

LA DIMENSIONE DISSOCIATIVA: APPLICAZIONE DELL'EMDR IN UN PAZIENTE DOC

Loredana Musella

Centro clinico EMDR Milano

Corrispondenza

Loredana Musella

E-mail: loredana.musella@hotmail.it

Riassunto

Nel presente articolo l'Autrice mette in evidenza come il lavoro di integrazione CBT ed EMDR abbia favorito il recupero di memorie traumatiche dissociate relative alla storia familiare del paziente e che hanno rappresentato l'origine della vulnerabilità storica della sintomatologia DOC. La condivisione del razionale del disturbo secondo il protocollo di trattamento di Mancini (2016) nella fase iniziale del piano di lavoro, ha favorito una maggiore consapevolezza sulla natura del proprio disturbo favorendo migliore adesione al trattamento. L'intervento ha seguito le linee guida del Modello in tre fasi: 1) Stabilizzazione del paziente e lavoro sul sintomo; 2) Elaborazione dei traumi relazionali e complessi alla base della sintomatologia dissociativa; 3) Integrazione e sviluppo post-traumatico. L'utilizzo, inoltre, delle Esposizioni secondo la tecnica di Esposizione con Prevenzione della Risposta (E-RP) come Risorsa secondo il modello di Installazione delle Risorse EMDR, ha aumentato nel paziente il senso di autoefficacia e la motivazione al trattamento evitandone il drop-out.

Parole chiave: dissociazione, disturbo ossessivo-compulsivo, EMDR, ricordo generatore, vulnerabilità storica

DISSOCIATIVE DIMENSION: APPLICATION OF EMDR IN AN OCD PATIENT

Abstract

In this article, the author highlights how CBT and EMDR integration work favored the recovery of dissociated traumatic memories related to the patient's family history and which represented the origin of the historical vulnerability of OCD symptomatology. The sharing of the rationale of the disorder according to Mancini's (2016) treatment protocol in the initial phase of treatment, fostered a greater awareness of the nature of one's disorder and favored better adherence to treatment.

The intervention followed the Model's Guidelines in three phases: 1) Stabilization of the patient and work on the symptom; 2) Elaboration of relational and complex traumas underlying dissociative symptomatology;

3) Integration and post-traumatic development. Moreover, to use of Exposure with Response Prevention (ERP) as a Resource according to the EMDR Resource Installation model increased the patient's sense of self-efficacy and motivation to treatment, avoiding drop-out.

Key words: dissociation, obsessive-compulsive disorder, generator memory, historical vulnerability

DOI: 10.36131/COGNCL20240103

RICEVUTO IL 22 FEBBRAIO 2024, ACCETTATO IL 2 AGOSTO 2024

Introduzione

Il modello terapeutico che negli ultimi anni ha dimostrato grande efficacia nel trattamento dei disturbi legati a stress e traumatizzazione è rappresentato dall'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) sviluppato negli anni 80 dalla psicologa Francine Shapiro (2004).

Studi clinici internazionali controllati e randomizzati (RCT, Randomized Controlled Trial) ne hanno decretato l'efficacia evidenziando come il miglioramento in molti disturbi psichici sia dovuto al processamento dei ricordi precoci disturbanti attraverso la loro identificazione, desensibilizzazione e rielaborazione (Bisson et al., 2007; Landin-Romero et al., 2018; van den Hout et al., 2013).

Questo approccio ponendo il focus sui primi ricordi relativi ad esperienze disfunzionali attraverso la stimolazione bilaterale oculare, ma anche tattile o uditiva (Petrilli, D. 2014) ne favorisce la desensibilizzazione e la rielaborazione grazie all'attivazione del sistema di elaborazione adattiva dell'informazione AIP (Shapiro, 2019).

Le linee guida cliniche di molte Organizzazioni hanno decretato l'EMDR come trattamento basato su prove scientifiche (Shapiro & Maxfield, 2019).

Quando l'esperienza traumatica è troppo impattante e precoce, diviene impossibile immagazzinare e integrare questi eventi nelle reti mnestiche favorendo la comparsa di sintomi dissociativi della coscienza (Liotti & Farina, 2011, 2013). Le esperienze traumatiche precoci possono significativamente compromettere le funzioni integrative delle attività psichiche poiché " la dissociazione rappresenta la manifestazione di una sottile disorganizzazione del funzionamento cerebrale generata dall'effetto dirompente delle emozioni associate con l'evento traumatico" (Meares, 1999) e il sintomo manifestato dal paziente rappresenta il tentativo di far fronte proprio a queste esperienze di vita troppo impattanti e immagazzinate in maniera disfunzionale. Pertanto, possiamo supporre il ruolo che abbiano i sintomi dissociativi in qualsiasi inquadramento clinico. I processi patogenetici dissociativi infatti potrebbero essere presenti in tutte le categorie diagnostiche (ISTSS, 2005) determinando un aggravamento della sintomatologia del paziente.

La presenza di manifestazioni dissociative (Janet, 2016) influenza molto negativamente la prognosi di molti disturbi ed è per tale motivo che si rende necessario alla luce di queste conoscenze, un tipo di intervento appropriato e personalizzato quindi Integrato, per ogni caso clinico così come proposto dall'Autrice (Musella, 2022).

Gli eventi di vita avversi rivestono un ruolo centrale nella genesi e nel mantenimento di innumerevoli disturbi psichici e anche nel DOC (American Psychiatric Association [APA], 2013) circa l'80% dei pazienti riferisce immagini che attengono a ricordi traumatici a lutti o situazioni stressanti (De Silva & Marks, 1999).

Difatti nel caso presentato in questo articolo la sintomatologia DOC (Marr, 2012; Marsden, 2016) manifestata dal paziente è apparsa al clinico sin dalle prime fasi della concettualizzazione, correlata ad un grave sviluppo traumatico (Herman, 1992; Van der Kolk et al., 1996). La narrativa del paziente seppur ricca di eventi era priva di contenuti episodici "non ricordo molto, non so dov'ero, ho come un vuoto di memoria, lo so perché me lo hanno riferito ma non ricordo nulla". L'eloquio era scarso e le esperienze di vita avverse emerse, risultavano non integrate nelle reti mnestiche.

Sul piano della relazione L. appariva diffidente, in controllo e sospettoso (Bara, 2018; Duca, 2012).

A differenza degli animali negli esseri umani, l'esperienza estrema viene immagazzinata nella memoria implicita (Liotti, 1993) ma scollegata dall'esperienza stessa a causa della disconnessione tra l'amigdala mediatore delle emozioni e l'ippocampo deputato alla elaborazione dei ricordi. La "traccia, quindi, è scollegata dall'esperienza e si fissa nel corpo. E proprio per le conseguenze neurofisiologiche che l'esperienza traumatica determina sulle strutture cerebrali che l'esperienza stessa diviene inenarrabile (Van der Kolk, 2002).

Questa mancata integrazione rappresenta il prodromo per la comparsa dei sintomi dissociativi e la strategia dissociativa di evitamento fobico in risposta a determinati stimoli diviene essenziale per evitare l'attivazione di emozioni/stati mentali che il paziente non sarebbe in grado di regolare (Mosquera, 2022).

La personalità dei pazienti affetti da trauma complesso infatti appare come suddivisa in stati di personalità tra loro differenti e non comunicanti, alcuni cristallizzati nell'esperienza traumatica, altri fobici nei confronti dell'esperienza stessa (Mosquera & Gonzalez, 2016).

Nella descrizione del caso in questo articolo vedremo come condividendo il razionale del disturbo DOC e utilizzando come target le immagini degli eventi del presente relative al sintomo (riunioni importanti in cui compare il pensiero di stringere gli occhi) sia stato possibile attraverso continui float back recuperare il ricordo nodale e la vulnerabilità storica del paziente (Bohm & Voderholzer, 2010). Eventi a cui Luca non aveva accesso perché la dissociazione rappresentando la perdita della capacità della mente di integrare alcune sue funzioni superiori, favorisce la comparsa di sintomi da compartimentazione. Tale modalità rappresenta la diretta conseguenza dello sviluppo traumatico poiché altera significativamente la struttura della personalità dell'individuo (Liotti & Farina, 2011). Per tale motivo i fenomeni da compartimentazione vengono definiti "dissociazione strutturale della personalità" (Van der Hart et al., 2011) e si riferiscono alla segregazione di funzioni integrate come la memoria o l'immagine corporea. I fenomeni di compartimentazione sono caratterizzati da manifestazioni cliniche quali l'amnesia dissociativa.

Nel caso di Luca l'esperienza precoce ed estrema (tentativi di suicidio e suicidio della madre) non ha potuto collocarsi nel sistema ordinario di memorie e non ha potuto integrarsi con altre informazioni e significati di cui disponeva, impedendo quindi una registrazione unitaria dell'esperienza e favorendo una scomposizione degli eventi traumatici nelle diverse componenti (somatica, sensoriale, cognitiva ed emotiva).

Infatti, la Prima Valutazione di Luca secondo il modello di Mancini (2016), così come vedremo nel dettaglio del piano di trattamento, è strettamente correlata all'esperienza traumatica generatrice vissuta nel passato e rimasta completamente dissociata dalla coscienza e pertanto non integrata e correlata alla sintomatologia DOC. L'episodio si riferisce al secondo tentativo di suicidio della madre quando Luca aveva 8 anni.

Dei 3 tentativi di suicidio Luca ne ricorda due solo con immagini sensoriali "il rumore dei passi di mio padre che corre, le urla dei vicini", del secondo nulla, "non c'ero".

Come precedentemente affermato, il trauma essendo prima di tutto un'esperienza sensoriale, si ripercuote in maniera significativa nel corpo (Levine, 2014) determinando la secrezione di cortisolo che non solo fissa il ricordo nella memoria ma soprattutto stabilisce il modo in cui verrà immagazzinato nelle reti mnestiche.

Sappiamo infatti che il nostro sistema Sistema Nervoso Autonomo attraverso i sensi valuta continuamente i rischi che minano la sicurezza attraverso una continua analisi delle informazioni provenienti dall'esterno. L'alternanza del funzionamento tra SN simpatico e parasimpatico assicura una condizione ottimale di salute fisica ed emozionale. Attraverso la Neurocezione

(Porges, 2001, 2014) i nostri circuiti neuronali rendono possibile la percezione di persone e situazioni come sicure o pericolose. E a secondo della criticità del contesto si attiva uno dei tre circuiti di difesa preposto: il circuito VV Ventro Vagale più evoluto che ci consente di chiedere aiuto, il Simpatico più immediato e con strategie di attacco-fuga, e il circuito DV Dorso Vagale ramo non mielinizzato del nervo vago che entra in azione come risorsa estrema quando ci si percepisce in pericolo di sopravvivenza o in situazioni estreme in cui si è completamente impotenti, e che causa immobilizzazione e morte apparente. A questa strategia sono associate emozioni di vergogna, disgusto, colpa (Porges, 2014). Emozioni queste che Luca prova quando compare il pensiero ossessivo e che ha provato nel ricordo nodale.

Come vedremo infatti nella storia familiare di Luca emergono 3 tentativi e poi il suicidio della madre. Uno dei tentativi, il più cruento, completamente dissociato, è stato possibile recuperarlo grazie all'utilizzo come Target, delle sensazioni fisiche (irrigidimento corporeo, contrazione degli occhi, sensazione di disgusto) e alla tecnica del Float back di un ricordo riferito alla situazione in cui per la prima volta era comparso il pensiero ossessivo (SUD 10) e abbinato alla cognizione negativa su di sé "sono colpevole".

Partire dalle sensazioni somatiche e dalle emozioni rintracciando nelle reti mnestiche gli episodi del passato in cui per la prima volta ha sperimentato quella determinata sensazione disturbante, ha condotto infatti all'individuazione del Target nucleare di quando Luca aveva 8 anni "io che stringo gli occhi" con CN è colpa mia e a emozione di disgusto.

"Il tema condiviso nei disturbi dissociativi è la perdita parziale o completa della normale integrazione tra ricordi del passato, la consapevolezza dell'identità, delle sensazioni e del controllo dei movimenti corporei" (Organizzazione Mondiale della Sanità [WHO], 2013).

Caso clinico

Luca ha 42 anni, sposato e con 1 figlio, è ossessionato dal pensiero che possa tornargli il tic di cui ha sofferto quando aveva quasi 9 anni ovvero stringere contemporaneamente gli occhi e arricciare il naso. Una smorfia simile all'espressione di disgusto. Nonostante siano passati più di 33 anni durante i quali il tic non è più comparso, Luca negli ultimi tempi è ossessionato dal pensiero che possa ritornare.

Da quando infatti ha avuto un importantissimo riconoscimento lavorativo, ogni qualvolta deve interfacciarsi con il suo Team è terrorizzato dall'idea che gli ricompaia "tutti vedrebbero che non riesco a controllarlo, che sono ridicolo, disgustoso. Proverebbero pena per me, chi potrebbe affidarsi a uno che non si controlla? È solo colpa mia".

L'ipotesi di essere responsabile di una colpa pervade la mente di Luca che ritiene questa condizione inaccettabile.

Il pensiero ossessivo è accompagnato da intensa ansia, colpa, vergogna, disgusto ed è seguita da ruminazione e continui check alla ricerca di prove che nessuno dei suoi collaboratori si accorga di eventuali piccole contrazioni della sua muscolatura facciale, o che nessuno si scambi sguardi d'intesa riferiti a espressioni strane sul suo volto.

Alle ruminazioni si accompagnano continui controlli allo specchio per verificare se l'espressione del viso è rilassata o meno e se compaiono anche micro-contrazioni.

Luca infatti riferisce di avere una profonda sensazione che qualcosa non sia come dovrebbe essere "mentre parlavo con il mio collega ho avuto la sensazione che il mio viso non fosse a posto". Tale senso interno di imperfezione NJRE ovvero Not Just Right Experience, si manifesta soprattutto quando è di fronte a qualche collega e attiva la necessità di andare a controllare

davanti allo specchio se i capelli sono in ordine in un certo modo, o se le sopracciglia sono simmetriche.

Il ruolo del NJRE sta assumendo per Luca un'importanza sempre più significativa, ritenendo che non essere a posto equivalga ad essere una persona imperfetta e quindi inaccettabile.

Negli ultimi tempi le operazioni di controllo e assicurazione stanno occupando sempre più tempo e in alcune circostanze Luca ha evitato di partecipare ad alcuni importanti meeting lavorativi.

In merito alla storia di vita, i ricordi sono scarsi privi di connotazione emotiva, le figure genitoriali sono descritte con distacco "mia madre depressa, sola, bellissima. Mio padre anaffettivo, critico, svalutante, gran lavoratore, a 18 anni mi ha spedito a studiare negli Stati Uniti. È stata la mia salvezza".

La madre di Luca era affetta da Depressione Maggiore ed è morta suicida gettandosi dal quarto piano quando Luca aveva 20 anni ed era a studiare all'estero. Prima di questo evento vi erano stati 3 tentativi di suicidio che Luca dice di non ricordare "ero piccolo, il primo e il terzo ho come sensazioni uditive tipo mio padre che corre, la governante che urla, del secondo niente, assolutamente niente. Non voglio parlare del mio passato. Mi aiuti sul sintomo".

La morte della madre la vive con un profondo senso di colpa per non esserci stato, per non aver capito fino a quel momento la gravità della malattia. Non partecipò nemmeno al funerale perché il padre gli impedì di tornare temendo che avrebbe interrotto il suo percorso di studi all'estero "fu crudele, ma forse è stato meglio così. Non so se sarei ripartito. Mi sentivo profondamente in colpa per non essere stato più attento alla sofferenza di mia madre". Solo in merito al periodo dei Tic comparsi a circa 9 anni e durati circa un anno, emergono emozioni di tristezza e vergogna. "Non ne avevo alcun controllo e mi sentivo responsabile dell'imbarazzo che vedevo in mio padre che mi ridicolizzava insieme ai miei cugini. Mi facevo schifo".

Da quanto emerge dalla concettualizzazione del caso, pertanto, si evince come la finalità scopo della compulsione della sintomatologia ossessiva finalizzata alla gestione dell'attivazione emotiva di colpa, vergogna, disgusto sia coerente con la cognizione negativa su di sé del sono disgustoso, colpevole, delle prime esperienze traumatiche vissute nell'infanzia.

Tali esperienze hanno avuto un peso enorme nella strutturazione della personalità pre-morbosa del paziente. La consapevolezza di non riuscire a far fronte ai propri comportamenti ritenuti dallo stesso bizzarri e la sensazione di non averne alcun controllo ne aumenta l'angoscia favorendo un profondo conflitto tra una parte di sé consapevole dell'irrazionalità delle strategie messe in atto e una parte che non riesce a fare a meno delle azioni compulsive come in una sorta di alienazione del sé (Knipe, 2007). Questa frammentazione ha uno scopo protettivo perché separa parti troppo doloranti e profondamente ferite e ferme al tempo del trauma e parti protettive che svolgono il ruolo difensivo in vario modo: dissociazione dell'esperienza dolorosa, ipercontrollo, aggressività etero e autodiretta.

Aver condiviso con Luca anche questo aspetto gli ha fornito la possibilità di comprendere meglio e dare senso e significato a questo profondo dilemma facilitando un maggiore dialogo interno (Fisher, 2017) e una maggiore compassione anche per quelle parti ancora in balia del sintomo (Fisher, 2000). Ha inoltre fatto comprendere come le strategie controllanti fossero l'espressione del tentativo di preservare le funzioni riflessive dalla dissociazione.

Partendo dal disturbo, in ordine cronologico e secondo la linea del tempo, sono stati individuati tutti gli eventi, i ricordi che hanno avuto un ruolo nell'evoluzione della psicopatologia di Luca e che hanno rappresentato i Target del piano di lavoro: traumi T e traumi dell'attaccamento (Marsden, 2016; Marr, 2012).

Durante l'elaborazione di un target relativo al momento peggiore in cui ha pensato alla sua faccia deformata dal tic e alla cognizione negativa "sono colpevole" con emozione di profondo disgusto, sono emersi dei flashback relativi all'immagine della pozza di sangue "gelatinosa" a terra sotto al braccio di sua madre che sporge fuori dalla vasca.

Era rimasto impietrito, immobile, riuscendo solo a stringere fortissimo gli occhi in un'espressione di profondo disgusto.

Era questo il ricordo inaccessibile, inintegrabile, inenarrabile e relativo al secondo tentativo di suicidio della madre. Dissociandosi, la sua mente in quel momento lo aveva protetto dal nulla.

Piano di trattamento integrato

Data la complessità del caso il piano di trattamento ha seguito le linee guida dell'intervento in 3 Fasi (Van der Hart et al., 1989) porgendo molta attenzione alla relazione terapeutica (Dworkin, 2005).

Questo modello per stadi consente in una Prima Fase di Trattamento, di lavorare sulla relazione terapeutica, sulla stabilizzazione del paziente per consentire la gestione di emozioni troppo veementi, sulla psico-educazione, sul lavoro sugli stati di personalità per capirne ruolo e funzione, e sulla riduzione del sintomo (Van der Hart et al., 2013).

Condividere nella Prima Fase il rationale del disturbo secondo il Modello Mancini (2016) con un paziente così complesso ha favorito una maggiore stabilizzazione e un primo collegamento soprattutto cognitivo tra gli eventi di vita avversi del passato e insorgenza del sintomo in una condizione di maggiore sicurezza e rappresentando il prodromo per il successivo lavoro sui target dei numerosi e complessi ricordi traumatici del passato.

In questa fase oltre al lavoro sul rationale del disturbo, il clinico ha associato la rielaborazione dei target in cui il pensiero ossessivo si manifestava seguendo l'ordine cronologico e l'intensità delle emozioni valutate con il SUD secondo il protocollo standard EMDR (Luber, 2015) e stabilendo con il paziente secondo la tecnica di Esposizione con Prevenzione della Risposta E-RP, la gerarchia per le esposizioni da installare come Risorse secondo il protocollo di Installazione delle risorse EMDR.

L'EMDR assume come target le ossessioni mentre l'E-RP viene eseguito sulle compulsioni. Entrambi gli approcci utilizzano la desensibilizzazione, entrambi organizzano gli stimoli dolorosi in modo gerarchico ma in ordine inverso. L'EMDR difatti parte dall'immagine peggiore mentre i trattamenti comportamentali standard cominciano solitamente con l'esposizione a situazioni moderatamente angoscianti e solo successivamente a condizioni che elicitano maggiore ansia. Per organizzare correttamente la gerarchia d'intervento, in entrambi i casi si chiede il SUD.

Utilizzare le Esposizioni come Risorse ha favorito una maggiore motivazione al trattamento e scongiurato eventuali drop-out.

Raggiunto un miglioramento sintomatologico si è passati alla seconda fase ovvero al lavoro sui target relativi alla vulnerabilità storica del paziente e riguardanti sia traumi T sia i traumi dell'attaccamento.

In questa fase intermedia il lavoro ha riguardato i ricordi relativi alle esperienze traumatiche con l'obiettivo non solo di desensibilizzare gli eventi dolorosi ma soprattutto di rielaborarli in maniera più adattiva e funzionale riformulando la convinzione su di sé connessa all'evento stesso. L'avvenuta rielaborazione, infatti, deve poter essere riformulata con una cognizione positiva risolutiva rispetto all'iniziale cognizione negativa espressa per poter poi porre le prime basi per l'integrazione.

La terza fase infine ha avuto come obiettivo la progressiva integrazione delle funzioni mentali dissociate e lo sviluppo delle capacità relazionali, di cura di sé, e di crescita personale

dell'individuo. In tal senso è solo grazie alla possibilità di dare un significato unitario e coerente all'esperienza traumatica che si è reso possibile la sua collocazione nelle reti mnestiche di Luca favorendo una registrazione unitaria dell'esperienza.

L'obiettivo terapeutico, pertanto, è stato orientato al conseguimento della reintegrazione della personalità minata dalle esperienze traumatiche attraverso il raggiungimento del livello base di sintesi e differenziazione prima, e della personificazione e presentificazione poi (van der Hart et al., 1989, 2011, 2013).

Il modello seppur orientato per fasi segue un andamento non rigido quanto piuttosto circolare a secondo della complessità del caso.

Conclusioni

L'osservazione clinica e i dati provenienti da ormai svariate ricerche confermano che le esperienze di vita avverse (Felitti, 2009) durante l'infanzia determinano una significativa vulnerabilità psicopatologica determinata dai processi patogenetici dissociativi (Liotti & Farina, 2013). Detti sintomi dissociativi presenti in molte categorie diagnostiche determinano prognosi negative e resistenza alla terapia.

Diviene quindi fondamentale e necessario per il clinico avere una conoscenza approfondita ed efficace sia sul trauma rispetto al quale, l'approccio EMDR è stato riconosciuto elettivo, sia sugli aspetti dissociativi così da poter affrontare in maniera proficua la dimensione traumatico-dissociativa del paziente.

Come nel caso presentato infatti, la complessità dello stesso, ha richiesto un intervento integrato e personalizzato che ha tenuto conto dei diversi livelli di compromissione e della necessità di approcciarsi al quadro psicopatologico tenendo conto di più metodologie d'intervento.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2013). *The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. APA. Trad. it.: *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Raffaello Cortina, Milano, 2014.
- Bara, B. G. (2018). *Il terapeuta relazionale*. Raffaello Cortina.
- Bisson, J. I., Ehlers, A., Matthews, R., Pilling, S., Richards, D., & Turner, S. (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry*, 190(1), 97–104. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.021402>
- Bohm, K., & Voderholzer, U. (2010). Use of EMDR in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A case series. *Verhaltenstherapie*, 20(3), 175-181.
- De Silva, P., & Marks, M. (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 37(9), 941–951. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00185-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00185-5)
- Duca, N. (2012). Aspetti relazionali nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo: La relazione terapeutica con il paziente ossessivo. *Cognitivismo Clinico*, 9(1), 74–86.
- Dworkin, M. (2005). *EMDR and the relational imperative: The therapeutic relationship in EMDR treatment*. Routledge. Trad. it.: *La relazione terapeutica nel trattamento EMDR*. Raffaello Cortina Editore, 2010.
- Felitti, V. J. (2009). Adverse childhood experiences and adult health. *Academic Pediatrics*, 9(3), 131–132.
- Fisher, J. (2000). Adapting EMDR techniques in the treatment of dysregulated or dissociative patients. Paper presented at the International Society for Study of Dissociation Annual Meeting, San Antonio, TX.
- Fisher, J. (2017). *Guarire la frammentazione del sé*. Raffaello Cortina.
- Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. Basic Books.
- International Society for the Study of Dissociation. (2005). Guidelines for the treatment of dissociative identity disorder in adults. *Journal of Trauma and Dissociation*, 6(1), 69–149.

- Janet, P. (2016). *Trauma, coscienza, personalità: Scritti clinici*. Raffaello Cortina.
- Knipe, J. (2007). Loving eyes: Procedures to therapeutically reverse dissociative processes while preserving emotional safety. In C. Forgas & M. Copeley (Eds.), *Healing the heart of trauma*. Springer.
- Landin-Romero, R., Moreno-Alcazar, A., Pagani, M., & Amman, B. L. (2018). How does Eye Movement Desensitization and Reprocessing therapy work? A systematic review on suggested mechanisms of action. *Frontiers in Psychology*, 9, 1395. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01395>
- Levine, P. (2014). *Somatic experiencing: Esperienze somatiche nella risoluzione del trauma*. Astrolabio.
- Liotti, G. (1993). *Le discontinuità della coscienza: Etiologia, diagnosi e psicoterapia dei disturbi dissociativi*. Franco Angeli.
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici: Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Raffaello Cortina.
- Liotti, G., & Farina, B. (2013). Does a dissociative psychopathological dimension exist? A review on dissociative processes and symptoms in developmental trauma spectrum disorders. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*, 10(1), 11–18.
- Luber, M. (2015). *I protocolli terapeutici dell'EMDR: Condizioni di base e specifiche*. Giovanni Fioriti Editore.
- Mancini, F., et al. (2006). Il disagio dei pazienti ossessivi di fronte a espressioni facciali di rabbia e disgusto: Risultati di un'indagine preliminare. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 12(1), 197–201.
- Mancini, F. (2016). *La mente ossessiva: Curare il disturbo ossessivo-compulsivo*. Raffaello Cortina Editore.
- Marsden, Z. (2016). EMDR treatment of obsessive-compulsive disorder: Three cases. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10(2), 91–103. <https://doi.org/10.18991/1933-3196.10.2.91>
- Marr, J. (2012). EMDR treatment of obsessive-compulsive disorder: Preliminary research. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(1), 2–15. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.6.1.2>
- Meares, R. (1999). The contribution of Hughlings Jackson to an understanding of dissociation. *American Journal of Psychiatry*, 156(12), 1850–1855.
- Mosquera, D. (2022). *Voci e parti dissociative*. Raffaello Cortina Editore.
- Mosquera, D., & Gonzalez, A. (2016). *EMDR e dissociazione: L'approccio progressivo*. Giovanni Fioriti Editore.
- Musella, L. (2022). *Evoluzione dell'EMDR: Da tecnica ad approccio integrato ed integrabile*. Hogrefe.
- Petrilli, D. (2014). *EMDR: Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari*. Franco Angeli.
- Porges, S. (2001). The polyvagal theory: Phylogenetic substrates of a social nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 42(2), 123–146.
- Porges, S. (2014). *La teoria polivagale: Fondamenti neurofisiologici delle emozioni, dell'attaccamento, della comunicazione e dell'autoregolazione*. Giovanni Fioriti Editore.
- Shapiro, F. (2019). *EMDR: Il manuale: Principi fondamentali, protocolli e procedure*. Raffaello Cortina.
- Shapiro, F. (2004). *Lasciare il passato nel passato: Tecniche di auto-aiuto nell'EMDR*. Astrolabio.
- Shapiro, F., & Maxfield, L. (2019). The efficacy of EMDR early interventions. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(4), 291–301.
- Van den Hout, M. A., Bartelski, N., & Engelhard, I. M. (2013). On EMDR: Eye movements during retrieval reduce subjective vividness and objective memory accessibility during future recall. *Cognition & Emotion*, 27(1), 177–183. <https://doi.org/10.1080/02699931.2012.691087>
- Van der Hart, O., Brown, P., & Van der Kolk, B. A. (1989). Pierre Janet's psychological treatment of posttraumatic stress. *Journal of Traumatic Stress*, 2(3), 379–395.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2011). *Fantasma del sé: Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Raffaello Cortina Editore.
- Van der Hart, O., Steele, K., & Boon, S. (2013). *La dissociazione traumatica: Comprenderla e affrontarla*. Mimesis.
- Van der Kolk, B. A. (2002). *Il corpo accusa il colpo: Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche*. Raffaello Cortina Editore.
- Van der Kolk, B. A., Herman, J. L., et al. (1996). Dissociation, somatization, and affect dysregulation: The complexity of adaptation to trauma. *American Journal of Psychiatry*, 153(1), 83–93.
- World Health Organization. (2013). *Guidelines for the management of conditions specifically related to stress*. World Health Organization.