



UNIVERSITÀ DELLA
VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA
VALLÉE D'AOSTE

**UNIVERSITÀ DELLA VALLE D'AOSTA
UNIVERSITÉ DE LA VALLÉE D'AOSTE**

DIPARTIMENTO DI SCIENZE UMANE E SOCIALI

CORSO DI LAUREA IN SCIENZE E TECNICHE PSICOLOGICHE

ANNO ACCADEMICO 2025/2026

TESI DI LAUREA

Le cicatrici invisibili dell'esperienza traumatica. Dal trauma al trattamento: analisi
teorica e confronto tra EMDR e psicodramma.

DOCENTE 1° relatore: Prof. Stefania Cristofanelli

STUDENTESSA:

Chiara Berga

Matricola: 23 D03 591

Indice

Indice	1
Introduzione	2
Capitolo 1. Il trauma	5
1.1 La storia del trauma.....	5
1.2 I fondamenti psicologici del trauma	11
1.3 Il disturbo da stress post traumatico	14
1.3.1 Il disturbo da stress post-traumatico complesso e il trauma evolutivo complesso	18
1.4 Abuso e violenza	19
Capitolo 2. Lo psicodramma.....	23
2.1 Fondamenti, tecniche e setting dello psicodramma	23
2.2 La funzione del gruppo e delle tecniche psicodrammatiche nella rielaborazione traumatica	30
2.3 Il ruolo dello psicodramma e del gruppo nella promozione della mentalizzazione	35
2.4 Catarsi emotiva e limiti dello psicodramma nella rielaborazione del trauma	37
Capitolo 3. L'EMDR	40
3.1 Origini dell'EMDR e fondamenti teorici: il modello dell'Adaptive Information Processing	40
3.2 il protocollo EMDR: struttura e fasi del trattamento	43
3.3 EMDR nel trattamento del PTSD	47
3.4 Efficacia e limiti dell'EMDR nel trattamento del PTSD	51
3.4.1 EMDR e violenza sessuale: evidenze di efficacia.....	53
3.4.2 Evidenze neurobiologiche dell'efficacia dell'EMDR.....	53
3.4.3 Ulteriori evidenze sull'efficacia dell'EMDR	54
Conclusioni	56
Bibliografia.....	59
Sitografia	63

Introduzione

Il presente elaborato nasce con l'intenzione di esplorare il tema del trauma, focalizzandosi su due metodologie di intervento: lo psicodramma e la terapia EMDR. Attraverso l'analisi della letteratura di riferimento, i due approcci verranno messi a confronto in relazione alla loro efficacia nel trattamento dei traumi conseguenti ad abuso e violenza.

Lo psicodramma, ideato dallo psichiatra di origini rumene Jacob Levi Moreno nei primi anni del Novecento, viene presentato come una metodologia d'intervento che permette di elaborare vissuti personali, ricordi, sogni e conflitti attraverso la rappresentazione scenica e l'azione drammatica. La terapia EMDR, invece, secondo numerosi studiosi della letteratura di settore, si presenta come un approccio terapeutico in cui i movimenti oculari bilaterali permettono di intervenire su sintomi legati a eventi traumatici.

L'interesse per gli argomenti trattati nella tesi deriva dalle curiosità e dalle motivazioni che questi hanno saputo generare e che mi hanno sempre accompagnata nel corso degli anni. Secondo me, è utile sottolineare come le persone vivano frequenti situazioni di difficoltà legate a eventi traumatici che, poi, trascurano nelle loro memorie, forse per la paura di confrontarsi con qualcosa di indicibile e senza nome, che risulta essere più grande di ciò che si può contenere e affrontare in quel preciso momento della loro esistenza. Da questa riflessione è nata l'esigenza di indagare le differenti modalità attraverso le quali è possibile aiutare le persone a rielaborare eventi traumatici, nonché confrontarsi con le conseguenze che essi posso generare. L'approfondimento riguardante la terapia EMDR e la partecipazione al corso universitario "Teorie e Tecniche della dinamica di gruppo" hanno contribuito allo sviluppo di una maggiore sensibilità verso tale tematica e, fra le altre cose, hanno rappresentato un punto di svolta per la stesura della tesi. Inoltre, particolarmente significativa per la mia formazione è risultata essere la partecipazione ad esperienze di psicodramma condotte dal prof. Maurizio Gasseau, presso "Casa Jung" di Torino, che mi hanno permesso di scoprire il mondo della rappresentazione psicodrammatica. Tutte queste esperienze, nel loro insieme, hanno esercitato un'influenza molto positiva sul mio percorso, spingendomi ad approfondire e ad analizzare l'efficacia dello psicodramma e delle esperienze di gruppo nel trattamento del trauma, per metterla, poi, a confronto con quella della terapia EMDR, al fine di comprendere in che modo le persone possano riuscire a superare i vari eventi traumatici della loro vita.

L'elaborato si sviluppa lungo un continuum: dal primo capitolo, nel quale viene affrontato il concetto di trauma nelle sue principali dimensioni teoriche e storiche, per passare ad approfondire la tecnica dello psicodramma e la sua efficacia nell'elaborazione del trauma nel

secondo capitolo, per approdare, infine, al terzo capitolo, all'interno del quale si illustra l'approccio EMDR al trauma.

Al fine di approfondire il trauma determinato da esperienze di violenza sessuale e di comprendere le possibili modalità di intervento a sostegno delle vittime, il primo capitolo delinea il quadro teorico di riferimento. Dopo una riflessione sul concetto di trauma e sulla sua evoluzione storica, l'attenzione si concentra sui principali processi psicologici e neurobiologici coinvolti nell'esperienza traumatica e sulle manifestazioni cliniche ad essa associata. Viene, inoltre, esaminata la distinzione tra disturbo da stress post-traumatico e disturbo da stress post-traumatico complesso, aspetto che risulta essere particolarmente rilevante al fine di comprendere la natura e l'impatto dell'esperienze prolungate di abuso e violenza che possono verificarsi all'interno delle relazioni primarie. È stata dedicata una maggiore attenzione alle conseguenze psicologiche che tali esperienze possono determinare sulle vittime, nonché ai fattori che possono favorire processi di adattamento e recupero. A partire da queste premesse teoriche, il secondo capitolo prende in esame lo psicodramma come possibile strumento di intervento nella rielaborazione del trauma. Attraverso l'analisi dei suoi fondamenti teorici e metodologici, vengono approfondite le modalità con cui questo approccio risulta essere efficace nel favorire l'espressione e la trasformazione dei vissuti traumatici, con particolare riferimento all'esperienze di violenza sessuale. L'attenzione viene, infine, rivolta alle potenzialità e ai limiti dello psicodramma nel lavoro terapeutico con le vittime di trauma.

Nel terzo capitolo viene infine presentato l'EMDR come approccio terapeutico utilizzato nel trattamento del trauma, illustrandone le origini e i principali fondamenti teorici. In particolare, viene descritto il modello dell'"Adaptive Information Processing", che ne spiega il funzionamento in relazione ai processi di elaborazione e immagazzinamento delle informazioni traumatiche. Successivamente, viene preso in considerazione il protocollo EMDR, descrivendone la struttura e le otto fasi del trattamento, con l'obiettivo di evidenziare le modalità attraverso cui avviene la rielaborazione dell'esperienza traumatica. Il capitolo prosegue, poi, con un'analisi dell'applicazione dell'EMDR nel trattamento del disturbo da stress post-traumatico, ponendo particolare attenzione al lavoro con le vittime di violenza e mettendo in luce gli aspetti clinici, le precauzioni e le specificità dell'intervento. Infine, viene esaminata l'efficacia dell'EMDR nel trattamento del PTSD, facendo riferimento alla letteratura scientifica, evidenziandone i risultati in termini di riduzione della sintomatologia e miglioramento del funzionamento della persona, senza trascurare i principali limiti e le criticità del metodo. L'ultima parte dell'elaborato è dedicata al tentativo di mettere a confronto l'efficacia dei due modelli nel trattamento dei traumi determinati da violenza e abuso.

L'obiettivo non è quello di individuare quale approccio sia necessariamente il migliore in termini assoluti, ma comprendere quali aspetti dell'esperienza traumatica vengano maggiormente valorizzati da ciascun metodo e quale contributo possa offrire nel percorso di cura delle vittime di violenza.

Capitolo 1. Il trauma

1.1 La storia del trauma

Il presente capitolo propone un inquadramento generale del concetto di trauma, ripercorrendo l'evoluzione storica e i principali fondamenti psicologici. Per procedere poi, con l'analisi del disturbo da stress post-traumatico e terminare con un approfondimento delle esperienze di abuso e violenza: una delle forme più rilevanti di trauma.

Dal punto di vista etimologico il termine “trauma” deriva dal greco “τραῦμα che significa “ferita”, facendo riferimento, in questo caso, a un danno violento, improvviso o un urto prodotto nel nostro organismo. In maniera più estesa, può significare un'alterazione dello stato psichico conseguente a esperienze dolorose o negative. Gli eventi traumatici possono riguardare: situazioni legate alla guerra; disastri di notevoli proporzioni (attacchi terroristici, sparatorie, lutti, oppure catastrofi naturali per esempio inondazioni e terremoti); eventi legati all'abuso e alla violenza (maltrattamenti, abusi sessuali e violenza) (National Center for PTSD, 2025).

Ognuna di queste esperienze, in modo più o meno significativo, può comportare delle conseguenze sul funzionamento psicologico e biologico degli individui, lasciando delle tracce indelebili sulla loro mente, sulle loro emozioni e sulla loro vita (van der Kolk, 2015).

Prima di passare all'analisi del trauma da un punto di vista storico, è opportuno fare una breve digressione sul concetto di stress, inteso come risposta generale dell'organismo agli stimoli di natura minacciosa o sfidante. Lo stress rappresenta, infatti, una categoria più ampia e antecedente al trauma, fungendo da cornice concettuale per l'analisi delle esperienze traumatiche. Il termine “stress” può essere definito come: «qualunque condizione fisica, chimica e psichica che, esercitando uno stimolo dannoso sull'organismo, ne provoca la reazione.» (Zingarelli, 2002, p. 1807). La definizione appena fornita descrive lo stress come una risposta funzionale, presente nella vita degli individui, che ha la capacità di andare ad alterare l'equilibrio dell'organismo. Questa risposta funzionale viene generata a seguito di stimoli di diversa natura ed è interessante notare come vengano inclusi anche quelli di tipo emozionale, a dimostrazione del legame stretto che intercorre tra mente e corpo. Nonostante la risposta generatrice di stress possa essere interpretata come adattiva, quando diventa cronica, può compromettere la salute dell'individuo sia nel breve che nel lungo termine. Infatti, come documentato da Lingiardi e Gazzillo (2014), lo stress prodotto da situazioni ed eventi traumatici può essere associato a diversi quadri psicopatologici, come per esempio: il disturbo da stress

post-traumatico, il disturbo da stress acuto, i disturbi d'ansia, i disturbi dell'umore, i disturbi dissociativi e i disturbi connessi all'abuso di sostanze. La reazione di una persona di fronte ad uno "stressor" può essere di due tipologie: se si tratta di una risposta adattiva parliamo di "eustress", se, al contrario, si tratta di una risposta disadattiva parliamo di "distress". L'impatto di un evento potenzialmente traumatico è determinato, in primo luogo, dalla valutazione dell'evento, che ha il fine di determinare se esso stabilisce una minaccia al benessere o meno e, successivamente, dall'eventuale disponibilità di risorse (personali, ambientali, emotive, sociali e finanziarie) utili a fronteggiare gli effetti negativi dello stressor. In aggiunta, lo stesso stressor può produrre effetti collaterali differenti a seconda degli individui in cui si manifesta e, di conseguenza, risulta evidente come, per determinare l'impatto, non sia tanto importante lo stimolo in sé, ma il modo in cui gli individui interpretano e gestiscono l'evento (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Inoltre, viene evidenziato come sia fondamentale, in un'ottica di programmazione di un possibile trattamento, prendere in considerazione sia la percezione soggettiva dell'individuo, che le risorse che si hanno a disposizione.

Secondo lo studioso canadese Blair Wheaton (1994, cit. in Lingiardi & Gazzillo, 2014) esistono diverse tipologie di stressor: i traumi improvvisi, che avvengono in un tempo definito e breve come eventi isolati, inaspettati come, per esempio, la perdita di una persona cara, uno stupro o un evento legato ad una calamità naturale; i "life events", che si caratterizzano per una maggiore durata a livello temporale e possono causare cambiamenti importanti nelle vite delle persone, come può accadere per una gravidanza o un divorzio; gli inconvenienti quotidiani, in cui rientrano le malattie o i litigi; gli stressor a livello del macrosistema o del sistema sociale, che fanno riferimento, per esempio, alle guerre o alla criminalità; gli eventi mancati, che comprendono tutti quegli eventi attesi e desiderati che, alla fine, non si verificano quando e come previsto rispetto a cui, di conseguenza, l'individuo si trova a dover fronteggiare la loro mancata realizzazione per un lungo periodo di tempo, come nel caso di una promozione attesa mai avvenuta; infine, sono presenti gli stressor cronici, che riguardano gli insiemi di eventi, che insorgono gradualmente e che perdurano nel tempo, il cui esito o termine sono impossibili da prevedere.

Un ulteriore studio di notevole rilievo è quello del sociologo americano Leonard Pearlin (1989, cit. in Lingiardi & Gazzillo, 2014) che si occupa di distinguere gli stressor in *primari* e *secondari*. Tra gli stressor primari rientrano tutti quegli eventi acuti e cronici che si verificano in un primo momento, mentre tra gli stressor secondari identifichiamo gli eventi che risultano essere una conseguenza dei primari e che appaiono meno importanti. Questo approfondimento riguardante il concetto di stress e di tutto ciò che vi ruota attorno, basato sugli studi di diversi

autori, permette di evidenziare come anche fattori di stress quotidiani non siano da sottovalutare, perché c'è il rischio che possano accumularsi nella psiche umana, diventando particolarmente significativi e comportando conseguenze negative a lungo termine per gli individui.

Avendo inquadrato lo stress come un fenomeno antecedente al trauma è possibile, ora, concentrarci sul concetto di trauma inteso come un'esperienza che va oltre alla semplice risposta allo stress, e passare all'analisi della sua evoluzione storica. Quando facciamo riferimento al trauma psichico possiamo individuare tre temi principali attraverso i quali la questione è stata affrontata dall'opinione pubblica e dalla comunità scientifica: l'isteria, la nevrosi da guerra e la violenza sessuale (Herman, 2005).

Il concetto di isteria, come vedremo, ha una storia molto antica, basata su radici altrettanto antiche per cui, nel corso del tempo, ha assunto diversi significati, evolvendo insieme ai progressi scientifici, medici, culturali e sociali. Il termine "isteria", nel corso degli ultimi vent'anni del XIX secolo, era un termine comunemente accettato e, di conseguenza, non si è mai avuta la necessità di definirlo in maniera sistematica. Secondo lo studioso svizzero Henri Ellenberger: «per venticinque secoli, l'isteria era stata considerata una strana malattia con sintomi incoerenti e incomprensibili. La maggior parte dei medici la riteneva una malattia propria delle donne che si originava dall'utero.» (Ellenberger, 1970, cit. in Herman, 2005, p.22). Questa visione, tipica di quel periodo, riflette il fatto che, per molti secoli, il disturbo fosse legato ad una concezione prettamente medico-scientifica e che l'approccio preso in considerazione fosse di tipo organico. L'isteria, di conseguenza, era considerata non solo come una condizione medica, ma anche come un fenomeno legato alla sessualità femminile. Secondo lo storico Mark S. Micale (1989) l'isteria consisteva in «una interessante metafora medica per qualsiasi cosa gli uomini trovavano di misterioso e incontrollabile nel sesso opposto.» (cit. in Herman, 2005, p.22). In questo senso, possiamo osservare come il concetto di isteria poteva essere utilizzato non solo per classificare dei sintomi, ma anche per spiegare dei comportamenti messi in atto dalle donne che, secondo il pensiero comune dell'epoca, potevano essere considerati devianti o incomprensibili.

Il padre degli studi sul tema dell'isteria fu il neurologo francese Jean-Martin Charcot il quale, assieme ad altri colleghi, fondò il complesso ospedaliero della Salpêtrière di Parigi, all'interno del quale venivano ricoverate giovani donne che avevano subito maltrattamenti, stupri ed erano state sottoposte a sfruttamento. Qui Charcot osservava,

descriveva, classificava, fotografava i sintomi tipici dell'isteria e mostrava le sue scoperte sul disturbo dell'isteria attraverso dimostrazioni dal vivo (Herman, 2005).

Tra i seguaci di Charcot possiamo trovare il neurologo austriaco Sigmund Freud, fondatore della Psicoanalisi. La sua teorizzazione sulla "psicopatologia" riguarda il concetto di "nevrosi":

«[...] La nevrosi è definita come un disturbo senza causa organica i cui i sintomi sono l'espressione di un conflitto che ha radici nella storia di una persona e che costituisce il compromesso tra desiderio e difesa. L'isteria, invece, è una classe di nevrosi che manifesta quadri clinici differenti fra loro, caratterizzati da sintomi fisici senza base organica.» (Turatto, 2018, p.393).

Nel corso del tempo, la posizione di Freud subì un'importante evoluzione in quanto, inizialmente, egli attribuì l'origine delle "psiconevrosi" ad eventi traumatici sessuali reali e, solo successivamente, diede maggiore importanza alla dimensione psichica, andando a prendere in considerazione, quindi, anche le fantasie e i desideri della sessualità infantile. Zennaro a tal proposito afferma:

«Freud identifica la causa delle psiconevrosi in un reale trauma sessuale subito. Successivamente, attribuisce un ruolo fondamentale non a una realtà traumatica, ma a fantasie e desideri connessi alla sessualità, e in particolare alla sessualità infantile. Nella teorizzazione più matura, infine, Freud definisce la nevrosi come una reazione o misura patologica messa in atto per far fronte all'angoscia derivante da un conflitto intrapsichico o interiorizzato relativo a esperienze sessuali infantili, generato dall'impossibilità di soddisfacimento pulsionale. Questa ipotesi comporta, come causa della sofferenza psichica, un arresto maturativo dello sviluppo sessuale. Il sintomo nevrotico (la nevrosi) rappresenta quindi una formazione di compromesso tra gli impulsi e i desideri provenienti dal rimosso (Es) e le difese dell'individuo (Io). Freud ritiene che alla base delle nevrosi (ma anche delle psicosi) ci sia il fallimento della rimozione di esperienze sessuali infantili conflittuali.» (Zennaro, 2011, pag. 39).

A differenza di quanto evidenziato negli studi di Freud, il neurologo, psicologo, nonché filosofo e psichiatra francese Pierre Janet, attribuisce al trauma un ruolo patogeno, considerandolo come un evento reale e non necessariamente di natura sessuale. Secondo la sua prospettiva, l'esperienza traumatica produce un effetto disorganizzante sulle attività psichiche del soggetto dando origine a contenuti mentali che si separano dalla coscienza e che egli definisce "idee fisse subconscie". Inoltre, quando le esperienze traumatiche risultano essere particolarmente intense o tendono a ripetersi nel tempo, può accadere che esse si organizzino in forme dissociate più

complesse, arrivando a costituire delle vere e proprie personalità secondarie che egli denomina “esistenze successive”. In aggiunta, sempre secondo quanto teorizzato dal noto studioso francese, i ricordi traumatici avrebbero la capacità di riemergere in maniera traumatica ed improvvisa (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Questa innovativa concezione proposta da Janet permette di assegnare un ruolo rilevante alla dimensione ambientale, in quanto il trauma, interpretato come evento reale, è iscritto nella storia del paziente ed esercita un effetto patogeno sul funzionamento psichico. In tal senso, l’origine della sofferenza non è unicamente riconducibile a dinamiche intrapsichiche, ma anche all’impatto di esperienze vissute e all’influenza esercitata dall’ambiente circostante sulla persona.

Come abbiamo visto, già dal periodo antecedente allo scoppio della Prima guerra mondiale, il concetto di trauma psichico aveva suscitato grande interesse nell’opinione pubblica. In seguito, con l’avvento della Prima guerra mondiale, il numero delle persone affette da disturbi psichiatrici è aumentato notevolmente, come è stato ampiamente documentato all’interno di numerosi studi storici intrapresi sul tema del trauma bellico (Milazzo, 2017). Lo psicologo e medico inglese Charles Myers fu il primo ad occuparsi di studiare questa tipologia di casi. Egli attribuì ai sintomi dell’alterazione del funzionamento psichico un’origine fisica. Secondo lui, infatti, tali sintomi erano dovuti all’effetto della commozione cerebrale derivante dalle esplosioni delle bombe, che andavano a generare un disturbo nervoso che lo stesso Myers definì “shock da bombardamento” (Corsa & Martucci, 2016). Questa definizione fu ritenuta valida per molti anni, nonostante si fossero riscontrati alcuni casi in cui alcuni soldati avevano sviluppato questa tipologia di disturbo nervoso anche senza aver subito alcun tipo di trauma fisico. Fu proprio per questo motivo che, ad un certo punto, si decise di riconoscere il fatto che i sintomi del disturbo in questione fossero da ricondurre ad un trauma psichico, più che ad un trauma di natura fisica (Herman, 2005). I due psichiatri americani John Whitridge Appel e Gilbert Wheeler Beebe, che, come Myers, si erano occupati di studiare gli effetti della guerra sulla salute mentale delle persone, dopo l’avvento della Seconda guerra mondiale scrissero:

«Non esiste una cosa come “abituarsi a combattere” (...) Ogni momento del combattimento impone una tensione così grande che gli uomini crolleranno in diretta relazione con la durata della loro esposizione. Perciò le malattie psichiatriche in guerra sono inevitabili come uno sparo e le ferite da schegge.» (Appel & Beebe, 1946, cit. in Herman, 2005, p. 40).

Questo a testimonianza del fatto che lo stress dovuto al combattimento e le pessime condizioni di vita durante la guerra fossero ritenuti presupposti sufficienti a causare un crollo psichico anche per i soldati più forti. Numerosi studi suggeriscono inoltre che, durante questi anni difficili, si svilupparono alcune modalità di trattamento dei traumi che avevano come fine

primario quello di effettuare un intervento di breve durata, che permettesse ai soldati di tornare il più velocemente possibile sul campo da combattimento. Tra i diversi approcci terapeutici presenti in merito, si possono citare gli studi di Abram Kardiner e Herbert Spiegel (1947) che usarono l'ipnosi al fine di indurre uno stato alterato nei pazienti, così come gli studi di Roy Richard Grinker e John Paul Spiegel che definirono il concetto di "narcosintesi", ovvero una tecnica che prevedeva l'utilizzo di sodio amytal. Entrambi gli studi non ottennero i risultati sperati e non riuscirono a curare con efficacia i disturbi legati ai traumi, in quanto la sola riattivazione delle memorie non era sufficiente, richiedendo un processo di integrazione nella coscienza. Come affermano Grinkel e Spiegel (1945):

«[...] non sono come una scrittura su una lavagna che può essere cancellata, lasciandola com'era prima. Il combattimento lascia un'impressione duratura nella mente degli uomini, cambiandoli radicalmente così come avviene per qualsiasi esperienza cruciale» (cit. in Herman, 2005, p.42).

Nonostante le osservazioni emerse, la priorità di quell'epoca rimase quella di dare la possibilità di combattere agli uomini e, di conseguenza, gli effetti psicologici a lungo termine sulla salute mentale dei soldati furono, ancora una volta, messi da parte. La svolta decisiva si ebbe nel periodo susseguente alla guerra del Vietnam, durante il quale i veterani si organizzarono in "rap group", ovvero gruppi basati sull'auto-aiuto e sul sostegno tra pari, attraverso i quali gli ex soldati condividevano le esperienze traumatiche della guerra (Herman, 2005). Questo ha permesso da una parte, a livello sociale, lo sviluppo di consapevolezza sugli effetti della guerra e dall'altra, a livello individuale, un supporto e aiuto tra pari. Questi nuovi e importanti sviluppi fecero sì che nel 1980, per la prima volta, l'American Psychiatric Association (APA) incluse nella terza edizione del Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM) una nuova diagnosi: il "disturbo da stress post-traumatico", che, finalmente, fu in grado di dare una definizione anche a quei sintomi manifestati dai veterani di guerra (van der Kolk, 2015).

In sintesi, sebbene siano stati sviluppati diversi modelli di trattamento per i disturbi legati al trauma e nonostante ci sia stato l'interesse di molti studiosi in merito, la gestione del trauma e il tentativo di cura delle problematiche ad esso correlate, sono aspetti che per molto tempo sono stati limitati.

Accanto a traumi legati al combattimento sono stati attenzionati, negli anni, i traumi legati alla violenza sessuale, che sono in grado di generare profondi impatti a livello psicologico nelle persone che li hanno vissuti. Questi eventi traumatici nella storia e nella pratica clinica,

inizialmente, sono stati trascurati e, progressivamente, hanno ricevuto una maggiore attenzione all'interno del dibattito pubblico, che ha portato ad un loro conseguente approfondimento. Dalle varie indagini in materia si evince che le donne spesso venivano maltrattate, violentate e stuprate, ma preferivano rimanere in silenzio per paura e vergogna. Sarachild (1975) afferma che, negli anni in cui sono nati i movimenti femministi, le donne si riunivano in gruppi con l'obiettivo di condividere le esperienze di violenze e di dolore, che avevano visto o vissuto in prima persona, all'interno di uno spazio privato al fine di dare voce alle ingiustizie che subivano (cit. in Herman, 2005). Grazie alle pressioni del movimento femminista, nel 1971, nacque il primo centro di accoglienza per le vittime di violenza sessuale e, nel 1975, presso il National Institute of Mental Health, fu creato il primo centro di ricerca sulla violenza sessuale, grazie al quale, per la prima volta, le donne non furono più considerate solo come oggetto di studio, ma divennero dei veri e propri soggetti attivi. All'inizio degli anni Ottanta, parallelamente al periodo nel quale venne legittimato il concetto di "disturbo post-traumatico da stress", fu chiaro che la sindrome psicologica della violenza sessuale fosse la stessa osservata nei reduci di guerra in Vietnam (Herman, 2005).

Infine, si può affermare che, nel corso della storia, il concetto di superamento del trauma è stato spesso subordinato alle priorità belliche e sociali e, nella maggior parte delle volte, si è deciso di procedere con lo sviluppo di trattamenti che hanno prodotto esiti temporanei o, addirittura, inadeguati. Solo con il passare del tempo la ricerca e l'opinione pubblica hanno posto maggiore attenzione ai fenomeni più complessi, aprendo la strada all'analisi di forme di violenza che, precedentemente, erano state trascurate (Herman, 2005).

1.2 I fondamenti psicologici del trauma

È importante sottolineare come, a fronte di una qualsiasi esposizione ad un evento traumatico, nessuno possa ritenersi del tutto immune e che, fra le altre cose, ogni individuo possa reagire al trauma in differenti modi. Ed è proprio tale variabilità a conferire una grande importanza all'impegno profuso da teorici e studiosi di indagare a fondo i processi biologici e i fondamenti psicologici connessi al trauma.

L'azione principale che il nostro corpo e la nostra mente mettono in atto è quella rivolta a soddisfare il bisogno primario di sopravvivenza. Di conseguenza, quando nel nostro corpo si attiva il cosiddetto "sistema di allarme", si attivano automaticamente anche le aree più antiche del cervello. Quando ciò accade, la coscienza si spegne parzialmente ed il corpo si prepara ad

agire secondo tre risposte fisiologiche, ovvero “attacco”, “fuga” e “congelamento”. Tali risposte possono essere considerate come strategie immediate, che permettono all’organismo di reagire di fronte a situazioni percepite come minacciose.

Quando le persone sono coinvolte in eventi quali, violenze, stupri, guerre e incidenti di vario genere, il cervello continua a secernere gli ormoni dello stress; di conseguenza, anche dopo molto tempo che l’evento si è verificato, il cervello può continuare a inviare segnali di fuga. Infatti, come si può notare già nei primi studi sul tema del trauma, è stato osservato che i sopravvissuti all’evento traumatico sono inclini a perseguire l’azione, o comunque il tentativo (anche se inutile) di svolgere l’azione, che avevano incominciato nel momento in cui l’evento si era verificato (van der Kolk, 2015).

Uno degli organi vitali più complesso, e allo stesso tempo più affascinante, sia dal punto di vista strutturale, che sotto l’aspetto funzionale, è proprio il cervello umano. Si tratta di un organo costituito da diverse strutture, tra cui il talamo, l’amigdala, l’ippocampo e l’ipotalamo, che risultano svolgere un ruolo centrale nell’elaborazione delle informazioni sensoriali ed emotive. Le informazioni sensoriali che si trovano nell’ambiente esterno giungono nel talamo (un’area del sistema limbico), per poi venire trasmesse verso l’amigdala, oppure verso i lobi frontali. A questo proposito, come riportato (da van der Kolk, 2015) il neuroscienziato statunitense Joseph LeDoux (1996) si è occupato di definire il primo percorso “la via breve” o “via bassa”, che risulta essere più rapida e automatica, in quanto lo stimolo sensoriale non viene elaborato in maniera dettagliata; la sua funzione è infatti quella di garantire una risposta immediata di fronte ad un possibile pericolo, al fine di aumentare le possibilità di sopravvivenza. Il secondo percorso, invece, viene definito la “via lunga” o “via alta”, in quanto le informazioni che vengono inviate alla corteccia frontale e, successivamente, all’amigdala richiedono dei millisecondi in più per elaborare in maniera più controllata lo stimolo. Risulta, quindi, evidente come le reazioni correlate al trauma non siano mai puramente cognitive, ma al contrario, vi sia sempre il coinvolgimento contemporaneo di emozioni, percezioni e memorie. Di conseguenza possiamo affermare che l’amigdala è la struttura del cervello che si occupa di elaborare le informazioni che riceve e di stabilire se quest’ultime possano costituire o meno una minaccia per la sopravvivenza, ancora prima che nell’individuo ne subentri la consapevolezza. L’amigdala svolge questa funzione grazie all’aiuto fornitele dall’ippocampo, che ha il compito di confrontare lo stimolo sensoriale percepito al momento con le esperienze passate. Quando l’amigdala riconosce una minaccia invia un messaggio all’ipotalamo e al tronco encefalico che secernono gli ormoni dello stress, come l’adrenalina e il cortisolo, che aumentano la frequenza cardiaca, quella respiratoria e la pressione sanguigna, preparando il corpo ad agire (van der

Kolk, 2015). Diversi studi riportati in (Zennaro, 2011) dimostrano come eventi traumatici, in particolare abusi sessuali e maltrattamenti, causano una riduzione del volume dell'ippocampo e un'iperattivazione dell'amigdala, con un conseguente stato di "iperarousal". Inoltre: «gli effetti della riduzione dell'ippocampo riguardano un difetto nella codifica e nell'immagazzinamento della memoria esplicita concernente le informazioni spaziali, temporali e semantiche» (Edelman, 1989, cit, in Zennaro, 2011, p.355). Queste concettualizzazioni permettono di comprendere e analizzare, prima, e mettere in evidenza, poi, come il trauma non incida esclusivamente sul benessere psicologico, ma coinvolga anche il funzionamento cerebrale, influenzandone la regolazione emotiva e i processi di memoria. Inoltre, queste formulazioni suggeriscono che un intervento terapeutico efficace non deve tener conto solo dei ricordi narrativi, ma anche delle esperienze corporee e delle sensazioni. Come riportato da Zennaro (2011) la letteratura scientifica sembra indicare che non esistano degli eventi che possano essere considerati "oggettivamente" traumatici, esistono invece eventi la cui natura varia in relazione al significato che il soggetto attribuisce loro. Questo fornirebbe una possibile spiegazione di come anche alcuni eventi, che oggettivamente possono essere considerati come "non gravi", abbiano la capacità di influenzare profondamente il benessere psicologico di un soggetto.

Per poter comprendere quanto segue, è importante chiarire il concetto di "mentalizzazione", concettualizzato dallo psicologo e psicoanalista ungherese Peter Fonagy, che risulta essere un fattore essenziale per l'organizzazione del Sé. La mentalizzazione può essere definita come la capacità di riconoscere gli stati mentali implicati nei propri e altrui comportamenti. Il trauma può essere, quindi, considerato come una: «tappa finale di una serie di fasi che partono dalla mancata sintonizzazione emotiva, propria di un disturbo dell'attaccamento, i cui effetti negativi sulla mentalizzazione rendono il soggetto incapace di gestire quei vissuti emotivi associati a stressors traumatici» (Zennaro, 2011, p.362).

La mentalizzazione è sostenuta da diverse abilità cognitive, tra le quali spiccano la comprensione degli stati emotivi e la capacità di controllo dell'attenzione. Tale capacità si sviluppa all'interno di contesti di "attaccamento sicuro" e, di conseguenza, quando ciò non avviene, la traiettoria evolutiva della mente può assumere un andamento atipico. Ne è un esempio particolarmente emblematico il caso del bambino che viene ripetutamente esposto ad esperienze di abuso o maltrattamento, che tende a interiorizzare la colpa, attribuendosela totalmente. Una disorganizzazione dell'attaccamento può, quindi, comportare una disorganizzazione della struttura del Sé e una riduzione della capacità di mentalizzare. Questo avviene perché i genitori, che non sono in grado di riflettere in modo comprensivo e responsivo

sull'esperienza interna del bambino, lo privano di un'esperienza psicologica che è necessaria per la costruzione del senso di sé (Lingiardi & Gazzillo, 2014). La compromissione della capacità di mentalizzazione rappresenta, quindi, uno dei principali meccanismi attraverso cui le esperienze traumatiche, soprattutto durante le fasi di sviluppo di un bambino, incidono sullo sviluppo psicologico, ostacolandone la regolazione emotiva, l'integrazione dell'esperienza e lo sviluppo del proprio sé.

Un altro aspetto determinante per un'analisi completa del trauma è il concetto di dissociazione. Come affermato in Lingiardi & Gazzillo (2014, p.117): «si definisce dissociazione uno stato in cui il soggetto subisce un'alterazione più o meno temporanea delle normali funzioni integrative come identità, memoria, coscienza, percezione dell'ambiente circostante. Durante lo stato dissociativo, la coesione e l'interrelazione delle informazioni complesse che vanno continuamente a costituire quel flusso di stati che definiamo coscienza si interrompono.» Questa definizione mette in evidenza come lo stato di dissociazione non sia solo un fenomeno psicologico, ma anche un'interruzione delle normali funzioni cognitive e percettive che permettono al soggetto di vivere la realtà in modo integrato. La dissociazione, pertanto, può essere vista come un meccanismo di difesa che l'individuo adotta per affrontare situazioni traumatiche o stressanti. La perdita di coscienza descritta finora può impedire all'individuo di elaborare e riconoscere l'esperienza traumatica come se fosse separata dalla realtà circostante. Questa temporanea interruzione di coscienza, può essere funzionale in brevi momenti di crisi, ma se si protrae nel tempo rischia di diventare patologica e dannosa, andando a generare una frattura tra ciò che la persona vive e ciò che è in grado di integrare consapevolmente. Ed è in questo aspetto che emerge il ruolo centrale della dissociazione nella gestione del trauma, in quanto gli individui, per crearsi una fuga mentale dal dolore e dalla paura dell'evento traumatico, possono arrivare a dissociare l'esperienza dalla loro memoria e della loro coscienza. Questo processo, che nel momento del trauma risulta essere adattivo, se protratto nel tempo, può portare a cambiamenti significativi nei processi psichici che possono anche far pervenire ad una compromissione del senso di continuità dell'identità nell'individuo (Lingiardi & Gazzillo, 2014).

1.3 Il disturbo da stress post traumatico

Quando si approfondisce il concetto di trauma, bisogna tenere in considerazione il fatto che ne esistono di differenti tipologie. Infatti, la psichiatra Lenore Terr (1991, cit. in Lingiardi & Gazzillo, 2014), propone una distinzione tra *traumi di tipo I* e *traumi di tipo II*, sottolineando

la differenza che intercorre tra un singolo evento traumatico, come uno stupro o uno tsunami o una singola aggressione, e traumi ripetuti, prolungati come un abuso che perdura negli anni. I soggetti che hanno subito traumi di tipo I possono sviluppare un “PTSD”, soprattutto nella casistica in cui venga a mancare un sostegno o supporto sociale. Al contrario, i traumi di tipo II portano più facilmente allo sviluppo di patologie post-traumatiche (Patti, 2017 in Luberti & Grappolini, a cura di).

La diagnosi di PTSD è stata inserita, per la prima volta, nel 1980 all’interno della terza edizione del DSM (van der Kolk, 2015). Poi, nel 1994, il PTSD è stato collocato nel DSM-IV, all’interno della categoria riservata ai disturbi d’ansia. Infine, nel 2013, all’interno del DSM-5 è stato creato un capitolo chiamato “Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti” che, oltre a comprendere il PTSD, comprendeva altre condizioni patologiche affini (Lingiardi & Gazzillo, 2014). La definizione del PTSD fa riferimento ad una condizione che si può manifestare quando una persona vive o assiste ad un evento che ha implicato una minaccia di morte, la morte stessa, delle gravi lesioni o una minaccia all’integrità fisica propria o altrui. I sintomi si manifestano principalmente con ricordi intrusivi del trauma come, per esempio, flashback, sogni o incubi ricorrenti. Inoltre, si può riscontrare anche il fenomeno dell’evitamento, ovvero la tendenza ad evitare situazioni, luoghi o attività che ricordano l’evento traumatico, accompagnata da una capacità diminuita di reagire emotivamente. Tra i principali effetti a lungo termine sono presenti: distacco, perdita di interesse, diminuzione delle prospettive future, mancanza di controllo degli impulsi sessuali, aggressione verso di sé o verso gli altri, dissociazione; infine, uno stato di iperattivazione fisiologica persistente, che può provocare difficoltà nel sonno, difficoltà di concentrazione, di memoria e irritabilità (van der Kolk, 2015). Secondo il DSM-5-TR i criteri previsti per il PTSD, applicabili agli adulti, agli adolescenti e ai bambini con un’età superiore ai 6 anni, sono: «

A. Esposizione a morte reale o minaccia di morte, grave lesione, oppure violenza sessuale in uno (o più) dei seguenti modi:

1. Fare esperienza diretta dell'evento/i traumatico/i.
2. Assistere direttamente a un evento/i traumatico/i accaduto ad altri.
3. Venire a conoscenza di un evento/i traumatico/i accaduto a un membro della famiglia oppure a un amico stretto. In caso di morte reale o minaccia di morte di un membro della famiglia o di un amico, l'evento/i deve essere stato violento o accidentale.
4. Fare esperienza di una ripetuta o estrema esposizione a dettagli crudi dell'evento/i traumatico/i (per es., i primi soccorritori che raccolgono resti umani; agenti di polizia

ripetutamente esposti a dettagli di abusi su minori).

Nota: Il Criterio A4 non si applica all'esposizione attraverso media elettronici, televisione, film, o immagini, a meno che l'esposizione non sia legata al lavoro svolto.

B. Presenza di uno (o più) dei seguenti sintomi intrusivi associati all'evento\i traumatico\i, che hanno inizio successivamente all'evento\i traumatico\i:

1. Ricorrenti, involontari e intrusivi ricordi spiacevoli dell'evento/i traumatico/i.

Nota: Nei bambini di età superiore ai 6 anni può verificarsi un gioco ripetitivo in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti l'evento/i traumatico/i.

2. Ricorrenti sogni spiacevoli in cui il contenuto e/o le emozioni del sogno sono collegati all'evento/i traumatico/i.

Nota: Nei bambini, possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile

3. Reazioni dissociative (per es., flashback) in cui il soggetto sente o agisce come se l'evento/i traumatico/i si stesse ripresentando. (Tali reazioni possono verificarsi lungo un continuum, in cui l'espressione estrema è la completa perdita di consapevolezza dell'ambiente circostante.)

Nota: Nei bambini, la riattualizzazione specifica del trauma può verificarsi nel gioco.

4. Intensa o prolungata sofferenza psicologica all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento/i traumatico/i.

5. Marcate reazioni fisiologiche a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento/i traumatico/i.

C. Evitamento persistente degli stimoli associati all'evento\i traumatico\i, iniziato dopo l'evento\i traumatico\i, come evidenziato da uno o entrambi i seguenti criteri:

1. Evitamento o tentativi di evitare ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i.

2. Evitamento o tentativi di evitare fattori esterni (persone, luoghi, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) che suscitano ricordi spiacevoli, pensieri o sentimenti relativi o strettamente associati all'evento/i traumatico/i.

D. Alterazioni negative di pensieri ed emozioni associati all'evento\i traumatico\i, iniziate o peggiorate dopo l'evento\i traumatico\i, come evidenziato da due (o più) dei seguenti criteri:

1. Incapacità di ricordare qualche aspetto importante dell'evento/i traumatico/i (dovuta tipicamente ad amnesia dissociativa e non ad altri fattori come trauma cranico, alcol o droghe).
 2. Persistenti ed esagerate convinzioni o aspettative negative relative a se stessi, ad altri, o al mondo (per es., "Io sono cattivo", "Non ci si può fidare di nessuno", "Il mondo è assolutamente pericoloso", "Il mio intero sistema nervoso è definitivamente rovinato").
 3. Persistenti, distorti pensieri relativi alla causa o alle conseguenze dell'evento/i traumatico/i che portano l'individuo a dare la colpa a se stesso oppure agli altri.
 4. Persistente stato emotivo negativo (per es., paura, orrore, rabbia, colpa o vergogna).
 5. Marcata riduzione di interesse o partecipazione ad attività significative.
 6. Sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri.
 7. Persistente incapacità di provare emozioni positive (per es., incapacità di provare felicità, soddisfazione o sentimenti d'amore).
- E. Marcate alterazioni dell'arousal e della reattività associati all'evento/i traumatico/i, iniziate o peggiorate dopo l'evento/i traumatico/i, come evidenziato da due (o più) dei seguenti criteri:
1. Comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia (con minima o nessuna provocazione) tipicamente espressi nella forma di aggressione verbale o fisica nei confronti di persone o oggetti.
 2. Comportamento spericolato o autodistruttivo.
 3. Ipervigilanza.
 4. Esagerate risposte di allarme.
 5. Problemi di concentrazione.
 6. Difficoltà relative al sonno (per es., difficoltà nell'addormentarsi o nel rimanere addormentati, oppure sonno non ristoratore).
- F. La durata delle alterazioni (Criteri B, C, D e E) è superiore a 1 mese.
- G. L'alterazione provoca disagio clinicamente significativo o compromissione del funzionamento in ambito sociale, lavorativo o in altre aree importanti.
- H. L'alterazione non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza (per es., farmaci, alcol) o a un'altra condizione medica.» (American Psychiatric Association, 2023, p. 361-362)

Questi criteri mostrano come tale disturbo possa interferire in modo significativo nelle relazioni interpersonali e nelle normali attività della vita quotidiana, andando a generare un impatto psicologico particolarmente profondo. I sintomi insorgono solitamente entro i primi tre mesi dall'evento traumatico, ma possono comparire anche più tardi. Inoltre, la maggior parte delle

persone con un PTSD presenta anche altri disturbi mentali come disturbi depressivi, o da uso di sostanze o disturbi bipolari. I fattori di rischio per il PTSD si suddividono in tre categorie: i *pre-traumatici* che comprendono caratteristiche individuali presenti prima dell'esposizione all'evento, tra cui i fattori genetici; ambientali (basso status socioeconomico, scarso livello di istruzione, divorzio, lutto o problemi di salute mentale nella storia della famiglia); temperamentali (che comprendono gli individui che hanno avuto disturbi mentali prima dei 6 anni di età). Nella seconda categoria rientrano i fattori *peri-traumatici* che riguardano la modalità con cui l'evento viene vissuto. Infine, i fattori *post-traumatici* che si riferiscono alle condizioni successive all'evento e che comprendono la qualità del supporto sociale, l'utilizzo di risorse e strategie di coping e la presenza di ulteriori stressor (American Psychiatric Association, 2018).

1.3.1 Il disturbo da stress post-traumatico complesso e il trauma evolutivo complesso

Dopo aver analizzato il PTSD e tutto ciò che ne deriva, è utile prendere in considerazione anche il disturbo da stress post-traumatico complesso (cPTSD), il quale si caratterizza per la presenza di “traumi complessivi”, ovvero quei traumi che si prolungano e si ripetono nel tempo, o che possono essere interpersonali, come per esempio gli abusi e i maltrattamenti (Lingiardi & Gazzillo, 2014). Dopo aver fornito una definizione generale del cPTSD, è importante fare un'ulteriore distinzione, che si traduce nell'approfondimento del concetto di “trauma evolutivo complesso”; ovvero, in particolare, nell'analisi del grado di impatto che questi traumi possono generare se inflitti nelle fasi critiche di sviluppo del bambino. A sostegno di questa distinzione, lo psichiatra olandese Bessel van der Kolk (2015) evidenzia come il trauma infantile si comporti in maniera totalmente differente rispetto allo stress traumatico riscontrato negli adulti. Questa tipologia di trauma è presente soprattutto in contesti di abuso prolungato nell'infanzia e può comportare delle conseguenze sia nello sviluppo emotivo che sull'identità del bambino. In aggiunta, va sottolineato come il DSM-5-TR non riconosca il trauma evolutivo complesso come una diagnosi vera e propria, ciononostante risulta comunque importante comprendere la specificità del trauma vissuto in età evolutiva rispetto a quello vissuto in età adulta, come discusso precedentemente.

Dopo aver definito e descritto il PTSD, l'analisi può procedere con un approfondimento di una delle tante esperienze traumatiche che possono portare allo sviluppo di tale disturbo. In particolare, verrà ora esaminato il contesto di abuso e violenza al fine di porre le premesse che

saranno riprese nei capitoli successivi per l'analisi dell'efficacia dello psicodramma e dell'EMDR.

1.4 Abuso e violenza

Il termine “violenza” può essere definito come: «una coazione fisica o morale esercitata da un soggetto su un altro così da indurlo a compiere atti che altrimenti non avrebbe compiuto.» (Zingarelli, 2002, p. 2023).

La violenza rappresenta un fenomeno globale che interessa tutte le epoche e società del mondo. Come riportato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (WHO, 2014) 1,3 milioni di persone, ogni anno in tutto il mondo muoiono a causa della violenza, in particolare i dati riportano come queste persone muoiono a causa di atti di violenza che posso assumere varie forme. Inoltre, possiamo notare come siano decine di migliaia le persone che in tutto il pianeta, ogni giorno, subiscono atti di violenza non mortale. Le cifre riportate mettono in luce la gravità del fenomeno e l'importanza di trattare la tematica.

Le conseguenze a breve e lungo termine che le vittime di violenza possono riportare sono molteplici; ad esempio lesioni fisiche, propensione al fumo, depressione, disabilità, abuso di droghe e alcol e disturbo da stress post- traumatico. Per comprendere in modo esaustivo il fenomeno, è utile distinguere le diverse tipologie di violenza. Nell'analizzare tali forme possiamo fare riferimento a (Milani & Grumi, 2023) che le suddividono e le identificano in: violenza fisica, violenza sessuale, violenza economica, violenza psicologica e violenza domestica. Inoltre, è importante rimarcare che le vittime possono anche subire degli atti persecutori o stalking, che comportano conseguenze negative enormi sulle loro vite e sulle loro abitudini.

Con il termine “violenza fisica” possiamo fare riferimento a tutti gli atti di aggressione che possono comportare: gravi lesioni fisiche, come ad esempio lanciare oggetti, usare armi, colpire, spingere, strozzare; lesioni psicologiche; o addirittura anche la morte. Solitamente, queste gesta vengono messe in atto al fine di impaurire la vittima o obbligarla a compiere delle azioni.

Per quel che riguarda la “violenza di tipo sessuale”, essa comprende gli atti di natura sessuale che sono stati imposti con la minaccia o la forza. Questo tipo particolare di violenza riguarda tutti gli atti in cui la vittima ha espresso un dissenso iniziale, o non era in grado di esprimere un consenso, o è stata sottoposta a una soggezione psicologica, o anche nel caso in

cui inizialmente aveva espresso un consenso alla quale, poi, è seguito un dissenso. Le conseguenze che si manifestano possono impattare sul piano fisico, psicologico e riproduttivo. Con “violenza psicologica” si intende l’insieme degli atti volti a sminuire o controllare una persona attraverso minacce, rimproveri, insulti, isolamento, deprivazione dei legami affettivi personali, intimidazioni e svalutazioni che, come conseguenza principale, portano la vittima alla perdita della propria identità.

La “violenza economica”, invece, riguarda gli atti volti alla privazione dell’indipendenza economica e che impediscono alla vittima di avere voce in capitolo per quel che concerne la (propria) gestione finanziaria. I campanelli d’allarme possono essere molteplici, i più frequenti che riguardano la vittima sono: la mancanza di un conto corrente intestato; controllo degli scontrini per verificare l’importo speso; impedimento di lavorare o di formarsi; forme di geolocalizzazione. Questa forma di violenza risulta essere particolarmente insidiosa e subdola perché la vittima, nella maggior parte dei casi, non è nelle condizioni di rendersi conto di determinati aspetti e, quindi, non sente l’impulso di allontanarsi dalla relazione abusante.

Infine, con “violenza domestica” (Intimate Partner Violence) si fa riferimento a qualsiasi forma di violenza precedentemente descritta che viene messa in atto, dall’attuale o da precedenti partner, nel contesto di una qualsiasi forma di unione.

Dopo aver analizzato le diverse forme di violenza e le conseguenze che da esse ne derivano, è importante andare ad analizzare quali possono essere i fattori che favoriscono il processo di cambiamento e di recupero della vittima, sia a livello individuale che relazionale. Sono tutti quei fattori che possono facilitare la richiesta d’aiuto e che possono incidere sul vissuto dell’esperienza e, quindi, anche sull’evoluzione di possibili sintomi compatibili con una diagnosi di disturbo post traumatico da stress (PTSD) (Milani & Grumi, 2023).

Nella letteratura emerge come le vittime di violenza non siano passive rispetto all’esperienza ma, al contrario, provano a gestire la situazione facendo ricorso a strategie diverse; tra le quali risulta essere particolarmente importante la “strategia di coping”. Secondo gli studiosi statunitensi Susan Folkman e Richard Lazarus (1984) con il termine strategie di coping si intendono tutte le strategie comportamentali e mentali che un soggetto può mettere in atto al fine di affrontare delle situazioni stressanti o problematiche (cit. in Milani & Grumi, 2023). Secondo Spagna et al. (2014) è possibile distinguere due strategie di coping: il coping centrato sull’emozione, nel quale le persone cercano di minimizzare lo stato emotivo, modificando il significato degli eventi con il tentativo di identificare i risvolti positivi dell’esperienza vissuta; e

il coping centrato sul problema o cosiddetto proattivo, nel quale, invece, le persone fanno ricorso a processi di problem solving, ricercano informazioni e pianificano le strategie da adottare. Nel primo caso le donne vittime di violenza, per esempio, possono adottare strategie di evitamento e negazione del problema. Nel secondo caso, invece, esse cercano di prevenire la situazione o l'azione violenta, andando a modificare il proprio comportamento, evitando, nella maggior parte delle volte, comportamenti o commenti che potrebbero infastidire il partner e cercando di conformandosi alle sue aspettative.

Un altro fattore che emerge nella letteratura è il bisogno di coerenza che modula il funzionamento cognitivo e il comportamento degli esseri umani. La donna vittima di violenza, sulla base di questo bisogno, accetta e/o perdona l'atto violento aumentando la probabilità di comportarsi nella stessa maniera in futuro. Questo accade perché la vittima che accetta un primo episodio di violenza crea delle inferenze rispetto alla rappresentazione di sé, che andranno ad influenzare il suo comportamento in futuro e che la porteranno a giustificare e accettare eventi e episodi di violenza che si riproporranno più in là nel tempo, unicamente col fine di essere coerente con sé stessa e confermare la propria immagine (Milani & Grumi, 2023).

Tale dinamica sembra richiamare gli studi sulla teoria della dissonanza cognitiva dello psicologo e sociologo statunitense Leon Festinger (1957). Secondo quanto da lui teorizzato, lo stato di dissonanza cognitiva si verifica quando l'individuo percepisce delle incongruenze o delle incoerenze tra le cognizioni o credenze e i comportamenti attuati, generando uno stato di disagio che lo spinge a ridurre tale incongruenza. Quando il soggetto non riesce a modificare il comportamento o a darsi una spiegazione dell'incoerenza, cerca di cambiare i suoi atteggiamenti con l'obiettivo di adattarli alla situazione e di ripristinare la sua coerenza interna (cit. in Panero, 2023).

Il trauma derivante da una violenza può manifestarsi attraverso diversi sentimenti, tra i quali uno dei più diffusi, soprattutto per quel che riguarda le donne vittime di violenza, è il senso di colpa e di vergogna. Sono sentimenti che intaccano l'identità personale della vittima e che portano allo sgretolamento dell'autostima, in quanto derivano direttamente da uno degli aspetti più umilianti del trauma di natura sessuale, ovvero quello che vede il corpo della vittima invaso e profanato (Herman, 2005). In aggiunta alla perdita dell'autostima, la donna può provare una sensazione di "impotenza appresa", che si manifesta dal momento in cui, a seguito di svariati tentativi falliti di modificare la situazione abusante, la donna perde la speranza abbandonando la ricerca di soluzioni e strategie per uscirne (Milani & Grumi, 2023). Le conseguenze derivanti dalla violenza e dall'abuso, come la sopracitata impotenza appresa e la perdita dell'autostima, mettono in evidenza come l'esperienza traumatica vada ad

incidere profondamente sull'identità e sul funzionamento psicologico delle persone. Tali effetti non terminano con l'evento violento, ma persistono nel tempo, andando a influenzare il modo che abbiamo di vivere, di percepire il mondo e sé stessi. In questo senso, risulta palese come il superamento di un evento traumatico sia una condizione che richiede un processo di elaborazione.

Alla luce di ciò, diventa, quindi, centrale il tema della guarigione dal trauma, inteso come la messa in opera di un processo complesso di ricostruzione e di rielaborazione. A tal proposito, la psichiatra e ricercatrice statunitense Judith Lewis Herman (2005) ha descritto tre fasi del processo di guarigione: una prima fase che ha come obiettivo principale quello di creare le condizioni che possano offrire un senso di sicurezza e controllo; una seconda fase che ha come compito la ricostruzione dell'intero evento traumatico, con la sua conseguente rielaborazione; e, infine, un'ultima fase che ha come obiettivo la ricostruzione dei legami che devono essere instaurati nella vita di tutti i giorni. D'altro canto, bisogna sottolineare come nessun percorso di guarigione segua in maniera lineare le fasi elencate in precedenza, in quanto le sindromi traumatiche risultano essere molto complesse, così come complesso è il trattamento richiesto per curarle. Infatti, non esiste un singolo ed efficace intervento, ma ogni forma di terapia deve essere indirizzata alle caratteristiche tipiche del soggetto e del disturbo; di conseguenza i diversi approcci di trattamento del trauma non si collocano necessariamente in una singola fase, ma possono intervenire su più livelli del processo di guarigione, rispondendo ai differenti bisogni del paziente (Herman, 2005). Inoltre, per sostenere le persone traumatizzate durante i trattamenti è opportuno seguire alcuni principi guida generali che rientrano nell'approccio "trauma informed care", come per esempio: il tentativo di creare un ambiente sicuro e di sicurezza, promuovere il peer support e il mutuo-aiuto, favorire il senso di collaborazione e di reciprocità e agevolare l'empowerment. L'obiettivo finale di questa tipologia di approccio è quello di evitare la "ri-traumatizzazione" nella presa in carico dei soggetti che hanno già subito dei traumi in precedenza (Milani & Grumi, 2023).

Alla luce di quanto messo in evidenza fino a qui, nei capitoli successivi si procederà con l'analisi di due specifici approcci terapeutici, con l'obiettivo di evidenziarne le caratteristiche principali e il potenziale contributo che andranno a offrire al percorso di elaborazione del trauma. In particolare, il capitolo seguente sarà dedicato allo psicodramma.

Capitolo 2. Lo psicodramma

2.1 Fondamenti, tecniche e setting dello psicodramma

Come sottolinea la psichiatra statunitense Judith Lewis Herman nella sua pubblicazione del 2005, i sopravvissuti ai traumi, nel momento immediatamente successivo all'evento traumatico, si trovano in una situazione di estrema vulnerabilità, in quanto il loro senso di Sé è stato distrutto e può essere ricostruito solo attraverso la relazione con gli altri (Herman, 2005). Questa osservazione trova conferma nelle prime applicazioni terapeutiche in merito, durante le quali alcuni veterani che soffrivano di PTSD hanno messo in scena, nell'ambito di una rappresentazione teatrale e con l'aiuto di attori professionisti, i loro ricordi della guerra e le poesie scritte al fronte, riuscendo a darsi sostegno in maniera reciproca. Questa esperienza risultò essere particolarmente trasformativa rispetto ad altri interventi o forme di terapia proposte, tanto che gli ex combattenti incominciarono a mostrare miglioramenti dal punto di vista dell'ottimismo, della qualità della vita, dei rapporti con i familiari e della vitalità (van der Kolk, 2015). In questo senso, il teatro può essere considerato non solo come uno strumento espressivo, ma anche come uno spazio relazionale protetto, in cui il soggetto, attraverso la condivisione, può riappropriarsi della propria storia.

Come osserva lo psichiatra olandese Bessel Van der Kolk (2015), fin dai tempi antichi, gli esseri umani sono soliti ricorrere a rituali comuni per fronteggiare i loro sentimenti più terrificanti. Il più antico teatro di cui si ha traccia è il "Teatro greco", che si è sviluppato grazie a riti religiosi che comprendevano anche la danza e la musica. Il Teatro greco, dal V secolo a.C., assunse un ruolo fondamentale nella comunità, perché diede la possibilità al pubblico di partecipare alle rappresentazioni e di assistere alle emozioni di altre persone. Ciò suggerisce che il teatro, fin dalle sue origini, sembra svolgere una funzione di regolazione emotiva e di costruzione di significato condiviso dell'esperienza. Di conseguenza, risulta evidente come: da una parte, il teatro sia uno strumento utile per curare il trauma, in particolare per le persone che, in seguito all'evento traumatico, hanno paura di sperimentare le emozioni e sono terrorizzate all'idea di perdere il controllo. Dall'altra, fare teatro permette di trovare nuovi modi per dire la propria "verità" su quello che è accaduto, anche nei confronti di sé stessi, trasmettendo la propria visione degli eventi ed esplorando a fondo la propria esperienza interna, attraverso l'espressione verbale o anche grazie ai movimenti del corpo. Come afferma Van der Kolk (2015, p.383): «fare teatro significa incarnare le emozioni, darvi voce, renderle esperibili, facendole proprie e impersonificandole in diversi ruoli.»

Secondo van der Kolk (2015), la prima cosa da fare, ai fini dell'implementazione della terapia, è convincere gli aderenti al progetto a partecipare attivamente: è importante per loro che possano sentirsi sicuri di muoversi nello spazio e che si possano fidare della presenza di altre persone. Infatti, per i soggetti traumatizzati è terrificante sintonizzarsi con sé stessi ed entrare in contatto con ciò che sentono. Come viene descritto da van der Kolk (2015, p.385):

«il lavoro di ogni regista, come di ogni terapeuta, è di rallentare le cose in modo che i soggetti siano in grado di stabilire un rapporto con se stessi, con il loro corpo. Il teatro offre un modo unico per accedere a una gamma completa di emozioni e sensazioni fisiche che non solo mette in contatto con l'esperienza abituale del corpo, ma fa loro esplorare modi alternativi di vivere la propria vita.»

A partire da queste considerazioni, appare evidente come l'utilizzo del teatro in ambito terapeutico non sia casuale, ma si fondi su elementi propri dell'esperienza teatrale stessa. Questa breve panoramica consente, quindi, di comprendere il motivo per cui il teatro rappresenti un terreno fertile per lo sviluppo di approcci terapeutici come lo psicodramma.

Lo psicodramma può essere inteso come un metodo terapeutico che consiste nell'esplorazione di eventi personali, di sogni, di ricordi e di conflitti, attraverso l'azione drammatica e la rappresentazione scenica delle interazioni di ruolo. Il fondatore di tale approccio terapeutico è lo psichiatra e psicoterapeuta Jacob Levi Moreno (1889-1974). Lo psicodramma nasce come evoluzione del teatro della spontaneità, concepito da Moreno come uno spazio e un luogo in cui le persone, in gruppo, avevano l'opportunità di rappresentare anche i loro più profondi stati d'animo, i sogni, le aspirazioni e le frustrazioni (Yablonsky, 1978).

Parallelamente allo "psicodramma classico moreniano", si è sviluppato lo "psicodramma analitico di orientamento junghiano". I due metodi si distinguono sotto alcuni aspetti, pur concordando sul valore assunto dal "gruppo" e sull'importanza che esso acquisisce in quanto contesto fondamentale del processo terapeutico. Lo psicodramma junghiano e quello classico moreniano rappresentano due approcci distinti nell'affrontare la pratica psicodrammatica: il primo si caratterizza per l'introduzione di una funzione osservativa finale e per il riferimento ai costrutti della psicologia analitica, come l'inconscio collettivo, che amplia la comprensione delle dinamiche gruppali includendo dimensioni simboliche e archetipiche; inoltre, lo psicodramma analitico si concentra principalmente sull'espressione delle sensazioni interne.

Al contrario, lo psicodramma moreniano si focalizza sull'azione, sul presente e sulla rappresentazione scenica dei contenuti interni attraverso il gruppo (Gasca & Gasseau, 1991). Pur essendo distinti, i due approcci non si escludono a vicenda: è possibile integrarli all'interno della stessa pratica, lasciando che sia il conduttore a decidere quale modello utilizzare o privilegiare sulla base della situazione e degli obiettivi del gruppo.

Dopo aver chiarito questa distinzione, è possibile ora approfondire la prospettiva psicodrammatica moreniana.

Uno dei principi fondamentali dello psicodramma è dato dal fattore spontaneità\ creatività (S/C) (Boria, 1997). Queste due caratteristiche sono strettamente connesse tra loro, infatti, se lo stato di spontaneità viene a mancare, la creatività rimane inespressa. L'atto privo di spontaneità si manifesta come un gesto meccanico, automatico e ripetitivo. La spontaneità può essere descritta come una disposizione dell'individuo a mobilitare in modo vivo le proprie energie affettive, fisiche e intellettuali, così che possa entrare in un rapporto adeguato con la realtà. Essa permette ai soggetti di rispondere alle esigenze interne e alle richieste dell'ambiente, creando risposte adatte ad una determinata situazione. Inoltre, la spontaneità svolge una funzione di catalizzatore in grado di trasformare la creatività potenziale in qualcosa di concreto e operativo ed è per questo motivo che viene considerata come il prerequisito di ogni esperienza creativa. La spontaneità opera nel "qui ed ora" e permette di offrire delle nuove risposte a situazioni già note, oppure consente di fornire una risposta adeguata a nuove situazioni. Secondo Boria (1997) la spontaneità, non deve essere considerata come una forza in grado di danneggiare gli individui, ma come una funzione positiva che permette di trasformare la realtà, rompere gli schemi ed evitare le cristallizzazioni, permettendo alle persone di affrontare al meglio il cambiamento. L'essere umano può essere aiutato a entrare in contatto con la propria spontaneità, attraverso l'esercizio di "tecniche di riscaldamento". Queste hanno l'obiettivo di aiutarlo a percepire la spontaneità come favorevole, facilitando un adattamento al cambiamento, poiché permettono di superare la rigidità sviluppando nuove modalità di risposta più flessibili e creative di fronte alle diverse situazioni. Un altro aspetto evidenziato da Boria (1997), è quello per cui la spontaneità non è un dato fisso, ma uno stato. Essa non può essere né accumulata, né risparmiata, ma deve essere consumata nel momento in cui si manifesta, per lasciar posto a stati successivi di spontaneità. Non esiste, quindi, una quantità assoluta di spontaneità e la sua utilità dipende dal fatto che essa riesca ad adeguarsi alla situazione concreta. Un ultimo aspetto da evidenziare, sempre in merito alla spontaneità, si riferisce al fatto che essa può svolgere una funzione antitetica rispetto all'ansia: se la risposta

dell'individuo alla situazione di stress risulta essere molto spontanea l'ansia diminuisce; al contrario, quando si perde il fattore di spontaneità, l'ansia può raggiungere il suo massimo livello (Boria, 1997). La relazione tra spontaneità e ansia può essere intesa come un equilibrio tra flessibilità e rigidità nella risposta alle situazioni. Quando questo equilibrio viene meno e sono presenti condizioni di rigidità o di perdita di contatto con le proprie sensazioni interne, la tensione emotiva può intensificarsi generando un aumento di ansia. Tale dinamica è frequentemente osservabile in soggetti traumatizzati che, come descritto nel primo capitolo, possono sperimentare un aumento della tensione emotiva o un 'ipervigilanza' e un senso di blocco.

Per quanto riguarda la creatività, essa viene definita come una forza in continua evoluzione e costituisce la più alta forma d'intelligenza. Quando la creatività si manifesta nel suo grado massimo gli atti sono originali e nuovi, al contrario se si presenta con un grado nullo, gli atti saranno automatici e ripetitivi. Affinché la creatività possa svilupparsi, risulta necessaria la presenza di un catalizzatore, che trova la sua espressione nella spontaneità. Ed è proprio per questo motivo che la spontaneità e la creatività sono considerate interdipendenti. A questo proposito vengono descritte due condizioni: la prima è rappresentata dal cosiddetto "deficiente spontaneo", in cui il soggetto presenta un'elevata spontaneità, ma è dotato di scarse risorse creative; la seconda è data dal "creatore disarmato", che fa riferimento ad una persona molto creativa, ma totalmente priva di spontaneità. Infine, l'atto creativo si caratterizza per la capacità di interrompere un nesso "normale" di causalità, per la possibilità di attribuire un nuovo significato alla realtà e per il fatto che comporta un'azione in cui l'individuo è un soggetto agente (Boria, 1997).

Il focus posto sui concetti di spontaneità e di creatività, mette in evidenza come il cambiamento non venga inteso unicamente come il risultato di un'interpretazione razionale, ma altresì come un processo che si realizza nel momento in cui il soggetto riesce a rispondere alla situazione presente in un modo nuovo. In questo senso, è possibile osservare come tale aspetto possa assumere una rilevanza anche in situazioni emotivamente destabilizzanti, nelle quali le risposte tendono spesso a irrigidirsi o a presentarsi sempre nello stesso modo, come nel caso degli eventi traumatici. Il fattore S\C appare, quindi, un elemento centrale, in quanto può rappresentare la possibilità di interrompere le stesse modalità reattive dell'individuo e permette di sperimentare modalità di azione alternative nella scena psicodrammatica, attraverso l'utilizzo di tecniche opportune.

Prima di approfondire l'efficacia della pratica psicodrammatica nel superamento del trauma, è utile illustrarne i relativi strumenti e le tecniche di base principali. Secondo Moreno esistono 5 strumenti di base che vengono illustrati nello psicodramma: il palcoscenico, il protagonista, il direttore, gli io-ausiliari e il pubblico.

Il "palcoscenico" è il luogo e, quindi, lo spazio terapeutico in cui gli individui esprimono i propri contenuti mentali concretizzandoli, e nel quale essi vengono facilitati nell'espressione spontanea dei ruoli.

Il "protagonista" è colui o colei che porta del materiale da analizzare durante le sedute psicodrammatiche.

Il "direttore o conduttore" dello psicodramma è rappresentato dal terapeuta professionista, ovvero colui o colei che ricopre un ruolo di responsabilità all'interno del gruppo. Viene anche definito facilitatore del gruppo, in quanto si occupa di analizzare il materiale emotivo che emerge dal confronto con la compagine e svolge un ruolo attivo all'interno del gruppo stesso, perché favorisce un'esperienza di rapporto umano diretto e immediato, adottando un atteggiamento neutro. Il direttore pone attenzione sulla maniera di collocarsi e di muoversi nello spazio terapeutico, aiuta il protagonista ad amplificare le proprie emozioni e a immergersi nella sua sofferenza, costituendo un punto di riferimento sicuro a cui il protagonista può rivolgersi.

L' "io-ausiliario" è un membro del gruppo scelto dal protagonista per aiutarlo a interpretare e a giocare un ruolo nella rappresentazione psicodrammatica. L'io-ausiliario incarna, quindi, i "fantasmi" appartenenti al protagonista (come una sofferenza fisica o un desiderio o un timore) o ad altri individui particolarmente significativi della sua vita, come per esempio parenti o amici. Grazie a questa incarnazione, il protagonista ha la possibilità di affrontare in modo diretto questi fantasmi che sono stati resi concreti e tangibili. Tutto ciò permette al protagonista di prendere coscienza e consapevolezza della loro esistenza, delle loro caratteristiche e della loro valenza emotiva e, infine, gli dà la possibilità di sperimentare delle modalità nuove, adattive e funzionali per rispondere alla realtà esterna. Quindi, essendo l'io-ausiliario una persona in carne ed ossa, permette al protagonista un incontro reale con i propri fantasmi, dai quali il protagonista non può fuggire, ma è costretto ad affrontarli e a confrontarsi con le conseguenze che essi portano con sé. Rimanendo sul concetto di io-ausiliario è importante sottolineare come la scelta sia determinata dal protagonista, in quanto, nel momento della scelta, si attiva un processo inconscio nel quale il protagonista sceglie, per incarnare un determinato ruolo, un soggetto che vive emozioni

o presenta dei vissuti simili o complementari ai suoi. Questo processo esprime la qualità di un legame elementare esistente tra due persone che Moreno definisce “tele”.

Infine, l'ultimo strumento illustrato nello psicodramma è dato dal “pubblico”: il pubblico occupa uno spazio che viene definito uditorio e che consente di percepire e di vedere quanto accade nella scena; inoltre, esso ha la facoltà di trasferirsi sul palcoscenico, qualora venga richiesto. La funzione più importante del pubblico è quella di fungere da strumento di aiuto per il protagonista (Boria, 1997). In questo frangente, il gruppo assume un ruolo centrale, in quanto la presenza degli altri, così come l'interazione con essi, può contribuire a trasformare l'esperienza individuale in un'esperienza condivisa. Alla luce di quanto descritto, si può osservare come gli strumenti presentati contribuiscano a delineare un setting che consente ai soggetti di rendere concreti dei contenuti che, altrimenti, risulterebbero difficili da verbalizzare. In questo senso, la possibilità di vedere, agire e toccare tali contenuti nello spazio scenico appare differente rispetto alla loro semplice narrazione.

Dopo aver delineato i principali strumenti della seduta psicodrammatica, è opportuno descriverne la struttura. Quest'ultima si articola, generalmente, in diverse fasi: una fase iniziale di riscaldamento (definita anche *warming-up*) che favorisce l'attivazione spontanea del gruppo e la preparazione alla scena; seguita dalla fase centrale dell'azione, in cui si trovano l'applicazione delle tecniche psicodrammatiche (Boria, 1997).

Tra le numerose tecniche che vengono utilizzate dal conduttore nelle sedute psicodrammatiche, ve ne sono alcune fondamentali che vale la pena prendere in considerazione nel presente elaborato. Una delle tecniche principali è quella dell'“inversione dei ruoli”, nella quale un individuo assume, per un determinato periodo di tempo, il ruolo di un “altro”. Solitamente si cerca di assumere il ruolo di una persona realmente esistente, ma si può impersonificare anche un oggetto, una parte di sé, un simbolo o un'idea. Questa tecnica permette al protagonista di rendere reali e concrete le immagini delle altre persone che si è costruito nel tempo e di cogliere quegli elementi che prima non aveva considerato (Boria, 1997). Questa tecnica può essere utilizzata per diverse ragioni: in primo luogo, per permettere al protagonista di provare le emozioni dell'altra persona, di capirne la posizione e le reazioni; in secondo luogo, può risultare efficace per aumentare la spontaneità del protagonista, ai fini di liberarlo dai suoi meccanismi di difesa. Inoltre, può capitare che i protagonisti, durante il corso della loro vita, sappiano interpretare molto bene certi ruoli, mentre risultino meno efficaci nell'interpretarne altri. Tuttavia, si può affermare che la tecnica in questione sia eccellente per alienarsi da sé stessi e percepire la propria identità da un altro punto di vista. L'empatia,

che consiste nella capacità di assumere il ruolo di un altro, svolge un ruolo centrale nell'interazione e nella comunicazione tra esseri umani. L'inversione dei ruoli, nello psicodramma, permette di sviluppare empatia sia a livello fisico che a livello emotivo e, di conseguenza, favorisce comunicazioni più significative (Yablonsky, 1978).

Un'altra tecnica fondamentale utilizzata nello psicodramma è quella del “doppio”, che consiste nel “dar voce” a sentimenti che il protagonista non riesce a esprimere come, per esempio, timidezza, vergogna, senso di colpa e angoscia. Questa tecnica prevede che una persona, che solitamente fa parte del pubblico ma che può anche essere il conduttore, svolga il ruolo di “doppio”, collocandosi a fianco del protagonista al fine di operare come una sorta di “alter-ego”, che permetta al protagonista di esprimere ad alta voce pensieri, desideri e sentimenti che il protagonista non è in grado di manifestare verbalmente. La persona che doppia il protagonista assume la sua stessa postura, in modo tale da favorire una sincronicità tra mente e corpo (Boria, 1997). La tecnica del doppio, se utilizzata correttamente, permette di offrire un valido sostegno al protagonista, poiché lo aiuta a esprimere sentimenti che da solo sarebbe incapace di tradurre e, di conseguenza, gli fornisce il sostegno adeguato per far fronte alle situazioni difficili e complesse che possono insorgere durante lo psicodramma, andando a facilitarne il comportamento nella vita reale. Questo è reso possibile grazie al fatto che il soggetto ha l'opportunità di sperimentare nuove modalità di espressione all'interno di un contesto protetto che potrà successivamente riproporre e utilizzare nelle situazioni quotidiane della vita reale (Yablonsky, 1978). Un'ulteriore tecnica psicodrammatica è la “proiezione nel futuro”, in cui il protagonista può vivere, nel presente psicodrammatico, fantasie o immagini che vengono proiettate nel futuro. In questo processo, il protagonista deve cercare di creare una rappresentazione di sé nel futuro, tenendo conto dell'importanza di costruire uno scenario che abbia fondamenta solide radicate nella realtà, prendendo in considerazione elementi concreti della propria vita come l'età e le esperienze passate (sia positive che dolorose). Di conseguenza, risulta fondamentale sottolineare che, nonostante si tratti di un futuro immaginato, esso deve comunque poggiare su dati reali già presenti ed esistenti. La tecnica della proiezione nel futuro, grazie alla sua particolarità di non eliminare il legame con la realtà, permette di svolgere al protagonista un importante lavoro interiore: essa gli dà la possibilità di sperimentare sé stesso esplorando diverse possibili alternative orientate al futuro e di rendere più evidenti quei contenuti emotivi interni che, altrimenti, resterebbero indefiniti (Boria, 1997). Infine, tra le numerose tecniche impiegabili durante le sedute psicodrammatiche, si è deciso di analizzare la tecnica del “soliloquio”. Questa tecnica consiste nel dar voce ai pensieri durante una rappresentazione

scenica, in modo tale da trasformare il contenuto del ricordo del protagonista in realtà. Quindi, attraverso il soliloquio, il protagonista ha la possibilità di esprimere tutte le emozioni che prova, anche quelle che contrastano tra loro come, per esempio, quando esprime amore, ma in realtà prova odio. Infine, vale la pena di sottolineare come questa tecnica sia utile per portare in superficie i pensieri più reconditi del protagonista (Yablonsky, 1978).

Le tecniche psicodrammatiche finora descritte sembrano mettere in evidenza come lo psicodramma non si focalizzi esclusivamente sul contenuto, ma anche sul modo in cui l'esperienza viene vissuta dal corpo, nello spazio e nella relazione.

In seguito, si procede con l'analisi della fase definita "sharing", ovvero una fase di condivisione in cui tutti i partecipanti del gruppo possono condividere ricordi simili e esperienze di vita analoghe agli altri e, inoltre, esprimere le emozioni che l'esperienza ha suscitato loro. La fase di sharing rappresenta un momento di rielaborazione collettiva dell'esperienza, in cui il vissuto individuale viene accolto dagli altri membri del gruppo. In questo senso, la condivisione contribuisce a ridurre l'isolamento soggettivo e a collocare l'esperienza personale all'interno di una dimensione più ampia e condivisa (Boria, 1997). Alla luce di quanto precedentemente esposto, è possibile cogliere un parallelismo con le pratiche di incontro in piccoli gruppi sviluppatesi nei movimenti femministi, durante le quali la messa in condivisione delle esperienze di donne vittime di violenza assumeva una funzione analoga. In aggiunta, va ricordato che, durante le sedute psicodrammatiche, prima di procedere con la fase di sharing, è molto importante ricordarsi di attuare la tecnica del "de-rolling", che consente al protagonista, ma anche agli io-ausiliari, di liberarsi dall'interpretazione e, quindi, di svincolarsi dal ruolo assegnato in precedenza.

2.2 La funzione del gruppo e delle tecniche psicodrammatiche nella rielaborazione traumatica

Nello studio dello psicodramma, è importante considerare il modo in cui il lavoro di gruppo permette ai partecipanti di elaborare esperienze interne complesse. Questo aspetto è particolarmente rilevante nell'ambito della psicoterapia del trauma, nel quale la trasformazione dei vissuti dolorosi richiede uno spazio sicuro per esprimere emozioni e sensazioni spesso difficili da verbalizzare. Come sottolineano Maurizio Gasseau e Marina Brinchi (2016, p. 4):

"A differenza di altri tipi di gruppi terapeutici, infatti, lo psicodramma apre la strada all'integrazione tra 'terapia della parola' ed espressione non verbale dei propri vissuti, restituendo una significativa valenza terapeutica all'azione: la narrazione passa all'atto

coinvolgendo la dimensione corporea e dando vita ad un percorso trasformativo e di comprensione di sé che si esplica nella creatività del gioco drammatico; questa tecnica contiene in sé il potere di dare forma alle molteplici immagini, sentimenti e sensazioni che costituiscono il mondo interno del soggetto.”

Le parole sopracitate mettono in evidenza come lo psicodramma offra un contesto privilegiato per la rielaborazione del trauma, poiché integra contemporaneamente parola, corpo e azione drammatica. In questo setting, i partecipanti possono far riemergere in superficie emozioni e immagini interiori che, spesso, come avviene per i vissuti traumatici, rimangono intrappolate, anche in modo non del tutto consapevole. La possibilità di rappresentare simbolicamente questi contenuti attraverso il gioco drammatico permette di trasformare esperienze dolorose in forme comprensibili e gestibili, favorendo un senso di controllo e di coerenza interna. Inoltre, il ruolo del gruppo è fondamentale: le dinamiche relazionali e l’osservazione reciproca offrono un contesto sicuro e contenitivo, all’interno del quale il trauma non viene semplicemente rivissuto, ma viene elaborato attraverso la condivisione e la mediazione simbolica. L’azione drammatica diventa, così, uno strumento terapeutico potente, capace di stimolare alcuni elementi centrali per il processo di guarigione dai traumi come la consapevolezza, la riflessione e la trasformazione del sé. Nel capitolo precedente, abbiamo osservato come la creazione di un ambiente sicuro, il peer support, la collaborazione reciproca e l’empowerment siano principi essenziali nel trattamento dei pazienti traumatizzati, poiché consentono loro di sentirsi protetti, valorizzati e attivamente coinvolti nel proprio percorso di cura. Nello psicodramma questi stessi principi si riflettono nel lavoro di gruppo, che offre uno spazio sicuro e contenitivo, nel quale le dinamiche relazionali e l’osservazione reciproca possono favorire la condivisione e l’elaborazione dei vissuti traumatici.

Uno degli aspetti che contribuiscono a rendere efficace lo psicodramma nella rielaborazione dei contenuti traumatici è dato dal ruolo del gruppo. Lo studio condotto da Fiore e Meli (2020) su alcuni soggetti traumatici, in particolare donne affette da PTSD sviluppato in seguito a esperienze di violenza, mette in evidenza come la spontaneità, spesso, risulti essere compromessa dal trauma, provocando l’interruzione dell’espressione emotiva e corporea spontanea; per questo motivo diventa necessario costruire un ambiente che possa sostenere la riattivazione di tali funzioni. All’interno dello psicodramma, soprattutto nella fase iniziale, il ruolo svolto dal corpo diventa fondamentale: il suo coinvolgimento attivo, infatti, stimola la spontaneità e rende possibile una manifestazione non verbale delle emozioni. Questo aspetto risulta essere efficace nella terapia per il superamento del trauma, poiché molte esperienze

traumatiche non sono immediatamente accessibili mediante il linguaggio, ma trovano, invece, una modalità di espressione attraverso il corpo. Tutto ciò favorisce l'avvio di un processo di riconoscimento reciproco tra i partecipanti, che risulta essere un elemento imprescindibile per la creazione del gruppo (Fiore & Meli, 2020).

L'approccio psicodrammatico si fonda sull'idea che esista un'integrazione tra psiche e corpo: essi, infatti, rappresentano due aspetti della stessa esperienza, che si differenziano semplicemente per le modalità attraverso le quali vengono percepiti e vissuti. All'interno di questa cornice, il "lavoro sul corpo" produce effetti che riguardano anche la sfera psicologica, facilitando il passaggio da uno stato di coscienza ordinario, caratterizzato da un funzionamento del pensiero di tipo logico-analitico, ad un funzionamento più analogico e associativo. Tale modalità favorisce anche l'esternazione di un maggior flusso di emozioni da parte dell'individuo, che permettono di ridurre una disposizione difensiva e rigida, rendendo possibile al terapeuta l'accesso a contenuti traumatici in forma meno invasiva e più tollerabile (Fiore & Meli, 2020).

Tornando al lavoro descritto dalle autrici Fiore e Meli (2020), si può osservare come si voglia sottolineare la scarsa autostima, le dinamiche di sottomissione e il desiderio di rivendicare il proprio dolore che caratterizzano il vissuto delle donne che, in risposta alle violenze subite, sviluppano il PTSD. A tal proposito, durante le sessioni di gioco psicodrammatico, si è visto come la sperimentazione della tecnica di cambio di ruoli, la condivisione all'interno del gruppo e la rivisitazione delle storie personali abbiano favorito una maggiore consapevolezza di sé e delle proprie esperienze, contribuendo a dare voce ai loro dolori e a dar loro una maggiore importanza e una maggiore dignità.

Lo studio di Fiore e Meli (2020), riprendendo il concetto di dissociazione nel trauma già ampiamente descritto nel capitolo precedente, ha messo in evidenza come questo, inizialmente, possa svolgere un ruolo adattivo e protettivo, per poi andare ad assumere un carattere più limitante. Infatti, lo stato dissociativo contribuisce a mantenere separati e, quindi, non integrati i contenuti dell'esperienza traumatica, favorendo una percezione interna rigida e con scarse possibilità di cambiamento. Tuttavia, dallo studio emerge come il lavoro di condivisione, di ascolto e di elaborazione all'interno del gruppo terapeutico consenta di sviluppare un processo di integrazione dei contenuti traumatici, attraverso il quale le esperienze frammentate possono essere progressivamente rielaborate. Da questo punto di vista, lo psicodramma si inserisce nella possibilità di utilizzare il gruppo come uno spazio terapeutico in cui far emergere ed elaborare tali contenuti, favorendo il passaggio dalla frammentazione all'integrazione dell'esperienza.

In una prospettiva analoga a quella utilizzata durante lo studio sullo psicodramma che prendeva in considerazione delle donne affette da PTSD da violenza, il lavoro descritto dalla psicoanalista Cinzia Carnevali (2016), riferito a pazienti con alle spalle storie di abuso, sottolinea, allo stesso modo, la funzione del gruppo nel processo di elaborazione dell'esperienza traumatica. Il gruppo, difatti, può assumere un ruolo fondamentale nel momento in cui i partecipanti, attraverso l'incrocio di sguardi con gli altri membri, hanno la possibilità di riconoscere dei propri aspetti interni che originariamente sarebbero risultati difficili da concepire. Inoltre, esso permette di entrare in contatto con parti profonde di sé, segnate dal trauma e caratterizzate da fragilità e vergogna, abbandonando l'impulso di evitarle o fuggirle. In aggiunta, il gruppo favorisce i processi di riflessione e offre ai suoi membri la testimonianza dell'esserci, facendo sì che gli elementi messi in condivisione vengano accolti, espressi e gradualmente integrati. In tal modo, ciò che inizialmente apparteneva alla sfera individuale, in seguito può essere condiviso e riconosciuto all'interno del collettivo. Il gruppo consente, quindi, di trasformare l'esperienza personale del soggetto in un processo di appartenenza, consentendogli di mantenere la propria unicità, sebbene si collochi all'interno di una dimensione comune.

Per quanto riguarda la cura delle donne vittime di violenza lo psicodramma si è dimostrato estremamente efficace, in quanto capace di influire in modo positivo sul benessere psicologico delle persone coinvolte, permettendo: da un lato di diminuire stress, ansia, senso di colpa e autosvalutazione e dall'altro di aumentare la percezione del proprio valore personale e della fiducia in sé stessi, come dimostrato in uno studio qualitativo condotto da (Ron & Yanai, 2021). Lo psicodramma, in quanto metodo basato sull'azione, offre uno spazio protetto in cui i partecipanti possono sperimentare nuove modalità di interazione, di comunicazione e di comportamento, riuscendo a contrastare l'inibizione dell'azione tipica dell'esperienza traumatica. I due autori, nel loro studio qualitativo, hanno evidenziato come il gruppo giochi un ruolo significativo nel processo terapeutico, in quanto, al suo interno, le persone vengono valorizzate per ciò che sono e per le capacità che esse dimostrano in quel contesto, piuttosto che per ciò che hanno realizzato nella vita. La dimensione interpersonale, che porta con sé concetti come il rispecchiamento, l'essere visti e accettati, il senso di appartenenza e di impegno verso il gruppo, la fiducia e il sostegno, diventa fondamentale nel processo di trattamento per il trauma, soprattutto per quel che concerne i traumi di tipo relazionale, in cui il tipo di esperienza vissuta compromette profondamente il legame con l'altro. Lo psicodramma di gruppo agisce in uno spazio sicuro, accogliendo le

esperienze dolorose dei partecipanti e, all'interno di questo spazio, le diverse tecniche psicodrammatiche consentono una comprensione e una esplorazione più profonda delle esperienze emotive e traumatiche dei soggetti. In particolare, tecniche come "l'inversione di ruolo" e il "doppio" permettono alle vittime di osservare la propria esperienza da un altro punto di vista, di riesaminare le proprie scelte di vita, di amplificare il repertorio dei ruoli, di dare voce a vissuti difficili da esprimere verbalmente e di rielaborare eventi traumatici che erano stati interiorizzati come verità statiche e colpevolizzanti (Bucuță et al., 2018).

L'esperienza dell'inversione di ruolo e del rispecchiamento ha, inoltre, permesso alle partecipanti di sviluppare una comprensione più articolata dell'altro, andando a prendere in considerazione i fattori familiari, educativi e culturali che hanno contribuito alla costruzione dei ruoli relazionali messi in atto. Questa prospettiva più ampia ha aiutato le donne a collocare la violenza subita all'interno di una storia relazionale e generazionale più estesa, favorendo una riduzione dei vissuti di colpa e una rielaborazione del significato attribuito alla relazione abusante (Bucuță et al., 2018).

Come abbiamo già osservato precedentemente, le donne vittime di violenza utilizzano diverse strategie di "coping", che sono strettamente connesse ai sentimenti di colpa e di svalutazione che caratterizzano la relazione violenta in cui sono coinvolte. Attraverso il lavoro psicodrammatico tali strategie possono essere riesaminate in maniera critica, favorendo l'acquisizione di nuove strategie di coping, il cambiamento delle narrazioni di sé e una riduzione dei vissuti di colpa e di autosvalutazione associati all'esperienza traumatica. Inoltre, esse permettono di rafforzare il senso di visibilità del soggetto, garantendogli una maggiore conoscenza di sé e consentendogli di attribuire un significato più ampio all'esperienza. La possibilità di mettere in scena la propria esperienza traumatica in un contesto sicuro rappresenta un passaggio fondamentale nel processo di guarigione dal trauma, poiché offre la possibilità di riappropriarsi del controllo, anche solo a livello simbolico. Per queste ragioni, il metodo psicodrammatico può risultare particolarmente efficace nel sostenere le donne vittime di violenza nel loro percorso di recupero, andando ad agevolare la trasformazione del ruolo della vittima. Infatti, essendo il sé costituito dai diversi ruoli che una persona agisce, alcune donne riferiscono di aver completamente modificato il modo in cui si percepiscono e si descrivono (Ron & Yanai, 2021).

Lo studio intrapreso dalle ricercatrici Bucuță, Dima e Testoni (2018) ha mostrato come, a distanza di 5 anni dalla conclusione del gruppo psicodrammatico, le partecipanti siano riuscite a definirsi nuovamente come delle "persone autentiche". Questo cambiamento identitario appare strettamente connesso alla possibilità di recuperare parti del sé perdute nell'esperienza

traumatica (come dignità, coraggio e valore personale) e di assumere ruoli nuovi e maggiormente adattivi nella vita quotidiana. Dai risultati, emersi dalle pubblicazioni delle autrici, si può osservare come: il lavoro psicodrammatico di gruppo sia stato orientato anche dall'integrazione di alcuni principi, come, per esempio, la sicurezza, il conforto, la regolazione della prossimità e la prevedibilità; il terapeuta assuma il ruolo di garante della sicurezza, mentre le attività di riscaldamento (warm up) e di condivisione (sharing) contribuiscano a fornire conforto e a ridurre l'ansia; la regolazione della prossimità sia stata sostenuta attraverso la tecnica del cambio di ruolo, mentre la prevedibilità sia stata assicurata dalla struttura costante delle sedute e dalle attività rituali. Infine, all'interno di questo setting sicuro, le partecipanti hanno potuto sperimentare il "tele" nel gruppo di psicodramma, che ha contribuito a migliorare l'esercizio dell'empatia, ha portato alla scoperta di relazioni autentiche tra pari e, inoltre, ha permesso ad alcune donne di instaurare legami basati sulla reciprocità, sul riconoscimento e sulla autenticità; elementi che hanno contribuito al processo di riorganizzazione relazionale e identitaria.

2.3 Il ruolo dello psicodramma e del gruppo nella promozione della mentalizzazione

Come evidenziato nel capitolo precedente, i soggetti che hanno subito esperienze traumatiche precoci, quali abusi, violenze e maltrattamenti perpetrati nel contesto familiare, possono presentare un deficit della capacità di mentalizzazione e di sintonizzazione, che trova la sua espressione nella difficoltà di comprendere, percepire e rappresentare gli stati affettivi e mentali, sia propri che altrui. In alcuni casi, si può assistere a forme di pseudo-mentalizzazione, caratterizzate dalla incapacità di svolgere una funzione positiva di organizzazione del Sé e orientate, principalmente, all'anticipazione e alla previsione di comportamenti potenzialmente aggressivi, al fine di evitarli o di manipolarli in modo difensivo in un'ottica orientata alla sopravvivenza.

Il dispositivo psicodrammatico consente di creare uno "spazio gruppale" in cui le esperienze affettive, le memorie e le esperienze interne possono essere rappresentate favorendo una loro connessione con il mondo esterno (Pani & Miglietta, 2006). Questo processo può fungere da esercizio per lo sviluppo della mentalizzazione, nella misura in cui implica la possibilità di imparare a distinguere i propri stati interni dalla realtà esterna. Inoltre, come evidenziano gli studiosi italiani Roberto Pani e Donata Miglietta (2006), ciò che caratterizza l'aspetto trasformativo del lavoro psicodrammatico consiste nel passaggio dal racconto dell'esperienza

traumatica alla sua messa in scena, in quanto l'alternanza tra la verbalizzazione e il gioco consente di passare dalla rappresentazione all'elaborazione, favorendo un processo che tende alla mentalizzazione.

Come sottolineato dal noto psichiatra Roberto Boccalon (1999), il setting gruppale non viene più considerato come un semplice supporto alla terapia individuale (psicoterapia in gruppo); ma al contrario, si configura come un contenitore capace di accogliere in maniera sensibile e rispettosa la complessità dell'apparato psichico gruppale, consentendo di mentalizzare in maniera più agevole gli elementi emotivi più primitivi.

L'attenzione, quindi, non si focalizza più esclusivamente sul singolo individuo, ma si concentra sul campo gruppale nel suo complesso, all'interno del quale i contributi dei singoli partecipanti risultano essere elementi utili per ricostruire il funzionamento del gruppo stesso. In questo contesto il ruolo del terapeuta diventa centrale, in quanto contribuisce a creare un clima "non giudicante" e orientato alla curiosità, favorendo il dispiegarsi di un processo maturativo di mentalizzazione (Boccalon, 1999).

Inoltre, è utile ricordare il ruolo centrale svolto dalle tecniche psicodrammatiche, tra le quali spiccano l'inversione di ruolo e il doppio, che aiutano i partecipanti a verbalizzare e mentalizzare i contenuti inconsci (Artioli & Rambelli, 2026).

Inoltre, risulta importante fare riferimento alla sintonizzazione emotiva, intesa come la capacità di riconoscere lo stato psichico dell'altro avvalendosi di un linguaggio non verbale, che consente, gradualmente, all'individuo di diventare consapevole delle proprie esperienze emotive (Cioli et al., 2021). In un'ottica evolutiva, essa precede e sostiene l'emergere della capacità di mentalizzazione. Infatti, in presenza di contesti traumatici, tale processo può risultare compromesso, generando difficoltà di comprensione e regolazione degli stati emotivi. In questo senso, lo psicodramma consente una riappropriazione del linguaggio primario basato sulla sintonizzazione e sulla regolazione affettiva: il coinvolgimento corporeo, la possibilità di riesplorare le emozioni in un contesto sicuro e la possibilità di decentrarsi da sé mettendosi nei panni dell'altro durante la scena psicodrammatica, risultano essere veri e propri esercizi di mentalizzazione, che consentono all'individuo di proteggersi da sentimenti angoscianti che caratterizzano i contesti difficili e traumatici.

Infine, secondo Gasca (2003) risulta fondamentale dedicare uno spazio al concetto di "ruolo progetto" che, all'interno del contesto psicodrammatico, occupa una posizione sicuramente molto importante. Tale aspetto si lega alla dimensione progettuale dell'identità, in quanto il Sé non risulta essere un'entità definita e fissa, ma si sviluppa grazie alla relazione con l'altro, attraverso processi di riconoscimento e identificazione. Nel contesto psicodrammatico, e non

solo, l'individuo può assumere diversi ruoli che rappresentano modalità attraverso cui esprimere bisogni, desideri, paure, angosce e possibilità evolutive. Il Sé autentico viene considerato tale nel momento in cui riesce a mantenere un contatto con la parte pulsionale dell'essere umano, ma anche e soprattutto con quella progettuale. Come già ampiamente sottolineato in precedenza, nei contesti traumatici si verifica un deficit di mentalizzazione. Nello psicodramma, attraverso l'utilizzo di numerose tecniche, l'individuo ha la possibilità di confrontarsi con le diverse parti del Sé, rendendo possibile la sperimentazione di diverse modalità di essere e, quindi, di differenti *ruoli progetto*. Infatti, come descritto da Gasca (2003, p.149):

“[...] la tecnica dello psicodramma, portando l'individuo, attraverso l'entrare e l'uscire cosciente dalle parti assunte nella vita, a rapportarsi a esse, lo costringe a un continuo confronto dialettico con i suoi sé parziali, sì da non fare tutt'uno con essi, ma da raffrontarli tra loro e col suo generale progetto di vita. Uno psicodramma correttamente condotto dovrebbe perciò costituire un antidoto contro l'inautenticità, e portare l'individuo a rinnovare e vivificare le proprie finzioni nel senso di un più profondo rapporto col mondo e con se stesso.”

Un ulteriore elemento che può essere messo in relazione con lo psicodramma è quello che fa riferimento ai “neuroni specchio”, ovvero dei neuroni visuo-motori, identificati grazie a tecniche di neuroimaging, che sono localizzati nella corteccia premotoria e parietale posteriore. Si tratta di neuroni che si attivano quando un individuo esegue o osserva un'azione e che permettono anche di sentire ciò che prova l'altro nello svolgimento di un'azione (Rizzolatti et al., 1999). In questo senso, l'osservazione da parte dei membri del gruppo dell'azione psicodrammatica può essere considerata come un'esperienza capace di favorire un clima di partecipazione e di risonanza all'interno del gruppo (Gasca, 2012).

2.4 Catarsi emotiva e limiti dello psicodramma nella rielaborazione del trauma

Accanto al ruolo che lo psicodramma può assumere nel trattamento del trauma, già ampiamente affrontato nelle pagine precedenti, appare necessario considerare anche i vari limiti e i possibili rischi che tale metodologia d'intervento può comportare. Infatti, le esperienze traumatiche richiedono una particolare attenzione, soprattutto nel momento in cui si effettuano interventi caratterizzati da un'elevata attivazione emotiva. Tuttavia, proprio quegli elementi che, di norma, caratterizzano lo psicodramma, quali l'intensità emotiva, il coinvolgimento corporeo e l'uso dell'azione, possono costituire anche degli aspetti critici, soprattutto in relazione alla

riattivazione di vissuti traumatici profondi. Per questo motivo, il tema della catarsi emotiva assume un ruolo centrale e necessita, quindi, di una riflessione approfondita.

A livello teorico, la catarsi emotiva viene descritta come un meccanismo psicologico che si manifesta quando, in un soggetto, la tensione emotiva raggiunge il punto massimo e trova espressione attraverso una scarica emotiva psicofisica intensa. Il concetto affonda le sue radici nella filosofia dell'antica Grecia, in particolare nelle opere di Platone e Aristotele, che ne sottolineano la funzione di purificazione delle passioni. Successivamente, Josef Breuer e Sigmund Freud (1895) hanno ripreso il termine per indicare l'effetto terapeutico dato dalla liberazione emotiva legata al ricordo di un evento traumatico. In seguito, nell'ambito dello psicodramma, Jacob Levi Moreno (1940) rielabora il concetto di catarsi attribuendo un ruolo centrale all'azione, distinguendo tra una catarsi attiva e una passiva. In questo senso, la catarsi non riguarda più solo chi osserva, ma si realizza soprattutto attraverso l'azione scenica dell'attore\protagonista, coinvolgendo, al tempo stesso, anche gli altri membri del gruppo (cit. in Boria, 1997).

Per quel che riguarda il lavoro clinico legato alle donne vittime di violenza, lo studio (Bucuță et al., 2018) ha evidenziato come specifiche tecniche psicodrammatiche, in particolare l'inversione di ruolo, possano favorire l'emergere di una catarsi emotiva intensa. Difatti, dalle testimonianze delle partecipanti emerge come questa esperienza possa assumere una duplice valenza: da un lato può contribuire a una maggiore consapevolezza e rielaborazione del vissuto traumatico; dall'altro può comportare il rischio di una riattivazione traumatica. Questo aspetto mette in evidenza come il lavoro psicodrammatico applicato alle donne vittime di violenza richieda una particolare cautela. Infatti, l'esperienza emotiva, quando risulta particolarmente intensa e non adeguatamente contenuta, può riattivare vissuti traumatici; tuttavia, se accompagnata in modo appropriato, può favorire processi di comprensione e rielaborazione. In questo senso, la catarsi emotiva non può essere considerata, di per sé, alla stregua di un fattore terapeutico automatico, ma va intesa, più che altro, come un'esperienza che necessita di essere inserita all'interno di un setting strutturato e sicuro. Un altro elemento rilevante, che emerge dallo studio in questione, riguarda il ruolo della struttura della seduta psicodrammatica nel contenere l'esperienza emotiva e nel ridurre il rischio di retraumatizzazione. In particolare, la suddivisione dell'incontro in fasi specifiche, quali il riscaldamento (warm-up), il lavoro psicodrammatico vero e proprio e la condivisione finale (sharing), svolge una funzione protettiva importante. Inoltre, l'attivazione psicomotoria iniziale e i rituali di chiusura consentono una immissione e una emissione dall'esperienza emotiva per gradi, favorendo un senso di sicurezza e continuità nel paziente. In questo senso, la struttura della seduta non

rappresenta un mero aspetto formale, ma un vero e proprio dispositivo clinico, che contribuisce a garantire contenimento e sicurezza nel lavoro sul trauma e su tutto ciò che ne deriva.

In letteratura, la riattivazione o retraumatizzazione viene descritta come il verificarsi di un'esperienza presente che richiama il trauma originario, riattivando risposte emotive e fisiologiche analoghe a quelle vissute durante l'evento traumatico iniziale (Hennessy et al., 2023).

Inoltre, la letteratura psicodrammatica evidenzia come alcune tecniche specifiche possano risultare particolarmente delicate nel lavoro con il trauma. In particolare, l'inversione di ruolo con il perpetratore è considerata una tecnica rischiosa, in quanto il confronto diretto con la figura che ha provocato il trauma può essere vissuto come un'ulteriore forma di esposizione traumatica, che può generare risposte dissociative e una riattivazione intensa del vissuto traumatico che, talvolta, non viene immediatamente riconosciuta dal conduttore (Krüger, 2024).

Ne consegue che l'utilizzo dello psicodramma nel trattamento del trauma richiede competenze specifiche non solo nella pratica psicodrammatica, ma anche per quel che concerne la psicotraumatologia (Giacomucci, 2021). In assenza di un'adeguata formazione, il rischio principale è legato al fatto che l'intensità emotiva ed esperienziale dell'intervento risulti destabilizzante, piuttosto che terapeuticamente integrativa.

Quindi, quando si lavora con il trauma, appare necessario selezionare con attenzione e in modo opportuno le tecniche utilizzate, poiché non tutte risultano ugualmente indicate in presenza di esperienze traumatiche complesse. In questa prospettiva, l'intervento psicodrammatico sembra richiedere una costante valutazione delle condizioni emotive e delle risorse del gruppo, così da adattare l'esperienza e le tecniche ai bisogni specifici dei partecipanti.

In conclusione, rispetto ad altri approcci terapeutici utilizzati nel trattamento del trauma, lo psicodramma presenta una letteratura empirica meno estesa e meno standardizzata, caratterizzata prevalentemente da studi clinici e qualitativi, con una minore presenza di protocolli standardizzati e di studi controllati. Questo aspetto risulta particolarmente rilevante nel momento in cui si lo mette a confronto con approcci maggiormente strutturati e standardizzati per il trattamento al trauma, come per esempio l'approccio EMDR, che verrà approfondito nel capitolo successivo.

Capitolo 3. L'EMDR

3.1 Origini dell'EMDR e fondamenti teorici: il modello dell'Adaptive Information Processing

L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) è un metodo terapeutico, sviluppato dalla psicologa e ricercatrice statunitense Francine Shapiro, finalizzato alla rielaborazione di ricordi disturbanti attraverso una stimolazione bilaterale che favorisce l'integrazione adattiva dell'esperienza. L'EMDR oggi è ampiamente utilizzato nel trattamento delle esperienze traumatiche ed è proprio a tal fine che in origine era stato sviluppato. Nel corso del tempo, tuttavia il suo utilizzo si è esteso progressivamente anche ad altri ambiti clinici (Shapiro, 2019).

In particolare, uno studio di revisione ha messo in luce come il suo utilizzo, attualmente, trovi applicazione anche in quadri psicopatologici che si basano su un'origine esperienziale come, per esempio, nei casi riguardanti le dipendenze, i disturbi dell'umore, l'ansia, i disturbi somatici, il disturbo ossessivo-compulsivo e le fobie. I risultati indicano come, anche in questi contesti, l'intervento possa contribuire a una riduzione della sintomatologia e a un miglioramento del "funzionamento generale" della persona, evidenziando l'importanza del ruolo assunto dagli eventi traumatici in numerosi disturbi psichiatrici (Valiente-Gómez et al., 2017).

Francine Shapiro nel 1987, mentre passeggiava in un parco, quasi per caso, fece una scoperta rivoluzionaria: la ricercatrice intuì che i suoi movimenti oculari sembravano andare a limitare l'impatto emotivo generato dai suoi pensieri disturbanti. Per prima cosa, si rese conto che alcuni pensieri disturbanti che le passavano per la mente erano improvvisamente scomparsi; poco dopo, tornando a concentrarsi sugli stessi pensieri, realizzò che essi non risultavano più disturbanti come in precedenza. Ciò che colpì maggiormente la dottoressa fu che questo cambiamento di prospettiva sembrava verificarsi spontaneamente, senza alcuno sforzo cosciente. Successivamente, la Shapiro osservò che quando i pensieri riaffioravano, i suoi occhi iniziavano a muoversi spontaneamente avanti e indietro lungo una linea diagonale e, allo stesso tempo, i pensieri tendevano a sparire o a perdere la loro intensità emotiva. A partire da questa osservazione la ricercatrice decise di provare a riprodurre intenzionalmente questi movimenti oculari mentre si concentrava su ricordi disturbanti, notando che, anche in questo caso, essi perdevano progressivamente la loro carica emotiva. A partire da queste prime esperienze, le fu chiaro che esisteva un legame tra movimenti oculari e riduzione dell'impatto negativo dato dai pensieri disturbanti e, così, iniziò a dare forma a strategie più efficaci, che prevedevano un

metodo più strutturato. Questo primo approccio fu definito Eye Movement Desensitization (EMD) in quanto si concentrava principalmente sul processo di desensibilizzazione. In un secondo momento, la dottoressa decise di intraprendere ulteriori studi su alcuni soggetti che avevano vissuto esperienze traumatiche generatrici di effetti duraturi nel tempo. I risultati di questi studi portarono allo sviluppo di un metodo più strutturato denominato “L’Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)”, che si contraddistingue anche per l’integrazione del processo di rielaborazione dell’esperienza (Shapiro, 2019).

Alla luce di queste considerazioni, si può ipotizzare che il fine dell’EMDR non consista nella cancellazione del ricordo traumatico, ma piuttosto nella sua rielaborazione. Inoltre, l’obiettivo non riguarda soltanto la riduzione della carica emotiva associata ai ricordi disturbanti per diminuire l’ansia, ma anche una profonda trasformazione di tali pensieri, che si lega al modo in cui l’esperienza viene mantenuta e integrata nella memoria, attraverso la promozione di un processo di rielaborazione dell’esperienza. Il trattamento sembra, infatti, favorire un cambiamento nel modo in cui tali ricordi vengono vissuti e significati, modificando le convinzioni ad essi legate. Ciò suggerisce che l’intervento non operi solo ad un livello emotivo, ma che produca una riorganizzazione più ampia dell’esperienza. In questo senso, sembra emergere una differenza rispetto ad altri approcci che si focalizzano unicamente nella gestione del sintomo: nell’EMDR, infatti, il cambiamento riguarda il modo in cui il ricordo viene tenuto attivo nel presente, l’esperienza traumatica non viene eliminata, ma trasformata nel suo significato. Inoltre, bisogna sottolineare che la rielaborazione non porta a eliminare alcun elemento sano o valido per il paziente e che il problema non sembra risiedere nell’evento in sé o nella sua intensità oggettiva, quanto nel modo in cui esso è stato immagazzinato nella memoria, continuando a influenzare il presente delle persone attraverso emozioni e convinzioni (Shapiro, 2019).

A partire da quanto delineato finora, la dottoressa Shapiro ha elaborato il modello dell’Adaptive Information Processing (AIP) per spiegare i risultati clinici osservati nell’EMDR, secondo il quale l’essere umano dispone di un sistema innato di elaborazione delle informazioni orientato verso l’adattamento. Questo sistema in condizioni normali avrebbe la funzione di elaborare e integrare le esperienze vissute, permettendo di immagazzinarle nella memoria in modo funzionale e collegandole ad altre informazioni già presenti. In particolare, le informazioni vengono immagazzinate in reti mnestiche tra loro collegate, che comprendono diversi elementi dell’esperienza, come immagini, emozioni, sensazioni corporee e convinzioni relative al sé (Shapiro, 2019).

Tuttavia, quando un'esperienza risulta particolarmente disturbante o traumatica, questo processo può bloccarsi, impedendo una corretta elaborazione dell'informazione. In questi casi, il ricordo rimane immagazzinato in modo disfunzionale e in forma statica (senza quindi evolvere e integrarsi con altre esperienze più adattive), mantenendo attive le emozioni, le sensazioni fisiche e le convinzioni negative associate all'evento originario. Inoltre, queste convinzioni possono, nel tempo, tendere ad allinearsi ad altre situazioni già presenti, contribuendo al mantenimento del disagio nel presente. In questo senso, il nucleo dell'esperienza traumatica appare strettamente legato alle componenti emotive e sensoriali, più che a quelle puramente narrative o linguistiche. Questo aspetto risulta particolarmente evidente nelle esperienze traumatiche legate a situazioni di violenza o abuso, in cui le informazioni relative all'evento rimangono associate agli stati emotivi e corporei originari e vengono riattivate nel presente. Secondo questo modello, le difficoltà psicologiche derivano, quindi, da informazioni che non sono state adeguatamente elaborate e integrate, e che continuano a influenzare il presente. Gli stimoli attuali possono, infatti, riattivare questi ricordi, facendo sì che la persona reagisca come se l'evento fosse ancora in corso. L'intervento EMDR si inserisce proprio in questo processo, facilitando l'accesso a queste informazioni e favorendo una loro rielaborazione: le informazioni disfunzionali vengono integrate con elementi più adattivi, permettendo la trasformazione delle emozioni, delle cognizioni e delle reazioni associate al ricordo. Questo porta progressivamente a una modifica più ampia del funzionamento della persona, favorendo risposte di comportamento adattive più adeguate nel presente (Shapiro, 2019).

Nel modello dell'EMDR le cognizioni rivestono un ruolo centrale, in quanto contribuiscono alla definizione del problema e rappresentano uno degli elementi su cui si basa il processo di cambiamento terapeutico. In particolare, le cognizioni negative possono essere intese come interpretazioni che il soggetto attribuisce a se stesso in relazione all'esperienza traumatica, configurandosi come delle vere e proprie autovalutazioni. Tali cognizioni, pur essendo strettamente legate al modo in cui l'esperienza è stata vissuta e interpretata, possono risultare disfunzionali nel presente, contribuendo al mantenimento del disagio. Nel corso del trattamento, esse possono essere progressivamente modificate e sostituite da cognizioni più adattive, favorendo una riorganizzazione dell'esperienza e l'apertura verso nuove modalità di interpretazione e di risposta (Shapiro, 2019).

3.2 il protocollo EMDR: struttura e fasi del trattamento

Secondo Shapiro (2019) Il trattamento dell'EMDR si compone di otto fasi principali. La durata e il numero di sedute dedicate a ciascuna fase non sono fisse, ma possono variare a seconda delle caratteristiche del paziente e alla specificità del caso clinico. Ciascuna fase ha una funzione specifica, che contribuisce al processo complessivo di rielaborazione dell'esperienza. Sebbene le diverse fasi coinvolgano aspetti ed elementi differenti del trattamento, gli effetti dell'intervento, quali la riduzione della carica emotiva, l'emergere di nuovi insight, il cambiamento delle sensazioni corporee e la modificazione delle cognizioni, tendono a manifestarsi in modo integrato durante il processo terapeutico.

La prima fase del trattamento EMDR viene definita “anamnesi e piano terapeutico” ed è dedicata alla raccolta delle informazioni necessarie per la costruzione del piano terapeutico. In questa prima fase, il terapeuta valuta l'idoneità del paziente al trattamento, prendendo in considerazione sia la presenza di disturbi, che la capacità del soggetto di affrontare l'elaborazione delle informazioni. Vengono, inoltre, esaminate le condizioni di vita attuale del paziente, al fine di stabilire se questi si trovi in una situazione sufficientemente stabile per sostenere il lavoro terapeutico. Una volta valutata l'idoneità, il terapeuta procede alla raccolta dei dati anamnestici e delle informazioni utili a delineare il quadro clinico, compresi i comportamenti disfunzionali e i sintomi presenti. Sulla base di queste informazioni il terapeuta individua gli obiettivi del trattamento e identifica gli specifici target su cui intervenire, tra i quali: gli eventi passati che hanno portato il paziente a sviluppare una patologia, i trigger attualmente presenti che riattivano il materiale disfunzionale e gli elementi positivi che il paziente dovrà sviluppare in futuro (Shapiro, 2019).

La seconda fase del trattamento è detta “fase di preparazione” ed è finalizzata alla costruzione di un'alleanza terapeutica, alla spiegazione del funzionamento dell'EMDR e dei suoi effetti. Durante questa fase il terapeuta si occupa di accogliere e gestire le eventuali preoccupazioni del paziente, informandolo relativamente alle procedure e agli strumenti che verranno utilizzati, al fine di favorire un maggiore senso di sicurezza e di rilassamento. È molto importante comunicare chiaramente al paziente che, durante e dopo le sedute, vi è la possibilità che emergano vissuti emotivi intensi, in modo da consentirgli di essere consapevole di ciò a cui potrebbe andare incontro, di esprimere un consenso informato e di organizzare meglio i propri impegni, in modo da adattarli alle possibili difficoltà emotive che potrebbero emergere nel corso del lavoro terapeutico. Prima di iniziare la rielaborazione è opportuno che il paziente interiorizzi alcune tecniche come la visualizzazione guidata e le strategie di regolazione, affinché

acquisisca familiarità con la gestione di stati di disagio che potrebbero nascere tra una seduta e l'altra (Shapiro, 2019; Eschenröder, 2003; Shapiro & Silk Forrest, 1998). Questa fase risulta essere particolarmente importante nel trattamento dei traumi, in particolare nei casi di abuso o violenza, in quanto consente di costruire quel clima di sicurezza e di fiducia necessario ad affrontare il lavoro successivo.

Nella terza fase, definita di “assessment”, il terapeuta si concentra sull'identificazione degli elementi specifici del ricordo target, stabilendo la condizione di partenza prima che la rielaborazione abbia inizio. In particolare, viene chiesto al paziente di scegliere un'immagine che rappresenti l'evento traumatico e di individuare una cognizione negativa su di sé associata a quel ricordo, che sia in grado di esprimere una valutazione disfunzionale del sé legata all'esperienza. Ad esempio: una cognizione negativa può essere rappresentata da pensieri come “sono sporca” o “ho fatto qualcosa di sbagliato”; a questa vengono associate le emozioni provate in quel frangente e le relative reazioni corporee; successivamente, viene identificata una convinzione positiva alternativa, cioè il modo in cui il paziente vorrebbe percepire sé stesso rispetto a quell'esperienza, e viene valutato quanto questa appaia credibile. Un esempio di cognizione positiva alternativa può essere dato da convinzioni come “ho il controllo” o “sono una persona di valore”. Inoltre, il terapeuta misura il livello di disagio attuale associato al ricordo e chiede al paziente di indicare l'intensità di tale disagio attraverso la scala soggettiva SUD (Subjective Units of Disturbance) (Shapiro, 2019; Eschenröder, 2003; Shapiro & Silk Forrest, 1998).

Nella quarta fase, definita “fase di desensibilizzazione” il terapeuta e il paziente iniziano a lavorare con i movimenti oculari, o altre forme di stimolazione bilaterale. L'atteggiamento tipico del terapeuta è quello di tenere due dita di una mano davanti agli occhi del paziente, mantenendo una distanza di circa 25-30 cm e di muoverle da destra verso sinistra. La prima serie di movimenti oculari dovrebbe comprendere circa 24 spostamenti da destra verso sinistra e viceversa. I movimenti possono essere sia orizzontali che diagonali, o verticali o circolari. Nel caso in cui il paziente abbia problemi di vista si possono utilizzare anche stimoli tattili o uditivi. L'obiettivo è lavorare sulle emozioni negative associate all'esperienza, la cui intensità viene monitorata nel corso del processo. Durante questa fase, l'attenzione non si concentra su un singolo elemento, ma su tutte le reazioni che emergono, comprese eventuali nuove associazioni, pensieri o intuizioni. L'intensità del disagio può variare nel tempo, potendo aumentare, diminuire o rimanere stabile nel corso della rielaborazione. Il terapeuta ripete più volte i set di stimolazione, apportando eventuali variazioni quando necessario, fino a quando il livello di disagio associato al ricordo si riduce in modo significativo (si riduce a 0 o a 1 sulla

scala SUD) indicando che la risposta disfunzionale legata al ricordo è stata in gran parte attenuata, anche se la rielaborazione può non essere ancora del tutto completata (Shapiro, 2019; Eschenröder, 2003; Shapiro & Silk Forrest, 1998).

La quinta fase del trattamento, detta “fase di installazione”, si pone come obiettivo quello di rafforzare la cognizione positiva identificata in precedenza in sostituzione di quella negativa associata al ricordo. Questa fase ha inizio nel momento in cui il livello di emozioni del paziente, in relazione all’evento target, diminuisce fino al valore 0 o 1 sulla scala SUD, ed è qui che il terapeuta invita il paziente a concentrarsi contemporaneamente sull’evento target e sulla cognizione positiva, in modo da aumentarne la validità. Durante questo processo, il terapeuta continua ad avvalersi della stimolazione bilaterale e verifica progressivamente quanto la cognizione positiva venga percepita come vera dal paziente, tramite la scala soggettiva VOC (Validity of Cognition). Il lavoro prosegue fino a quando tale cognizione raggiunge un livello sufficientemente elevato di validità, ovvero un punteggio pari a 6 o 7 sulla scala VOC. Nei casi in cui il punteggio risulti ancora basso, il terapeuta può intervenire per chiarire eventuali difficoltà o resistenze. L’obiettivo finale consiste nel far sì che il paziente riesca a percepire la nuova cognizione positiva in modo stabile e convincente. La cognizione positiva, una volta rafforzata, viene progressivamente associata al ricordo e può estendersi anche ad altri contenuti, contribuendo a una nuova modalità di interpretazione dell’esperienza (Shapiro, 2019; Eschenröder, 2003; Shapiro & Silk Forrest, 1998). Questo aspetto è particolarmente importante nei casi di trauma legati ad abuso o violenza, in cui le convinzioni negative della persona riguardano spesso la perdita di controllo e di potere. Per questo motivo, il rafforzamento di una cognizione positiva rappresenta una parte fondamentale del processo terapeutico, che contribuisce a sviluppare un maggiore senso di controllo personale e di empowerment.

Nella sesta fase, definita “scansione corporea”, viene chiesto al paziente di concentrarsi sulla cognizione positiva e sull’evento target, effettuando, contemporaneamente, una “scansione mentale” del proprio corpo. Il terapeuta invita, quindi, il paziente a individuare eventuali tensioni residue che si manifestano sotto forma di sensazioni fisiche e che diventeranno il target di riferimento per i set successivi. Nella maggior parte dei casi queste tensioni tendono a ridursi, in altri, invece, possono dar luogo a ulteriori elementi disfunzionali. Si tratta di una fase importante in cui è possibile riconoscere aspetti non ancora elaborati che precedentemente non erano emersi (Shapiro, 2019; Eschenröder, 2003; Shapiro & Silk Forrest, 1998).

Nella settima fase, definita “di chiusura”, il paziente, al termine di ogni seduta, viene aiutato a tornare in uno stato di equilibrio emotivo indipendentemente dal fatto che il processo di elaborazione sia stato completato o meno. Inoltre, è importante informare il paziente che

eventuali immagini, pensieri, o emozioni disturbanti, che possono emergere tra un incontro e l'altro, rappresentano una continuazione del processo di elaborazione e non devono essere considerati negativi. In aggiunta, al paziente, in alcuni casi, si consiglia di annotare su un diario pensieri, situazioni, sogni o ricordi che emergono tra una seduta e l'altra, al fine di favorire una presa di distanza a livello cognitivo e di permettere un utilizzo successivo di tali contenuti come possibili target del lavoro terapeutico. Possono essere, inoltre, utilizzate tecniche di visualizzazione guidata o di rilassamento apprese durante il trattamento, che risultano utili per mantenere una certa stabilità emotiva tra una seduta e l'altra (Shapiro, 2019; Eschenröder, 2003; Shapiro & Silk Forrest, 1998).

La “fase di rivalutazione”, che corrisponde all'ultima fase del trattamento, ha luogo all'inizio di ogni nuova seduta. Qui, il terapeuta chiede al paziente di tornare sul target precedentemente elaborato e valuta le sue risposte con l'obiettivo di verificare se gli effetti del trattamento si siano mantenuti nel tempo o meno. In particolare, viene chiesto al paziente come si sente rispetto al materiale impiegato in precedenza e vengono esaminati anche gli eventuali contenuti riportati nel diario. Sulla base di queste informazioni, il terapeuta valuta se il materiale elaborato necessita di un ulteriore lavoro o se sia opportuno procedere con nuovi target. Può, infatti, emergere la necessità di intervenire su altri elementi o di dover affrontare nuove difficoltà, anche in relazione ai cambiamenti che si sono verificati nel comportamento o nel contesto di vita del paziente. In questo modo, la fase di rivalutazione consente di monitorare l'efficacia del trattamento nel tempo e di orientare il proseguimento del percorso terapeutico (Shapiro, 2019; Eschenröder, 2003; Shapiro & Silk Forrest, 1998).

Oltre al protocollo standard articolato in otto fasi, l'EMDR può essere descritto anche attraverso un modello a tre stadi, che rappresenta un modo più ampio di organizzare il trattamento. In questa prospettiva, il lavoro terapeutico viene orientato verso tre ambiti principali: la rielaborazione delle esperienze passate che hanno contribuito allo sviluppo del disagio, la gestione delle difficoltà e dei trigger nel presente che continuano a riattivare il disturbo e, infine, lo sviluppo di risposte più adattive in relazione a situazioni future. Questo permette di collocare l'intervento all'interno di una visione più globale del funzionamento del paziente, mettendo in relazione ciò che è accaduto nel passato con ciò che viene vissuto nel presente e con il modo in cui la persona potrà affrontare situazioni future. All'interno di questa cornice generale, esistono anche diversi protocolli specifici, che vengono utilizzati in base alla tipologia di problematica e alle caratteristiche del paziente. Ad esempio, sono previsti protocolli specifici per il trattamento delle fobie, per il dolore cronico, per il lutto complicato, per malattie organiche o

disturbi somatici, per traumi recenti o per l'ansia. Tuttavia, questi non rappresentano modalità completamente autonome di intervento, ma vengono sempre utilizzati in riferimento al modello a tre stadi, che guida l'organizzazione complessiva del trattamento. In questo senso, l'EMDR si configura come un approccio strutturato ma allo stesso tempo flessibile, che può essere adattato alle diverse situazioni cliniche mantenendo una coerenza di fondo (Shapiro, 2019).

3.3 EMDR nel trattamento del PTSD

Alla luce di quanto descritto precedentemente, l'EMDR rappresenta uno degli approcci terapeutici maggiormente utilizzati nel trattamento del disturbo da stress post-traumatico. La letteratura rivolge un'attenzione particolare alla sua applicazione nel contesto delle donne vittime di violenze sessuali. Tali esperienze possono dare origine a una vera e propria catena di sintomi, che coinvolge in modo interconnesso emozioni, pensieri, sensazioni corporee e comportamenti disfunzionali. In questo senso, l'intervento dell'EMDR si distingue per la sua capacità di agire in modo globale su queste diverse componenti, contribuendo a una rielaborazione più completa dell'esperienza traumatica.

Solo a partire dagli anni più recenti si è sviluppata una maggiore consapevolezza rispetto alla gravità delle conseguenze della violenza sessuale, mentre in passato tali esperienze venivano spesso sottovalutate o attribuite alla responsabilità della vittima stessa. Questo cambiamento di prospettiva ha portato a porre maggiore attenzione sull'impatto profondo e duraturo generato da tali traumi sulle persone, riconoscendo che come accade per il PTSD causato da guerra, anche lo stupro o la violenza possono dare luogo a sintomi simili. Tutto ciò può comportare l'insorgere di paure che possono spingere la vittima a isolarsi, a perdere la capacità di fidarsi di sé e degli altri (Shapiro & Silk Forrest, 1998).

Prima della messa a punto del metodo EMDR, il principale trattamento utilizzato per le vittime di abuso era rappresentato da una terapia chiamata "esposizione", che consisteva nel richiamare alla memoria il momento più doloroso della violenza, soffermandosi sulle emozioni e sulle sensazioni ad esso associate. Tale approccio si è sviluppato nell'ambito della terapia comportamentale e trova le sue origini nei lavori di Joseph Wolpe (1958) sulla desensibilizzazione sistematica (cit. in Melli & Sica, 2015). L'obiettivo era quello di ridurre progressivamente l'intensità delle reazioni emotive attraverso un'esposizione ripetuta al ricordo; tuttavia, questo processo poteva risultare particolarmente doloroso da tollerare per la maggior parte dei pazienti (Shapiro & Silk Forrest, 1998).

Avendo a che fare con donne vittime di violenza sessuale, è importante che i terapeuti conoscano bene le difficoltà specifiche che il disturbo comporta e le precauzioni necessarie da

adottare, anche se non sempre essi hanno la possibilità di rapportarsi direttamente con questo tipo di PTSD. La letteratura sottolinea come, nell'utilizzo dell'EMDR e in particolare nel trattamento di questo tipo di PTSD, non sia indispensabile che le donne abbiano delle immagini visive chiare della violenza subita, in quanto ciò che conta è lavorare sulle informazioni mnestiche immagazzinate in modo disfunzionale e sulle reazioni attuali. Infatti, le donne vittime di violenza mostrano una storia che, quasi sempre, ha contorni sfocati e presenta ricordi non sempre così vividi ed espliciti. Per questo il trattamento deve concentrarsi sui sintomi presenti e sui progressi nella diminuzione della sofferenza emotiva ad essi collegata, piuttosto che sul recupero di ricordi dettagliati (Shapiro, 2019).

Quando ci si avvale dell'EMDR nei casi di violenza e abuso, la condivisione degli obiettivi del trattamento con le vittime diventa fondamentale per verificare se queste prestano il loro consenso o meno ad affrontare tali tematiche delicate. Secondo Shapiro (2019), l'EMDR non deve essere presentata come unica soluzione, ma può essere integrata con diverse tipologie di trattamento del trauma. Nel caso in cui una paziente non se la senta di affrontare determinati ricordi, è importante che il terapeuta non forzi il processo di rielaborazione offrendo come unica soluzione questa tipologia di terapia, ma può fornire delle alternative. Infine, è necessario prestare particolare attenzione al contenimento emotivo e alla gestione delle reazioni durante il trattamento stesso. Tutti questi aspetti risultano particolarmente rilevanti nel lavoro con le donne vittime di violenza sessuale, in quanto permettono di restituire alla paziente un ruolo attivo all'interno del percorso terapeutico.

La possibilità di condividere gli obiettivi del trattamento e di scegliere se e in che misura affrontare determinate tematiche rappresenta un elemento centrale del metodo terapeutico, soprattutto se si considera che l'esperienza traumatica è spesso caratterizzata da un senso di perdita di controllo e di potere personale (agency). Di conseguenza, l'EMDR, se utilizzato in maniera attenta e con la dovuta cautela, potrebbe essere considerato come un intervento finalizzato alla rielaborazione dell'esperienza traumatica e, parallelamente, come un processo che potrebbe restituire alla paziente un senso di controllo su di sé e sulla propria vita, favorendo un processo di empowerment. Come evidenziato nei capitoli precedenti, le esperienze di abuso sono spesso caratterizzate da dinamiche di controllo, anche non esplicite, che possono limitare la capacità della donna di autodeterminarsi e di prendere decisioni in merito alla propria quotidianità.

Inoltre, la letteratura clinica mette in evidenza l'importanza assunta dalla fase di preparazione nel lavoro con pazienti vittime di violenza sessuale, sottolineando come sia necessario garantire condizioni adeguate di sicurezza e stabilità prima di avviare l'elaborazione dei ricordi

traumatici. In presenza di difficoltà attuali significative o in caso di scarsa stabilità emotiva, il trattamento dovrebbe, inizialmente, concentrarsi sulla gestione delle problematiche presenti, evitando di introdurre precocemente contenuti traumatici che il paziente potrebbe non essere ancora in grado di affrontare (Shapiro, 2019). La rielaborazione, infatti, può determinare l'emergere di risposte somatiche intense, paure o fenomeni dissociativi e, nel caso in cui il paziente non fosse adeguatamente preparato, l'intensità di tali reazioni potrebbe portarlo a interrompere il trattamento. Inoltre, il terapeuta deve assicurarsi che i pazienti abbiano rielaborato tutte le emozioni disfunzionali relative all'abuso o alla violenza subita. In aggiunta, bisogna fare particolare attenzione al setting terapeutico, che va adattato alle esigenze del paziente; ad esempio, alcuni soggetti, possono sentirsi a disagio con i movimenti oculari o con la vicinanza fisica del terapeuta, rendendo opportuno modificare le modalità di stimolazione bilaterale, utilizzando stimoli uditivi o aumentando la distanza interpersonale. Nel complesso, l'intervento richiede una certa flessibilità da parte del terapeuta, pur mantenendo una struttura chiara e coerente, al fine di garantire al paziente un'esperienza che sia al tempo stesso sicura e sufficientemente controllabile (Shapiro, 2019). Questi aspetti sottolineano la presenza di un possibile rischio per il paziente in sede di trattamento, evidenziando quanto sia importante che il terapeuta sia consapevole del lavoro terapeutico che sta svolgendo e che sia formato adeguatamente. In assenza di un'adeguata preparazione e di una corretta gestione del processo, infatti, si può passare da una rielaborazione dell'esperienza traumatica, finalizzata all'integrazione dei suoi contenuti, a una riattivazione dell'evento traumatico stesso. In questo caso, il trattamento, anziché andare a favorire un'integrazione, può determinare l'emergere di risposte emotive e fisiologiche simili a quelle sperimentate durante il trauma, con il rischio che il paziente non riesca a gestirle e decida di interrompere il percorso terapeutico.

Un ulteriore aspetto fondamentale, che viene preso in considerazione dalla letteratura, riguarda l'impatto della violenza sessuale sulle convinzioni di base e sull'identità della persona. L'esperienza traumatica può, infatti, compromettere profondamente alcune credenze fondamentali dell'individuo, come il senso di invulnerabilità, il significato attribuito alla propria vita e il valore personale. In seguito al trauma, tali convinzioni possono subire una frattura significativa, dando origine a una percezione di sé come di una persona fragile, vulnerabile e priva di valore. Inoltre, possono emergere vissuti persistenti di contaminazione e impurità, accompagnati dalla sensazione di essere stati danneggiati in modo irreparabile o di essere ridotti a un oggetto sottoposto al controllo e all'uso da parte degli altri (Shapiro & Silk Forrest, 1998). Queste esperienze interne possono mantenersi nel tempo e contribuire a fornire una rappresentazione di sé stessi fortemente negativa e, in questo contesto, la persona può

sviluppare specifiche cognizioni negative, come la convinzione di aver subito un danno permanente, di essere impotente o di non avere valore. Tali convinzioni non solo rappresentano una conseguenza del trauma, ma contribuiscono anche al mantenimento della sofferenza, influenzando il modo in cui la persona interpreta le proprie esperienze e le relazioni con gli altri. Per questo motivo, il trattamento deve tener conto non solo dei sintomi più evidenti, ma anche delle trasformazioni più profonde legate all'identità e al senso di sé. L'EMDR risulta particolarmente utile in questo ambito, in quanto consente di rielaborare le informazioni traumatiche e di intervenire su queste credenze disfunzionali, favorendo la costruzione di significati più adattivi e coerenti con l'esperienza della persona. Una volta completato l'EMDR, il ricordo dell'evento traumatico viene integrato nella memoria autobiografica in modo più funzionale: il soggetto continua a ricordare l'evento, ma senza rivivere la sofferenza emotiva, le sensazioni corporee e le reazioni di attivazione associate al trauma. Di conseguenza, il ricordo viene percepito come un evento del passato e non più come un'esperienza che continua ad essere vissuta nel presente (Shapiro & Silk Forrest, 1998).

Come sottolineato dalla dottoressa Shapiro (2019) in alcuni percorsi di elaborazione può emergere anche la possibilità che si sviluppi una forma di perdono nei confronti dell'aggressore. Questo non implica una giustificazione dell'accaduto, ma può rappresentare un passaggio che contribuisce al rafforzamento personale della paziente, andando a scoraggiare una sua eventuale identificazione con il ruolo della vittima.

Le caratteristiche descritte finora risultano particolarmente evidenti nelle vittime di violenze e abusi; tuttavia, come già ampiamente descritto precedentemente, tali dinamiche spesso si possono inserire in quadri clinici più complessi, nei quali il trauma non è legato a un singolo evento, ma a esperienze negative ripetute e prolungate nel tempo. In questi casi, è possibile fare riferimento al PTSD complesso, che presenta caratteristiche specifiche da prendere in considerazione nel lavoro terapeutico con l'EMDR.

In questi casi, il trattamento deve procedere in modo graduale, prevedendo una fase di preparazione più lunga. Prima di procedere con l'elaborazione dei ricordi è opportuno: per prima cosa, andare a lavorare sulla stabilizzazione, poi, sullo sviluppo di risorse e, infine, sulla capacità di autoregolazione. Spesso le esperienze traumatiche ripetute sono collocate all'interno di contesti relazionali precoci, in cui la crescita è caratterizzata dall'assenza di una base sicura (Shapiro, 2019). Come già osservato nel primo capitolo, ciò può compromettere lo sviluppo di un senso coerente di sé e della propria identità, comportando difficoltà rilevanti nella regolazione emotiva e nella capacità di comprendere e organizzare i propri vissuti emotivi. Per

questo motivo, il ruolo del terapeuta nel fornire un contesto sicuro e stabile al paziente in modo da consentirgli di iniziare a esplorare i propri vissuti senza esserne sopraffatto, diventa centrale. In particolare, in questi casi è preferibile utilizzare come target situazioni o trigger attuali, in quanto l'idea di fondo è quella per cui gli elementi che appartengono al presente siano meno carichi a livello emotivo rispetto ai ricordi dell'infanzia. Una rielaborazione efficace, nella quale la regolazione emotiva viene attentamente monitorata, può dare al paziente un maggiore senso di padronanza e autocontrollo, che aiutano a diminuire il livello di disturbo attuale (Shapiro, 2019). La psicologa di origine australiana Sarah Schubert e Christopher Lee (2009), attraverso una revisione della letteratura, evidenziano come l'efficacia del trattamento può variare anche in base alla complessità del trauma, suggerendo che anche la durata di esso possa variare.

3.4 Efficacia e limiti dell'EMDR nel trattamento del PTSD

Alla luce di quanto analizzato nei paragrafi precedenti, l'EMDR rappresenta uno degli approcci terapeutici più utilizzati nel trattamento del disturbo da stress post-traumatico. A conferma di ciò la psichiatra spagnola Alicia Valiente-Gómez et al. (2017) e lo psicologo olandese di fama mondiale De Jongh et al. (2019) evidenziano come l'utilizzo di tale approccio sia stato raccomandato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e come anche le linee guida internazionali lo indichino come trattamento di prima scelta. Tuttavia, alcune linee guida come quella dell'American Psychological Association (APA) adottano una posizione più prudente. Gli effetti dell'EMDR nel trattamento del trauma sono stati dimostrati da diversi studi controllati e randomizzati. Il metodo, infatti, dimostra una particolare efficacia nella riduzione dei sintomi tipici del PTSD quali iperattivazione, presenza di ricordi intrusivi e evitamento, oltre che nella rielaborazione delle esperienze traumatiche. Tuttavia, per comprendere in modo completo il valore di questo trattamento, è necessario svolgere un'analisi più approfondita, prendendo in considerazione non solo gli effetti positivi, ma anche i limiti legati alla complessità del trauma e al funzionamento dei processi di memoria. In questo senso, quest'ultima parte del presente elaborato si propone di analizzare l'efficacia dell'EMDR nel trattamento del PTSD, evidenziando, al contempo, alcuni aspetti critici che devono essere presi in considerazione nella pratica clinica.

In linea generale, numerose evidenze scientifiche confermano l'efficacia dell'EMDR nel trattamento del disturbo da stress post-traumatico e, nello specifico, un recente articolo di revisione riporta come siano stati condotti oltre 30 studi controllati randomizzati che ne

dimostrano l'efficacia, evidenziando la significativa riduzione della sintomatologia e, in molti casi, la remissione della diagnosi di PTSD, con risultati che variano indicativamente tra il 36% e il 94-95% dei pazienti trattati (De Jongh et al., 2019). Questo articolo sottolinea, inoltre, come l'efficacia dell'EMDR sia stata dimostrata anche nei confronti di bambini e adolescenti, rilevando una significativa riduzione dei sintomi post-traumatici. Tuttavia, il numero di studi disponibili in tal senso sono ancora limitati e presentano alcune criticità metodologiche, per cui vige la necessità di ulteriori approfondimenti in merito.

Finora è stato ampiamente descritto come l'EMDR possa risultare efficace nel favorire una rielaborazione dei ricordi traumatici, intervenendo sulle informazioni immagazzinate nella memoria. Inoltre, in alcuni casi, si osserva una trasformazione significativa del contenuto mnestico, in cui ricordi, inizialmente caratterizzati da immagini negative e intrusive, lasciano spazio a contenuti meno disturbanti o a ricordi positivi che in precedenza non risultavano accessibili. Questo processo consente alla persona di liberarsi da pensieri ossessivi e di sviluppare nuove modalità di interpretazione dell'esperienza. Parallelamente, l'EMDR favorisce la modifica di convinzioni disfunzionali su di sé, permettendo l'emergere di cognizioni più adattive, legate a un maggiore senso di controllo, di valore personale e di capacità di scelta.

Tuttavia, non è sempre possibile individuare con precisione l'origine del trauma, né stabilire con chiarezza come i diversi ricordi siano collegati tra loro. Alcune esperienze possono rimanere isolate o non completamente integrate, rendendo necessario un piano di intervento più articolato (Shapiro & Silk Forrest, 1998). Sebbene il trattamento consenta una rielaborazione efficace dell'esperienza traumatica e una riduzione significativa della sofferenza, esso non interviene sulle condizioni esterne che hanno generato il trauma che, quindi, possono continuare a influenzare la vita delle persone. Inoltre, l'elaborazione non comporta una cancellazione dell'esperienza, ma una sua integrazione all'interno della storia personale, il che implica che il trauma, pur perdendo la sua carica disturbante, continui a far parte del vissuto della persona. Va, inoltre, considerato che le risposte al trattamento possono variare da individuo a individuo, in quanto le esperienze traumatiche e le modalità di elaborazione non sono uniformi. Come evidenzia la dottoressa Shapiro (2019) alcuni pazienti possono mostrarsi particolarmente resistenti al cambiamento.

Nonostante le numerose evidenze a supporto dell'efficacia dell'EMDR nel trattamento del PTSD, la letteratura sottolinea come permangano alcune aree di dibattito e criticità. In particolare, diversi autori danno risalto al fatto che, sebbene l'efficacia clinica dell'approccio sia ormai sostenuta da un considerevole numero di studi, i meccanismi specifici che sono alla

base del suo funzionamento non risultino ancora del tutto chiariti (Giannantonio, 2001; Shubert & Lee, 2009).

3.4.1 EMDR e violenza sessuale: evidenze di efficacia

Covers et al. (2021) hanno intrapreso uno studio randomizzato controllato, condotto su vittime di stupro, analizzando l'efficacia di un intervento con EMDR condotto tra le due e le quattro settimane successive all'evento traumatico. Le partecipanti sono state suddivise in due gruppi: un primo gruppo ha ricevuto due sedute di EMDR, mentre il secondo gruppo ha ricevuto il cosiddetto trattamento standard, costituito da supporto psicologico di base, psicoeducazione e monitoraggio dei sintomi attraverso contatti con operatori specializzati. I risultati mostrano che, nel tempo, entrambe le condizioni hanno portato a una riduzione significativa dei sintomi post-traumatici, senza alcuna differenza significativa tra i due gruppi. Questo suggerisce che, nella fase immediatamente successiva al trauma, l'EMDR non risulta necessariamente più efficace rispetto agli interventi di supporto tradizionali. Inoltre, lo studio evidenzia come la riduzione dei sintomi possa essere, in parte, attribuita anche a un processo spontaneo di recupero che avviene nelle settimane successive al trauma. Ed è proprio questo aspetto che può contribuire a spiegare l'assenza di differenze tra i gruppi.

3.4.2 Evidenze neurobiologiche dell'efficacia dell'EMDR

A supporto dell'efficacia dell'EMDR, la letteratura mette in luce anche risultati rilevanti sul piano neurobiologico. In particolare, uno studio controllato condotto da Bossini et al. (2012) ha dimostrato che, oltre a un significativo miglioramento clinico e alla riduzione dei sintomi del PTSD, il trattamento è associato ad interessanti modificazioni a livello cerebrale. Nello specifico, è stato osservato un incremento dei volumi ippocampali nei pazienti trattati con EMDR, suggerendo come l'intervento psicoterapeutico possa incidere non solo sul piano psicologico, ma anche su quello biologico. Tali evidenze risultano particolarmente rilevanti in quanto mostrano la continuità tra dimensione psicologica e funzionamento cerebrale, rimarcando come un evento traumatico, pur essendo di natura psicologica, possa determinare alterazioni strutturali, e come queste possano essere, almeno in parte, reversibili attraverso un intervento terapeutico mirato.

In linea con le evidenze sopracitate, ulteriori studi di "neuroimaging" hanno documentato che, a seguito del trattamento con EMDR, vi è un aumento dell'attività nelle aree frontali del cervello associato a un miglioramento nei processi di integrazione cognitiva ed emotiva delle esperienze traumatiche (Giotakos, 2020). Tali risultati sono particolarmente importanti, in quanto certificano la continuità tra dimensione psicologica e funzionamento cerebrale, evidenziando

come un evento traumatico, pur essendo di natura psicologica, possa determinare alterazioni anche a livello neurobiologico, e come queste possano essere, almeno in parte, reversibili attraverso un intervento terapeutico mirato. Tuttavia, è importante sottolineare come tali evidenze derivino spesso da studi su campioni limitati e richiedano ulteriori approfondimenti, anche attraverso il confronto con altre modalità di trattamento.

3.4.3 Ulteriori evidenze sull'efficacia dell'EMDR

Inoltre, nel corso degli anni, l'EMDR è stato oggetto di un ampio dibattito scientifico, caratterizzato anche dalla presenza di critiche di natura metodologica e da interpretazioni talvolta semplificate del metodo, delle sue caratteristiche e delle sue modalità di applicazione. In alcuni casi, infatti, è stato considerato, erroneamente, una tecnica semplice o rapidamente risolutiva, mentre la letteratura evidenzia come si tratti di un intervento più complesso, che richiede una corretta applicazione del protocollo. In questo senso, l'efficacia del trattamento risulta strettamente legata anche alla competenza del terapeuta e alle modalità con cui l'intervento viene condotto (Giannantonio, 2001).

La letteratura descrive, inoltre, come il trattamento possa contribuire alla riduzione di sintomi sia psicologici che fisici. In alcune situazioni, infatti, è stato osservato come l'elaborazione di eventi traumatici abbia determinato un miglioramento anche di disturbi somatici, evidenziando il collegamento esistente tra mente e corpo e, in particolare, tra memoria, esperienza emotiva e manifestazioni corporee (Faretta, 2021).

Un aspetto particolarmente rilevante in merito all'efficacia dell'EMDR riguarda la possibilità di intervenire su diversi sistemi della memoria, come quella procedurale, emotiva e viscerale, anche in assenza di ricordi espliciti concernenti l'evento traumatico. Questo consente di lavorare anche su esperienze non completamente accessibili a livello cosciente, risultando particolarmente utile nei casi in cui il materiale traumatico sia frammentato o dissociato. Inoltre, l'EMDR si caratterizza per una modalità di intervento che tende a rispettare il processo naturale del paziente, evitando di forzare l'elaborazione e mantenendo un approccio coerente e sufficientemente flessibile (Giannantonio, 2000).

Inoltre, la letteratura sottolinea come l'EMDR risulta efficace anche nel trattamento di eventi stressanti che, pur non soddisfacendo pienamente i criteri diagnostici per il PTSD, provocano sintomi negativi (Shubert & Lee, 2009).

Ulteriori considerazioni sull'efficacia dell'EMDR emergono dall'osservazione dei cambiamenti che il trattamento può determinare, non solo a livello sintomatologico, ma anche nel funzionamento complessivo della persona. In diversi casi, infatti, l'elaborazione dei ricordi

traumatici consente un miglioramento significativo della qualità della vita del soggetto, favorendo una maggiore capacità di relazionarsi con gli altri, di partecipare alla vita quotidiana e di riprendere attività che in precedenza erano state accantonate o evitate (Shapiro & Silk Forrest, 1998). Tutto ciò, nella maggior parte delle volte, può avvenire con una rapidità sorprendente.

In aggiunta, l'EMDR è stato utilizzato in contesti caratterizzati da un'elevata esposizione al trauma e al disagio sociale. In particolare, viene evidenziato come molte problematiche psicologiche e comportamentali anche gravi, possano essere ricondotte a esperienze traumatiche non elaborate. In questo senso, l'intervento attraverso il metodo EMDR può contribuire a una riduzione significativa della sofferenza psicologica e dei comportamenti disfunzionali associati (Shapiro & Silk Forrest, 1998). Tali osservazioni suggeriscono come l'EMDR non si limiti a un intervento sul singolo sintomo, ma possa avere effetti più ampi sul funzionamento della persona, evidenziando un possibile utilizzo non solo terapeutico ma anche di promozione del benessere e di prevenzione per comportamenti disfunzionali o antisociali.

Alla luce di quanto è emerso, sicuramente uno dei contributi più importanti che l'EMDR ha dato da un punto di vista psicologico è quello legato al modo in cui le esperienze del passato riescano ad imprimere tracce indelebili e invisibili nelle menti delle persone e come queste, poi, siano capaci di riaffiorare nel presente compromettendo, a volte, la salute mentale degli individui, oltre alla dimostrazione della stretta connessione che intercorre tra mente e corpo. Infatti, le dottoresse Shapiro e Silk Forrest (1998, p. 91) sottolineando tale aspetto affermano che:

“le vecchie esperienze possono peggiorare le reazioni negative a quelle nuove, e le nuove possono peggiorare le reazioni a quelle vecchie. Difatti, una delle cose che l'EMDR ci ha ripetutamente mostrato è che il passato è presente. Anche se pensiamo di averlo sepolto, il passato può afferrarci con una micidiale stretta di paura quando meno ce lo aspettiamo.

Conclusioni

Innanzitutto, occorre tenere in considerazione come nel presente elaborato, a causa della vastità della letteratura e dell'eterogeneità degli studi sulla materia, si sia scelto di analizzare l'EMDR e lo psicodramma, mettendoli a confronto dal punto di vista dell'efficacia in relazione al vissuto traumatico inerente alla violenza e all'abuso. Inoltre, l'analisi dell'evoluzione storica del concetto di trauma ha evidenziato come tali esperienze traumatiche possano portare allo sviluppo del PTSD al pari di altre esperienze (Herman, 2005).

Dall'analisi svolta è emerso come questa tipologia di disturbo non sia unicamente legata all'evento traumatico in sé, ma faccia riferimento ad un'esperienza complessa, capace di coinvolgere diversi aspetti come, per esempio, le emozioni, la memoria, il corpo e le relazioni ed in generale la struttura di personalità. Per questo motivo, quando si parla di efficacia di un intervento, occorre ampliare il raggio di azione prendendo in considerazione la possibilità di rielaborare l'esperienza e di attribuirle un nuovo significato, sapendo di dover andare oltre alla semplice riduzione della sintomatologia.

Dalla disamina della letteratura viene messo in luce come entrambi gli approcci analizzati siano efficaci nella rielaborazione dell'esperienza traumatica, anche se agiscono attraverso modalità differenti. L'EMDR, come ampiamente dimostrato nei numerosi studi scientifici citati, grazie alla capacità di intervenire sui processi di integrazione dei ricordi traumatici nella memoria, risulta essere particolarmente efficace nella riduzione della sintomatologia del disturbo da stress post-traumatico. Lo psicodramma, invece, sembra agire in modo diverso, focalizzandosi sull'integrazione sia dell'esperienza corporea, che di quella relazionale. Infatti, esso rappresenta un luogo protetto in cui poter mettere in scena vissuti complessi e poterli rielaborare all'interno del contesto gruppale grazie alla condivisione, all'empatia, alla collaborazione, all'empowerment e al supporto dei processi riflessivi.

Inoltre, l'efficacia non dipende unicamente dal metodo in sé, ma anche da come esso viene utilizzato e dal contesto in cui si inserisce; non può inoltre essere considerata in termini assoluti o gerarchici, ma deve essere interpretata in relazione agli obiettivi specifici di ciascun intervento, alle capacità del terapeuta e alle caratteristiche del singolo paziente.

L'EMDR risulta un trattamento particolarmente indicato quando il focus consiste nella riduzione dei sintomi e nella rielaborazione specifica dei ricordi traumatici, mentre lo psicodramma appare utile soprattutto nei casi in cui risulta necessario lavorare sulla dimensione interpersonale, identitaria ed emotiva.

Oltre a ciò, vanno fatte ulteriori riflessioni riguardo al fatto che, da quanto riscontrato nell'analisi della letteratura, gli studi empirici e standardizzati intrapresi sullo psicodramma risultano essere presenti in minima quantità, essendo caratterizzati prevalentemente da dati e da risultati qualitativi che sono, quindi, più difficili da misurare in maniera oggettiva. Questa carenza di letteratura scientifica a supporto dell'efficacia dello psicodramma potrebbe far apparire l'EMDR, che al contrario si basa su risultati quantitativi, come tecnica di intervento maggiormente specifica ed efficace, nonostante i risultati clinici interessanti ottenuti attraverso lo psicodramma. Ne è un esempio lo studio qualitativo condotto da Ron e Yanai (2021) che dimostra come lo psicodramma sia capace di influire in modo positivo sul benessere psicologico delle persone permettendo di accrescere la percezione del proprio valore e della fiducia in sé stessi. A mio avviso, soprattutto per quelle persone che percepiscono il percorso psicologico come qualcosa di difficile da affrontare o che temono il giudizio sociale associato alla richiesta di supporto psicologico, l'inizio di un percorso terapeutico può rappresentare un ostacolo significativo. Per alcune persone, infatti, la decisione di chiedere aiuto implica il riconoscimento di una difficoltà personale e può essere accompagnata dal timore di essere percepite come persone fragili. Tali preoccupazioni, riconducibili allo stigma associato alla richiesta di supporto psicologico, potrebbero indurre gli individui ad evitare o posticipare la richiesta di aiuto. Una revisione sistematica proposta da Clement et al. (2015) ha evidenziato che lo stigma esercita un effetto negativo sulla propensione a cercare aiuto e risulta essere una barriera frequente nell'accesso ai servizi di salute mentale. In questo contesto, lo psicodramma potrebbe rappresentare una modalità alternativa di avvicinamento alla terapia psicologica. Le dimensioni gruppali, i principi legati alla condivisione, l'azione della messa in scena attraverso il corpo di emozioni e vissuti personali complessi possono infatti contribuire a rendere l'esperienza terapeutica più accessibile e meno stigmatizzata. A supporto di questa ipotesi, i dati di soddisfazione per l'intervento clinico attraverso lo psicodramma rilevati in uno studio condotto da Giacomucci e Marquit (2020) suggeriscono un'elevata accettabilità da parte dei partecipanti della tecnica di intervento proposta all'interno di un intervento focalizzato sul trauma. Infatti, la quasi totalità dei partecipanti ha riferito di aver trovato il trattamento utile, sicuro e raccomandabile ad altri utenti, mentre altri hanno individuato proprio nello psicodramma l'elemento più utile del percorso terapeutico. Inoltre, non sarebbe corretto escludere l'efficacia dello psicodramma, sulla base della difficoltà di misurarne gli effetti attraverso indicatori quantitativi, poiché esso interviene su costrutti che, pur essendo difficilmente quantificabili, risultano qualitativamente rilevanti nel processo di cura. Al contempo, grazie alla sua essenza strettamente legata al gioco, al corpo e alla rappresentazione

scenica, lo psicodramma si presta a essere impiegato lungo tutto l'arco della vita dell'individuo, trovando un'applicazione particolarmente significativa in età evolutiva. Dotti (2010) evidenzia come la teoria e la metodologia psicodrammatica possa offrire strumenti utili sia per la comprensione dello sviluppo infantile, sia per l'intervento con bambini e adolescenti in differenti contesti educativi e clinici. Questa caratteristica potrebbe consentire allo psicodramma di intervenire efficacemente anche nei casi di PTSD complesso, una condizione che può compromettere i normali processi di sviluppo psicologico.

In conclusione, aiutare le persone ad affrontare un trauma significa offrire loro strumenti che permettono, da una parte, di ridurre la sofferenza e, dall'altra, di rielaborare l'esperienza in modo più profondo.

Da quanto emerso nel presente elaborato, entrambi gli approcci presi in esame sembrano essere in grado di contribuire, seppur in modi diversi, al processo di riappropriazione e rielaborazione dell'esperienza, di cambiamento e di crescita personale. Pertanto, più che cercare di stabilire quale approccio sia il più efficace, sembrerebbe più utile prendere in considerazione la possibilità di un'integrazione tra i due metodi terapeutici, prevedendo un loro utilizzo complementare. A supporto di questa riflessione vi è lo studio condotto da Giacomucci e Marquit (2020) che, sebbene non sia stato progettato per valutare l'efficacia di un trattamento integrato, mostra comunque la possibilità di utilizzare in modo sinergico EMDR e psicodramma all'interno di un medesimo programma terapeutico. In questo modo, tenendo presente sia la formazione del terapeuta che le caratteristiche del singolo paziente, sarebbe possibile integrare alla terapia EMDR alcuni degli elementi più significativi dello psicodramma, come la funzione terapeutica del gruppo, la centralità del corpo e del mettersi nei panni degli altri attraverso la messa in scena dei vissuti più complessi favorendo in tal modo la promozione e lo sviluppo della mentalizzazione.

Bibliografia

American Psychiatric Association. (2018). *Comprendere i disturbi mentali* (M. Clerici, Ed. italiana). Milano: Raffaello Cortina Editore.

American Psychiatric Association. (2023). *DSM-5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (5^a ed., text rev.; G. Nicolò, E. Pompili & M. Biondi, Ed. it.). Milano: Raffaello Cortina Editore.

Artioli, S., & Rambelli, S. (2026). Intervento focale post-traumatico in un gruppo a elevata esposizione allo stress lavoro-correlato. *Gruppi*, (1), 276-290.

<https://doi.org/10.3280/gruoa1-2024oa22694>

Boccalon, R. (1999). La terapia di gruppo. In O. Codispoti & C. Clementel (a cura di). *Psicologia clinica*. Carocci.

Boria, G. (1997). *Lo psicodramma classico*. Milano: FrancoAngeli.

Bossini, L., Casolaro, I., Santarnecchi, E., Caterini, C., Koukouna, D., Fernandez, I., & Fagiolini, A. (2012). Studio di valutazione dell'efficacia clinica e neurobiologica dell'EMDR in pazienti affetti da disturbo da stress post-traumatico. *Rivista di Psichiatria*, 47 (2), 12-15.

Bucuța, M. D., Dima, G., & Testoni, I. (2018). "When you thought that there is no one and nothing": The value of psychodrama in working with abused women. *Frontiers in Psychology*, 9, 1518. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01518>

Carnevali, C. (2016). Trauma: terrore e dolore. Importanza del testimone nella relazione analitica in psicoanalisi individuale e in gruppo. Relazione presentata al Congresso di Padova, Padova, Italia.

Cioli, R., Garofalo, R., & Guarino, S. (2021). Lo Sguardo simbolico nella relazione adulto-bambino-adolescente: una esperienza formativa online sui gruppi di psicodramma in età evolutiva. *Gruppi: nella clinica, nelle istituzioni, nella società*: 2, 51-68.

Clement, S., Schauman, O., Graham, T., Maggioni, F., Evans-Lacko, S., Bezborodovs, N., Morgan, C., Rüsch, N., Brown, J. S. L., & Thornicroft, G. (2015). What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychological Medicine*, 45(1), 11–27. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000129>

Corsa, R., & Martucci, P. (2016). War is over. Psicopatologie belliche e condotte violente nei reduci. *Rassegna Italiana di Criminologia*, 10 (3), 219-230.

<https://ojs.pensamultimedia.it/index.php/ric/article/view/2874>

Covers, M. L. V., de Jongh, A., Huntjens, R. J. C., de Roos, C., van den Hout, M., & Bicanic, I. A. E. (2021). Early intervention with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy to reduce the severity of post-traumatic stress symptoms in recent rape victims: a randomized controlled trial. *European Journal of Psychotraumatology*, 12 (1), 1943188. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1943188>

De Jongh, A., Amann, B. L., Hofmann, A., Farrell, D., & Lee, C. W. (2019). The status of EMDR therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder 30 years after its introduction. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13 (4), 261-269. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.13.4.261>

De Jongh, A., ten Broeke, E., & van der Meer, K. (2003). L'importanza dei fattori cognitivi. In C. T. Eschenröder (Ed.), *EMDR: La nuova tecnica fondata sul movimento guidato degli occhi che fa superare traumi, fobie e ansia*. Novara: Red Edizioni.

Dotti, L. (2010). *Lo psicodramma dei bambini. I metodi d'azione in età evolutiva*. Milano: FrancoAngeli.

Eschenröder, C. T. (2003). Sviluppo dell'EMDR e stato delle ricerche. In C. T. Eschenröder (Ed.), *EMDR: La nuova tecnica fondata sul movimento guidato degli occhi che fa superare traumi, fobie e ansia*. Novara: Red Edizioni.

Faretta, E. (2021). *EMDR e psicosomatica: Il dialogo tra mente e corpo*. Milano: Edra.

Fiore, M., & Meli, V. (2020). Il sole nella nebbia. Un gruppo di psicodramma con donne vittime di violenza. *Gruppi*, (2), 77–90.

Gasca G. & Gasseau M., (1991). *Lo psicodramma junghiano*. Torino: Bollati Boringhieri.

Gasca, G. (2012). *Lo psicodramma gruppoanalitico*. Milano: Raffaello Cortina.

Gasca, G. (2003). Questioni di metodologia: ruoli progetto e finzioni utili. In G. Gasca (Ed.), *Psicodramma analitico: Punto d'incontro di metodologie psicoterapeutiche* (pp. 146–151). Milano: FrancoAngeli.

Gasseau, M., & Brinchi, M. (2016). *Lo psicodramma junghiano: L'io e il noi. La mente che cura*, 2 (2), 3–9.

Giacomucci, S., & Marquit, J. (2020). The effectiveness of trauma-focused psychodrama in the treatment of PTSD in inpatient substance abuse treatment. *Frontiers in Psychology*, 11, Article 896. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00896>

Giannantonio, M. (2000). Trauma, psicopatologia e psicoterapia: L'efficacia della psicoterapia ipnotica e dell'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). *Attualità in Psicologia*, 15 (3), 336–345.

Giannantonio, M. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) e psicoterapia del Disturbo Post-traumatico da Stress: considerazioni critiche e linee di tendenza. *Rivista di psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 1, 5-23

Giotakos O. (2020). Neurobiology of emotional trauma. *Psychiatriki*, 31 (2), 162–171. <https://doi.org/10.22365/jpsych.2020.312.162>

Hennessey, B., Hunter, A., & Grealish, A. (2023). A qualitative synthesis of patients' experiences of re-traumatization in acute mental health inpatient settings. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 30 (3), 398–434. <https://doi.org/10.1111/jpm.12889>

Herman, J. L. (2005). *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Roma: Magi Edizioni.

Krüger, R. T. (2024). *Disorder-specific therapy in theory and practice* (Vol. 4). Springer.

Lingiardi, V., & Gazzillo, F. (2014). *La personalità e i suoi disturbi*. Milano: Raffaello Cortina.

Luberti, R., & Grappolini, C. (a cura di). (2017). *Violenza assistita, separazioni traumatiche, maltrattamenti multipli: Percorsi di protezione e di cura con bambini e adulti*. Trento: Erickson.

Melli, G., & Sica, C. (a cura di). (2015). *Fondamenti di psicologia e psicoterapia cognitivo-comportamentale: Modelli clinici e tecniche d'intervento*. Trento: Erickson.

Milani, G., & Grumi, S. (2023). *Psicologia della violenza di genere*. Milano: Vita e Pensiero.

Milazzo, F. (2017). La 'guerra dei nervi'. Shell shock, nevrosi traumatiche e primo conflitto mondiale. *Peloro*, 2 (1), 59–86. <https://doi.org/10.6092/2499-8923/2017/2/1620>

- Panero, V. (2023). La dissonanza cognitiva e le neuroscienze si incontrano: i correlati neurali sottostanti alla dissonanza cognitiva. *Psicologia Sociale*, 2, 1–27. <https://doi.org/10.1482/107054>
- Pani, R., & Miglietta, D. (2006). *Dal teatro allo psicodramma analitico*. Milano: FrancoAngeli.
- Rizzolatti, G., Fadiga, L., Fogassi, L., & Gallese, V. (1999). Resonance behaviors and mirror neurons. *Archives Italiennes de Biologie*, 137(2–3), 85–100.
- Ron, Y., & Yanai, L. (2021). Empowering through psychodrama: A qualitative study at domestic violence shelters. *Frontiers in Psychology*, 12, 600335. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.600335>
- Schubert, S., & Lee, C. W. (2009). Adult PTSD and its treatment with EMDR: A review of controversies, evidence, and theoretical knowledge. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3 (3), 117-132. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.3.3.117>
- Shapiro, F. (2019). *EMDR: Principi fondamentali, protocolli e procedure* (M. Liotti, Trad.). Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Shapiro, F., & Silk Forrest, M. (1998). *EMDR: Una terapia innovativa per l'ansia, lo stress e i disturbi di origine traumatica*. Roma: Casa Editrice Astrolabio.
- Spagna, G., Russo, S., & Roccato, M. (2014). Inevitabilmente positivo? Il coping e le sue conseguenze individuali e sociali. *Psicologia Sociale*, 1, 1–27. <https://doi.org/10.1482/76366>
- Turatto, M. (Ed.). (2018). *Psicologia generale*. Milano: Mondadori Università.
- Valiente-Gómez, A., Moreno-Alcázar, A., Treen, D., Cedrón, C., Colom, F., Perez, V., & Amann, B. L. (2017). EMDR beyond PTSD: A systematic literature review. *Frontiers in psychology*, 8, 1668. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01668>
- van der Kolk, B. (2015). *Il corpo accusa il colpo: Cervello, mente e corpo nella guarigione del trauma*. (S. Francavilla & M. S. Patti, trad.). Milano: Rizzoli.
- Yablonsky, L. (1978). *Psychodrama: Principles and techniques* (G. Sardelli, Trad.). Roma: Astrolabio.
- Zingarelli, N. (2002). *Lo Zingarelli: Vocabolario della lingua italiana*. Bologna: Zanichelli.

Zennaro, A. (2011). *Lo sviluppo della psicopatologia. Fattori biologici, ambientali e relazionali*. Bologna: il Mulino.

Sitografia

Giacomucci, S. (2021, June 28). Psychodrama as an effective treatment for trauma and PTSD experience. Society of Group Psychology and Group Psychotherapy. <https://www.apadivisions.org/division-49/news-events/psychodrama-trauma-treatment>

National Center for PTSD. (2025). Types of trauma. U.S. Department of Veterans Affairs. <https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/type/index.asp>

World Health Organization. (2014). Global status report on violence prevention 2014. https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/