



Università degli Studi G. D'Annunzio Chieti – Pescara

**Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica
e della Salute**

“Dipartimento di Scienze Psicologiche, Umanistiche e del Territorio”

***“EMDR: IL TRATTAMENTO DEL TRAUMA E
NUOVE PROSPETTIVE NELL’ABUSO DI
SOSTANZE”***

Candidato:

Floriana Posca

Matricola

3133225

Relatore:

Chiar.mo Prof. G. Martinotti

Correlatore:

Chiar.mo Prof. M. Di Giannantonio

Anno accademico 2012/2013

*...alla mia famiglia e
a Voi che dal cielo vegliate su di me...*

INDICE

INTRODUZIONE	3
<u>CAPITOLO 1: IL TRATTAMENTO EMDR</u>	6
1.1 La ricerca: background e panoramica	8
1.2 Le otto fasi del trattamento EMDR	10
1.3 Trauma ed elaborazione di esso attraverso i ricordi e la memoria	15
1.4 Disturbo post traumatico da stress correlato alla dipendenza da sostanze	22
<u>CAPITOLO 2: LE PRINCIPALI TOSSICODIPENDENZE</u>	31
2.1 Sostanza, persona e ambiente	42
2.2 Neurobiologia dell'uso di sostanze e natura intima del disturbo	45
2.3 La corporeità nel tossicomane	47
<u>CAPITOLO 3: L'EMDR NEI PERCORSI TERAPEUTICI E RIABILITATIVI DI PAZIENTI ABUSTATORI O DIPENDENTI DA SOSTANZE</u>	
STUPEFACENTI	51
3.1 Studi internazionali	58
3.1.1 Il caso clinico di John	59
3.2 Studi effettuati in Italia	67
3.2.1 Il caso clinico di A	70
3.2.2 Il caso clinico di B	75
CONCLUSIONI	80
BIBLIOGRAFIA	85
SITOGRAFIA	90
RINGRAZIAMENTI	91

INTRODUZIONE

Lo scopo di tale lavoro di tesi è dimostrare come l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing - Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari) possa risultare un trattamento efficace e in tempi rapidi per pazienti abusatori o dipendenti da sostanze psicoattive, come cocaina, eroina, alcool, ecc. Tali comportamenti disfunzionali sono spesso associati a traumi irrisolti radicati nel passato. Vivere un evento "traumatico" ostacola l'equilibrio eccitatorio/inibitorio, necessario per l'elaborazione dell'informazione. Ciò provocherà il "congelamento" dell'informazione nella sua forma ansiogena originale, nello stesso modo in cui è stata vissuta. Questa informazione "congelata" e racchiusa nelle reti neurali, non può essere elaborata e quindi continua a indurre patologie come il disturbo post traumatico da stress (PTSD) e altri disturbi psicologici. L'EMDR utilizza i movimenti oculari o altre forme di stimolazione alternata destro/sinistra, come il *tapping* (tamburellamenti sulle gambe, spalle, braccia), per ristabilire l'equilibrio eccitatorio/inibitorio, provocando così una migliore comunicazione tra gli emisferi cerebrali. Il trattamento EMDR si basa su un processo neurofisiologico naturale, legato all'elaborazione accelerata dell'informazione. La dottoressa Francine Shapiro è stata l'ideatrice e la divulgatrice dell'EMDR, ad oggi sono numerosissimi i medici e gli psicoterapeuti in tutto il mondo, che adottano il metodo per trattare il vasto campo delle patologie psichiatriche.

Nel 1995 il Dipartimento di Psicologia Clinica dell'*American Psychological Association* ha condotto una ricerca per definire il grado di efficacia di questo metodo terapeutico e le conclusioni sono state che l'EMDR risulta estremamente efficace nel trattamento del Disturbo Post Traumatico da Stress e ne possa rappresentare il *gold standard*. Nella tesi saranno elaborati i concetti su menzionati. Nel *primo capitolo* sarà esposta l'origine del metodo EMDR e i concetti teorici alla base del trattamento. Si citeranno alcune ricerche (background e panoramica) ad opera di studiosi, come la già menzionata Francine Shapiro, Siegel, Wilson, Becker e Tinker e molti altri, i quali hanno contribuito a diffondere le loro rivelazioni sull'EMDR in campo neurologico e psicologico. La descrizione delle 8 fasi del trattamento EMDR sarà necessaria per comprendere il protocollo standard.

Esso deve essere accuratamente eseguito, affinché si raggiunga una risoluzione favorevole della patologia trattata, con l'obiettivo di rendere la vita del paziente più gestibile e serena. Per approfondire l'efficacia del metodo verrà esposto il concetto di trauma e le psicopatologie scaturite da esso. Il disturbo post-traumatico da stress, appunto, la Dissociazione Strutturale della Personalità (DSP) o il disturbo post-traumatico da stress complesso, porterebbero il più delle volte a comportamenti autodistruttivi, come la dipendenza dalla droga. Tali comportamenti, a loro volta, darebbero origine a nuovi e più recenti traumi.

Nel *secondo capitolo* della tesi si evidenzierà il concetto di dipendenza e quello di abuso da sostanze stupefacenti secondo i criteri del DSM IV-TR, partendo dalla definizione dell' Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). In seguito verranno elencate le principali tossicodipendenze, come quella da eroina e/o da cocaina, incluse da Lewin nella categoria denominata *euphorica*. Lo studioso inserirà, nella sua classificazione delle sostanze psicoattive, anche il THC (tetraidrocannabinolo) e l'LSD (dietilamide dell'acido lisergico) sotto la categoria dal nome *phantastica*, proseguendo con altre categorie, come quelle *inebrianti*, *hipnotica*, *l'excitantia*, comprendenti al loro interno diverse tipologie di sostanze psicoattive.

Successivamente un breve accenno sull'eziopatogenesi generale sarà rivolto alle interpretazioni patogenetiche delle tossicodipendenze ovvero: psicoanalitiche, fenomenologiche, sociali. L'argomento basato sulla tossicodipendenza verrà approfondito rilevando le problematiche sottostanti la dipendenza. Ciò potrebbe essere dovuto a influenze ambientali negative e disfunzionali, oppure a caratteristiche di personalità complesse o legate a problematiche familiari. Gilberti e Rossi ed altri studiosi delle patologie psichiatriche hanno offerto il loro contributo riguardo la neurobiologia delle sostanze psicoattive nel Sistema Nervoso Centrale (SNC), ovvero di come alcune sostanze stupefacenti agiscano nel nostro cervello determinando, così, la dipendenza chimica che potrebbe sfociare in crisi d'astinenza o nel peggiore dei casi in over dose (OD). Fondamentali per comprendere la dipendenza psicologica saranno i concetti di *craving* e *drug-seeking-behavior*, tutti atteggiamenti disfunzionali potenzialmente bersaglio rapido dell' EMDR. Per concludere il secondo capitolo della tesi, verrà esposto l'aspetto fenomenologico del corpo nel tossicomane. Una breve esposizione riguardo

la fenomenologia di Husserl, con cenni sul *Körper* e il *Leib*, e di come le due istanze siano discordanti nella corporeità del dipendente da sostanze tossiche. Nel **terzo capitolo**, la parte conclusiva della tesi, verranno descritti alcuni interessanti casi clinici: il caso clinico di A., il caso clinico di B., e il caso clinico di John. Tutti pazienti con doppia diagnosi, in altre parole comorbidità tra comportamenti tossicomani e disturbo post traumatico da stress. Tali soggetti si sono offerti di partecipare a ricerche aventi l'obiettivo di verificare l'efficacia dell'EMDR nel trattamento della dipendenza da sostanze. Grazie alla descrizione della vita di ogni paziente, delle varie sedute EMDR e ai miglioramenti celeri ed evidenti durante il percorso terapeutico, si potrà comprendere come tale metodo possa essere estremamente efficace.

Il vissuto in comune dei soggetti, presi ad esempio nella tesi, è colmo di sofferenza radicata nel passato e inevitabilmente nel presente, "*ferite dell'anima*¹" difficilmente guaribili, le quali potranno essere rimarginate solo attraverso l'uso e l'abuso continuo della droga. La difficoltà nel far emergere i dolorosissimi ricordi è tangibile, ma l'EMDR darà il suo contributo decisivo nel trattamento della dipendenza, attraverso un protocollo adattato specificatamente per la terapia delle tossicodipendenze. Saranno proprio gli stessi pazienti all'analisi qualitativa a rendersi conto del loro beneficio clinico e del netto miglioramento della qualità di vita. I casi clinici esposti sono stati estratti da ricerche effettuate in vari centri EMDR italiani ed internazionali .

¹ Fernandez I, Maslovaric G, Veniero Galvagni M. *Traumi psicologici, ferite dell'anima. Il contributo della terapia con EMDR*. Napoli: Liguori, 2011

CAPITOLO 1

IL TRATTAMENTO EMDR

La scoperta iniziale che ha portato allo sviluppo del metodo EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing - Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari) è avvenuta nel 1987 e l'ideatrice fu Francine Shapiro la quale percorreva quel sentiero già dieci anni prima.

L'EMDR è un approccio terapeutico integrativo e rappresenta un nuovo e importante sviluppo in psicoterapia, poiché offre allo psicoterapeuta una modalità innovativa di comprensione della patologia e di intervento (Francine Shapiro, 2000). Sebbene l'EMDR tragga il suo nome dai movimenti oculari, è essenziale pensarlo come un sistema globale. I movimenti oculari sono solo una parte delle componenti del metodo, parte ancor più importante è che il terapeuta prima di utilizzare il metodo deve stabilire un adeguato rapporto con il paziente, ovvero un'alleanza terapeutica, conoscere la patologia ed utilizzare i vari protocolli correlati ad essa, seguire delle procedure terapeutiche in base alle caratteristiche e al numero di traumi che il paziente ha subito (Francine Shapiro, 2000).

Il metodo nasce come terapia specifica per il trattamento di persone con diagnosi di PTSD (disturbo post traumatico da stress), ma in seguito fu applicato in modo più esteso su altre patologie e disturbi (depressione, disturbi del comportamento alimentare ecc.). L'EMDR è caratterizzato da otto fasi e una delle sue massime peculiarità è la stimolazione bilaterale che si esegue attraverso i movimenti oculari o i tamburellamenti o ancora i toni uditivi alternati destra-sinistra.

La finalità precipua del metodo si sviluppa intorno ai ricordi traumatici conservati nel cervello disfunzionalmente. Attraverso l'EMDR si accede e si affronta il ricordo delle esperienze traumatiche le quali sono state immagazzinate in modo disorganizzato nelle reti mnemoniche e che hanno contribuito alla nascita dei disturbi clinici.

Il metodo va ad incidere in modo chirurgico sulle reti mnemoniche , ed in particolare su quegli eventi disturbanti che compongono le reti stesse, eventi importanti, traumatici

che hanno lasciato “ferite” tanto profonde da incidere sulla vita di relazione, sulla salute mentale e su tutto ciò che l’individuo rappresenta e agisce.

Secondo tale approccio i ricordi disfunzionali sono visti come la base sottostante alla patologia attuale, ossia ciò che riporta il paziente quando va in terapia: disfunzioni attuali o malattie mentali che hanno radici esperienziali di tipo traumatico.

L’EMDR è un approccio psicoterapeutico diverso dagli altri modelli, come ad esempio quello psicodinamico, o quello cognitivo comportamentale, ecc. poiché la sua struttura si fonda sul modello dell’Elaborazione Adattiva dell’Informazione. Tale modello presuppone l’esistenza di un sistema di autoguarigione interno alla persona, capace di elaborare le informazioni fino a portare all’equilibrio del sistema che si trova in uno stato di sbilanciamento, a seguito di un evento traumatico o di un forte stress. La patologia viene considerata come la conservazione di un ricordo disturbante nella sua forma originaria, comprendente, cioè, tutto il carico emozionale di quel dato momento. La struttura del metodo EMDR permette di accedere all’informazione *target*, facilitando il collegamento tra la coscienza ed il punto dove l’informazione è immagazzinata in modo disfunzionale. Stimolando il sistema di elaborazione dell’informazione si crea una dinamicità, così da muovere l’informazione verso una risoluzione adattiva appropriata e positiva. Quest’ultima è trasformata in una forma in cui essa non è più in grado di scatenare risposte disturbanti a livello emotivo, somatico, cognitivo o comportamentale. I ricordi e gli stimoli disturbanti precedenti sono desensibilizzati, mentre le informazioni rese più adeguate e funzionali sono integrate in uno schema positivo, sia sul piano emotivo sia sul piano cognitivo. La desensibilizzazione o riduzione del disturbo, gli insight, i cambiamenti nelle risposte fisiche ed emotive sono la conseguenza della rielaborazione, per cui si passa dal disfunzionale al funzionale e l’elaborazione è vista come l’avanzamento graduale di associazioni adattive tra reti di informazione immagazzinate nel cervello. Il sistema di elaborazione dell’informazione porta i disturbi ad una risoluzione adattiva. L’elaborazione muove il materiale disfunzionale fuori dallo stato di congelamento in modo che la risoluzione adattiva appropriata / positiva abbia luogo, per cui quello che era disfunzionale, è sostituito da materiale funzionale, gli aspetti positivi hanno un successivo incremento man mano che si va verso un adattamento maggiore. Metaforicamente l’elaborazione è come la

corsa di un treno, ad ogni fermata scende del materiale negativo e salgono nuove associazioni positive, in una corsa che porta ad un adattamento sempre maggiore. In altre parole l'EMDR sollecita un percorso che porta dal disfunzionale al funzionale. In modo specifico la disfunzione è collocata nelle reti mnemoniche, diventa informazione immagazzinata nella memoria a lungo termine, essa è costituita da due elementi che la rappresentano e sono: l'input e il nodo/target ; il primo è di tipo sensoriale perché si esprime in termini di immagini, in emozioni ,suoni, odori, tatto, gusto , sensazioni fisiche, pensieri o convinzioni; tutti elementi presenti al momento dell'evento, che sono visti come meta-percezioni e rappresentano le interpretazioni percettive degli eventi ; il secondo è costituito dal nodo / target esso raffigura l'evento passato che continua ad essere presente nelle reti mnestiche, ad esempio una umiliazione ricevuta in età precoce, trascuratezza, incidenti ecc. ma in maniera disfunzionale. Gli eventi appartenenti al passato si attualizzano, possono essere dovuti secondo Shapiro (1995), a traumi maggiori o minori rappresentati con la *T* (maiuscola) o con la *t* (minuscola). La teoria multifattoriale asserisce che l'origine dei disturbi mentali è l'esposizione ad eventi stressanti, questi rivestono un ruolo fondamentale nell'esordio di numerose psicopatologie, talvolta associati alla presenza di fattori psicosociali e di vulnerabilità genetica. Già negli anni '40 alcuni autori associavano l'insorgenza dell'anoressia nervosa ad eventi stressanti recenti oltre a quelli precoci, eventi ansiogeni, dolorosi, perdite, i quali sembrano, per la maggior parte, collegati a soggetti con regime alimentare restrittivo, insuccessi scolastici, separazioni dalla famiglia, incidenti o morte di familiari o a conflitti con il coniuge o comunque correlati ad eventi che possono divenire fattori precipitanti. Gli eventi stressanti in genere hanno un ruolo decisivo e rappresentano la conseguenza di squilibrio o di modificazioni metaboliche e neuroendocrine.

1.1 LA RICERCA: Background e panoramica

La ricerca scientifica sull'EMDR ha stabilito che è un trattamento supportato empiricamente ed *evidence-based* per il trattamento del disturbo post-traumatico da

stress (PTSD). Il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) è, secondo quanto definito dal Manuale Diagnostico e Statistico delle Malattie IV, un disturbo d'ansia conseguente all'esposizione continua diretta o indiretta ad un evento traumatico di gravità oggettiva o soggettiva estrema con minaccia per la vita o l'integrità fisica propria o altrui (DSM IV-TR, 2000).

La focalizzazione dell'EMDR è sul ricordo dell'esperienza o esperienze traumatiche, ricordi che hanno contribuito a sviluppare la patologia o il disagio che porta il paziente in terapia, il ricordo traumatico e disturbante è trattato terapeutamente attraverso l'EMDR in modo più funzionale e rapido. Esso è un metodo ove la centralità è rappresentata dal paziente, è lui che trova la soluzione adattiva poiché attraverso le fasi del metodo accede al ricordo disturbante collocato nella rete mnemonica e stimolato dai movimenti alternati (oculari, tapping, suoni) trova la soluzione adattiva. Nel 1987 Francine Shapiro scopre gli effetti dei movimenti oculari spontanei e sviluppa procedure sui loro effetti.

Nel 1989 avviene il primo studio controllato e pubblicato nello *Journal of traumatic stress* e nello stesso anno, si compiono i primi studi controllati sulla terapia di esposizione prolungata: la terapia psicodinamica e l'ipotesi per il trattamento del PTSD. Nel 1990 si scopre che anche altre forme di stimolazione bilaterale (tamburellamenti, toni uditivi) hanno effetti positivi.

Le linee guida per la pratica clinica si trovano su: *American Psychological Association*, *International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS)*, *Veterans Health Affairs* e Ministero della Difesa USA, *American Psychiatric Association*, *National Institute for Clinical Excellence (NICE)*-UK.

Uno dei concetti iniziali (Shapiro 1989) consiste nel supporre che i movimenti oculari guidati possano stimolare lo stesso processo innescato nella fase del sonno REM. Gli ultimi sviluppi delle scienze neurologiche suggeriscono una funzione dello stato REM nell'elaborazione e nell'immagazzinamento nella memoria d'informazione (Fishbein e Gutwein 1977; Gabel, 1987; Sutton, Mamelak e Hobson 1992; Winson, 1993).

Nel 1994 Nicosia notò che l'esame per mezzo dell'analisi qualitativa dell'elettroencefalografia (QEEG) di pazienti trattati con l'EMDR, mostrava una normalizzazione dell'attività delle onde cerebrali lente nei due emisferi corticali.

Egli ritiene che l'EMDR risincronizza l'attività dei due emisferi attraverso la stimolazione alternata e ripetitiva.

Da qualche tempo trova accordo l'ipotesi che una cooperazione bilaterale dei due emisferi potrebbe essere necessaria per il consolidamento dei ricordi in generale, e il mancato consolidamento delle memorie, riferite ad eventi traumatici, potrebbe avere un ruolo cruciale nei traumi non risolti (Siegel, 2001).

In uno studio caso-controllo di Wilson et al. (1996) è stato evidenziato come su ottanta adulti con storie traumatiche l'84% presentava una riduzione della sintomatologia post-traumatica; i risultati dopo il trattamento si mantenevano nei follow-up a novanta giorni e quindici mesi (Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry, 27,219-229).

Van Etten & Taylor (1998) affermarono che per il PTSD l'EMDR, correlato alla terapia comportamentale, sia il più efficace ed il più efficiente rispetto ad altri trattamenti (*comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: A meta analysis Clinical Psychology & Psycoterapy*, 5, 126-144).

Studi di neuroimaging (SPECT) prima e dopo l'EMDR evidenziarono una maggiore attivazione nel giro cingolato anteriore e più attività nel lobo frontale sinistro che corrisponde a più attivazione, maggiore funzionamento e incremento nel metabolismo di queste aree.

Heber-Kellner- Yehuda (2002) sostennero in un loro lavoro l'ipotesi della normalizzazione dei livelli basali di cortisolo dopo il trattamento con EMDR (Journal of Clinical Psychology Vol. 58 Issue 12,2002).

1.2 LE OTTO FASI DEL TRATTAMENTO EMDR

Il protocollo del metodo si articola su otto fasi, esso rappresenta lo snodo temporale dell'intervento ed è la sua pedissequa osservanza che lo rende ancor più efficace.

Fase 1: Storia del paziente

In questa fase si attinge agli archivi della memoria dell'infanzia, dalle esperienze traumatiche infantili, che se ripetute o in qualche modo rinforzate, tendono a svilupparsi come sistemi di convinzione o schemi cognitivi; talvolta i ricordi delle esperienze traumatiche si raggruppano (cluster) sulla base di caratteristiche simili come , per esempio : il posto, i partecipanti o il tipo di trauma e, talvolta, selezionando e rielaborando in modo adeguato un ricordo rappresentativo di un raggruppamento, può succedere che ci sia un effetto generalizzato del trattamento di tutti i ricordi nell'ambito dello stesso gruppo, questa strategia permette di ottimizzare i tempi terapeutici.

Quindi la prima fase comprende la raccolta di informazioni sulla storia del paziente e sul suo funzionamento attuale. Al fine di determinare l'adeguatezza dell'applicazione dell'EMDR, si indagano: i fattori di sicurezza del paziente, si selezionano i target per il trattamento e si concordano gli obiettivi terapeutici.

Una delle finalità principali della raccolta di informazioni è quella di identificare i ricordi passati che mettono in azione il disturbo attuale presentato dal paziente, a tal proposito è fondamentale identificare quali sono gli stimoli scatenanti attuali che fanno emergere il disturbo e quali sono le abilità di cui il paziente ha bisogno per facilitare l'emissione di comportamenti adattivi nel futuro.

In seguito è necessario comprendere le circostanze attuali che stimolano il sintomo attraverso quello che viene chiamato *condizionamento di secondo ordine*, in pratica si fa riferimento alle risposte condizionate che legano i disagi emotivi e comportamentali a stimoli che sono in realtà non minacciosi di per sé.

Ad esempio notare quello che avviene nei sopravvissuti a traumi quando c'è stato un accostarsi frequente di situazioni o, un'esperienza unica, un evento altamente disturbante pregno di emozioni negative, che si esprimono attraverso un indizio neutro e come risultato del condizionamento di secondo ordine, l'indizio neutro precedente è in grado di scatenare gli stessi disturbi dell'evento originale.

Un altro esempio potrebbe essere la paura di tutte le strade a senso unico mentre se ne percorre una in seguito ad un incidente d'auto, la paura delle macchine è una risposta condizionata di primo ordine giacché la strada, che prima era un indizio neutro, non è stata la causa primaria del trauma.

Fase 2: Preparazione del paziente

In questa fase si procede con la preparazione del paziente, quindi da una prima fase di raccolta d'informazione si passa ad una preparazione del paziente, in cui si seguono dei criteri:

a) consenso informato

b) considerazioni mediche

c) psicoeducazione e aspettative

d) costruzione o identificazione di un posto al sicuro

a) **Il consenso informato**: consiste nella spiegazione del metodo, si cerca di far comprendere al paziente, con modalità adeguate, la struttura e le finalità del metodo e successivamente si passa al consenso del trattamento, compreso quanto segue:

- la natura del ricordo concernente l'EMDR e all'ipotetico coinvolgimento in tribunale (utile per le questioni legali);

- l'immagine del ricordo può svanire o sparire

- gli alti livelli di emotività e/o ricordi improvvisi che possono sopraggiungere durante l'elaborazione;

b) **le considerazioni mediche**: conoscenza delle condizioni mediche/fisiche generali del paziente.

c) **la psicoeducazione e le aspettative**: mira alla stabilizzazione, alla tolleranza delle emozioni, alla capacità di gestione dello stress, alla stimolazione bilaterale, alla spiegazione di ciò che avviene, del tipo: *“quando avviene un evento disturbante, questo può rimanere racchiuso nel cervello con le sue immagini originali, i suoni, i pensieri, le emozioni e sensazioni corporee, l'EMDR sembra stimolare l'informazione e permette al cervello di elaborare l'esperienza; ciò può rappresentare quello che succede nella fase REM o durante i sogni. I movimenti oculari (MO), i suoni, i tamburellamenti, possono aiutare ad elaborare il materiale inconscio. Il cervello realizzerà la guarigione, è il paziente che costruirà e controllerà tutto il processo”*.

d) **la costruzione o identificazione di un posto al sicuro**: prima di iniziare l'elaborazione si chiede al paziente di costruire un posto al sicuro/calmo (stato emotivo) in modo da fornirgli uno strumento per ridurre lo stress, per familiarizzare con la stimolazione bilaterale e ciò potrebbe avere anche valenza prognostica.

Fase 3: Assessment: consiste nell'accedere e misurare in modo strutturato gli aspetti primari del ricordo. Racchiude le componenti del target o TICES, esso è costituito da:

1. **Immagine**
2. **Cognizione negativa**
3. **Cognizione positiva e misurazione della sua validità attraverso la scala VOC** (validità della cognizione positiva da 1 a 7)
4. **Emozione e valutazione soggettiva attraverso la scala SUD** (scala di valutazione dell'unità di disturbo soggettivo da 0 a 10)
5. **Sensazioni fisiche**

Per una comprensione maggiore è utile approfondire tali componenti:

1. L'immagine è ciò che il paziente utilizza per rievocare l'evento, il frammento dell'evento che possa rappresentarlo, la più disturbante, e se non c'è un'immagine dire "quando pensa all'evento cosa nota?".
2. La cognizione negativa (CN) ossia trovare le parole che corrispondono all'immagine o che la accompagnano, che esprimano la convinzione negativa del paziente, su di sé ora, convinzione irrazionale, autoriferita, un'affermazione con il pronome IO, che sia una convinzione attuale quando egli si focalizza sull'immagine/evento.
3. La cognizione positiva (CP) sono le parole che corrispondono alle convinzioni positive desiderate dal paziente, un'autovalutazione positiva, cosa gli piacerebbe credere, un autoriferimento, una focalizzazione sulla direzione del cambiamento, un obiettivo desiderato.
4. La VOC (validità della cognizione positiva da 1 a 7) serve per conoscere numericamente quanto il paziente sente vere le parole che rappresentano la sua convinzione positiva; quanto crede nel suo cambiamento, su una scala da 1 a 7 ove 1 corrisponde a cognizioni sentite non vere e 7 a cognizioni sentite vere.
5. L'emozione, che consiste nell'identificazione di questa associata all'evento target e alla cognizione negativa, si misura con il SUD (scala delle unità di disturbo soggettivo) che va da 0 che rappresenta il non disturbo o disturbo neutro a 10 peggior livello disturbante immaginabile.
6. Sensazione fisica la quale si esprime attraverso la localizzazione corporea dell'emozione poiché, come afferma B. Van Der Kolk, " *il corpo tiene il registro*".

Fase 4 : Desensibilizzazione

In questa fase si accede al target/nodo e si stimola la rete mnemonica permettendo al target di collegarsi a reti più adattive. La fase di desensibilizzazione continua fino a quando il SUD non è arrivato allo 0, poiché ciò dimostra che il disturbo non c'è più. Man mano che si procede, dopo ogni set di stimolazioni bilaterali, si nota: il linguaggio corporeo e i segnali non verbali. In seguito attraverso feedback, si notano i cambiamenti sia nell'immagine sia nei pensieri negativi (CN), nelle emozioni, nelle sensazioni corporee e nella loro localizzazione. Possono intervenire associazioni di reti mnemoniche, quindi si arriverà al SUD 0 e ciò serve per identificare la fine della desensibilizzazione.

Fase 5: Installazione

In questa fase si verifica prima se la cognizione positiva (CP) precedentemente scelta è ancora valida, poi la si misura con la scala VOC, nel mentre il SUD deve essere 0 e da ultimo si passa attraverso i MO all'installazione della cognizione positiva (CP) scelta definitivamente, ossia quel pensiero di cambiamento che il paziente ritiene valido e possibile rispetto al target che si è elaborato in quella seduta. La sua misurazione VOC deve arrivare a 7.

Fase 6 : Scansione corporea

È una rielaborazione di qualsiasi manifestazione fisica/somatica residua del ricordo, in cui le sensazioni associate con l'informazione disfunzionale dovrebbero sparire. Nello stesso tempo possono riemergere nuove associazioni che dovranno essere completamente elaborate, quest'ultime non sono completate fino a quando non ci sia una scansione corporea libera da tutte le sensazioni negative associate, se ci sono sensazioni positive queste dovrebbero essere rinforzate con brevi set di movimenti oculari.

Fase 7: Chiusura

In questa fase il terapeuta aiuta il paziente a ristabilire l'equilibrio emotivo e la sicurezza, indipendentemente dal fatto che la rielaborazione sia stata completata o meno; è necessario dare indicazioni al paziente al termine

di ogni seduta, occorre ricordargli che ogni sensazione, pensiero o altre emozioni disturbanti possono emergere tra una seduta e l'altra, che fanno parte di ulteriori elaborazioni e quindi sono un segnale positivo; inoltre è necessario che il paziente tenga un diario per registrare qualsiasi elemento importante che succede durante la settimana come pensieri, sogni e ricordi.

Fase 8: Rivalutazione

All'inizio della seduta successiva si riaccede al target della seduta precedente per valutare se esiste ancora del disagio residuo e se i risultati di SUD 0 e VOC 7 si sono mantenuti, si valuta il report del paziente, gli appunti sui progressi scritti sul diario.

1.3 TRAUMA ED ELABORAZIONE DI ESSO ATTRAVERSO I RICORDI E LA MEMORIA

Il concetto di trauma psichico affonda le sue radici negli scritti medici del Sette-Ottocento, quando apparvero i primi studi sulle conseguenze delle *“esperienze di vita soverchianti”* (Lingiardi, 2004).

Sigmund Freud fu il primo ad occuparsi del concetto stesso di trauma, egli così definisce l'evento traumatico: *“ si tratta di una esperienza singola, o di una situazione protratta nel tempo, le cui implicazioni soggettive, cioè , idee, cognizioni ed emozioni a essa collegata, sono nel complesso superiori alle capacità del soggetto, in quel momento, di gestirle o di adeguarsi a esse”*.

Freud e Breuer (1895) hanno descritto il trauma nei suoi studi come: *“Qualsiasi esperienza provochi gli effetti penosi del terrore, dell'angoscia, della vergogna e del dolore psichico, dipendente ovviamente dalla sensibilità della persona colpita se l'esperienza stessa agisce come trauma”*.

Entrambi hanno riconosciuto, dunque, il ruolo essenziale rivestito dalla componente soggettiva asserendo che è l'effetto emotivo che costituisce il trauma psichico. Freud e Breuer hanno introdotto, a tal proposito, il concetto di *“trauma parziale”*, con cui intendono indicare quelle circostanze che, sebbene non rilevanti, verificandosi in un

periodo di particolare reattività agli stimoli da parte del soggetto, assurgono in tal modo alla dignità di trauma che altrimenti non avrebbero acquisito (Freud-Breuer, 1895).

Nell'ambito della letteratura psicoanalitica Kohut (1982) ha sostenuto che gli eventi "*brutalmente traumatici*" lasciano l'impronta in un numero minore di gravi disturbi del sé, differentemente dall'atmosfera dominante creata da atteggiamenti profondamente radicati nella relazione tra il sé e il suo oggetto disfunzionale. Essi determinano una struttura di personalità gravemente danneggiata, allorché il bambino piccolo sperimenta tensioni e pressioni reiterate nel tempo nel contesto della dipendenza tra il suo IO e la madre. Si può verificare quello che Khan (1979) ha definito "*trauma cumulativo*", risultato delle brecce entro la barriera protettiva accumulata in tutto il corso dello sviluppo dalla prima infanzia all'adolescenza.

Francine Shapiro (1995) distingue i traumi in due grandi categorie, quelli con la "T" maiuscola, che includono eventi percepiti come una minaccia alla propria vita (tra cui aggressioni, guerre ecc.) e traumi con la "t" minuscola che si associano, invece, a esperienze della vita di tutti i giorni, eventi innocui paragonati alle precedenti, ma comunque molesti per il modo in cui l'individuo li elabora e percepisce, a tal proposito anche Mc Coulloch (2002) parla di *small t*.

Uno dei più importanti ed influenti psicologi francesi, Pier Janet, tra la fine del XIX e l'inizio del XX secolo, effettuò studi approfonditi sulla dissociazione e il trauma psicologico, lavori considerati ancora oggi fondamentali per la comprensione clinica di tali tematiche. Egli fu uno dei primi ricercatori a evidenziare una connessione diretta tra gli eventi della vita passata di un soggetto e la sintomatologia traumatica da essi derivante.

Nella formulazione di Pier Janet, il trauma psicologico è un evento che, per le sue caratteristiche, risulta "*non integrabile*" nel sistema psichico pregresso della persona, e quindi rimane dissociato dal resto della sua esperienza emotiva, causando la sintomatologia psicopatologica relativa.

Freud, Janet, Charcot e Bleuret furono pionieri nel tentativo di individuare una connessione tra eventi traumatici vissuti in età infantile e disordini psichici nel soggetto adulto. Oltre cento anni più tardi il dibattito è ancora aperto e durante il secolo scorso il ruolo del trauma, come origine di disturbi nel bambino e nell'adulto, è stato spesso oscurato o minimizzato.

È difficile, ad esempio, rintracciare nel DSM-IV, una connessione tra i disturbi dei bambini e degli adulti ad eventi emotivamente importanti avvenuti in precedenza, in realtà, la maggior parte dei terapeuti sa bene quanto sia frequente che i sintomi riportati dai pazienti siano ascrivibili a esperienze traumatiche pregresse.

Dall'inizio degli anni novanta molti sono stati gli studiosi che hanno dedicato le loro ricerche a documentare la connessione tra i traumi infantili e le relative psicopatologie dei bambini e degli adulti, partendo anche dalla considerazione che la possibilità di vivere eventi critici non è affatto rara per i bambini.

Bessel van der Kolk et. Al (2004) definisce gli *stressors* traumatici come *“quegli eventi che eludono i meccanismi attraverso cui normalmente interpretiamo le nostre reazioni, ordiniamo le nostre percezioni del comportamento altrui e ci creiamo schemi di interazione con la realtà”*.

L'autore distingue tre differenti categorie di eventi traumatici: la prima comprende quelli con durata limitata nel tempo, come per esempio un incidente o uno stupro, caratterizzati dall'imprevisto e dall'intensità dell'evento; la seconda si riferisce a situazioni sequenziali con possibile effetto cumulativo (è il caso, ad esempio, di chi lavora in condizioni di continua emergenza quali le forze dell'ordine, vigili del fuoco, operatori sanitari ecc); la terza comprende quelle persone che hanno un'esposizione prolungata a condizioni di stress, situazioni che possono provocare incertezza e sentimenti di impotenza, pregiudicando i legami di attaccamento e generando un fondamentale senso di insicurezza.

In psicoterapia non si ha mai a che fare con i traumi ma solo con i “ricordi del trauma”, il che implica che l'oggetto di riferimento essenziale del colloquio terapeutico sia il ricordo del paziente (Giannantonio, 2005).

È dunque, un amalgama tra ciò che è stato codificato al momento dell'evento e, l'interpretazione del significato delle informazioni, ogni ricordo è così una costruzione soggettiva e mai obiettiva di fatti, con la memoria che riveste un ruolo assolutamente preminente nell'elaborazione del trauma.

Stimoli emozionalmente intensi per l'individuo possono lasciare una cicatrice nel tessuto cerebrale sotto forma di duraturi cambiamenti al livello di connessioni sinaptiche e in seguito diversi fattori contribuiscono a facilitare il ricordo di tali eventi,

fra cui il significato che esso ha avuto a livello personale, le sue caratteristiche specifiche ecc.

Siegel (2001) dice che il cervello di fronte ad una forte emozione risponde attivando il sistema nervoso autonomo e quello endocrino, insieme reagiscono allo stress mettendo in circolo ormoni che inducono un arousal persistente che può, durare diversi minuti e porta alla ripetuta attivazione degli eventi stressanti, una volta che tale stato si è esaurito la mente tenderà comunque a tornare su questi ricordi anche in seguito.

Inoltre, a causa di diversi fattori, vi sono esperienze traumatiche che possono portare ad un blocco dei meccanismi della memoria esplicita con una inibizione delle funzioni dell'ippocampo, come ad esempio uno spostamento di attenzione da parte del soggetto su aspetti non traumatici dell'ambiente che lo circonda, allo scopo di fuggire, almeno parzialmente, dalla situazione. In tal modo non avranno luogo ricordi di tipo esplicito. La memoria emozionale registrerà a livello implicito la portata degli eventi, qui si può verificare una compromissione della memoria autobiografica, ma il ricordo implicito degli avvenimenti è invece integro e può comprendere comportamenti come fuga o evitamento, reazioni irrazionali, sensazioni corporee e immagini correlate agli eventi traumatogeni (Siegel, 2001).

L'intensità di attivazione dell'ippocampo dipende dall'intensità dell'input proveniente dall'amigdala, quanto maggiore è la valenza assegnata all'amigdala, tanto più l'input sarà registrato e la memoria verrà conservata saldamente.

Negli esseri umani e negli animali in genere, alti livelli di attivazione emotiva possono ostacolare un'adeguata valutazione e classificazione dell'esperienza interferendo con il funzionamento dell'ippocampo (Van der Kolk et. Al 2004). Tale funzionamento, quindi in presenza di stressors troppo prolungati, viene compromesso nel rilascio degli ormoni e nelle sue funzioni.

Per tanto si può asserire che dalla memoria implicita proviene la fonte di sofferenza dei disturbi in risposta a eventi traumatici, al punto che la memorizzazione effettuata dall'amigdala può venire potenziata e incrementata nel suo consolidamento di *routine* (Le Doux, 1996).

Siegel afferma che in presenza di eventi stressanti, anche di minore entità, il cervello attiva in primis la memoria emotiva, che rimane indelebile all'interno dei circuiti

cerebrali e che può esercitare una notevole influenza sulla vita dell'individuo anche senza che questo ne sia consapevole (Siegel, 2001).

Il cervello umano è diviso in emisfero destro ed emisfero sinistro, il primo è sede dei processi rapidi che mediano in maniera specifica rappresentazioni riguardanti sensazioni, immagini e significati non verbali; il secondo è adibito ai processi relativamente più lenti che definiscono il significato delle parole, le sequenze temporali degli eventi, gli aspetti dell'attenzione conscia ma, tale distinzione non è poi così netta giacché entrambi gli emisferi partecipano all'attribuzione di significati e ai processi emozionali sebbene con modalità diverse a causa della presenza, nei due lati del cervello, di processi rappresentazionali distinti (Siegel, 2001).

Il circuito cerebrale trasmette l'informazione sensoriale nel momento in cui entra nel SNC attraverso gli organi di senso occhi, naso, pelle, orecchie. Essa raggiunge il talamo che la smista all'amigdala e alla corteccia prefrontale. L'amigdala interpreta la valenza emotiva dell'informazione in ingresso e vi assegna un significato emotivo, dopo questa valutazione l'informazione è condotta alle aree cerebrali adibite al controllo dei sistemi di risposta comportamentali autonomi e neuro-ormonali, attraverso questi l'amigdala trasforma gli stimoli sensoriali in segnali emotivi e ormonali (Van Der Kolk et al., 2004). Quindi l'input dal talamo arriva all'amigdala, prima dell'informazione proveniente dalla neocorteccia, a tal proposito, Le Doux asserisce che questo primo segnale sensoriale del talamo prepara l'amigdala ad elaborare l'informazione che arriva, solo in un secondo momento, alla corteccia; ciò significa che la valutazione emotiva precede quella consapevole e che si può attivare autonomamente prima d'essere capaci di valutare consapevolmente ciò per cui si sta agendo, a tal proposito Van Der Kolk et. Al (2004) dice che in seguito a ciò l'amigdala dà valenza emotiva ed altre strutture cerebrali, come l'ippocampo, iniziano ad organizzare l'informazione integrandola con quelli preesistenti.

In sintesi, i percorsi all'amigdala e alla corteccia sono due ed è bene distinguerli per chiarire le loro caratteristiche. Vi è il breve percorso talamo-amigdala, per cui il sistema di trasmissione è più veloce, questo rappresenta rozzamente lo stimolo che è molto utile nella situazione di pericolo, ossia quando l'individuo si trova nella condizione di decidere velocemente cosa è buono o cattivo per sé in quel momento. L'impressione sensoriale e la risposta emotiva si basano su frammenti di informazione, non c'è la

percezione piena degli oggetti e degli eventi (Le Doux, 1996). La via talamo-corteccia è più lunga, per cui il sistema di trasmissione è più lento e permette una valutazione consapevole e più precisa dell'informazione. Le rappresentazioni sono più accurate, dettagliate. Le Doux afferma che questa via deve essere in grado di prevalere sulla precedente in quanto la neocorteccia è sede delle funzioni cerebrali più evolute dell'uomo (Le Doux, 1996).

Il ricordo dell'informazione /la memoria è l'insieme dei processi in base ai quali gli eventi del passato influenzano le risposte future, essa è un'entità attiva e dinamica che opera attraverso una modalità implicita ed esplicita e si presenta in diverse tipologie come:

- memoria non verbale, presente sin dalla nascita, dà luogo ai circuiti cerebrali coinvolti nella generazione di emozioni nelle risposte comportamentali, nonché nella percezione e registrazione di sensazioni somatiche. L'organo maggiormente deputato a questa forma di memoria è l'amigdala (Siegel e Hartzell, 2005).

- memoria implicita che ha una valenza prospettica in quanto, grazie ai modelli mentali, valuta le diverse situazioni e intuisce ciò che, molto probabilmente, riserva il futuro nell'immediato.

Tali modelli sono il frutto delle nostre precedenti interazioni con la realtà esterna e in virtù del passato ci permettono di classificare ed interpretare le esperienze rapidamente (Siegel, 2001).

A tal proposito Edelman (1991) parla di "*un presente ricordato*", di quella sensazione interna conscia attivata da immagini già familiari, ossia quando il soggetto entra in contatto con sensazioni di cui la mente ha già fatto esperienza (gruppi percettivi) e le ha classificate in categorie o schemi di significato ad essa relative, contemporaneamente vengono attivati anche i gruppi neuronali corrispondenti a tali categorie.

In conseguenza di ciò è prodotta una sensazione interna che l'autore definisce "primaria", giacché corrisponde alla consapevolezza di aver visto quell'immagine (gruppo percettivo) che a sua volta evoca una certa categoria di significato (gruppo categorico).

Per semplificare: sensazione-gruppo percettivo/ attivazione neuronale-gruppo categorico. Ad esempio quando una persona vede un cane, riconduce questa immagine

ad esperienze precedenti che lo riguardano e alle categorie di significato che vi ha precedentemente associato (animale buono o animale cattivo, ecc.).

- memoria esplicita è associata all'ippocampo e si sviluppa nel corso del secondo anno di vita. Tale memoria è definita da molti *idea di memoria*, il ricordo è accompagnato da una sensazione interna "sto ricordando", in tal caso i processi di registrazione richiedono una partecipazione della coscienza e un'attenzione focalizzata e saranno poi iscritti in maniera permanente nella mente dell'individuo attraverso i processi di consolidamento (Siegel e Hartzell 2005).

Essa si presenta in breve e lungo termine: la prima, ossia quella a breve termine o memoria lavoro, ha una funzione di immagazzinamento temporaneo e di filtro ,viene definita "lavagna della mente" in quanto ci permette di riflettere temporaneamente su elementi presenti o passati, ed è rappresentata dalla frase "sto pensando a qualcosa" (Bara, 2000). La seconda, ossia memoria a lungo termine, è il magazzino che fornisce la possibilità di conservare le conoscenze progressivamente accumulate e che nel tempo verranno in parte disperse; a sua volta si divide in memoria semantica e in memoria autobiografica. La semantica riguarda la conoscenza di dati e fatti del mondo, l'autobiografica contiene episodi specifici con cui il sistema è venuto in contatto i quali permettono una conoscenza di se stessi (Bara, 2000).

Nel pratico il meccanismo che si mette in funzione quando si è davanti ad uno stimolo è il seguente: lo stimolo è trattenuto per circa mezzo secondo ed è mantenuto in tutta la sua totalità di informazione, poi ,questo, è selezionato dalla memoria lavoro che in assenza di ripassi successivi mantiene questa parte di informazione per trenta secondi, qualora i circuiti implicati vengono riattivati le informazioni corrispondenti possono essere trattenute per periodi di tempo più lunghi sotto forma di dati, parole, simboli attivando così la memoria semantica o di informazioni su eventi o episodi autobiografici e quindi si attiva la memoria episodica o autobiografica.

L'organo preposto alla registrazione e al recupero delle informazioni è l'ippocampo, mentre i circuiti della corteccia pre-frontale sono responsabili dei meccanismi con cui sono attivati gli elementi fissati strutturalmente dalla memoria a lungo termine per essere analizzati, elaborati, comunicati ad altri (Siegel, 2001).

1.4 IL DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS CORRELATO ALLA DIPENDENZA DA SOSTANZE

Attacchi terroristici, guerre, incidenti aerei, stermini di massa ma anche terremoti, inondazioni e altri tragici eventi hanno un *fil rouge* che li collega, esso è l'effetto sulla salute mentale sia delle vittime, sia dei sopravvissuti e sia delle loro famiglie e ciò si trasforma, la maggior parte delle volte, in disagio mentale.

Il disturbo post-traumatico da stress (Post Traumatic Stress Disorder, **PTSD**) è, infatti, come già accennato, una forma di disagio mentale che si sviluppa in seguito a esperienze fortemente traumatiche.

Definito e studiato negli Stati Uniti soprattutto successivamente la guerra del Vietnam e dagli effetti che essa procurò ai veterani. Il PTSD venne studiato e approfondito, poi, in tutte le più recenti esperienze belliche. Il disturbo può manifestarsi in individui di tutte le età, dai bambini agli adolescenti fino alle persone adulte, può verificarsi anche nei familiari, nei testimoni, nei soccorritori coinvolti in un evento traumatico e può derivare da un'esposizione ripetuta e continua a episodi di violenza e degrado.

Poiché corrisponde ad una condizione di disagio mentale complessa, il PTSD è derivante da molteplici fattori, sia personali sia ambientali. La diagnosi non è né univoca né semplice, è genericamente indicata come "la condizione di stress acuta che si manifesta in seguito all'esposizione a un evento traumatico". Le persone, infatti, hanno una diversa suscettibilità e vulnerabilità alla condizione di stress, anche in relazione al maggiore o minore coinvolgimento nell'esperienza traumatica.

E' stato accertato in diversi studi che, soprattutto nel caso dei bambini e degli adolescenti, anche un'esposizione mediata, come può essere quella attraverso i mass-media, o l'esposizione a fatti che coinvolgano ad esempio il proprio paese o la propria città, possa generare condizioni di PTSD.

Tra i fattori che certamente contribuiscono allo sviluppo di diversi livelli di PTSD, ci sono le caratteristiche specifiche dell'evento che lo causa e il grado o la modalità di esposizione della vittima, le caratteristiche degli individui, in termini della loro storia medica, psichica e familiare, le modalità di intervento nel periodo post-trauma. Alcune vittime manifestano stati d'ansia e dolorosi ricordi che si risolvono con un adeguato trattamento e con il tempo; all'estremo opposto, invece, ci sono individui nei

quali l'evento traumatico causa effetti negativi a lungo termine, come testimoniano numerose ricerche sugli individui esposti a violenza, tortura e maltrattamenti continui.

Le ricerche effettuate direttamente su diverse aree del cervello hanno dimostrato che gli individui affetti da PTSD producono livelli anormali di ormoni coinvolti nella risposta allo stress e alla paura. Il centro responsabile di questa risposta sarebbe l'amigdala, una piccola ghiandola endocrina posta alla base del cervello che normalmente, in situazione di paura, si attiva producendo molecole di oppiacei naturali che riducono la sensazione di dolore temporaneamente. In soggetti con PTSD questa produzione si protrae invece a lungo anche dopo la cessazione dell'evento, causando alterazione dello stato emotivo.

Inoltre, sarebbero alterati i livelli di neurotrasmettitori che agiscono sull'ippocampo, generando così alterazioni della capacità di memoria e di apprendimento regolate dall'ippocampo stesso, gli stessi livelli di neurotrasmettitori diversi sarebbero alla base del ricordo improvviso e doloroso degli eventi traumatici. I soggetti con diagnosi di PTSD sono anche portati ad un'alterazione del flusso sanguigno cerebrale e a cambiamenti strutturali nei tessuti cerebrali.

Alcuni ricercatori ipotizzano che il PTSD sia la risposta biochimica del SNC prodotta dallo stress (Anisman, 1978; Christi e Chesher, 1982). Si tratterebbe di una modificazione nella produzione di norepinefrina, un neuromediatore attivante, che spiega i sintomi di iperattività e che viene prodotto naturalmente in condizioni di stress ed eccessivamente in condizioni di stress estremo (Shapiro 2000).

Kolb (1987) ipotizzò dei cambiamenti corticali nei meccanismi che regolano le funzioni del sonno e del controllo dell'aggressività.

Tali modelli biochimici sono coerenti con la teoria dell'*Elaborazione Accelerata dell'Informazione*, la quale sostiene che il blocco fisiologico dell'elaborazione è responsabile della patologia e che i rapidi effetti terapeutici positivi dell'EMDR siano il risultato di cambiamenti elettro-biochimici che riequilibrano il sistema fisiologico intrinseco, responsabile della sana assimilazione dell'evento traumatico.

Anche studi funzionali effettuati su pazienti con PTSD mediante Single Photon Emission Computed Tomography (SPECT) e Positron Emission Tomography (PET), hanno dimostrato l'esistenza di variazioni di flusso ematico cerebrale regionale sia nella fase di rievocazione del trauma sia a riposo.

Studi di Magnetic Resonance Imaging (MRI) hanno riscontrato nei pazienti affetti da PTSD una riduzione di volume della corteccia del cingolo anteriore e dell'ippocampo, i sintomi di PTSD possono essere correlati all'incapacità della corteccia prefrontale dorso laterale di inibire l'iperattivazione patologica dell'amigdala in risposta agli stimoli ansiogeni (Shin et al. 2004; Gilboa et al. 2004).

L'impiego delle tecniche di neuro immagini ha consentito anche di fare luce sui correlati neurali della psicoterapia, rivelando i suoi effetti neurobiologici sulla funzione cerebrale.

Pagani et al. (2010) nei suoi studi combinando indagini funzionali e strutturali utilizzando SPECT e MRI ha evidenziato il valore predittivo delle dimensioni dell'ippocampo riguardo all'efficacia della terapia con EMDR.

L'EMDR è il trattamento terapeutico riconosciuto sia in ambito scientifico sia accademico fino al punto di essere stato dichiarato uno dei metodi *evidence-based* per la terapia del PTSD e quindi del trauma e di altri disturbi d'ansia. Fin dall'inizio si è cercato di chiarire le sue modalità di azione sui circuiti neurali, ed uno dei contributi maggiori che ha offerto l'EMDR alla psicoterapia consiste nell'aver trovato la modalità per accedere alle informazioni immagazzinate nella memoria, stimolare il meccanismo di elaborazione di queste informazioni e portarle alla risoluzione.

Negli ultimi anni van der Kolk et al. (2005) hanno analizzato gli effetti differenziali del trauma a diversi livelli d'età, a problemi più estesi, a traumi molteplici e cronici subiti nell'infanzia. Tali studi hanno portato alla definizione di PTSD complesso, essi riconducono sia alle difficoltà di autoregolarsi che a quelli del disturbo di attaccamento. Quando non si dispone di un adeguato accudimento il SNC si trova a maturare in un ambiente che non gli insegna ad autoregolarsi. Crescendo le persone che manifestano PTSD si sentiranno controllati dalle proprie emozioni e non saranno in grado di dominarle, da ciò potrebbe derivare una instabilità emotiva che in fasi successive del ciclo vitale, potrà condurre gli individui a mettere in atto condotte di abuso di sostanze, disturbi alimentari, autolesionismo fisico, considerate come modalità comportamentali finalizzate alla regolazione delle proprie emozioni, allo scopo di raggiungere una stabilizzazione emotiva.

Sul fronte dei sintomi del PTSD e della definizione di caso, diversi enti di ricerca e istituzioni sanitarie danno indicazioni per effettuare una diagnosi e individuare un trattamento piuttosto adeguato. Secondo il *National Institute of Mental Health* (NIMH) americano, caratteristica del PTSD è il fatto che la vittima rivive ripetutamente l'esperienza traumatizzante sotto forma di flashback, ricordi, incubi in occasione di anniversari e commemorazioni; le persone affette da PTSD manifestano difficoltà al controllo delle emozioni, irritabilità, rabbia improvvisa o confusione emotiva, depressione e ansia, insonnia, ma anche la determinazione a evitare qualunque atto che li costringa a ricordare l'evento traumatico spesso abusando di stupefacenti; un altro sintomo molto diffuso è il senso di colpa, per essere sopravvissuti o non aver potuto salvare altri individui; dal punto di vista più prettamente fisico, alcuni sintomi sono dolori al torace, capogiri, problemi gastrointestinali, emicranie, indebolimento del sistema immunitario.

La diagnosi di PTSD arriva quando, sempre secondo il NIMH, il paziente presenta i sintomi caratteristici per un periodo di oltre un mese dall'evento che li ha causati. Il NIMH evidenzia che la diagnosi non sempre è effettuata in modo sistemico, e in molti casi, i pazienti da PTSD sono trattati solo per i sintomi più prettamente fisici, senza un'adeguata considerazione del quadro complessivo.

L'*American Psychiatric Association* (APA) dà un elenco più dettagliato e schematico dei sintomi del PTSD.

Secondo l'APA, i sintomi compaiono solitamente entro tre mesi dal trauma, anche se in qualche caso lo stato di stress si manifesta anche più tardi; i sintomi sono classificabili in tre categorie ben definite:

- *Episodi d'intrusione*: le persone affette da PTSD hanno ricordi improvvisi che si manifestano in modo molto vivido e sono accompagnati da emozioni dolorose e dal 'rivivere' il dramma; A volte, l'esperienza è talmente forte da far sembrare all'individuo coinvolto che l'evento traumatico si stia ripetendo.
- *Volontà di evitare e mancata elaborazione*: l'individuo cerca di evitare contatti con chiunque e con qualunque cosa che lo riporti al trauma. Inizialmente, la persona sperimenta uno stato emozionale di disinteresse e di distacco, riducendo la sua capacità di interazione emotiva e riuscendo a condurre solo attività semplici e di routine; la mancata elaborazione emozionale causa un accumulo di ansia e tensione

che si può cronicizzare ,portando a veri e propri stati depressivi. Al tempo stesso si manifesta frequentemente il senso di colpa.

- *Ipersensibilità e ipervigilanza*: le persone si comportano come se fossero costantemente minacciate dal trauma; Reagiscono in modo violento e improvviso, non riescono a concentrarsi, hanno problemi di memoria e si sentono costantemente in pericolo; A volte, per alleviare il proprio stato di dolore, le persone si rivolgono al consumo di alcol o di droghe;

Un individuo affetto da PTSD può anche perdere il controllo sulla propria vita ed essere quindi a rischio di comportamenti suicidi.

Il manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali DSM-IV-TR definisce il PTSD come disturbo le cui caratteristiche sono la compresenza, per almeno un mese, di sintomi intrusivi, di evitamento e di accresciuto arousal in seguito all'esposizione ad eventi traumatici di particolare gravità.

Nella tavola 1.1 del manuale sono elencati i criteri diagnostici per il PTSD:

- A. La persona è stata esposta ad un evento traumatico nel quale erano presenti entrambe le caratteristiche seguenti:
 - La persona ha vissuto, ha assistito, o si è confrontata con un evento o con eventi che implicano morte, o minaccia di morte o lesioni gravi o minacce all'integrità fisica propria o di altri.
- B. La risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore.²
- C. L'evento traumatico è rivissuto persistentemente in uno o (più) dei seguenti modi.
 - Ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri o percezioni³.
 - Sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento.⁴

² Nei bambini questo può essere espresso con comportamenti disorganizzati o agitati.

³ Nei bambini piccoli si possono manifestare giochi ripetitivi in cui sono espressi temi o aspetti riguardanti il trauma.

⁴ Nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile.

- Agire e sentire come l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò include la sensazione di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di flashback, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato di intossicazione).⁵
 - Disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico
 - Reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.
- D.** Evitamento persistente degli stimoli associati con trauma e attenuazione della reattività generale (non presenti prima del trauma, come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:
1. Sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma
 2. Sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma
 3. Incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma.
 4. Riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative.
 5. Sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri.
 6. Affettività ridotta (per es. incapacità di provare sentimenti di amore).
 7. Sentimenti di diminuzione delle prospettive future (per es. aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio o dei figli, o una normale durata della vita).
- E.** Sintomi persistenti di aumentato arousal (non presenti prima del trauma), come indicato da almeno due dei seguenti elementi:
- Difficoltà di addormentamento o a mantenere il sonno
 - Irritabilità o scoppi di collera
 - Difficoltà di concentrazione
 - Ipervigilanza
 - Esagerate risposte di allarme.
- F.** La durata del disturbo (sintomi riconducibili ai criteri B,C e D) superiore ad 1 mese.

⁵ Nei bambini piccoli possono manifestarsi rappresentazioni ripetitive specifiche del trauma.

G. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti

Specificare se:

Acuto: durata dei sintomi è inferiore a 3 mesi

Cronico: durata dei sintomi è 3 mesi o più.

Specificare se ad esordio ritardato: l'esordio dei sintomi avviene almeno 6 mesi dopo l'evento stressante.

I PTSD sono collegati a violenze fisiche, sessuali, lutti, incidenti o ad eventi comportanti rischio per la vita e quindi a traumi, nel loro sviluppo e nel mantenimento sono fondamentali il tipo di evento stressante, le variabili relative alla vittima, la risposta soggettiva all'evento stressante, il supporto e le risorse sociali. L'incontro di questi differenti fattori può generare diversi tipi di risposte traumatiche che non si escludono a vicenda, come ad esempio disturbi da stress acuto o cronico, disturbi dissociativi.

Per quanto riguarda i disturbi dissociativi, secondo la Teoria della Dissociazione Strutturale della Personalità (TDSP) i pazienti con disturbi legati a traumi complessi sono caratterizzati da una divisione della loro personalità in parti tra loro discordanti e mal comunicanti. Questo non implica soltanto le circostanze che si riscontrano nel disturbo dissociativo d'identità (DDI), ma comprende uno spazio concettuale in cui la definizione di "parte" si sviluppa per l'appunto dal DDI sino ai confini di ciò che è semplicemente la profonda diversità tra le varie manifestazioni della personalità di un qualsiasi individuo in preda a differenti stati d'animo. Tra questi due estremi si pone il vasto territorio di studio della TDSP, un'area all'interno della quale la personalità del soggetto transita da una situazione di normalità ad una che si conclama nella patologia.

La TDSP descrive che, nel momento in cui avviene un evento traumatizzante in cui le difese dell'individuo raggiungono il punto di rottura, si costituisca nel soggetto una parte non ben connessa (o totalmente disconnessa) dal resto della sua personalità (L. C. M. Trugenberg, 2011). Tale parte, che viene chiamata *parte emotiva* (EP), si diversifica dal resto della sua personalità chiamata Parte Apparentemente Normale (PAN) poiché, al contrario di essa, le reti neurali che la compongono possiedono caratteristiche di funzionamento tipiche delle parti rettiliane e protomammifere del nostro cervello (tronco encefalico e sistema limbico), piuttosto che di quelle dell'Homo

Sapiens (corteccia frontale)(L. C. M. Trugenberger, 2011).

Per la TDSP, le EP sono parti deputate a conservare, a volte in esclusiva, un dato ricordo traumatico e, come tali, hanno un primitivo proprio punto di vista. Sono parti che includono la totale, intensissima componente emotiva dell'evento traumatico e, non disponendo degli strumenti e delle risorse che offre la corteccia frontale, in questo loro esperire la tempesta delle emozioni disturbanti, sono inconsapevoli del passare del tempo. Metaforicamente, si dice che le EP sono "congelate" al tempo del trauma. Congelate, cioè, nella devastante forza emotiva dell'evento, così come anche nelle reazioni di difesa e nel grido di attaccamento. Non a caso fin dai tempi di Freud si parla di coazione a ripetere.(L. C. M. Trugenberger, 2011)

La TDSP prevede l'esistenza di una dissociazione strutturale:

- **Primaria**, quando esiste una PAN (parte apparentemente normale della personalità) e una EP (parte emotiva).
- **Secondaria**, quando esiste una PAN e più di una EP.
- **Terziaria**, quando esistono più di una PAN e molte EP.

In seguito al formarsi di una o più parti che propagano le emozioni disturbanti, si verifica una condizione tale per cui all'interno dell'individuo nascono meccanismi di evitamento che portano all'instaurarsi di vere e proprie fobie (L. C. M. Trugenberger, 2011). Inizialmente fobia per gli stati mentali (fobia delle emozioni), poi per le parti deputate a trattenere il ricordo traumatico (PAN ed EP), e infine fobia per i ricordi traumatici di per sé. Solo dopo avere risolto queste fobie diventa possibile lavorare sui ricordi traumatici elaborandoli e infine integrandoli in una nuova funzionalità adattiva, scopo di qualsiasi psicoterapia per il trauma complesso (L. C. M. Trugenberger, 2011).

Il disturbo post traumatico da stress complesso è considerato come una situazione di stress prolungata nel tempo e non come una reazione ad un singolo evento traumatico come può essere un incidente, una violenza e così via. Le situazioni di stress complesse originano generalmente nell'ambito dei rapporti interpersonali, dove eventi "traumatici" si combinano con un fallimento e con gravi disturbi del sistema di accudimento primario e sono tanto più importanti quanto più investono il soggetto nella fase della formazione della personalità (Liotti 2011). Tali situazioni sembrano pronosticare, in un'età successiva, comportamenti di abuso di sostanze stupefacenti, di

vagabondaggio, situazioni d'inoccupazione prolungata etc. Hase (2004) evidenzia come il 75% dei veterani della guerra del Vietnam ha avuto problemi di dipendenza da alcool. L'autore sottolinea come i pazienti con PTSD mostrano in maniera significativa più problemi di tossicodipendenza rispetto agli altri pazienti (21-43 % vs 8-24 %) mentre Mills et al. (2005) in uno studio su 459 soggetti in trattamento per uso di oppioidi conferma che il 42% ha una comorbilità con un disturbo post traumatico di stress. Gli studi di Zwebn ed Yeary et al. (2006) e Cox (2007), mostrano la comorbilità della dipendenza con la presenza di traumi, anche di piccola entità che se non risolti possono comunque causare un disturbo rilevante. Anche i lavori Thornton (2003), mettono in risalto la comorbilità tra dipendenza da alcool e PTSD riportando che i pazienti con PTSD hanno una dipendenza da alcool nel corso della vita 2/3 volte maggiore rispetto alla popolazione generale, mentre gli adolescenti ricoverati per alcool hanno una probabilità 5 volte maggiore di ricevere una co-diagnosi per il disturbo post traumatico da stress. Donald (2009) evidenzia l'elevata comorbilità tra PTSD e SUD (Substance Use Disorder) facendo notare che generalmente i soggetti affetti da dipendenze sono in realtà trattati solo per tali comportamenti e che raramente seguono terapie anche per il PTSD. Inoltre studi neuropsicologici suggeriscono che trauma e stress possono produrre cambiamenti nel cervello ponendo il soggetto a rischio per futuri comportamenti di dipendenza da sostanze (Donald,2009). Tali ipotesi sono oggi confermate grazie all'utilizzo di nuove strumentazioni che permettono di analizzare il cervello non solo nella sua struttura, ma anche nella sua modalità di funzionamento. I su menzionati studi hanno dato un contributo fondamentale nel valutare le correlazioni tra uso di sostanze e aree cerebrali evidenziando come queste si modificano in modo più o meno permanente quando sono investite da sostanze chimiche esogene (Duncan, 2007). In tal senso indagini condotte con la risonanza magnetica funzionale hanno consentito di dimostrare la relazione esistente tra craving per la cocaina e stress, come riportato da Duncan (2007) e come la reazione del soggetto a eventi stressanti possa fungere da predittore della sua vulnerabilità all'addiction.

Nel prossimo capitolo verranno presentate interessanti teorie sull'abuso e dipendenza da sostanze, esso si dimostrerà utile per comprendere le dinamiche multifattoriali che inducono un soggetto a divenire schiavo della droga.

CAPITOLO 2

LE PRINCIPALI TOSSICODIPENDENZE

Nel 1957, l'organizzazione mondiale della sanità (OMS) ha dato una definizione precisa delle tossicodipendenze: “ *la tossicodipendenza è uno stato d'intossicazione periodica o cronica provocata dall'uso ripetuto di una droga, naturale o sintetica*”.

Secondo il DSM-IV-TR la **dipendenza** da sostanze è “ una modalità patologica d'uso della sostanza che conduce a menomazione o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da tre (o più) delle condizioni seguenti, che ricorrono in qualunque momento dello stesso periodo di 12 mesi:

1. tolleranza, come definita da ciascuno dei seguenti criteri:

- Il bisogno di dosi notevolmente più elevate della sostanza per raggiungere l'intossicazione o l'effetto desiderato
- Un effetto notevolmente diminuito con l'uso continuativo della stessa quantità della sostanza

2. astinenza, come manifestata da ciascuno dei seguenti criteri:

- La caratteristica sindrome da astinenza per la sostanza (riferirsi ai Criteri A e B dei sei criteri per l'Astinenza dalle sostanze specifiche)
- La stessa sostanza (o una strettamente correlata) è assunta per attenuare o evitare i sintomi di astinenza

3. La sostanza è spesso assunta in quantità maggiori o per periodi più prolungati rispetto a quanto previsto dal soggetto

4. Desiderio persistente o tentativi infruttuosi di ridurre o controllare l'uso della sostanza

5. Una grande quantità di tempo è spesa in attività necessarie a procurarsi la sostanza (per es., fumando "in catena"), o a riprendersi dai suoi effetti

6. Interruzione o riduzione d'importanti attività sociali, lavorative o ricreative a causa dell'uso della sostanza

7. Uso continuativo della sostanza nonostante la consapevolezza di avere

un problema persistente o ricorrente, di natura fisica o psicologica, verosimilmente causato o esacerbato dalla sostanza (per es. il soggetto continua ad usare cocaina malgrado il riconoscimento di una depressione indotta da cocaina, oppure continua a bere malgrado il riconoscimento del peggioramento di un'ulcera a causa dell'assunzione di alcool).

Sempre secondo l'OMS, le tossicodipendenze vanno distinte dall'**abuso**, invece, così definito: “*uno stato risultante dal consumo ripetuto di una droga*”.

Anche il DSM-IV-TR differenzia l'abuso dalla dipendenza da sostanze, definendolo come “*una modalità patologica d'uso di una sostanza, che porta a menomazione o a disagio clinicamente significativi, come manifestato da una (o più) delle condizioni seguenti, ricorrenti entro un periodo di 12 mesi*”:

1. Uso ricorrente della sostanza risultante in un'incapacità di adempiere i principali compiti connessi con il ruolo sul lavoro, a scuola o a casa (per es. ripetute assenze o scarse prestazioni lavorative correlate all'uso delle sostanze; assenze, sospensioni o espulsioni da scuola correlate alle sostanze; trascuratezza nella cura dei bambini o della casa).
2. Ricorrente uso della sostanza in situazioni fisicamente rischiose (per es. guidando un'automobile o facendo funzionare dei macchinari in uno stato di menomazione per l'uso della sostanza)
3. Ricorrenti problemi legali correlati alle sostanze (per es. arresti per condotta molesta correlata alle sostanze)
4. Uso continuativo della sostanza nonostante persistenti o ricorrenti problemi sociali o interpersonali causati o esacerbati dagli effetti della sostanza (per es. discussioni coniugali sulle conseguenze dell'intossicazione, scontri fisici).

Le tossicodipendenze più diffuse sono l'alcolismo, la dipendenza da eroina, la cocainomania, l'assuefazione alle amfetamine, ai calmanti, a cui dobbiamo aggiungere, in questi ultimi anni, le tossicodipendenze da benzodiazepine e da antipsicotici; ancora più recente è il gruppo delle tossicodipendenze, che potremmo definire più moderne, rivolte alle droghe allucinogene. La scelta della sostanza stupefacente dipende molte volte da condizioni esteriori o anche dal tipo di personalità, e dagli effetti desiderati dopo l'assunzione della droga: per es. l'alcool è preferito da chi

desidera un rapporto più intenso con il mondo circostante, certe droghe allucinogene invece portano ad un isolamento profondo (Spoerri, 1962). Un'altra motivazione che spinge un individuo ad assumere la sostanza è la necessità di “ sfuggire” al dolore di un trauma subito, senza avere nessuna consapevolezza che la dipendenza darà vita ad altri traumi indefiniti. L'abuso cronico delle droghe porta ad un'alterazione della personalità, ad una disintegrazione morale dell'individuo, che dimostra inadattabilità sociale, evidente nelle relazioni personali e negli impegni lavorativi. Tutto ciò diviene sempre più marcato e presto l'individuo si tramuterà in un elemento parassita e nocivo alla società per l'esempio che diffonde e per il proselitismo che spesso lo caratterizza (Rossini, 1981 p 391).

La migliore classificazione delle principali categorie di sostanze stupefacenti rimane quella di Lewin (1928). Occorre per altro insistere sul fatto che la lista delle sostanze utilizzabili per produrre e mantenere una tossicodipendenza è quasi senza limite ed è sempre aperta. Ecco la classificazione di Lewin, (aggiornata):

Euphorica: eroina e cocaina

Eroina

Tra le dipendenze che si registrano in Italia si tratta della più diffusa e devastante, anche in Europa e Nord-America, nel Terzo Mondo, soprattutto nelle zone di produzione (Sud-Est Asiatico, Medio Oriente). Tale sostanza tossica è caratterizzata da uno sviluppo relativamente rapido di dipendenza fisica e psichica, di tolleranza e da un definito stile di vita. In Italia il consumo è prevalentemente effettuato da adolescenti e giovani adulti che iniziano provando la sostanza, spinti dall'insistenza di amici o coetanei che alimentano curiosità e desiderio di “trasgredire”. Spesso il processo di dipendenza evolve da un uso saltuario, ricreativo “funzionale”, ad un uso regolare più frequente, fino a quello quotidiano, pluriquotidiano e dipendente. Altri usano eroina in un contesto “autoterapeutico”, dal quale generalmente finisce per svilupparsi un uso compulsivo plurigiornaliero, associato con lo stile di vita anch'esso centrato sulla ricerca compulsiva della sostanza. L'abuso di eroina è considerato come “downer” accanto all'alcool e alle benzodiazepine, (per contrastare gli effetti eccitanti degli psicostimolanti quali cocaina e anfetaminici), in un contesto di caotico poliabuso (Gilberti - Rossi, 2009 p 307).

Il metodo di assunzione dell'eroina è inizialmente, la maggior parte delle volte, quello endonasale presto seguito, dall'assunzione endovenosa e endomuscolare. Il soggetto ricerca l'effetto sfrenato, il "flash" una calda sensazione cutanea e viscerale, fisica, pregna di intensità che si accompagna ad una gradevole serenità, ad una sognante indifferenza. Raggiunto l'effetto desiderato, avviene come una simbiosi tra sostanza e corpo vivente, rapidamente il corpo non appartiene più al soggetto, è inerme sotto l'effetto brutale della sostanza. È così che una realtà paradisiaca diviene infernale, può essere causa di morte improvvise. Ecco il "flash" come descritto da un paziente di Cl. Olievenstain (1970): *"...sento l'orgasmo nel mio ventre come una bruciatura insopportabilmente gaudiosa. L'eroina si è impadronita del mio corpo, della mia anima, non c'è più fame da saziare, né sonno da recuperare, una gioia intensa ed una completa soddisfazione dei desideri ha esaurito i miei sensi. A questo punto la felicità ha preso un aspetto nuovo..."*. Tale esempio dimostra la natura della tossicodipendenza e come essa sia una regressione ad una forma primitiva del piacere, assoluto come quello del lattante al momento della sazietà. Piacere che rimpiazza ed esclude ogni altro (Bernard-Brisset, 1981 pag 414).

Una siffatta sensazione d'intenso piacere di tipo psicofisico, insorge rapidamente, dura poco ed è seguita da un periodo di pace, di nirvana, sostenuto dall'effetto ansiolitico ed analgesico della sostanza. Il rallentamento psicomotorio, provocato dall'eroina, si riflette anche nell'eloquio; il soggetto, se la dose è sufficientemente alta, assume posture caratteristiche (in gergo, "piegato"). La coscienza è obnubilata, la parola "abburattata", il respiro rallentato. Le sostanze istaminiche rilasciate a livello cutaneo provocano pruriti, i quali si manifestano nei caratteristici grattamenti. L'effetto passa in poche ore, e lascia il posto, negli assuntori abituali, a periodi sempre più brevi di benessere, seguiti da periodi in cui il soggetto avverte in termini sempre più imponenti il bisogno di assumere una nuova dose, per evitare l'agonia causata dalle crisi d'astinenza (Giberti-Rossi, 2009 pg308).

Da qui la scalata, le possibili implicazioni criminali e antisociali, tutte complicazioni facili da immaginare. L'eroina, durante l'intossicazione cronica, diminuisce il tono del sistema nervoso vegetativo, maggiormente del simpatico, del sistema tiroideo e adrenalino, e di conseguenza provoca variazioni organiche tipiche, quali la pelle arida, il polso lento, pallore, la miosi, la stipsi, la diminuzione della secrezione gastrica e

urinaria, l'inappetenza e conseguente dimagrimento, riduzione della libido e delle mestruazioni, ipotensione; segni d'iniezioni, cicatrici cutanee, esiti di ascessi, prurito, parestesie, tremori, dal lato psichico l'apatia e l'abulia (Rossini, 1981 p 391). Questa sintomatologia domina il quadro di *craving* e il *drug-seeking-behavior*. Nel tossicomane abituale le condizioni di nutrizione e d'irrorazione sanguigna decadono, perché il soggetto non si alimenta a sufficienza. A causa di tali disfunzioni subentra un profondo mutamento della personalità: l'eroinomane trascura ogni dovere professionale e familiare, e polarizza tutta la sua energia residua nel procurarsi, con qualsiasi mezzo, la droga. Ricorre perciò, senza alcun pudore, a menzogne, sotterfugi, furti (Rossini, 1981 p 391).

Il quadro clinico della "*overdose*" (OD) da oppiacei è caratterizzato da: coma, depressione respiratoria e miosi puntiforme. Si tratta di un evento pericoloso per la vita. L'OD tende a prodursi in soggetti con ridotti livelli di tolleranza: momenti critici per il rischio di OD sono quelli in cui il soggetto ricomincia l'uso di eroina dopo periodi di astensione ad esempio dopo un inserimento in comunità, una carcerazione, un trattamento medico che non abbia avuto successo. Il rischio maggiore comprende i momenti in cui giungono a termine trattamenti di recupero o reinserimento sociale non volontari, circostanze in cui si presume che l'assenza di volontà nel seguire il trattamento esponga al maggior rischio di ricaduta. Al contrario, una funzione dimostrata di prevenzione a livello clinico, ed anche a livello di popolazione, è il trattamento con metadone il quale effettivamente alza il livello di tolleranza dei soggetti, oltre che sopprimere, in dosi opportune, il *craving* per l'eroina (Gilberti-Rossi, 2009 p 308).

Quando ai tossicomani è sottratta la droga, si determina un complesso fenomenologico che va sotto il nome di "*sindrome di astinenza*". Essa è un fenomeno noto e caratteristico, ben individuato clinicamente nella sua forma tipica, scatenato dalla sospensione o riduzione di un uso abituale pesante e prolungato (DSM-IV-TR) o dalla somministrazione di antagonisti (nelaxone, naltrexone). I sintomi dall'astinenza da oppioidi sono: umore disforico, nausea e vomito, dolorabilità muscolare, lacrimazione e rinorrea, midriasi, piloerezione, sudorazione, diarrea, sbadigli, febbre e insonnia (DSM-IV-TR).

Cocaina

La cocaina è un alcaloide presente nelle foglie dell'*Erythroxylon Coca*, una pianta che cresce in Sud-America (Perù, Colombia, Ecuador, Bolivia) e che nella tradizione locale viene masticata per sfruttarne gli effetti antifatica e anoressizzanti. Attraverso svariati procedimenti chimici, anche empirici, e con ingredienti domestici, si ottengono preparazioni di diversa purezza e diverso titolo, consumabili con modalità diverse, dalla pasta di cocaina, alla cocaina freebase, alla classica polvere di cocaina cloridrato, alla forma cristallizzata fumabile nota come crack. La cocaina può essere assunta per via endonasale (snorking), endovenosa e inalatoria (fumo). La modalità più diffusa di consumo in Occidente è quella per via endonasale, ma recenti forme di consumo comprendono quella iniettoria, specie in soggetti già abituati ad assumere droghe per tale via e quella fumata, crack e cocaina freebase: in relazione a queste modalità di uso sono segnalate reazioni di tipo violento e pantoclastiche (Giberti-Rossi 2009 pg 316).

La sostanza assunta per via endonasale procura problemi specifici e localizzati. Caratteristica è l'infiammazione catarrale delle mucose nasali (corizia), rinite atrofica, perforazione del setto nasale. Un altro metodo di assunzione è l'iniezione intramuscolare di soluzioni di cocaina. L'abuso di questa droga avviene con più frequenza in soggetti impulsivi e/o estroversi i quali appartengono a determinati ambienti sociali ad esempio: prostitute, alcoolisti, parassiti, ecc. (Rossini 1981 pg 393).

Ciò che ricerca il soggetto è l'ebbrezza cocainica, la quale rassomiglia a quella alcoolica. Gli effetti psicologici dell'*intossicazione acuta* emergono quando la cocaina entra in contatto con il cervello. Le aree che risultano essere alterate sono connesse con l'umore, le funzioni cognitive, quelle istintuali e il livello di consapevolezza. Si determina un'immediata e intensa euforia, paragonata ad un orgasmo sessuale, che può durare alcuni secondi o minuti a seconda della via di somministrazione. Si hanno capogiri, aumentata fiducia in se stessi, aggressività e rabbia inspiegabili. Segue un'euforia di medio grado, mista ad ansia che dura 30-90 minuti, seguita da uno stato ansioso prolungato della durata di alcune ore. I pensieri inondano la mente e la persona diventa "chiacchierona", con un eloquio tangenziale e spesso illogico. L'appetito è annullato, ma segue un recupero nella fase di rebound. In basse dosi la libido è stimolata, la performance sessuale dell'uomo è migliorata poiché l'erezione è prolungata e l'orgasmo è più sentito. A dosi più massicce può apparire eiaculazione

spontanea. Il livello di coscienza è elevato, con uno stato di veglia accentuata che può condurre ad insonnia. L'attività motoria è accelerata con irrequietezza. Gli effetti fisiologici acuti sono manifestazioni dello scarico del sistema nervoso simpatico: ipertensione, sudorazione, iperpiressia, ritenzione vescicale e intestinale, contrazioni muscolari, flush cutanei. Il craving della cocaina è più forte e insistente dopo l'uso recente, e diminuisce a poco a poco quando si prosegue con l'astinenza. Stimoli ambientali possono portare forte craving ai tossicodipendenti anche dopo anni di astinenza dalla cocaina (Giberti-Rossi, 2009 p 317).

Nei casi più gravi insorge il *delirio cocainico*, con obnubilamento della coscienza, oscillazioni del tono dell'umore dall'euforia all'ansia, allucinazioni tattili, allucinazioni visive colorate di tipo cinematografico, illusioni uditive e tattili, idee deliranti coerenti; questo stato patologico si estende per circa una settimana (Rossini, 1981 p 393).

L'assunzione di cocaina può provocare in concreto tutte le immaginabili forme di disordine psichiatrico: disturbi affettivi, schizofreniformi, disturbi della personalità. Nell'intossicazione cronica presto si stabiliscono tolleranza e dipendenza e l'astinenza ha un andamento ipotizzabile e peculiare. La tolleranza si palesa col venir meno di alcuni effetti acuti dell'intossicazione, che divengono meno intensi e più rapidi quanto più procede l'uso cronico. Pani (1996) suggerisce di contraddistinguere, nello sviluppo dell'intossicazione da cocaina, le fasi dell'euforia, della disforia, della paranoia e della psicosi. Con l'istaurarsi della tolleranza, l'euforia si riduce: in genere i *cocaina dipendenti* rammentano che l'iniziale uso di polvere procurava le sensazioni più piacevoli, ma che successivamente l'euforia non è stata più così vigorosa come tendeva essere. L'euforia diminuisce nonostante il graduale aumento delle dosi, mentre il dipendente continua a rincorrere l'"*high*" primario, con impeto crescente a inferiori risultati. L'euforia poi scema fino al punto da non sussistere più nonostante un consumo assiduo della sostanza. Ansia e depressione, con sensazione di disperazione, idee di suicidio sono spesso collegate all'assunzione cronica di cocaina. L'abuso di cocaina con l'avanzare del tempo genera manifeste turbe somatiche: tremori, crisi di sudorazione e di cardiopalmo, midriasi, dimagrimento, crisi bulimiche e sensazione di esaurimento fisico e mentale. La libido è intaccata e la performance sessuale è danneggiata, con impotenza e anorgasmia (Giberti-Rossi, 2009 pp 317-318).

La mancanza di cocaina individua una fase acuta che dura da qualche ora ad alcuni giorni, definita “*crash*”, durante la quale emergono sintomi contrapposti a quelli specifici dello stato d’intossicazione: depressione, affaticamento, sonnolenza, iperfagia, e un fortissimo craving per la cocaina. Tali disturbi sono caratteristici dell’astinenza ed dell’esaurimento fisico. La fase seguente (da settimane a mesi) implica labilità dell’umore, ansia, anedonia, scarsa energia, disturbi del sonno, sospettosità e ricorrenti ondate di desiderio di cocaina che affiorano naturalmente e in risposta a stimoli ambientali. Questi sintomi svaniscono progressivamente dopo mesi o anni, ma il soggetto resta vulnerabile al rischio di ricaduta per tempi imprecisati (Giberti-Rossi, 2009 p 318).

Phantastica

Sono le droghe allucinogene, i “ veleni dell’illusione “ (Ch. Durand). A tale gruppo appartengono la canapa indiana e l’LSD, va incluso anche il *peyotl*, pianta cactacea del Messico il cui alcaloide è la Mescalina. L’impiego della canapa indiana è attualmente molto esteso anche perché non è molto dispendiosa. Indubbiamente la *cannabis sativa*, di cui la coltivazione è facile e il cui principio attivo (cannabinolo) è molto variabile secondo i luoghi di creazione, non è una sostanza tossica di grado superiore come gli euforizzanti dell’ordine antecedente. Per tale motivo e per il basso costo il numero dei veri tossicodipendenti resta piccolo in raffronto al numero dei consumatori. Tuttavia rappresenta una porta d’ingresso nella tossicodipendenza rischiosa per il comune fenomeno della *scalata*. La canapa naturale seccata e triturrata si fuma combinata a tabacco. La sua resina circola in tavolette o bastoncini, qualche volta mescolata all’oppio o al giusquiamo.

Il gruppo dei fumatori: un aspetto degli allucinogeni è che sono sporadicamente consumati in solitudine, ma abitualmente in gruppo. La canapa, ad una certa dose, determina leggeri disturbi vegetativi, alterazioni sensoriali e tattili con un decremento di vigilanza e subeccitamento intellettuale che svincola gli impulsi e facilita la suggestione. Nei soggetti predisposti si rivelano a questo punto illusioni e allucinazioni. Attualmente si dibatte sulla realtà e sull’intensità del pericolo di intossicazione da canapa. Alcuni suggeriscono di lasciarne libero il commercio. Si possono ritenere comprovate due notizie: la proporzione dei veri tossicomani tra i fumatori di canapa è

misurata; ma un certo numero di essi transita dalla canapa all'eroina (Henry Ey-Bernard-Brisset, 1981 p 415).

La Dietilamide dell'acido lisergico, l'LSD è un prodotto di sintesi riconosciuto nel 1938 in occasione della separazione dei costituenti della segala cornuta. Si ingerisce e l'effetto essenziale è quello di produrre importanti e provvisorie alterazioni della percezione (soprattutto nell'ambito visivo: illusioni, allucinosi, pareidolie, allucinazioni, sinestesi; o esperienze di "audizione cromatica"), della corporeità (depersonalizzazione, cenestopatie, etc.) nonché trasformazioni dinamiche dell'umore, distraibilità, tremori, disturbi di tipo cerebellare, etc. La capacità allucinogena dell'LSD è di grado superiore rispetto a quello della canapa. Tuttavia è difficile distinguere quando le illusioni e le allucinazioni derivano dalla droga o quando scaturiscono dall'atmosfera stimolante del gruppo. Secondo Olievenstein queste manifestazioni sono enfatizzate dal soggetto. Lo stesso autore ha constatato che il 12,5% dei soggetti che si aspettano una somministrazione di LSD asserivano di essere allucinati dopo iniezioni di acqua distillata. Come per la canapa, il vero pericolo dell'LSD consiste nell'invito alla "scalata" risentito da un certo numero dei suoi proseliti, che si ritrovano dipendenti da altre sostanze tossiche dopo aver voluto, in partenza, unicamente provare un "viaggio psichedelico" (Henry Ey-Bernard-Brisset, 1981 pp. 415-16).

Dopo l'esperienza psichedelica sono state osservate reazioni psicotossiche estese nel tempo (c.d. "*bad trips*"), stati di panico o ansioso depressivi terminati a volte in tentativi di suicidio, slatentizzazioni di sindromi schizofreniche a intervallo variabile dall'assunzione della droga (Giberti-Rossi 2009 p 322).

Inebrianti

Sono le droghe che danno abbrezza, il cui prototipo è l'alcool. Al suo fianco si collocano: l'etere, il cloroformio, la benzina, il protossido d'azoto ed altri prodotti chimici (colle). L'etere è inalato, inghiottito o iniettato. L'assuefazione è celere. Provoca eccitamento euforico, un'ebbrezza accostata a modificazioni percettive. Effetti negativi sono molto frequenti. Spesso è l'assenza della sostanza tossica preferita che porta i tossicodipendenti all'etere, molto più semplice da ottenere e a basso costo.

La ricerca dell'effetto "flash" da etere produce spesso intossicazioni acute con insufficienza respiratoria (Henry Ey-Bernard-Brisset, 1981 pg. 416).

Hipnotica

Tale vastissimo gruppo include i barbiturici, il cloralio, i bromuri e le benzodiazepine. L'uso di questi prodotti può essere surrogatorio in vecchi oppioman. Il loro utilizzo terapeutico è quello anticomiziale, ipnotico- sedativo e ansiolitico. Tutte le benzodiazepine sono capaci di indurre dipendenza, di solito sono usate in associazione ad alcool o ad altre droghe. La prescrizione va fatta con massima accortezza, per brevi periodi, tenuto conto della personalità del paziente. Le benzodiazepine stimolano la dipendenza psichica e fisica: la sindrome d'astinenza è centrata sull'ansia, insonnia, irrequietezza, irritabilità. Spesso si presentano disturbi di tipo comiziale, che hanno esiti nel decorso di un'intossicazione, e possono essere evitati non sospendendo il farmaco brutalmente (Giberti-Rossi 2009, pp. 320-21). La tesi di Le Guillant (1930) è rivolta al barbiturismo cronico. La dose "utile" è molto somigliante a quella che procura gli accidenti acuti, in quanto l'assuefazione non aumenta la dose tossica. L'abuso di queste sostanze porta ad un deciso aumento delle dosi, dirigendo il soggetto ai confini del coma fino alle crisi convulsive.

Excitantia

Lewin vi collocava il caffè, la canfora, la *kola* e particolarmente le amfetamine, metamfetamie, MDMA, o ecstasy, e varie sostanze analoghe, note come MDA, MDEA, etc.

Le amine psicotroniche (benzedrina, orfedrina, pervitina ecc) sono adottate tanto dai tossicodipendenti cronici a titolo sostitutivo o in associazione, quanto dai giovani che dapprima ricercano in queste sostanze l'opportunità di prestazioni intellettuali più estese e più genuine. Un certo numero di soggetti dopo aver impiegato occasionalmente tali sostanze per via orale, in dosi moderate, vi scorgono un piacere specifico. Per mantenerlo devono aumentare la dose e passano, così, alle iniezioni ed alla ricerca dell'esaltazione particolare del "flash" reiterato più volte al giorno. A questo punto ha inizio l'insonnia, agitazione psicomotoria, anoressia, dimagrimento, tachicardia, sete continua, talvolta convulsioni. Le dosi endovena possono raggiungere notevoli grammi

al giorno. Le correlazioni con altre sostanze tossiche sono frequenti ed in modo specifico con l'alcool. C'è un'inclinazione ad accrescere il consumo in gruppo, tali gruppi possono formare, spesso, comunità violente (Ey-Bernard-Brisset, 1981 p 417).

L'assunzione di MDMA a lungo termine produce danni strutturali alle terminazioni serotoninergiche e dopaminergiche, per tale motivo l'MDMA è stata dichiarata neurotossica. Tali amfetamine possono, inoltre, facilitare in soggetti vulnerabili problemi psichiatrici (dell'umore e psicotici). Si possono avere, in aggiunta, complicanze cardiache (Giberti-Rossi, 2009 p. 320).

Eziopatogenesi generale:

Le interpretazioni patogenetiche delle tossicodipendenze sono diverse: psicoanalitiche, fenomenologiche, sociali.

Per la psicoanalisi nei tossicodipendenti in genere esiste un'organizzazione particolare della personalità con un arresto ad uno stadio pre-genitale, contraddistinto da passività, bisogno di dipendenza, fissazione orale e cutanea (O. Fenichel, 1951). Il tratto caratteriale più palese nel tossicodipendente è l'impulsività indomabile: il soggetto dipendente non può resistere ad uno stato di agitazione che si manifesta internamente e lo porta ad agire come un bambino esclusivamente in funzione del principio del piacere.

L'analisi fenomenologica del concetto di tossicofilia è stata soprattutto condotta da Von Gebsattel (1950): l'assunzione della droga implica un mutamento di stato il quale comprende una distruzione straordinaria dei rigidi confini dell'Io quotidiano, e ciò può acquisire un significato per la vita concreta di un soggetto, a seconda della disposizione individuale. L'uomo nel vizio vive l'esperienza di condurre la sua libertà contro se stesso e questa sensazione vissuta è migliore dell'autentico piacere, appartenente al Sé.

In realtà il vizio va inteso come un gesto di difesa, come schivare un vuoto interiore insopportabile, riempiendolo con un contenuto che riproduce falsamente una realizzazione o una pienezza di sé. Si tratta di un appagamento fittizio e inautentico, di un'apparenza che lascia dietro di sé un residuo d'insoddisfazione e che spinge alla reiterazione dell'atto vizioso.

Restano da considerare i fattori sociali disfunzionali che nella condizione di malessere causata dalla crisi economica attuale, portano soggetti vulnerabili ad un disordine morale. In tale momento storico complesso e drammatico risiedono le premesse favorevoli all'istaurarsi e all'evolversi delle tossicodipendenze; alcune tossicodipendenze scaturiscono frequentemente in particolari ambienti, dove può esservi una sorta di contagio, nel senso che un soggetto tende a conformarsi, ad imitare esempi che gli sono presentati o a replicare esperienze che gli sono state narrate ed esaltate, particolarmente nel tentativo di sottrarsi ad un tormento o ad un ansia interiore. (Rossini, 1981 p 390).

2.1 SOSTANZA, PERSONA E AMBIENTE

Come già esposto in precedenza Lewin (1928) ha elencato le sostanze psicoattive più comuni lasciando ampio spazio a metodi d'assunzione, sintomi dell'effetto in fase acuta, cronica e nella condizione di overdose e d'astinenza. Nel 1985 Zinberg ha integrato tre fattori complessi ovvero **sostanza**, **persona** e **ambiente** i quali condizionerebbero l'eventuale evoluzione dall'uso alla dipendenza (Serpelloni-Gerra,2003).

Sostanza

Nel DSM-IV-TR sono valutate undici classi di sostanze psicoattive: tre sono le cosiddette "droghe domestiche", caffeina, nicotina, alcool. Due sono gli psicostimolanti, cocaina e amfetamine. Tre sono definibili psicodislettici: cannabis, allucinogeni e fenciclidina; due sono sedativi: gli oppioidi ed i sedativi-ipnotici-tranquillanti. Infine le "droghe dei poveri", gli inalanti. Ogni classe di sostanze ha una specifica caratterizzazione farmacologica, un definito profilo recettoriale sul quale agire in luogo del ligando naturale (tipica l'azione degli oppioidi esogeni sul sistema dell'endorfine). Tale caratteristica ha conferito alle sostanze psicoattive la suggestiva definizione di "*falsi messaggeri*". Ogni sostanza è attiva su diversi sistemi neuronali ed extracerebrali, generando numerosi effetti, ciascuno dei quali può essere desiderato e

ambito oppure spiacevole e mal tollerato, o può svolgere funzioni nell'economia psichica del soggetto che ne fa uso. Per ogni classe di sostanze esistono diversi prodotti e ognuno di questi può essere organizzato in modi diversi; da questo possono derivare vie di assunzione diverse, che garantiscono dissimili livelli di biodisponibilità della sostanza, di rapidità di azione e quindi d'intensità di effetto: via inalatoria (fumo) e via venosa (nell'ordine) sono molto efficaci; solitamente sono più lente e meno efficaci la via endonasale e orale. Ogni sostanza è dotata di uno specifico potenziale di abuso e di dipendenza, che può essere alla base di una maggiore o minore pericolosità "additiva". È noto l'alto potenziale di abuso della nicotina fumata nelle sigarette; anche la cocaina e l'eroina, hanno un alto potenziale d'abuso. Questa particolarità rende conto della proporzionale rapidità con cui s'instaurano abitudini di assunzione dopo uso episodico di tali sostanze. Tale caratteristica non ha nesso con la rischiosità medica e tossicologica delle sostanze, per cui sostanze ad alta capacità additiva hanno relativamente scarso potenziale patogeno, come l'eroina, il cui unico elemento in tal senso è il rischio di depressione respiratoria, mentre tutto il resto della patologia associata è connessa alla via e al contesto di assunzione (Serpelloni e Gerra, 2003).

Persona

Le singolarità biologiche provenienti dalla struttura genetica della persona hanno un ruolo nello sviluppo della tossicodipendenza. A conferma di ciò studi di epidemiologia genetica sono stati effettuati su alberi genealogici, su gemelli eterozigoti e omozigoti, su soggetti con genitori biologici tossicodipendenti successivamente adottati da altre famiglie. Tali studi dimostrano un rilevante peso del fattore genetico. I fattori ereditati coinvolti nell'*addiction* sarebbero molteplici, essi emergono in condizioni di vulnerabilità clinico-comportamentale, ovvero un'inclinazione che evolve negativamente lungo il percorso, dall'uso, all'abuso, alla dipendenza. Studi di biologia molecolare cominciano a trovare fattori genetici espressivi di tale vulnerabilità. Questa è stata poi descritta da studiosi appartenenti a diversi orientamenti, ognuno nella propria prospettiva epistemologica, come "Debolezza dell'io" (Khout, 1977); come tendenza alla ricerca di sensazione e di novità ; come propensione alla replicazione degli effetti di ricompensa; come automedicazione di stadi di sofferenza psichica (Khantzian, 1990). I possibili fattori di rischio psicologico personale variano in base all'età. Intorno ai 4-6 anni l'aggressività patologica, il disturbo

dell'attenzione e iperattività, i deficit nella dilazione della ricompensa e/o l'isolamento-timidezza possono costituire fattori di rischio psicologico personale. Tra i 7-11 anni sono vari i disturbi che possono essere considerati fattori di rischio, in aggiunta a quelli già elencati, come: il disturbo della condotta, compagni sfidanti, tendenza al rischio, impulsività, mancanza di cooperazione, coping maladattivo, ansia. Tra i 12-19 anni si registra, oltre ai già citati disturbi, la ricerca della novità, disturbo depressivo, disturbo dell'umore e disturbi d'ansia. Secondo il DSM-IV-TR soggetti con diagnosi di disturbo della condotta in età infantile raggiunti i 18 anni di età potrebbero essere considerati affetti da disturbo antisociale di personalità, ed è quest'ultimo ad avere spesso un ruolo centrale nell'evoluzione della dipendenza (Serpelloni e Gerra, 2003, modificato).

Ambiente

Sotto questo titolo si concentrano la famiglia, il piccolo gruppo, la società più grande, intesa anche come ambiente storico che definisce un quadro culturale e legale. Studi delineano le influenze familiari sulle abitudini di vita, sia nel senso della sobrietà sia dell'abuso, e in entrambe le direzioni; le influenze del gruppo dei pari, spesso demonizzato nelle analisi e nelle iniziative di prevenzione viene come "esorcizzato" poiché considerato, spesso, causa principale di condizionamenti e ricadute, ma talvolta anche sfruttato nelle sue potenzialità positive. L'ambiente (quartiere, scuola ecc) è spesso riconosciuto come un fattore che influenza i comportamenti. Fa parte dei fattori ambientali la disponibilità pratica della sostanza, fattore concreto di fondamentale importanza. È necessario non perdere di vista la totalità: i fattori s'influenzano l'un l'altro e interagiscono. Sono approssimative le analisi che esasperano solo uno dei tanti fattori: la debolezza di carattere, la famiglia inadeguata, l'ambiente balordo, la miseria, l'eccessiva disponibilità di denaro, la mancanza di valori, il disagio. In realtà analisi del genere contemplan tutto e il contrario di tutto. È invece doveroso pensare, ponderare e mettere in relazione i diversi fattori. Il fenomeno dell'uso di sostanze è variegato sul piano quantitativo e qualitativo, fattori diversi interagiscono nel determinarne lo sviluppo, uguale importanza possiedono fattori inerenti alle sostanze, la persona che ne fa uso, l'ambiente in cui l'interazione tra persona e sostanza avviene (Serpelloni e Gerra, 2003).

2.2 NEUROBIOLOGIA DELL'USO DI SOSTANZE E NATURA INTIMA DEL DISTURBO⁶

Numerosi studi a partire dagli anni Ottanta, compiuti da Studiosi come Wise e Bozarth (1984), fino ad oggi hanno permesso di compiere passi decisivi nella definizione della fisiopatologia dell'uso da sostanze. L'effetto biologico comune di tutte le sostanze psicoattive (con l'eccezione degli allucinogeni) consiste nella liberazione di dopamina nella parte corticale ("shell") del nucleo accumbens da parte dei neuroni dopaminergici meso-limbici.

Tale fenomeno è il correlato biologico delle sensazioni di piacere derivanti dall'uso di sostanze. La liberazione in eccesso di dopamina nello spazio sinaptico del nucleo accumbens è prodotta da meccanismi che differiscono da sostanza a sostanza. Chiaramente ogni sostanza, che pure determina la sensazione di piacere desiderata, attraverso l'attivazione di questo circuito neuronale (definito circuito della ricompensa, o "reward system"), ha anche altri punti di attacco nel SNC, e gli affetti connessi configurano nell'insieme la sindrome specifica che ne contraddistingue l'assunzione. Appare evidente, che le sostanze psicoattive agiscono interagendo, nel sistema cerebrale della ricompensa, con le sostanze fisiologiche che mettono in rapporto le sensazioni di piacere legate alle funzioni vitali: cibo, sesso, esplorazione. Questo precisa le molte interazioni comportamentali tra uso di sostanze e tali funzioni fisiologiche ed etologiche. I potenti effetti della sostituzione di sostanze chimiche enormemente più efficaci introdotte dall'esterno, senza limiti biologici, al tempo scelto, rispetto sostanze naturali prodotte in misura fisiologica e in seguito a stimoli naturali scanditi nel tempo generano sconvolgimento neurologico e comportamentale riassumibile nel termine: tossicodipendenza. L'uso di sostanze psicoattive produce una memoria biologica, che diviene con l'evoluzione dall'uso all'abitudine, un fattore di mantenimento della stessa all'origine della natura cronica e recidivante del disturbo (Giberti-Rossi, 2009 pp296-97).

Nel caso della cocaina i principali neurotrasmettitori coinvolti sono: la **dopamina** e la **noradrenalina**. La cocaina blocca prontamente il re-uptake (ricaptazione) della

⁶ F.GIBERTI - R.ROSSI, *manuale di psichiatria*, Piccin Nuova Libreria s.p.a, Padova, 2009, pp 296-297

dopamina nel terminale nervoso presinaptico. Il meccanismo di ricaptazione è il principale tra quelli designati all'abolizione dell'azione sinaptica della dopamina, per cui il blocco di tale meccanismo ha il risultato di ampliare la durata di azione della dopamina e di potenziare il suo effetto gradevole. Le aree cerebrali primariamente implicate nelle funzioni dopaminergiche che regolano le funzioni emotive e l'integrazione fra percezione, emozioni e pensiero sono: l'ipotalamo, il sistema limbico, i nuclei della base e il sistema reticolare. Questi sistemi possiedono molteplici relazioni con le aree corticali e sottocorticali deputate alla coordinazione delle funzioni cognitive (pensiero, memoria, ecc.) e del comportamento. Per quanto riguarda la trasmissione noradrenergica gli effetti della cocaina sono simili a quelli della droga sulla dopamina. In particolare si può osservare che essa nella fase acuta stimola, mentre cronicamente deprime l'attività : stato di ipervigilanza, ipertensione arteriosa, tachicardia, midriasi, vasocostrizione e tremori nella fase acuta; in quella cronica, disturbi del sonno, anergia, perdita della libido, depressione con possibili idee di suicidio, difficoltà di concentrazione (Giberti-Rossi, 2009 p 316).

Nella dipendenza da eroina il ruolo più importante nell'effetto di rinforzo coinvolge strutture cerebrali quali l'amigdala e il nucleo accumbens. I neurotrasmettitori decisivi del meccanismo del rinforzo sono la **dopamina**, i **peptidi oppioidi**, la **serotonina**, il **GABA**, il **glutammato**, i **cannabinoidi** e la **norepinefrina** (Koob, 2000; Comings and Blum, 2000), tutti implicati, più o meno direttamente, dall'azione della diacetil-morfina sul sistema nervoso centrale. Anche per l'eroina il problema della vulnerabilità condiziona strettamente l'instaurarsi della dipendenza, poiché alcuni individui si presentano al primo contatto con gli oppiacei con specifiche alterazioni del sistema dopaminergico e del sistema oppioide (Szeto et al 2001; De Vries et al., 2002), tali da renderli più a rischio per l'instaurarsi del comportamento di dipendenza. La dipendenza da sostanze è considerata una malattia a decorso cronico e recidivante, proveniente dall'assunzione ampliata di sostanze psicoattive, caratterizzata da un impulso faticosamente controllabile a ripetere tale assunzione, sostenuto da un desiderio irresistibile (*craving*), da cui provengono comportamenti finalizzati o non finalizzati tesi ad appagare l'impulso (*drug-seeking-behavior*). La natura più segreta della dipendenza è il craving, il desiderio incontrollabile di usufruire della droga, che sovrasta ogni altra condizione e

considerazione, producendo il comportamento di ricerca di sostanza. L'esistenza della persona si concentra sul bisogno di sostanza, l'uso diviene vitale, rimpiazza altri bisogni e sconvolge il pre-esistente sistema di valori. Secondo le caratteristiche personali e sociali del soggetto il sistema di valori potrà assumere aspetti diversi. La condizione di *craving* e *drug-seeking-behavior* di una persona dipendente da cocaina, socialmente stabile dotata dei mezzi per provvedersi della sostanza e per far ricorso a rimedi appropriati quando decida di smettere è nettamente differente da quella altro di una persona che vive per strada, in precarie condizioni personali (malattie, gravidanza, denutrizione) o sociali (mancanza di abitazione, di reddito) la quale cerca disperatamente una qualsiasi sostanza tossica pur di raggiungere quella sensazione benessere in altro modo irrealizzabile. Le conseguenze della dipendenza da sostanze sul piano sociale e sulla salute della persona prosperano con il progresso dell'uso. Lo stile di vita "centrato sulla ricerca della sostanza", esclusivo della dipendenza, apre incoerenze nella vita della persona. Negli stadi iniziali tenderà ad usare la sostanza in misura tale da tenere sotto controllo il disagio derivante da tali contraddizioni. Potrà poi accadere che proprio il disagio proveniente da tale contraddizione, unito al desiderio di e di cambiamento (frattura interiore, o discrepancy, Festinger, 1973), determini i processi che portano al trattamento e con molta difficoltà alla guarigione. Nel drug-seeking-behavior, e ciò che ne scaturisce in termini pratici, si prolifica intorno alla persona dipendente un alone di giudizio negativo, come un'etichetta, un marchio che pesa sul soggetto. Inoltre la concezione per cui tale problema si estende, tra i due estremi della debolezza di carattere e della ricerca sfrenata del piacere, genera l'idea che l'uso di sostanze sia un vizio morale, comportamento riprovevole, eventualmente da condannare. Queste posizioni contrastano pesantemente con la concezione medica del problema, necessario presupposto di ogni terapia (Giberti-Rossi 2009 p 297).

2.3 LA CORPOREITÀ NEL TOSSICOMANE

Husserl (1931), ha dato forte rilevanza nei suoi studi al ruolo e alle caratteristiche della coscienza. Essa è, secondo lo studioso, composta da un "flusso di vissuti" (*Erlebnisström*) che la conducono verso le cose conferendogli un

senso. Secondo il fondatore della fenomenologia il corpo ha disparate modalità di essere le quali coesistono, il *Körper* e il *Leib*. Il *Körper*, il “corpo che ho”, rappresenta il corpo fisico, somatico, il corpo-cosa osservato allo specchio, toccato, annusato o anche il corpo morto, il corpo studiato dall’anatomia, dalla fisiologia e dalle scienze sperimentali. Dall’altro lato abbiamo il *Leib*, non un oggetto tangibile che termina con la barriera cutanea come il *Körper*, il *Leib* è il corpo vivente, “il corpo che sono”, è il corpo proprio contraddistinto da intenzionalità, trascendenza, vissuto nella sua globalità non nelle singole parti. Fondamentale è la dimensione dell’altro, della coesistenza, il corpo in relazione che “tesse una rete di fili intenzionali” con altri corpi (Merleau-Ponty, 1945). Tali istanze ben distinte tra loro designano un soggetto sano quando corpo e anima coincidono con sintonia,; al contrario nella psicopatologia la sfera somatica e quella psichica assumono diverse sembianze, possono sovrapporsi o essere scisse. Così scrive Martinotti (2009), “ *quando la separazione tra Körper e Leib raggiunge la netta separazione, appare come un insieme di carne e ossa assemblate, prive di un senso specifico, di fronte al quale non si può far altro che, in un’atmosfera terrificante, interrogarsi con perplessità, cercare spiegazioni più o meno plausibili*”.

Nell’esperienza tossicomane il corpo ha un ruolo principale sia sul versante positivo, quando l’estasi dell’assunzione provoca piacere smisurato coinvolgendo tutti sensi, sia in quello “negativo”, nel quale la dimensione del corpo affiora nella tragicità della sintomatologia astinenziale.

Martinotti (2009), inoltre, espone la problematica realtà del tossicomane, rilevando l’aspetto fenomenologico del corpo nel dipendente da sostanze tossiche. La netta disgiunzione tra le due istanze, *Körper* e *Leib*, non concede a tali soggetti la mentalizzazione, ovvero la rappresentazione mentale dell’esperienza emozionale e corporea delle componenti somatico-emozionali, producendo così la ricerca della sostanza come strumento per ricostruire l’originaria omogeneità. Nella tossicomania il sintomo corporeo è da interpretare come la comunicazione di un messaggio che non ha mai raggiunto il mentale, che è stato come cortocircuito nel soma, mai differenziatosi da questo come rappresentazione psichica (Conte, 1999 a). Il pensiero del tossicomane è *iposimbolizzato*, caratterizzato da un Io debole e immaturo. In esso si assiste alla sconfitta della vita emozionale, che si pone fuori dall’area del simbolico, priva di valore, privo di un contenuto latente, situazione nel quale lo psichico è assoggettato al corporeo

(Bion 1970). Meltzer (1982), a tal proposito, parla di teoria “soma-psicotica”, rilevando come il fallimento delle funzioni mentali possa condizionare il corpo in modo patogeno. Si pensi ai dati sensoriali ed emotivi i quali, secondo Bion (1970), gravano sulla mente come “elementi beta” che, se non trasformati dalla funzione mentale alfa in elementi alfa bonificati, si accumulano e appaiono disturbanti per il corretto funzionamento psichico. A ciò si potrebbero collegare le difficoltà del tossicomane nel verbalizzare le emozioni e nel dar loro significato, emozioni che possono essere particolarmente travolgenti, forse d’intensità maggiore rispetto alla persona sana. L’alessitimia è, infatti, tipica nei tossicodipendenti e tende ad assumere caratteristiche psicologiche proprie e particolari (Loas, 2000).

L’intossicazione tenderebbe a rimpiazzare esperienze emotive con esperienze sensoriali, individuabili solo nei due estremi di benessere e malessere, secondo un codice di lettura binario, ipersemplicitistico, capace di decifrare tutta la realtà (Conte, 1999 b). Il soma del tossicomane diventa l’unico mezzo per mettere in scena i disturbi psichici, dal disagio alla patologia (Dotti, 1971). Ulteriormente, nel tossicomane è fondamentale l’agito il quale si esprime principalmente mediante una specifica condotta che è quella di assumere la sostanza fino al raggiungimento dell’effetto desiderato e quando esso cessa il tossicomane non potrà far altro che ripetere il processo.

Spostando l’attenzione in un campo più specifico, come quello delle nuove sostanze d’abuso, si nota come queste siano spesso assunte dal soggetto con lo scopo di incrementare la propria resistenza fisica (basta ricordare le “*dance drugs*”), di stimolare la dimensione somatica, quasi a volerla liberare dal controllo del mentale, fino allo stordimento e alla confusione che determina il distacco completo mente-corpo fino all’estremo patologico come episodi di depersonalizzazione indotti da MDMA, LSD ed altri allucinogeni⁷.

L’esperienza dello *sballo* è riferibile fenomenologicamente, come il conseguimento di una condizione di coscienza al limite, in uno stato chiaroscurale totalmente inscrivibile nella dimensione indefinita della coscienza (Di Petta, 2004).

⁷ G. MARTINOTTI, *Fenomenologia della corporeità. Dalla psicopatologia alla clinica*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2009, pp. 104-105

Assumere la sostanza è l'unico obiettivo e desiderio del tossicomane, esso spinge il soggetto dipendente ad agire, a fare qualunque cosa per soddisfare tale irrefrenabile impulso. Il tossicodipendente è schiavo della sostanza, una padrona che domina l'intera esistenza del soggetto senza pietà. Il desiderio inconscio di distruggersi è più forte del desiderio di libertà, dell'essere padrone della propria vita. Abusare della sostanza, illude momentaneamente, dona sensazione di libertà e pace con se stessi e con il mondo, ma la rapidità con cui essa svanisce lascia disperazione e angoscia. La consapevolezza di essere succubi, schiavi, ormai lontani da quella libertà tanto desiderata, l'evidenza di non poter più combattere da soli, porta tali soggetti a cadere maggiormente nella disperazione. È da tale disperazione, se pur consapevole, che il dipendente dalla sostanza può riprendere la sua vita. Traumi di ogni genere possono segnare la vita del tossicomane, nel capitolo successivo saranno descritti diversi casi clinici di entrambi i sessi, i quali per sfuggire ad un passato pregno di sofferenza hanno deciso di "chiedere aiuto" all'eroina piuttosto che a qualsiasi altra sostanza stupefacente. Molteplici sono le ricerche sull'argomento effettuate in Italia come dall'altra parte del mondo. La peculiarità sarà proprio nel modo in cui diversi soggetti dipendenti approcciano ad un trattamento di recupero specifico, ovvero l'EMDR.

CAPITOLO 3

L'EMDR NEI PERCORSI TERAPEUTICI E RIABILITATIVI DI PAZIENTI ABUSTATORI O DIPENDENTI DA SOSTANZE STUPEFACENTI

La desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (Eye Movement Desensitization and Reprocessing da cui l'acronimo EMDR), come già descritto nel primo capitolo, è un metodo clinico sviluppato da Francine Shapiro (1987) la quale osservò su se stessa che il movimento degli occhi sembrasse ridurre lo stress procurato da ricordi traumatici. Molti studi sono stati condotti per valutare l'efficacia del metodo EMDR, riconoscendolo come *evidence-based* per il trattamento del disturbo post traumatico da stress. Studi neuropsicologici (Donald 2009) suggeriscono che traumi e stress possono produrre cambiamenti importanti nel cervello tali da predisporre il soggetto ad un elevato rischio di comportamenti di abuso di sostanze stupefacenti. Dalla letteratura emerge come possa sussistere un'alta comorbilità tra PTSD, PTSD complesso e dipendenza, mentre, di fatto, i protocolli in uso per la cura delle tossicodipendenze non prevedono il trattamento contemporaneo del disturbo post traumatico da stress, degli eventi traumatici in generale e della dipendenza. In tal senso si ipotizza che l'EMDR possa essere un metodo efficace per trattare contemporaneamente sia i comportamenti di dipendenza che i traumi correlati ad essa. Come accade con i traumi, l'EMDR aiuterebbe a diminuire i disturbi da dipendenza portando l'individuo ad un progressivo equilibrio neurofisiologico e ad una risoluzione del trauma, ma deve essere accuratamente integrato nel trattamento della dipendenza (Zweben & Yeary, 2006, p. 115). Tuttavia l'EMDR non può in alcun modo essere applicato rigidamente ma va "personalizzato" in base alla storia ed alle problematiche personologiche sottostanti la dipendenza. Gli obiettivi della terapia sono: la gestione del *craving*, la crescita dell'autostima, la riduzione dell'ansia, della rabbia, della vergogna e del senso di colpa, tutte emozioni che pervadono il soggetto tossicodipendente. L'assunzione della sostanza, come detto in precedenza, provoca gratificazione e sensazioni positive, successivamente sentimenti negativi, quali vergogna e senso di colpa, si insinuano nella mente dei soggetti e ciò contribuirà

a ridurre l'autostima e l'autoefficacia dei pazienti. La droga assume la funzione di controllo emotivo e contribuisce a far sentire chi la assume completamente inerme. Così, la sostanza psicoattiva diviene una difesa contro, ad esempio, il non riflettere o il non ripensare all'evento traumatico colmo di conseguenze insostenibili e sentimenti negativi. Per questo motivo è fondamentale agire sulla risoluzione del ricordo traumatico "congelato", sulle emozioni e sui sentimenti correlati, spesso inverosimili, e, simultaneamente, incitare l'autostima dei pazienti. Il primo step del metodo EMDR, per la cura della sofferenza individuale dalla dipendenza chimica, consiste nell'arrivare ad una accurata diagnosi, ciò grazie alla formulazione di qualche ipotesi sul trauma e sui modelli di condotta disfunzionali. La relazione terapeutica positiva, seguita da una dettagliata raccolta di informazioni sul vissuto del paziente, porterà ad una specifica diagnosi, tutto ciò è fondamentale per il corretto svolgimento della terapia con EMDR. Nella dipendenza, è necessaria un'accurata valutazione delle esperienze traumatiche e di come gli effetti di tali traumi si siano manifestati nella vita della persona. Per i clinici è necessario conoscere, approfonditamente, la storia del paziente riguardo l'abuso della sostanza, includendo il tipo di sostanza usata, ricadute, sintomi associati all'uso della sostanza, ritiro sociale e periodi di astinenza. Gli esperti, quindi, valutano in quale misura l'uso della sostanza ha compromesso la vita della persona in termini di relazioni personali o lavorative. È anche importante valutare perché il soggetto cerca il trattamento in quel momento. Devono, anche, essere definiti potenziali complicazioni correlate al guadagno secondario. Ciò, come affermato in precedenza, è fondamentale per affrontare un trattamento con soggetti dipendenti. Una corretta diagnosi, perciò, include:

1. Identificare la presenza di disturbi dissociativi e traumi basati sul sintomo.
2. Valutare e affrontare direttamente discorsi sul guadagno secondario.
3. Educare e preparare il paziente al trattamento con l'EMDR, valutandone l'abilità di riuscire a gestire un alto carico emotivo.
4. Valutare la capacità del paziente di interrompere comportamenti compulsivi e

distruttivi poiché altrimenti sarebbe difficile far emergere sentimenti dolorosi legati al trauma sottostante; se il paziente interrompe l'uso della sostanza il recupero sarà più celere.

Molte ricerche si concentrano sull'EMDR come trattamento per le dipendenze da sostanze, inoltre diversi studi hanno il limite di essere "casi singoli" o possedere campioni ridotti. La maggior parte di quello che i ricercatori pubblicano sull'EMDR e la dipendenza, consiste in resoconti clinici o casi clinici. Alcuni studiosi hanno indicato che l'EMDR è un potente strumento per la riabilitazione e il reinserimento sociale dei pazienti tossicodipendenti, se usato correttamente da professionisti altamente formati (Shapiro et al 1994; Zweben & Yeary, 2006). Le ricerche possono essere definite come esperienze dirette, sul campo, dove il campione può variare da uno a una decina di soggetti all'interno di cliniche o in Servizi per le tossicodipendenze (SerT). Si precisa che l'approccio EMDR non s'improvvisa ma bisogna apprenderlo attraverso dei corsi appositi, i quali permettono di non incorrere in gravi errori a danno delle persone che si fidano della professionalità del terapeuta. Dall'analisi della letteratura è emerso l'uso di alcuni protocolli EMDR adattati per il trattamento delle dipendenze. Mentre il protocollo standard viene utilizzato per risolvere le memorie traumatiche, i protocolli adattati mirano a trattare alcuni aspetti specifici dei vari disturbi comportamentali, come quello delle tossicodipendenze. Esiste un protocollo specifico nel trattamento delle tossicodipendenze con EMDR, in altre parole agire sugli effetti del trauma e sulla relazione con la dipendenza. Si rielabora il trauma o i traumi, fattori scatenanti, sensazione astinenza (fisica, disagio), attraverso la desensibilizzare di essi e, contemporaneamente, s'installano nuovi obiettivi. Tali obiettivi permettono al paziente di funzionare in modo positivo, le ricadute non sono considerate fallimenti, ma opportunità per capire, avere informazioni e comprendere cosa le ha generate. Il protocollo EMDR specifico per le tossicodipendenze, pertanto, comprende:

- ***Livello motivazione del paziente:*** quanto è motivato da 0 a 100 ad eliminare la dipendenza
- ***Storia del paziente:*** eventi traumatici dall'infanzia all'età adulta
- ***Storia della dipendenza:*** modelli, prima volta ecc. È necessario scavare sino alla radice del problema, cosa crea dipendenza

- **Risorse positive:** attraverso la visualizzazione, immaginarsi libero dalla dipendenza in futuro, e i vantaggi se non avesse la dipendenza
- **Fattori scatenanti:** scrivere su un diario i momenti in cui è più portato a comportamenti di dipendenza, le sensazioni di disagio che inducono all'assunzione della sostanza.

L'EMDR identifica uno o più fattori scatenanti che provocano disagio e agisce su ognuno di essi permettendo al soggetto di gestire la propria vita contando sulle proprie risorse positive, sulla propria capacità di resilienza. Popky (2003) ha proposto un ulteriore protocollo alternativo dell'EMDR per il trattamento delle dipendenze: il *modello De-Tur* (Desensitization of Triggers and Urge Reprocessing). Il *modello De-Tour* è un protocollo, attualmente molto impiegato, che permette di elaborare stimoli ed eventi disturbanti legati alla tossicodipendenza e nello stesso tempo rafforzare aspetti positivi dell'Io così che il soggetto possa essere in grado di affrontare anche il PTSD sottostante. Il metodo proposto da Popky parte proprio dall'installazione di risorse personali positive e il rafforzamento di queste attraverso stimolazioni bilaterali oculari (SBL) per proseguire il trattamento attraverso l'Identificazione dei fattori che scatenano la compulsione (protocollo DSRC-Desensibilizzazione degli Stimoli e Rielaborazione della Compulsione) e la loro desensibilizzazione ed infine installando uno "stato positivo" dell'Io per ciascun fattore scatenante. Il paziente, accompagnato dal terapeuta, cerca di individuare e sviluppare le risorse, sia interne sia esterne, per favorire il cambiamento (Popky, 2003). In seguito il lavoro si sposta sulla desensibilizzazione di quegli stimoli che innescano i comportamenti di abuso del paziente (Popky, 2003). Briere (1989) affermò che la personalità di un bambino sessualmente abusato, sia indotta alla vittimizzazione e quindi, ad adattarsi a comportamenti disfunzionali. Esempi di tale adattamento disfunzionale sono comportamenti di evitamento, negatività, repressione, percezione cronica di pericolo, di odio verso di sé. Un clinico ha bisogno di sapere come il paziente si comporta davanti a momenti di blocco provocati da ricordi dolorosi e inquietanti e quando tali comportamenti divengono inefficaci e portano il paziente a sentirsi inondato da tali sentimenti o ricordi. Inoltre il clinico deve considerare che i differenti aspetti del trauma, come l'esperienza

pregna di emozioni, possano essere inaccessibili ai pazienti. Braun (1988) suggerì che un ricordo è composto da emozioni, comportamenti, sensazioni, conoscenze e che una o più di queste componenti potrebbe essere dissociata e così inaccessibile al soggetto. Un'accurata valutazione del trauma considera aspetti dissociativi dell'esperienza. Spesso, i pazienti con una lunga storia di trattamenti terapeutici fallimentari, soffrono di un precedente disturbo dissociativo. Tali individui miglioreranno quando accetteranno la presenza di un'alterazione dell'io e accetteranno di cooperare con le loro parti interne segnate dal trauma, e soprattutto sforzandosi di mantenere l'astinenza, fondamentale per il programma terapeutico. Il metodo EMDR richiede che i clinici, adeguatamente formati, riconoscano che il trauma non risolto rappresenta la causa dell'inizio e del mantenimento dell'abuso o dipendenza da sostanza (Carnes 1993; Glantz & Pickens 1992; Kitchen 1991; Meek 1990; Briere 1989). Carnes 1993 riconobbe per l'appunto, grazie ad una sua ricerca, che i traumi non risolti erano frequentemente associati a comportamenti di *addiction* includendo la dipendenza fisica. Egli ha proposto 8 modelli dimensionali integrandoli nella ricerca nel settore della dipendenza e del trauma, e suggerì che i clinici avevano bisogno di valutare accuratamente il comportamento del paziente rispetto a:

- Reazione al trauma
- Reiterazione del trauma
- Responsabilità
- Vergogna
- Piacere
- Blocco (blocking)
- Separazioni
- Astinenza

L'abusatore di sostanze è spesso condizionato dalla mancanza di autostima, spesso modelli inappropriati contribuiscono, negativamente e disfunzionalmente, allo sviluppo emotivo del soggetto nella giovane età (Shapiro, 1994 b, 1993, 1991). Gli effetti provocati dal trauma ad opera dei modelli disfunzionali inducono il soggetto

alla necessità di curarsi da solo e, l'autocura è la sostanza. L'EMDR è impiegato per rielaborare traumi infantili o della giovane età, supportando il paziente, dandogli una concezione funzionale degli eventi passati e del comportamento attuale e futuro. Gli effetti del trattamento sono molto rapidi e, nel corso di una sessione individuale, il terapeuta può testimoniare che il metodo permette uno spostamento delle strutture cognitive alterate, l'EMDR, quindi, accelera l'assimilazione di credenze positive, e la rielaborazione del trauma. La conseguenza è una maggiore cognizione positiva di se stessi, nuove abilità di coping e un comportamento più funzionale e adattivo. Per ottenere effetti terapeutici migliori, il paziente dovrebbe essere innanzitutto stabilizzato, coinvolto in gruppi di supporto, che fanno riferimento ai *12 Passi*, e rimanere sobrio per un periodo di tempo sufficiente al fine di evitare i sintomi di ritiro e astinenza (Shapiro, 1994, p. 379). Il trattamento EMDR per la cura delle dipendenze è valido ed efficace quando è attiva la collaborazione onesta dei pazienti. Tale impegno a voler seguire il trattamento, parte dalla consapevolezza che la droga rende la vita della persona ingestibile e complicata. I pazienti, davvero motivati a voler cambiare, a voler migliorare, possono portare a termine il trattamento di recupero anche in periodi piuttosto brevi. Lovern (1991), ha indicato che spesso alcuni pazienti, i quali sembrano adempiere l'impegno preso, e quindi rispettando la *compliance*, lo fanno in realtà superficialmente, poiché continuano a credere, forse inconsciamente, che possano gestire la loro vita anche assumendo droghe. Tali pazienti ritengono che grazie al trattamento EMDR la loro vita, anche abusando delle droghe, sarebbe stata più semplice e gestibile. È importante evidenziare il valore dell'onestà in una collaborazione terapeutica, poiché non è il solo requisito per il corretto trattamento nell'abuso di sostanze con EMDR, ma è un prerequisito per qualsiasi psicoterapia. È importante che il clinico conosca, come già accennato, la storia della vita del paziente. Un'approfondita anamnesi è fondamentale nella terapia, in modo da poter identificare qualsiasi problema legato ad esperienze traumatiche passate, oppure a eventi recenti insostenibili a livello emotivo, i quali potrebbero suggerire una probabile ricaduta. I pazienti potrebbero avere difficoltà a completare o a seguire con partecipazione il trattamento a causa di:

- Paura di perdere la loro unica fonte d'identità

- Perdere il gruppo di pari
- Perdere le risorse di automedicazione che gli permettono di superare e lottare contro l'angoscia
- Provare senso di sicurezza e potere passeggero

Il clinico potrebbe identificare la strategia necessaria per il recupero cognitivo la quale potrebbe includere un alternativo supporto di gruppo. L'EMDR è utilizzato per far emergere le emozioni del paziente caratterizzate da ambivalenza o da resistenza. L'esercizio del "Posto Sicuro" (Shapiro, 2001) e lo sviluppo delle risorse personali (Korn, 2002) possono essere intraprese anche nelle primissime fasi del programma di intervento, quando il paziente può non essere ancora abbastanza "stabile" per affrontare un lavoro specifico sul trauma. E' clinicamente utile identificare lo specifico evento caratterizzante il comportamento autodistruttivo del paziente e le disfunzioni presenti nell'organismo. L'elaborazione del trauma irrisolto consente l'accesso a molte emozioni inconscie, ciò permette al paziente di affrontare gli elevati livelli di carico emotivo che potrebbero, inizialmente o definitivamente, essere la causa di ricadute o interruzione del trattamento.

Per tale motivo è necessario informare il paziente in cosa consiste l'EMDR e quali saranno i benefici che apporterà alla propria vita. Ciò determina, spesso nel soggetto con motivazione maggiore, un processo di recupero più rapido e duraturo. È importante sottolineare che l'intervento sulle dipendenze da sostanze con EMDR, come tutte le terapie psicologiche e non, è efficace solo con i clienti che sono stati in grado di stabilire una relazione di fiducia con il terapeuta, un'alleanza terapeutica, e che hanno dimostrato la capacità di beneficiare del trattamento.

Attualmente pochi studi sono stati condotti in ambito delle dipendenze correlate al metodo EMDR, soprattutto in Italia. Per l'appunto, saranno riportati di seguito una ricerca, ancora in corso, che prevede l'utilizzo dell'EMDR come integrazione ai protocolli standard per il trattamento delle dipendenze presso una struttura pubblica. Tale ricerca è tuttora condotta dal dott. Matteo Simone, la dott.ssa Silvia Zaccari e la dott.ssa Antonella di Leo.

Saranno presentati, anche, altri studi internazionali, effettuati da Shapiro, Vogelmann-Sine & Sine (1994), i quali attraverso il loro contributo hanno migliorato la vita di pazienti dal passato carico di traumi e dal presente ingestibile. Nel lavoro di tesi verranno descritti alcuni casi clinici, di entrambi i sessi, estratti dalle ricerche appena accennate, ponendo attenzione a come i soggetti reagiscono durante le fasi del protocollo EMDR, adattato per le addiction, e di come tale metodo sia efficace e valido in brevissimo tempo. Saranno le parole colme di fiducia, sicurezza, e stima verso se stessi accompagnate da comportamenti funzionali, come l'astinenza dalle sostanze psicoattive, che riveleranno le potenzialità dell'EMDR.

3.1 STUDI INTERNAZIONALI

Francine Shapiro, Vogelmann, Sine & Sine nel 1994 effettuarono una ricerca centrata sulla dimostrazione che il trattamento EMDR, rivolto a soggetti con dipendenza da sostanze stupefacenti e con diagnosi di PTSD, sia realmente efficace e molto più celere rispetto ad altri trattamenti. La ricerca include la descrizione di alcuni casi clinici e da tale studio verrà estratto il caso clinico di John (non è il nome reale). John, come altri soggetti che hanno partecipato alla ricerca, fu adeguatamente preparato ed informato su cosa consista l'EMDR e su quanto possa essere fondamentale, per la corretta riuscita del trattamento terapeutico, non assumere sostanze durante la terapia. Per assicurare l'astinenza, i pazienti hanno dovuto effettuare periodicamente gli esami delle urine. Un altro fattore indispensabile è l'alleanza terapeutica, il rapporto di fiducia e collaborazione tra terapeuta e paziente, esso costituisce le fondamenta del trattamento. La coppia deve lavorare per un unico obiettivo: elaborare i traumi sottostanti la dipendenza chimica e psicologica al fine di liberarsi dalla droga. Come già accennato, per gli studiosi su menzionati sarà necessario che il paziente partecipi anche a sedute di terapia di gruppo.

3.1.1 Il caso clinico di John

Nel seguente caso si espone l'integrazione del protocollo EMDR adattato, nel trattamento della dipendenza da sostanze psicoattive nella prassi clinica. Nel caso di John l'EMDR è usato ad intermittenza durante tutto il trattamento affinché si possa risolvere l'ambivalenza, i ricordi traumatici sottostanti i disturbi attuali, la possibile ricaduta, le crisi, e ancora consentire al paziente di eseguire comportamenti più adeguati e funzionali, tra cui l'astinenza da sostanze stupefacenti.

La storia

John ha 34 anni, è nato in una famiglia composta da 5 membri, ed egli era il maggiore di 3 fratelli. Dalla storia di John risulta importante sottolineare la difficoltà del paziente a far emergere le proprie emozioni e l'incapacità d'*insight*. Il paziente fu educato rigidamente, soprattutto dal punto di vista della regolazione emotiva. I genitori gli impedirono, sin dall'infanzia, di esprimere i suoi stati d'animo, maggiormente quelli negativi, poiché John doveva rappresentare l'esempio per i fratellini. Nella famiglia del paziente nessuno comunicava i propri sentimenti. Se John avesse dimostrato tristezza o rabbia, suo padre si sarebbe arrabbiato e lo avrebbe punito fisicamente, doveva essere responsabile e adulto poiché entrambi i genitori lavoravano fuori. John, malgrado fosse poco più di un bambino, ha dovuto assumersi molte responsabilità, fungendo da "genitore" per i suoi fratelli minori, quando la madre e il padre erano assenti. Il paziente durante la seduta psicoterapeutica affermò che nonostante eseguisse correttamente e con responsabilità ciò che chiedevano i genitori, non ha mai ricevuto gratificazione, nessuno gli ha mai detto "bravo, sono fiero di te". I genitori non consideravano le emozioni del povero John e soprattutto non lo avevano mai visto come un bambino bisognoso di amore e cure, così egli iniziò a sentirsi invisibile e non importante. Ad esempio, affermò ad un colloquio, che durante i pomeriggi della sua infanzia, spesso, si sedeva fuori in giardino, ma nessuno notava la sua assenza. Lui viveva nella paura costante di esser criticato e sgridato, raccontò in seduta di essere stato punito, severamente con modi brutali, numerose volte per gli errori commessi dei fratelli, e ciò generava in lui sensazioni di solitudine e abbandono. Con il passare degli anni John iniziò a capire che non poteva fidarsi di nessuno, infatti, non socializzò più. Lentamente il distacco dalla

società era l'unica soluzione per sfuggire dal dolore, continuando così ad essere invisibile. Raccontò di non essere mai uscito con una ragazza, era completamente chiuso in se stesso. Andò a vivere da solo a venti anni e diventò infermiere. A ventun'anni iniziò a sentirsi continuamente triste e abbattuto, tanto da pensare più volte di porre fine alla sua vita. Quando John aveva circa ventotto anni, i sentimenti di inutilità e inadeguatezza che lo pervadevano, ormai da moltissimo tempo, gli procurarono non poche difficoltà. Tali sensazioni negative si stavano definitivamente impossessando di lui. Il paziente iniziò a provare intense e dolorose emozioni delle quali non trovava spiegazione. John non aveva nessun amico, non si fidava di nessuno, così ha iniziato ad abusare di eroina. Il paziente riusciva a procurarsi la sostanza grazie al suo lavoro. Per John la dose di eroina divenne necessaria, essa "autocurava" le emozioni dolorose che lo pervadevano. Inizialmente assunse sostanze sporadicamente ma presto realizzò che la droga era un'amica fidata, quella figura fondamentale che nella vita non aveva mai avuto. John ha provato terapie ambulatoriali per poche sedute, speranzoso di poter interrompere l'abuso di eroina, ma le terapie fallirono. Nei due anni successivi continuò l'uso dell'eroina per sentirsi meglio e diventò dipendente usandola ogni giorno. Il suo caporeparto, in quel duro periodo, notò irregolarità nelle medicazioni dei pazienti e, da qualche tempo, scomparivano alcuni farmaci. John fu accusato di rubare le medicine. Fu sospeso dal suo lavoro e intraprese una terapia per tre mesi in ambulatorio per placare la sua dipendenza. Sfortunatamente il trattamento fallì e continuò a drogarsi. Poi entrò in un programma residenziale di tre mesi ma gli chiesero di andarsene perché stava creando problemi. Nel tempo decise di essere più collaborativo con il programma e accettò di seguire un trattamento per essere riammesso al programma residenziale. Dopo aver completato il programma, fu dimesso. Dopo le dimissioni rimase "pulito" per 5 mesi e mezzo. John era veramente spaventato dalle dimissioni e dall'interruzione della terapia perché lontano dall'assistenza e dal controllo terapeutico, le tentazioni di usare le medicine, quando le vedeva a lavoro oppure quando sentiva emozioni negative, erano molto intense. Lui specificò che desiderava essere onesto nel trattamento EMDR perché realizzò che il continuo abuso di sostanze avrebbe compromesso il suo futuro. La valutazione dell'anamnesi di John indica traumi irrisolti, memorie traumatiche che rappresentano la causa del disturbo. Il disprezzo del paziente verso i genitori e verso

se stesso era legato ai numerosi abusi fisici e psicologici che John aveva vissuto, di conseguenza, il paziente, diresse a qualsiasi persona la sfiducia e il rancore provato. Ciò costituì la base dei suoi problemi relazionali. Come obiettivo ottimale gli psicoterapeuti specializzati nell'EMDR lavoreranno su tali memorie traumatiche per permettere a John di adottare comportamenti funzionali e positivi verso se stesso e gli altri.

EMDR sulla sua situazione legale

John decise di affidarsi all'EMDR quando fu sopraffatto dalla paura e dal timore di ricominciare ad assumere sostanze o farmaci. Lui riportò che un giorno fu telefonato a casa da una persona che indagava sui furti che avvenivano nell'ospedale dove John lavorava, e il tale lo accusò di essere un ladro. Il paziente ebbe, dopo quella telefonata, moltissima paura e ansia di poter perdere il lavoro e l'abilitazione alla professione d'infermiere. Il target scelto per la cognizione negativa era *“il mio capo mi perseguita, reputa che io sia un ladro”*. Tale convinzione su se stesso era collegata a ciò che gli era stato trasmesso per tutta la sua vita fino ad allora ovvero, *“io sono cattivo, io sono un reietto, io sono inutile”*. Su un continuum da 0 a 10 della *Subjective Units of Disturbance* (SUD) scale, l'ansia di John era 10. La convinzione positiva desiderata era *“Io ero malato, non potevo fare in modo diverso per superare la situazione”*. La *Validity of Cognition* (VOC) (Shapiro, 1989a) su una scala da 1 a 7, era al livello 2. Durante le sedute con l'EMDR John divenne abile a riconoscere le sensazioni che lo spingevano al suicidio e al desiderio di correre a nascondersi in casa senza fare nulla. John notò che l'EMDR gli facilitò il riconoscimento di emozioni e convinzioni errate su stesso, egli riuscì a sentirsi sollevato dalle sensazioni di essere *“cattivo e senza valore”* trasmessegli dalla famiglia quando lo criticava o lo accusava di presunte trasgressioni. Dopo il trattamento iniziale, furono installati modelli positivi diretti al futuro per aiutarlo a far fronte alle situazioni attuali. Tra questi mettersi in contatto con un avvocato che potesse difenderlo dalle accuse di furto mosse contro di lui. Durante la fase di trattamento sulla situazione attuale, il livello del SUD scese da 10 a 2, poiché si sentiva pronto ad affrontare le imputazioni che lo coinvolgevano. Il suo punteggio della VOC per la cognizione positiva raggiunse punteggio 5 alla fine della sessione. John si sentiva abbastanza sicuro che avrebbe

potuto ottenere l'assistenza legale e quindi affrontò la sua situazione. Il paziente dichiarò che dopo la sessione con l'EMDR riuscì a superare la situazione in maniera soddisfacente e non rifiorirono in lui idee suicidarie o gli impulsi volti al consumo di droga, come spesso gli capitava. Infatti, in un mese, la situazione giudiziaria di John si risolse completamente. La sua licenza non fu revocata poiché le prove erano insufficienti. Qualsiasi accusa mossa contro John, quindi, fu archiviata. Il trattamento EMDR è stato molto efficace nel ritrattamento delle cognizioni disfunzionali, portando John ad affrontare la situazione colpevolizzante in cui era coinvolto e, allo stesso tempo, nel prevenire le ricadute. John migliorò il suo *insight* dopo la prima sessione di EMDR, giacché si rese conto di come il trauma passato, vissuto nella giovane età, fosse collegato al presente, immobilizzandolo, facendogli rivivere emozioni di sconforto e inutilità.

EMDR sui problemi emersi con il suo sponsor

Con il procedere del tempo e delle sessioni di EMDR, emerse ancora più materiale dal passato di John. La terapia lo aiutò a rendersi conto che la sua bassa autostima era radicata nel modello disfunzionale passato che gli era stato trasmesso, ciò causò in lui sensazioni come sentirsi inutile, infelice e vittima nel presente. Ad una seduta, John arrivò in uno stato di estrema agitazione e ansia, mentre esponeva ciò che gli era accaduto fu sopraffatto da sentimenti di tristezza e di tradimento. Egli ammise di aver assunto farmaci antidolorifici per un'ernia del disco e che il suo *sponsor* (ex-tossicodipendente che funge da supporto durante il *craving* per chi ancora assume sostanze) lo accusò di non aver rispettato l'astinenza e aver avuto una ricaduta. Quando il problema fu esaminato, divenne evidente che John non disse al medico della sua dipendenza da sostanze e, pertanto, gli fu prescritto un farmaco antidolorifico contenente un oppioide. John però, lo aveva, assunto come prescritto, quindi senza abusarne. Il paziente riconobbe di aver fatto un errore quando non riuscì a chiedere se il farmaco prescritto contenesse sostanze a lui "familiari". John aveva ben compreso il suo problema, ma sentiva che era un "errore onesto, accettabile" e che il suo *sponsor* avrebbe potuto dargli il beneficio del dubbio.

John accettò di affrontare la situazione e grazie all'EMDR trattò i sentimenti avversi scaturiti da tale evento. Il *target* scelto per la convinzione negativa fu: "il mio sponsor mi ha tradito". La cognizione negativa includeva: "Sono stato cattivo, io sono un ipocrita, mi odio, non sono degno di vivere". Il SUD per l'ansia corrispondeva a 10. Le cognizioni positive, invece, comprendevano: "Sono degno di vivere, questo è il punto di vista del mio sponsor, posso gestire la situazione". Il suo punteggio della VOC per tale cognizione positiva corrispose inizialmente a 2. John affermò che quando si confrontava con il suo *sponsor*, riviveva il modo in cui il padre lo aveva sempre trattato e di come si sentisse, nuovamente, rifiutato. Egli è stato in grado di elaborare una serie di ricordi, corrispondenti alla prima infanzia, strettamente correlati con la situazione attuale. John ha riconosciuto che il suo primo impulso fu di correre a nascondersi nella sua stanza, proprio come accadeva da bambino. La rielaborazione dei traumi aiutò John a identificare queste situazioni come ormai passate, e quindi terminate. Successivamente, il paziente fu in grado di riconoscere che il suo *sponsor* ebbe una percezione fin troppo dura nei suoi confronti e che avrebbe dovuto raccontargli quello che provava a causa della sgradevole situazione. L'istallazione di un modello comportamentale futuro funzionale consisteva nel fatto che John fece del suo meglio per cercare di mantenere la sobrietà e l'astinenza, e che avrebbe dovuto vivere l'errore commesso come un insegnamento. Da quell'esperienza in poi John avrebbe sempre chiesto al suo medico farmaci che non stimolassero dipendenza. Il paziente si predispose a tollerare sentimenti dolorosi, anche se il suo sponsor avesse rifiutato di lavorare ancora con lui ad esempio per una non accettazione della situazione. Al termine della sessione di EMDR, il livello del SUD di John diminuì a 2,5. Il suo punteggio della VOC corrispose a 5, considerato accettabile in quanto si sarebbe sentito veramente bene con se stesso solo dopo aver parlato con il suo *sponsor*. Anche in questa situazione l'EMDR si dimostrò fondamentale. Il metodo consentì a John di affrontare la difficile situazione e di risolvere il problema in modo efficace. Inoltre, l'EMDR gli permise di tollerare i livelli di emozioni negative che sorsero quando il suo sponsor decise che non avrebbe potuto più lavorare con lui. John fu in grado di accettare il punto di vista del suo sponsor e decise che avrebbe avuto bisogno di trovare qualcun'altro che fosse più tollerante.

EMDR sulle tentazioni e sulle probabili ricadute

John continuò a provare un forte desiderio di usare droghe, provocato dalle bottiglie di farmaci che vedeva nel suo ambiente di lavoro. Egli riferì che uno dei suoi compagni di stanza di recente assumeva farmaci antidolorifici e John fu molto tentato da tale situazione. Egli ammise che quando andò a trovare i suoi genitori, fu molto combattuto nel cedere o meno alla tentazione di assumere medicinali presenti nell'armadietto dove erano riposti. Le sue tentazioni rivolte all'assunzione dei farmaci, quando questi erano alla sua portata, corrisposero al target per quattro sessioni di EMDR, finché John si sentì più fiducioso e capace di riuscire a resistere alle tentazioni e rimanere così sobrio. I targets includevano le emozioni e le sensazioni fisiche provate, associate alla tentazione di utilizzare farmaci. Le cognizioni negative riportate da John furono: *"Io sono vulnerabile, non posso farcela senza le droghe"*. Il suo livello del SUD fu 8.5. Per quanto riguarda le cognizioni positive, il paziente asserì: *"Gestisco la mia vita libero dalla droga, posso gestire i miei sentimenti, posso gestire la situazione in modo adeguato"*. Il suo punteggio della VOC corrispose a 3 all'inizio della sessione. Al termine delle quattro sessioni il suo livello SUD scese a 2 e il suo punteggio della VOC aumentò a 7. Durante la ripetuta elaborazione di tali bersagli, si è potuto accedere a molte credenze e sentimenti circa il suo futuro recupero. John fu in grado di riconoscere che sentiva la necessità di assumere la droga per sentirsi bene e che lui non voleva affrontare il dolore legato alle persone del passato, ciò che più temeva era affrontare situazioni difficili. Il paziente ha riconosciuto che non era abituato a ricevere attenzione e cura dagli altri e quindi si percepiva come "pazzo", per tale ragione voleva tener segreta la sua psicoterapia. Inoltre, John inizialmente confessò che sperava di poter gestire la propria vita utilizzando occasionalmente le droghe e che egli avrebbe sofferto senza di loro. Durante le sessioni successive, fu in grado di ammettere che le droghe avevano reso la sua vita ingestibile e che lui non poteva utilizzarle in modo controllato. John fu in grado di riconoscere che se avesse assunto anche una sola pillola, non avrebbe più smesso. È anche arrivato a comunicare cognizioni positive, come ad esempio immaginarsi membro onesto e attivo del programma terapeutico di gruppo per narcotici anonimi, portando a compimento i 12 passi caratteristici della terapia, e vincendo così la sua paura verso la vita. John, però, si dimostrò ancora riluttante ad usare l'EMDR per risolvere i primi

ricordi traumatici in modo più completo. Le installazioni consistevano nella preparazione per i futuri fattori scatenanti la ricaduta e aumentare la fiducia in se stesso, ovvero sentirsi in grado di gestire le situazioni avverse senza ricadere nella dipendenza dalle droghe. In particolare, John raccontò che quando si trovava in compagnia del suo *sponsor* e altri amici stretti, spesso sentiva il desiderio schiacciante di usare le droghe, ma per sfuggire a tale imperante desiderio scelse di allontanarsi dal gruppo.

EMDR sulla probabile molestia subita a 14 anni

Nel corso della terapia, John dichiarò che le sessioni di EMDR furono estremamente utili nel frenare il suo desiderio di assumere la droga e ciò fu importante poiché implementò in John le proprie capacità di coping. Ogni volta che furono riattivati sentimenti molto dolorosi, come l'abbandono, e la bassa autostima, John avrebbe voluto offuscarli. Tuttavia, grazie alle sue riscoperte capacità d'insight e al riconoscimento del suo modello disfunzionale di risposta, John fu in grado di identificare la sua vulnerabilità e quindi prepararsi al meglio nella gestione delle sue emozioni negative. John fu disposto a sottoporsi alla sessione di *targeting*, per risolvere questo problema di origine interamente familiare (a causa della pressione ricorrente), rimanendo, però, vulnerabile alle ricadute. Un altro nodo difficile da sciogliere, dopo un anno di trattamento con l'EMDR, emerse in seguito ad una crisi di John. Durante le sedute di EMDR, John riferì un vuoto di memoria corrispondente al periodo della sua adolescenza. Mentre la sua ripresa progrediva, emerse un ricordo di molestie. La rielaborazione del ricordo favorì la comparsa di ulteriori memorie precedenti. John riferì che mentre dormiva un pomeriggio, al suo risveglio fu molestato dallo zio. Il paziente aveva circa 14 anni. Tale ricordo fu percepito da John in modo molto disturbante.

Egli affermò che iniziò ad assumere droghe perché le sensazioni che lo travolgevano erano troppo dolorose e opprimenti. L'ipotesi dei medici, fu che probabilmente la molestia poteva non essere in realtà mai accaduta, poiché in molti anni di terapia (senza EMDR) non emerse mai quanto riportato da John. Tuttavia, a prescindere dalla loro fondatezza, fu clinicamente importante elaborare tali immagini cariche emotivamente, in modo da poter affrontare l'angoscia provata e la possibile

influenza sul comportamento disfunzionale attuale. L'EMDR fu impiegato per aiutare John a gestire il dolore provocato dall'immagine della molestia. Il livello SUD di ansia corrispose a 10. Le sue cognizioni negative furono *"io sono vulnerabile, io sono una vittima"*. Le sue cognizioni positive furono *"è finita, ciò che mi è accaduto appartiene al passato"*. John si sottopose a due sessioni di EMDR volte a risolvere il problema completamente. Ciò divenne evidente nel livello del SUD che equivalse a 2, poiché John sentiva di poter gestire la situazione. Per la VOC il punteggio fu 6, dato che non aveva, ancora, affrontato il presunto autore della molestia e per tale ragione ritenne opportuno darsi 6 e non 7. Durante l'EMDR, John elaborò l'immagine della molestia così come i suoi sentimenti di rabbia, vittimizzazione, abbandono e maggiormente della sua incapacità di parlare con qualcuno rispetto a quanto gli era accaduto in passato.

Le installazioni furono finalizzate a coping futuri, inclusi chiedere sostegno e appoggio al suo sponsor, alla sua famiglia, e ad altri amici. Inoltre, John fu preparato all'incontro con il presunto autore della molestia, quando si sarebbe sentito più sicuro. Il paziente decise che avrebbe voluto interagire con lui in maniera superficiale, senza scavare troppo nel passato. John si sentì molto più capace di affrontare qualunque evento della sua vita, infatti, grazie all'EMDR e, soprattutto, alla sua grande forza di volontà, egli fu in grado di incontrare, senza eccessiva ansia, il "presunto" autore della molestia durante una riunione di famiglia. Per John l'EMDR fu estremamente utile ad accelerare la ripresa e nel prevenire le ricadute.

Conclusione trattamento con EMDR

Il programma di trattamento di John è rivolto in modo specifico a soggetti in fase di recupero dalla dipendenza da sostanze psicoattive. L'EMDR è stato utilizzato a intermittenza, ogni volta che i sentimenti di John divenivano insopportabili. Il trattamento gli fornì l'occasione di neutralizzare ricordi traumatici sottostanti. Attraverso l'EMDR, l'*insight* del paziente aumentò e con esso anche l'acquisizione celere di nuovi comportamenti molto più funzionali. Il materiale traumatico sottostante è stato trasformato a poco a poco, ciò avveniva ogni volta che John dimostrava di essere

maggiormente in grado di integrare le esperienze precedenti. John fu capace di rimanere sobrio e svolse attività retribuite per circa diciotto mesi, da quando iniziò la terapia. L'EMDR è stato molto utile a rafforzare il programma di recupero di John e, inoltre, ridusse le probabilità di ricaduta, neutralizzando i fattori di rischio ed i ricordi traumatici sottostanti, grazie all'installazione di un modello di azioni appropriate orientate al futuro.

3.2 STUDI EFFETTUATI IN ITALIA

Il dott. Matteo Simone, la dott.ssa Silvia Zaccari e la dott.ssa Antonella Di Leo attualmente stanno effettuando una ricerca che prevede l'utilizzo del metodo EMDR come integrazione ai protocolli standard per il trattamento delle dipendenze, presso una struttura pubblica nel Lazio. Tale ricerca è volta a dimostrarne la sua l'efficacia nel trattamento delle dipendenze

Gli operatori del SerD hanno contribuito e contribuiscono alla corretta riuscita del lavoro. Essi sono efficientemente preparati all'accoglienza dell'utente, rendendo tale fase del protocollo fondamentale. Essa consiste nell'offrire e presentare ai pazienti, la possibilità di aderire ad un programma psicoterapeutico alternativo a quello standard. Gli operatori forniscono informazioni preliminari sul metodo e sulle finalità di ricerca motivandoli anche sul fatto che grazie alla loro adesione al trattamento si potrà valutare e dimostrare l'efficacia o meno dell'EMDR nel trattamento di soggetti tossicodipendenti, rispetto ad altri metodi, sottolineando che si tratta di un procedimento validato già per altre problematiche, da almeno quindici anni. Infine l'operatore consiglierà al paziente interessato di prendere un appuntamento con l'esperto il quale spiegherà meglio in cosa consiste il programma. Se il paziente non rimane soddisfatto dal colloquio può essere comunque reinviato ad un altro percorso terapeutico. Verrà consegnato il foglio informativo sull'EMDR e il consenso informato sull'EMDR e sugli obiettivi della ricerca. La ricerca è suddivisa in fasi, che partono, come appena indicato dall'accoglienza, e terminano con il follow-up a 3, 6 e 12 mesi.

Fase 1: i soggetti arrivano all'accoglienza dove un operatore della struttura accoglierà la richiesta dell'utente. In questa fase il soggetto sarà informato dei programmi disponibili e della ricerca EMDR. Verrà inviato al medico per gli esami di routine e se non interessato al protocollo EMDR, verrà inserito nei percorsi standard di cura del SerD.

Fase 2: I soggetti che partecipano al programma saranno sottoposti ai test ed inviati al colloquio con il terapeuta EMDR che darà tutte le informazioni sul protocollo. Inizierà così la fase sperimentale che vedrà i soggetti coinvolti in 18 sedute EMDR. I soggetti del gruppo di controllo, una volta compilati i test ed essersi sottoposti al colloquio con un medico, seguiranno il programma di routine della struttura pubblica.

Fase 3: finita la fase sperimentale, dopo sei mesi, i soggetti del gruppo sperimentale saranno sottoposti nuovamente ai test e al colloquio con il medico. Lo stesso per il gruppo di controllo il quale, passati sei mesi dall'inizio del programma, sarà sottoposto ai test e al colloquio con il medico.

Fase 4: follow-up a 6 e 12 mesi per entrambi i gruppi.

La ricerca effettuata dal team di psicoterapeuti EMDR, in sintesi, mira a valutare:

1. L'efficacia dell'EMDR nel ridurre il comportamento compulsivo all'uso di sostanze anche in funzione del minor tempo impiegato nel raggiungere gli obiettivi rispetto ai protocolli standard;
2. L'aumento della compliance al trattamento con un protocollo EMDR;
3. L'efficacia del metodo nel ridurre l'impatto emotivo degli eventi traumatici del paziente abusatore.

La valutazione *della riduzione del comportamento compulsivo* avverrà attraverso le analisi dei *drug test* ai fini della ricerca verranno elaborati i dati di inizio, metà e fine trattamento e, la scala di autovalutazione SCQ-39. La *compliance al trattamento* sarà valutata dall'analisi dei soggetti che rimangono in terapia e che terminano il programma. Mentre l'efficacia del metodo EMDR nel *ridurre l'impatto emotivo degli eventi stressanti* è valutata attraverso la comparazione dei risultati dei test BDI, STAI, e INVENTARIO

EVENTI STRESSANTI E TRAUMATICI DELLA VITA (Giannantonio)
al pre e post trattamento e del colloquio clinico.

La somministrazione del protocollo EMDR consiste in 18 sedute, per un periodo di trattamento di circa 6 mesi. L'obiettivo è quello di poter somministrare il protocollo a circa 30 soggetti con diagnosi di dipendenza da alcool, cocaina, eroina o poliassuntori. Il trattamento dei pazienti segue specifici steps:

- 1) Instaurare una relazione terapeutica positiva
- 2) Raccogliere informazioni rispetto traumi passati o presenti e la storia dipendenza
- 3) Rafforzare la motivazione al trattamento attraverso obiettivi terapeutici positivi e raggiungibili e potenziare le risorse personali
- 4) Desensibilizzazione degli eventi traumatici in ordine cronologico
- 5) Desensibilizzazione della memoria della "prima volta" e del/dei fattori scatenanti la dipendenza
- 6) Desensibilizzazione del livello di compulsione "*level of urge*" e dei fattori scatenanti "*triggers*" il comportamento di dipendenza
- 7) Desensibilizzazione del ricordo delle ricadute
- 8) Installazione di uno stato positivo dell'IO per ogni fattore scatenante

I test utilizzati sono:

- **BDI** (Beck Depression Inventory Scale di Beck) per la rilevazione del rischio della depressione e per discriminare pazienti affetti da depressione clinica rispetto a pazienti psichiatrici non depressi.
- **DES** (Dissociative Experiences Scale di E.B. Bernstein e F.W. Putnam) per la misurazione del livello e del tipo di esperienza dissociativa
- **INVENTARIO EVENTI STRESSANTI E TRAUMATICI DELLA VITA** (Giannantonio)
- **STAI** (STAI-Y: State-Trait Anxiety Inventory - forma Y) : Questionario di autovalutazione per l'ansia di stato e di tratto (C.D.Spielberger, R.I.Gorsuch, R.E.Lushene)
- **SCQ-39**

Poiché la ricerca è ancora in corso, l'analisi dei dati dei test è ancora in fase di elaborazione, ma è comunque interessante soffermarsi su alcuni casi clinici per dare rilevanza alla modalità con cui l'EMDR viene utilizzato.

3.2.1 Il caso clinico di A.

A. ha portato a termine ad oggi 15 sedute di cui 11 con EMDR. Paziente maschio ha 32 anni e risulta essere un poliassuntore. Il primo contatto con i servizi per la tossicodipendenza è avvenuto nel 2005. Non ha mai voluto seguire un trattamento psicoterapeutico, ma solo colloqui sporadici con gli psicologi e lo psichiatra.

Nel corso degli anni ha frequentato il SerD in modo occasionale, seguendo la terapia farmacologica per pochi mesi e poi scomparendo per altrettanti mesi. In passato è stato in cura con Buprefene e attualmente Naloxone. A. si presenta come una persona molto timida, sorridente, poco curata. Accetta di far parte del gruppo sperimentale e sembra essere molto motivato dopo aver avuto spiegazioni sul protocollo. Il paziente ha sempre rispettato gli appuntamenti e le due volte che, per problemi lavorativi, non ha potuto partecipare alle sedute, ha informato tempestivamente la psicoterapeuta. A. ha più volte cercato di combattere la dipendenza da sostanze, ma la sua incapacità d'*insight* ha reso ogni tentativo fallimentare.

La storia

A. è laureato, ed è impiegato presso un'azienda. Ha una sorella più grande, sposata e con figli. Il papà è morto di recente. Descrive la sua famiglia come tranquilla, con buoni rapporti tra i suoi membri. Non emergono, dal colloquio anamnestico, situazioni di disagio economico o eventi traumatici. A. sembra aver passato un'infanzia serena. Racconta della sua adolescenza e dell'età adulta sottolineando qualche problema relazionale soprattutto con le ragazze per via della sua timidezza, ma tendenzialmente descrive il periodo come tranquillo, senza eventi traumatici. A scuola è sempre andato

bene ad eccezione del IV anno, dove viene bocciato a causa delle numerose assenze. Privatamente A. recupera l'anno e poi torna a studiare presso una scuola superiore pubblica, dove consegue la maturità con ottimi voti. Il paziente si descrive molto capace nello studio e nel lavoro ma con poca memoria rispetto gli eventi che lo fanno stare male. A. afferma: *“Dico di essere stato bene, ma, forse, se sono qui oggi tanto bene non sto, ma non so cosa ho. Tendo a dimenticare le cose che mi fanno stare male”*. Il primo contatto con le sostanze, di fatto, avviene molto presto: a 14 anni THC, a 15 anni anfetamina ed ecstasy, a 16 cocaina e a 18 eroina per inalazione. La famiglia non si accorge del problema di A., sarà lui a comunicarlo alla madre e alla sorella, dopo la morte del padre. Il paziente spiega la sua iniziazione alle sostanze affermando che gli amici ne facevano e ne fanno uso e la sua curiosità lo ha portato a provare e poi a diventarne dipendente. A. dice che il suo problema è che egli è una persona “curiosa” e “presuntuosa”, tali pensieri lo portano alla falsa credenza che possa smettere in qualsiasi momento. Il paziente fa coincidere l'inizio della sua storia di dipendenza al momento in cui iniziò a comprare l'eroina, cioè a 18 anni. Da quel momento, l'uso della sostanza non fu più sporadico. L'idea che emerge durante una seduta è che l'eroina gli serva per calmarsi: *“Se possiedo tale idea, devo essere stato molto agitato”*. Il paziente è tutt'oggi convinto che la droga gli serva per calmarsi e addormentarsi. Descrive come buoni i suoi rapporti con colleghi e amici. Vive da solo e nel fine settimana torna nel paese dove vive la mamma. Nel momento della presa in carico il paziente risulta essere positivo al test per l'eroina e cocaina. L'obiettivo su cui A. vorrebbe lavorare è: *“Rimuovere il chiodo fisso della droga”*. Questo gli permetterebbe di avere relazioni migliori e di dare priorità ad amicizie non legate al mondo della droga e magari avere anche una relazione sentimentale. Come posto sicuro A. utilizza l'immagine di un'isola tropicale e la sensazione di rilassatezza, tranquillità e sicurezza che sente immaginandosi disteso sulla spiaggia al sole. La parola “chiave” sarà “PARADISO”. La tenacia e la costanza sono state le risorse emerse in A. nel momento in cui è determinato a perseguire un obiettivo, esse furono individuate dalla terapeuta quando il paziente parlò della sua carriera scolastica e universitaria. La sensazione di forza che ne consegue, ovvero la forza come stato positivo dell'io, è stata installata dalla terapeuta attraverso i movimenti bilaterali e successivamente fissata. A. ha utilizzato prontamente il suo posto sicuro a casa,

soprattutto per addormentarsi al punto tale che, dopo i primi tre colloqui, ha affermato di non utilizzare più eroina per addormentarsi. Ora l'uso è circoscritto al consumo con gli amici. Rimane difficile per la terapeuta rintracciare eventi traumatici su cui lavorare con l'EMDR, giacché A. sostiene di non averne vissuti o di non averne memoria. Gli unici due eventi che riporta sono: la morte del padre e la bocciatura del IV anno, evento più antico e più disturbante. Tali eventi sembrano non essere legati direttamente alla storia della dipendenza, poiché posteriori al suo inizio. La difficoltà a rintracciare eventi disturbanti sembra legata a difese dissociative, come, di fatto, emergerà in seguito durante le sedute EMDR. La droga nel suo consumo, sembra legata al suo aspetto placante l'attivazione emotiva del paziente, modulatore della timidezza e quindi mezzo facilitante le relazioni sociali.

EMDR sull'evento traumatico più disturbante

La somministrazione dell'EMDR sull'episodio traumatico più disturbante per il paziente viene registrata dalla terapeuta come segue nelle sue parti più significative. L'immagine più dolorosa per A. fu vedere i quadri che riportavano la non ammissione agli esami di stato. La convinzione negativa (CN) fu *“non ho il controllo/non posso fare più nulla”*, la convinzione positiva (CP) fu *“posso fare qualcosa”*, il livello della VOC corrispose a 1 e il SUD a 9, l'emozione associata fu la rabbia e la localizzazione del fastidio emotivo nel petto. A. ha mostrato una notevole difficoltà nella seduta EMDR, disse di sentirsi la testa vuota, di non ricordare, di non avere immagini, né parole. La derealizzazione che A. ebbe per qualche secondo fu percepita dal paziente, il quale se ne preoccupò moltissimo. La terapeuta a questo punto interruppe la seduta EMDR e decise di usufruire dell'immagine e dell'emozione associata al posto sicuro per far diminuire la preoccupazione e l'ansia. Nella seduta successiva la psicoterapeuta chiese di recuperare l'immagine da cui erano partiti la volta precedente e A. la descrisse come lontana, sfocata e non più disturbante: il livello del SUD corrispose a 2. Il paziente è incredulo che l'immagine non sia più disturbante e per questo non riesce a scendere fino a zero nel SUD, per cui la terapeuta accetta tale valore come ecologico. La CP affermata fu: *“non è una cosa importante, sono diventato ingegnere, posso fare qualcosa”*. La VOC passò a 6 e poi 7 dopo l'installazione.

EMDR sul trauma legato alla morte del papà.

L'immagine disturbante per A. fu vedere il papà in coma sul letto d'ospedale. Non fu possibile per la psicoterapeuta rintracciare la Convinzione Negativa. A. apparve essere completamente bloccato. Il livello del SUD fu 10 e l'emozione associata fu la tristezza. La terapeuta proseguì, comunque, con la desensibilizzazione senza CN ma A. in quel momento avvertì mal di testa, sensazioni di freddo che lo penetravano. L'elaborazione sembrò non procedere. La terapeuta, a questo punto, decise di comunicare ad A. che poteva anche non verbalizzare ciò che stava provando, e gli disse di avvisarla quando si sarebbe sentito più tranquillo o quando avrebbe visualizzato immagini positive. La sessione di EMDR continuò con la desensibilizzazione fino a che il paziente tornò ad essere rilassato. All'incontro successivo la terapeuta chiese di recuperare l'immagine da cui partirono la seduta precedente, e anche questa volta il livello del SUD fu 2 ma non zero poiché anche qui, per il paziente non fu possibile credere che un tale evento non fosse più disturbante. La terapeuta quindi decise di non eseguire l'installazione, poiché A. non riferì né CP né CN. La seduta continuò con un intervento cognitivo integrato prendendo in prestito l'elaborazione della volta successiva. La perdita di un genitore e tutte le emozioni correlate, rappresentano qualcosa che non può essere modificato, ma gli potrebbe essere riconosciuto un significato diverso. Tale strategia cognitiva si dimostrò efficace per A. quando la terapeuta intervenne sul ricordo della bocciatura, di fatti il significato associato all'evento cambiò da *“non ho il controllo, non posso fare nulla”* a *“non è più importante perché posso fare qualcosa, oggi sono ingegnere”*, quindi se si modifica il significato, il disturbo può decrescere. A. apparve contento e rassicurato. Dopo alcune sedute con EMDR l'assunzione della droga incominciò a diventare più sporadica.

EMDR sulla storia di dipendenza

Rispetto alla storia della dipendenza A. indicò come evento più disturbante l'assunzione della droga dopo un litigio con un amico e, per scaricare la rabbia e il nervosismo si recò da solo al mare. L'immagine disturbante associata a tale evento fu: *“Sono a fare il bagno al mare, fuori fa molto caldo”*. Ciò che il paziente ritenne più sgradevole fu la

sensazione di freddo che lo invadeva. La C.N. corrispose per A. a: *“sono un debole”*. Da quest’affermazione la terapeuta proseguì con la rilevazione della C.P. ovvero *“Posso essere forte”*. Con un valore alla scala VOC di 2, e con un SUD 10, la cui emozione corrispondente fu l’imbarazzo, con una localizzazione estesa su tutto il corpo. Di fronte ad A., sul tavolo, vi era la terapia farmacologica utilizzata da quest’ultimo ed il paziente sostenne che la sua debolezza era legata alla dipendenza dai farmaci. La terapia proseguì con un intervento cognitivo integrato, sottolineando che chiedere aiuto è segno di forza e che A. si stava dimostrando molto forte e tenace nel recarsi al SerD, nel proseguire gli incontri molto faticosi ed impegnativi. In seguito la terapeuta decise di installare comunque la C.P. *“posso essere forte”* a cui il paziente attribuì effettivamente valore 7 nella VOC. In quel periodo nonostante le difficoltà nel portare avanti sedute complete di EMDR, dove continuarono episodi di derealizzazione, sembrò che il processo di elaborazione tra una seduta e l’altra progredì in modo positivo. A. risultò molto entusiasta del lavoro e dei risultati che stava ottenendo insieme alla terapeuta. Infatti, il test delle urine risultò negativo. Il protocollo proseguì nell’elaborazione dell’evento peggiore e dell’ultimo episodio legato alla storia della dipendenza e successivamente con la desensibilizzazione dei fattori scatenanti la compulsione partendo dai *triggers* con un LOU (level of urge) più basso. Più volte risulterà come emozione l’imbarazzo e la sensazione di confusione e mal di testa, anche se il paziente se ne spaventerà meno. L’intensità della compulsione legata ai vari eventi scese a 0 tranne per l’evento più intenso che rimase ad 1. Esso è correlato alla sensazione di desiderio irrefrenabile di assumere la droga alla vista di qualcuno che fuma eroina. A. dice di non sapere se in futuro potrà essere sicuro di resistere a questa tentazione. In effetti, tal evento accadrà due settimane successive la seduta. A. sosterrà di non aver saputo dire di no ad amici che gli offrirono da fumare. Il protocollo proseguì con la desensibilizzazione delle ricadute e con lo stabilire uno scenario futuro dove per il paziente sarà in seguito possibile allontanarsi dal gruppo di amici nel momento del consumo di droga o cambiare completamente giro di amicizie. Il test delle urine risultò negativo per l’eroina, mentre risultò positivo per la cocaina. A. disse di aver fumato una sigaretta bagnata nella cocaina e che per lui tale sostanza

non risulta essere un problema, non la cerca, non la compra ma gli capita di farne uso quando gliela offrono gli “amici”. La cocaina “non era un chiodo fisso”. La terapeuta e il paziente convennero insieme che per ipotizzare un futuro scalaggio farmacologico, i test delle urine sarebbero dovuti essere negativi anche per la cocaina. Nelle sedute successive A. si sottopose ai test delle urine dai quali risultò negativo ad entrambe le droghe. Il paziente, inoltre, riuscì a gestire lo scenario futuro in modo tranquillo e sicuro, modalità funzionali adottate nelle sedute di psicoterapia con EMDR. A. affermò che nel momento in cui gli amici decidevano di fumare eroina, lui sceglieva di allontanarsi dal gruppo. Il paziente mostrò di essere davvero soddisfatto e orgoglioso di se stesso, poiché raggiunse l’obiettivo che si era preposto; l’eroina non fu più un pensiero ricorrente e predominante, anzi si meravigliò che trascorsero giorni interi senza aver minimamente pensato alla droga. Inoltre, il paziente sta cominciando a ricordare eventi del passato molto antichi come un incidente all’età di cinque anni. Attualmente la terapia è in fase conclusiva.

3.2.2 Il caso clinico di B.

B. ad oggi ha effettuato 17 sedute di cui 14 con EMDR . Paziente di sesso femminile di anni 37. Attualmente assuntrice di eroina per via iniettiva. Il primo contatto con i servizi per la tossicodipendenza è avvenuto nel 1996. B. è notevolmente robusta, le fu diagnosticata depressione, e per tale ragione è in cura farmacologica con antidepressivi. Il livello d’istruzione corrisponde alla terza media, inoccupata e vive con il compagno, anche lui in cura presso i servizi per la dipendenza. B. effettuò due tentativi di disassuefazione all’età di 19 anni presso la clinica del sonno, ma dopo alcuni mesi ebbe una ricaduta. A 22 anni si ricoverò in una clinica per disintossicarsi, e riuscì a rimanere astinente per molto tempo. B. disse durante il colloquio di aver sofferto di epilessia, quindi lo psicoterapeuta EMDR procederà nella desensibilizzazione solo con il tapping. All’inizio del percorso terapeutico la paziente tenderà a saltare appuntamenti senza avvisare, giustificandosi di non essersi svegliata. Nel corso della terapia B. sarà via via sempre più corretta e attenta agli orari e agli incontri, e quando non potrà recarsi agli appuntamenti avviserà in anticipo, permettendo comunque alla terapia di procedere

anche se con tempi più lunghi ma sostanzialmente impedendo un *drop-out*. B. si presentò al primo appuntamento poco curata, vestita di nero e con una bassa espressività della mimica facciale. Disse di avere attacchi di panico ricorrenti e ansia diffusa che le impedivano di fare qualsiasi cosa. La paziente affermò di non avere amicizie, non possedeva alcun lavoro, e trascorreva il suo tempo in casa da sola a curare i suoi numerosi gatti.

La storia

B. è stata adottata ad un anno di vita, la madre biologica non aveva origini italiane. Il racconto dell'adozione fu ambiguo poiché B. raccontò di una signora che la curò per qualche anno e poi venne adottata definitivamente da coloro che furono i suoi futuri genitori. Il rapporto con i genitori adottivi fu descritto dalla paziente come conflittuale, il padre come severo e sfidante e la madre concentrata ad accudire il fratello naturale più grande di qualche anno. B. racconta delle sue crisi epilettiche che si mescolavano a ricordi di visioni e contatti con la madre naturale e con la Madonna. Per tale ragione la paziente parla delle continue visite psichiatriche, delle visite da esorcisti e sensitivi tutto più o meno tra gli 8 e i 10 anni di età. Il primo contatto con le sostanze è avvenuto molto presto: a 13 anni inizia a fumare tabacco, a 14 anni THC, alcool e super alcoolici, a 16 anni cocaina ed ecstasy, a 18 eroina. Nell'*inventario degli eventi stressanti* di Giannantonio, furono riportate due violenze: uno all'età di 14 anni e uno di gruppo a 18. La paziente seppe della morte della mamma biologica leggendo un articolo di giornale sul ritrovamento del corpo di una donna. I particolari descritti dall'articolo fecero dedurre alla paziente che si trattasse della propria madre. Ancora oggi la paziente custodisce il suddetto articolo. B. raccontò di come si prostituì per comprare droga. Durante i colloqui racconta di altri episodi di abuso, di cui il primo avvenuto all'età di 8 anni ad opera di un medico, durante una visita. B. affermò di aver sempre avuto difficoltà nelle relazioni sociali per via delle sue "stranezze".

Le storie sentimentali della paziente erano sempre legate a storie con ragazzi e uomini tossicodipendenti.

L'obiettivo su cui B. vorrebbe lavorare fu quello di "ritrovare un po' di energia per

tornare a dipingere e cercare così un lavoro”. Ciò le avrebbe consentito di essere più positiva e di recuperare un po’ di autostima. Seguendo il protocollo EMDR, la paziente utilizza come posto sicuro l’immagine di una spiaggia al tramonto. Tale immagine fu utilizzata spesso a casa durante i primi tempi della terapia e sembrò avere un effetto molto positivo sull’ansia, poiché donava a B. una sensazione di benessere immediato. Le risorse positive della paziente furono rintracciate nella sua creatività, nel suo saper accostare i colori e sulla sua capacità di fare ordine. Per B. si è dimostrato fondamentale, al fine della terapia, lo stato di benessere, positività e soddisfazione verso se stessa che provava dopo aver creato un quadro. Tali sensazioni positive rappresenteranno lo stato positivo dell’io e verranno installate attraverso il tapping e successivamente ancorate.

EMDR sull’evento traumatico più disturbante

B. dichiarò che l’evento più disturbante e più antico era legato all’“abbandono” da parte della madre biologica. La paziente ricorda un’immagine di se stessa molto piccola nel lettino in piedi appoggiata alle sbarre. Tale ricordo è associato all’immagine della madre che preparava qualcosa da mangiare, mentre intorno alla paziente molto piccola vi erano tanti uomini che giocavano a pallacanestro sopra la sua testolina. La convinzione negativa (C.N.) rintracciata fu: *“Non valgo nulla”*. La paziente affermò *“ non sono amata, a mamma non importa nulla di me”*. Il terapeuta volle andare a fondo su tale convinzione in modo da concedere alla paziente l’insight. B. affermò successivamente: *“sono strana, ho qualcosa che non va, non valgo nulla”*. La convinzione positiva che riuscì ad emergere fu (C.P.): *“Sono una persona valida”*. La validità della convinzione positiva (VOC) fu 1 e l’emozione esperita fu la tristezza. Il livello del SUD fu 10. La localizzazione del disturbo fu il cuore. Il trattamento con EMDR proseguì con la desensibilizzazione per l’evento su menzionato, e ciò avvenne per alcune sedute. Ciò diede accesso ad un altro importante canale, ovvero la focalizzazione dell’immagine della madre che prepara da mangiare. B. affermò che la madre si prendeva cura di lei con quel poco che possedeva. La paziente con il supporto del terapeuta, arrivò alla conclusione che l’adozione fu un atto di accudimento, e non di abbandono poiché la madre di B. non ebbe altra scelta se non quella di separarsi da lei così da sperare per la

figlia una vita migliore. Da tale ricordo la paziente poté incominciare a recuperare temi di accudimento. Il canale che qui si aprì fu quello della sensazione di colpa per la rabbia provata nei confronti della madre biologica e per non essere stata all'altezza del duro prezzo che la madre aveva dovuto pagare, in altre parole: privarsi della figlia in cambio di una vita migliore per lei. La C.N. che B. riportò fu *"Ho sbagliato"*. Gli eventi traumatici conseguenti l'adozione furono molti come l'aver fatto sesso per soldi, o l'aver inventato che il fratello avesse abusato di lei, o ancora la violenza subita a diciott'anni. La terapia proseguì con l'elaborazione di questi eventi e in particolare la violenza a diciott'anni di cui B. ebbe un'immagine precisa che tornò spesso alla sua mente come un flashback ovvero, la paziente in una macchina, stordita dall'effetto degli stupefacenti che viene scaraventata per terra in mezzo al fango *"Come un rifiuto"*. Successivamente la terapeuta lavorò sulla presunta violenza ad opera del fratello maggiore non biologico, che la paziente disse di aver subito ma che in realtà non avvenne mai. La CP installata fu *"Ho imparato da questo"*. Grazie alla terapia con EMDR la paziente riferì di stare meglio, affermando ad un medico del SerD: *"di non capacitarsi dell'idea di come certe immagini disturbanti fino ad allora avessero perso la loro caratteristica ansiogena dopo le sedute di EMDR"*. La paziente riprese, nel frattempo, a dipingere e a occuparsi della casa. La desensibilizzazione degli eventi traumatici proseguì con un altro *cluster* di eventi connessi alla C.N. ovvero: *"Sono debole"*. Tali eventi erano connessi soprattutto al legame con il papà adottivo. La C. P. installata fu *"Sono forte"* ciò permetterà a B. di iniziare a dedicarsi alla cura di sé, ai mercati dell'artigianato per vendere le sue creazioni di bigiotteria.

EMDR sulla storia della dipendenza

B. fece coincidere il suo inizio della dipendenza con la prima sigaretta, all'età di tredici anni, e alla sfida che le lanciò il papà adottivo: *"se fumi devi farlo avanti a me"*. Fu così che B. leggerà questo evento come mancanza di amore, attenzione e protezione del padre nei suoi confronti. La paziente, di fatti, affermò: *"la posta in gioco dovrà essere sempre più alta per richiedere attenzione e accudimento"*.

Desensibilizzazione dei fattori scatenanti

La paziente continuò a far uso di droga, anche se in maniera sporadica (una volta al mese). Tale consumo era legato alla frequentazione di un luogo con il compagno dove si recavano di tanto in tanto. La desensibilizzazione dei fattori scatenanti la compulsione, (LOU) legati al momento di consumo della droga, non riuscì ad arrivare a 0, ma si fermò sul 3. Nella seduta successiva la paziente affermò di essere stata nel luogo dove spesso si recava per consumare droga e di averne fatto uso. Disse di aver pensato molto alla seduta mentre era lì, sentiva la necessità di andar via da quel luogo, e che da un momento all'altro si sarebbe alzata e avrebbe rinunciato a consumare eroina. Ciò non è avvenuto. La paziente disse che in fondo non voleva rinunciare a "quel rito e patto con il compagno". B. non ne vedeva la pericolosità perché nella sua quotidianità la droga non ne faceva più parte. Per cui il terapeuta decise di non procedere con la desensibilizzazione degli eventi scatenanti la compulsione e si concentrò sullo scenario futuro sul quale B. desidera lavorare. Ella sceglierà l'impegno attivo nel cercare lavoro, e ciò permise alla coppia paziente/terapeuta di concentrarsi sul blocco provocato dalla sensazione di inadeguatezza per certi ruoli lavorativi, come fare la commessa, poiché consapevole di non possedere un bell'aspetto. Attraverso l'EMDR furono rafforzate le risorse positive della paziente e ancorate nello scenario futuro. Nella seduta successiva, la paziente raccontò al terapeuta di essere andata in giro per la sua città, con l'obiettivo di consegnare il suo curriculum nei negozi. In più la paziente affermò di avere in programma di vendere le sue creazioni in vari mercatini, grazie ad una sua conoscente con la quale inizierà anche un'amicizia. B. ad oggi è curata, ben vestita e sorridente. Continua la terapia farmacologica e sembra molto motivata a smettere di assumere sostanze stupefacenti. Attualmente la terapia con EMDR è ancora in corso.

CONCLUSIONI

Con tale lavoro di tesi si è voluto dimostrare come l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing - Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari) possa essere un trattamento adeguato per i soggetti abusatori o dipendenti da sostanze stupefacenti poiché, tale metodo, considerato appunto *evidence-based*, è un potente strumento per una migliore condizione adattiva anche in soggetti difficili da trattare come i tossicodipendenti. Negli ultimi anni ci sono stati più studi e ricerche scientifiche sull'EMDR rispetto a qualsiasi altro metodo usato per il trattamento del trauma e dei ricordi traumatici (M.Pagani ed Altri). I risultati di questi lavori hanno dimostrato come tale approccio terapeutico possa aprire una nuova dimensione nella psicoterapia. Dal 1989 Francine Shapiro ha diffuso le sue preziose scoperte in tutto il mondo. L'EMDR è un metodo complesso che richiede un'adeguata e completa formazione, un uso appropriato delle procedure e una profonda interazione tra clinico, metodo e paziente (Dworkin, 2010). Diventare psicoterapeuti specializzati nel trattamento EMDR consiste nell'aver una "chiave" che consenta ai pazienti di accedere ai propri ricordi nati da esperienze traumatiche legate al passato, essi si manifestano nel presente attraverso comportamenti disfunzionali e difficili da gestire. Dall'altra parte, per lo psicoterapeuta, l'EMDR offre una modalità innovativa di comprensione e di intervento sulla patologia (Francine Shapiro, 2000). Grazie all'esposizione di alcuni casi clinici si è potuto provare l'efficacia l'EMDR e quanto il miglioramento sia evidente nelle quotidianità dei pazienti. Il protocollo EMDR comprende 8 fasi: 1. *Storia del paziente*; 2. *Preparazione del paziente*; 3. *Assessment*; 4. *Desensibilizzazione*; 5. *Installazione*; 6. *Scansione corporea*; 7. *Chiusura*; 8. *Rivalutazione*. Ogni fase è fondamentale, durante le sedute psicoterapeutiche non si può omettere nessuna di esse, è necessario prestare notevole attenzione alla fase anamnestica. La storia del paziente, gli eventi apparentemente "dimenticati" grazie alla desensibilizzazione ritornano accessibili. La desensibilizzazione e il riconsolidamento, osservabili durante una seduta di EMDR, dimostrano come nell'elaborazione del ricordo dell'esperienza traumatica si possa osservare il paziente che riesce a percepire il ricordo lontano, distante, mentre egli incorpora le emozioni adeguate alla situazione ed elimina le sensazioni fisiche disturbanti.

In sintesi attraverso l'EMDR un ricordo disfunzionale diventa più funzionale, ciò permetterà al paziente di recuperare una condizione adattiva migliore rispetto all'esperienza traumatica vissuta. L'integrazione nelle reti mnestiche, permette al ricordo traumatico di non rappresentare più un limite ma, integrandosi nella memoria in modo funzionale e adattivo, consentirà al paziente di procedere con la propria vita. Dopo il percorso di elaborazione i pazienti ricordano l'evento traumatico ma lo sentono appartenente al passato, rimuovendo gli effetti emotivamente disturbanti che tale esperienza aveva prodotto. È sorprendente quanto siano realmente risolutivi i movimenti oculari destra/sinistra o il tapping (tamburellamenti), nella desensibilizzazione rapida dei ricordi traumatici. Il risultato è una vera propria ristrutturazione cognitiva che riduce significativamente i sintomi del paziente come lo stress emotivo, i pensieri invadenti, l'ansia, i flashbacks, gli incubi. L'EMDR, integrato ad un qualsiasi approccio psicoterapeutico, cognitivo-comportamentale ed altri, è stato rivolto inizialmente al trattamento del Disturbo Post Traumatico da Stress, attualmente è un metodo ampiamente utilizzato anche per il trattamento di varie patologie e disturbi psicologici, a tal proposito M. Balbo (2006), propone una visione dell'EMDR come *“un approccio integrante fra le varie psicoterapie”*, confermando come i concetti teorici, espressi da studiosi appartenenti a diversi orientamenti clinici, il protocollo e le procedure d'intervento siano adattabili alle principali e contemporanee scuole di pensiero dell'Universo degli approcci psicoterapeutici. L'EMDR si fonda sul modello *dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione* il quale presuppone l'esistenza di un sistema di autoguarigione interno alla persona, capace di elaborare le informazioni fino a raggiungere l'equilibrio del sistema che si trova in uno stato di sbilanciamento, a seguito di un evento traumatico o di un forte stress. La patologia viene considerata come la conservazione di un ricordo disturbante nella sua forma originaria, comprendente, cioè, tutto il carico emozionale di quel dato momento. Le situazioni di stress complesse nascono generalmente nell'ambito dei rapporti interpersonali, dove eventi “traumatici” si combinano con un fallimento e con gravi disturbi del sistema di accudimento primario e sono tanto più importanti quanto più investono il soggetto nella fase della formazione della personalità (Liotti 2011). Tali situazioni sembrano pronosticare, in un'età successiva, comportamenti di abuso di sostanze stupefacenti, di vagabondaggio, situazioni d'inoccupazione

prolungata etc. Hase (2004) evidenzia come il 75% dei veterani della guerra del Vietnam abbia avuto problemi di dipendenza da alcool. L'autore sottolinea come i pazienti con PTSD mostrano in maniera significativa più problemi di tossicodipendenza rispetto agli altri pazienti (21-43 % vs 8-24 %) mentre Mills et al. (2005) in uno studio su 459 soggetti in trattamento per uso di oppioidi conferma che il 42% ha una comorbidità con un disturbo post traumatico di stress. Gli studi di Zwebnw ed Yeary et al. (2006) e Cox (2007), mostrano la comorbidità della dipendenza con la presenza di traumi, anche di piccola entità che se non risolti possono comunque causare un disturbo rilevante. Anche i lavori di Joe E. Thornton, (2003) mettono in risalto la comorbidità tra dipendenza da alcool e PTSD riportando che i pazienti con PTSD hanno una dipendenza da alcool nel corso della vita 2/3 volte maggiore rispetto alla popolazione generale, mentre gli adolescenti ricoverati per alcool hanno una probabilità 5 volte maggiore di ricevere una co-diagnosi per il disturbo post traumatico da stress. Donald (2009) evidenzia l'elevata comorbidità tra PTSD e SUD (Substance Use Disorder) facendo notare che generalmente i soggetti affetti da dipendenze sono in realtà trattati solo per tale comportamenti e che raramente ricevono trattamenti anche per il PTSD. Inoltre studi neuropsicologici suggeriscono che trauma e stress possono produrre cambiamenti nel cervello ponendo il soggetto a rischio per futuri comportamenti di dipendenza da sostanze (Donald,2009). Tali ipotesi sono oggi confermate grazie all'utilizzo di nuove strumentazioni che permettono di analizzare il cervello non solo nella sua struttura, ma anche nella sua modalità di funzionamento. I su menzionati studi hanno dato un contributo fondamentale nel valutare le correlazioni tra uso di sostanze e aree cerebrali evidenziando come queste si modificano in modo più o meno permanente quando sono investite da sostanze chimiche esogene (Duncan, 2007). In tal senso indagini condotte con la risonanza magnetica funzionale hanno consentito di dimostrare la relazione esistente tra craving per la cocaina e stress, come riportato da Duncan (2007) e come la reazione del soggetto a eventi stressanti possa fungere da predittore della sua vulnerabilità all'addiction. Studi di imaging funzionale tramite tomografia ad emissione di fotone singolo (SPECT) e ad emissione di positrone (PET) hanno evidenziato significative variazioni del flusso cerebrale in pazienti con PTSD durante la rivisitazione del trauma. A questo proposito sono stati riportati aumenti e diminuzioni di flusso nell'ippocampo, nell'amigdala, nella corteccia

prefrontale mediale, nel cingolo anteriore e posteriore e nella corteccia temporale. Il modello prevalente collega i sintomi del PTSD ad una mancata inibizione dell' amigdala, iperattivata dalla sensazione di incombente minaccia, da parte della corteccia prefrontale. E' stato anche proposto che i cambiamenti strutturali dell'ippocampo e del cingolo anteriore rivelati dalla risonanza magnetica strutturale (RM) siano causati dalla risposta neuronale allo stress. L'obiettivo dell'EMDR, in tali situazioni e allo stesso modo in altre psicopatologie, è quello di agire sulla corteccia temporo-parieto-occipitale, coinvolta nel PTSD, e il valore delle neuroimmagini è fondamentale sia nello svelare gli effetti neurobiologici dell'EMDR che nel determinare il valore delle indagini strutturali nel predirne l'efficacia. Nella prima parte della tesi si è dato rilievo a quanto appena esposto, ma per definire la correlazione tra abuso o dipendenza da sostanze psicoattive e disturbo post traumatico da stress sono state ampiamente illustrate le diverse categorie di tossicodipendenze. Lewin (1928) suddivide le tossicodipendenze in diverse categorie, ogni categoria descrive la sostanza stupefacente appartenete ad essa. Crisi d'astinenza, *craving*, *drug-seeking-behaviour*, comportamenti disfunzionali e desideri ingestibili sono presenti in ognuno dei 3 casi clinici esposti nel lavoro di tesi. Grazie alle numerosissime, ricerche svolte in tutto il mondo, come la ricerca effettuata da Shapiro F., Vogelmann-Sine, S., & Sine, L. (1994), l'efficacia dell'EMDR nel trattamento di soggetti tossicodipendenti si è dimostrata possibile. Fondamentale sarà la ricerca, ancora in corso, effettuata in Italia da alcuni psicoterapeuti EMDR altamente formati presso un SerD nel Lazio. La dott.ssa S. Zaccari, il dott. M. Simone e la dott.ssa A. Di Leo con l'efficiente collaborazione degli operatori della struttura pubblica, hanno provato quanto, per alcuni pazienti, il metodo EMDR sia valido e celermente risolutivo nel trattamento del PTSD correlato all'abuso e dipendenza da sostanza. Ciò è stato comprovato durante le fasi di trattamento. I pazienti, inizialmente, mostrarono notevoli difficoltà nell'accettare e nel perseguire il protocollo EMDR adattato alla dipendenza da sostanze, si assentavano e non rispettavano gli orari. Presto, con il susseguirsi delle sedute, emergerà il loro lato collaborativo e il forte desiderio di superare e sconfiggere la dipendenza. I traumi irrisolti verranno elaborati grazie anche alle capacità di coping, emerse durante le sessioni EMDR e la desensibilizzazione dei fattori scatenanti la compulsione. Ciò è stato dimostrato dai punteggi delle scale di controllo: VOC e SUD definite nel

primo capitolo. In sintesi, la prima mostra i cambiamenti a livello di modifica delle convinzioni, e parte dal valore “1” fino al valore “7”. Man mano che sale, verso “7”, il paziente e il terapeuta registrano il cambiamento in positivo delle convinzioni correlate. La scala SUD., invece, serve a misurare il grado di ansia o di disagio provato. Parte da 0 “Nessun disturbo”, fino a 10, “Il massimo disturbo”. Il cambiamento di valore da 10 ad 0, provato dal paziente durante il trattamento, è significativo di miglioramento. Dai casi clinici citati nel lavoro di tesi risulta evidente tale progresso. La tecnica del *posto sicuro*, principio necessario nel protocollo EMDR, consentirà ai pazienti di ritrovare l’armonia e la tranquillità con se stessi e con gli altri.

BIBLIOGRAFIA

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth ed.* Washington, D.C.: A.P.A. Press. Edizione italiana: *DSM IV° manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali.* (1995) Masson Milano.

ANISMAN H. BIGNAMI G.: Publication of "*Psychopharmacology of aversively motivated behavior.*" Edited by Hymie Anisman and Giorgio Bignami. Publisher: Plenum Press (New York). Published in 1978.

BALAS B., COX D.D., CONWELL E. (2007) *The Effect of Real-World Personal Familiarity on the Speed of Face Information Processing.* *PLoS One* 2(11):e1223

BALBO M. (2006). *EMDR: uno strumento di dialogo fra le psicoterapie.* Milano, McGraw- Hill.

BARA B.G. & TIRASSA M. Neuropragmatics: *Brain and communication.* *Brain and Language*, 2000, pag 144

BION W.R, *Analisi degli schizofrenici e metodo psicoanalitico*, Armando Editore, Roma, 1970.

CHRISTI e CHESHER, GIUSTI E., MONTANARI C., *Trattamenti psicologici in emergenza con EMDR per profughi, rifugiati e ...*

COMINGS D.E, BLUM K. Reward deficiency syndrome: genetic aspects of behavioral disorders. *Prog Brain Res.* 2000;126:325-41.

CONTE G.L., F.CROCE, P.FEDELE, R. POPOLO, *La clinica della tossicodipendenza come psicosomatosi*, in E. Orlandelli, *Patologie e psicologia medica*, SEU, Roma, 1999a.

CONTE G.L , A. MACCALLINI, G.POZZI, *I rapporti tra dipendenza da sostanza e malattie psicosomatiche*, in E. Orlandelli, *Patologie e psicologia medica*, SEU, Roma, 1999b.

COX R.P., HOWARD M.D. *Utilization of EMDR in the treatment of sexual addiction: A case study.* *Sexual Addiction and Compulsivity*, (2007) 14 (1), 1

DE VRIES TJ, SCHOFFELMEER AN, BINNEKADE R, RAASO H, VANDERSCHUREN L.J. *Relapse to cocaine- and heroin-seeking behavior mediated by dopamine D2 receptors is time-dependent and associated with behavioral sensitization.* *Neuropsychopharmacology.* 2002 Jan;26(1).18-26.

DI CARLO JJ and COX DD. (2007) "*Untangling*" *Invariant Object Recognition.*

Trends in Cognitive Science, 11(8): 333-341.

DI PETTA G., *Il mondo tossicomane. Fenomenologia e psicopatologia*, Franco Angeli, Milano, 2004.

DONALD J., (2009) *Treatment of dual diagnosis post traumatic stress disorder and substance use disorders: a meta-analysis* Marquette University

DOTTI A., *La tossicomania come fenomeno psicosomatico*, in *Allucinogeni e psicosomatosi*, SEU, Roma, 1971.

Duncan E. et al, *An fMRI study of the interaction of stress and cocaine cues on cocaine craving in cocaine-dependent men*, The American Journal on Addictions 16: 174-182, 2007

EDELMAN G. M., *Il presente ricordato. Una teoria biologica della coscienza*. Rizzoli, Milano, 1991.

FENICHEL O., *Trattato di psiconalisi*. Ed. Astrolabio, Roma, 1951

FERNANDEZ I, MASLOVARIC G, VENIERO GALVAGNI M. *Traumi psicologici, ferite dell'anima. Il contributo della terapia con EMDR*. Napoli: Liguori, 2011

FESTINGER L., *La teoria della dissonanza cognitiva*, Franco Angeli, Milano, 1973 (tr.it.)

FISHBEN W, GUTWEIN BM. *Paradoxical sleep and memory storage processes*. Behav Biol 1977; 19: 425-64.

FREUD S., Breuer J., (1892-1895). *Studi sull'isteria*, O.S.F., Vol. 1

GABEL S., *Information processing in rapid eye movement sleep: possible neurophysiological, neuropsychological, and clinical correlates*. J Nerv Ment Dis 1987; 175: 193-200.

GIANNANTONIO M., BOLDORINI A.L.. *Autostima, assertività e atteggiamento positivo. I fondamenti e la pratica dello sviluppo personale*. Salerno (2002-2005), Ecomind, Due Edizioni

GILBERTI F., ROSSI R., *Manuale di Psichiatria*, IV ed. aggiornata, Piccin Nuova Libreria, Padova, 2009

GILBOA, A., A.Y. SHALEV, L. LAOR, et al. 2004. Functional connectivity of the pre-frontal cortex and the amygdala in posttraumatic stress disorder. Biol. Psychiatry 55: 263-272.

GUELFİ G.P., SPILLER V. (a cura di): *Motivazione e stadi del cambiamento nelle dipendenze*, Il Vaso di Pandora, II, 35-151, 1994

GUELFİ G.P. : *Aspetti clinici dell'abuso di cannabis*. In SERPELLONIG., PIRASTU

- R., BRIGNOLI O., (a cura di): *Medicina delle tossicodipendenze*, Scuola Europea di Medicina Generale, Verona, 1996, pp 119-125
- HASE M., SCHALLMAYER S., SACK M., (2008) *Emdr Reprocessing of the Addiction Memory: Pretreatment, Posttreatment, and 1 month follow-up* Journal of EMDR Practice and Research, vol.2 n°3
- HEBER, R. & KELLNER, M., YEHUNDA R. (2002). *Salivary cortisol levels and the cortisol dexamethasone before and after EMDR: A case report*. Journal of Clinical Psychology, 58: 1521
- HENRY E., BERNARD P., BRISSET Ch., *Manuale di Psichiatria*, III ed. it., Masson Italia Editori, Milano, 1981
- HUSSERL E., (1931) *Meditazioni cartesiane*, Bompiani, Milano, 1970.
- KHAN, M., (1963) *Il concetto di trauma cumulativo*. Tr. it. in KHAN, M., (1974) *Lo spazio privato del Sé*. Boringhieri, Torino 1979.
- KHANTZIAN E.J., HALLIDAY K.G., McAULIFFE W.E: *Addiction and the vulnerable self*, The Guilford Press, New York-London, 1990
- KHOUT H.: *Preface*. In: BLAINE J.D., JULIUS D.A. (eds.), *Psychodynamics of drug dependence*, NIDA Research Monographs, 12, 1977, vii-ix
- KOHUT H. (1982). *Introspection, empathy, and the semicircle of mental health*, in Lichtenberg, J. D., Bornstein, M. & Silver, D., (1984). *Empathy I*, Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- KOLB, L. (1987). *A neuropsychological hypothesis explaining posttraumatic stress disorder*. American Journal of Psychiatry, 144: 989-995.
- KOOB G.F. *Neurobiology of addiction. Toward the development of new therapies*. Ann N Y Acad Sci 2000;909:170-85
- KORN D.L., A.M. LEEDS, (2002). *Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment and complex posttraumatic stress disorder*, in Journal of Clinical Psychology, 58, 1465-1487.
- LE DOUX, J. E. (1996). *Il cervello emotivo. Alle origini delle emozioni*. Tr. It. Baldini e Castaldi, Milano 1998.
- LEWIN L., *Les Paradis artificiels* (trad. fr.) Ed. Payot, Paris, 1928
- LINGIARDI (2004) *La personalità e i suoi disturbi. Lezioni di psicopatologia dinamica*. Il Saggiatore, Milano.
- LIOTTI G., FARINA B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano, Cortina.

- LIOTTI G., GILBERTI P. (2011). *Mentalizing, motivation and social mentalities: Theoretical considerations and implications for psychotherapy. Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*, 84, 1, 9-25.
- LOAS G., OTMANI O., C.LECERCLE, R. JOUVENT, *Relationship between the emotional and cognitive components of alexithymia and dependency in alcoholics*, in *Psychiatry Research*, 96(1): 63-74, 2000
- MARTINOTTI G., *Fenomenologia della corporeità. Dalla psicopatologia alla clinica*, Edizioni Universitarie Romane, Roma, 2009.
- McCULLOGH, L. (2002). *Exploring change mechanisms in EMDR applied to "small t trauma" in short term dynamic psychotherapy: Research questions and speculations*. *Jr of Clin. Psychology*, 58, 1465-1487.
- MELTZER D., *Implicazioni psicosomatiche del pensiero di Bion*, in *Quanderni di psicoterapia infantile (7)*, Borla, Roma, 1982, pp. 199-222
- M. MERLEAU-PONTY, (1945) *Fenomenologia della percezione*, Bompiani, Milano, 2003.
- NICOSIA G. A mechanism for dissociation suggested by the quantitative analysis of electroencephalography. Sunnyvale CA: 1994, International MDR Annual Conference.
- OLIVENSTEIN Cl., *La drogue*. Édit. Universit., Paris. 1970
- PAGANI M, HÖGBERG G, SALMASO D, et al. *Effects of EMDR psychotherapy on 99mTc-HMPAO distribution in occupation related Post-Traumatic Stress Disorder*. *Nucl Med Commun* 2007; 28: 757-65.
- PAGANI M, DI LORENZO G, MONACO L, et al. Pre-treatment, intratreatment, and post-treatment EEG imaging of EMDR: methodology and preliminary results from a single case. *Journal of EMDR Practice and Research* 2011; 5: 42-56.
- PANI P. P.: *Cocaina: abuso e dipendenza*. In: SERPELLONI G., PIRASTU R., BRIGNOLI O. (a cura di): *Medicina delle tossicodipendenze*, Scuola Europea di Medicina Generale, Verona, 1996, pp 73-82
- POPKY A.J., (2000) *Desensitization of triggers and Urge Reprocessing*. Conference EMDR Europe, Rome (2003)
- ROSSINI R., *Trattato di Psichiatria*, Cappelli ed., Bologna, 1981
- SERPELLONI G., GERRA G. (a cura di): *Vulnerabilità all'addiction*, Regione Veneto, 2003
- SHAPIRO F. (2000). *EMDR Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari*. McGraw-Hill Italia.
- SHAPIRO F., SILK FORREST M. (1997): *EMDR – Una terapia innovativa per*

l'ansia, lo stress e i disturbi di origine traumatica. Casa Editrice Astrolabio.

SHAPIRO F., VOGELMANN-SINE, S., & SINE, L. (1994) Eye Movement desensitization and reprocessing: Treating trauma and substance abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, 379-391.

SHAPIRO F. (1989a). *Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of memories*. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.

SHAPIRO F. (1989b). *Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress*, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.

SHIN, L.M., P.S.SHIN, S.HECKERS,et al.2004, *Hippocampal function in posttraumatic stress disorder*. *Hippocampus* 14: 292–300.

SIEGEL D.J., *La mente relazionale Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina Editore, 2001

SIEGEL- HARTZEL, *Errori da non ripetere* Cortina ed Milano 2005 (pag 36-37)

SPOERRI Th., *Abrégé de Psychiatrie*. Ed. G. Doin, Paris, 1962

SUTTON JP, MAMELAK AN, HOBSON JA. *Modeling states of waking and sleeping*. *Psychiatr Anno* 1992; 22: 137-43.

SZETO CY, TANG NL, LEE DT, STADLIN A., Association between mu opioid receptor gene polymorphisms and Chinese heroin addicts. *Neuroreport*. 2001 May 8;12(6):1103-6.

THORNTON J.E. (2003) *Alcoholism and Posttraumatic Stress Disorder*_Alcohol Medical Scholars Program_April 7, 2003

VAN ETTEN M.L. & TAYLOR, S. (1998) *Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stre meta-analysis*. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5, 126-144.

VAN DER HEART O, ELLERT RS, NIJENHUIS KS. *Fantasmî nel Sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2011.

VAN DER KOLK B. *Trauma e Memoria. Seminario organizzato dall'Associazione per l'EMDR* (2001) , Milano.

VAN DER KOLK B.A. , MCFARLANE A.C. , WEISAETH L. ,

Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze , Ma Gi, 2004

VAN DER KOLK B.A., S. ROTH, D. PELCOVITZ, S. SUNDAY, J. SPINAZZOLA, (2005a). *Disorders of extreme stress: the empirical foundation of a complex adaptation to trauma*, in *Journal of trauma and stress*, 18, 389-399.

VAN DER KOLK B.A., (2005b). *Developmental trauma disorder: Toward a rational*

diagnosis for children with complex trauma histories, in *Psychiatric Annals*, 35, 5, 401-408.

VON GEBSATTEL V.E., *Prolegomena einer medizinische Anthropologie*. Ed. Springer, Berlino 1950

WILSON D., SILVER S.M., COVI W., & FOSTER S. (1996). *Eye movement desensitization and reprocessing: Effectiveness and autonomic correlates*. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 219-229.

WILSON, S.A., BECKER, L.A. & TINKER, R.H. (1997). *Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for PTSD and psychological trauma*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1047-1056.

WINSON J. *The biology and function of rapid eye movement sleep*. *Curr Opin Neurobiol* 1993; 3: 243-7.

WISE R.A, BOZARTH M.A.: *Brain reward circuitry. Four circuit elements "wired" in apparent series*, *Brain Research*, 297, 265-273, 1984

ZINBERG N.: *Drug , set, and setting*, Yale University Press, New Haven, 1984

ZWEBEN J., J. YEARY, (2006). *EMDR in the treatment of addiction*, in *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 8, 115-127.

SITOGRAFIA:

<http://www.emdritalia.it/ita/index.html>

<http://www.emdr-roma.it/dissociazionestrutturale.php>

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

<http://emdr.nku.edu>

RINGRAZIAMENTI

Ormai mancano davvero pochi giorni, forse è questione di ore e il mio “piccolo” elaborato prenderà vita. Mentre leggo e rileggo la tesi, mi continuo a chiedere: “Perché mai non riesco a scrivere nell’ultima pagina? Proprio quella dedicata ai ringraziamenti? Scriverò banalità? Da chi inizio? Scriverò poco rispetto a quanto vorrei veramente? Mi dimenticherò di qualcuno?”. Così ho deciso di mettere da parte la mia “cara amica” ansia e tutto quello che mi verrà in mente lo trasferirò sul foglio.

Sono passati ormai molti anni da quando mi sono iscritta all’università “G. D’Annunzio di Chieti e Pescara” e come per ogni cosa prima o poi arriva la fine. Ma la fine dell’amore verso ogni singolo componente della mia famiglia non avrà mai compimento. Sono una ragazza fortunata ho due genitori che credono in me e lottano ogni giorno contro le difficoltà della vita per rendermi felice, per darmi tutto (e non esagero) quello che desidero. GIAMPIERO E FRANCA siete il mio esempio di vita, spero di non deludervi mai, perché voi con me non lo avete mai fatto. Sono ulteriormente fortunata... ho due bellissime, uniche, stupende, dolcissime, intelligentissime, generose, complici assolute della mia vita: le mie adorate sorelle!!! Siete tutti parte fondamentale di me, siete dentro di me ogni giorno, secondo, istante...PAPÀ, MAMMA, LORY, ROSSA, TOMMY cagnolino, GRAZIE DAVVERO, GRAZIE ALL’INFINITO. VI AMO!

ALESSANDRO amore mio, da 10 anni ormai conosci tutto di me. Ero una bambina quando ci siamo scelti ed ora posso dire di essere diventata donna, di essere cresciuta con te. La tua dolcezza, l’immenso amore che mi dimostri quotidianamente e, soprattutto a distanza di molti chilometri, mi hanno convinto ancora di più di quanto ci apparteniamo, di quanto nulla al mondo ci dividerà. TI AMO TANTO GRAZIE, GRAZIE E MILLE VOLTE ANCORA GRAZIE hai creduto in me sempre e mi hai dato forza nei momenti più difficili. GRAZIE!

Alla mia amica di sempre ILARIA, l’amica più fidata che ho da 15 anni, urlo il mio GRAZIEEEEE noi siamo la prova concreta che la l’amicizia VERA esiste davvero!! Lallina mia ti voglio bene!!

A tutti i miei zii, cugini e nonni, da quelli che popolano il cielo e mi proteggono dall'alto a quelli che con la loro costante presenza contribuiscono alla mia felicità, e gioiscono di ogni mia vittoria. Un GRAZIE speciale va ad ILARIA e a BARBARA le mie due cugine/sorelle parte fondamentale della mia vita.

Alla famiglia FILIPPO/LO CANE, a ROBERTO e PINUCCIA, i miei suoceri tanto amorevoli e affettuosi. Voi tutti siete un regalo bellissimo che la vita mi ha donato. Persone speciali che colorano le mie giornate con sorrisi e premure... siete la mia seconda famiglia. GRAZIE vi adoro!

Alle mie "bimbe" stupende...a Teresa cucciolotto del mio cuore, a Vittoria sorriso luminoso di ogni mia giornata, a Maddalena dolce e silenziosa, Erika, Armida, Teresa T., Maria Rosaria, Pina, Ileana compagne di mille risate che hanno convissuto con me a Chieti e reso la mia permanenza nell'oasi B indimenticabile! Vi voglio bene e già mi mancate.

ANNALISA... ci siamo conosciute mentre chiedevamo aiuto ad un tutor per un esame. Era una calda estate di qualche anno fa... eravamo disorientate, la vita universitaria ci stava chiedendo responsabilità e impegno! Da quel giorno tu ci sei per me ed io ci sono per te... non importa per cosa, per noi è solo importante fare di tutto per aiutarci, sostenerci, volerci bene! Abbiamo imparato a cavarcela da sole sempre ma... sempre insieme! Abbiamo superato ostacoli che sembravano insormontabili, ma... ora siamo qui sane, salve e forti! Posso solo dirti che averti conosciuto mi ha dato tutto quello di cui avevo bisogno: stima verso me stessa. GRAZIE AMICA MIA! TI VOGLIO BENE!

Al Prof. GIOVANNI MARTINOTTI, al Dott. EDUARDO CINOSI dico GRAZIE per avermi dato fiducia, per aver creduto in me e aver contribuito alla realizzazione del mio lavoro di tesi, sempre pronti al confronto, facendomi sentire libera di esprimere me stessa e la mia passione per la psicologia e la psichiatria.

GRAZIE all'amica e presidentessa dell'associazione per l'EMDR in Italia ISABEL FERNANDEZ, la quale mi ha messo in contatto con la cara Dott.ssa SILVIA ZACCARI, psicoterapeuta EMDR, che con professionalità e gentilezza ha partecipato attivamente al mio lavoro di tesi, dandomi preziosi consigli e utile materiale clinico.

Ai miei amici e colleghi: CARMEN, ROSSELLA, CARMINE, EGIDIO, ALEXANDER, MARIASSUNTA, VALENTINA, e tutti gli altri che hanno frequentato e vissuto con me gli ultimi anni universitari, dico GRAZIE per i consigli, per le giornate passate a studiare, ridere, riflettere, sognare, cazzeggiare, bere mille caffè etc. VI PORTO NEL CUORE! GRAZIE

Infine ringrazio chi mi sorprende sempre nel bene e nel male, di cui ormai mi fido cecamente. Si è impegnata moltissimo in questi anni e ce la metterà tutta per realizzare il sogno della vita... sbagliando a volte, ma non perdendo mai la speranza e l'ottimismo... BRAVISSIMA FLO, GRAZIE A ME STESSA!

