



**S.M.I.P.I.**

**Società Medica Italiana di Psicoterapia e Ipnosi**

**Corso di Specializzazione in Psicoterapia**

**Tesi**

**IL LUTTO**

**SUPERARE IL DOLORE**

**ATTRAVERSO IL SUPPORTO PSICOTERAPEUTICO**

**CON L'UTILIZZO DELL' E.M.D.R. E DELL'IPNOSI**

Dott.ssa Maria Lamberti  
Psicologa/Psicoterapeuta  
Forlì

## PREMESSA

La morte e' una realtà fondamentale dell'esperienza umana, ma e' anche un tabù: si preferisce non parlarne o al limite mascherarla dietro parole che offendano meno la nostra sensibilità. Forse anche per questo e' terreno di studi che raramente toccano il grande pubblico: sembra che la morte esista solo a livello astratto e che parlarne sia compito esclusivo degli ambienti scientifici.

Nell'intraprendere questo lavoro ho avuto anch'io delle esitazioni, nonostante il mio interesse per l'argomento, a causa delle mie stesse difficoltà avute nell'elaborare il lutto di mio padre dopo lunga malattia per i sensi di colpa che mi sono portata appresso per diversi anni.

Poi mi sono detta "la morte e' l'unica realtà comune a tutti" e come terapeuta ho il dovere di occuparmene e di aiutare coloro che non riescono ad uscire dal dolore della perdita mettendo a disposizione del paziente il mio sentire, la mia empatia e gli strumenti terapeutici che conosco, per accompagnarli a ritrovare le risorse e la pace nel ricordo del proprio congiunto.

Ho cominciato così ad addentrarmi nel mondo del lutto e del cordoglio, cercando di capire cosa accade a chi e' colpito da vicino dalla morte, per comprendere poi come si può stare accanto a chi e' in lutto nel cammino verso la guarigione.

La morte rappresenta uno dei tanti distacchi che sono la costante della vita umana: e' certo l'estrema separazione da chi amiamo e questo la rende tragica, ma e' anche

l'ultimo capitolo di una vita costellata di separazioni che cominciano nel momento stesso della nascita.

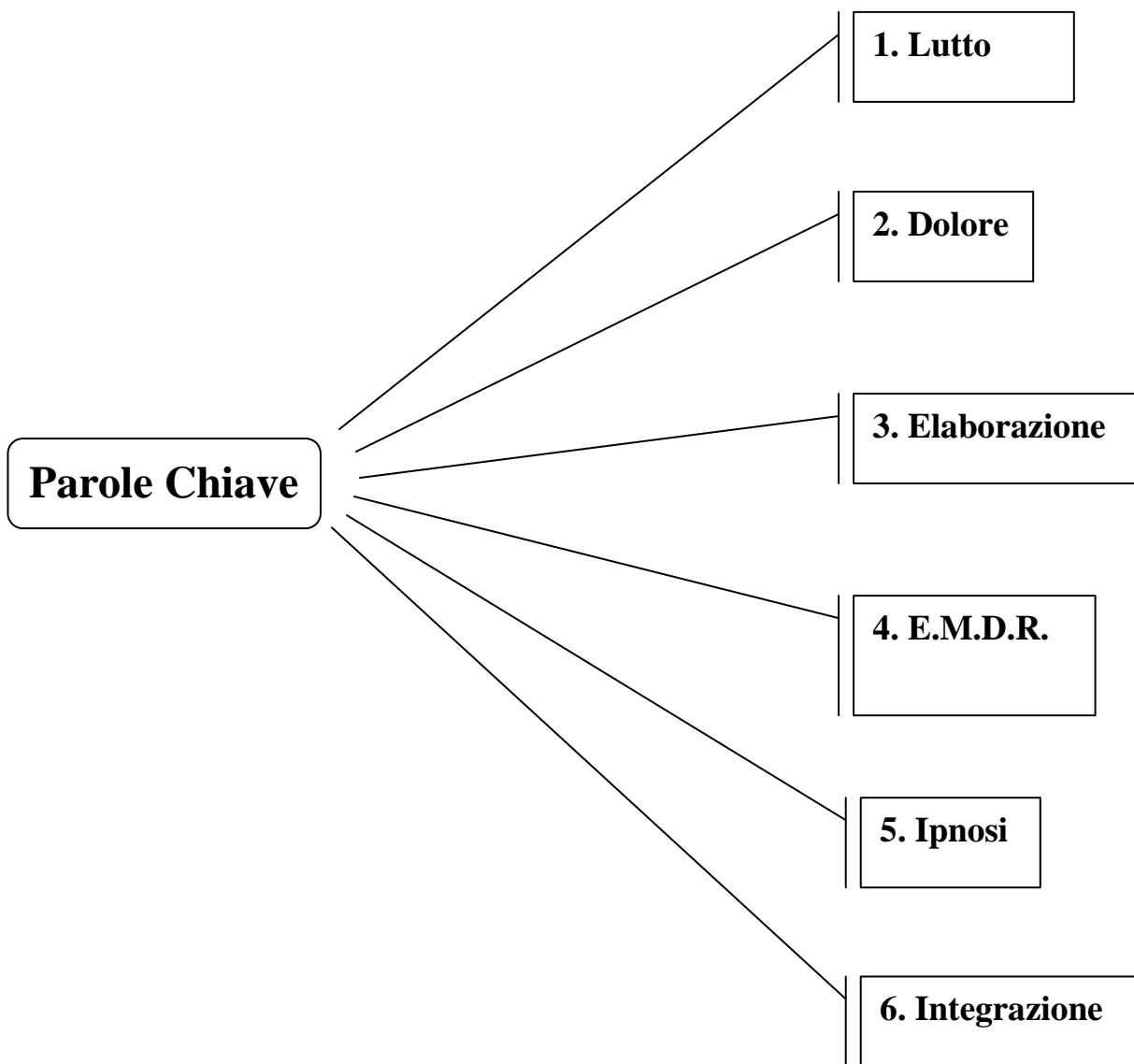
Nella scelta dei vari temi legati alle perdite ho preferito circoscrivere l'elaborato alla reazione degli adulti alla perdita, analizzandone sia gli aspetti comuni a tutte le perdite significative secondo il modello di Teresa Rando, psicoterapeuta americana che si occupa di elaborazione dei lutti complessi , sia descrivendo quali possono essere gli elementi che complicano o cronicizzano il vissuto luttuoso.

Come ultimo elemento ho descritto quale possa essere il modo più valido di offrire sostegno ad una persona in lutto attraverso l'utilizzo dell'ipnosi e dell'EMDR.

Questo lavoro non pretende di essere un manuale di istruzioni per l'uso, quello che desidero di più è che convinca chi lo legge a non fuggire di fronte alla sofferenza causata dalla morte, ma a dare il suo personale ed unico contributo.

# Sommario

Parole Chiave.....	5
Capitolo I.....	6
1) IL DOLORE DA LUTTO TRA NORMALITA' E PATOLOGIA: .....	7
2. IL DOLORE NELLA ELABORAZIONE DEL LUTTO:.....	14
LE REAZIONI.....	14
<i>La necessità di piangere e la ricerca della persona perduta. ....</i>	<i>14</i>
<i>La necessità di evitare il pianto ....</i>	<i>14</i>
<i>La necessità di riesaminare e modificare i modelli interni.....</i>	<i>15</i>
3. FATTORI CULTURALI E DEMOGRAFICI .....	16
4. LE SEI FASI DI ELABORAZIONE DEL LUTTO SECONDO .....	18
1. <i>Rendersi conto della perdita .....</i>	<i>19</i>
2. <i>Reagire alla separazione .....</i>	<i>19</i>
3. <i>Rammentare e riesperire il defunto ed il rapporto con lui.....</i>	<i>20</i>
4. <i>Rinunciare ai vecchi attaccamenti al defunto ed alle vecchie ipotesi sul mondo .....</i>	<i>20</i>
5. <i>Risolversi a progredire in modo adattivo nel nuovo mondo senza dimenticare il vecchio .....</i>	<i>21</i>
5. L'ELABORAZIONE ANOMALA DEL LUTTO .....	22
<i>Perdita traumatica .....</i>	<i>24</i>
<i>Lutto conflittuale .....</i>	<i>24</i>
<i>Lutto cronico .....</i>	<i>25</i>
Capitolo II .....	26
1. IL SUPPORTO PSICOTERAPEUTICO CON L'UTILIZZO DELL'E.M.D.R. E DELL'IPNOSI: .....	26
1.A CHE COS'È L'IPNOSI.....	26
1.B CHE COS'È L'E.M.D.R. ....	27
1. C EMDR E PSICOTERAPIA IPNOTICA INTEGRAZIONE NELL'ELABORAZIONE DEL LUTTO .....	29
CASO CLINICO.....	35
BIBLIOGRAFIA.....	43
RIASSUNTO.....	46
SUMMARY.....	47
CONCLUSIONI.....	48



*Il dolore del cordoglio fa parte della vita esattamente quanto la gioia dell'amore; esso e' forse il prezzo che paghiamo per l'amore, il costo del coinvolgimento.*

*C. M. Parckers*

## Capitolo I

### 1) IL DOLORE DA LUTTO TRA NORMALITA' E PATOLOGIA:

Con la parola **lutto** (*dal latino luctus ⇨ pianto, lugere ⇨ piangere ed essere in lutto*) s'intende sia la reazione emozionale che si sperimenta quando perdiamo una persona significativa della nostra esistenza, sia il tempo che segue alla sua morte.

Chiunque sia mancato, un figlio, un coniuge, un genitore, un fratello, un nonno, un amico, sentiamo di aver perso una parte di noi stessi e, com'è naturale, sperimentiamo un periodo di sofferenza e difficoltà.

Non si può amare qualcuno e perderlo, senza sentirsi soli e deprivati del suo affetto, della sua esistenza, senza diventare vulnerabili e provare dolore.

Il lutto è come una ferita, il cui processo di cicatrizzazione e di guarigione richiede tempo e fatica. Questo processo costituisce un vero e proprio lavoro su se stessi per poter tornare a vivere una vita sicuramente molto diversa da quella precedente e che, gradualmente con il tempo, si scoprirà comunque densa di valore se si riuscirà a integrare la perdita nella trama della propria vita.

Quando si perde una persona cara, si vive una delle esperienze più dolorose che la vita ci possa offrire. Riuscire ad affrontare questo difficile evento essendo

capaci di mantenere un buon equilibrio interiore non è semplice. Nel vivere il lutto ci si scontra con la caducità della vita e col senso d'impotenza che si prova quando ci si rende conto di non poter fare più nulla per mantenere in vita la persona a cui siamo legati.

Il lutto è vissuto ed elaborato in tempi e modi molto personali e differenti: non esiste una maniera giusta in assoluto.

Ciascuno di noi ha personalità, modi di affrontare la vita e storie passate diverse, per cui il dolore e i comportamenti saranno differenti da quelli di qualsiasi altra persona, anche degli altri membri della famiglia. Alcuni superano il lutto in breve tempo, altri lo portano nel loro cammino a ogni passo; alcuni ne risentono profondamente, altri diventano più maturi, più validi di prima: certamente tutti ne soffrono e portano il ricordo della persona scomparsa.

Anche le manifestazioni del lutto sono molto diverse:

- ✓ alcune persone si comportano in maniera distaccata e controllata;
- ✓ altre piangono e si disperano rumorosamente;
- ✓ altre ancora vogliono stare da sole;
- ✓ certune preferiscono una compagnia costante;
- ✓ molte invece eliminano subito dopo la morte le cose che appartenevano al defunto;
- ✓ diverse altre le conservano immutate per anni;
- ✓ talune vanno ogni giorno al cimitero e altre ancora lo rifuggono totalmente.

Rispetto agli uomini, le donne tendono ad avere reazioni emotive più intense e riescono a parlarne con più facilità: forse proprio per questo riescono a trovare più appoggio negli altri. Spesso capita che gli uomini "facciano i forti" per aiutare se stessi e gli altri familiari. Nascondono le emozioni più intime, e per non mostrare la loro vulnerabilità, trovano mille cose per tenersi occupati ed evitare di parlare della perdita che hanno subito.

Se un uomo affronta in questo modo l'esperienza del lutto, occorre rispettarlo, ma sarebbe meglio se riuscisse a chiedere aiuto, a condividere il proprio dolore e ad aprirsi agli altri.

La reazione al lutto è molto personale e può essere influenzata da diversi fattori:

- ❖ le circostanze che hanno portato al decesso ( morte naturale o morte deliberata);
- ❖ la prevedibilità o meno con cui esso è avvenuto ( improvvisa o per lunga malattia);
- ❖ le caratteristiche personali di chi subisce il lutto, come l'età, il ruolo ricoperto all'interno della famiglia, il grado di parentela, la qualità della relazione, le caratteristiche psicologiche personali;
- ❖ le risorse presenti all'interno del contesto in cui si vive.



Queste numerose variabili possono influenzare la modalità attraverso cui viene elaborata questa esperienza, che nella maggior parte dei casi viene superata positivamente, ma in casi più difficili può assumere dei risvolti patologici.

Ogni lutto è diverso per qualità, intensità e durata delle reazioni emozionali, ma a tutte le persone richiede tempo e un vero e proprio lavoro per elaborarlo.

Ciò che accomuna tutti i lutti è la presenza di un percorso con delle fasi che, pur con una certa irregolarità, in genere si susseguono: shock iniziale, disperazione, struggimento per la perdita, espressione di sentimenti e di reazioni emotive violente, nascita di una relazione interiore con il defunto, accettazione della perdita subita, e, solo alla fine, riorganizzazione di sé senza più la presenza fisica della persona cara. La risposta iniziale alla morte è uno stato di shock che paralizza e coinvolge completamente la persona.

Si è talmente scossi e disorientati che per difendersi e sopravvivere alla perdita, si cerca di negare l'accaduto, di attutire le emozioni troppo forti per evitare la sofferenza e tenere lontano una realtà sentita insopportabile, priva di senso e portatrice in genere di significati essenzialmente negativi.

Spesso può accadere che si è consapevoli razionalmente di ciò che è accaduto, ma non si riesca ad accettarlo emotivamente. Questo è un modo molto naturale per difendersi. Poi tutti gli interessi si concentrano sulla perdita e sul dolore. Il sonno, l'appetito, l'attività, la sessualità, la vita interiore e quella relazionale sono sconvolti:

si può vivere un periodo più o meno lungo di abbattimento, costernazione, inibizione, astenia o iperattività paradossale e difensiva.

Successivamente, quando si diventa più consapevoli della realtà della perdita, s'incomincia a esplorare il significato della privazione di quella figura per la propria esistenza. Si ripercorre la natura della relazione, guardando alla totalità della persona scomparsa, agli aspetti positivi e negativi, riconoscendo ciò che si è vissuto, condiviso e perduto e, per certe situazioni, anche tutto ciò di cui ci si è liberati, perché non sempre i rapporti sono stati semplici e soddisfacenti.

In questa fase si è inondati da reazioni emotive più forti e più profonde di quelle che si sperimentavano abitualmente prima del lutto: tristezza, solitudine, nostalgia, paura, disperazione, angoscia, rabbia, rancore, rimpianti e sensi di colpa con i rispettivi correlati di aggressività e depressione, che sono i compagni più frequenti e fedeli di questo periodo. C'è il rischio di rimanere imprigionati nel passato e di allontanarsi dal presente.

Frutto di questo periodo travagliato, in cui si apprende ad accettare la realtà della perdita, è lo sviluppo di una nuova relazione con la persona scomparsa. Si trova conforto nel conservare dentro di sé l'immagine della persona amata, i suoi valori, le esperienze condivise, sperimentando la capacità di mantenerne vivo il ricordo e la memoria e di continuare ad amarla, anche se non è più presente fisicamente.

*Quando morì mio padre mi venne imposto dai familiari e dalle altre persone che avevo intorno di non piangere; alla fine ero diventata così brava che anche quando volevo farlo, non ne ero più capace. Ero come murata e non sapevo quanto fosse sbagliato comportarsi in questo modo. Avevo seguito i consigli che mi avevano dato. Lentamente quel “blocco” si è sciolto, è riemerso mio padre, i nostri ricordi hanno ripreso i colori della vita, del vissuto insieme. Ha fatto capolino la dolcezza del ricordo, la pienezza.*

Il dolore per la perdita subita continua sempre ad accompagnare le persone ma con il tempo cambia il rapporto con il proprio dolore, aumenta la consapevolezza e la capacità di affrontare le esperienze dolorose.

Successivamente, quando inizia un allentamento del dolore, diventa possibile riscoprire le proprie risorse e funzioni vitali che permettono di procedere nel percorso di ricostruzione della propria vita e di aprirsi agli impegni, ai progetti e ai rapporti, che aiutano a riaccostarsi alla vita e alla realtà.

Nelle situazioni normali, al di fuori quindi di lutti complicati e patologici, si deve pensare al lutto come a un processo che inizia, si sviluppa e si conclude: il dolore si attenua poco a poco e la vita riprende, colmando i vuoti con nuovi compiti e nuove presenze.

Mentre prima si credeva che non ci sarebbe mai più stato un domani, quando questo infine riappare, sembra impossibile aver sofferto e resistito così tanto.

In tali casi la reazione del lutto può risolversi spontaneamente con la riduzione dell'intensità della sintomatologia tra i 2 ed i 6 mesi circa.

Solitamente non si assiste alla remissione spontanea della sintomatologia nel caso in cui la persona colpita dal lutto non possieda quelle abilità cognitive e comportamentali necessarie a fronteggiare nel tempo l'emergenza.

Infatti, non tutti possiedono un repertorio competente e capace di fronteggiare gli eventi stressanti improvvisi ed intensi come può essere la perdita di una persona cara.

In tale caso, ci potrebbe essere il rischio che l'esperienza della perdita porti ad un progressivo peggioramento della qualità della vita della persona fino a scatenare, in persone già predisposte, l'insorgenza di una psicopatologia.

In effetti, il meccanismo in base al quale sia possibile lo scatenarsi di una problematica psichica è riferibile al modello cognitivo-comportamentale: stress/vulnerabilità.

Secondo questo modello, determinati *stressors* (in genere connessi proprio con una perdita) possono causare un disturbo mentale. Ciò avviene qualora la persona possieda un'alta vulnerabilità psicobiologica e contemporaneamente sia dotata di un basso repertorio di competenze sociali per elaborare e fronteggiare adeguatamente l'evento traumatico.

Si ritiene che ogni individuo abbia, in parte ereditato ed in parte acquisito, una sua soglia di vulnerabilità agli *stressors*. Quando gli *stressors* oltrepassano questa soglia e la persona non sia in grado di affrontarli con un comportamento socialmente abile, allora questi possono scatenare l'insorgenza di una psicopatologia.

Dopo la morte del coniuge circa un terzo dei superstiti evidenzia un declino fisico o mentale tale da richiedere un intervento medico (Raphael, 1984). I disturbi come ansia, alterazione del sonno, dell'appetito e della concentrazione si riscontrano in percentuale maggiore. In genere nel primo mese dalla perdita, possono ancora essere considerati normali.

Nel primo mese di lutto sono state documentate modificazioni endocrine (Hofer, 1977) ed una riduzione della funzionalità dei linfociti B (Scheiffer, 1983), ma le implicazioni pratiche di questi dati non sono ancora chiare.

Più rilevante è l'evidenza di un incremento della mortalità cardiovascolare tra gli uomini vedovi dopo i 55 anni (Osterweis, 1984).

*L'evento luttuoso può scatenare qualsiasi patologia psichiatrica; una depressione clinica è stata documentata nel 47% dei vedovi durante il primo anno, mentre alcuni sintomi ipocondriaci tendono a somigliare ai sintomi della malattia di chi è morto. Alcuni sostengono un lieve incremento del rischio di suicidi tra gli uomini rimasti soli. Un gruppo interessante e caratteristico è quello rappresentato dai soggetti che sviluppano una reazione patologica al lutto e nei quali il normale decorso del lutto avviene in modo distorto.*

## **2. IL DOLORE NELLA ELABORAZIONE DEL LUTTO: LE REAZIONI**

La reazione alla scomparsa di una persona cara è complessa e può essere descritta attraverso molte prospettive. Sono stati identificati tre principali componenti che giocano influenze reciproche e diverse, nelle varie fasi che seguono la perdita di una persona cara.

### ***La necessità di piangere e la ricerca della persona perduta.***

Gli esseri umani condividono con gli animali a struttura sociale complessa la forte tendenza ad esprimere un sentimento di dolore per la scomparsa di una persona cara. Questo sentimento è spesso accompagnato nell'uomo dall'impulso a piangere e a ricercare senza sosta la persona scomparsa e in questi circostanze si possono avere crisi di grande dolore scatenate da eventi, situazioni o oggetti, che ricordano il proprio familiare.

### ***La necessità di evitare il pianto***

Nella cultura dei paesi industrializzati la sofferenza e la morte sono stati relegate negli ospedali e affrontate e trattate con atteggiamento tecnologico. Spesso per convenzione sociale viene posto un limite alla piena espressione delle emozioni e nei funerali si possono osservare varie forme di autocontrollo delle emozioni da parte dei protagonisti. L'individuo, infatti, può rispondere a questa tempesta emozionale con una

diversità di comportamenti che vanno dal piangere apertamente sino alla inibizione delle emozioni esterne.

Studi a questo riguardo suggeriscono che coloro che reprimono maggiormente il dolore e le emozioni sono a un maggiore rischio per disturbi successivi.

### ***La necessità di riesaminare e modificare i modelli interni***

La morte di una persona cara rimette in discussione un grande numero di assunti riguardo la visione del mondo, la modalità di pensiero e di comportamento che facevano riferimento alla persona scomparsa. Vecchie regole devono essere abbandonate e ne devono essere adottate delle nuove; i programmi devono cambiare; lo status sociale, il potere ed il controllo sono spesso persi o modificati. La transizione psicosociale che ne consegue, è ovviamente scarsamente accettata e spesso rifiutata.

Può accadere che la persona scomparsa sia percepita come vicina, minimi rumori possono essere erroneamente interpretati come presenza del defunto e, nelle fasi dell'addormentamento si possono avere allucinazioni ipnagogiche. Transitorie allucinazioni di questo tipo si verificano, ad esempio, nel 50% delle vedove. Tutto questo mette in crisi il proprio senso di sicurezza; ogni pensiero, difatti, deve essere controllato e viene impegnato molto tempo nel tentativo di rendere adeguati alla nuova situazione modelli di pensiero divenuti sorpassati.

### **3. FATTORI CULTURALI E DEMOGRAFICI**

La scomparsa del coniuge e dei figli sono considerati i lutti più gravi. La perdita del coniuge provoca una più prolungata disorganizzazione del modello personale di visione del mondo, mentre la perdita del figlio evoca la più intensa e duratura sofferenza e rabbia. Tale reazione (e la richiesta di supporto) é più pronunciata nelle madri e nelle vedove rispetto alle controparti maschili.

In contrappunto a questo dato uno studio evidenzia una maggiore capacità di recupero psicologico (misurato attraverso la valutazione del livello di ansia e di depressione) e una minore mortalità cardiovascolare delle donne rispetto agli uomini (Parkes,1986; Osterweis,1984), che possono forse correlarsi alla maggiore pressione sociale (in senso inibitorio), esercitata sul sesso maschile per quanto riguarda la manifestazione del dolore.

L'età è un altro importante fattore che influenza il decorso e l'espressione del dolore. Nei bambini molto piccoli la differenza tra separazione temporanea e permanente è poco chiara, tuttavia l'inevitabile stress provocato dalla perdita della persona di riferimento tende a regredire se compaiono adeguate figure sostitutive.

Nel bambino più grande le modalità di espressione e sperimentazione del dolore sono simili a quelle dell'adulto anche se le difficoltà comunicative sono maggiori. Gli adulti spesso tentano di proteggere i bambini dall'impatto della perdita nascondendo l'evento con storie magiche o impedendo al bambino di entrare nell'argomento.



Nell'anziano l'evento perdita è meno spesso inaspettato e questo può spiegare il minor impatto psicologico che è osservato così frequentemente da essere considerato da alcuni come una normale espressione dell'invecchiamento. Tuttavia nell'anziano la fragilità fisica e i problemi di mobilità possono aggravare tutti gli aspetti negativi del lutto. La vulnerabilità all'evento luttuoso è maggiore nelle persone con scarsa fiducia in se stessi e/o negli altri, in quelle con precedenti psichiatrici nella storia personale (tentativi di suicidio).

Il tipo di relazione con il morente (di grande attaccamento oppure di ambivalenza) influenza chiaramente il risultato dell'elaborazione del lutto, come anche l'atteggiamento di accoglienza o di censura dell'ambiente familiare nei confronti della manifestazione della sofferenza.

## 4. LE SEI FASI DI ELABORAZIONE DEL LUTTO SECONDO

### TERESA RANDO (Rando 1993):

Possiamo definire l'Elaborazione del lutto come gli sforzi di coping che deve attuare il dolente in seguito alla perdita della persona cara.

Il processo deve attuarsi con l'assimilazione, l'adattamento alla perdita ed il ri-orientamento alla vita. Il ri-orientamento si attua in relazione al defunto:

cambiando di conseguenza il modo di relazionarsi alla persona cara, a cui si era legati in un certo modo; modalità che soddisfaceva alcuni bisogni ora non più possibili.

E', quindi, necessaria una trasformazione “dall'**amare in presenza ad amare in assenza**” ( Solomon 2013). Il dolente perde i suoi punti di riferimento e il suo mondo cambia per sempre (dalle proprie abitudini, alle relazioni con il mondo esterno) e con il tempo potrà imparare a rimodellare la propria vita su riferimenti diversi.

Il decorso della diminuzione dell'intensità dei sintomi non è lineare, c'è in genere uno shock iniziale che può perdurare alcuni mesi, poi si assiste al “ fenomeno dei 6-9 mesi” in cui si riattivano i sintomi, in genere di tristezza ed il “ fenomeno dei due anni” che è una nuova “ finestra” della perdita traumatica dove si riattiva il dolore.

Secondo Teresa Rando, l'elaborazione del lutto attraversa sei fasi definite con le sei “R”. Questi processi non è detto che siano attraversati in questo ordine preciso: ma si potrebbe procedere alternativamente a passi avanti e indietro da un processo all'altro in momenti diversi.

Esiste, però, una specifica struttura dell'elaborazione e l'accadimento psicologico di adattamento che consente a questo modello di essere utile per valutare in quale parte del processo di elaborazione, la persona che si rivolge al terapeuta, si trovi o si sia bloccata:

1. *Rendersi conto della perdita:*

se c'è una perdita importante, la prima reazione sarà quella di ottundimento emotivo. In questa fase ci può essere incredulità, negazione, difficoltà a realizzare la piena realtà dell'accaduto e reagire con un atteggiamento di non adattamento, quali scoppi d'ira, ottundimento. Quindi, questa fase è caratterizzata dal prendere atto e comprendere il decesso. Quando questo avverrà impatterà il dolore e sarà avviata la seconda fase.

2. *Reagire alla separazione:*

in questa fase subentra l'impatto emotivo e in questo momento bisogna aiutare il paziente ad integrare la "presa d'atto della perdita" ( ossia la presa di coscienza ). La persona può reagire dicendo: " è successo a me e non avrò più un padre amorevole"... " non avrò più il mio compagno di vita" .... e così via. E' importante per il dolente sentire, identificare, accettare e dare forma espressiva a tutte le reazioni psicologiche conseguenti alla perdita. Inoltre, è ora molto importante che vengano identificate le perdite secondarie, quali ad esempio: " ho perso mia moglie, ma ho perso anche la persona che poteva invecchiare con me, la persona che mi faceva compagnia" ecc., ossia tutte le perdite collegate alla relazione sociale con la persona defunta.

### 3. *Rammentare e ri-esperire il defunto ed il rapporto con lui:*

questo processo si attua attraverso il riesaminare e ricordare, in modo realistico, il defunto. E' necessario ricordare sia i momenti positivi che negativi. Se consideriamo la persona amata come uno specchio, possiamo dire che la persona amata riflette parti di noi, ed ora che lo specchio è scomparso, la persona dovrà comprendere chi è senza la persona amata. Il terapeuta potrà aiutare il dolente a ritrovare chi era prima di incontrare la persona amata, quali risorse o interessi avesse ed aiutare a ri-esperirli. Potrebbero rivelarsi conflitti non risolti , che non potranno essere gestiti perché “ l'altro “ non c'è più. In questa circostanza è fondamentale il supporto terapeutico che aiuti a gestire tali problemi.

### 4. *Rinunciare ai vecchi attaccamenti al defunto ed alle vecchie ipotesi sul mondo:*

elaborare questa fase significa pensare al defunto in modo più adattivo, riuscire a modificare l'attaccamento alla persona: dall'amarlo in presenza ad amarlo in assenza. Le ipotesi fondamentali su come funziona il mondo sono ad esempio: “ l'Universo è benevolo”, “a me non succederà niente di male”, “ alle brave persone non accade mai nulla” ...; queste ipotesi sono universali ed entriamo nel mondo con questi concetti. Il trauma viola queste ipotesi, come pure la perdita improvvisa. Tutto ciò crea destabilizzazione, vergogna, incredulità.

5. ***Risolversi a progredire in modo adattivo nel nuovo mondo  
senza dimenticare il vecchio:***

qui si assiste alla revisione del mondo e a stabilire una nuova relazione con il defunto. Adattarsi al nuovo, rinunciando al passato. In questa fase il dolente dovrà rivedere le proprie ipotesi sul mondo, adottando nuovi modi di “ starci “ e sviluppare un nuovo rapporto con il defunto. Saranno attivati così i ricordi e ci si renderà conto che la persona non tornerà più. E’, inoltre, importante che strutturi una nuova identità.

6. ***Reinvestire:***

in questa fase la persona dovrà poter progettare una vita futura, apprendere nuove competenze, superare deficienze comportamentali e rafforzare nuove capacità e cambiamenti adattivi. Ora, la persona potrebbe evocare paura o ansia rispetto al futuro, comprese le paure relative alle relazioni ed al coinvolgimento emotivo, oppure paure relative al tradimento della persona cara.

## 5. L'ELABORAZIONE ANOMALA DEL LUTTO

In genere ogni individuo ha un sistema innato in grado per elaborare il lutto in maniera equilibrata ed in tempi abbastanza contenuti, ma a volte capita che questo non avvenga.

E' difficile correlare un determinato fattore di rischio con un tipo particolare di anomala elaborazione del lutto. Si possono distinguere fattori di rischio non specifici (ansia, depressione, abuso di alcool) che comunque complicheranno il decorso elaborativo e si calcola che circa la metà dei pazienti che ricorrono ad uno psichiatra dopo la scomparsa di un familiare rientrano in questo gruppo.

Il restante 50% realmente manifesta un determinato tipo di lutto patologico. E' comunque basso il numero di persone che richiedono un supporto psicologico rispetto a quante realmente ne avrebbero il bisogno. Quando le persone persistono nell'attaccamento alla persona defunta e al passato e non accettano la realtà della perdita o quando reprimono la loro sofferenza, cercando di evitare il dolore, rallentano il processo di cicatrizzazione della ferita e il superamento del lutto.

Non è facile prevedere se il processo d'elaborazione del lutto avrà delle complicazioni, ma sicuramente alcuni fattori possono renderlo più lungo e difficile:

- la morte di un figlio,
- le perdite multiple a breve distanza o contemporaneamente,
- una morte improvvisa e traumatica, (per incidente, suicidio, omicidio),
- il non ritrovamento del corpo,

- la morte dopo una malattia prolungata e sfiancante, specie per il familiare *caregiver*, che ha avuto il peso dell'assistenza,
- la presenza di problemi mentali precedenti o concomitanti,
- i precedenti lutti non risolti,
- preoccupazioni e problemi finanziari,
- la mancanza di un supporto sociale (ad esempio: madri vedove con figli da crescere, vedovi anziani).,
- una relazione negativa e ambivalente con la persona deceduta,
- difficoltà all'interno della famiglia,
  - sensi di colpa e rimorsi per tutto ciò che è rimasto in sospeso con la persona scomparsa: parole non dette, sentimenti non espressi, progetti rimasti incompiuti, per non essere stati vicini alla persona fino alla fine e non aver partecipato al funerale,
- difficoltà a esprimere i propri sentimenti, eccessivo auto-controllo, scarsa auto-stima,
- solitudine e mancanza di sostegno emotivo, pratico, relazionale, spirituale,

Sono stati identificati tre principali tipi di lutto patologico, complessivamente legati ad una mancata elaborazione (riparazione) del proprio mondo interno: la perdita traumatica, il lutto conflittuale e il lutto cronico (Parkes, 1983). Queste tre categorie di lutto patologico non si escludono vicendevolmente, ma anzi, spesso coesistono ed interagiscono reciprocamente.

## **Perdita traumatica**

Eventi luttuosi improvvisi, inaspettati, associati alla scomparsa di più persone, che hanno messo in pericolo di vita il sopravvissuto o che ne hanno determinato gravi mutilazioni, danno origine ad un meccanismo che tenta di evitare o di reprimere il dolore della scomparsa per molto tempo, ma non impedisce alti livelli di ansia e tensione emotiva. Gli eventi passati sono ricordati con grande chiarezza, al punto che suoni oppure oggetti che ricordano l'evento possono scatenare sintomi di ansia o attacchi di panico. La prima fase di reazione al lutto è caratterizzata da intensa prostrazione e può persistere per un periodo più lungo del normale; il processo di elaborazione del lutto è ritardato e spesso il sopravvissuto può mantenere una relazione immaginaria con la persona scomparsa e mostrare difficoltà di relazione con il contesto sociale.

## **Lutto conflittuale**

Si verifica per la perdita di una persona con la quale il sopravvissuto aveva un rapporto ambivalente. La prima reazione emozionale è quasi di sollievo e non si verifica l'ansia e la prostrazione del lutto traumatico. Successivamente la persona si ritrova perseguitata dalla memoria della persona scomparsa. Rabbia e senso di colpa si aggiungono alla sensazione di non avere diritto alla felicità, poiché questa deriva dalla perdita del proprio congiunto e questo favorisce lo sviluppo di una forte sensazione di mancanza della persona cara. L'ambivalenza solitamente si estende anche ai rapporti con altri membri della famiglia; ad esempio, relazioni difficili con i genitori possono trasferirsi anche nel rapporto con il coniuge o con i fratelli.



## **Lutto cronico**

Un rapporto di dipendenza può essere interpretato in maniera biunivoca: la persona che muore può essere o l'elemento forte del rapporto, quello cioè dal quale dipendeva l'altro, oppure la parte debole, che dipendeva da colui che è sopravvissuto. In entrambi i casi, con motivazioni diverse, si sviluppa una intensa e prolungata sofferenza nel superstite di questo rapporto comunque complementare e simbiotico. Il gruppo sociale di appartenenza tende comunque a proteggere la persona in lutto e a concedergli il tempo necessario a riorganizzare ed elaborare nuovi ruoli, ma questo meccanismo può portare ad un cordoglio patologicamente prolungato nel tempo e nell'intensità.

*Il dolore e' come un forno chiuso:  
brucia e riduce in cenere  
il cuore che racchiude in sé*

*W. Shakespeare*

## **Capitolo II**

### **1. IL SUPPORTO PSICOTERAPEUTICO CON L'UTILIZZO DELL'E.M.D.R. E DELL'IPNOSI:**

#### **1.A CHE COS'È L'IPNOSI**

L'ipnosi è una condizione naturale della mente da non confondere con gli stati di veglia e di sonno.

In questo stato la mente è recettiva rispetto a stimoli interni ed esterni ed esprime in modo diverso capacità di elaborazione e realizzazione.

Può svilupparsi spontaneamente attraverso stimoli etero o auto provocati. Non può essere considerato come uno stato alterato di coscienza, bensì uno stato modificato dove l'accesso all'inconscio è facilitato attraverso il linguaggio delle immagini e delle metafore.

In questo stato il paziente beneficia della guida dello psicoterapeuta in termini di ricostruzione, rafforzamento dell'io e livello di consapevolezza delle proprie risorse.

## **1.B CHE COS'È L'E.M.D.R.**

[L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)]

L'EMDR è un approccio psicoterapico creato dalla psicologa americana Francine Shapiro nel 1987. Originariamente concepito come uno strumento utile nella psicoterapia del Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), in seguito ha incorporato al suo interno spunti teoretici ed applicativi provenienti da differenti paradigmi psicoterapeutici allo scopo di potenziarne l'efficacia e la flessibilità (Shapiro, 1995), consentendo l'applicabilità della metodica ben oltre i limiti dell'originario ambito del PTSD.

L'elemento di maggiore carattere distintivo dell'EMDR è certamente l'impiego di determinati stimolazioni da parte del terapeuta che, tipicamente, producono nel paziente movimenti oculari a destra ed a sinistra del suo campo visivo.

Tali movimenti oculari, a loro volta, generano una sorta di elaborazione accelerata delle informazioni associata ad una più rapida risoluzione di eventi negativi e traumatici (Shapiro, 1995). Questo avviene mentre il paziente focalizza la sua attenzione sul ricordo dell'esperienza traumatica che ha contribuito allo sviluppo del suo disagio o patologia .

La ricerca ha in seguito indicato come i movimenti oculari sarebbero solo una delle possibili modalità efficaci di stimolazione bilaterale; risultano efficaci anche altri tipi di movimento oculare: tamburellamenti sul dorso o sul palmo delle mani, rumori proposti alternatamente alle orecchie, l'osservazione di una luce che scorre su una barra luminosa (per una rassegna sulla ricerca sulla stimolazione bilaterale, Lipke, 2000).

In ogni caso, tali stimoli devono essere proposti all'interno di un contesto caratterizzato da un'attenzione duale, ovvero un'attenzione rivolta contemporaneamente al target di intervento ed allo stimolo bilaterale proposto dal terapeuta.

La procedura-tipo o algoritmo di intervento consta di otto fasi specifiche, composte di elementi "non specifici" (relazione terapeutica, elementi psico-educazionali, etc.), di elementi specifici (stimolazione bilaterale, sequenzialità degli interventi effettuati) ed elementi mutuati - direttamente o indirettamente - da altre tradizioni di ricerca (*assessment* e ristrutturazione cognitiva, esposizione graduale, abreazione, assecondamento delle libere associazioni, manipolazione delle immagini mentali e tecniche provenienti dalla tradizione della psicoterapia ipnotica).

Sembra che esista un sistema innato di elaborazione dell'informazione e che le patologie si sviluppino a causa del blocco di questo meccanismo.

In questo caso movimenti oculari opportunamente stimolati produrrebbero una ri-sincronizzazione dell'attività dei due emisferi.

## 1. C EMDR E PSICOTERAPIA IPNOTICA INTEGRAZIONE NELL'ELABORAZIONE DEL LUTTO

Nel protocollo standard di intervento dell'EMDR è considerato elemento imprescindibile la possibilità di accedere, da parte del paziente, ad una condizione di sicurezza psicofisica (esercizio del luogo sicuro).

Ciò è richiesto per diversi motivi: garantire una "via di fuga" nel caso il paziente dovesse essere eccessivamente disturbato dal lavoro terapeutico, consentirgli di accedere a risorse utili ad affrontare il lavoro terapeutico, permettere a fine seduta di chiudere il lavoro in atto riducendo la possibilità che il paziente sia disturbato da esso nel tempo che lo separa dalla seduta successiva.

La stessa Shapiro prevede la possibilità di impiegare l'induzione della trance ipnotica a tale scopo (Shapiro, 1995) e, più in generale, ha recentemente sostenuto che l'integrazione fra EMDR e ipnosi potrebbe portare ad enormi benefici (Shapiro, 2001).

Di fatto, è indiscutibile che la psicoterapia ipnotica non abbia rivali nella produzione di un tale obiettivo, non tanto per l'aspetto del rilassamento somatico (che può essere raggiunto anche con tecniche che prescindono da una marcata modulazione dello stato di coscienza), quanto per la straordinaria possibilità di modificare lo stato di coscienza al fine di accedere in modo radicalmente psicosomatico al bacino di risorse del paziente, prescindendo almeno parzialmente dai vincoli spazio-temporali e razionali (Giannantonio, Boldorini, 1998; Mosconi, 2001).

Ci sono indicazioni che l'esecuzione dell'esercizio del luogo sicuro attraverso tecniche ipnotiche, infatti, predisponga in modo più efficace il paziente al successivo lavoro terapeutico (Beere, Simon, Welch, 2001). Nell'esperienza degli autori, un accesso più profondo ad una condizione psicofisica di sicurezza così come prodotto dalla trance ipnotica è poi da considerarsi fortemente consigliabile nei casi in cui si debba lavorare su tematiche altamente disturbanti e/o quando si è in presenza di soggetti con scarse capacità di modulazione delle emozioni.

La psicoterapia ipnotica, inoltre, può essere considerata utile in alcune situazioni come lavoro preparatorio per la successiva psicoterapia con l'EMDR. Ciò è indicato quando il paziente ha bisogno di costruirsi - letteralmente - un luogo sicuro, essendo sprovvisto di questa competenza (Beere, Simon, Welch, 2001), potendo di conseguenza fare riferimento ad un'ampia gamma di strategie che spaziano dall'installazione di risorse, alla proiezione nel futuro fino all'intervento sugli stati dell'Io (Phillips, Frederick, 1995).

A volte può accadere che il trauma della perdita possa bloccare il processo di elaborazione del lutto. Per utilizzare l'E.M.D.R. la persona dovrà essere valutata sulle capacità di tollerare le emozioni emergenti; dovrà essere presente una certa capacità di ridurre il proprio arousal emotivo e di tranquillizzarsi, ossia dovrà avere modalità costruttive di far fronte al proprio disagio; dovrà avere una certa stabilità e integrità sufficiente a rimanere presente alle proprie emozioni senza dissociarsi.

L'ipnosi [attraverso il linguaggio del terapeuta: uso delle visualizzazioni e delle metafore], può portare la persona a raggiungere uno stato di calma e di recupero di risorse e prepararla all'utilizzo dell'E.M.D.R.

Inoltre, se necessario, potrà attivare la capacità di onorare il legame con il proprio congiunto, non più improntato sul dolore ma sull'amore.

Una perdita può essere così devastante da bloccare tutti i ricordi positivi della persona amata: è quindi importante far elaborare i momenti traumatici che creano disagio, per attivare l'affioramento dei ricordi positivi. I ricordi positivi rappresentano il ponte tra il mondo con la persona amata ed il mondo senza di essa, danno colore e significato alla relazione e costruiscono la nostra rappresentazione interiore di quella persona.

La psicoterapia ipnotica condotta prima dell'EMDR è poi assolutamente indicata quando il paziente non è in grado di "lasciarsi andare" e fidarsi delle proprie sensazioni ed emozioni, abilità fortemente richiesta dall'impiego dell'EMDR e che può essere gradualmente sviluppata attraverso l'impiego della psicoterapia ipnotica: per esempio attraverso l'apprendimento di tecniche di autoipnosi.

Allo stesso modo, la psicoterapia ipnotica sembra agevolare il successivo lavoro con l'EMDR con persone provviste di una scarsa competenza emotiva, la cui massima espressione è l'alessitimia, rappresentando l'approccio ipnotico un possibile contributo all'addestramento dello sviluppo delle competenze emozionali e di "ascolto propriocettivo" necessari per questi pazienti (Taylor, 1997).

L'inizio della psicoterapia attraverso l'ipnosi è poi da consigliarsi quando il paziente, essenzialmente come esito della sua storia di attaccamento (Giannantonio, 2000), si trova in una delle seguenti eventualità:

1) ha notevole bisogno di supporto per esplorare il proprio mondo interiore e, di conseguenza, l'impiego di metodologie ipnotiche è fortemente indicato potendo fare leva sul rapporto viscerale che instaura tra paziente e terapeuta e sul lavoro all'interno di una costante condizione di sicurezza. L'autoesplorazione sarà in questo modo avvantaggiata;

2) è estremamente diffidente ed ha paura di essere spinto in direzioni che non può controllare e per tale motivo, con l'EMDR, può scegliere di rendere impraticabile qualunque tentativo di lavoro diretto. Un preventivo lavoro permissivo ed indiretto con la psicoterapia ipnotica può essere fondamentale in quanto mostra chiaramente al paziente che il controllo del lavoro può e deve essere sempre nelle sue mani.

Potrebbe inoltre essere indicata l'impiego dell'ipnosi durante una seduta di EMDR quando il paziente ha bisogno di abbassare l'arousal dopo aver avuto accesso ad emozioni troppo intense e disturbanti o per sbloccare momenti di possibile stallo durante la seduta stessa causati da una difficoltà del paziente a tollerare il materiale emozionale emerso in seduta ed esplorare con maggiore discrezionalità l'area di lavoro che si sta accingendo a lavorare ed attivare le sue capacità di *coping*.

L'EMDR viene utilizzata su ciò che c'è di più acuto, valutando naturalmente, con adeguato *assessment* le capacità e la prontezza del paziente al suo utilizzo, si



lavora con l'elemento percepito con maggiore intensità, sui sintomi intrusivi se presenti, sui traumi, sul senso di impotenza, sul senso di colpa e sulle circostanze che hanno portato a far emergere i vissuti disturbanti. L'ipnosi è fondamentale come integrazione all'elaborazione del lutto, in quanto aiuta il paziente ad instaurare una sensazione di sicurezza, aumentare l'autoefficacia personale, a creare un legame di fiducia con il terapeuta che possa condurlo a guardarsi dentro.

Dopo che si elabora la perdita della persona amata, bisogna valutare cosa emerge nuovamente, cosa viene percepito, parte dell'elaborazione del lutto è una riconciliazione con sé stessi senza il defunto.

Terminata la seduta di EMDR, è opportuno utilizzare l'ipnosi per indurre un leggero stato di trance per stabilizzare il paziente e fargli recuperare energie se la seduta è stata faticosa ed impegnativa.

A quanto scritto sino ad ora si può affermare che la psicoterapia ipnotica e l'EMDR sono facilmente e produttivamente integrabili in quanto si può dire che presentano alcune similitudini procedurali e concettuali quali:

- entrambe tendono all'impiego olistico di tutte le risorse del paziente: razionali, comportamentali, emotive, somatiche, presupponendo, ericksonianamente, fino a prova contraria, che l'individuo posseda fin dall'inizio tutte le risorse necessarie per il cambiamento;

- sono entrambi approcci intrinsecamente psicosomatici e, come tali, elettivi nell'intervento sui disturbi post-traumatici (van der Kolk, 1996);
- entrambe sono particolarmente efficaci nell'intervento sulla memoria procedurale, sulla memoria stato-dipendente e nell'integrazione fra i differenti sistemi di memoria (Giannantonio, 2000b);
- entrambe puntano sull'integrazione degli stati di coscienza, dell'identità personale, delle reti mnestiche, e delle psicoterapie in genere, presupponendo anche una concezione intrinsecamente dissociativa della mente (Phillips, Frederick, 1995), e con ciò distanziando inevitabilmente l'EMDR dall'approccio cognitivo-comportamentale che pure, sempre più frequentemente, fa riferimento ad essa;
- sono molto efficaci nel ridurre l'iperassociazione e la dissociazione, spesso entrambe presenti in molti traumi (van der Kolk et al., 1997);
- entrambe consentono una vivida produzione di esperienze interpersonali profondamente mutative atte ad integrare le precedenti esperienze di attaccamento deficitarie o patologiche (Giannantonio, 2000; Manfield, 1998; Parnell, 1999; Wade, 2001)

**CASO CLINICO-Antonio:** il paziente è un uomo di 29 anni di professione carabiniere, da circa 5 anni è in trattamento psicofarmacologico (antidepressivi; benzodiazepine), per episodi depressivi ricorrenti. Il paziente riferisce che nel corso della storia di malattia ha avuto numerosi scompensi intervallati da periodi di relativo benessere. La sintomatologia attuale, corrispondente alle fase di scompenso, è improntata a caratteristiche di tipo depressivo, dismorfofobico e di grave ansia sociale. Il paziente è ultimogenito di 5 fratelli. I genitori sono in buona salute. Un fratello è deceduto all'età di 5 anni travolto da un'auto in corsa ed una sorella deceduta all'età di 20 anni a seguito di un incidente stradale.

Valutazione diagnostica: al termine della valutazione diagnostica, si effettua una diagnosi nosografica di disturbo post traumatico da stress. La sintomatologia è caratterizzata dai classici disturbi post traumatici, quali l'ansia, l'irrequietezza, l'impulsività, l'irritabilità. E' inoltre presente una grave sintomatologia di tipo depressivo reattivo che costringe il paziente a frequenti momenti di isolamento alternati a ricorrenti episodi di autoaggressività accompagnati da sensi di colpa, e a vissuti ipocondriaci subentranti ora legati al viso o agli occhi o ai capelli.

Con Antonio dopo alcuni colloqui di *assessment* e per capire quali erano i vissuti della sua vita che creavano maggiore disturbo, ho iniziato in prima istanza con l'ipnosi riportandolo a ricordare ed esperire momenti della vita felici e per trovare, al fine dell'utilizzo dell'EMDR, il "posto sicuro" guidandolo nella visualizzazione.

Poi mi sono avvalsa dell'utilizzo dell'EMDR per consentire al paziente di abitare il trauma e di modificare le cognizioni negative installatesi come ad esempio “ è tutta colpa mia; non merito di vivere; non ho il controllo,ecc.”

La tecnica risolutiva che ha sbloccato il paziente è stata per l'appunto l'EMDR, qui si presentano alcuni stralci significativi delle sedute ove T sta per terapeuta e P paziente .

T: Su quale evento ti piacerebbe lavorare oggi?

P: Sulla morte di mia sorella.

T: Quale immagine si accompagna all'evento?

P: E' terribile, mia sorella voleva essere accompagnata da me, ma stavo sotto la doccia, mi ricordo era una giornata piovosa, le dissi che non potevo, non volevo.

Misericordia, dopo squilla il telefono e vengo raggiunto dalla notizia. La parte più orribile fu la veglia alla salma di mia sorella in sala mortuaria, mi sentivo un verme, non riuscivo a vedere mia sorella in quello stato, era morta, si rende conto.

Ad un certo punto, talmente era lo strazio, che non riuscivo a stare fermo, i miei familiari, le mie due sorelle che piangevano ininterrottamente ed avvertivo sempre di più l' esalazione dei gas organici che fuoriuscivano dal corpo di mia sorella.

Anche il risalire di materiali organici in decomposizione mi procuravano uno stato di frenesia incolmabile, allora decisi di andarmene. Girovagai senza meta, non so esattamente che cosa feci.

T: Quali parole si accompagnano ed esprimono una convinzione negativa su di te in questo momento?

P. La voce di mia sorella che mi pregava di accompagnarla; è colpa mia, sono un egoista.

T: Che cosa preferisti credere?

P: Che era stato un incidente.

T: Riesci a descrivere le emozioni che stanno attraversando il tuo corpo in questo momento ?

P: Mi sento brutto, i capelli flosci senza vita, i miei occhi sono come quello di un pesce lesso. La vita, la mia vita rimarrà, ma non ho il diritto di esistere.

T: Adesso concentrati sull'immagine e iniziamo i movimenti oculari.

Dopo la prima serie, il paziente incominciò a piangere ininterrottamente.

T: Lascia che emerga ciò che vuole emergere, osserva solamente e poi lascia andare. Iniziammo una seconda serie di movimenti oculari. Il paziente se ne restò in silenzio e poi mi disse "l'immagine si sta allontanando, ma io sento ancora i gas della decomposizione".

T: Continuiamo ?

La terza serie di movimenti oculari durò abbastanza , forse 3 o 4 minuti.

T: Che succede ?

P: La scena sta cambiando. L'immagine collegata al corpo in decomposizione perde consistenza, l'immagine sta mutando.

Anche la quarta serie di set di movimenti oculari fu abbastanza lunga. Il paziente cominciò spontaneamente, a rivivere una serie di eventi che si susseguivano in modo cronologico. Dopo la quinta serie:

P: sono al funerale, non ho voglia di vedere nessuno, la gente, tanta mi infastidisce, ho la sensazione che tutti, sotto sotto, mi accusano della morte di mia sorella.

Effettuo un'ennesima serie di set oculari.

P: La mia mente non vuole liberarsi di quell'immagine.

T: Cosa ti fa paura dell'eventualità che tu possa liberarti di quell'immagine?

P: Il fatto che mia sorella non c'è più.

T: pensa a questo.

*Set di movimenti oculari.*

P: La vedo, è lei e mi dice con voce rotta "tu non puoi farmi tornare indietro attraverso il tuo dolore e la colpa" .

T: Pensa a questo !

*Set di movimenti oculari.*

P: Non posso restare senza di lei, è duro provare ad essere felici senza di lei. Devo solamente provarci. Provare a darle un posto dentro di me.

*Set di movimenti oculari.*

T: Che succede della tua scena iniziale: la sala mortuaria .. , la veglia e la cognizione "e tutta colpa mia?"

T: In una scala da 0 a 10 , dove 0 significa nessun disturbo e 10 è il massimo disturbo , qual è il livello di disagio in questo momento ?

P: 1

T: Come ti senti ?

P: Mi sento molto meglio ,non mi sento responsabile per quello che è successo.

T: Chiudi gli occhi ed ascolta il tuo corpo. Che cosa senti?

P: Mi sento come se avessi espulso un peso, molto doloroso.

T: Va bene cercare di essere felice. OK. Chiudiamo così.

La sintomatologia, dopo questo intervento, appariva più tollerabile, e il paziente riprese il suo lavoro e la sua vita di relazione senza apparenti problemi. Permaneva, però una sorta di ostinazione a non volersi esporre più di tanto nelle situazioni sociali, il suo comportamento era improntato ancora sul ritiro relazionale accompagnato da vissuti anche se lievi di manifestazioni dismorfofobiche. Avevamo fatto un lavoro sulla costellazione dei ricordi fotografici della famiglia ed avevamo parlato del fratellino che era stato travolto da un'auto in corsa. La reazione del paziente alla stimolazione della foto del fratellino era sì improntata al dolore del ricordo ma la verbalizzazione dell'episodio era lacunosa, anzi lui sosteneva di non ricordare proprio nulla.

Lasciò lo studio e mi salutò con un fare diverso dal solito, varcò l'uscio e se ne andò. La seduta successiva mi dice che nei giorni seguenti aveva sognato il fratello tutto sanguinante quindi decidiamo assieme di lavorare con il ricordo più disturbante del sogno rappresentato dal fratellino con la bocca sanguinante.

Riporto solamente qui alcuni passaggi dall'EMDR:

Dopo aver eseguito la prassi del pre-contatto con il posto sicuro, una buona ripresa della respirazione corretta, incominciammo a lavorare sulla sua immagine del sogno.

Nel corso dei set dei movimenti oculari la scena cambiò e la mente del paziente regredì

a molti anni indietro, il target iniziale cambiò e si pose a quando lui piccolo insieme al fratellino giocavano, (mi aveva rubato una moneta); e nel mentre lui lo inseguiva per un viottolo che dava su una strada carreggiabile, un macchina sbucò e travolse il fratellino.

T: Così c'erano due episodi traumatici?

P: Sì, adesso ricordo

T: Che cosa? Me lo puoi descrivere?

P: Ero molto piccolo, mia madre ci aveva lasciato a giocare perché aveva delle cose da sbrigare in campagna, io correvo, maledizione, mio fratello.

*Set di movimenti oculari*

Il paziente inizia a piangere , gridare ed ad inveire contro se stesso.

T: Che cosa vedi? Qual è la cosa più orribile?

P: Lui che scappa e gli corro dietro. Continua il pianto e l'autoaccusa.

T: Quando pensi a quella scena, come ti giudichi per quello che è successo; a quale giudizio ricorreresti?

P: Sono colpevole, se non l'avessi rincorso ora sarebbe vivo, come mia sorella.

T: Quanto è vero questo giudizio?

P: Sono colpevole, se questo è ciò che la vita mi ha riservato, non vale la pena vivere.

*Set di movimenti oculari.*

T: Che succede?

P: Mi fa ancora molto male, vedo un 'altra immagine: la gente si accalca e io sono solo come in uno stato di trance a fissare un dente per terra.



T: Pensa a questo.

*Set di movimenti oculari.*

T: Arriva mia madre, e toglie letteralmente dalle mani di un signora vestita di rosso il corpicino di mio fratello. Arriva una macchina e corrono in ospedale.

*Set di movimenti oculari.*

T: Che succede? Ti senti ancora in colpa?

P: Come faccio a dimenticare? Come faccio ad assolvermi?

T: Eri solo un bambino.

*Set di movimenti oculari.*

T: Che succede? Quanto senti vero che è stato solo un incidente?

P: Un incidente?

T: Pensa a questo .Vai bene così.

*Set di movimenti oculari.*

T: Che succede? La voce si affievolisce, ti senti ancora responsabile?

P: Non posso.

T: Tieni a mente questo.

*Un'altra serie di movimenti oculari.*

P. Non potevo volontariamente procurargli la morte, mi sento un po' sollevato.

*Set di movimenti oculari.*

T: Che succede?

P: E' diverso adesso. Non è più un macerarsi con il senso di colpa. Non c'è più nulla. Tutto cambia, dobbiamo accettare ciò che siamo stati e ciò che siamo diventati.

*Dopo una serie reiterata di set di movimenti oculari.*

T: Che succede?

P: Continuerò a pensare a mio fratello, perché è solo scomparso ma adesso non è più dimenticato. Ora lui è in pace.

La seduta, lunghissima, terminò con queste parole. Per quanto concerne, il trattamento relativo al caso clinico sin qui esposto, ha avuto una durata temporale di circa dieci mesi per n° 20 sedute alcune con EMDR e le successive con ipnosi formale ed informale, poiché il paziente a causa del suo lavoro, la cui sede è lontana dal mio studio, era costretto a ricorrere a frequenti contatti telefonici concordati di volta in volta.

Attualmente, il paziente è in buon compenso clinico, è da un anno circa senza sintomi, il tono dell'umore è accettabile, la sua vita di relazione è brillante, ed ha avuto perfino un avanzamento di carriera.

## BIBLIOGRAFIA

- Arone di Bertolino, R. ( 2003). l'ipnosi per un medico. Edizioni Martina: Bologna
- Giannantonio, M. (2000a). Attaccamento e psicoterapia ipnotica, *Rivista Italiana di Ipnosi Clinica e Psicoterapia Ipnolica*, 1: 10-20.
- Giannantonio, M. (2000b). Trauma, psicopatologia e psicoterapia. L'efficacia della psicoterapia ipnotica e dell'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), *Attualità in psicologia*, 3: 336-345.
- Giannantonio, M. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (E.M.D.R.) e psicoterapia del Disturbo Post-traumatico da Stress: considerazioni critiche e linee di tendenza, *Rivista di psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 1: 5-23.
- Giannantonio, M., Boldorini, A.L. (1998). L'importanza e la bellezza di un rifugio interiore, in *Atti del XI Congresso Nazionale A.M.I.S.I., "Quarant'anni di ipnosi in Italia: presente e futuro"*.
- Helsing K.J., Szklo M., Mortality after bereavement, *American Journal of Epidemiology*, 114, 1981, p. 41.
- Johansen C., Olsen J.H.; Psychological stress, cancer incidence and mortality from non malignant disease, *British Journal of Cancer*, 75 (1)1997, pp. 144-8
- *Journal of Psychiatry*, 144, 1984, pp. 84-81.

- Kübler-Ross E . “La morte e la vita dopo la morte. La nascita ad una nuova vita”, Roma, Edizioni Mediterranee, 1991.
- Kübler-Ross E . “La morte e la vita dopo la morte. Morire è come nascere”, Ed. Mediterranee 2007.
- Kübler-Ross E. “La morte e il morire”, Assisi, Cittadella, 1976. 13<sup>a</sup> ed.: 2005.
- Livia Crozzoli Aite ( 2001) Sarà così lasciare la vita? Saggistica Paoline .
- Lundin T., Morbidity following sudden and unexpected bereavement. British Journal of Psychiatry, 144, 1984, pp. 84-81.
- Parkes C. M., Bereavement: studies of grief in adult life, Routledge, 3rd edition., London, 1986.
- Parkes C.M., Weiss R.S., Recovery from bereavement, New York, 1983.
- Raphael B., The anatomy of bereavement: a handbook for caring professions, Hutchinson London, 1984.
- Schleiffer S.J., Keller S.E., Camerino N., Thornton J.C., Stein M., Suppression of lymphocyte stimulation following bereavement, Journal of the American Medical Association, 250, 1983; pp. 344-7.
- Schut H.W., de Keijser J., van den Bout J., Short-term inpatient therapy groups, Proceedings of the Fourth International Conference on Grief and Bereavement in Contemporary Society, Swedish Association for Mental Health, 1994.

- Shapiro F. ( 2000) EMDR Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari. Edizioni McGraw-Hill: Milano.
- Solomon Roger M. “ Workshop EMDR e Lutto” settembre 2013 Milano.

## RIASSUNTO

Parole Chiave: Lutto, dolore, elaborazione, EMDR, ipnosi

Ogni persona ha una capacità innata di elaborare il lutto, ma a volte può accadere che la perdita impatta in modo scioccante per la persona bloccando la persona in una fase del processo.

La psicoterapia con il supporto di ipnosi ed EMDR può favorire o far ripartire il processo naturale di elaborazione e la persona che ha subito la perdita sarà così in grado, di onorare il legame con la persona cara in modo più profondo, non più improntato sul dolore, ma sull'amore.

## SUMMARY

Keywords: Grief, pain, processing, EMDR, hypnosis

Each person has an innate ability to mourn, but sometimes it can happen that the loss impacts so shocking to the person blocking the person at an early stage of the process. Psychotherapy with the help of hypnosis and EMDR may promote or restart the natural process of elaboration and the person who has suffered the loss will thus be able to honor the bond with your loved one in a deeper way, no longer marked on the pain but on love.

## CONCLUSIONI

Parlare della morte e' difficile, non solo perché porta con sé i sentimenti di dolore e di disperazione degli altri, ma perché è un destino che ogni essere umano deve, presto o tardi, affrontare, nella perdita di una persona cara o della propria vita.

E' un evento che ci da' la misura della nostra fragilità e dell'inevitabilità delle separazioni, ma anche il senso della nostra forza nonostante tutto. Percepire la grandezza dell'uomo di fronte alle tragedie della sua esistenza significa anche avere il coraggio di avvicinarsi ad una realtà che, inevitabilmente, porta ad una maturazione personale unica: una persona cresce nella misura in cui accetta la perdita come una parte della sua eredità.

Il dolore e' il prezzo che dobbiamo pagare per aver amato qualcuno, per aver intrecciato quei legami che sono vitali per la nostra esistenza. Quando questo dolore diventa insopportabile la psicoterapia con il supporto dell'ipnosi e dell'EMDR posso essere strumenti fondamentali per ridare al paziente la possibilità di dedicare nuove energie alla vita e reinvestire nel futuro senza dimenticare il vecchio.

Il lutto e' un cammino difficile, ma percorrerlo significa anche dare nuovo spazio alla speranza. La sfida per ognuno di noi e' di non fuggire da questa realtà quando la incontriamo nella vita di coloro che ci circondano.

Troppe persone vengono lasciate sole per paura di sbagliare, di non saper affrontare la loro rabbia e la loro disperazione nel modo giusto, per paura di non saper

che cosa dire o fare. Conoscendo i meccanismi di reazione ad una perdita, si impara che in realtà per chi soffre non è tanto importante ciò che gli altri dicono o fanno: ciò che conta è la loro presenza.

Anche sedersi accanto ad una persona che ha perso qualcuno è un atto coraggioso: cosa può dire un uomo di fronte alla morte? Eppure una persona in lutto non ha bisogno di filosofi, scienziati o predicatori, ma di qualcuno che ci sia, con le sue paure, con il suo dolore, con la sua umanità, testimone di una solidarietà che può vincere anche la disperazione della morte ed aiutare ad intraprendere il cammino di guarigione.

Si sta accanto a chi soffre con umiltà, senza pretese di onnipotenza o di onniscienza: ciò che è importante non è possedere le risposte a tutte le domande, ma essere la persona cui quelle domande possono essere rivolte.