

### **Sette: Un disastro naturale. Guardare al coinvolgimento nei gruppi settari attraverso le lenti del trauma**

**Di Shelly Rosen**

**Trauma Studies Center, Institute for Contemporary Psychotherapy**

Il seguente articolo dal titolo originale "Cults: A Natural Disaster- Looking at Cult Involvement Through A Trauma Lens" è stato pubblicato su International Journal of Cultic Studies, vol. 5| 2014, 12-28. L'autrice e l'International Cultic Studies Association, proprietaria dello stesso giornale scientifico, ne autorizzano la traduzione e la pubblicazione su questo giornale . L'articolo in lingua originale può essere letto qui:

<http://www.icsahome.com/articles/cults-a-natural-disaster>

traduzione non professionale di Giorgio Fabbro

revisione di Cristina Caparesi

---

#### **Abstract**

*I recenti progressi nel campo delle neuroscienze, antropologia, psicologia, ed economia hanno messo in evidenza l'importanza delle reti sociali nel comportamento umano. L'autore sostiene che la propensione degli individui ad essere attratti da gruppi non convenzionali è innata ed epigenetica. I leader narcisisti delle sette sono abili nel creare gruppi coesi ed attraenti per coloro che sono altruisti e alla ricerca del trascendente. Il lento processo d'indottrinamento e la sottomissione sociale perpetrata dai leader e la dinamica del gruppo settario, sono altamente traumatizzanti per i membri e i loro figli. Quelli che hanno aderito a una setta da adulti sono a rischio di sintomi da disturbo post- traumatico da stress (PTSD). Le persone che sono nate e cresciute in quei gruppi, con molta probabilità, rischiano di sperimentare ritardi dello sviluppo o problemi dissociativi, di identità e del proprio carattere, che sono caratteristiche del complesso disturbo post- traumatico da stress(C-PTSD).*

## MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 4- n°1 | aprile 2015

*I membri di vecchia data che lasciano i gruppi soffrono da trauma dell'immigrazione. Inoltre il coinvolgimento in una setta è un fenomeno poco conosciuto e i membri sono spesso etichettati come patologici, il che aumenta la loro vergogna, il senso di colpa e l'isolamento. Invece di etichettare il coinvolgimento in una setta come aberrante, è molto più umano etichettarlo come una catastrofe naturale. Così il coinvolgimento settario è simile a un uragano o a un terremoto nella sua ubiquità nella storia umana e nella sua capacità di scuotere il sistema nervoso delle persone in modo profondo. Infine, a causa del trauma per il tradimento indotto dal leader, il coinvolgimento in una setta può essere più traumatico che la sopravvivenza a quello che tradizionalmente identifichiamo come disastro di massa.*

*Lavorare con ex membri comporta la comprensione della gravità del trauma e la potenza delle dinamiche di gruppo. Questo documento mette in evidenza le considerazioni specifiche necessarie per i professionisti che lavorano con ex membri. Le migliori pratiche includono un trattamento formativo che enfatizza la stabilizzazione e l'educazione psicologica.*

### **Il trauma è nel corpo, non nell'evento**

L'11 settembre 2001, Peter [1] lavorava nella torre numero sette del *World Trade Center* [cfr. New York]. Guardò fuori dalla finestra e vide quello che stava succedendo nella torre uno mentre suo fratello John stava entrando nel suo ufficio. Peter urlò, "John, non guardare, -ce ne dobbiamo andare-, l'area del crollo di un edificio come questo è enorme!" Peter lo sapeva perché è un vigile del fuoco volontario nello Yonkers. I suoi colleghi intorno a lui atterriti mentre guardavano fuori dalla finestra. Trascinò il fratello fuori dall'edificio e corse fino a Canal Street dove fermò a forza un taxi e si diresse velocemente a casa. Più tardi, quella settimana, Peter si presentò da me come paziente. Era ottimista e grato ed iniziò a lavorare in un nuovo ufficio a Manhattan, dove lavora ancora oggi. Le prime settimane seguenti all'11 settembre era in qualche modo un po' nervoso perché doveva fare il pendolare verso la città ma non presentava alcun sintomo da stress post traumatico.

Un altro paziente, Michael, era nel periodo tra due semestri di una scuola di specializzazione quando Linda, la ragazza con cui usciva, lo portò ad un seminario

## MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 4- n°1 | aprile 2015

durato tutto il giorno che univa i suoi interessi per la politica e la psicoterapia. L'oratore carismatico del seminario colpì Michael, che di lì a poco si ritrovò a distribuire volantini per molte ore e ad esaminare le proprie "egoistiche" motivazioni capitalistiche, in piccoli gruppi di studio condotti dall'oratore. Michael capì in seguito che quell'oratore era il leader di un affiatato piccolo gruppo chiuso. Michael venne incoraggiato ad intraprendere attività fraudolente per promuovere gli obiettivi del gruppo, attività che mesi prima gli avrebbero fatto accapponare la pelle. Un giorno arrivò all'appartamento della sua ragazza. La porta della sua camera da letto era aperta e sentì che lei era a letto con il capo e rideva di lui e di come fosse stato facile reclutarlo. Michael si bloccò sulla porta, completamente scioccato. Poco dopo questa esperienza, lasciò il gruppo. Michael ebbe problemi d'insonnia nei cinque anni successivi e nelle sue relazioni era alternativamente diffidente o arrabbiato. A quanto pare sperimentò dei casuali flashbacks uditivi di Linda che rideva, era ossessionato dal modo in cui aveva imbrogliato o istruito altri mentre era parte del gruppo. Le poche persone alle quali aveva parlato dei pochi mesi in questo gruppo non sembravano cogliere la gravità di ciò che aveva vissuto. Continuavano a domandarsi "perché si fosse lasciato trascinare così facilmente."

Molti pensano al trauma come a un grosso avvenimento: una guerra, un terremoto o un uragano. Ma le storie di Peter e di Michael sottolineano che il trauma è nel corpo, non nell'evento. (Levine, 1997; Levine, 2010). Definisco il trauma psicologico come "il risultato di un'esperienza spaventosa o scioccante o di esperienze protratte nel tempo che travolgono il sistema nervoso di una persona, che causano irregolarità emozionale e un'integrazione mnemonica difettosa dei pensieri, dei sentimenti, dei comportamenti, e delle sensazioni fisiche dell'evento".

Nonostante Peter assistette ad un disastro terribile, come vigile del fuoco volontario, era pronto a situazioni catastrofiche. In pochi secondi, il forte attaccamento alla sua famiglia lo aveva aiutato a prendersi cura di se stesso e di suo fratello e a fuggire verso casa. Raccolse le sue energie per farsi carico del problema e consapevolmente proteggersi da luoghi e rumori spaventosi. A casa, ricevette il sostegno immediato e il rispetto per le sue azioni.

## MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 4- n°1 | aprile 2015

Peter vide arrivare il disastro. Usò le sue energie, si protesse ed ebbe la meglio. Racconta la sua storia con tristezza e gratitudine e ricorda i particolari nell'ordine in cui accaddero. Quando non siamo traumatizzati, gli aspetti sensoriali, immaginativi, narrativi, comportamentali ed emozionali della memoria rimangono interconnessi. La memoria sopravvive con una visione positiva di noi stessi e siamo in grado d'imparare dall'esperienza. (Shapiro, 2001)

Michael, al contrario, fu traumatizzato. Era impreparato e fu scioccato da quello che sentì sulla porta d'ingresso. Il mondo non era come pensava che fosse. Lo shock al suo sistema nervoso è stato involontario ed ha bloccato e immobilizzato le sue reazioni di sopravvivenza e di fuga o di combattimento. Questa chiusura involontaria, un antecedente comune nel disordine post traumatico da stress (PTSD), è un fatto inconsapevole e fuori dal controllo cosciente. Si tratta di un'estrema, disperata reazione al pericolo nei mammiferi. (Levine, 2010; Porges, 2011). L'organismo si spegne, si blocca e non può muoversi. E 'in uno stato spesso definito come "immobilità tonica" (Abrams, Carleton, Taylor, e Asmundson, 2009; Bados, Toribio, e Garcia-Grau, 2008; Brand, Lanius, Vermetten, Lowestestein, & Spiegel, 2012 [p.18]; Volchan et al., 2011).

Possiamo vedere qualcosa di simile nei programmi della PBS sulla natura quando vediamo i predatori che si avventano sulla preda. Prima che il leone salti, la gazzella, che non ha più tempo di correre via o le forze per difendersi, collassa, ancora vibrante, ma immobile. Michael fu anche scioccato per il tradimento. All'improvviso vide e sentì la sua connessione con Linda per quello che era: pericolosa. In queste circostanze di congelamento, il sistema neurobiologico si disconnette e presenta scarsa integrazione. (Lanius, Lanius, Fisher, & Ogden, 2006; Nijenhuis & den Boer, 2009; Van der Hart, Nijenhuis & Steele 2006). E' come se l'acceleratore e il freno venissero azionati nello stesso momento ed è troppo da sopportare per l'intero sistema . (Napier 2008)

In qualche modo la situazione è come una miccia che brucia- troppo energia disorganizzata da contenere, e il risultato è il vuoto, una sensazione di assenza o dimenticanza. In altre parole è come una bomba che esplode, che disperde gli

## MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 4- n°1 | aprile 2015

elementi esperenziali dell'evento in varie parti del corpo e della mente ( Pain, Bluhm, & Lanius, 2009). Chiamiamo tutte queste esperienze *dissociazione*, e queste parti o elementi "si bloccano". Un esempio fisico lampante di questo "blocco" è il dolore all'arto fantasma (Amano, Seiyama, & Toichi, 2013; Ramachandran & Hirstein, 1998). Queste parti- reazioni ansiose, flashbacks, dolori corporei, movimenti involontari, intorpidimenti o estraniamento intermittente o persistente, ed altre esperienze sensoriali- rimarranno sensibili a stimoli interni ed esterni finché non saranno integrate (Lanius, Bluhm, Lanius, & Pain, 2006; Sartory et al., 2013). Queste parti riverbereranno nelle nostre reti di memoria associativa (Hebb, 1949) con eventi di natura simile innescando una serie di connessioni neuronali che a loro volta porteranno a quelli che spesso chiamiamo "sintomi" (Shapiro, 2001).

Questi segnali e le esperienze che innescano, somiglieranno alla travolgente scena originale. All'inizio Michael riferì che la voce beffarda di Linda "proveniva dal nulla". Quest'esperienza era un flashback uditivo, una caratteristica del PTSD. Ma scoprimmo subito il detonatore. Il flashback uditivo si verificava quando Michael entrava da una porta in una zona tranquilla. Il set di connessioni era: tranquilla → porta e voce di Linda → tradimento → sensazioni corporee tremolanti → sentimenti di paura. Michael diventava anche irritabile dopo uno o due appuntamenti con le donne che incontrava. Questa era una risposta difensiva bloccante che si attivava in lui quando era fuori con una donna. Così come Michael si era bloccato all'ingresso durante il trauma del tradimento così il suo sistema nervoso sconvolto aveva bocciato la sua capacità di combattere. Queste risposte sono sforzi comportamentali incompiuti che tendono a ripetersi alla ricerca di completamento e padronanza. Nel pensiero psicoanalitico questo modello viene chiamato *coazione a ripetere*. Michael riferì che nel momento in cui stava davanti a una porta, l'energia correva nel suo corpo ma non riusciva a muoversi. L'energia "non sapeva dove andare". Michael non riusciva a ricordare come aveva affrontato Linda e il leader, o come aveva lasciato l'edificio. Era fuori. Riferiva anche di provare sentimenti di vergogna e sensi di colpa, come se quel tradimento fosse stato colpa sua; un'idea distorta tipica delle reazioni traumatiche da stress. In seguito i comportamenti dei suoi amici e i loro commenti sulla facilità con cui lui si era

## MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 4- n°1 | aprile 2015

lasciato irretire, non fecero che peggiorare questa distorsione che aumentò la sua vergogna e il suo senso di colpa. Michael presentava i sintomi da PTSD.

Clinici e ricercatori che lavorano con i sopravvissuti da trauma inseriscono le reazioni traumatiche in una prospettiva neuro-scientifica che include vari tipi di dissociazione, ri-esperienze e problemi nelle funzioni integrative del cervello che hanno un impatto nel consolidamento della memoria, azioni e organizzazione della personalità (Courtois & Ford, 2009; Dell & O'Neil, 2009; Sartory et al. 2013; Van Der Hart, Nijenhuis & Steele, 2006). Ai fini di questo lavoro, mi riferisco ai sintomi delle due categorie di trauma più accettate, il PTSD come delineato nel DSM 5 [cfr. *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali*], e C-PTSD [cfr. *Disordine Post Traumatico da Stress complesso*], per indicare le sequele psicologiche di traumi prolungati e ripetuti. Anche se il DSM attualmente non elenca il C-PTSD come una diagnosi, è pronta ad essere inserita nell' ICD11 [cfr. *Classificazione Internazionale delle Malattie* ] nel 2015 (Singh, 2012). La categoria C-PTSD è ampiamente utilizzata nella ricerca psicologica e neurobiologica. Il C-PTSD è anche definito e messo in evidenza dall'U.S. Department of Veteran Affairs

(disponibile presso <http://www.ptsd.va.gov/professional/pages/complex-ptsd.asp>).

Non tutte le persone che nella vita hanno sperimentato eventi sconvolgenti o pericolosi sviluppano il PTSD. Il *National Comorbidity Survey Replication* (NCSR) ha condotto delle interviste su un campione rappresentativo a livello nazionale di adulti americani e ha scoperto che la presenza di PTSD tra gli americani adulti è del 6,8% (Kessler et al., 2005). L'indagine ha inoltre rilevato la prevalenza di PTSD, che tra gli uomini è del 3,6% e tra le donne è del 9,7%. (National Comorbidity Survey, 2005). La percentuale di popolazione più a rischio è ascrivibile al personale militare in congedo, tra il 10% e il 25% (Hoge et al., 2004; Thomas et al., 2010). I risultati a campione della ricerca sugli ex membri di sette in Spagna riportano tassi che vanno dal 27,9% (maschi) al 43,6% (femmine). Negli Stati Uniti, uno studio sugli ex membri riporta il 61,4% per i maschi e il 71,3% per le femmine (Almendros, C., 2006; Carrobbles, J.A., Almendros, C., Rodriguez-Carballeira, A., & Gàmez-Guadix, M. (2010).

### **Il potere del trauma relazionale**

Lo shock, la tempistica e la capacità di muoversi distinguono le reazioni da stress di Michael e Peter, ma vi è probabilmente una differenza importante nella loro esperienza e cioè che il trauma di Michael era interpersonale. Numerosi studi indicano che il trauma relazionale rischia di essere più traumatizzante di molti eventi fisici (Briere, Hodges, e Godbout 2010; Butaney, Pelcovitz, & Kaplan, 2011; Freyd, 1998).

In uno studio di Briere e colleghi (2010) su adulti che sono stati abusati da bambini, l'abuso emozionale familiare è stato più altamente correlato con disfunzioni del sistema nervoso da adulti e con sintomi comportamentali di evitamento di quanto non lo fossero gli abusi fisici all'interno della famiglia o gli abusi sessuali da parte di estranei. Professionisti che lavorano con pazienti traumatizzati spesso riconoscono che, anche quando un paziente sviluppa il PTSD a causa di un potente evento fisico, le reazioni individuali per l'evento evidenziano indicatori interpersonali. Quando un terapeuta chiede a un paziente, "Qual è stata la parte peggiore dell'esperienza?," il terapeuta invariabilmente otterrà una risposta relazionale. Che l'evento sia stata una violenza fisica, un disastro di massa o una esperienza di guerra, i pazienti dicono cose come "ero solo"; "Mi sono sentito attaccato e tradito"; "Mio fratello non ha potuto raggiungere l'ospedale in tempo"; "Il mio compagno non mi ha aiutato"; e così via.

In piccola parte, le nostre risposte di sopravvivenza individuali (combattere o fuggire) possono essere immobilizzate da risposte di sopravvivenza del gruppo, il sé sociale. Questo è ciò che chiamiamo *stress*. Se, dopo aver lavorato per molte ore su un lavoro difficile, un individuo ricevesse dal capo una cattiva valutazione, quasi sicuramente non potrebbe correre fuori dalla stanza o aggredire il capo. Se lo facesse avrebbe probabilmente ancora più problemi sul lavoro e questa reazione potrebbe sembrargli anche immorale. Come esseri umani, siamo sfidati quotidianamente da minacce reali o ferite immaginarie o abbandonati da parte delle persone intorno a noi, che mobilitano allo stesso tempo sia la nostra necessità di rapportarci agli altri sia il nostro bisogno di proteggere noi stessi. La reazione da stress è la tensione provocata dal conflitto tra la reazione di lottare o fuggire per la sopravvivenza e la necessità di collegamento, un altro esempio è quello di accelerare e frenare allo stesso tempo. Si

## MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 4- n°1 | aprile 2015

tratta di una concettualizzazione alternativa all'ipotesi di Freud secondo cui i sintomi sono il risultato di conflitti tra l'Io (il sé sociale) e l'Es (il sé animale) (Freud, 1961). Questo conflitto è il motivo per cui gli individui cercano l'esercizio fisico, la meditazione, guardano la televisione, ballano in un club, o bevono un bicchiere di vino alla fine della giornata. Si tratta di attività che possono regolare di nuovo il nostro sistema nervoso dopo una giornata trascorsa a gestire questi conflitti a casa e al lavoro

Nei gruppi settari, questa pressione sociale è costante. L'abuso verbale, l'abuso fisico e la trascuratezza possono essere gravi nei gruppi manipolativi. Spesso c'è poca o nessuna possibilità di allontanarsi dall'altro soffocante. E una volta che una persona viene indottrinata, è spesso impossibile lasciare le esigenze della setta che sono diventate parte del proprio modo di pensare. Questo non è lo stress che possiamo provare a fine giornata dopo aver lavorato. Questo è lo stress traumatico che travolge e si blocca a causa della prigionia sociale ed emotiva. Judith Lewis Herman, un pioniere nella teoria del trauma e del trattamento, spiega che le condizioni di prigionia delle sette possono essere come quelle dei campi di schiavitù o dei campi di concentramento (1992b). I leader delle sette e i membri del gruppo spesso si comportano in modo arbitrario, a volte criticando e punendo, a volte amando e sostenendo. Questo modello è descritto in studi sulla sindrome di Stoccolma in cui coloro che sono prigionieri diventano traumaticamente attaccati ai loro rapitori, ed a volte ciò avviene in pochi giorni (Ochberg 2005). Ci sono delle evidenze secondo cui questo fenomeno di attaccamento traumatico trae le sue origini nell'evoluzione dei primati (Cantor & Price, 2007).

L'abuso interpersonale travolgente e la manipolazione sono abbinati all'essere intrappolati o immobilizzati dalle paure interiori e dagli attaccamenti traumatici, fattori che possono portare alle più gravi reazioni da trauma. Così, il coinvolgimento in una setta è potenzialmente una delle esperienze umane più traumatizzanti. Il leader adorato, il narcisista traumatizzante, perpetra il trauma usando il senso di colpa e di vergogna per dominare i membri e soddisfare i suoi bisogni (Shaw, 2013). Il senso di colpa e la vergogna sono emozioni dolorose ma necessarie che potrebbero svilupparsi per aiutare la socializzazione dei bambini e lo sviluppo del loro senso di appartenenza,



## MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 4- n°1 | aprile 2015

di adattamento e dell'essere parte di un gruppo più grande. Queste emozioni probabilmente aumentano la coesione del gruppo e la sua sopravvivenza (Norenzayan & Shariff, 2008). Siccome gli esseri umani tutti portano il senso di colpa, la vergogna e l'altruismo, coloro che non sono sociopatici hanno il potenziale per essere manipolati (Cialdini, 1984). I leader settari, che sono narcisistici e spesso sociopatici, manipolano con disinvoltura.

Per i membri di sette di seconda generazione (quelli nati e cresciuti in gruppi settari), questa dinamica è ingigantita. Sono cresciuti nell'ambito di una comunità onnicomprensiva la cui cultura è definita dai bisogni e le pratiche abusanti di leader durante i loro periodi critici di sviluppo sociale ed emotivo. Inoltre, i loro genitori probabilmente trasmetteranno alcuni degli aspetti traumatizzanti ed immobilizzanti del gruppo nel loro sforzo di essere buoni soldati.

Così, molte persone nate e cresciute in gruppi manipolativi, o adulti che hanno trascorso molti anni in gruppi chiusi e fortemente controllanti, soffrono di C-PTSD. Il C-PTSD si caratterizza per i notevoli problemi nella regolazione del sistema nervoso, nella confusione di identità, nei comportamenti di dipendenza evitanti, e di depressione più gravi rispetto a quelli con PTSD (Briere et al, 2010; Courtois e Ford, 2009; Herman, 1992b; Thomaes et al., 2011; Van der Hart et al, 2006).

Questa realtà pone allora la domanda: Se i gruppi manipolativi sono così traumatizzanti, come e perché così tante persone ci finiscono dentro?

### **L'epigenetica dell'affinità di gruppo**

Nel saggio *The Social Conquest of Earth* (2012), E.O. Wilson sostiene che ci sono state solo poche specie di animali nella storia naturale che hanno avuto una "selezione di gruppo" evolutiva e che gli esseri umani sono una di quelle specie. Wilson e altri hanno a lungo meditato su questa ipotesi per prima proposta da Darwin (1871); ma con i recenti progressi nella genetica comportamentale e matematica applicata, Wilson si è attivato per dimostrarla. Nel 2010, ha lavorato con i matematici Martin A. Nowak e Corina Tarnita per definire dei modelli matematici a sostegno della teoria. La selezione naturale è la teoria di Darwin, che postula che gli individui competono per le risorse di sostegno vitale e che il più forte sopravvive e trasmette i suoi geni (1871).

## MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 4- n°1 | aprile 2015

Gli individui più forti sopravvivono e muovono l'evoluzione delle specie in direzioni adattative. Ma Wilson sostiene che gli esseri umani si siano evoluti anche attraverso la selezione di gruppi di estranei (non convenzionali) o individui imparentati alla lontana. Cioè, nell'evoluzione, gruppi di umani che hanno lavorato insieme in modo cooperativo avrebbero anticipato il patrimonio genetico di quel gruppo. In questo filone, l'altruismo per il gruppo e i suoi sforzi comuni possono essere un vantaggio genetico per gli esseri umani allo stesso modo in cui l'egoismo e la competizione individuale sono viste come un vantaggio.

Wilson sostiene che le modalità di sopravvivenza sono epigenetiche e flessibili. Cioè, quando gli individui sono in situazioni in cui è necessaria la sopravvivenza del gruppo, il gene esprimerà se stesso con altruismo e cooperazione di gruppo. Quando le esigenze ambientali favoriscono la competizione individuale, il gene si esprimerà con egoismo relativo. Più flessibile è il gene più flessibile è l'organismo. Gli esseri umani possono adattarsi ad una varietà di ambienti e circostanze.

Se le persone sono predisposte per essere al contempo moralmente altruistiche per favorire la sopravvivenza del gruppo ed auto-protettivi come individui, allora vivranno sempre in conflitto: quando e quanto ci sforziamo di sopravvivere e proteggere noi stessi? E quando e quanto collaboriamo sottoponendo i nostri bisogni al bene del gruppo? Questo conflitto è evidente nel caso di Peter, il sopravvissuto all'11 settembre. Ha attivamente protetto se stesso e suo fratello ed è sopravvissuto, ma ha anche lasciato molti colleghi bloccati a guardare fuori dalla finestra. Lui, per poco li ha avvertiti del pericolo, ma era il massimo che poteva fare per loro. I suoi colleghi alla finestra sopravvissero ma, a differenza di Peter, ebbero delle reazioni da stress durature. Se Peter avesse speso qualche minuto in più esortando i suoi colleghi a lasciare l'edificio, sarebbe stato visto come un eroe, il che riflette le caratteristiche del gruppo umano. Ma forse non sarebbe sopravvissuto.

### **Ogni cosa è multi-determinata**

Se accettiamo la premessa di Wilson che la richiesta del gruppo è epigenetica, allora i fattori ambientali, per definizione, possono modellare l'espressione di questi geni che influenzano l'affiliazione e la cooperazione. Le caratteristiche ambientali possono

influenzare l'espressione nel comportamento umano in un senso o nell'altro. Ritengo che i fattori che influenzano l'espressione genetica nell'altruismo e nella cooperazione di gruppo sono necessari ma non sufficienti a causare o prevedere il coinvolgimento in un gruppo settario e che le problematiche contestuali facciano parte dell'insieme multi-determinato. Inoltre, come è il caso di tanti altri fattori ereditari (Segal, 2012), è possibile che le propensioni all'affiliazione siano geneticamente innate in modo tale che un individuo sia incline a manifestare l'appartenenza in un modo o nell'altro.

### **Problema di sintonizzazione genitoriale**

La mancanza della sintonizzazione genitoriale è ubiquitaria. Tutti i genitori hanno delle pecche e inavvertitamente influenzano il modo in cui i loro figli si dissociano o negano i propri bisogni, le proprie inclinazioni, e l'auto-protezione (Fosha, in corso di stampa). Altri particolari comportamenti probabilmente si sviluppano nel contesto familiare.

Altri possibili fattori che possono influenzare la propensione per l'altruismo e il coinvolgimento in una setta sono:

- a) L'essere cresciuto in una famiglia idealista/altruista o in una comunità. Gli individui sono spesso influenzati dalle norme culturali delle famiglie e dei gruppi in cui crescono (Harris, 1998).
- b) L'aver avuto precoci esperienze di dolore e di vulnerabilità che portano il soggetto a proiettare vulnerabilità e innocenza sugli altri. Questo fattore può anche rendere difficile la lettura di narcisisti e sociopatici (Rosen, 2006).
- c) Provare ansia per la competizione (Rosen, 2006).
- d) Essere privo di talenti, nel senso di avere un'intelligenza e una sensibilità uniche (Rosen, 2006).
- e) Fattori biologici / ambientali che influenzano i livelli sistemici di ossitocina, di testosterone e serotonina (Zak, 2012).
- f) L'aver una predisposizione genetica per la religiosità (Segal, 2012).

Alcuni dei fattori contestuali che più probabilmente influenzano il coinvolgimento in una setta sono:

## MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 4- n°1 | aprile 2015

- a) Passare attraverso un momento di transizione o vivere una perdita recente o una delusione.
- b) Crescere in un ambiente che isola.
- c) Non aver ricevuto insegnamenti sul riconoscere la manipolazione.
- d) Arrivare all'età adulta senza che siano state fornite le competenze per avere successo/ forza nel lavoro e in amore (Rosen, 2006).
- e) Essere nella fase di sviluppo in cui è forte la spinta verso la trascendenza o il gruppo.

### **L'attrazione del leader narcisista**

Esistono due fattori chiave nell'evoluzione dell'affiliazione ad un gruppo: gli esseri umani si organizzano in modo naturale in una struttura noi-contro-loro (Berreby, 2005; Haidt, 2012; Harris, 1998; & Sherif, Harvey, White, Hood, e Sherif, 1961), e i gruppi migliori sopravvivono. Se il gruppo dell'individuo è il migliore, il più forte, il più coeso, allora l'individuo avrà più probabilità di attingere a risorse, di sopravvivere e riprodursi. Se gli individui sono alla ricerca di un gruppo, sono quindi con più probabilità attratti da gruppi e leader che sembrano essere forti e sicuri di sé e che promuovono ideali superiori. In questo contesto, finire con leader narcisisti è quasi sempre la prassi. Il processo d'indottrinamento di gruppo è allo stesso tempo sofisticato e lento (Lalich, 2004; Lifton, 1989). Molte persone intelligenti e capaci non sanno di essere manipolate; si tratta di una cosa quasi invisibile. Perciò, quando l'affiliazione al gruppo e l'altruismo sono visti come caratteristiche umane naturali, e consapevolmente i leader narcisisti possono essere attraenti, seducenti e potenti nei rapporti interpersonali, allora esiste una potenziale ricetta per il disastro: una combinazione dolorosa di sforzi umani ed un leader che invariabilmente utilizzerà colpa, vergogna e pressione di gruppo per cementare la coesione e per soddisfare i suoi bisogni narcisistici. Questa dinamica si traduce in ripetuti traumi del tradimento, che innescano potenti *arousal* destabilizzanti del sistema nervoso e danneggiano la psiche e le anime dei membri. E 'più umano ed accurato pensare a questo scenario

non come ad una patologia, ma come ad una tragedia e un trauma, un disastro naturale.

### **La terapia a fasi con gli ex membri: le pratiche migliori**

Se il trauma nel coinvolgimento settario implica la perdita, la dissociazione, la demolizione dei confini e il tradimento, per contro la guarigione si avrà con, l'integrazione, l'auto-recupero, il rispetto di sé e la fiducia. La guarigione è anche imparare a vivere in un mondo di ambiguità e di relazioni multiple, incluso il coinvolgimento in un gruppo. Include la comprensione degli strati di identità culturale e del senso di alterità che provengono da un'esperienza stigmatizzata. L'approccio più completo per affrontare questi problemi, alla base della terapia nel campo dei traumi, è il modello a fasi proposto all'inizio da Pierre Janet (1919) e recentemente abbracciato anche da vari teorici e clinici del trauma (Courtois & Ford, 2009; Herman, 1992b; Ogden et al, 2006; Van der Hart et al, 2006). Ho etichettato queste fasi come segue: *Valutazione, Stabilizzazione, Elaborazione del Trauma, e Reintegrazione.*

#### **Valutazione**

Come in tutte le psicoterapie, il terapeuta deve valutare il trauma del cliente in base alla sua situazione, la sua storia, la sua cultura, e le sue difficoltà attuali.

#### **Sicurezza e stabilizzazione**

I fattori all'interno di questa fase di trattamento, relativamente al cliente includono:

- a) Garantire la propria sicurezza personale e interpersonale.
- b) Aumentare la capacità di gestire sollecitazioni estreme.
- c) Costruire la propria capacità di gestire gli stati fisici/affettivi, compresi quelli paralizzanti, i flashbacks, la dissociazione, e così via.
- d) L'educazione psicologica
- e) La consapevolezza del proprio senso di sé e le proprie capacità relazionali.
- f) Lavorare sulle paure della relazione terapeutica.

g) Lavorare sulle paure del trauma dissociativo legato ai ricordi.

### **Elaborazione del Trauma**

Questa fase comprende il fornire al cliente uno spazio sicuro per le sue rivelazioni e l'esposizione a ricordi traumatici.

### **Reintegrazione**

Durante questa fase, i punti focali per il cliente sono i seguenti:

- a) Costruire una narrazione, integrando pensieri, sensazioni fisiche e immagini.
- b) Lutto e dolore.
- c) Aumentare il proprio livello di attività nel mondo (durante la terapia). Fare questo richiede:
  - I. Muoversi avanti e indietro dalla stabilizzazione all'elaborazione attraverso la terapia.
  - II. Aumentare l'attività sociale con gli amici, la famiglia, i gruppi, e possibili partner.
  - III. Aumentare le possibilità di lavoro.
  - IV. Assicurarsi che la psicoterapia non diventi, nel tempo, un legame sociale primario (specifico per ex membri).
  - V. Rafforzare i confini: imparando ad essere intimi pur mantenendo un senso del sé e di auto-priorità.

Passo ora a rivedere queste fasi della terapia del trauma in modo più dettagliato, con considerazioni importanti per gli ex membri, sia di prima che di seconda generazione.

### **Valutazione**

Il terapeuta deve sapere o cercare di sapere come funzionano i gruppi manipolativi, quanto nociva può essere l'esperienza e la gamma di culture, credenze e comportamenti di tali gruppi. Se il terapeuta non capisce l'esperienza, cioè la setta, non deve operare perché il cliente può sentirsi solo e diffidente (Brown 2008). Il

## MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 4- n°1 | aprile 2015

coinvolgimento settario è un fenomeno culturale unico. L'International Cultic Studies (ICSA) (<http://www.icsahome.com>) fornisce informazioni utili sulle sette e include una biblioteca. Vi si può trovare "tutto quello che avreste voluto sapere sulle sette."

Allo stesso tempo, sebbene i gruppi manipolativi abbiano processi e caratteristiche simili, ogni persona ha un rapporto unico col gruppo nel quale è coinvolto, e ogni gruppo è diverso. Raccomando per il clinico un approccio simile a quello che farebbe un antropologo, deve valutare e capire l'esperienza del paziente nel gruppo, se e come questi sia arrivato a giudicare il gruppo dannoso per lui e come ha integrato quell'esperienza. Per il terapeuta, piuttosto che fare ricerche sul gruppo per conto proprio, è molto più utile che segua lo studio del paziente attraverso libri, siti web e partecipazione a forum che si occupano di gruppi settari e dello specifico gruppo in questione. Questo approccio riduce i problemi di controtransfert che possono essere anti terapeutici.

E' importante distinguere l'esperienza di individui nati e cresciuti in un gruppo da quella di coloro che si sono uniti da adulti. Per i nati in un gruppo manipolativo, ogni aspetto del loro sviluppo è stato influenzato dal leader narcisistico, dai procedimenti di gruppo, e come questo procedimento abbia influenzato i propri genitori, parenti e comunità (Lalich & Tobias, 2006). Capire il C-PTSD è utile quando si lavora con tutti i clienti, ma è di vitale importanza quando si lavora con i nati e cresciuti nei gruppi. Gli adulti (e bambini) nei gruppi settari possono aver perpetrato violazioni sia lievi che gravi ed interruzioni della custodia primaria durante lo sviluppo critico di quei bambini e giovani (Lalich & Tobias, 2006), che sono antecedenti comuni nel C-PTSD.

L'influenza dell'essere nata e cresciuta all'interno di una setta è evidente in una ex paziente, Mary. È cresciuta in un gruppo cristiano fondamentalista nel quale provava vergogna ogni qualvolta esprimeva un parere o una preferenza. Sapeva che il leader maschio aveva rapporti sessuali con le adolescenti, spesso all'insaputa dei genitori. Dopo aver lasciato il gruppo, Mary scelse di vestire in un modo che rendeva impossibile agli altri identificarla come maschio o femmina, e aveva altri comportamenti che la proteggevano dall'essere "vista" e "desiderata". Mary riferì

## MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 4- n°1 | aprile 2015

anche di aver avuto problemi nel prendere decisioni in merito anche alla più piccola questione. L'esperienza di Mary mette in evidenza le potenti e durature influenze che si hanno nel crescere in una setta. Fin da bambina, Mary aveva imparato a proteggersi in un modo altamente adattabile. Aveva la netta sensazione che fare le proprie scelte poteva essere molto pericoloso se era in contrasto con l'ideologia e la pratica del gruppo. Inoltre, aveva imparato che apparire sessualmente desiderabile poteva aumentare le probabilità di essere vittima di abusi sessuali. Le sue strategie protettive sviluppate nel corso di un periodo di sviluppo critico divennero parte integrante della sua identità. Questo scenario è molto diverso da quello dell'esperienza di Michael. Quando si era unito al gruppo, i suoi gusti, interessi, e l'identità di genere avevano avuto sufficiente libertà e sicurezza nel formarsi.

Pratiche familiari e combinazioni possono variare notevolmente da gruppo a gruppo e possono differire notevolmente da quelli della cultura occidentale. Interazioni particolari del gruppo col mondo esterno possono essere molto più emarginanti ed estranianti di quanto si possa immaginare. Il gruppo di Mary si trovava in una zona remota del West Virginia. Era stata educata in una scuola paterna e il leader e i suoi seguaci erano soliti parlare di tutti i media, i giornali, la televisione e internet. Un primo colloquio aveva rivelato che, fino a quando non aveva lasciato il gruppo da adolescente, non sapeva che ci fosse uno stato chiamato West Virginia o che ci fossero gli Stati Uniti d'America. Sapeva solo che era in un "buon" gruppo e che c'erano "persone malvagie nel mondo esterno" di cui lei non si fidava. Se qualcuno all'età di 18 non sa cosa sia uno stato, provate ad immaginare quante altre cose non conosce della cultura tradizionale. Per questo motivo, ex membri di prima e seconda generazione possono sembrare strani e comportarsi in modo strano. Spesso, queste stranezze della personalità svaniscono non appena l'ex membro si integra e trova il suo posto e il suo orientamento nella cultura maggioritaria.

Siccome la vergogna di essere diversi è così profonda per gli esseri umani, quando i terapeuti lavorano con gli ex membri è indispensabile che non facciano l'errore di definire "anormali" altre organizzazioni famigliari o culture. Il primato dei due genitori, la famiglia nucleare è uno sviluppo recente nella storia umana, non è in effetti l'unico paradigma per i clan che vivono nel mondo moderno. Il problema con un individuo



## MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

**anno 4- n°1 | aprile 2015**

nato e cresciuto in una setta non è il fatto di non essere cresciuto in una famiglia nucleare; si potrebbe sostenere che vivere con molte persone che sostengono il legame genitore-figlio è uno dei modi migliori per garantire un attaccamento sicuro (Perry, 2009). Piuttosto, il problema è che il leader e le dinamiche di gruppo perpetrano violenze sui membri del gruppo; spesso separano i coniugi l'uno dall'altro, ed i genitori dai loro figli; e isolano i loro membri dal mondo esterno (Lalich & Tobias, 2006). Questo ambiente crea paura dell'abbandono e arresta il processo di condivisione delle proprie inclinazioni con vari altri individui; entrambe le cose ostacolano notevolmente lo sviluppo. Una famiglia nucleare con un genitore narcisistico e isolatore può essere problematico come un gruppo non convenzionale di un leader narcisista. Il narcisismo e la mancanza di sostegno che ne risulta, nonché l'isolamento dal mondo umano esterno, creano il problema.

Il trauma è perpetrato dal modo in cui il leader utilizza la dinamica e l'ideologia del gruppo per manipolare e dominare i membri. L'ideologia non familiare o, eventualmente, "strana" del gruppo, non è necessariamente un problema e può infatti essere integrata nel sistema di credenze dell'ex membro durante il recupero. Tenete a mente che molti cristiani americani pensano che le credenze mormone siano strane e molti atei pensano che la fede cristiana nella risurrezione di Cristo sia assurda. Se ci pensiamo un attimo, tutti gli esseri umani hanno alcune convinzioni in relazione all'impotenza e l'inconoscibile. Le stranezze sono negli occhi di chi guarda.

Durante la fase di valutazione, è utile identificare i segreti del proprio paziente- le esperienze e le idee che erano in contrasto con l'ideologia e le pratiche del gruppo. Questi sono i semi della ricerca della risonanza di sé nel mondo esterno. Tale risonanza è il nutrimento per la crescita dell'identità dell'individuo, che può essere aumentata dall'interazione terapeutica (Fosha, in stampa) e con gli amici. Michael, il cliente che ha lasciato il gruppo politico, ha continuato ad andare ai giochi degli Yankee in estate, un'attività che nascondeva ad altri membri del gruppo. Anche se si sentiva in colpa e spaventato quando andava ai giochi, era la sola attività che continuava con i vecchi amici; e ciò lo manteneva collegato al suo sé del pre-setta e pre-comunità. Anche in un ambiente chiuso e pesantemente controllato, un membro può avere oggetti o idee nascoste. In West Virginia nel gruppo di Mary, gli animali

## MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 4- n°1 | aprile 2015

erano vietati perché gli animali erano considerati "creature minori." Ciò nonostante, Mary avrebbe spesso nascosto scarti di cibo dalla sala da pranzo della setta e trascorreva ore nei boschi vicini alimentando e prendendosi cura di cani e gatti randagi. Dopo aver lasciato il gruppo, con l'aiuto del suo terapeuta e il sostegno dei suoi nuovi amici, ha intrapreso una carriera come tecnico veterinario.

I membri di prima generazione hanno avuto un'infanzia al di fuori di un gruppo e in qualche momento della loro vita si sono imbattuti nel gruppo da adulti. Anche in questo caso, qualcuno che si è unito a 19 anni e vi rimane per 25 anni avrà una esperienza molto diversa da qualcuno che si è unito a 19 e ha lasciato il gruppo un anno più tardi. Prima e più a lungo avviene il coinvolgimento, maggiore è l'impatto sullo sviluppo del sé e la possibilità di avere i sintomi del C-PTSD. Anche il grado di isolamento del gruppo invariabilmente può avere un impatto maggiore sullo sviluppo di un membro. A un terapeuta che sta lavorando con chi è nato e cresciuto in un gruppo chiuso, raccomando vivamente che legga i numerosi libri ed articoli sul C-PTSD (ad esempio, Courtois e Ford, 2009; Herman, 1992b; Van der Hart et al. , 2006). I problemi di vita per coloro che hanno il C-PTSD possono essere complicati e dolorosi, e dovrebbero essere risolti con cure informate.

La valutazione dovrebbe includere il chiarimento degli aspetti dissociativi e di evitamento nelle vite dei clienti: i flashback, le reazioni di paura e un sistema nervoso con difficoltà di regolazione che spesso etichettiamo come rabbia, ansia e depressione. A causa della gravità dell'abuso interpersonale nelle sette, la dissociazione negli ex membri può essere profonda. Gli ex spesso sperimentano problemi d'irrealità, depersonalizzazione e stati di fuga dalla realtà. Un sé settario può coesistere con un sé non settario. Nonostante le rassicurazioni del terapeuta la vergogna ed il senso di colpa degli ex membri per il piacere, l'auto-promozione, e l'espressione di sé, possono essere persistenti in particolare per quelli cresciuti nei gruppi manipolativi. Possiamo vedere tutte queste risposte come normali difese di protezione contro un conflitto interiore travolgente o come residui delle dinamiche settarie che portano al PTSD o al C-PTSD. Questi sé separati sono parti o stati del Sé che si possono integrare, e le esperienze dissociative possono scomparire durante le fasi di stabilizzazione e di terapia di elaborazione del trauma.

## MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 4- n°1 | aprile 2015

I terapeuti possono esplorare esperienze dissociative attraverso i colloqui o con l'aiuto di una scala strutturata. Molti terapeuti del trauma utilizzano le forme lunghe e brevi della *Scala delle esperienze dissociative* (DES o DES-T; Bernstein & Putnam, 1986). Di prassi devono somministrare tali valutazioni ai clienti in fase di preparazione all'EMDR, e sono anche consigliate durante la pratica dell'EMDR (Shapiro, 2001). I terapeuti, per valutare i sintomi, (Courtois & Ford, 2009) possono utilizzare altri strumenti di intervista strutturata come la *Scala delle distorsioni cognitive* (CDS), la *Tension Reduction Activity Scale* (TRA), la *Tension Reduction Behaviour Scale* (TRB), e la *Traumatic Attachment Belief Scale* (TABS).

Molti ex membri sperimentano un senso di "anni perduti" e di condanna a causa dell'esperienza. Inoltre, molti ex membri della prima generazione provano profondo dolore e senso di colpa per le sofferenze vissute dai loro familiari ed amici ex membri che erano nel gruppo. Molti ex membri di seconda generazione che hanno lasciato il gruppo hanno perso ogni legame con le loro famiglie che vi sono rimaste. Come spesso accade, il leader impone che i membri della famiglia evitino e diffamino la persona che ha lasciato il gruppo.

Il paziente e il terapeuta possono co-creare obiettivi per la terapia. Nella maggior parte dei casi ci sarà un accordo su tutti i settori ad eccezione delle aree di evitamento. L'evitamento e la riduzione della tensione attraverso le dipendenze, l'isolamento o i cosiddetti comportamenti auto-distruttivi (ad esempio, eccessi nel bere, nel mangiare, e nei rapporti sessuali; l'auto-esclusione; la tricotillomania - impulso ossessivo dello strapparsi i capelli) possono essere gli sforzi di auto regolazione per evitare i brutti ricordi. È dunque necessario che il terapeuta sviluppi interesse e pazienza con queste questioni. È normale per un paziente avere fretta di liberarsi di questi sintomi dolorosi, oppure vederli come una zona d'ombra. È importante andare avanti con la terapia in modo che il paziente non subisca un nuovo trauma per essere stato esposto a ricordi terribili e a travolgenti sconvolgimenti del sistema nervoso. Il colloquio motivazionale (Lundahl & Burke, 2009; Miller & Rollnick, 2013) è un approccio efficace e rispettoso per aiutare un ex membro a trovare il miglior modello al cambiamento ad un ritmo che aumenti la sua stabilizzazione.

### Stabilizzazione

Al Trauma Studies Center of The Institute of Contemporary Psychotherapy dove insegno, si insegnano tre e talvolta quattro tecniche di elaborazione del trauma, oltre che ricevere una formazione cognitivo-comportamentale e/o psicodinamica. C'è stato un passaggio graduale all'interno della formazione con una particolare enfasi sulla stabilizzazione, ed un intero semestre dedicato alla teoria e alla pratica della stabilizzazione. Anche se l'elaborazione del trauma può essere enormemente efficace con gli ex membri, lavorare con loro sugli aspetti della stabilizzazione e fornire loro l'educazione psicologica che consente di comprendere ed elaborare il lutto dell'esperienza di gruppo, risulta essere un lungo cammino. Impegnarsi su questioni concrete per affrontare l'immigrazione (discussa nel paragrafo seguente); la crescente stabilizzazione del sistema nervoso, il rafforzamento dei confini, e lo sviluppo di relazioni, sono necessari elementi di guarigione. Senza la dovuta attenzione alla stabilizzazione, esplorare le esperienze specifiche di gruppo può risultare pericoloso per i clienti. Recenti studi in materia di vittime di disastri di massa hanno chiarito che i sintomi traumatici dei sopravvissuti peggioravano se venivano spinti a parlare del loro caso prima che venissero stabilizzate la loro casa, la comunità, e il contesto lavorativo (Miller, 2011; Tramontin & Halpern, 2007).

Possiamo visualizzare tutti gli ex membri di setta come immigrati invisibili. Essi possono continuare a vivere nello stesso paese parlando la stessa lingua, ma la loro esperienza di dislocazione, la perdita e la confusione può essere tanto forte quanto quella di un emigrato di un paese del terzo mondo. Livia Bardin, da lungo tempo, prezioso membro dell'ICSA, ha recentemente pubblicato nel Web un libro intitolato *Starting out in mainstream America*, che ha un link sul sito web ICSA. Questo libro contiene informazioni per gli ex membri, dal come ottenere la patente di guida alla definizione dei limiti e allo spiegare i vari aspetti della comunicazione sociale. Questo materiale può essere particolarmente utile e stabilizzante per gli ex membri di seconda generazione.

## MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 4- n°1 | aprile 2015

Vi sono una varietà di tecniche per aumentare la regolazione del sistema nervoso. Coloro che si sentono bene con la terapia basata sul corpo possono utilizzare Esperienze somatiche e tecniche di psicoterapia senso-motoria, che possono portare rapidamente la persona a quella che viene spesso chiamata la "*finestra di tolleranza*" (Ogden et al., 2006). Questo è lo stato del sistema nervoso, più o meno equilibrato, che permette al cliente di essere abbastanza attento durante il processo terapeutico. Se un paziente è in un stato di agitazione (attivazione simpatica), non può "pensare correttamente" e le sedute di terapia saranno inefficaci o, in alcuni casi, terribili. Se il paziente è un dissociato o un tipo depresso chiuso in se stesso (uno stato di attivazione parasimpatico), anche così non potrà concentrarsi pienamente e partecipare a una terapia. Ho usato interventi di esperienze somatica nella maggior parte delle sessioni con Michael che, a poco a poco, hanno calmato il suo sistema nervoso. Questo approccio lo ha portato *nella finestra di tolleranza* che gli ha permesso una maggiore capacità di affrontare o sentire cose che stavamo discutendo durante la terapia.

La meditazione consapevole è una pratica popolare che i terapeuti del trauma spesso usano con i pazienti per aiutarli a stabilizzare e aumentare la loro *finestra di tolleranza*. In effetti, molti studi di *neuroimaging* dimostrano che la pratica di meditazione consapevole può costruire un controllo cognitivo ed affettivo (Lutz, Slagter, Dunne, e Davidson, 2008; Prakash, De Leon, Klatt, Malarkey, e Patterson, 2012; Teper & Inzlicht, 2012). Tuttavia i terapeuti dovrebbero essere cauti nel raccomandare la meditazione agli ex membri. Molti gruppi settari praticano la meditazione e questa può innescare il PTSD. Inoltre, pazienti che sono fuori dal contatto con la realtà o hanno forme intorpidite di dissociazione, così come altre problematiche specifiche, possono trovarsi in difficoltà durante la meditazione (Britton & Sydnor, in corso di stampa). Lola, una ex paziente, si è imposta la meditazione ma, una volta rilassata, sarebbero emerse immagini violente. Con un po' di incoraggiamento, lasciò perdere questo dettame interiore di meditare e, quando si sentiva stressata o minacciata, andava a farsi un giro in bicicletta, o andava a una mostra d'arte, il che di fatto calmava il suo sistema nervoso e le portava un senso di pace e centralità.

## MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

**anno 4- n°1 | aprile 2015**

Come per tutti gli altri pazienti in psicoterapia, a volte è utile che si valuti l'uso di farmaci psicotropi per la stabilizzazione degli ex membri. Il farmaco può essere utile per problemi di sonno e dell'umore. E' anche importante ricordare che non tutti i sintomi provengono da esperienze traumatiche del coinvolgimento settario. Molte persone vengono al mondo con predisposizioni genetiche per l'umore, e tendenze comportamentali che causano problemi di vita (Segal, 2012). Ogni ex membro ha una sua storia, una biologia, e unicità.

Per educare gli ex membri (e per tutti i clienti), è utile educare, educare, educare. L'educazione psicologica può essere il più stabilizzante fra tutti i rimedi. In primo luogo, è importante educare sul trattamento terapeutico per controbilanciare le idee magiche che i pazienti hanno imparato nei loro gruppi. Quando è il momento giusto allora il terapeuta può educare i pazienti sul sistema nervoso, le neuroscienze, il pensiero psicoanalitico, il potere delle cognizioni negative, i fenomeni dissociativi, gli stati del sé, le realtà sociali e culturali, e così via. Il terapeuta può educarli sulle varie reazioni naturali che le loro menti e i loro corpi hanno avuto a causa di eventi travolgenti passati e presenti. È utile insegnare che le esperienze dissociative sono adattative e possono essere curate con la terapia. In particolare, i pazienti che sentono voci interne o hanno allucinazioni visive, o reazioni di vecchi sentimenti repressi, o vivono al di fuori della realtà, o hanno problemi di spersonalizzazione, possono aver paura di essere psicotici e possono non essere a conoscenza che queste sono esperienze abbastanza comuni per le persone che soffrono di PTSD e C-PTSD (Dell & O'Neil, 2009).

E' utile insegnare agli ex membri riguardo le personalità dei leader settari e le dinamiche di gruppo potenzialmente dannose all'interno delle sette. La ricerca di Jennifer Freyd sui traumi da tradimento può funzionare come uno strumento utile nella terapia per educare i pazienti sulla fedeltà / attaccamento / conflitti di dipendenza, e sul fatto che l'auto-protezione può causare dissociazione a causa dei continui abusi che spesso si verificavano nei gruppi settari (Freyd, 1998; Freyd & Birrell, 2013). E' anche utile parlare dell' ICSA ai pazienti ed incoraggiarli a partecipare alle riunioni mensili locali e a quelle dei gruppi di ex membri organizzate dall' ICSA.

## MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 4- n°1 | aprile 2015

È importante rispettare la disponibilità dei pazienti a ricevere informazioni ed essere educati. Alcuni leggono qualsiasi cosa che capita loro tra le mani. Altri sono sospettosi di ogni intervento, per cui è importante parlare di ciò che il terapeuta sta facendo e con quale scopo. Alcuni ci mettono più tempo di altri nel capire che in realtà il leader è pericoloso. Ad alcune persone non piace leggere nulla sui gruppi manipolativi. Altri ancora potrebbero non voler partecipare ai gruppi di sostegno, perché frequentare un gruppo per loro è come un detonatore. Michael non ha voluto leggere nulla sulle sette e non ha voluto partecipare ad alcun gruppo, non ha voluto parlare delle caratteristiche del leader. Non voleva guardare il sito ICSA o partecipare al gruppo online per i membri del suo ex gruppo. Ma poi migliorò. Al contrario, Mary diceva che la sua vita era cambiata dopo aver incontrato altri membri di seconda generazione ed essersi coinvolta con l'ICSA. Ogni paziente è diverso.

Lo standard di cura per tutti i pazienti dovrebbe avvenire attraverso un atteggiamento di collaborazione che sia autorevole, non autoritario (Rosen, 2006). L'attenzione al linguaggio è fondamentale. Il linguaggio non dovrebbe creare patologie (Najavits 2002; Rosen, 2013) e dovrebbe essere co-creato da terapeuta e cliente (Rosen, 2013).

Il cammino della terapia con i clienti traumatizzati psicologicamente è diverso da quello di coloro che attraversano problemi d'ansia o depressione. Il mio paziente Adam, che non era un ex membro di un gruppo settario e non ha avuto una reazione da stress traumatico, è venuto in terapia a causa di "sensazioni di panico" al petto, e per la frenetica preoccupazione del suo ex fidanzato, che era rimasto devastato dalla perdita del rapporto con Adam. Adam riferì che era sempre stato uno che si preoccupava ma che le sue preoccupazioni stavano aumentando, ed era ossessionato dal suo ex fidanzato durante tutta la giornata. Nel tentativo di diminuire la sua ansia, non vedeva l'ora di esaminare il suo passato, i suoi sentimenti attuali, le sensazioni nel suo petto, e ogni pensiero che gli veniva in mente. Abbiamo subito stabilito un rapporto e ho usato tutti gli strumenti della mia cassetta degli attrezzi terapeutica.

## MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 4- n°1 | aprile 2015

Adam era presente e impegnato in tutte le sessioni; non ha mai presentato sintomi dissociativi.

I clienti con C-PTSD, al contrario, hanno fobie legate al trauma della loro esperienza interiore (Dell e O'Neil, 2009; Van der Hart et al, 2006). Mary, una cliente nata e cresciuta in una setta del West Virginia, ha avuto bisogno di mesi di educazione psicologica e discussioni riguardanti il nostro rapporto per poter avere fiducia in me e nel trattamento terapeutico. Ho dovuto scegliere con cura quali aree esplorare. Se avessi detto o chiesto informazioni sui suoi genitori nelle prime fasi della terapia, Mary avrebbe provato sentimenti di paura e mal di stomaco, e poi avrebbe perso il contatto con la realtà. Non sarebbe stata in grado di impegnarsi in una terapia di conversazione per il resto dell'ora perché "non avrebbe potuto pensare". Dopo alcune sessioni come questa, Mary invariabilmente avrebbe trascorso qualche giorno ad abbuffarsi e a rimettere o a bere pesantemente, o entrambe le cose. Nei i suoi primi due anni di terapia ho imparato che le "mine" erano psicologicamente travolgenti per lei, e sceglievo con cura i miei interventi. Durante questa fase, non abbiamo esplorato la sua storia personale o parlato dei suoi genitori. Le ho suggerito di presentare dei "titoli" o "delle etichette" mutuamente comprensibile di esperienze passate riferite a quello che stavamo discutendo. Lavorando in questo modo misurato, abbiamo prevenuto l'innesco dello stato dissociativo fuori dalla realtà durante le sessioni come pure "la dipendenza da comportamenti di evitamento" che seguivano quelle sessioni.

Durante la fase di stabilizzazione, Mary provò volentieri l'Esperienza somatica (SE) e le tecniche di Psicoterapia Sensomotoria (SPI). In particolare, ho usato la pratica SE del "pendolare," guidando ripetutamente la sua consapevolezza da aree del corpo dove c'era una calma relativa ad aree in cui si sentiva attivata, e poi di nuovo alle aree calme. Questo approccio ha notevolmente migliorato la sua capacità di convivere con sensazioni corporee ed emozioni e di avere meno paura di loro. Si rendeva conto che queste sensazioni erano solo sensazioni e non indicavano un pericolo imminente. Ha anche utilizzato "*il lavoro con le parti*" sviluppato da Richard Schwartz (Schwartz, 1997). Mary ha identificato le parti, o aspetti, del suo sistema interiore che la inducevano allo stato di "mancanza di contatto con la realtà" per proteggerla dall'essere emotivamente sopraffatta durante la sessione. Una volta che è stata in



## MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

**anno 4- n°1 | aprile 2015**

grado di rispettare questa difesa paralizzante, è stata in grado di identificare quello che al momento voleva evitare e quello che era in grado di affrontare. Come nel lavoro focalizzato sulla somatica praticato da Mary durante la sessione, anche questo lavoro sulle parti l'aiutò a sentirsi in controllo e ad espandere la sua "finestra di tolleranza". Con il tempo, la capacità di Mary di vivere insieme alle sue sensazioni di "nauseante malessere" crebbe. I suoi comportamenti di dipendenza si fermarono. Valori e memorie rilevanti emersero in modo sicuro. Era in grado di parlare dei suoi genitori e, infine, di ristabilire un contatto con loro nel momento in cui ci avviammo alla fase di trattamento del trauma.

Consiglio di essere cauti quando cercate di sapere il perché qualcuno si è unito a un gruppo o il perché qualcuno non l'ha lasciato, in particolare nelle fasi iniziali del trattamento. A quelli di noi che non hanno avuto un'esperienza di cattività emotiva piacerebbe pensare che saremmo stati abbastanza forti da non soccombere, ma la ricerca mostra che molti altri, simili a noi, ne sarebbero stati coinvolti (Halperin, 1983; Herman, 1992; Symonds, 1982). Io sostengo che nella cultura occidentale l'atto di chiedere: "Perché?" Per quanto riguarda il comportamento umano, può implicare la responsabilità personale, che può stimolare convinzioni negative su se stessi. I terapeuti utilizzano una simile attenzione quando lavorano con le donne vittime di violenza domestica. Se i terapeuti indagano la questione del perché, che insinua un senso di responsabilità personale, anche all'inizio del trattamento, rischiano di aumentare le sensazioni di colpa dei propri clienti. La domanda "Perché?" Può anche stimolare le fobie legate al trauma dell'esperienza interiore. Questo risultato ritarderà la stabilizzazione, la possibilità dei pazienti di poter elaborare i ricordi traumatici. Nel corso del trattamento, in particolare durante la fase di elaborazione del trauma, i pazienti spesso scoprono che alcune delle loro reazioni abituali fin dall'infanzia, compresi gli stili di attaccamento, i modelli interpersonali, e il congelamento delle risposte, possono aver contribuito alla loro vulnerabilità al momento del reclutamento e coinvolgimento in una setta. Possiamo vedere questi modelli, come ologrammi e frattali, in vari aspetti dell'esperienza del paziente: nella relazione terapeutica, nelle sue convinzioni autoreferenziali, nei suoi movimenti fisici, e in altri comportamenti (Levenson, 1975; Marks-Tarlow, 2008; Ogden et al., 2006). Durante questa fase, il

## MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 4- n°1 | aprile 2015

terapeuta può anche introdurre eventuali possibili connessioni o significati riguardanti questi modelli (interpretazioni).

Ma queste cose possono non essere necessarie per la guarigione. Le sette gettano sempre troppa responsabilità personale sui membri. Se qualcosa è dolorosa o va male, allora il membro non era abbastanza buono o non stava pregando o meditando o reclutando abbastanza. Gli ex membri sono dei buoni pazienti per la psicoterapia, sono esperti nel ricercare "la loro responsabilità nelle cose". In questo ambito, gli ex membri di gruppi manipolativi possono acquisire più facilmente una comprensione dei contesti sociali e delle sfumature delle dinamiche sociali. Gli obiettivi del trattamento dell'informazione sul trauma sono quelli di ridurre i sintomi di PTSD e di C-PTSD, e di creare le condizioni terapeutiche che consentono ai clienti di trovare la propria forza interiore e di comunità e forse, soprattutto, di sviluppare il senso positivo di se stessi e della loro esperienza (Prati & Pietrantonio, 2008).

L'importanza dell'amicizia per la stabilizzazione non è enfatizzata a sufficienza nella letteratura sul trauma e sulla terapia. Avere amici da chiamare quando si è giù, fare delle attività con loro e chiedere un parere per ogni altro aspetto della propria vita. Questo aspetto è importante da mantenere al centro quando si lavora con ex membri, in particolare quelli che diventano dipendenti dai consigli del terapeuta e hanno paura di rapportarsi con altri. L'amicizia inoltre contribuisce a diminuire le pressioni provocate da relazioni sentimentali complicate e non in grado di fornire il necessario supporto individuale. Inoltre, avere amici con cui rapportarsi è di grande aiuto alle capacità cognitive di problem-solving erose dalla semplice dottrina della setta di "seguire e non pensare". Possono essere particolarmente importanti per imparare a sentire molte opinioni e per digerirle o respingerle. Gli ex membri possono trovare il sé che ascolta, che reagisce e vaglia l'input.

### **L'elaborazione del Trauma**

Sotto molti aspetti, tutta la psicoterapia è una terapia di esposizione. In una buona terapia, i clienti sono supportati e stabilizzati da un rapporto di cooperazione mentre guardano o integrano elementi della loro esperienza già precedentemente eliminati, incustoditi, o dissociati. Questi elementi possono essere, tra gli altri, ricordi,

## MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 4- n°1 | aprile 2015

sensazioni fisiche, significati, conflitti, immagini, sentimenti ed opinioni negative e positive di se stessi. I migliori risultati si hanno quando i pazienti portano quegli elementi precedentemente non integrati della loro esperienza ed acquisiscono una visione positiva di se stessi nel presente. Molti dei vari modelli di elaborazione del trauma funzionano bene perché sono simili da un certo punto di vista critico: ognuno contiene vigorosi elementi sia di esposizione che di supporto. E siccome ogni modello è così distinto, il terapeuta può scegliere un modello o una combinazione di modelli che si adatta sia a lui che al paziente.

C'è una fioritura di metodi d'intervento nel campo del trauma. Raccomando l'uso prudente di terapie di esposizione e di desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR) con gli ex membri e in particolare con i membri di seconda generazione, che possono avere sia un trauma nello sviluppo che da adulti. Un terapeuta esperto di traumi dovrebbe impiegare questi approcci solo se il cliente ha raggiunto una relativa stabilità e se è abituato a lavorare con interventi di dissociazione e di stimolazione. La terapia di esposizione e l'EMDR includono un'esposizione audace e costante. La percentuale di abbandono dell'EMDR è inferiore a quella della terapia di esposizione (Power et al., 2002), forse perché include la stimolazione bilaterale di supporto, il *tapping*, i movimenti oculari, o la musica. Tuttavia, durante la terapia EMDR, le reti associative vengono stimulate in modo rapido ed è facile, per un ex membro, ricordare improvvisamente qualcosa di terribile durante il trattamento. Con queste ed altre modalità, c'è sempre il rischio che le emozioni e le sensazioni fisiche associate al dover affrontare qualcosa di particolarmente diretto, senza una pausa o in mancanza di una distanza sufficiente, possano rivelarsi troppo forti. Il paziente potrebbe esaltarsi empaticamente e provare di nuovo tutte le sensazioni implicite del terrore, dell'impotenza, o dell'umiliazione del momento traumatico originale. I ricercatori e i terapeuti lo chiamano *ritraumatizzazione*. La Psicoterapia Dinamica Esperenziale (APDE); le terapie somatiche (SE); La Psicoterapia Sensomotoria, SPI; e i Sistemi Familiari interni (IFS) hanno incorporato elementi stabilizzanti che aiutano il cliente a rimanere emotivamente regolato e presente durante l'elaborazione del trauma. Se un terapeuta ha una formazione nel solo EMDR o nelle terapie di esposizione e non è ancora esperto

## MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 4- n°1 | aprile 2015

nella dissociazione e nella stimolazione, è meglio che si attenga alla stabilizzazione, all'indagine lenta e al "processo di elaborazione". Anche se le terapie del trauma sono efficienti e potenti e raggiungono il trauma memorizzato sia verbalmente che somaticamente, è anche importante ricordare che il *colloquio clinico* funziona. Molto di ciò che funziona nella terapia è dovuto alla comprensione, al rispetto e all'alleanza terapeutica (Norcross & Lambert, 2011).

Quando gli ex membri di seconda generazione stanno elaborando il trauma, i temi e gli incidenti della loro infanzia potrebbero suscitare delle fortissime sensazioni fisiche ed emotive. Per gli ex membri di prima generazione è spesso vero l'opposto, cioè che le esperienze con il leader e gli altri membri del gruppo sono state probabilmente più violente di quelle avute quand'erano bambini. Così l'elaborazione delle peggiori esperienze può portare grande sollievo ai membri di prima generazione piuttosto che a quelli di seconda generazione. E' anche molto importante non dare per scontato che le cognizioni negative dei membri adulti fossero state apprese nelle loro famiglie di origine. Essi sono spesso il risultato di un lavaggio del cervello: le convinzioni ben radicate del gruppo, che al momento potevano sembrare benigne ma che sono state utilizzate per biasimare, punire, e controllare i membri (Lalich, 2004; Lalich & Tobias, 2006). Il processo di elaborazione dei problemi e delle cognizioni negative provenienti dall'esperienza settaria potranno anche stimolare e consentire ai pazienti di elaborare traumi della prima infanzia con tematiche risonanti.

Anche se sono molto efficaci e popolari, alcuni dei suddetti modelli sono stati sviluppati solo negli ultimi venti anni. Di conseguenza possono sembrare strani ai pazienti di psicoterapia e dovrebbe essere presentati come "qualcosa da provare" e dovrebbero essere ben descritti prima che il terapeuta li utilizzi. Poiché alcuni modelli di elaborazione hanno degli elementi procedurali, è importante garantire che, gli aspetti relazionali e colloquiali della terapia, rimangano una parte rilevante delle sessioni. In caso contrario, i pazienti potrebbero sentirsi soli, abbandonati, o che si sta facendo qualcosa *su* di loro, piuttosto che *con* loro. Questo risultato potrebbe rivelarsi un fattore scatenante di un trauma nato nella setta.

### **Integrazione e guarigione**

Recenti scoperte nel campo delle neuroscienze affettive e neurobiologia interpersonale hanno influenzato il modo in cui ri-concettualizzare la salute mentale. I neuroscienziati e i terapeuti del trauma parlano di flessibilità, risonanza, coerenza, integrazione, e consapevolezza (Siegel, 2010). Dal mio punto di vista si tratta di un cambiamento positivo nel campo del trauma ben lontano dalla metapsicologia della malattia e della salute, e va verso un modello fondato sulla forza della plasticità, della regolazione del sistema nervoso, e della relazionalità.

In linea con questo modello noi, come esseri umani, siamo tutti impegnati a sperimentare liberamente quando utilizzare i nostri limiti per dire sì o no, quando avvicinarci o andare via. Vogliamo trovare coloro con cui risuonare, per essere in grado di collaborare con coloro con cui dobbiamo farlo, escludendo chi desideriamo evitare. Vogliamo vivere una vita di relativa calma e avere la capacità di rimanere curiosi e flessibili. Vogliamo impegnarci in lavori e attività rilevanti. Vogliamo avere una crescente intimità con i nostri cari e sentirci al sicuro e impegnati nelle nostre comunità. Dal punto di vista evolutivo di Wilson (2012), si può dedurre che tutti gli esseri umani vogliono essere considerati come stimati membri del branco, del clan, della nostra tribù umana (Perry, 2009). Francine Shapiro (2001) parla della possibile vergogna e della sopravvivenza del terrore che potrebbero essere il risultato del sentirsi lasciato fuori della mandria. Dopo tutto, gli animali più vulnerabili o emarginati di una mandria sono le prede facili. Etichettare gli ex membri come patologici o malati è molto traumatizzante in sé e per sé e riflette il pensiero del noi-contro-loro dei gruppi settari, che non ci piace. E' umano considerare i sopravvissuti ai gruppi manipolativi come "noi", altri esseri umani, che sono sopravvissuti a un disastro naturale.

Fornire una terapia del trauma basata sul rafforzamento può portare a enormi miglioramenti. Dopo aver lavorato con Michael per mesi sulla stabilizzazione, abbiamo iniziato a utilizzare l'EMDR per aiutarlo a elaborare i suoi ricordi e le concomitanti convinzioni negative di se stesso. L'EMDR è un modello completo di psicoterapia che incorpora molte altre modalità psicoterapeutiche (Shapiro, 2001). Ci sono fasi di

## MANIPOLAZIONI E VESSAZIONI

RASSEGNA INTERNAZIONALE DI CONTRIBUTI TEORICO-PRATICI DELL'ASSOCIAZIONE SOS ABUSI PSICOLOGICI

anno 4- n°1 | aprile 2015

valutazione e di preparazione e queste fasi possono essere estese per tutto il tempo necessario al lavoro con pazienti con un trauma complesso. La fase di elaborazione del trauma EMDR include componenti della terapia cognitivo-comportamentale (CBT), delle psicoterapie somatiche, e della terapia basata sulle emozioni (EFT). In seguito gli elementi esperenziali relativi a un particolare incidente traumatico sono identificati e stimolati, viene incoraggiata l'elaborazione psicoanalitica attraverso la libera associazione, mentre il paziente sta vivendo un certo tipo di stimolazione bilaterale (BLS). La BLS è di solito il movimento degli occhi. I pazienti muovono gli occhi con l'aiuto di una barra luminosa o del pendolo, da un lato del loro campo visivo all'altro. La BLS può essere raggiunta dal paziente anche toccandosi ritmicamente ogni lato del corpo o ascoltando con le cuffie che alternano dei suoni da un orecchio all'altro. I pazienti vengono rassicurati del fatto che, con il sostegno del terapeuta e con le fasi dell'EMDR, la propria mente troverà una memoria più precisa dell'evento traumatico, un miglioramento delle condizioni di paura e impotenza, e una visione positiva di se stessi.

In linea con il protocollo EMDR, Michael faceva delle associazioni spontanee durante l'elaborazione del trauma. Egli stava elaborando una memoria terribile del leader che lo criticava per essere un "capitalista egoista." Il trauma si accoppiava con la convinzione negativa di Michael, "sono manchevole", che era ancora presente dopo cinque anni che aveva lasciato il gruppo.

Nell'ultima di una serie di sessioni EMDR di Michael, gli ho chiesto di tornare all'immagine del leader che lo rimproverava. Ha risposto, "woooooooooow-ora il leader sembra proprio piccolo e cattivo e folle ... Non c'è niente di sbagliato in me! Ho solo aderito al gruppo sbagliato. "

### Bibliografia

- Abrams, M. P., Carleton, R. N., Taylor, S., & Asmundson, G. J. (2009). Human tonic immobility: Measurement and correlates. *Depression and Anxiety*, 26(6), 550–556.

- Almendros, C. (2006). Abuso psicológico en contextos grupales (Unpublished doctoral thesis). Universidad Autónoma de Madrid, Spain.
- Amano, T., Seiyama, A., & Toichi, M. (2013). Brain activity measured with near-infrared spectroscopy during EMDR treatment of phantom limb pain. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7(3), 144–153.
- Bados, A., Toribio, L., Garcia-Gau, E. (2008). Traumatic events and tonic immobility. *Spanish Journal of Psychology*, 11(2), 516–521.
- Bernstein, E. M., & Putnam, F. W. (1986). Development, reliability, and validity of a dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727–735.
- Berreby, D. (2005). *Us and them: Understanding your tribal mind*. New York, NY: Little, Brown.
- Brand, B., Lanius, R. A., Vermetten, E., Lowenstein, R. J., & Spiegel, D. (2012). Where are we going? An update on assessment, treatment, and neurobiological research in Dissociative Disorders as we move toward the DSM5. *The Journal of Trauma and Dissociation*, 13(1), 9–31. doi:10.1080/15299732.2011.620687
- Briere, J., Hodges, M., & Godbout, N. (2010). Traumatic stress, affect dysregulation, and dysfunctional avoidance: A structural equation model. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 767–774.
- Britton, W. B., & Sydnor, A. (in press). Neurobiological models of meditation practices: Implications for applications with youth. In C. Willard (Ed.), *Mindfulness with youth: From the classroom to the clinic*. New York, NY: Guilford Press.
- Brown, L. S. (2008). Cultural competence in trauma therapy: Beyond the flashback (pp. 49–59). Washington, DC: American Psychological Association, viii (291 pp.). doi:10.1037/11752-002
- Butaney, B., Pelcovitz, D., & Kaplan, S. (2011). Psychological maltreatment as a moderator for physical abuse and adolescent maladjustment: Implications for treatment and intervention. *Journal of Infant, Child, & Adolescent Psychotherapy*, 10(4), 442–454.
- Cantor, C., & Price, J. (2007). Traumatic entrapment, appeasement and complex post-traumatic stress disorder: Evolutionary perspectives of hostage

- reactions, domestic abuse and the Stockholm syndrome. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 41(5), 377–384.
- Cialdini, R. B. (1984). *Influence: How and why people agree to things*. Minneapolis, MN: Quill.
  - Carrobes, J. A., Almendros, C., Rodriguez-Carballeira, A., & Gámez-Guadix, M. (2010, September). Psychological distress and personality profiles in former members of abusive groups. Poster presented at the International Conference of the European Health Psychology Society (EHPS): 24th European Health Psychology Conference, Cluj-Napoca, Romania.
  - Courtois, C. A., & Ford, J. D. (2009). *Treating complex traumatic stress disorders (adults): An evidence-based guide*. New York, NY: Guilford Press.
  - Darwin, C. (1871). *The descent of man, and selection in relation to sex* (1st ed.). London, England: John Murray.
  - Dell, P. F., & O'Neil, J. A. (2009). *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond*. New York, NY: Taylor & Francis.
  - Fosha, D. (in press). A heaven in a wild flower: Reflections on self, dissociation, and treatment in the context of the neurobiological core self. *Psychoanalytic Inquiry*, Special Issue on Dissociation.
  - Freud, S. (1923/1961). The ego and the id. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*, 19, 3–66. London, England: Hogarth Press.
  - Freyd, J. J. (1998). *Betrayal trauma: The logic of forgetting childhood abuse*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
  - Freyd, J. J., & Birrell, P. J. (2013). *Blind to Betrayal*. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
  - Haidt, J. (2012). *The righteous mind: Why good people are divided by politics and religion*. New York, NY: Vintage.
  - Halperin, D. A. (1983). Group processes in cult affiliation and recruitment. In *Psychodynamic Perspectives on Religion, Sect, and Cult*, Boston, MA: John Wright.
  - Harris, J. R. (1998). *The nurture assumption*. New York, NY: Free Press.
  - Hebb, D. O. (1949). *The organization of behavior*. New York, NY: Wiley & Sons.



- Herman, J. (1992a). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 5(3), 377- 390.
- Herman, J. (1992b). *Trauma and recovery: The aftermath of violence—from domestic abuse to political terror*. New York, NY: BasicBooks.
- Hoge, C. W., Castro, C. A., Messer, S. C., McGurk, D., Cotting, D. I., & Koffman, R. L. (2004). Combat duty in Iraq and Afghanistan, mental health problems, and barriers to care. *New England Journal of Medicine*, 13-22.
- Janet, P. (1919). *Les medicaions psychologiques* (Vol. 3). Paris, France : Felix Alcan. (Reprint: 1984. Paris, France: Societe Pierre Janet). English edition: *Principles of psychotherapy* (Vol. 2). New York, NY: Macmillan.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Delmer, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Lalich, J. (2004). *Bounded choice: True believers and charismatic cults*. Los Angeles, CA: University of California Press.
- Lalich, J., & Tobias, M. (2006). *Take back your life: Recovering from cults and abusive relationships*. Berkeley, CA: Bay Tree Publishing.
- Lanius, R. A., Bluhm, R., Lanius, U., & Pain, C. (2006). A review of neuroimaging studies in PTSD: Heterogeneity of response to symptom provocation. *Journal of Psychiatric Research*, 40(8), 709-729.
- Lanius, R., Lanius, U., Fisher J., & Ogden P. (2006). Psychological trauma and the brain: Toward a neurobiological treatment model. In P. Ogden, K. Minton, and C. Pain (Eds.), *Trauma and the body* (141-163). New York, NY: W.W. Norton & Company.
- Levenson, E. A. (1975). A holographic model of psychoanalytic change. *Contemporary Psychoanalysis*, 12(1), 1-20.
- Levine, P. A. (1997). *Walking the tiger: Healing trauma*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.
- Levine, P. A. (2010). *In an unspoken voice: How the body releases trauma and restores goodness*. Berkeley, CA: North Atlantic Books.

- Lifton, R. J. (1989). *Thought reform and the psychology of totalism: A study of brainwashing in China*. Chapel Hill, NC: University of North Carolina Press.
- Lundahl, B., & Burke, B. L. (2009). The effectiveness and applicability of motivational interviewing: A practice-friendly review of four meta-analyses. *Journal of Clinical Psychology*, 65(11), 1232–1245.
- Lutz, A., Slagter, H. A., Dunne, J. D., & Davidson, R. J. (2008). Attention regulation and monitoring in meditation. *Trends in Cognitive Sciences*, 12(4), 163–169.
- Marks-Tarlow, T. (2008). *Psyche's veil: Psychotherapy, fractals, and complexity*. New York, NY: Taylor & Francis.
- Miller, L. (2011). Psychological interventions for terroristic trauma: Prevention, crisis management, and clinical treatment strategies. *International Journal of Emergency Mental Health*, 13(2), 95–120.
- Miller, W. R., & Rollnick, S. (2013). *Motivational interviewing: Helping people change*. New York, NY: Guilford Publications.
- Napier, N. (2008). *Somatic Experiencing professional training: An integrative approach to the prevention and resolution of trauma. Beginning Level: Module I*. Lecture conducted from the Somatic Experiencing Trauma Institute.
- National Comorbidity Survey. (2005). NCS-R appendix tables: Table 1. Lifetime prevalence of DSM-IV/WMH-CIDI disorders by sex and cohort. Table 2. Twelve-month prevalence of DSM-IV/WMH-CIDI disorders by sex and cohort. Retrieved at <http://www.hcp.med.harvard.edu/ncs/publications.php>
- Najavits, L. M. (2002). *Safety seeking: A treatment manual for PTSD and substance abuse* (p. 12). New York, NY: Guilford Press.
- Nijenhuis, E. R. S., & den Boer, J. A. (2009). Psychobiology of traumatization and trauma-related structural dissociation of the personality. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 337–365). New York, NY: Taylor & Francis.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness* (2nd ed.) (pp. 3–21). New York, NY: Oxford University Press.

- Norenzayan, A., & Shariff, A. (2008). The origin and evolution of religious prosociality. *Science*, 322(5898), 58–62.
- Ochberg, F. M. (2005, April 8). The ties that bind captive to captor. *LA Times*. Retrieved from <http://articles.latimes.com/2005/apr/08/opinion/oe-ochberg8>
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. New York, NY: W.W. Norton.
- Pain, C., Bluhm, R. L., & Lanius, R. A. (2009). Dissociation in patients with chronic PTSD: Hyperactivation and hypoactivation patterns, clinical and neuroimaging perspectives. In P. F. Dell & J. A. O'Neil (Eds.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 373–382). New York, NY: Taylor & Francis.
- Perry, B. D. (2009). Examining child maltreatment through a neurodevelopmental lens: Clinical applications of the neurosequential model of therapeutics. *Journal of Loss and Trauma*, 14, 240–255.
- Porges, S. W. (2011). *The polyvagal theory: Neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, and self-regulation*. New York, NY: W.W. Norton.
- Power, K., McGoldrick, T., Brown, K., Buchanan, R., Sharp, D., Sanson, V., & Karatzias, A. (2002). A controlled comparison of eye movement desensitization and reprocessing versus exposure plus cognitive restructuring versus waiting list in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9(5), 299–318.
- Prakash, R. S., De Leon, A. A., Klatt, M., Malarkey, W., & Patterson, B. (2012). Mindfulness disposition and default-mode network connectivity. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(1), 112–117.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2008). Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to posttraumatic growth: A meta-analysis. *Journal of Loss and Trauma: International Perspectives on Stress & Coping*, 14(5), 364–388.
- Ramachandran, V. S., & Hirstein, W. (1998). The perception of phantom limbs: The D. O. Hebb lecture. *Brain*, 121(9), 1603–1630.

- Rosen, S. (2006). Therapeutic concerns. In J. Lalich & M. Tobias, *Take back your life: Recovering from cults and abusive relationships* (pp. 305–313). Berkeley, CA: Bay Tree Publishing.
- Rosen, S. (2013). Difficult conversations: The use of language for stabilization for trauma patients. A presentation for the Trauma Studies Cooperative at the Institute for Contemporary Psychotherapy, May, 2013.
- Sartory, G., Cwik, J., Knuppertz, H., Schurholt, B., Lebens, M., Seitz, R. J., & Sculze, R. (2013). In search of the trauma memory: A meta-analysis of functional neuroimaging studies of symptom provocation in posttraumatic stress disorder (PTSD). *PLoS ONE*, 8(3), e58150. doi:10.1371/journal.pone.0058150.
- Schwartz, Richard G. (1997). *Internal family systems therapy* (the Guilford family therapy series). New York, NY: Guilford Press.
- Segal, N. L. (2012). *Born together—reared apart: The landmark Minnesota twin study*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Shaw, D. (2013). *Traumatic narcissism: Relational systems of subjugation*. New York, NY: Routledge.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures* (2nd ed.). New York, NY: Guilford Press.
- Sherif, M., Harvey, O. J., White, B. J., Hood, W., & Sherif, C. W. (1961). *Intergroup conflict and cooperation: The Robbers Cave Experiment*. Norman, OK: University Book Exchange.
- Siegel, D. J. (2010). *Mindsight: The new science of personal transformation*. New York, NY: Random House.
- Singh, K. S. (2012). *Moving towards ICD-11 & DSM-V* [PowerPoint slides]. Retrieved from <http://www.slideworld.org/slideshow.aspx/Moving-Towards-ICD-11-and-DSM-5-ppt-2851162>
- Symonds, M. (1982). Victim responses to terror: Understanding and treatment. In F. M. Ochberg and D. A. Soskis (Eds.), *Victims of terrorism* (pp. 95–103). Boulder, CO: Westview Press.

- Teper, R., & Inzlicht, M. (2012). Meditation, mindfulness and executive control: The importance of emotional acceptance and brain-based performance monitoring. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 8(1), 85–92.
- Thomaes, K., Dorrepaal, E., Draijer, N., de Ruiter, M. B., Elzinga, B. M., Sjoerds, Z., ... & Veltman, D. J. (2011). Increased anterior cingulate cortex and hippocampus activation in complex PTSD during encoding of negative words. *Social Cognitive and Affective Neuroscience* (pp. 190-200).
- Thomas, J. L., Wilk, J. E., Riviere, L. A., McGurk, D., Castro, C. A., & Hoge, C. W. (2010). Prevalence of mental health problems and functional impairment among active component and National Guard soldiers 3 and 12 months following combat in Iraq. *Archives of General Psychiatry [now JAMA Psychiatry]*, 67, 614–623.
- Tramontin, M., & Halpern, J. (2007). The psychological aftermath of terrorism: The 2001 World Trade Center attack. In E. K. Carll (Ed.) , *Trauma psychology: Issues in violence, disaster, health, and illness*, Vol. 1: Violence and disaster (pp. 1–31). Westport, CT: Praeger Publishers/Greenwood Publishing.
- Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). *Structural dissociation and treatment of chronic traumatization*. New York, NY: W.W. Norton.
- Volchan, E., Souza G. G., Franklin, C. M., Norte, C. E., Rocha-Rego, V., Oliveira, J. M., ... & Figueira, I. (2011). Is there tonic immobility in humans? Biological evidence from victims of traumatic stress. *Biological Psychology*, 88(1), 13–19.
- Wilson, E. O. (2012). *The social conquest of earth*. New York, NY: W.W. Norton.
- Zak, P. J. (2012). *The moral molecule: The source of love and prosperity*. New York, NY: Penguin Group