvolto in una relazione sentimentale a distanza con una donna più grande di lui con cui soddisfa prevalentemente il proprio bisogno di accudimento. Si vedono molto poco, ma hanno lunghe telefonate quotidiane in cui lui si lamenta della sua mancanza di motivazioni, della sua noia e della difficoltà a prendere decisioni di alcun tipo. Questa relazione

manca di coinvolgimento, reciprocità e progettualità così come quelle del suo passato. Mario si chiede in maniera ossessiva se prova qualche sentimento nei confronti di questa donna e se ha senso continuare tale rapporto. Lo stesso tipo di dinamica è presente nelle sue poche relazioni amicali, in cui lui parla lamentandosi senza ascoltare mai. Durante la ricostruzione della storia di vita, Mario racconta per la prima volta della sua trascorsa dipendenza sessuale, di episodi di esibizionismo sessuale e frotteurismo, di cui ha una enorme vergogna. Quella fase della sua vita rappresenta un vissuto traumatico che ha rinforzato il senso di indegnità e il disprezzo nei confronti di sé stesso.

Non ricorda niente della sua infanzia, né conosce nulla della storia dei suoi genitori. Quello che emerge da questa faticosa ricostruzione è una completa assenza di comunicazione e condivisione emotiva in famiglia; l'esperienza traumatica che caratterizza un continuum sullo sfondo della trama della sua vita è un profondo neglect: Mario non è mai stato visto nei suoi bisogni dalle sue figure di attaccamento. Analizzando la sua storia, emerge tra gli altri un trauma fondamentale, avvenuto all'età di 8 anni, relativo alla rivelazione da parte della madre del fatto che è stato adottato all'età di sei mesi. Questa rivelazione gli venne fatta frettolosamente mentre era in auto con la madre che guidava senza nemmeno rivolgergli uno sguardo o dandogli la possibilità di parlarne. Mario non aveva minimamente collegato il ricordo di questa rivelazione e l'impossibilità di riparlarne in famiglia con le emozioni e i pensieri ad esso correlati, né aveva contezza della portata traumatica e disorganizzante che ciò aveva avuto nella sua vita. La dissociazione tra gli eventi accaduti e le emozioni ad essi associate lo ha accompagnato fino ad ora.

Lettura cognitivo-evoluzionista della sofferenza e del sintomo di Mario

Secondo la formulazione del caso in chiave cognitivo-evoluzionista effettuata durante il percorso terapeutico e poi condivisa con il paziente, sia il sintomo parafilico e che la dipendenza sviluppata nelle relazioni significative, sono inquadrabili come conseguenze di una grave Disorganizzazione dell'Attaccamento (DA) infantile ed espressione di uno stato mentale "Unresolved". Ne conseguono strategie finalizzate a tenere sotto controllo l'angoscia attivata dalla disorganizzazione, mettendo in stand-by il sistema di attaccamento. Le strategie controllanti sono delle soluzioni che i bambini (solitamente tra i tre e i sei anni di età) trovano per gestire e "controllare" la relazione con uno o più caregiver vissute come spaventanti e, quindi, intollerabili (Liotti & Farina, 2011a; Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008). Le modalità controllanti più tipicamente riconosciute sono la strategia controllante-punitiva e la strategia controllante-accudente. Tuttavia, è stato riscontrato anche l'utilizzo di strategie sessualizzate o basate sull'inibizione di ogni relazionalità.

Nella strategia **controllante punitiva** il bambino, già nel corso del terzo anno di età, mette in atto comportamenti ostili, terroristici o umilianti nei confronti del caregiver, riconducibili ad una massiccia ed impropria attivazione del sistema agonistico nella subroutine di dominanza. Tali comportamenti in età infantile possono essere manifestazioni dei cosiddetti disturbi esternalizzanti dello sviluppo o di disturbi oppositivi della condotta (Moss et al., 2004).

Nella strategia **controllante accudente**, il bambino impara a mettere in atto una serie di comportamenti accudenti, consolatori e protettivi nei confronti del caregiver, probabilmente percepito come vulnerabile, bisognoso o incapace di assolvere alla propria funzione genitoriale. Il comportamento "oblativo" del bambino nei confronti del genitore vulnerabile fisicamente o emotivamente (e spesso irrisolto rispetto ai propri traumi) elicitava a sua volta l'attivazione

del sistema di attaccamento da parte del genitore, dando luogo ad un'inversione di ruolo o attaccamento invertito. Tale strategia adottata dal bambino viene più raramente riconosciuta come patologica e disfunzionale dall'ambiente esterno, perchè il bambino "accudente" è apprezzato per il suo essere un bambino buono, responsabile, bravo a scuola, empatico e generoso, non solo dal sistema familiare, ma anche dal contesto sociale che lo circonda, ricevendo, in tal modo, un continuo rinforzo e validazione del proprio comportamento. Risulta essere un bambino (e successivamente un adulto) iperadattato, che paga un prezzo altissimo, spesso invisibile, nel non vedere mai riconosciuti i propri bisogni dagli altri, e, conseguentemente, da sé stesso. In tale circostanza risulta essere massicciamente e impropriamente attivo non solo il sistema di accudimento, ma anche il sistema agonistico nella sua variante della sottomissione, riconoscibile nell'ipertrofico senso di responsabilità e sottomessa obbedienza (Liotti & Farina, 2011a, 2011b), probabilmente indotto dal tentativo del genitore di riaffermare goffamente la propria autorevolezza e il proprio ruolo. Come possibili conseguenze dell'attivazione della sottomissione vi è un senso di inadeguatezza, incompetenza e vergogna, insieme al senso di colpa e responsabilità. Le diverse prospettive di sviluppo psicopatologico della modalità controllante accudente possono corrispondere in età infantile ai disturbi internalizzanti dello sviluppo, in età adulta a manifestazioni psicosomatiche, ad un senso di mancata vitalità, anassertività e apatia, con probabile presenza di sintomi ansiosi o depressivi; un altro degli scenari psicopatologici possibili è un quadro caratterizzato da un disturbo dipendente di personalità, dovuto al senso di inadeguatezza, all'eccessiva compiacenza (con conseguente perdita del proprio senso di identità personale) e al senso di colpa da separazione dai propri caregiver con inevitabili effetti sulla limitazione dell'identità e dell'autonomia. L'utilizzo delle strategie controllanti è probabilmente riconducibile non soltanto alla predisposizione intrapsichica del bambino stesso, ma soprattutto al clima e alla dinamica relazionale con quello specifico caregiver durante i primi anni dello sviluppo. Tali strategie rappresentano per il bambino la migliore soluzione possibile di adattamento relativamente al rapporto con le principali figure affettive di riferimento, ma comportano lo sviluppo di gravi deficit metacognitivi e problemi comportamentali (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008). Esse, infatti, esordiscono come tentativi di adattamento a situazioni disfunzionali ma, persistendo in maniera massiccia e prolungata, sovraccaricano corpo e mente, alterandone la funzione protettiva e generando sintomi di vario genere (Curtois et al., 2023).

Nel caso di Mario, la Disorganizzazione dell'Attaccamento (DA) sembra avere origine da figure genitoriali vulnerabili e impotenti rispetto al dolore emotivo (proprio e del figlio) e porta come conseguenza l'attivazione contemporanea e paradossale del sistema di attaccamento e sistema di difesa come risposta ai traumi, impedendo alcun tipo di elaborazione o integrazione e favorendo l'alienazione e il detachment dissociativo (Liotti & Farina, 2011a). Si tratterebbe, infatti, di un trauma cumulativo da grave trascuratezza emotiva (*neglect*), che, come conseguenza dell'iperarousal emotivo, porterebbe ad un intorpidimento corporeo e ottundimento emotivo che rappresenta una reazione opposta e difensiva di ipoarousal (Porges, 2014). Una delle caratteristiche più peculiari del modo in cui Mario racconta la sua storia e gli episodi che hanno fortemente segnato la direzione della sua vita è l'assoluta disconnessione/anestesia emotiva, la non correlazione tra eventi e loro conseguenze, tra sintomi fisici e dolore emotivo. I possibili sviluppi di traumi di attaccamento dovuti a gravi trascuratezze emotive (*neglect* nella letteratura anglosassone) sono, inoltre, l'incapacità di proteggersi da situazioni dannose o pericolose (così come la messa in atto di condotte abusive), sentimenti di odio verso sé stessi, senso di impotenza e inaiutabilità, convinzioni di essere sbagliati o difettosi (Van der Kolk, 2005) Le gravi trascuratezze o i maltrattamenti e gli abusi ripetuti, subiti per lunghi periodi

durante l'infanzia e l'adolescenza costituiscono un importante fattore di rischio per lo sviluppo di disturbi dissociativi e per una generica e più ampia vulnerabilità psicopatologica (Chu & Dill, 1990; Classen et al., 2006; Lanius et al., 2010; Liotti, 2005; Shore, 2009).

La DA costituisce di per sé un trauma anzi spesso è il primo dei traumi cumulativi. Inoltre, è stata considerata come uno dei fattori importanti coinvolti anche nella genesi delle parafilie. Le strategie controllanti (assimilabili alle corrispondenti strategie infantili sperimentalmente riscontrate) che Mario sembra mettere in atto sono miste: quella prevalente è del tipo controllante accidentale, così come si manifesta nella compiacenza, nella passività e nella dipendenza in tutte le sue relazioni. Il disturbo dipendente, infatti, può rappresentare una delle possibili declinazioni della strategia controllante-accidentale in direzione della sottomissione tesa a compiacere l'altro (e a non essere abbandonato) e a limitare la propria autonomia imposta da un inconscio senso di colpa da separazione (Liotti & Farina 2011a).

Nella manifestazione della condotta parafilica può essere riscontrata, invece, l'attivazione del sistema agonistico dominante insieme al sistema sessuale (Pancheri & Monticelli, 2017). La passività e la compiacenza con cui Mario viveva le sue relazioni e la sua vita in generale si alternava all'aggressività/violenza che manifestava attraverso la sua condotta sessuale perversa. L'attivazione del Sistema di Attaccamento in Mario risulta intollerabile e determina immediatamente la necessità di controllo dell'altro. Infatti, in tutte le sue relazioni affettive non esistono né reciprocità né intimità. Sia la manifestazione della dipendenza che della parafilìa sono espressioni emblematiche dell'incapacità di entrare in una relazione autentica.

Un altro degli aspetti a conferma che nella genesi delle parafilie sia coinvolta la disorganizzazione dell'attaccamento è che vi è in entrambi i casi una massiccia tendenza alla dissociazione. Le vite dei parafilici sono spesso divise tra una vita apparentemente normale e adattata e i loro agiti sessuali, caratterizzati spesso da stati mentali dissociati (De Masi, 2007). E la dissociazione è facilmente riconducibile alla disorganizzazione dell'attaccamento (Liotti, 2004, 2006, 2015; Liotti & Farina, 2011b; Lyons -Ruth et al., 2006). Inoltre, come molti autori che si sono interessati alle parafilie hanno riscontrato, tali pazienti hanno intense paure delle relazioni affettive intime e si sentono profondamente soli (Khan, 1982), così come i pazienti disorganizzati nell'attaccamento (Liotti, 2011a; Pancheri & Monticelli, 2017). Nella parafilìa di Mario la sessualità, unita al sistema agonistico sul versante della dominanza svolge un ruolo disfunzionale al servizio di un attaccamento disorganizzato: per essere visto o avere un'"intimità" con l'altro deve controllarlo sessualmente. Attraverso l'esibizionismo, il contatto con l'altro viene annullato, creando una distanza che consente di controllarlo ancora una volta, riducendolo ad oggetto. Nel frotteurismo, la sessualità è consentita solo attraverso un contatto furtivo, l'altro non ha potere. La sessualità vissuta in maniera non parafilica per Mario è una sessualità anestetizzata, assente di giocosità e reciprocità, diventa una mera azione senza connotati emotivi e non conosce piacere. Nella ricostruzione delle sequenze dei suoi agiti parafilici, Mario riconosce un'insofferenza e un'inquietudine che li precede (riconducibile all'attivazione del sistema di attaccamento che non ha soluzioni) proprio come raccontano i resoconti di sex offenders (Elliot et al., 1995).

I FASE DELLA TERAPIA. Creazione di un'alleanza terapeutica

Durante il primo colloquio, Mario presenta uno stato di depressione apatica, che riferisce essere rimasto immutato nonostante la lunga psicoterapia effettuata, e trasmette chiaramente il suo senso di inautenticità e sfiducia in sé assumendo un atteggiamento passivo e delegante all'interno della relazione terapeutica. La mia reazione istintiva all'impatto con questo senso di impotenza

e sopraffazione trasmessomi da Mario sarebbe stato quello di non prendere in carico il paziente. Ma riflettendo sul mio stato mentale, ho ipotizzato che lo stesso fosse iscrivibile nel contesto di un ciclo interpersonale (al momento non chiaramente identificato) in cui Mario stava provando, inconsapevolmente, a collocarmi. Pertanto, ho deciso di dare un tempo di pensabilità a quello che era accaduto concordando una prima tranche di incontri terapeutici. Così, anche allo scopo di motivare Mario al lavoro con me, al termine di questo primo incontro chiarisco che la terapia è un percorso che funziona quando entrambi i protagonisti della relazione terapeutica riescono a collaborare e a mettere le proprie risorse in campo e che ci saremmo dati un tempo di sei mesi per fare un follow-up e valutare insieme se questo lavoro stava funzionando e, quindi, se aveva senso continuare la terapia. Mario sembra spaventato già all'idea di una possibile separazione se le cose in terapia non dovessero andare bene e me lo verbalizza esplicitamente anche all'inizio della seduta successiva. Comincia così gradualmente, nel corso delle prime sedute, un dialogo diverso, più autentico e diretto, in cui da entrambe le parti c'è una messa in gioco delle proprie risorse, competenze, ma anche emozioni negative, difficilmente percepite, da affrontare insieme. Il clima di cooperazione, che fin dall'inizio è stato il primo obiettivo della terapia, ha rappresentato, naturalmente, qualcosa a cui prestare cura e attenzione costantemente durante tutto il percorso terapeutico. L'alleanza terapeutica costituisce, infatti, non solo un importante predittore di un buon esito di ogni terapia, ma diventa una priorità assoluta nei disturbi da trauma complesso dello sviluppo, per affrontare i numerosi enactment che si verificano in terapia con questa tipologia di pazienti ed il conseguente alto rischio di drop out (Liotti & Monticelli, 2014; Monticelli, 2017). Tale alleanza si sostanzia della condivisione degli obiettivi, dell'accordo sui rispettivi compiti e dell'esperienza di un clima relazionale ragionevolmente sicuro.

Durante il corso della terapia, l'assetto cooperativo è stato a tratti minacciato dall'interferenza di altri sistemi motivazionali interpersonali che Mario inconsapevolmente attivava con il tentativo di controllare la relazione, per evitare il vuoto terrifico che accompagnava l'attivazione del suo attaccamento disorganizzato. Un esempio è stato quando Mario ha cercato informazioni sul mio conto e ha iniziato a farmi domande personali, cercando di trovare conoscenze in comune; oppure quando, avendo saputo che mio marito fosse psichiatra, mi ha chiesto di poter essere seguito da lui per gli aspetti farmacologici. Questi tentativi di violazione del setting, espressione delle modalità controllanti che il paziente era solito usare, sono stati gestiti con supervisioni, attraverso la cooperazione con lo psichiatra di riferimento, e, finalmente, analizzando con Mario stesso il possibile significato di essi in funzione di ciò che si stava verificando in terapia. Fondamentale è stato tenere un giusto equilibrio tra condivisione emotiva e cooperazione paritetica. La sequenza tra costruzione, rottura e riparazione dell'alleanza terapeutica rappresenta un fattore di efficacia fondamentale, in quanto riflette la correzione degli schemi interpersonali disfunzionali del paziente. Pertanto, anche nel caso di Mario, il monitoraggio della relazione terapeutica ha rappresentato il filo rosso di tutto il percorso, attraverso le sue varie fasi.

Ricostruzione della storia di vita e individuazione dei traumi

Durante la ricostruzione della sua storia di vita, Mario racconta per la primissima volta, nonostante le numerose terapie effettuate, le sue esperienze parafiliche, esponendosi così alla profonda vergogna e senso di indegnità che le accompagnavano. Questa condivisione rappresenta un momento molto importante della psicoterapia, in quanto dimostra a me e prima ancora a lui stesso la sua motivazione e disponibilità a collaborare attivamente - esponendosi ad un vissuto molto intenso - e, allo stesso tempo, a fidarsi di me. Della sua storia di attaccamento Mario ricorda pochi episodi significativi e tutti scollegati dai vissuti emotivi e non correlati causalmente tra loro.

Fondamentale in questa fase del lavoro è stato individuare, riconoscere e dare valore a episodi fortemente traumatici e portatori di gravi conseguenze affettive, relazionali e comportamentali; dare voce alla parte emotiva inespressa. La narrazione condivisa delle esperienze significative della sua vita ci ha consentito inoltre di riconoscere e identificare le condotte parafiliche come delle modalità disregolate e auto-sabotanti che hanno riconfermato il suo senso di indegnità, alimentando una profonda vergogna e rappresentando a pieno titolo delle ri-traumatizzazioni (Monticelli & Glauser, 2022).

Creazione di un doppio setting: la terapia farmacologica

Nel corso delle prime sedute diventa sempre più evidente la necessità di inviare Mario ad una consulenza psichiatrica, per gli invalidanti sintomi depressivi e dissociativi che presenta. L'ipotesi di una terapia farmacologica lo ha da sempre spaventato e, nonostante l'invito del precedente terapeuta a ricorrere ad un aiuto farmacologico, ha fatto dei blandi e fallimentari tentativi di terapie farmacologiche, in realtà senza portarne al termine alcuna e confermando, così, l'inutilità delle stesse. Uno dei primi obiettivi è stato appunto quello di accettare la propria vulnerabilità, a prescindere dal fatto che potesse dipendere dalla sua storia o anche da una predisposizione biologica, e concepire la possibilità di poter beneficiare di un valido aiuto farmacologico senza sentirsi "malato" o "diverso" per questo. Per realizzare questo passaggio abbiamo lavorato nel formulare e rinforzare la credenza che la capacità di chiedere aiuto e prendersi cura di sé rappresenta un importante passo verso l'amore nei propri confronti e che tutti noi esseri umani abbiamo bisogno d'aiuto in certe circostanze. L'inizio del percorso di cura farmacologico parallelo alla psicoterapia ha avuto degli effetti positivi non solo per l'efficacia dei farmaci in sé, ma anche per gli effetti che la presenza di una seconda figura "curante", con cui venivano man mano condivisi gli obiettivi della terapia, ha avuto sulla relazione psicoterapica: da un lato, ha messo me in una condizione di maggiore sicurezza percepita, aumentando, molto verosimilmente, le mie capacità metacognitive nella gestione della relazione; dall'altro, ha ridotto l'intensità e la frequenza dell'attivazione dei diversi sistemi motivazionali (non compatibili con una buona alleanza terapeutica), solitamente messi in campo da Mario (e talora specularmente da me) per ridurre l'angoscia relativa all'attaccamento disorganizzato (Liotti, 2001; Liotti & Farina, 2005).

II FASE DELLA TERAPIA. Il lavoro con EMDR: dalla stabilizzazione all'elaborazione dei traumi

Il lavoro con EMDR con pazienti che, come Mario, sono portatori di un trauma complesso dell'attaccamento, si collega direttamente alla I fase che si è sopra descritta, in quanto i movimenti oculari hanno mostrato la capacità di regolare l'iperarousal fisiologico generato dalla rievocazione traumatica e dalla riattivazione nella relazione terapeutica dell'attaccamento disorganizzato. Mentre l'iperarousal ostacola o impedisce l'integrazione nella coscienza tra memoria semantica ed episodica, tra emozioni, pensieri e comportamento, tra diversi stati mentali (che diventano quindi compartimentati), l'utilizzo dell'EMDR, abbassando l'arousal, facilita i processi integrativi della coscienza, con un conseguente miglioramento anche della narrazione autobiografica. Questa fase, definita di stabilizzazione, viene realizzata attraverso diversi strumenti finalizzati all'autoregolazione corporea, come gli esercizi del "posto sicuro" (Shapiro, 1995) e le tecniche di immaginazione (Bartozzi & Sinibaldi, 2017; Dworkin, 2010;

Castelli Gattinara & Onofri, 2019; Knipe, 2017; Onofri & Tombolini, 2006; van der Hart et al., 2011; Van del Kolk, 2015). Inoltre, nel caso di Mario, è stato necessario anche installare credenze positive, per scongiurare il rischio di ritraumatizzazioni conseguenti all'esposizione dei contenuti traumatici (Leeds & Shapiro, 2000; Lendl & Foster, 2009).

Un importante lavoro è stato quello di attraversare l'emozione della vergogna (legata a odio e disprezzo verso sé stesso) e di validarla come un'emozione dotata di senso, in quanto a volte costituisce l'unico modo che le vittime di abusi infantili hanno per entrare in relazione con l'altro e per evitare l'abisso dissociativo. La vergogna nei pazienti con vissuti traumatici dell'attaccamento spesso precede la comparsa di sintomi dissociativi. Poterla chiamare per nome e riconoscerne il senso all'interno di una relazione empatica e cooperativa l'ha resa tollerabile ed in qualche modo affrontabile nell'elaborare le esperienze che l'avevano amplificata.

Il lavoro sui traumi di Mario si è svolto su tre fronti principali: il trauma abbandnico derivante dalla rivelazione della sua adozione, il lutto della madre avvenuto in età giovanile, e gli episodi di esperienze parafiliche.

- 1) La rivelazione della sua adozione da parte della madre avviene frettolosamente, in auto, senza alcun tipo di contatto (né fisico né oculare), alcun tipo di conforto, alcuna possibilità di parlarne, neppure in seguito. Mario non affronterà mai con il padre quell'argomento. Rimane un vuoto abissale e pervasivo. L'episodio, raccontato frettolosamente e senza alcuna alterazione emotiva durante la ricostruzione della storia di vita (Fase I della terapia), viene ripreso poi in questa seconda fase, in cui, ha cominciato a riconoscere le credenze negative associate al ricordo e, debolmente, anche le emozioni. Si tratta di un trauma dell'attaccamento molto significativo nella storia di Mario, in chiave col neglect subito e con la disorganizzazione del sistema di Attaccamento generata in lui dal sistema familiare. La rivelazione della sua adozione ha aperto tre target su cui lavorare distintamente:
 - a. Sono invisibile: smarrimento
 - b. Sono indegno: vergogna
 - c. Sono impotente: terrore

L'elaborazione di questo trauma ha consentito a Mario di provare compassione verso il bambino "abbandonato" più volte: dai genitori naturali e dai genitori adottivi che lo hanno lasciato completamente solo e perso nella rivelazione di questa sconvolgente verità. Mario si era sempre "riorganizzato" in una modalità protettiva rispetto ai propri genitori adottivi, non facendo mai domande per paura di arrecare loro dolore, né tantomeno concedendosi la possibilità di indagare sulle sue origini. Durante l'elaborazione traumatica si consente di piangere per quel bambino, e arrabbiarsi con chi lo ha abbandonato, lasciandolo solo e smarrito. Per poi ritenersi degno di ricevere attenzioni e capace di gestire in maniera diversa questo dolore.

- 2) Il lutto della madre, avvenuto quando lui era ragazzo, non era accompagnato da alcuna emozione o credenza. Mario aveva innalzato delle potenti difese di evitamento, ricordava solo le fughe e gli allontanamenti da casa, messi in atto per non vedere la madre a letto malata. Con la stimolazione bilaterale dell'EMDR è emersa la sua difficoltà a entrare in contatto con il dolore inconcepibile della perdita (in analogia con l'evitamento sempre messo in atto dai suoi genitori nei confronti delle emozioni dolorose), ma anche la rabbia nei confronti di una madre che emotivamente non c'era mai stata ed il senso di colpa terribile conseguente a questa rabbia. Infine, la compassione per sé stesso e per lei che non era in grado di svolgere adeguatamente la sua funzione genitoriale, pur amandolo.

- 3) I ricordi delle esperienze parafiliche, che si presentavano ricorrentemente sotto forma di flashbacks e che erano da lui considerate le esperienze più brutte e traumatiche della sua vita, lo richiamavano continuamente ad una rappresentazione di sé come essere spregevole, con un conseguente vissuto di vergogna paralizzante. Durante l'elaborazione, il paziente ha potuto riconnettersi con le esperienze di vuoto terrifico e di alienazione che precedevano quelle condotte parafiliche, che alla luce di questo lavoro di integrazione apparivano ora il risultato di uno stato di completa alterazione della coscienza. Ora poteva consentirsi di sperimentare quel vuoto in terapia e poter credere di avere degli strumenti diversi per affrontarlo, e che non sarebbe stato solo.

III FASE DELLA TERAPIA. Sperimentare nuovi modi di stare al mondo

La fase di elaborazione traumatica è durata diversi mesi, durante i quali abbiamo dovuto affrontare le difese importanti che Mario aveva nei confronti delle proprie emozioni, del proprio dolore incommensurabile, nonché momenti in cui la relazione terapeutica è stata messa a dura prova. Tuttavia, c'è stata una progressiva crescita nella sua capacità di affidarsi, mediata dal sentirsi accolto con affetto e senza giudizio, insieme ad una comunicazione aperta e autentica e all'apprezzamento della qualità del lavoro che stavamo conducendo. Anche io mi sono fidata molto di lui, affidandogli il "secondo timone" per direzionare la nostra barca nel mare spesso in tempesta, e non l'ho protetto a tutti i costi dal dolore come avevano sempre fatto le figure importanti della sua vita, restituendogli un senso di padronanza, competenza e di valore.

Dopo essersi liberato da questi macigni di sofferenza, generatori di un massiccio ottundimento della coscienza e di gravi deficit metacognitivi, Mario comincia a concepire una possibile convivenza con la compagna, riprende a fare sport, valuta la possibilità di intraprendere un nuovo lavoro.

Dopo qualche mese dal termine della terapia, Mario mi ricontatta per chiedermi come fare per attivare la procedura per venire a conoscenza delle proprie origini. Possibilità che gli avevo già prospettato durante i nostri incontri ma che sembrava ancora spaventarlo per il tradimento che così si sarebbe sentito di mettere in atto nei confronti del padre. Con immensa gioia gli indico la collega che si occupa di questo lavoro al tribunale dei minori, felice che si sia sentito degno finalmente di poter aver accesso ad un suo bisogno rimasto per tutta la vita nascosto.

Conclusioni

Nel lavoro in psicoterapia con un paziente la cui sofferenza e i cui sintomi derivano da una lunga storia di pervasiva trascuratezza emotiva e solitudine, il fulcro è stato il continuo monitoraggio della relazione terapeutica, durante tutte le fasi del percorso. La qualità della relazione ha consentito al paziente l'accesso ai ricordi, al dolore emotivo ad essi correlato, e il graduale sviluppo di un senso di fiducia negli esseri umani, nelle relazioni affettive e anche in sé stesso. Mario si è sentito visto nella sua essenza, capito, accolto e voluto bene. Affinché questo potesse verificarsi, è stato fondamentale che anche io mi sentissi in una posizione di protezione, sicurezza e lucidità, condizione resa possibile dalle supervisioni svolte e, dunque, dall'interazione con un'altra mente, terza rispetto alla diade terapeutica, in grado di aiutarmi a mantenere la "coscienza" rispetto a ciò che accadeva in terapia e di guidarmi soprattutto nei momenti più difficili, in cui ero sopraffatta da una sensazione di impotenza (proprio quella che sentiva Mario nella sua vita). Anche la presa in carico da parte di un collega psichiatra con cui

poter collaborare e dividere “l’onere” mi ha aiutato in maniera decisiva in tale direzione.

Il lavoro con i traumi con EMDR è stato un punto nodale, perché le difese del paziente erano soprattutto improntate sull’anestesia emotiva, la mancanza di ricordi, e la svalutazione dell’impatto che le sue esperienze avevano avuto. La stimolazione bilaterale, una volta raggiunta una posizione di maggiore sicurezza e una sufficiente alleanza terapeutica, ha aperto l’accesso al mondo emotivo, alla ricostruzione delle memorie traumatiche e all’integrazione delle sue parti dissociate: parti che finora avevano conosciuto le strade dell’agito e della conferma delle proprie credenze disfunzionali, dando ulteriormente luogo a successive e importanti ritraumatizzazioni.

Il lavoro con i pazienti più complessi dona al terapeuta la possibilità di imparare moltissimo sulla natura umana, sulle vulnerabilità, sulle difese dal dolore, e sulle incredibili risorse che nelle persone possono emergere in maniera talora del tutto inaspettata, quando si trovino in un contesto relazionale sicuro, validante e in grado di guidare con competenza il processo terapeutico.

Bibliografia

- Bartozzi, R., & Sinibaldi, F. (2017). La fase della stabilizzazione: Dall’EMDR alle tecniche bottom-up e l’uso del corpo per le risorse somatiche. In C. La Rosa & A. Onofri (Eds.), *Dal basso in alto (e ritorno). Nuovi approcci bottom-up: Psicoterapia cognitiva, corpo, EMDR*. Apertamenteweb.
- Castelli Gattinara, P., & Onofri, A. (2019). L’EMDR nel trattamento del trauma complesso. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva - Open Access*, (44), 106-131. <https://doi.org/10.3280/qpc44-2019oa8152>.
- Chu, J. A., & Dill, D. L. (1990). Dissociative symptoms in relation to childhood physical and sexual abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 147(7), 887–892.
- Classen, C. C., Pain, C., Field, N. P., & Woods, P. (2006). Posttraumatic personality disorder: A reformulation of complex posttraumatic stress disorder and borderline personality disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 29(1), 87–112.
- Courtois, C. A., Ford, J. D., Cloitre, M., & Schnider, U. (2023). La best practice nella psicoterapia per gli adulti. In J. D. Ford & C. A. Courtois (Eds.), *Il trattamento dei disturbi da stress traumatico complesso negli adulti: Fondamenti scientifici e modelli terapeutici*. Giunti Psicologia. (Titolo originale: *Treating Complex Traumatic Stress Disorders in Adults: Scientific Foundations and Therapeutic Models*, Guilford Press, 2020).
- De Masi, F. (2007). *La perversione sadomasochista*. Bollati Boringhieri.
- Dworkin, M. (2010). *EMDR and the relational imperative: The therapeutic relationship in EMDR* (Tr. it. *La relazione terapeutica nel trattamento EMDR*). Raffaello Cortina. (Original work published 2005)
- Elliott, M., Browne, K., & Kilcoyne, J. (1995). Child sexual abuse prevention: What offenders tell us. *Child Abuse & Neglect*, 19(5), 579–594.
- Khan, M. M. R. (1982). *Le figure della perversione* (Tr. it.). Bollati Boringhieri. (Original work published 1979)
- Knipe, J. (2017). *EMDR toolbox: Teoria e trattamento del PTSD complesso e della dissociazione*. Giovanni Fioriti Editore.
- Lanius, R. A., Vermetten, E., & Pain, C. (2010). *The impact of early relational trauma on health and disease: The hidden epidemic*. Cambridge University Press. (Original work published 2009)
- Leeds, A. M., & Shapiro, F. (2000). EMDR and resource installation: Principles and procedures for enhancing current functioning and resolving traumatic experiences. In J. Carlson & L. Sperry (Eds.), *Brief therapy strategies with individuals and couples*. Zeig/Tucker.
- Lendl, J. & Foster, S. (2009). Peak performance protocol. In M. Lubber (Ed.), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols*. Springer.
- Liotti, G. (2001). *Le opere della coscienza*. Raffaello Cortina.
- Liotti, G. (2004). Trauma, dissociation, and disorganized attachment: Three strands of a single braid. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41(4), 472–486.

- Liotti, G. (2005). *La dimensione interpersonale della coscienza* (2nd ed.). Carocci. (Original work published 1994)
- Liotti, G. (2006). A model of dissociation based on attachment theory and research. *Journal of Trauma & Dissociation*, 7(4), 55–73.
- Liotti, G. (2011). Attachment disorganization and the controlling strategies: An illustration of the contributions of attachment theory to developmental psychopathology and to psychotherapy integration. *Journal of Psychotherapy Integration*, 21(3), 232–252.
- Liotti, G. (2015). Psicoterapia ispirata dalla teoria dell'attaccamento: Una prospettiva basata sulla teoria evolutivista dei sistemi motivazionali. *Attaccamento e Sistemi Complessi*, 2(1), 11–26.
- Liotti, G., & Farina, B. (2005). *Due terapeuti per un paziente*. Laterza.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011a). *Sviluppi traumatici: Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011b). Dimensione dissociativa a trauma dello sviluppo. *Cognitivismo Clinico*, 8(1), 3–17.
- Liotti, G., & Monticelli, F. (2014). *Teoria e clinica dell'alleanza terapeutica: Una prospettiva cognitivo-evolutivista*. Raffaello Cortina.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Shuder, M. L., & Bianchi, I. (2006). From infant attachment disorganization to adult dissociation: Relational adaptation or traumatic experiences? *Psychiatric Clinics of North America*, 29, 63–86.
- Lyons-Ruth, K. & Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganization: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformations from infancy to adulthood. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 666–697). Guilford Press.
- Monticelli, F. (2017). L'alleanza terapeutica e la teoria evolutivista della motivazione. In G. Liotti, G. Fassone, & F. Monticelli (Eds.), *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali*. Raffaello Cortina.
- Monticelli, F., & Glauser, N. (2022). La terapia dei disturbi legati alla disregolazione della vergogna. *Quaderni di Psicoterapia Cognitiva*, 51(2), 72–90. <https://doi.org/10.3280/qpc51-2022oa15182>
- Moss, E., Cyr, C., & Dubois-Comtois, K. (2004). Attachment at early school age and developmental risk: Examining family contexts and behavior problems of controlling-caregiving, controlling-punitive, and behaviorally disorganized children. *Developmental Psychology*, 40(4), 519–532.
- Onofri, A., & Tombolini, L. (2006). Pensare la mente: EMDR e psicoterapia cognitivo evolutivista. In M. Balbo (Ed.), *EMDR: Uno strumento di dialogo fra le psicoterapie* (pp. 249–276). McGraw-Hill.
- Pancheri, L., & Monticelli, F. (2017). Le perversioni sessuali tra psicoanalisi e teoria evolutivista della motivazione. In G. Liotti, G. Fassone, & F. Monticelli (Eds.), *L'evoluzione delle emozioni e dei sistemi motivazionali*. Raffaello Cortina.
- Porges, S. W. (2014). *La teoria polivagale: Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Giovanni Fioriti.
- Schore, A. N. (2009). Attachment trauma and developing right brain: Origin of pathological dissociation. In J. A. P. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and dissociative disorders: DSM-V and beyond*. Routledge.
- Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press.
- van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2011). *Fantasmî nel sè* (Tr. it.). Raffaello Cortina. (Original work published 2006)
- Van der Kolk, B. A. (2005). Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401–408. <https://doi.org/10.3928/00485713-20050501-06>
- Van der Kolk, B. A. (2015). *Il corpo accusa il colpo: Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche* (Tr. it.). Raffaello Cortina. (Original work published 2014).