



**Manuale di psicoterapia assistita da MDMA
nel trattamento del
disturbo da stress post-traumatico**

Michael C. Mithoefer, M.D.

VERSIONI PRECEDENTI	Versione 1: 30 maggio 2005 Versione 2: 24 novembre 2008 Versione 3: 23 ottobre 2010 Versione 4: 16 gennaio 2011 Versione 5: 30 novembre 2011 Versione 6: 4 gennaio 2013 Versione 7: 31 marzo 2015
VERSIONE ATTUALE	Versione 8.1: 22 agosto 2017
SPONSOR	Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (MAPS) 1115 Mission Street Santa Cruz, CA 95060
SOGGETTO DESIGNATO DALLO SPONSOR	Amy Emerson Direttrice esecutiva MAPS Public Benefit Corporation
USO DEL MANUALE	In conformità a un protocollo di studio approvato e sponsorizzato da MAPS Le parti interessate che desiderano copiare qualsiasi parte di questa pubblicazione sono invitate a farlo, ma sono cortesemente invitate a citare MAPS e a includere il nostro indirizzo: MAPS 1115 Mission Street Santa Cruz, CA 95060 Telefono: 831-429-6362 Web: www.maps.org
COLLABORATORI	Annie Mithoefer, B.S.N., Lisa Jerome, Ph.D., June Ruse, Psy.D., Rick Doblin, Ph.D., Elizabeth Gibson, M.S., Marcela Ot'alora G., L.P.C., Evan Sola, candidata Psy.D.

Indice

1.0 Introduzione	4
1.1 MDMA per il PTSD	4
1.2 Approccio terapeutico	5
1.3 Obiettivi del manuale	5
1.4 Elementi del metodo terapeutico	6
1.5 Presenza empatica e ascolto, comunicazione non direttiva e intelligenza interiore di guarigione	7
1.5.1 Ulteriori approfondimenti sulla presenza empatica e sull'ascolto	7
1.5.2 Ulteriori approfondimenti sull'approccio non direttivo	9
1.5.3 Ulteriori approfondimenti sull'intelligenza interiore di guarigione	10
1.6 Adesione all'approccio terapeutico	10
2.0 Fondamenti del terapeuta	11
2.1 Esperienza essenziale del terapeuta	11
2.2 Competenze specialistiche del terapeuta	11
3.0 Supporto al processo del partecipante	12
3.1 Preparazione dell'ambiente fisico	13
3.1.1 Ulteriori approfondimenti su tipo e disposizione dei mobili	14
3.2 Preparazione del supporto sociale	15
3.3 Pianificazione dell'uso terapeutico della musica	16
3.4 Supporto alle manifestazioni somatiche del trauma	17
3.5 Uso della respirazione	19
3.6 Supporto alle esperienze transpersonali	19
3.7 Supporto alla molteplicità	20
4.0 Conduzione delle sessioni preparatorie	20
4.1 Prerequisiti e controindicazioni	20
4.2 Impegni richiesti ai terapeuti e al partecipante	21
4.3 Costruzione dell'alleanza terapeutica	22
4.4 Raccolta delle informazioni	23
4.5 Gestione delle misure legate allo studio	25
4.6 Sessioni preparatorie dopo il completamento dello screening	25
4.7 Preparazione immediata prima della sessione sperimentale assistita da MDMA	27
5.0 Conduzione delle sessioni di psicoterapia assistita da MDMA	28
5.1 Ruolo del terapeuta durante le sessioni di psicoterapia assistita da MDMA	29
5.2 Avvio della psicoterapia assistita da MDMA	31
5.3 Periodo di massimi effetti della MDMA	34
5.4 Parte finale della sessione di psicoterapia assistita da MDMA	43
5.5 Conclusione della sessione di psicoterapia assistita da MDMA	44
5.6 Sessioni successive di psicoterapia sperimentale assistita da MDMA	47
6.0 Conduzione delle sessioni di follow-up integrative	48
6.1 Ruolo del terapeuta durante il follow-up integrativo	48
6.2 Sessioni di follow-up integrative	49
6.3 Terapia corporea mirata durante l'integrazione	54
6.4 Integrazione continua	55
6.5 Incontro di follow-up a lungo termine	57
7.0 Cura di sé del terapeuta	57
8.0 Bibliografia	59
9.0 Appendice A: Confronto degli approcci terapeutici per il trattamento del PTSD	62
9.1 Confronto tra Sistemi familiari interni (IFS) e psicoterapia assistita da MDMA	62
9.2 Confronto tra Elaborazione somatica e psicoterapia assistita da MDMA	63
10.0 Appendice B: Letture consigliate	63

11.0 Appendice C: Confronto dei metodi terapeutici per il trattamento del PTSD.....64

11.1 Confronto tra approcci terapeutici per il PTSD	64
11.2 Articolo sugli elementi condivisi dalla psicoterapia assistita da MDMA e da altri metodi	68
Elemento 1: Creazione di un ambiente terapeutico sicuro e di supporto e di uno stato mentale favorevole alla guarigione.....	69
Elemento 2: Addestramento alla gestione dell'ansia (AMT) / Addestramento all'inoculazione dello stress (SIT).....	70
Elemento 3: Terapia di esposizione	70
Elemento 4: Ristrutturazione cognitiva.....	71
Elemento 5: Transfert e controtransfert	72
Elemento 6: Lavorare con la molteplicità della psiche	72
Elemento 7: Manifestazioni somatiche del trauma	73

1.0 Introduzione

La Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies (Associazione Multidisciplinare per gli Studi Psichedelici (MAPS) sponsorizza studi clinici volti a esplorare i potenziali rischi e benefici della psicoterapia assistita da 3,4-metilenediossimetanfetamina (MDMA) in partecipanti affetti da disturbo da stress post-traumatico (PTSD) cronico. Il presente Manuale fornisce ai ricercatori un modello di psicoterapia assistita da MDMA da utilizzare nello svolgimento di tali studi ed è destinato esclusivamente all'impiego con soggetti coinvolti in uno studio clinico approvato che abbiano fornito il proprio consenso informato. Il Manuale è pensato per ricercatori che possiedano già una formazione, competenze e credenziali professionali come psicoterapeuti e che siano responsabili di operare entro i limiti del proprio ambito di competenza, nel rispetto dei requisiti normativi vigenti nel contesto in cui operano.

1.1 MDMA per il PTSD

Il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) rappresenta un grave problema di sanità pubblica, che provoca una sofferenza significativa e contribuisce in modo sostanziale alla spesa sanitaria [1]. In quanto condizione biopsicosociale complessa, il PTSD è caratterizzato da una combinazione di tre tipologie di sintomi:

1. Sintomi di iperattivazione, quali ipervigilanza, ansia e disturbi del sonno
2. Rivissuti intrusivi dell'esperienza traumatica, quali ricordi intrusivi, incubi o flashback
3. Sintomi di evitamento, inclusi appiattimento emotivo e ritiro sociale

Il disturbo da stress post-traumatico è un disturbo per il quale permangono numerosi interrogativi irrisolti riguardo agli interventi psicologici e farmacologici e per il quale, ad oggi, esistono solo due farmaci approvati dalla FDA (Food and Drug Administration ente di controllo statunitense di alimenti e farmaci) con meccanismi d'azione simili [2]. Un approccio farmacologico ampiamente diffuso nel trattamento del PTSD è stato quello di ricercare farmaci mirati a ridurre direttamente i sintomi e/o a mitigare gli effetti avversi del trauma e dello stress cronico sul cervello. Le psicoterapie più ampiamente riconosciute per il PTSD includono la Terapia di esposizione prolungata, la Ristrutturazione cognitiva, l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR) e la psicoterapia psicodinamica [1]. Esistono numerosi altri approcci utilizzati nella pratica clinica e/o oggetto di studi di ricerca, tra cui la Internal Family Systems Therapy (Terapia dei sistemi familiari interni) (IFS) [3], la Psicoterapia Sensomotoria [4], l'Esperienza Somatica [5], la Realtà Virtuale [6, 7] e altri. La maggior parte di queste terapie richiede l'esposizione a segnali, ricordi o pensieri legati al trauma.

Un altro approccio, come la psicoterapia assistita da MDMA oggetto di studio in questi studi clinici, prevede lo sviluppo di farmaci in grado di catalizzare il processo terapeutico quando utilizzati in combinazione con la psicoterapia. In questo metodo di trattamento, approcci biologici e psicoterapeutici vengono applicati in modo sinergico per facilitare l'elaborazione del trauma, in tal modo riducendo o eliminando l'iperattivazione cronica e le reazioni di stress ai trigger, piuttosto che tentare di sopprimere direttamente i sintomi derivanti da tali reazioni.

Il PTSD comporta un deficit nei processi di eliminazione del condizionamento della paura. Di conseguenza, un trattamento combinato di MDMA e psicoterapia può rivelarsi particolarmente utile nel trattamento del PTSD, poiché l'MDMA è in grado di attenuare la risposta di paura e ridurre la difensività, senza bloccare l'accesso ai ricordi né impedire un'esperienza emotiva profonda e autentica [8].

Sebbene i meccanismi specifici coinvolti non siano ancora del tutto compresi, è noto che l'MDMA riduce significativamente l'attività dell'amigdala sinistra [9, 10]. Studi condotti su volontari sani suggeriscono che l'MDMA modifica il riconoscimento e le risposte alle espressioni emotive del volto in modi che favoriscono una maggiore sintonia relazionale [11, 12], ad esempio rendendo più facile il riconoscimento delle espressioni facciali di emozioni positive e più difficile l'individuazione di quelle negative. Questo effetto è coerente con gli effetti riportati dell'MDMA, quali la riduzione della paura o della difensività, e si pone in contrasto con la stimolazione dell'

amigdala osservata nei modelli animali di paura condizionata, uno stato analogo al PTSD [13, 14]. Studi attuali di psicoterapia assistita da MDMA suggeriscono inoltre che questa riduzione dell'attivazione dell'amigdala indotta dallo stress possa essere potenziata dall'interazione con i terapeuti, durante e dopo l'esperienza con MDMA.

1.2 Approccio terapeutico

Le basi di questo approccio terapeutico sono state gettate da Stan e Christina Grof, Leo Zeff, George Greer e Requa Tolbert, Ralph Metzner, e da molti altri [8, 15–18]. Il presupposto fondamentale di questo approccio è che l'effetto terapeutico non derivi semplicemente dagli effetti fisiologici del farmaco; piuttosto, esso è il risultato dell'interazione tra gli effetti della sostanza, il setting terapeutico e le attitudini mentali del partecipante e dei terapeuti. L'MDMA produce un'esperienza che sembra ridurre temporaneamente la paura [15], ampliare la gamma di emozioni positive verso sé stessi e verso gli altri e aumentare la fiducia interpersonale, senza offuscare le capacità sensoriali né inibire l'accesso alle emozioni. L'MDMA può catalizzare il processo terapeutico, consentendo ai partecipanti di rimanere emotivamente coinvolti mentre rivivono esperienze traumatiche senza essere sopraffatti dall'ansia o da altre emozioni dolorose. Spesso i partecipanti sono in grado di provare ed esprimere paura, rabbia e dolore come parte del processo terapeutico, con una minore probabilità sia di sentirsi sopraffatti da tali emozioni, sia di evitarle attraverso la dissociazione o l'ottundimento emotivo. Inoltre, l'MDMA può favorire uno stato di maggiore sintonia empatica, che facilita il processo terapeutico [19] e consente un'esperienza correttiva di attaccamento sicuro e di collaborazione con i terapeuti. In un momento qualsiasi dell'esperienza con MDMA, sentimenti di empatia, amore e profonda gratitudine emergono spesso insieme a una prospettiva più chiara del trauma come evento passato e a una maggiore consapevolezza del supporto e della sicurezza presenti nel qui e ora. I partecipanti alla ricerca hanno riferito che la possibilità di elaborare con successo emozioni dolorose durante la psicoterapia assistita da MDMA ha fornito loro un modello per sentire ed esprimere il dolore, che ha modificato il loro rapporto con le proprie emozioni.

L'MDMA può inoltre facilitare l'accesso a esperienze spirituali significative e ad altre esperienze transpersonali, al rilascio di tensioni corporee e a un senso di guarigione a livello non verbale che non sono ancora pienamente compresi, ma che sono considerati importanti da molti partecipanti.

L'uso efficace dell'MDMA in ambito terapeutico dipende dalla “sensibilità e dal talento del terapeuta che la utilizza” [20]. I terapeuti lavorano con il partecipante per stabilire un senso di sicurezza, fiducia e apertura, oltre a sottolineare il valore dell'affidarsi alla saggezza della capacità innata del partecipante di guarire le ferite del trauma. Greer e Tolbert suggeriscono che “la relazione dovrebbe essere orientata verso una guarigione globale del paziente, il quale dovrebbe sentirsi sufficientemente al sicuro in presenza dei terapeuti così da potersi aprire completamente a esperienze nuove e impegnative.” [15]. La creazione di queste condizioni richiede che i terapeuti definiscano con attenzione i parametri del trattamento e preparino il partecipante prima di ogni sessione di psicoterapia assistita da MDMA, fornendo poi un supporto adeguato dopo la sessione, affinché l'esperienza possa essere integrata con successo.

1.3 Obiettivi del manuale

Il presente manuale fornisce ai ricercatori un metodo in larga misura non direttivo di psicoterapia assistita da MDMA, da utilizzare nello svolgimento di uno studio scientifico (si veda il protocollo di studio), con l'obiettivo di sviluppare e valutare una forma sperimentale di psicoterapia assistita da farmaci. Nel manuale i terapeuti sono indicati anche come “ricercatori” e le persone che partecipano alle sessioni sperimentali di psicoterapia sono definite “partecipanti” o “soggetti”, piuttosto che “pazienti”. In tutto il manuale, le citazioni dei partecipanti allo studio sono riportate in corsivo. Il manuale è destinato a essere utilizzato in combinazione con un protocollo di studio approvato, un documento separato che descrive il disegno dello studio. Il progetto prevede in genere diverse sessioni sperimentali,

accompagnate da sessioni preparatorie e sessioni di integrazione. Le sessioni senza somministrazione di farmaci hanno una durata compresa tra 60 e 90 minuti di interazione, mentre le sessioni di psicoterapia assistita da MDMA prevedono da 6 a 8 ore di interazione con un'equipe composta da due co-terapeuti, generalmente una donna e un uomo.

Gli obiettivi specifici del presente manuale sono:

- Determinare gli elementi fondamentali del metodo di psicoterapia assistita da MDMA utilizzato negli studi sul trattamento del PTSD sponsorizzati da MAPS.
- Formare i terapeuti sulle fasi e i passaggi coinvolti nello svolgimento della psicoterapia assistita da MDMA per il trattamento del PTSD.

Questo manuale è destinato a costituire la base di studi clinici controllati, necessari per standardizzare e convalidare la psicoterapia assistita da MDMA come approccio terapeutico al PTSD. Come previsto, la terapia:

- Comprende gli elementi essenziali descritti in questo manuale e le relative misure di aderenza.
- Evita le interazioni vietate dal manuale e dalle misure di aderenza.
- Consente ai singoli team di terapeuti di includere interventi terapeutici basati sulla propria formazione, esperienza, intuizione e giudizio clinico, a condizione che tali interventi siano compatibili con lo spirito del metodo e appropriati all'esperienza in corso del partecipante

1.4 Elementi del metodo terapeutico

Gli elementi di questo metodo terapeutico si basano sul background e sulla formazione dei terapeuti, integrando al contempo concetti specifici da utilizzare in tutti i team terapeutici. Questo approccio è pensato per stabilire un metodo standardizzato di trattamento, pur consentendo una certa libertà creativa ai singoli team di terapeuti, che possono applicare la propria intuizione e formazione. Gli elementi fondamentali e i concetti chiave che saranno discussi nel corso del manuale sono evidenziati di seguito:

1. La **sicurezza e il benessere** del partecipante sono sempre prioritari rispetto a qualsiasi obiettivo scientifico dello studio.
2. È richiesto un terapeuta qualificato, con **formazione ed esperienza** appropriate in relazione ai metodi descritti in questo manuale.
3. È essenziale fornire una **preparazione adeguata e un orientamento** del partecipante alla terapia.
4. È essenziale creare un **setting appropriato, insieme a un supporto adeguato** durante le sessioni assistite da MDMA e nelle sessioni di follow-up.
5. Lo sviluppo dell'**alleanza terapeutica e della fiducia** nel corso della terapia è essenziale.
6. Deve essere adottato un **approccio non direttivo alla terapia**, basato sulla sintonia **empatica e sulla presenza empatica**, per sostenere l'esperienza in corso del partecipante e il naturale processo di guarigione del corpo. Un approccio non direttivo enfatizza l'invito piuttosto che l'indirizzo.

7. È essenziale incoraggiare il partecipante a fidarsi della propria **intelligenza guaritrice interiore**, ossia della capacità innata di ciascuno di guarire le ferite del trauma. È importante sottolineare che il partecipante è la fonte della propria guarigione. L'MDMA e i terapeuti possono facilitare l'accesso a un processo di guarigione profondo, ma non ne sono la fonte diretta.
8. **Interventi** sotto forma di guida o di riorientamento, quando ritenuti appropriati, possono essere utilizzati per facilitare l'elaborazione del partecipante. I terapeuti devono farsi carico di equilibrare le loro responsabilità come facilitatori e come testimoni empatici non invasivi.
9. La terapia dovrebbe favorire **l'elaborazione del trauma**, piuttosto che l'evasione dai ricordi traumatici; tuttavia, ciò deve essere fatto nel rispetto dei meccanismi protettivi, definiti nei diversi modelli terapeutici come "resistenze", "difese", "protettori", ecc. I terapeuti devono facilitare la consapevolezza e la curiosità rispetto a eventuali resistenze emergenti, piuttosto che cercare semplicemente di superarle.
10. I terapeuti mirano a **massimizzare i benefici dell'esperienza interiore catalizzata dall'MDMA, garantendo al contempo la sicurezza del partecipante e prevenendo che questi venga traumatizzato di nuovo** da conflitti interni che potrebbero emergere.
11. Devono essere disponibili tecniche terapeutiche per **affrontare le manifestazioni somatiche del trauma** che dovessero emergere. Queste possono includere uno o più approcci, quali tocco accudente, lavoro corporeo mirato, tecniche di respirazione o altri approcci all'elaborazione somatosensoriale.
12. È importante integrare nel contesto terapeutico strumenti vari come musica, lavoro corporeo mirato, respirazione o altre tecniche al fine di **evocare e sostenere l'esperienza emotiva**, evitando al contempo distrazioni dall'esperienza del partecipante.
13. **L'integrazione** è considerata un **processo essenziale e continuo**, poiché le esperienze interiori catalizzate dalle sessioni assistite da MDMA continuano a svilupparsi. Il contatto di follow-up con i terapeuti, per telefono o durante visite programmate di integrazione, è necessario per favorire una riuscita integrazione. Durante queste visite i terapeuti mirano ad affrontare eventuali difficoltà sorte a seguito delle sessioni assistite da MDMA e ad ancorare quanto appreso in uno stato di coscienza non ordinario, così da poterle integrare nella vita quotidiana.
14. La terapia richiede **la comprensione approfondita della natura degli effetti dell'MDMA e del modo non lineare in cui questi effetti possono condurre alla guarigione**.

1.5 Presenza empatica e ascolto, comunicazione non direttiva e intelligenza interiore di guarigione

1.5.1 Ulteriori approfondimenti sulla presenza empatica e sull'ascolto

Il presente manuale descrive un approccio complessivo per fornire un contesto e un ambiente ottimali nella psicoterapia assistita da MDMA. All'interno di questo approccio, ci si aspetta che i terapeuti attingano alla propria formazione ed esperienza in diversi modelli di psicoterapia, per comprendere e rispondere al processo del partecipante. L'Appendice B presenta un articolo che esamina le aree di sovrapposizione tra il nostro metodo di psicoterapia assistita da MDMA e gli elementi di altri metodi terapeutici. La consapevolezza di queste aree di sovrapposizione può contribuire alla comprensione da parte dei terapeuti dei vari elementi delle sessioni assistite da MDMA e guidarli nelle decisioni relative alle proprie interazioni con i partecipanti allo studio. Tuttavia, come evidenziato nei primi paragrafi dell'articolo in Appendice B, la

comprensione derivante dall'applicazione dei modelli teorici sottostanti ai diversi metodi di psicoterapia dovrebbe essere bilanciata dall'importanza, per i terapeuti, di mantenere una "mentalità da principiante", così come viene incoraggiato a fare ai partecipanti. Per i terapeuti, ci sono due aspetti particolari della "mentalità da principiante" che vengono considerati importanti:

1. "Mentalità da principiante" riguardo a ciò che il partecipante sta vivendo nel suo processo
2. "Mentalità da principiante" riguardo al proprio modo di comprendere o interpretare il processo del partecipante

Il secondo aspetto è importante per evitare un possibile errore: quello del terapeuta che sente la necessità di inquadrare l'esperienza del partecipante nel proprio quadro teorico, limitando così la capacità di supportare il processo di disvelamento con un atteggiamento di apertura, compassione e curiosità. Stan Grof lo ha espresso in modo conciso rispondendo a una domanda durante una sessione del Grof Transpersonal Training:

Uno studente gli chiese come avrebbe affrontato una persona che sembrava manipolare la situazione piuttosto che vivere un processo spontaneo autentico. Questa domanda avrebbe potuto suscitare una lunga ed erudita discussione sulla psicodinamica (di cui Stan era certamente capace dopo molti anni di formazione psicoanalitica in fasi precedenti della sua carriera), ma Stan rispose con questa affermazione: "In quella situazione preferisco credere che stia accadendo qualcosa che non capisco." [21].

Ascoltare con presenza empatica significa che i terapeuti forniscono un ambiente non giudicante, consentendo al partecipante di parlare apertamente e onestamente. Richiede che i terapeuti ascoltino oltre le parole pronunciate, cogliendo significati più profondi, riconoscendo la sofferenza del partecipante e convalidando le sue sensazioni. La presenza empatica implica anche apprezzare e persino gioire dei risultati raggiunti dal partecipante, comunicando tale apprezzamento. La presenza empatica riduce la sensazione di abbandono e isolamento.

Gli ascoltatori empatici sono rilassati ma coinvolti, fanno domande ed esplorano senza invadere, mantenendo un contatto visivo appropriato e offrendo tocchi rassicuranti e adeguati, se culturalmente accettabili e concordati con i partecipanti. Gli ascoltatori empatici non esitano ad ammettere di non avere tutte le risposte.

Componenti importanti dell'ascolto empatico e attivo:

- Incoraggiamento minimo, verbale e non verbale
- Invito piuttosto che direttiva
- Parafrasi
- Riflessione
- Etichettatura delle emozioni
- Convalida
- Rassicurazione e attesa
- Consentire ai partecipanti di giungere alle conclusioni autonomamente

La comunicazione non direttiva utilizza anch'essa la presenza empatica, privilegiando l'invito piuttosto che la direttiva. Ad esempio:

- “Ti invitiamo a ...”
- “Questo potrebbe essere un buon momento per ...”
- Uso del gerundio di un verbo: invece di dire “respira”, dire “respirando”, poiché è più un suggerimento che una direttiva
- Riflettere al partecipante ciò che sta dicendo, per proseguire la conversazione senza essere direttivi

1.5.2 Ulteriori approfondimenti sull'approccio non direttivo

Descrivere questo approccio terapeutico come “non direttivo” può generare una certa confusione, poiché l'approccio complessivo prevede talvolta comunicazioni più direttive da parte dei terapeuti. L'essenza di ciò che si intende con “non direttivo” risiede nel momento in cui gli interventi vengono effettuati. Non si tratta di proibire un coinvolgimento più attivo quando le circostanze lo richiedono. Infatti, ci sono occasioni in cui non offrire indicazioni in modo sensibile sarebbe problematico, così come essere eccessivamente direttivi può esserlo.

È fondamentale rispettare il ritmo della sessione, consentendo al processo del partecipante di svilupparsi spontaneamente. I terapeuti devono concedere tempo sufficiente a questo sviluppo prima di offrire indicazioni. Ad esempio, se un partecipante si sente bloccato, l'approccio iniziale dovrebbe essere quello di incoraggiarlo a vivere ed esprimere pienamente questa sensazione di blocco, confidando che la sua intelligenza guaritrice interiore guiderà la sua risposta.

Allo stesso modo, se un partecipante sembra evitare un tema importante, i terapeuti dovrebbero prenderne atto, ma non intervenire immediatamente, lasciando spazio alla possibilità che il partecipante riconosca e affronti autonomamente l'evitamento. Questo avrà probabilmente un impatto più potente se emerge dal partecipante stesso, piuttosto che come osservazione dei terapeuti. In questo senso, ritardare un intervento può rendere l'intervento stesso non necessario.

Più avanti nella sessione, se le sensazioni di blocco, l'evitamento o altri aspetti significativi non risolti del processo persistono, può essere utile che i terapeuti offrano una direzione, purché ciò avvenga nello spirito di un'indagine collaborativa e di un invito, lasciando in ultima istanza al partecipante la decisione se seguire o meno le proposte avanzate. Dare indicazioni in momenti specifici, all'interno di una sessione in cui i terapeuti hanno rispettato le scelte del partecipante e hanno consentito e incoraggiato l'intelligenza guaritrice interiore del partecipante a guidare il processo complessivo, è pienamente compatibile con la definizione di approccio non direttivo.

Se un partecipante mostra un'intensificazione dell'agitazione, eventualmente accompagnata da aggressività verbale, e inizia a sentirsi non in grado di controllarsi o non al sicuro, può rendersi necessario che i terapeuti affermino la propria posizione per ristabilire un senso di sicurezza e richiedere un movimento verso l'interno/verticale, piuttosto che verso l'azione esterna. Tuttavia, in generale ci si aspetta che i terapeuti tollerino per un certo tempo l'emergere di emozioni intense, consentendo all'esperienza del partecipante di svilupparsi, mantenendo al contempo un'attenzione riflessiva sul significato di tali emozioni rispetto al processo e alla sicurezza complessiva.

La non-direzionalità è intesa come un atteggiamento generale di consenso, accoglienza e ricettività, tale per cui il luogo del movimento o dell'azione terapeutica proviene dall'interno del partecipante, piuttosto che

dai terapeuti. I terapeuti assumono un atteggiamento di curiosità, ponendo domande o favorendo la consapevolezza dei processi interni. I partecipanti non vengono tanto “diretti” verso l’interno, quanto invitati a rivolgersi all’interno, incoraggiati mediante suggerimenti discreti da parte dei terapeuti, come ad esempio: “Questo potrebbe essere un buon momento per ...” C’è la sensazione che il terapeuta sia pronto a mettere da parte il proprio programma qualora emerga un impulso diverso dall’interno del partecipante.

1.5.3 Ulteriori approfondimenti sull' intelligenza interiore di guarigione

L'“Intelligenza interiore di guarigione” è un concetto utilizzato in tutto questo manuale per aiutare il partecipante a entrare in contatto con la propria capacità innata di guarire e crescere. Le seguenti analogie possono essere utili per spiegare il concetto:

- Il corpo sa come guarire sé stesso. Se una persona si reca al pronto soccorso con una lacerazione, un medico può rimuovere gli ostacoli alla guarigione (ad esempio corpi estranei, infezione, ecc.) e creare condizioni favorevoli alla guarigione (ad esempio suturando i margini della ferita), ma non indirizza né provoca il processo di guarigione che ne consegue. Il corpo avvia un processo di guarigione straordinariamente complesso e sofisticato e tende spontaneamente a muoversi verso la guarigione. Anche la psiche manifesta un’intelligenza e una capacità innate di guarigione.
- I semi tendono a diventare una pianta: è il loro modo naturale di essere.
- Un albero cresce sempre verso il sole: è la sua inclinazione naturale.

1.6 Adesione all'approccio terapeutico

L’aderenza agli elementi essenziali del Manuale di trattamento sarà misurata mediante la revisione indipendente dei video delle sessioni, valutata in base a criteri di aderenza. Le strategie di aderenza per ciascun tipo di sessione sono descritte nel Manuale di aderenza.

Non ci si aspetta che i terapeuti ottengano punteggi di aderenza totale o quasi totale. Tentare di raggiungere livelli di aderenza molto elevati come fine a sé stesso potrebbe interferire con l’efficacia della terapia, distraendo i terapeuti o inibendo la loro intuizione e creatività. Tuttavia, ci si aspetta che i team terapeutici raggiungano livelli di aderenza almeno moderatamente elevati, al fine di garantire che la terapia condotta nei diversi siti sia coerente con gli elementi essenziali dell’approccio descritto nel Manuale di trattamento.

I Valutatori dell’aderenza sono formati per valutare l’aderenza all’approccio non direttivo secondo i seguenti criteri:

- Le classificazioni si basano su una valutazione qualitativa del senso di flusso o di tolleranza.
- L’intera sessione dovrebbe dare una sensazione ritmica, guidata dal partecipante, con i terapeuti che lasciano costantemente spazio affinché possano emergere i contenuti.
- I terapeuti dovrebbero consentire il silenzio e rimandare gli interventi, mantenendo un atteggiamento di calma curiosità rispetto a qualsiasi ansia espressa dal partecipante.
- I terapeuti dovrebbero verificare se il partecipante è pronto a esplorare la propria ansia, senza presumere di conoscerne l’origine.
- I terapeuti dovrebbero confidare che qualsiasi paura, ricordo o contenuto che continua a emergere lo faccia per essere guarito o compreso più profondamente, e che la psiche del partecipante/il guaritore interiore

sappia quando sia il momento più appropriato perché ciò avvenga. Questo stesso processo di rinuncia alle funzioni dell'io / alle funzioni direttive a favore del sé/ guaritore interiore può costituire il meccanismo dell'azione terapeutica, così difficile da ottenere senza l'aiuto della MDMA.

I Valutatori dell'aderenza ricercano questa potenzialità di apertura del partecipante, che spesso riguarda un senso di spazio, senza diventare disimpegnato o non responsivo, automatico, distratto o dissociato, stati che il sistema difensivo del partecipante tende talvolta a proiettare sul terapeuta.

2.0 Fondamenti del terapeuta

I terapeuti riceveranno una formazione specifica sul metodo di terapia assistita con MDMA, sul protocollo di studio approvato e sull'ultima versione della Guida del Ricercatore, al fine di poter partecipare in qualità di ricercatori agli studi clinici. La formazione sul metodo terapeutico comprende la lettura del Manuale di trattamento, il completamento di un modulo di formazione online e la partecipazione a un programma di formazione in presenza, che include la visione e la discussione di video di sessioni di ricerca. La formazione può inoltre comprendere componenti aggiuntive, quali l'osservazione di una sessione, attività basata su giochi di ruolo, la partecipazione a corsi di formazione supplementari organizzati da MAPS e la partecipazione a corsi esterni pertinenti, come la Respirazione Olotropica [22]. Oltre a questa formazione specifica, è richiesto che i terapeuti partecipanti possiedano un'adeguata preparazione, istruzione ed esperienza professionale come terapeuti. Un elemento fondamentale di tale background è l'esperienza nel trattamento del disturbo da stress post-traumatico (PTSD), che verosimilmente include terapie ampiamente riconosciute quali la Prolonged Exposure (PE) (esposizione prolungata), la Cognitive Processing Therapy (CPT) (Terapia di elaborazione cognitiva), l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (desensibilizzazione e rielaborazione mediante movimenti oculari) e la psicoterapia psicodinamica.

Esistono inoltre altri

approcci meno ampiamente riconosciuti che offrono un'esperienza preziosa per i ricercatori nell'ambito della terapia assistita con MDMA. Tra questi rientrano: Internal Family Systems (IFS), Voice Dialogue (Dialogo delle voci), Psicosintesi, Hakomi, Terapia sensomotoria, Respirazione Olotropica, la psicologia junghiana, la psicologia buddhista e la realtà virtuale. Elementi di ciascuno di questi approcci psicoterapeutici possono ricorrere spontaneamente nella terapia assistita da MDMA.

2.1 Esperienza essenziale del terapeuta

I terapeuti dovrebbero adottare un orientamento centrato sul paziente e aver svolto un adeguato lavoro interiore personale, così da sentirsi a proprio agio nel seguire e sostenere qualsiasi direzione assuma il processo emotivo del partecipante, piuttosto che cercare di imporre un percorso o un esito predeterminati. Questo approccio relativamente non direttivo può richiedere un adattamento impegnativo per alcuni terapeuti con formazione ed esperienza in altri metodi terapeutici. È una sfida intrinseca e continua, per qualsiasi terapeuta che adotti questo approccio, riuscire a mantenere un equilibrio competente tra il permettere al processo del partecipante di seguire il proprio corso esclusivo e l'offrire guida o direzione quando appropriato. In relazione a tale sfida, ai terapeuti è richiesto di mantenere un elevato livello di presenza empatica per tutta la durata della sessione terapeutica. Questa presenza empatica aiuta il partecipante a rimanere in contatto con il proprio processo interiore quando ciò è importante e, al contempo, migliora la capacità dei terapeuti di rispondere in modo appropriato al comportamento non verbale del partecipante, di instaurare un dialogo quando necessario e di offrire un contatto rassicurante o altri metodi di supporto quando indicato. È inoltre richiesto che almeno un terapeuta del team sia in grado di insegnare una tecnica di inoculazione dello stress, come la respirazione diaframmatica, e sia esperto di un metodo per affrontare le manifestazioni somatiche.

Competenza culturale:

Il Dipartimento della Salute e dei Servizi Umani degli Stati Uniti (US Department of Health and Human Services) ha pubblicato *gli Standard Nazionali per i Servizi Culturalmente e Linguisticamente Appropriati (CLAS) in ambito sanitario e assistenziale (National Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health and Health Care* (<https://www.thinkculturalhealth.hhs.gov>), che sottolineano le sfide e l'importanza di fornire un'assistenza culturalmente appropriata a ogni individuo. Il fatto che l'MDMA sia una sostanza fortemente psicoattiva e che abbia una storia di uso ricreativo illegale può comportare ulteriori difficoltà per i terapeuti che trattano individui appartenenti a una cultura diversa dalla propria. Per questo motivo, i terapeuti che utilizzano il presente Manuale sono fortemente incoraggiati a

ricevere una formazione specifica e una supervisione continuativa a supporto dell'intesa culturale e di una comunicazione efficace e sensibile con partecipanti provenienti da contesti culturali differenti. È inoltre importante che la progettazione della ricerca e

i terapeuti coinvolti negli studi siano consapevoli e sensibili alle questioni legate all'identità di genere e che la ricerca sia inclusiva di partecipanti con una pluralità di identità di genere.

2.2 Competenze specialistiche del terapeuta

Il programma di formazione MAPS è progettato per insegnare la competenza nell'applicazione degli elementi essenziali di questo metodo di psicoterapia assistita con MDMA. Altri strumenti che ciascun terapeuta utilizza per aiutare i partecipanti a superare blocchi emotivi, affrontare manifestazioni somatiche del trauma e integrare l'esperienza con MDMA saranno determinati dalle competenze pregresse del terapeuta. Alcune delle formazioni terapeutiche che si sono dimostrate utili sono le seguenti:

- La formazione in Holotropic Breathwork rappresenta un'eccellente preparazione per i terapeuti, in quanto fornisce esperienza nella gestione di stati di coscienza non ordinari (in questo caso indotti dal respiro, dalla musica, dalla disposizione mentale e dall'ambiente), nonché formazione nella cartografia degli stati non ordinari, nell'uso della musica a supporto di tali stati e nell'uso etico e sicuro della psicoterapia corporea basata sull'ascolto del corpo e del contatto rassicurante (nurturing touch) [22]. In tutto il manuale, il termine "focused bodywork" si riferisce al contatto sotto forma di resistenza contro cui il partecipante può spingere. Il termine "contatto" (touch) viene invece utilizzato in senso più ampio, comprendendo sia il focused bodywork sia il contatto rassicurante (nurturing touch).
- I terapeuti possono trarre beneficio da formazione ed esperienza nella Internal Family Systems Therapy (IFS) o in altri modelli (ad es. Voice Dialogue o Psicosintesi) che riconoscono e affrontano la molteplicità della psiche [3, 23-25]. La formazione in questi metodi consente di comprendere che la molteplicità, in assenza di un alto grado di dissociazione, è un fenomeno normale. Questo approccio è applicabile perché la molteplicità diventa spesso più evidente durante la psicoterapia assistita con MDMA. Durante e dopo le sessioni con MDMA, il partecipante può avere una maggiore consapevolezza di diverse parti della propria psiche ed è fondamentale che tali esperienze non vengano patologizzate dai terapeuti.
- I terapeuti possono inoltre beneficiare di formazione o esperienza nella Psicoterapia Sensomotoria o in altre tecniche che riconoscono l'influenza psicologica a livello sensomotorio. Attraverso il "collegamento dei sintomi psicologici con gli stati fisiologici" [26], il partecipante può essere incoraggiato a lavorare con il proprio corpo per elaborare il trauma. Altre forme di formazione o esperienza che includono l'uso consapevole del contatto, terapie orientate al corpo e focused bodywork possono fornire strumenti terapeutici importanti, compatibili con questo metodo di trattamento, e favorire il movimento dell'energia e il rilascio delle tensioni corporee.
- La formazione o l'esperienza in Hakomi e in altri approcci basati sulla mindfulness (concentrazione consapevole), focalizzati sull'esperienza del momento presente, è applicabile a questo metodo di trattamento. Gli esperti di Hakomi considerano le persone come sistemi che si auto-organizzano, psicologicamente organizzati attorno a ricordi, convinzioni e immagini centrali [27]. Lavorando con il materiale centrale e modificando le convinzioni fondamentali, le persone possono trasformare il proprio modo di essere nel mondo.

Sebbene questa descrizione dei background dei terapeuti non sia intesa come prescrittiva o esclusiva, è auspicabile possedere esperienza di questi o simili metodi di trattamento del trauma. Approcci strettamente comportamentali o cognitivo-comportamentali, pur essendo in parte applicabili, rischiano di risultare limitanti nel contesto della psicoterapia facilitata con MDMA se non sono bilanciati da altri approcci o se vengono impiegati in modo eccessivamente direttivo.

3.0 Supporto al processo del partecipante

Prima di iniziare la terapia è necessario prendere in considerazione alcune questioni importanti riguardanti la creazione del set e del setting necessari a supportare il processo terapeutico del partecipante. Tali considerazioni includono: la preparazione dell'ambiente fisico, la valutazione della rete di supporto sociale del partecipante, la preparazione dei programmi musicali e l'organizzazione di un team di co-terapia in grado di lavorare insieme in maniera efficace. Durante l'intero processo terapeutico, i terapeuti

devono continuare a creare e a comunicare un setting di sicurezza e sostegno.

3.1 Preparazione dall'ambiente fisico

La creazione di un ambiente fisico sicuro e terapeutico e di una disposizione mentale adeguata al partecipante richiede che i terapeuti assumano un ruolo attivo nel creare un contesto favorevole all'esperienza terapeutica con MDMA, che consenta al partecipante di dedicare piena attenzione alla propria esperienza interiore.

L'ambiente fisico dovrebbe generalmente essere:

- Privato, con assenza di interruzioni.
- Silenzioso, con stimoli esterni ridotti al minimo.
- Confortevole, con un futon o arredi simili, sollevati da terra, che permettano al partecipante di sdraiarsi o sedersi con il supporto di cuscini. Dovrebbero essere disponibili coperte e un adeguato controllo della temperatura ambientale. Dovrebbe esserci spazio per posizionare due comode sedie per i co-terapeuti ai lati del partecipante (cfr. Sezione 3.1.1 Ulteriori approfondimenti su tipo e disposizione dell'arredamento).
- Esteticamente gradevole, con fiori freschi e opere d'arte. Dovrebbero essere evitate immagini con connotazioni fortemente negative o inquietanti. Per quanto possibile, l'ambiente dovrebbe assomigliare più a un soggiorno arredato in modo confortevole che a una struttura sanitaria. Tuttavia, il partecipante deve essere consapevole di tutte le misure di sicurezza e delle attrezzature disponibili per far fronte all'eventualità, seppur improbabile, di una complicanza medica.
- Ben arredato, con sistemazioni per il riposo in grado di accogliere il partecipante, un familiare o altra persona cara selezionata, se desiderato, e un assistente, in un'area separata. Dovrebbe essere disponibile uno spazio per i pasti e dovrebbero essere forniti alimenti di buona qualità, facilmente digeribili e conformi alle preferenze alimentari del partecipante. Le preferenze del partecipante riguardo al cibo e ai tipi di bevande idratanti dovrebbero essere esaminate in anticipo. Nel tardo pomeriggio è consigliato uno spuntino, come frutta e/o formaggio con cracker. Anche qualora il partecipante non avverta fame a causa degli effetti dell'MDMA, è utile incoraggiarlo a consumare uno spuntino, poiché l'umore e i livelli di energia più tardi nel corso della giornata potrebbero essere influenzati negativamente dal digiuno protratto dalla mezzanotte.
- Dotato di materiali artistici, che possono offrire un'opportunità di espressione non verbale e facilitare il continuo dispiegarsi e l'integrazione dell'esperienza al termine della giornata.
- Dotato di un impianto stereo, di apparecchiature per la registrazione video e delle attrezzature mediche richieste.
- Dotato di un'area chiusa a chiave per la conservazione dei materiali di protocollo e della documentazione.
- Dotato di una cassaforte approvata dalla DEA per la conservazione del prodotto oggetto di sperimentazione.

Il mantenimento della sicurezza fisica comprende la disponibilità di trattamenti adeguati a eventuali reazioni al farmaco che possano manifestarsi durante o immediatamente dopo ciascuna sessione terapeutica. La maggior parte delle reazioni può essere gestita attraverso cure di supporto; alcune, tuttavia, come una complicanza cardiovascolare, potrebbero richiedere interventi aggiuntivi. Sebbene non si siano mai verificati eventi di emergenza che abbiano richiesto un intervento medico nel corso delle sessioni di ricerca con MDMA, in un caso un partecipante ha presentato un aumento di contrazioni ventricolari premature dopo una sessione di psicoterapia assistita da MDMA, rendendo necessario, a titolo precauzionale, un monitoraggio ospedaliero notturno. La psicoterapia assistita da MDMA dovrebbe essere condotta in un contesto in cui sia immediatamente disponibile il Supporto Vitale Cardiaco di Base (BCLS) e in cui il Supporto Vitale Cardiaco Avanzato

(ACLS) possa essere attivato in tempi ragionevolmente rapidi, nell'eventualità, seppur improbabile, di un problema medico acuto. La clinica o lo studio dovrebbero inoltre disporre di strumenti per la valutazione tempestiva della pressione arteriosa e della frequenza cardiaca durante la sessione assistita da MDMA.

Nella somministrazione delle bevande, i terapeuti devono garantire un'adeguata assunzione di liquidi, assicurandosi al contempo che i partecipanti non consumino più di 3 litri di liquidi nel corso della sessione assistita da MDMA. I terapeuti possono inoltre valutare la possibilità di fornire bevande contenenti elettroliti (come il Gatorade) o succhi di frutta al posto dell'acqua, al fine di ridurre il rischio di iponatriemia.

Durante le sessioni di psicoterapia assistita da MDMA, i terapeuti devono garantire la sicurezza fisica del partecipante chiedendogli di sedersi sul bordo del futon prima di alzarsi e proteggendolo dal rischio di caduta durante la posizione eretta o la deambulazione.

3.1.1 Ulteriori approfondimenti su tipo e disposizione degli arredi

Nel corso degli studi clinici sponsorizzati da MAPS sono state utilizzate due diverse disposizioni della seduta, e i terapeuti possono adottare entrambe. Di seguito vengono illustrati alcuni vantaggi e svantaggi di ciascuna configurazione.

In una delle disposizioni, il partecipante si trova su un futon piatto privo di sponde, con la testa appoggiata alla parete, dove può sdraiarsi completamente, solitamente con uno o due cuscini sotto la testa, oppure sedersi con la schiena sostenuta da grandi cuscini appoggiati al muro. I terapeuti sono posizionati su sedie ai due lati, in prossimità della testa del partecipante, con la possibilità per entrambi di spostarsi dallo stesso lato qualora il partecipante lo preferisca.

Alcuni vantaggi della disposizione con il partecipante su un futon piatto senza sponde, con la testa contro la parete:

- Favorisce la sensazione di invitare il partecipante a trascorrere del tempo nel proprio spazio e a concentrarsi sul proprio processo interiore, piuttosto che sull'attenzione ai terapeuti.
- Consente una libertà di movimento equivalente su entrambi i lati del corpo e permette ai terapeuti di contenere il partecipante in sicurezza, consentendo al contempo movimenti molto attivi qualora si verificano. Ciò può essere ottenuto posizionando cuscini aggiuntivi accanto al partecipante, sostenendo le lenzuola ai lati del futon, offrendo resistenza su entrambi i lati del futon o fornendo superfici contro cui il partecipante possa spingere, mentre i terapeuti sono ben posizionati per stabilizzarsi e mantenere il partecipante al sicuro.
- Nessuno dei due terapeuti è costretto a trovarsi più lontano dalla testa del partecipante rispetto all'altro.
- Il partecipante può scegliere di rivolgersi a uno solo dei terapeuti o a nessuno dei due, oppure di parlare con entrambi guardando dritto davanti a sé, con gli occhi chiusi o alternando l'orientamento verso ciascun terapeuta.

Alcuni svantaggi della disposizione con il partecipante su un futon piatto senza sponde, con la testa contro la parete:

- Il partecipante non può rivolgersi contemporaneamente a entrambi i terapeuti.
- Se il partecipante è rivolto verso un terapeuta e parla a bassa voce, può risultare difficile per l'altro terapeuta sentire chiaramente.

Nell'altra disposizione, il partecipante si trova su un divano o su un futon con un lato appoggiato alla parete. I terapeuti sono posizionati seduti entrambi dallo stesso lato.

Alcuni vantaggi della disposizione con il partecipante su un divano o su un futon con un lato appoggiato alla parete:

- Il partecipante può rivolgersi contemporaneamente a entrambi i terapeuti.
- Se il partecipante parla a bassa voce, per entrambi i terapeuti può risultare più facile sentire rispetto a una disposizione su lati opposti.
- Quando il partecipante si siede, può appoggiarsi allo schienale del divano.
- Alcuni partecipanti possono percepire lo schienale del divano come contenitivo e rassicurante.
- Il partecipante può voltarsi dando le spalle a entrambi i terapeuti come ulteriore opzione per favorire il focus interno.
- Quando il divano è dotato di braccioli imbottiti, il partecipante può utilizzare i braccioli come punto di resistenza contro cui spingere, senza la necessità di spingere contro i terapeuti.

Alcuni svantaggi della disposizione con il partecipante su un divano o su un futon con un lato appoggiato alla parete:

- Il partecipante non può muovere entrambi i lati del corpo con la stessa libertà.
- Le possibilità di contenere in sicurezza movimenti vigorosi sono più limitate e l'uso dello schienale del divano come punto di appoggio può consentire al partecipante di sopraffare i terapeuti qualora stiano fornendo resistenza, con il rischio di provocare infortuni ai terapeuti stessi e di ridurre nel partecipante la fiducia nella capacità dei terapeuti di contenerlo in sicurezza qualora emergano impulsi di movimento vigoroso o di spinta.
- Uno dei terapeuti si trova più distante dalla testa del partecipante, per cui sia il terapeuta sia il partecipante possono percepire che il terapeuta più lontano sia meno intimamente connesso al partecipante e alla comunicazione che si instaura.
- Se il partecipante sceglie di voltarsi dando le spalle ai terapeuti, questi ultimi non sono in grado di vedere le espressioni facciali del partecipante.

3.2 Preparazione del supporto sociale

I terapeuti dovrebbero informarsi sulla rete di supporto sociale del partecipante. Prima di ogni sessione di trattamento assistita da MDMA, i terapeuti e il partecipante dovrebbero considerare le modalità attraverso cui i membri del sistema di supporto del partecipante possano essere di aiuto nel periodo intercorrente tra una sessione terapeutica e l'altra. I terapeuti dovrebbero spiegare il potenziale valore della condivisione di informazioni sulle sessioni di trattamento con persone selezionate, così come i possibili rischi di tale condivisione e l'importanza di esercitare discrezione riguardo a chi coinvolgere nel racconto di esperienze personali profonde.

Vi sono diversi fattori da considerare in merito alla condivisione dell'esperienza con altre persone:

- Può essere utile condividere l'esperienza con qualcuno che sia di supporto e disposto ad ascoltare, soprattutto se adeguatamente informato in anticipo del fatto che il processo di guarigione può, in alcuni momenti, comportare un aumento di emozioni dolorose, che non rappresenta necessariamente un peggioramento del problema sottostante. In questo senso, può essere utile invitare il partner o un'altra figura significativa del sistema di supporto a incontrare i terapeuti e il partecipante durante una o più sessioni introduttive o di integrazione.

- Alcune persone possono avere idee preconcepite sull'uso di sostanze come l'MDMA, a causa del suo impiego illegale come "Ecstasy", e potrebbero non comprendere che gli "stati di coscienza non ordinari" possano essere benefici in un contesto terapeutico. I partecipanti dovrebbero essere invitati a tenere in considerazione questa possibilità prima di parlare delle proprie esperienze, in particolare immediatamente dopo le sessioni sperimentali, quando possono essere emotivamente vulnerabili e sentirsi particolarmente aperti e desiderosi di condividere quanto vissuto durante la sessione e in relazione al proprio trauma. In circostanze adeguate, tale condivisione può costituire una parte importante del processo di guarigione; tuttavia, i partecipanti dovrebbero essere avvertiti di esercitare un giudizio attento nella scelta delle persone con cui condividere queste informazioni sensibili.
- Generalmente è utile che il partecipante disponga di un periodo di tempo tranquillo da trascorrere da solo dopo la sessione assistita con MDMA, da dedicare alla scrittura di un diario o all'introspezione. I partecipanti dovrebbero essere incoraggiati a prevedere questo intervallo di tempo, in modo da evitare un coinvolgimento eccessivo in interazioni sociali e nella ricezione di feedback esterni. Trascorrere del tempo da soli in questa fase può rappresentare un valido inizio del processo di integrazione e fornire un modello per favorire il continuo dispiegarsi del processo di guarigione, che si prevede possa proseguire nei giorni e persino nelle settimane successive.

Il partecipante può scegliere di invitare una persona cara (amico, familiare o partner) a trascorrere del tempo insieme al termine di almeno una sessione assistita da MDMA. Tale visita può costituire un'esperienza proficua, in grado di rafforzare la relazione di supporto. Tuttavia, essa dovrebbe essere concordata in anticipo con i terapeuti, sulla base dello stesso giudizio clinico che verrebbe utilizzato per valutare il valore terapeutico di un'eventuale permanenza notturna della persona cara.

3.3 Pianificazione dell'uso terapeutico della musica

La musica viene selezionata per supportare l'esperienza emotiva riducendo al minimo l'effetto suggestivo [16]. Durante le sessioni di psicoterapia assistita da MDMA, al partecipante vengono forniti una mascherina per gli occhi, cuffie e un programma musicale preselezionato. Il partecipante può scegliere in qualsiasi momento di rinunciare alla mascherina e/o alle cuffie. Questa scelta non è rara tra le persone affette da PTSD, le quali, almeno nelle fasi iniziali della partecipazione allo studio, possono non sentirsi al sicuro se non sono in grado di mantenere un certo livello di vigilanza. Il partecipante ha inoltre la possibilità di richiedere periodi di silenzio, e i terapeuti hanno la facoltà di apportare modifiche al programma musicale per adattarlo all'evolversi dell'esperienza. I terapeuti utilizzano la musica come supporto dell'esperienza, senza che diventi intrusiva.

Le selezioni musicali dovrebbero essere culturalmente appropriate per la popolazione coinvolta in un determinato studio. Le singole tracce all'interno di un programma musicale dovrebbero variare per tempo e volume complessivo, in modo che il programma includa sezioni relativamente calme e tranquille, così come sezioni più attive e drammatiche. Le sequenze musicali possono seguire una progressione che parte da brani inizialmente rilassanti, per poi diventare via via più attivi ed emotivamente evocativi e, successivamente, più tranquilli e meditativi. L'ordine di riproduzione può essere modificato secondo necessità per adattarsi all'umore generale e al flusso della sessione.

È importante che almeno uno dei membri del team terapeutico abbia una conoscenza approfondita del programma musicale, in modo da poterlo utilizzare efficacemente a supporto del processo individuale di ciascun partecipante. Può essere utile disporre di playlist della durata di più ore, che forniscano una selezione di brani musicali semi-standardizzata. La musica strumentale è generalmente preferibile rispetto a musica con testi in una lingua compresa dal partecipante, sebbene questa non sia una regola rigida. Dovrebbe essere disponibile una varietà di brani musicali, nel caso in cui si renda necessario modificare la selezione set pre-registrata. I partecipanti dovrebbero essere informati del fatto che possono richiedere periodi di silenzio o un cambiamento della musica qualora un brano risulti distraente o non adeguato al loro processo. Tuttavia, dovrebbero essere scoraggiati dal dedicare un'attenzione continua alla gestione

della musica. Un'istruzione utile da fornire durante le sessioni di preparazione o all'inizio della sessione sperimentale potrebbe essere la seguente:

Terapeuta: "Se desideri cambiare la selezione dei brani musicali, va bene, perché talvolta un brano può risultare distraente o non adattarsi bene al tuo processo. Se ti accorgi di desiderare un cambiamento, ti invitiamo prima a riflettere se questo desiderio sia motivato dal bisogno di allontanarti da una sensazione o da un ricordo spiacevole che la musica sta stimolando. Se così fosse, invece di cambiare la musica, ti incoraggiamo a fare esperienza ed esplorare tali sensazioni o ricordi, piuttosto che tentare di interromperli eliminando la musica che li stimola. Se, dopo aver riflettuto, concludi che la musica semplicemente non è adatta al tuo processo, saremo lieti di cambiarla o di spegnerla. Non diamo per scontato che la richiesta di un cambiamento della selezione dei brani musicali implichi necessariamente un tentativo di evitare qualcosa; riteniamo però utile fermarsi un momento per verificare se questo possa essere il caso. Rispettiamo qualunque decisione tu prenda, così come rispettiamo la tua intelligenza interiore di guarigione nel guidare il resto del processo."

Alcuni partecipanti potrebbero desiderare di portare la propria musica affinché venga integrata dal terapeuta durante le sessioni assistite da MDMA. In determinate circostanze ciò può essere appropriato; tuttavia, è importante valutare le motivazioni alla base di tale richiesta, per assicurarsi che essa serva a sostenere e approfondire il processo, piuttosto che a controllarlo o a distrarsi da emozioni o altre esperienze emergenti. Sebbene un certo grado di flessibilità nella risposta a questo tipo di richieste sia auspicabile, in generale i terapeuti dovrebbero ridurre al minimo il coinvolgimento diretto del partecipante nella selezione della musica, poiché ciò può costituire una distrazione dal contatto con il proprio processo interiore. I partecipanti sono incoraggiati a chiedere tutto ciò di cui hanno bisogno per sentirsi al sicuro e supportati nel contesto terapeutico; tuttavia, questo dovrebbe essere bilanciato con l'invito a lasciare ai terapeuti la gestione degli aspetti pratici della sessione e, per quanto possibile, a fidarsi della loro capacità di creare un set e un setting sicuri e favorevoli. Questo approccio fa parte del sostegno a un atteggiamento di abbandono, fiducia e ricettività verso il naturale dispiegarsi del processo terapeutico, guidato dall'intelligenza interiore di guarigione. I partecipanti dovrebbero essere incoraggiati a osservare eventuali tendenze al controllo della musica o di altri aspetti del setting e a considerare l'esplorazione di tali tendenze come parte del proprio processo interiore, piuttosto che agire su di esse a livello esterno.

3.4 Supporto alle manifestazioni somatiche del trauma

I terapeuti dovrebbero essere preparati ad aiutare i partecipanti ad affrontare le manifestazioni somatiche del trauma, favorendo la consapevolezza, l'espressione e il rilascio di eventuali blocchi, dolori o tensioni corporee che possano emergere. Questo concetto dovrebbe essere introdotto durante le sessioni di integrazione e sviluppato ulteriormente nelle fasi successive. Esistono numerosi metodi che possono essere utilizzati. Di seguito viene presentata una discussione di alcuni approcci per la gestione delle manifestazioni somatiche, tra cui il contatto rassicurante (nurturing touch), il focused bodywork e le tecniche di respirazione. I terapeuti possono inoltre impiegare altri metodi derivanti dal proprio background professionale, purché compatibili con questo approccio terapeutico.

Nella psicoterapia assistita da MDMA, l'uso consapevole del contatto può rappresentare un importante catalizzatore del processo di guarigione, sia durante le sessioni assistite da MDMA sia nella terapia di follow-up. Il contatto deve essere sempre utilizzato con un elevato livello di attenzione e cura, con un'adeguata preparazione e comunicazione e con il massimo rispetto per i bisogni e le vulnerabilità del partecipante. Qualsiasi forma di contatto che presenti connotazioni sessuali o che sia motivata dai bisogni del terapeuta, piuttosto che da quelli del partecipante, non ha alcun posto in terapia e può risultare contro-terapeutica o addirittura abusiva. Allo stesso modo, la mancata offerta di un contatto rassicurante (nurturing touch) quando indicato può essere contro-terapeutica e, soprattutto in contesti terapeutici che coinvolgono stati di coscienza non ordinari, può persino essere percepita dal partecipante come una forma di abuso per negligenza. Se il partecipante desidera toccare uno dei terapeuti, il terapeuta può consentire e/o offrire il contatto, purché esso sia appropriato e non sessuale. Il contatto rassicurante che si verifica

quando il partecipante si riconnette profondamente a momenti della propria vita in cui ne aveva bisogno e non lo ha ricevuto può costituire un'importante esperienza correttiva. Un'altra forma di contatto che può risultare terapeutica è il focused bodywork, generalmente sotto forma di resistenza contro cui il partecipante può spingere.

Questo approccio mira a intensificare e quindi facilitare il rilascio di blocchi, tensioni o dolori corporei che emergono durante la terapia. I terapeuti dovrebbero possedere una formazione e un'esperienza adeguate a garantire che il lavoro corporeo venga svolto in sicurezza, senza rischi per il partecipante o per i terapeuti.

Nonostante sia probabile che la psicoterapia assistita da MDMA implichi un ricorso al focused bodywork inferiore rispetto alla psicoterapia con LSD o al Holotropic Breathwork, i principi alla base di questo approccio derivano da quelli sviluppati da Stanislav Grof, M.D., nella sua ricerca sulla psicoterapia con LSD:

«Nel momento in cui l'effetto della sostanza sta diminuendo, è importante avviare uno scambio verbale con il soggetto, al fine di ottenere un feedback dettagliato sulla sua condizione emotiva e psicosomatica. Se in questa fase il soggetto sperimenta disagio, come depressione, ansia, aggressività bloccata, sensi di colpa, pensiero circolare, cefalea, nausea, dolori muscolari, crampi intestinali o difficoltà respiratorie, è questo il momento di suggerire un intervento attivo. La possibilità che ciò accada dovrebbe essere stata discussa durante la fase di preparazione. Il primo passo consiste nell'individuare esattamente il tipo di esperienza coinvolta ... È inoltre importante incoraggiare il soggetto a esaminare il proprio corpo alla ricerca di segnali di dolore fisico, tensione o altre forme di disagio indicanti un blocco dell'energia. In generale, non esiste un disagio emotivo o una gestalt psicologica disturbante e incompleta che non presenti specifiche manifestazioni somatiche. Questi sintomi psicosomatici concomitanti diventano quindi i punti di accesso per l'intervento" ([16], p.144).

Un principio fondamentale della psicoterapia assistita da MDMA è che il processo di guarigione sia guidato da meccanismi interni alla psiche e al corpo del partecipante. Poiché l'intervento tramite focused bodywork potrebbe trasmettere implicitamente al partecipante il messaggio che per guarire sia necessario qualcosa di esterno a sé, i terapeuti devono prestare particolare attenzione a trarre indicazioni sull'uso del contatto dall'esperienza del partecipante stesso e ad aiutarlo a evitare l'erronea convinzione che i terapeuti siano la fonte, piuttosto che i facilitatori, dell'esperienza terapeutica.

Un altro principio fondamentale della psicoterapia assistita da MDMA è che la guarigione spesso avviene portando un'attenzione consapevole a emozioni, ricordi o sensazioni corporee difficili e rimanendo presenti durante queste esperienze impegnative, piuttosto che tentando di evitarle o di fuggire da esse. I terapeuti dovrebbero consentire all'esperienza di dispiegarsi per il partecipante, prestando attenzione a non introdurre distrazioni non necessarie. Dovrebbero inoltre evitare di ricorrere prematuramente al focused bodywork nel tentativo di risolvere emozioni difficili o le loro manifestazioni somatiche prima che il partecipante abbia avuto modo di viverle e di elaborarle adeguatamente. È pertanto necessario che i terapeuti esercitino un'attenta capacità di giudizio nel valutare quando il focused bodywork sia indicato per favorire l'avanzamento del processo terapeutico e quando, invece, sia preferibile permettere al processo di procedere secondo i propri tempi.

Durante la fase di preparazione alla sessione, i terapeuti dovrebbero chiarire che non esiste alcun programmao aspettativa secondo cui il partecipante debba essere toccato, qualora preferisca di no, e che, qualora desideri il contatto — sia esso un contatto rassicurante, come tenere la mano, appoggiare una mano sulla spalla o un abbraccio, oppure focused bodywork — i terapeuti sono disponibili a offrirlo. Se il partecipante è aperto al contatto, può essere utile porre la seguente domanda: "Se in qualche momento dovessimo avere la sensazione che possa essere utile tenerti la mano o appoggiare una mano sul tuo braccio, preferiresti che lo facessimo direttamente, oppure che ti chiedessimo sempre il permesso o aspettassimo che sia tu a richiedere il contatto?" In ogni caso, dovrebbe essere sottolineato che la scelta spetta interamente al partecipante e che egli mantiene il pieno controllo rispetto al contatto. Al partecipante dovrebbe essere chiesto di utilizzare la parola "**Stop**" (o un termine alternativo equivalente, qualora preferito) qualora vi sia qualsiasi forma di contatto che non desidera. Dovrebbe inoltre essere chiarito che tale comando sarà sempre rispettato dai terapeuti, salvo nei casi in cui il contatto sia necessario per

da un danno fisico. Questa convenzione consente di evitare confusioni tra comunicazioni rivolte intenzionalmente ai terapeuti ed espressioni che fanno invece parte dell'esperienza interiore del partecipante.

3.5 Uso del respiro

Elementi del Holotropic Breathwork (senza la respirazione vigorosa prolungata) o altre tecniche che utilizzano il respiro possono risultare utili in diversi momenti del processo terapeutico [22]. La respirazione diaframmatica dovrebbe essere impiegata per favorire il rilassamento («inoculazione allo stress») all'inizio della sessione assistita da MDMA, nel caso emergano stati di ansia durante l'insorgenza dell'effetto della sostanza. Nelle sessioni preparatorie, i terapeuti spiegano che alcune persone possono provare ansia in questa fase, mentre altre no. Per coloro che la sperimentano, l'ansia sarà transitoria e può essere attenuata mediante l'uso del respiro, al fine di rilasciare tensioni dal corpo e, per quanto possibile, rilassarsi nell'esperienza. Più avanti nella sessione assistita da MDMA, se emergono ansia o altre emozioni intense, invece di cercare semplicemente di rilassarsi, risulta spesso più utile usare il respiro per “respirare dentro” l'esperienza e rimanere il più possibile presenti ad essa, al fine di viverla pienamente, elaborarla e attraversarla.

La psicoterapia sensomotoria e somatica, o altre tecniche compatibili con la formazione ed esperienza pregressa dei terapeuti, può essere impiegata per “collegare sintomi psicologici e stati fisiologici” [26] e per incoraggiare il partecipante a lavorare con il proprio corpo per elaborare il trauma. Aiutare il partecipante a diventare consapevole di ciò che il corpo desidera fare in risposta ai ricordi traumatici, e incoraggiarlo a permettere tale azione, può rappresentare l'inizio della liberazione di ciò che un tempo era un processo naturale (movimento) e dell'integrazione delle esperienze correlate rimaste non elaborate. È importante aiutare il partecipante a cominciare a creare un rapporto positivo con il proprio corpo, invece di percepirlo come fonte di pericolo e imprevedibilità. Descrivendo le emozioni come movimento fluido e il trauma come movimento congelato, i terapeuti aiutano il partecipante ad attraversare e superare le conseguenze somatiche del trauma, in modo che possa nuovamente fidarsi del proprio corpo. I terapeuti dovrebbero informarsi sulle sensazioni corporee del partecipante e incoraggiare il rilascio di dolori, tensioni o energia nel corpo attraverso il movimento, secondo modalità che risultino appropriate e confortevoli per il partecipante stesso.

3.6 Supporto alle esperienze transpersonali

È importante che i terapeuti siano preparati alla possibilità che, durante le sessioni sperimentali, il partecipante possa vivere esperienze transpersonali [16] che possono trascendere le convenzionali concezioni occidentali di coscienza e della sua relazione con il corpo fisico. Tali esperienze “transpersonali”, comuni durante le sessioni terapeutiche assistite con MDMA, vanno oltre la memoria biografica e possono includere sensazioni corporee insolite, nonché esperienze perinatali e/o spirituali. Possono emergere percezioni avvertite come estese ben oltre il consueto senso del sé, come ad esempio sensazioni di unità in cui il partecipante sperimenta un'apertura e una maggiore connessione con la propria umanità e con l'ambiente circostante. Esperienze di questo tipo possono risultare difficili da interpretare e, in alcuni casi, possono mettere in discussione il sistema di credenze dello stesso terapeuta. Ai terapeuti non è richiesto comprendere né esprimere un'opinione sullo status ontologico di tali esperienze; è tuttavia essenziale che le accettino come aspetti reali e significativi dell'esperienza del partecipante e che comunichino rispetto e apertura nei confronti della visione che il partecipante ha di esse, senza minimizzarle né patologizzarle sulla base del loro contenuto inusuale. Qualora necessario, il terapeuta dovrebbe aiutare il partecipante a integrare tali esperienze nella vita quotidiana. Queste esperienze possono offrire al partecipante una prospettiva che va oltre l'identificazione con il trauma e persino oltre il consueto senso del sé, fornendo l'opportunità di promuovere la consapevolezza di una capacità innata di integrare le esperienze traumatiche e di proseguire nel proprio percorso di vita.

3.7 Supporto alla molteplicità

Nella psicoterapia assistita da MDMA è importante che i terapeuti comprendano che le manifestazioni della molteplicità della psiche costituiscono un fenomeno normale, ma possono risultare più marcate nelle persone che hanno vissuto esperienze traumatiche. Tali manifestazioni possono essere concettualizzate come “dissociazione”, “regressione” oppure come l’emergere di differenti “parti”, “sé” o “sub-personalità”. Il partecipante può descrivere la propria esperienza interiore in termini di consapevolezza di diverse parti della psiche ed è essenziale che tali esperienze non vengano patologizzate dai terapeuti.

L’approccio a ciascuna di queste categorie di esperienza è coerente con l’impostazione generale di Stan Grof rispetto ai fenomeni che emergono durante le sessioni psichedeliche o di Holotropic Breathwork, la quale consiste nel valutare se il materiale possa essere elaborato come parte del processo di guarigione, piuttosto che patologizzarlo in ragione della sua natura inusuale, della sua intensità o dei limiti della capacità dei terapeuti di comprenderne pienamente l’origine o il significato [16].

4.0 Conduzione delle sessioni preparatorie

Il percorso terapeutico consiste in un periodo preparatorio, con screening e sessioni introduttive, seguito da sessioni sperimentali intervallate da sessioni di integrazione e valutazioni di follow-up. Il periodo di screening e preparazione rappresenta il momento in cui raccogliere la storia del partecipante e iniziare a stabilire un’alleanza terapeutica efficace. Costituisce un’importante occasione per i terapeuti di rispondere alle domande e ai dubbi del partecipante, nonché di prepararlo alle sessioni assistite con MDMA, facendogli acquisire familiarità con la logistica delle sessioni e con l’approccio terapeutico che sarà impiegato. Questa preparazione dovrebbe essere condotta con l’intento di aiutare il partecipante a sviluppare un senso di sicurezza e comfort nell’ambiente terapeutico. Rappresenta inoltre un’opportunità per modellare atteggiamenti che saranno importanti durante le sessioni assistite con MDMA, come un ritmo non affrettato, una curiosità aperta verso l’esperienza del momento presente del partecipante (inclusa la sua esperienza somatica) e il rispetto dei confini e della saggezza innata del partecipante riguardo al proprio processo di guarigione. Nella ricerca clinica esistono numerosi questionari e moduli da compilare, soprattutto durante il periodo preparatorio. I terapeuti dovrebbero cercare di completare i moduli necessari, pur continuando a prestare attenzione e a dedicare tempo alla creazione di un setting terapeutico favorevole e al rafforzamento dell’alleanza terapeutica.

4.1 Prerequisiti e controindicazioni

Prima di svolgere le attività di screening, ai partecipanti deve essere fornita informazione scritta riguardo lo studio clinico a cui intendono iscriversi. Ai partecipanti deve essere concesso tempo sufficiente per porre domande e discutere il consenso informato con i terapeuti o con altro personale qualificato dello studio, prima di firmarlo. Se il protocollo prevede la registrazione video delle sessioni di psicoterapia, durante il colloquio per il consenso i terapeuti dovrebbero esplorare le sensazioni del partecipante riguardo all’essere ripreso in video. I terapeuti devono chiarire che il consenso informato autorizza l’uso delle registrazioni solo a fini di ricerca o formazione. È inoltre consigliabile informare ogni partecipante che, sebbene le registrazioni siano importanti per scopi di ricerca e possano essere utili per il partecipante durante il periodo di integrazione, il processo terapeutico costituisce l’obiettivo principale di ciascuna sessione e ha priorità sulle registrazioni. Qualora vi fosse un momento in cui le telecamere ostacolano il partecipante dal parlare di qualche aspetto della propria esperienza, egli può richiedere che le telecamere vengano temporaneamente spente, e tale richiesta sarà rispettata. I terapeuti devono essere consapevoli che le registrazioni video saranno utilizzate per valutare l’aderenza al Manuale di Trattamento e la competenza nell’effettuare la psicoterapia assistita da MDMA; pertanto, dovrebbero suggerire che le registrazioni vengano riprese quando ciò risulta appropriato per il processo terapeutico del partecipante. I partecipanti possono richiedere di prendere visione delle registrazioni video.

I partecipanti devono essere consapevoli che gli studi clinici sulla psicoterapia assistita da MDMA sono suscettibili di attirare l'attenzione dei media. Alcuni partecipanti a studi precedenti hanno espresso il desiderio di parlare con i media per informare il pubblico e altre persone affette da PTSD. I terapeuti devono rispettare il desiderio del partecipante di condividere le proprie esperienze, ma devono sottolineare diverse cautele riguardo a tale scelta e offrire supporto nel valutare attentamente la decisione, qualora il partecipante decida di rivolgersi ai media. Sarà a discrezione del partecipante decidere se rendere pubblica o meno la propria partecipazione o qualsiasi informazione relativa alla propria esperienza nello studio clinico. Tuttavia, si richiede che i partecipanti si astengano dal farlo fino al completamento delle valutazioni degli esiti. I partecipanti sono invitati a informare i terapeuti della loro intenzione prima di divulgare le proprie informazioni personali e devono ottenere autorizzazione scritta dai terapeuti prima di diffondere eventuali registrazioni video contenenti audio o immagini dei terapeuti. Inoltre, i partecipanti devono essere preparati alla possibilità che l'interazione con i media possa risultare emotivamente impegnativa e avere effetti psicologici indesiderati.

4.2 Impegni richiesti ai terapeuti e al partecipante

Poiché la MDMA può avere effetti emotivi e fisici profondi, il suo utilizzo richiede una valutazione accurata e una preparazione approfondita del partecipante. Per favorire una mentalità terapeutica e contribuire a un'alleanza terapeutica collaborativa, i terapeuti e il partecipante discutono i parametri di ciascuna sessione e stabiliscono diversi accordi specifici durante le sessioni preparatorie:

- I terapeuti si impegnano a fornire tempo di preparazione adeguato durante le sessioni senza farmaco, prestando attenzione al setting e al mindset durante le sessioni assistite da MDMA e garantendo adeguata terapia di follow-up [15].
- Il partecipante deve impegnarsi a partecipare a tutte le sessioni preparatorie, terapeutiche e di follow-up, completare gli strumenti di valutazione e rispettare eventuali restrizioni dietetiche e farmacologiche. L'unica eccezione è costituita dal caso in cui il partecipante notifichi ai terapeuti la decisione di ritirare il consenso e abbandonare lo studio. Se il partecipante non ritira il consenso ma interrompe il trattamento, devono comunque essere effettuate le valutazioni di follow-up.
- I terapeuti e il partecipante discutono la possibilità di contatto fisico sotto forma di nurturing touch o focused bodywork. Devono concordare una distanza fisica confortevole durante le sessioni sperimentali e i terapeuti devono rimanere attenti a eventuali cambiamenti nel livello di comfort del partecipante rispetto alla loro prossimità.
- Il ruolo dei terapeuti viene chiarito e rafforzato tramite accordi sul comportamento appropriato durante e dopo la sessione terapeutica. Qualsiasi comportamento sessuale tra terapeuti e partecipante è esplicitamente vietato. Questo accordo assicura al partecipante che la sua vulnerabilità aumentata non verrà sfruttata, promuovendo al contempo un ambiente sicuro per offrire comfort fisico durante la sessione.
- Il partecipante deve impegnarsi a non arrecare danno a sé stesso, a persone o cose. Deve inoltre accettare di interrompere immediatamente comportamenti pericolosi se richiesto dai terapeuti, secondo il loro giudizio clinico.
- Il partecipante deve rimanere all'interno dell'area di trattamento fino al completamento di ciascuna sessione (in molti protocolli, ciò include la sessione sperimentale, il pernottamento e la visita di follow-up la mattina successiva). Al termine della sessione, spetta

ai terapeuti valutare la stabilità emotiva del partecipante e il grado di attenuazione degli effetti della MDMA prima di permettere al partecipante di lasciare la struttura.

- Almeno uno dei terapeuti deve essere presente nella stanza per tutta la durata della sessione assistita da MDMA. Salvo brevi periodi occasionali in cui un solo terapeuta può temporaneamente uscire dalla stanza, entrambi i terapeuti si impegnano a rimanere con il partecipante per tutta la durata della sessione, fino a quando gli effetti emotivi e fisici acuti della MDMA si siano attenuati, valutando i segni fisiologici, il grado di disagio auto-riferito e lo stato mentale per formulare un giudizio clinico sulla stabilità del partecipante.
- Per concludere efficacemente la sessione terapeutica, i terapeuti e il partecipante devono concordare che il partecipante sia in condizione sicura e stabile. Se previsto dal protocollo dello studio, il partecipante deve accettare un pernottamento nella struttura di trattamento, accompagnato da un assistente. Deve inoltre accettare il trasporto a casa al termine della sessione di follow-up integrativa, fornito da un partner, un amico o organizzato dai terapeuti.
- I terapeuti e il partecipante si impegnano a mantenere un contatto telefonico giornaliero fino a una settimana dopo ogni sessione assistita da MDMA. I terapeuti (o un terapeuta sostituto, se necessario) saranno disponibili 24 ore su 24 durante questo periodo e per tutta la durata dello studio.
- I terapeuti devono essere consapevoli e d'accordo con l'impegno di tempo esteso che potrebbe rendersi necessario oltre la durata delle sessioni indicata nel protocollo, qualora il partecipante necessiti di supporto aggiuntivo.

4.3 Costruzione dell'alleanza terapeutica

La fase di screening e preparazione inizia con il consenso informato, seguito dalla verifica del rispetto di tutti i criteri di inclusione ed esclusione dello studio. Questo periodo fornisce anche tempo sufficiente durante le sessioni terapeutiche senza farmaco per iniziare a stabilire un'alleanza terapeutica sicura e positiva, che rappresenta un prerequisito assoluto per il trattamento [28] e che continuerà a svilupparsi nel corso dello studio. Il partecipante deve sentirsi sicuro che il proprio benessere sarà curato con la massima attenzione, inclusa la sicurezza fisica e psicologica, e che sarà supportato nel suo intento di ottenere il massimo beneficio dalle sessioni assistite da MDMA. I terapeuti chiariscono che la partecipazione allo studio rimane volontaria per tutta la sua durata e che la sicurezza e il benessere del partecipante avranno sempre priorità sugli obiettivi scientifici dello studio. Esempio illustrativo:

Terapeuta: “Se in qualsiasi momento decidi di dover tornare a un antidepressivo o, per qualsiasi altro motivo, non vuoi continuare nello studio, ti chiediamo di farcelo sapere. Sei sempre libero di cambiare idea. Ciò che conta di più è il tuo benessere.”

Partecipante: “Penso che dopo aver vissuto quattro o cinque eventi stressanti, come perdere il lavoro, di solito direi che devo prendere un antidepressivo. Ma per via dello studio, sono entusiasta perché devo affrontare questo percorso senza assumere nulla. Penso di essere sufficientemente consapevole da sapere che, se davvero sentissi di peggiorare, sarei in grado di farvelo sapere o chiedere aiuto.”

Durante le visite iniziali, i terapeuti si presentano, spiegano il loro interesse per questo lavoro e descrivono la propria esperienza nel trattamento del PTSD. Questa interazione stabilisce le basi affinché i partecipanti sviluppino fiducia nell'esperienza dei terapeuti e nella loro capacità e impegno nel supportare il partecipante durante tutto il processo. Greer e Tolbert sottolineano che la self-disclosure / autorivelazione da parte del terapeuta crea un contesto di collaborazione, intimità e fiducia [15]. Può anche dare al partecipante un senso di identificazione condivisa con i terapeuti, aumentando il comfort personale mentre il partecipante entra in uno stato di vulnerabilità elevata. Esempio illustrativo :

Partecipante: *“Con tutto il PTSD che deve esserci là fuori ... avevo così paura di ammettere come mi sentivo. Mi sentivo come se fossi l'unico.”*

Terapeuta: *“Non sei più in quella condizione.”*

Partecipante: *“Nessuno ascoltava davvero come mi sentivo. Volevano solo darmi un'altra prescrizione.”*

Terapeuta: *“C'è qualcos'altro che ti viene in mente, pensieri ... emozioni, preoccupazioni?”*

Partecipante: *“Mi sento nervoso, ansioso, non dormo bene. So che in parte ciò è dovuto al fatto di essere senza antidepressivo. Sono agitato, irritabile.” (Annusa)*

Terapeuta: *“Praticiamo la respirazione addominale. Questo è un metodo per aiutarti a convivere con le tue emozioni. Parte dell'approccio che utilizzeremo nelle sessioni è supportarti nel rimanere presente indipendentemente dalla sensazione che emerge. È un paradosso: respirare nelle emozioni invece di allontanarsene può portare a guarigione, attraversandole invece che fuggendo.”*

Partecipante: *(Inspirazione ... Espirazione)*

Terapeuta: *“In un certo senso il processo inizia prima ancora di iniziare formalmente. Inizia in anticipo, mentre stabilisci l'intenzione di farlo. E man mano che ti avvicini, queste sensazioni sono naturali.*

Non è facile. In un certo senso la tua psiche sta già facendo uso di ciò che hai deciso di fare.”

Partecipante: *“Aiuta a capire. Sono disposto a provare qualsiasi cosa. Accidenti, sono stato in terapia ogni settimana per un anno intero e non ho mai affrontato veramente i miei sintomi.”*

4.4 Raccolta delle informazioni

Durante queste visite iniziali di screening e preparazione, il partecipante sperimenterà inevitabilmente reazioni al processo di valutazione e di arruolamento, che può risultare fisicamente ed emotivamente impegnativo e può attivare sintomi di PTSD. I terapeuti devono riconoscere le notevoli difficoltà logistiche ed emotive connesse alla partecipazione a uno studio clinico e offrire al partecipante l'opportunità di discutere le proprie reazioni a tale processo. Oltre a raccogliere le informazioni anamnestiche specifiche necessarie, i terapeuti dovrebbero porre domande aperte, fornire al partecipante un riscontro sui risultati delle valutazioni psicologiche e mediche e incoraggiarlo a condividere ciò che egli ritiene personalmente significativo.

Ai partecipanti sarà richiesto di descrivere i traumi indice durante le valutazioni con il valutatore indipendente. Durante le sessioni preparatorie con i terapeuti non devono essere sollecitati a parlare in dettaglio del proprio trauma; tuttavia, non devono nemmeno essere scoraggiati dal farlo qualora lo desiderino.

Queste interazioni continueranno a rafforzare la relazione e a fornire ulteriori informazioni sulla storia del partecipante e sulle sue difficoltà e risorse attuali. Esempio illustrativo:

Terapeuta: "Non abbiamo ancora tutti i risultati suoi test, ma abbiamo parlato con il medico e, per quanto emerso finora, tutti i risultati indicano che soddisfa i criteri per questo trattamento. Cominciamo da eventuali pensieri o domande che potrebbero esserti venuti in mente."

Partecipante: *"La seduta con il dottor W. (il valutatore indipendente) è stata positiva. Mi rendo conto che sta iniziando ad aprire un vero e proprio vaso di Pandora. Il processo è già cominciato per me. Una parte di me è molto entusiasta e un'altra è molto scettica, tipo: "uh oh, questo è ciò su cui dovrei davvero concentrarmi." C'era una domanda nella scala per il PTSD in cui il dottor Wagner mi ha chiesto se facessi dei sogni. Ho risposto "no", poi però mi è venuto in mente che non faccio sogni su mio padre mentre fa quello che ha fatto, ma sogno mia madre. Lei non si è mai davvero preoccupata di quello che lui faceva o di come ci abusava o di come abusava di lei. Si preoccupava piuttosto che le conseguenze di Černobyl' fossero finite nella mia barretta Mars e che avessi una contaminazione nucleare. Si preoccupa di cose completamente fuori controllo. E va avanti e avanti nelle nostre conversazioni, e noi siamo "molto intime". Però mi sono resa conto che la sogno. Proprio l'altra notte ho sognato che parlavamo al telefono... e lei iniziava con il suo solito: "sono preoccupata, sono preoccupata per dove vivi", senza però aiutare davvero, perché lei vorrebbe aiutare, ma mio padre non glielo permette, anche se è lei che guadagna i soldi. E, ehm, il telefono a un certo punto si è semplicemente staccato dalla presa del muro e ho pensato fosse molto interessante che... e poi il mio primo istinto è stato riattaccarlo e richiamarla. Così ho iniziato a pensarci, perché era subito dopo la valutazione."*

Terapeuta: "Mmm"

Partecipante: *"... Lui non è nei sogni, ma lei sì. E il fatto che non sia più quella madre gentile e compassionevole che era una volta. Di come è cambiata. È davvero interessante. Ho cercato di risolvere la mia rabbia nei suoi confronti ... quindi è una sorta di ... insomma, è interessante che il processo stia già iniziando a funzionare anche se non ho ancora fatto alcuna terapia." (Ride)*

Terapeuta: "Beh, è tipico."

Terapeuta: "Sì, lo screening tende a smuovere molte cose per tante persone. E inoltre, come dicevi, anche l'intenzione di intraprendere questo lavoro mette in moto la psiche, a partire dal momento in cui si decide di farlo. Credo che la domanda che pone sia importante ... è questo il momento giusto per potermi concentrare su questi aspetti o devo focalizzarmi sulla vita quotidiana? Qual è la tua sensazione al riguardo, adesso?"

Quest'ultima domanda dimostra un rallentamento deliberato per rispettare e fare un "check-in" con i "protettori" della partecipante o con la sua "intelligenza di guarigione interiore", riguardo alle eventuali preoccupazioni che potrebbe avere nel proseguire il processo, piuttosto che limitarsi a rassicurarla.

Questo momento di verifica rappresenta un esempio dell'approccio non direttivo.

Partecipante: *"Beh, sono indecisa, ma penso che questa sia un'opportunità perché la mia vita quotidiana possa migliorare... oppure no. In ogni caso, è un'opportunità che non capita tutti i giorni. Di professione sono una consulente scolastica; al momento non sono nelle condizioni di svolgere realmente questo ruolo. Quindi, consapevolmente o inconsapevolmente, non riesco a candidarmi per un lavoro perché so che ci sono cose di me su cui devo lavorare. Perciò credo che questo sia il momento giusto per farlo ... anche se è difficile."*

I terapeuti guidano queste interviste per raccogliere informazioni sui sintomi attuali della partecipante, sull'evento o sugli eventi che hanno causato il PTSD, sui trattamenti precedenti e sui relativi esiti, nonché su altri aspetti della sua storia psichiatrica e della sua storia medica, sociale e familiare. Questo momento rappresenta anche un'opportunità per i terapeuti di affrontare eventuali preoccupazioni che la partecipante potrebbe avere riguardo al trattamento.

Terapeuta: "Vorremmo parlare in modo più approfondito delle sessioni e ci piacerebbe anche ascoltare più dettagli sulla tua storia e, in particolare, sul trauma. Possiamo farlo nell'ordine che preferisci. Ti va di parlare ora di te e del tuo trauma oppure preferisci che ti spieghiamo prima come si svolgono le sessioni?"

I terapeuti e la partecipante discutono inoltre delle esperienze precedenti della partecipante con l'MDMA, con l'uso di sostanze psichedeliche o con altri stati di coscienza non ordinari. Durante questa interazione, i terapeuti devono raccogliere informazioni sufficienti per ottenere una corretta comprensione della partecipante, ma non è necessario completare un'anamnesi psicologica e medica dettagliata, poiché questa è già stata effettuata da valutatori indipendenti e dal medico esaminatore durante la fase di screening.

4.5 Gestione delle misure legate allo studio

Il disegno dello studio può prevedere la somministrazione di misure durante le sessioni preparatorie, le sessioni sperimentali o le sessioni di integrazione. Le misure possono includere strumenti di valutazione della sicurezza, ulteriori misure del PTSD o di altri sintomi, nonché misure esplorative volte a indagare gli effetti soggettivi. Tali misure non fanno parte della psicoterapia assistita da MDMA, ma rappresentano un elemento di molti studi sulla psicoterapia assistita da MDMA.

I terapeuti ricorderanno ai partecipanti quali strumenti di autovalutazione dovranno compilare durante le sessioni preparatorie o all'inizio o alla fine delle sessioni sperimentali. Il protocollo di studio fornirà indicazioni generali sui tempi di somministrazione delle misure correlate allo studio. Le misure legate allo studio saranno somministrate in momenti tali da non interferire né interrompere i processi terapeutici. La somministrazione delle misure può essere posticipata per consentire la prosecuzione dell'interazione terapeutica. La sicurezza del partecipante e lo svolgimento della psicoterapia avranno la precedenza rispetto al rispetto rigoroso delle tempistiche di completamento delle misure. Tuttavia, i terapeuti si impegneranno a somministrare le misure il più possibile nel rispetto dei tempi previsti.

Le misure di sicurezza, come la CSSRS, dovrebbero essere somministrate il più vicino possibile ai tempi specificati, senza interrompere il flusso del processo terapeutico. I terapeuti utilizzeranno il giudizio clinico (e, nelle sessioni sperimentali, l'osservazione degli effetti del farmaco) per stabilire il momento più appropriato per la somministrazione delle misure di autovalutazione.

4.6 Sessioni preparatorie dopo il completamento dello screening

In questa fase, il partecipante ha superato lo screening e prosegue il percorso di preparazione alle sessioni di psicoterapia assistita da MDMA. I terapeuti descrivono il tipo di esperienza che ci si può attendere durante le sessioni assistite da MDMA. Essi approfondiscono inoltre le aspettative, le motivazioni e le eventuali preoccupazioni del partecipante, sottolineando il proprio impegno a sostenere la capacità innata del partecipante di guarire le ferite del trauma. I terapeuti possono paragonare l'effetto dell'MDMA all'opportunità di entrare in un contenitore sicuro, all'interno del quale sarà più facile per il partecipante rimanere presente alla propria esperienza interiore. Il partecipante dovrebbe essere incoraggiato a coltivare un atteggiamento di fiducia nella conoscenza e nei tempi del processo di guarigione interiore attivato da questo approccio.

I terapeuti incoraggiano un atteggiamento di curiosità e apertura verso qualunque esperienza si presenti durante l'esperienza facilitata dall'MDMA. Essi spiegano che spesso le esperienze di guarigione più profonde ed efficaci seguono un percorso molto diverso da quello che potrebbe essere previsto dalle menti razionali del partecipante o dei terapeuti. Il partecipante è incoraggiato ad accogliere le emozioni difficili piuttosto che reprimerle, partendo il più possibile dal presupposto che qualunque contenuto emerga venga presentato in quel momento dall'intelligenza di guarigione interiore come un'opportunità di guarigione. Sentire pienamente, esplorare ed esprimere le emozioni, i ricordi, le immagini o le sensazioni corporee che emergono può condurre alla risoluzione di schemi profondamente radicati di paura, impotenza, colpa e vergogna.

È importante discutere la possibilità che il partecipante venga randomizzato a un placebo inattivo o a una dose più bassa di MDMA (a seconda del protocollo) e prepararlo a una gamma di possibili esperienze, senza compromettere inutilmente il cieco dello studio prevedendo le risposte a dosaggi differenti. I partecipanti potrebbero sperimentare un maggiore disagio nelle sessioni a basso dosaggio, poiché ricordi traumatici, delusione, autocritica ed emozioni possono emergere senza lo stato affettivo di supporto associato alle dosi terapeutiche di MDMA. Tuttavia, tali esperienze difficili possono verificarsi, in alcuni momenti, con qualsiasi dosaggio. È opportuno chiarire che i terapeuti forniranno lo stesso livello di supporto e lavoreranno per aiutare i partecipanti a trarre il massimo beneficio dalla sessione, indipendentemente dalla dose che sembrerà essere stata somministrata.

I terapeuti preparano il partecipante alla possibilità che il rivivere il trauma e lo sperimentare i sintomi del PTSD facciano parte, in qualche momento, del processo terapeutico. I terapeuti incoraggiano il partecipante a essere il più aperto possibile nell'esplorare, esprimere e comprendere pienamente i sintomi del PTSD e gli altri effetti che il trauma ha avuto sulla sua vita. I terapeuti concordano esplicitamente nel fornire supporto, sicurezza e guida al partecipante nel lavoro con le emozioni e i ricordi che possono emergere. È importante che i terapeuti siano personalmente preparati a mantenere una presenza empatica di fronte al disagio del partecipante. Sotto l'influenza dell'MDMA, un partecipante può essere particolarmente sensibile alla comunicazione non verbale e alla percezione del disagio del terapeuta. Il mancato riconoscimento e la mancata elaborazione di tale aspetto possono far emergere sentimenti di sfiducia e paura.

Terapeuta: "Vogliamo sottolineare il nostro impegno a essere disponibili per te. È un privilegio poterti sostenere mentre svolgi questo lavoro. E se in qualsiasi momento senti che non lo stiamo facendo in modo utile, oppure se diciamo o facciamo qualcosa che ti fa sentire non compresa, ti incoraggiamo davvero a farcelo sapere. Non la prenderemo sul personale.

Ciò che ci aiuta di più è che tu sia onesta con noi e ci faccia sapere come stai durante le sessioni e dopo, incluso come ti senti nei nostri confronti."

Raramente può verificarsi una sessione sperimentale in cui le esperienze traumatiche del partecipante non emergono spontaneamente. In questi casi, i terapeuti dovrebbero richiedere un accordo preventivo affinché, qualora ciò accada, possano a un certo punto della sessione porre domande relative al trauma. Tale accordo si applica esclusivamente alle sessioni in cui il partecipante parla regolarmente con i terapeuti delle proprie esperienze in corso. Se un partecipante trascorre gran parte della sessione immerso in un processo profondo e non verbale che sembra gestire adeguatamente, ma non è incline a parlarne in quel momento, i terapeuti non dovrebbero interrompere il processo richiedendo una discussione sui contenuti. Dopo questo tipo di sessione sperimentale, il partecipante descriverà generalmente la propria esperienza alla fine della giornata o durante le successive sessioni di integrazione. È probabile che l'elaborazione del trauma risulti essere stata una parte importante dell'esperienza.

È essenziale che i terapeuti utilizzino il giudizio clinico e la consapevolezza personale per comprendere quando intervenire per facilitare il processo del partecipante e quando, invece, limitarsi a testimoniare silenziosamente la sua esperienza. Il partecipante è incoraggiato a sentirsi libero di richiedere supporto ai

terapeuti nei momenti di emozioni intense o di ricordi dolorosi. Tale supporto può assumere la forma di un contatto fisico o di un abbraccio, di rassicurazioni verbali, oppure semplicemente di uno spazio in cui parlare di ciò che sta vivendo. Vi sono momenti in cui questo tipo di sostegno risulta estremamente utile. In altri casi, invece, la testimonianza silenziosa rappresenta la forma di supporto ottimale, poiché trasmette fiducia nella capacità del partecipante di attivare le proprie risorse di guarigione.

Terapeuta: "Vogliamo ribadire il nostro impegno a essere presenti per te. Faremo in modo che questo sia un luogo sicuro in cui tu possa vivere qualunque esperienza emerga. Se affiorano contenuti difficili, prova a rimanere con essi, a sperimentarli pienamente e a usare il respiro per entrarci il più possibile. E chiedici tutto ciò di cui hai bisogno. Ti incoraggeremo ad alternare momenti di introspezione – magari usando la mascherina per gli occhi o ascoltando musica, se lo desideri – a momenti in cui parlare con noi, quando ne sentirai il bisogno."

Terapeuta: "A volte, se stiamo parlando da un po', potremmo suggerirti di riportare l'attenzione verso l'interno, oppure potresti semplicemente sentire che è il momento di farlo."

Durante le sessioni preparatorie vi saranno verosimilmente occasioni per adattare le indicazioni preliminari al processo specifico del singolo partecipante. Esempio illustrativo:

Partecipante (un veterano di guerra che, dopo il rientro dall'Iraq, lottava con frequenti scoppi d'ira): *"Sento come se ci fosse un mostro nel mio petto che cerca di uscire, e io tengo le mani attorno al suo collo nel tentativo di strangolarlo."*

Terapeuta: "Ummm, potresti scoprire, man mano che andiamo avanti in questo processo, che si tratta più di conoscere meglio questa parte di te e di instaurare con essa una relazione diversa, piuttosto che doverla strangolare o eliminare."

Quel giorno non fu aggiunto altro sull'argomento fino a quando, durante una sessione assistita da MDMA, dopo un lungo periodo di concentrazione interiore, il partecipante tornò spontaneamente sul tema.

Partecipante: *"Ho appena vissuto un'esperienza incredibile! C'era un falò con tre figure attorno: un vecchio saggio, un bambino e un guerriero – non era affatto un mostro, era la mia parte guerriera. Sono tutte parti preziose di me, sedute attorno al fuoco in consiglio."*

I terapeuti permisero che questo emergesse spontaneamente, piuttosto che indirizzare il partecipante a tornare sull'argomento, scelta che probabilmente ha prodotto un impatto più profondo.

4.7 Preparazione immediatamente prima della sessione sperimentale assistita da MDMA

Durante le sessioni preparatorie, e nuovamente all'inizio di ciascuna sessione sperimentale, il partecipante e i terapeuti affrontano eventuali paure o altre preoccupazioni del partecipante. I terapeuti collaborano con il partecipante per sviluppare strategie volte ad accrescere il suo senso di sicurezza. Esempio illustrativo:

Terapeuta: "Che cosa ti passa per la mente dall'ultima sessione? Hai domande o pensieri particolari?"

Partecipante: *"Ho attraversato tutta una gamma di emozioni: nervosismo, ansia, e non sto dormendo bene. Non mi sento riposata, mi trascino fuori dal letto. Sono molto stanca."*

Terapeuta: "Hai un'idea di che cosa riguardi questa ansia?"

Partecipante: *“Penso che riguardi ciò a cui sto per essere sottoposta. Non riesco a pensare ad altro. È l'imprevedibilità. Non sono brava con le sorprese. Voglio sapere cosa mi aspetta da un giorno all'altro.”*

Terapeuta: (Lungo silenzio)

Partecipante: *(Piange) "Mi spaventa."*

Terapeuta: "Puoi dire qualcosa di più su ciò che ti spaventa?"

Partecipante: *“Ho paura di diventare una persona diversa. E se mi liberassi di tutto questo e lui non mi amasse più? E se non fossi più la persona di cui si è innamorato? Mi ha rassicurato dicendo che è sciocco. Ma sono così da così tanto tempo. Chi sono io? E se non fossi davvero una persona? E se ... E se ... Posso trovare mille spiegazioni razionali sul perché sono così.”*

Terapeuta: "È una preoccupazione comprensibile e siamo contenti che ce ne stia parlando. Anche un cambiamento in meglio può spaventare perché è qualcosa di sconosciuto. Spesso, quando le persone guariscono, può esserci un periodo in cui è difficile abituarsi ai cambiamenti e scoprire come integrarli nella propria vita e nelle relazioni. In realtà, sulla base della nostra esperienza personale nel nostro percorso di guarigione, così come del lavoro con molte altre persone, ciò che ci aspettiamo è che, man mano che guarirai, lei sarai più profondamente sé stessa, ti riconnetterai con te stessa in modo più autentico. Ed è vero che potrebbero esserci momenti in cui sarà difficile fidarsi di questo processo."

Terapeuta: "Prima hai detto che avresti voluto scappare e nasconderti. Pensi che ci sia un modo in cui una parte di te lo abbia già fatto?"

Partecipante: *"Credo che una gran parte di me sia scomparsa."*

Terapeuta: "L'MDMA potrebbe aiutarti a non dover più fuggire, ad affrontare ciò da cui hai sentito il bisogno di allontanarti. Potrebbero esserci anche momenti in cui amplifichi la sensazione di volerti nascondere o di scomparire. Abbiamo fiducia che, qualunque forma assuma, questo farà parte del processo di guarigione."

Il partecipante viene informato del fatto che si troverà in uno stato di vulnerabilità accentuata e che probabilmente sperimenterà una gamma di emozioni, pensieri e sensazioni fisiche. I terapeuti illustrano il processo attraverso cui lo aiuteranno ad alleviare emozioni difficili e intense o pensieri angoscianti, ricordandogli che si trova in un ambiente sicuro, sotto la cura di clinici esperti.

Ai partecipanti vengono insegnate la respirazione diaframmatica e altre tecniche utili a favorire il rilassamento e l'autoregolazione emotiva. Vengono inoltre incoraggiati a utilizzare la consapevolezza del respiro come strumento per rimanere presenti alle proprie esperienze, in particolare a quelle più difficili, dalle quali potrebbero altrimenti cercare di prendere le distanze.

È importante trasmettere ai partecipanti che le esperienze attivate dalla psicoterapia assistita con MDMA continueranno verosimilmente a dispiegarsi e a trovare una risoluzione nei giorni o persino nelle settimane successive alle sessioni assistite con MDMA. Dopo le sessioni terapeutiche, alcuni sintomi specifici potrebbero addirittura sembrare peggiorare prima di migliorare.

5.0 Conduzione delle sessioni di psicoterapia assistita da MDMA

L'obiettivo generale di una sessione assistita da MDMA è ridurre i sintomi del PTSD e migliorare il funzionamento complessivo, il benessere e la qualità della vita del partecipante. Tale obiettivo viene perseguito consentendo all'esperienza di ciascun partecipante di dispiegarsi spontaneamente, senza un'agenda prestabilita riguardo ai contenuti o alla traiettoria del processo. Sebbene i sintomi del PTSD costituiscano il focus principale delle misure di esito in questa ricerca, e l'elaborazione delle esperienze traumatiche e/o dei pensieri, delle emozioni e dei comportamenti da esse derivanti rappresenti una componente essenziale della psicoterapia, è altamente probabile che l'ambito delle sessioni si estenda oltre l'elaborazione del trauma, includendo l'esplorazione di altri aspetti psicologici, interpersonali e spirituali della vita. La responsabilità dei terapeuti è principalmente quella di seguire e facilitare l'esperienza, piuttosto che dirigerla. In alcuni momenti, ciò sarà realizzato al meglio attraverso una presenza silenziosa ed empatica e un ascolto attento. In altri momenti, i terapeuti offriranno un supporto più attivo e, occasionalmente, una guida, qualora il partecipante incontri blocchi emotivi o somatici che non si risolvono spontaneamente, oppure sperimenti difficoltà eccessive nell'elaborare ricordi legati al trauma o altri ricordi, pensieri e sentimenti dolorosi. I terapeuti lavorano per sostenere le intenzioni e gli obiettivi terapeutici del partecipante e per aiutarlo a elaborare i ricordi degli eventi traumatici fino a giungere a una risoluzione emotiva e a nuove prospettive sul significato di tali eventi. Sono inoltre presenti per aiutare a esplorare e convalidare nuove prospettive relative ad altre esperienze di vita, così come per condividere con il partecipante l'apprezzamento di esperienze gioiose o affermative e per valorizzare momenti di bellezza, apertura del cuore e umorismo. Nel contribuire al raggiungimento di questi obiettivi diversificati, i terapeuti agiscono come ascoltatori empatici, guide affidabili, facilitatori di una profonda espressione emotiva e catarsi, e sostenitori dell'intelligenza di guarigione interiore del partecipante.

5.1 Ruolo del terapeuta durante le sessioni di psicoterapia assistita da MDMA

Per creare e mantenere un'alleanza terapeutica sicura e collaborativa con il partecipante, è fondamentale che i terapeuti mantengano un costante livello di consapevolezza di sé. I terapeuti devono essere empaticamente presenti durante l'elaborazione del trauma da parte del partecipante e, al contempo, mantenere confini sani e appropriati. In questo modo, incoraggiano il partecipante a rimanere presente alla propria esperienza interiore e contribuiscono a creare un ambiente sicuro che favorisca la disponibilità a esplorare percezioni nuove e inaspettate che possono emergere nel corso del processo di guarigione.

La forza dell'esperienza terapeutica dipende in larga misura dal livello di comfort dei terapeuti rispetto alle emozioni intense e dalla loro capacità di rimanere empaticamente presenti e aperti a un'ampia gamma di esperienze emotive. In qualità di ascoltatori empatici, i terapeuti prestano attenzione al racconto del partecipante circa la propria esperienza interiore, ai significati che essa assume per lui/lei e agli eventuali pensieri e sentimenti ambivalenti associati all'esperienza. Quando necessario, offrono un supporto adeguato affinché il partecipante possa affrontare eventuali ambiguità o difficoltà, promuovendo al contempo la consapevolezza che la fonte della guarigione risiede nel partecipante stesso. I terapeuti tengono presenti le eventuali intenzioni per la sessione che il partecipante ha identificato durante gli incontri introduttivi, lasciando tuttavia spazio all'emergere di ulteriore materiale psichico, anche inatteso. Considerano inoltre fattori psicologici individuali, quali lo stile di attaccamento, che possono influenzare la relazione terapeutica (transfert e controtransfert) e incidere sul grado e sulla specifica modalità di intervento terapeutico più adeguata a quel determinato individuo [29].

Per mantenere il delicato equilibrio tra il focalizzarsi sull'esperienza interiore e il fornire uno spazio sicuro in cui esplorarla in modo aperto, i terapeuti devono rispettare l'intelligenza di guarigione interiore della psiche e del corpo del partecipante, intrecciando con abilità momenti di interazione a periodi di testimonianza silenziosa. Talvolta, dopo periodi di silenzio, è importante che i terapeuti si informino sull'esperienza del partecipante, al fine di mantenere un contatto di sostegno e valutare se suggerimenti, incoraggiamenti o ulteriori approfondimenti possano essere utili. In altri momenti, possono invece incoraggiare il partecipante a interrompere il dialogo e a concentrarsi sulla propria esperienza interiore. Vi sono diverse situazioni in cui questo approccio risulta particolarmente appropriato:

quando il partecipante sembra aver raggiunto un punto di stallo; dopo periodi di verbalizzazione che appaiono rappresentare un evitamento difensivo; oppure durante l'emergere di un contenuto emotivamente carico che potrebbe trarre beneficio da un' esplorazione più profonda durante la fase di massima intensità degli effetti dell'MDMA. Esempio illustrativo:

Partecipante: *"Quando mio fratello se n'è andato, per me non c'è stato più alcun contatto. Mi sono sentita davvero abbandonata. Era un punto di riferimento per me. Con lui mi sentivo al sicuro. Era un fratello davvero straordinario, poi è andato in California ed è sparito."*

Terapeuta: "Pensi che potrebbe essere un buon momento per rivolgere l'attenzione verso

l'interno con queste emozioni?" Partecipante: "Sì."

Terapeuta: (Dopo un lungo silenzio) "Come va lì dentro?"

Partecipante: *"È davvero incredibile. E per niente come me l'aspettavo ... Non so nemmeno se riesco a esprimerlo in parole. Alcune parti sono molto oscure e altre no. È un po' ansiogeno. È come se dentro di me ci fossero cose di cui non avevo idea. Ci sto bene. Non è affatto realistico. Non sto davvero cercando di collegarlo a qualcosa. È come se volessi uscire dalla mia pelle. Continuavo a voler smettere e poi a voler restare. Mi fermerò se diventa troppo strano."*

Questo invito non direttivo ha condotto all'emergere di materiale inatteso e significativo, che probabilmente non sarebbe affiorato se il suggerimento fosse stato più specifico o direttivo.

Terapeuta: "Va bene anche non riuscire a metterlo in parole in questo momento. Rimani il più possibile presente a ciò che sta accadendo."

Partecipante: "OK."

I partecipanti desiderano naturalmente trarre il massimo beneficio dalle sessioni e, per questo, hanno spesso bisogno che si ricordi loro il paradosso secondo cui tale beneficio si ottiene solitamente arrendendosi al processo, piuttosto che cercando di dirigerlo. È opportuno ricordare loro che, nella psicoterapia assistita da MDMA, intuizioni importanti e processi di guarigione emergono spesso attraverso un percorso non lineare, che può evolvere e risolversi in modi inattesi. Questo processo è favorito dalla fiducia del partecipante nel fatto che l'intelligenza di guarigione interiore, in combinazione con la sostanza, farà emergere le esperienze necessarie alla guarigione e alla crescita; pertanto, qualunque contenuto emerga viene considerato parte del processo terapeutico. In questa prospettiva, il partecipante è incoraggiato ad abbandonarsi al processo il più pienamente possibile e a non "anticipare la medicina" con tentativi di controllarlo o dirigerlo. Il ruolo dei terapeuti è spesso quello di seguire, più che guidare, il partecipante mentre esplora percezioni e consapevolezze nuove e inaspettate. In altri momenti, può essere utile ricordare che affrontare esperienze dolorose costituisce di per sé un percorso verso la guarigione.

I terapeuti possono offrire rassicurazioni verbali quando necessario e, su richiesta, un contatto fisico di sostegno quando il partecipante si trova ad affrontare pensieri, ricordi o emozioni disturbanti e potenzialmente travolgenti. Occorre tuttavia prestare attenzione a non interrompere inutilmente il processo del partecipante né a trasmettere una mancanza di fiducia nella sua capacità di guarigione interiore. I terapeuti devono monitorare le proprie reazioni emotive ed evitare di intervenire in risposta ai propri bisogni. La capacità di essere presenti senza sentire la necessità di intervenire — se non, eventualmente, con un lieve richiamo alla propria presenza — può trasmettere un potente messaggio di sostegno compassionevole e di fiducia nel processo di guarigione.

Terapeuta: "Siamo qui con te. Usa il respiro e resta con ciò che sta accadendo il più possibile. Sappiamo che è difficile, ma sappiamo anche per esperienza che questa è una parte importante della guarigione. Vivere ed esprimere pienamente tutto questo, attraversarlo invece di allontanarsene, è il modo per guarirlo davvero."

Attraverso una combinazione di ascolto empatico, domande e osservazioni, i terapeuti facilitano due aspetti complementari dell'elaborazione di queste esperienze complesse: da un lato, il confronto con l'esperienza e talvolta persino la sua amplificazione, per consentire il dispiegarsi spontaneo del processo di guarigione; dall'altro, la chiarificazione, la comprensione e l'acquisizione di nuove prospettive rispetto alle esperienze passate e alle emozioni dolorose.

I terapeuti devono prestare attenzione a bilanciare il proprio ruolo di facilitatori con quello di osservatori non invasivi. Raggiungere e mantenere tale equilibrio può risultare talvolta impegnativo, soprattutto quando occorre decidere se sia opportuno lasciare che il partecipante esplori e affronti la propria esperienza interiore senza alcuna interazione, oppure se sia più adeguato intervenire per facilitare uno specifico percorso esperienziale. Non esiste una formula per raggiungere questo equilibrio. Il tempo dedicato all'interazione può variare considerevolmente da una sessione all'altra. Mantenere un equilibrio efficace richiede attenzione alle comunicazioni verbali e non verbali del partecipante, nonché una comprensione approfondita della sua storia psicologica e delle caratteristiche del suo processo di guarigione. Ad esempio, se una persona è nota per avere la tendenza all'isolamento, i terapeuti avranno una soglia più bassa per verificare il suo stato e chiederle della propria esperienza. Al contrario, se una persona tende a difendersi dai sentimenti dolorosi attraverso la verbalizzazione e l'intellettualizzazione, i terapeuti saranno più inclini a incoraggiarla a rimettere la mascherina e le cuffie e a riportare l'attenzione "verso l'interno." In molti individui, evitamento e ritiro possono manifestarsi in momenti diversi. Mantenere un equilibrio competente richiede inoltre una comprensione approfondita della natura degli effetti dell'MDMA e del modo non lineare in cui tali effetti possono condurre alla guarigione.

5.2 Avvio della psicoterapia assistita da MDMA

All'inizio della sessione assistita da MDMA, i terapeuti rivedono l'approccio terapeutico e la gamma di esperienze che possono verificarsi durante la sessione, oltre a chiedere al partecipante se abbia dubbi o preoccupazioni. Questa interazione incoraggia il partecipante a esprimere i propri sentimenti e offre ai terapeuti l'opportunità di rassicurarlo, di ricordargli il valore dell'approccio non direttivo e di rafforzare un atteggiamento di apertura verso il potenziale di guarigione dell'esperienza terapeutica. Esempio illustrativo:

Partecipante: *"Ho un problema con l'ignoto. Non mi fa stare bene. Non lo gestisco bene. Quando so cosa aspettarmi, va tutto bene. Non sapere e avere domande senza risposta, questo proprio non lo sopporto. Per esempio, l'idea di poter avere dei flashback... e non so, nel peggiore dei casi."*

Terapeuta: *"È del tutto naturale essere in ansia per questo. Una delle sfide di questo approccio è essere disposti a entrarci e a lavorare con qualunque cosa emerga. Le tue reazioni sono comuni. Penso che possa essere utile ricordare che non emergerà nulla che non sia già presente. Qualunque cosa venga fuori è qualcosa che porti già con te, anche se forse non ne sei pienamente consapevole. So che può essere spaventoso. Il paradosso è che, sebbene questo approccio possa temporaneamente riattivare ricordi o persino flashback, ti consente di attraversarli in modo tale da avere maggiori probabilità di liberartene e di ridurre la possibilità che rappresentino un problema nel lungo termine. È possibile che temporaneamente i sintomi aumentino, come abbiamo già discusso."*

Partecipante: *"Già. È una di quelle cose in cui poi non si ricorda cosa è successo? Come quando si è sedati?"*

Terapeuta: "Ti ricorderai di questa esperienza. Una delle caratteristiche dell'MDMA è che rende più facile affrontare i ricordi senza esserne sopraffatti e lavorarci in modo tale che le emozioni dolorose possano essere elaborate in maniera terapeutica, piuttosto che risultare ri-traumatizzanti. Nella vita quotidiana, flashback e ricordi possono emergere spontaneamente e travolgerti. Qui stiamo cercando di modificare questo schema, invitando ciò che deve emergere a farlo in un contesto sicuro, con il supporto della sostanza che ti aiuta ad avvicinarti ai contenuti senza esserne sopraffatta. L'idea è di avvicinarsi ai ricordi con meno paura e meno difese."

Partecipante: *(Sospira) "Se questo potesse davvero accadere ..."*

Terapeuta: "Siamo qui per aiutarti a restare con ciò che stai vivendo e per incoraggiarti a non giudicare se sia giusto o sbagliato, ma a sperimentarlo il più pienamente possibile."

Partecipante: *"Uh huh."*

Terapeuta: "Chiedi supporto in qualunque modo ne hai bisogno: se vuoi che ti teniamo la mano, che ti abbracciamo o se desideri parlarci. È molto importante chiedere aiuto, se senti di poterlo fare. So che la tua tendenza può essere quella di resistere e andare avanti da sola ..."

Partecipante: *"Il mio approccio abituale è stringere i denti e andare avanti."*

Terapeuta: "Oggi è un invito e un incoraggiamento a lasciare andare il più possibile questa modalità. Questa è un'intera giornata dedicata a te, per avere tutto il supporto di cui hai bisogno, tutto il supporto che riesci ad accettare, e per permetterti di sentire e lavorare con ciò che emerge, invece di respingerlo o sopportarlo in silenzio."

I terapeuti dovrebbero informarsi su eventuali preoccupazioni del partecipante riguardo alla sessione imminente e affrontarle adeguatamente.

Terapeuta: "Hai menzionato che temi possano emergere questioni legate a tuo padre. Vogliamo ricordarti che siamo qui per sostenerti nel lavorare con qualunque cosa emerga e crediamo che ciò che affiora lo faccia a scopo di guarigione."

Partecipante: *"OK. Questo mi fa sentire tranquilla."*

I terapeuti dovrebbero inoltre fare riferimento agli accordi stabiliti durante le sessioni di integrazione riguardo al contatto fisico, alla permanenza per l'intera durata della sessione, al divieto di arrecare danno a sé stessi, agli altri o alla proprietà, nonché al consenso dato ai terapeuti di poter riportare l'attenzione sul trauma indice qualora non emergesse spontaneamente.

Terapeuta: "Non desideriamo dirigere l'esperienza tanto quanto vogliamo seguirti e supportarti nel modo in cui si sviluppa per te. Perciò ci affidiamo al tuo meccanismo interno di guarigione, che farà emergere ciò che necessita di emergere. Come abbiamo già discusso, vorremmo concordare che, nel caso in cui nulla relativo al trauma emergesse spontaneamente, lo affronteremo in qualche modo per poterci lavorare. Tuttavia, lasceremo che sia lo sviluppo naturale del processo a guidare la seduta e, se risulterà evidente che stai vivendo un processo profondo e non verbale, non lo interromperemo per introdurre il trauma."

I terapeuti e il partecipante discuteranno delle reazioni passate dell'individuo all'ansia ed elaboreranno un piano su come i terapeuti possano intervenire qualora l'ansia dovesse manifestarsi.

Partecipante: "Mi rannicchio su me stesso a palla e ripeto continuamente: "Basta." Per favore non toccatemi, perché temo di potervi ferire quando sono in questo stato. Lasciatemi semplicemente riposare."

I terapeuti incoraggiano il partecipante a mettere da parte le aspettative e a rimanere aperto a qualunque esperienza emerga (atteggiamento di "mente del principiante"), considerandola come un'opportunità di guarigione e sviluppando fiducia nella propria intelligenza interiore di guarigione.

Terapeuta: "Ti incoraggiamo ad avvicinarti a qualunque cosa emerga come parte del tuo processo di guarigione. Ci affidiamo alla tua intelligenza interiore di guarigione, che saprà portarti ciò di cui hai bisogno per guarire; questo è molto più affidabile di qualsiasi cosa tu o noi potremmo prevedere razionalmente in anticipo."

I terapeuti spiegano che l'MDMA è nota per aumentare la sensazione di intimità o vicinanza agli altri e per ridurre la paura nell'affrontare materiale emotivamente minaccioso [8, 11, 15, 30-35]. Ricordano al partecipante che, nel contesto della psicoterapia, la combinazione degli effetti farmacologici facilita il processo terapeutico, permettendo al partecipante di rivisitare il trauma senza essere sopraffatto dal terrore o dalla vergogna che in passato avrebbero potuto sopraffarlo. Questi effetti possono includere: miglioramento dell'umore, generazione di nuovi pensieri sul significato di oggetti, eventi o ricordi, maggiore accesso a pensieri e ricordi dolorosi, riduzione dell'ansia, incremento dei sentimenti di empatia o vicinanza agli altri, e diminuzione dell'autocolpevolizzazione e del giudizio verso sé stessi [12, 33, 35-41]. Questa combinazione di effetti farmacologici dovrebbe supportare il partecipante nel superare l'ottundimento emotivo tipico del PTSD e consentirgli di aprirsi più pienamente all'esperienza dell'intera gamma di emozioni (ad esempio dolore, paura, rabbia, così come gioia, felicità, amore, conforto, ecc.) senza percepire di essere sopraffatto. Si prevede che l'MDMA faciliti l'elaborazione di emozioni e ricordi in modo utile, ma i terapeuti devono chiarire che ciò non significa che il processo sarà facile, e che saranno presenti per offrire supporto nei momenti di difficoltà.

Il partecipante dovrebbe comprendere che cosa aspettarsi rispetto all'insorgenza degli effetti. L'inizio degli effetti soggettivi e fisiologici dell'MDMA si verifica tra i 30 e i 75 minuti dopo la somministrazione orale. Tali effetti possono includere un'intensificazione delle sensazioni e modificazioni percettive, tra cui distorsioni visive, variazioni nella luminosità dell'ambiente o dei colori, cambiamenti nella qualità o nella percezione della provenienza dei suoni, alterazione della percezione del tempo (in particolare un suo rallentamento) e modificazioni nel significato o nella rilevanza attribuiti a percezioni, pensieri e ricordi [34, 38, 39, 41, 42].

Quando l'MDMA viene somministrata, dovrebbe essere presentata al partecipante in una ciotola o in un piccolo contenitore, affinché sia lui stesso a prenderla e ingerirla con acqua. Questa modalità di presentazione simboleggia la natura della relazione terapeutica, nella quale i terapeuti offrono uno strumento, ma il partecipante mantiene la facoltà di scegliere se utilizzarlo.

Poco dopo la somministrazione dell'MDMA, il partecipante viene guidato verso uno stato di rilassamento e può trovare utile concentrarsi sulla respirazione addominale. Entro circa 15 minuti dall'assunzione, viene incoraggiato a sdraiarsi sul futon, a indossare mascherina per gli occhi e cuffie, se si sente a proprio agio nel farlo, e a rilassarsi ascoltando la musica selezionata per la sessione. Il terapeuta ricorda con tono calmo al partecipante di rimanere aperto a qualunque esperienza emerga, di confidare nella propria capacità innata di guarigione e di chiedere tutto il supporto di cui possa aver bisogno. Da questo momento in poi, la sessione assistita da MDMA consiste in periodi di focalizzazione interiore, durante i quali il partecipante presta attenzione alla propria esperienza intrapsichica senza parlare, alternati a momenti di interazione con i terapeuti. Il rapporto tra focalizzazione interiore e interazione è generalmente di circa 50:50, ma può variare considerevolmente da una sessione

all'altra. Durante i periodi di focalizzazione interiore, i terapeuti mantengono una presenza empatica chiara e costante a sostegno del processo.

In alcuni casi, il partecipante può sperimentare ansia all'inizio degli effetti dell'MDMA. Esempio illustrativo:

Partecipante: *"Mi sento davvero strano. Le braccia e le gambe mi sembrano pesanti e formicolanti."*

Terapeuta: "Vorrei ricordarti che ti trovi in un luogo sicuro e che stiamo monitorando attentamente le reazioni del tuo corpo. Usa il respiro. Ciò che stai sperimentando è una reazione normale all'inizio degli effetti dell'MDMA."

Partecipante: *(Inizia a respirare / la musica è dolce e melodica)*

Terapeuta: (Dopo un lungo silenzio) "È molto comune percepire molta energia nel corpo. Puoi respirare dentro questa sensazione ed esplorarla, magari anche assaporarla, e, se il tuo corpo sente il bisogno di muoversi, lascialo esprimersi liberamente."

Partecipante: *"Ho bisogno di indicazioni. Mi sento disperso in tutte le direzioni. Ho bisogno di qualcosa su cui concentrarmi, qualcosa a cui pensare ... troppi pensieri."*

Terapeuta: "Prova a vedere quale direzione le suggerisce il farmaco. Invece di cercare di controllare i pensieri, affidati al fatto che la medicina scioglierà questi nodi in qualche modo e darà loro una direzione. So che c'è molta energia nel tuo corpo, quindi non devi forzarlo a rilassarsi: lascia semplicemente che il tuo corpo faccia ciò di cui ha bisogno, mentre i pensieri scorrono."

5.3 Periodo di massimi effetti della MDMA

Gli effetti di picco si verificano generalmente tra i 70 e i 90 minuti dopo la somministrazione del farmaco [42–44] e persistono per 1–3 ore [33, 39, 45]. I terapeuti effettuano un primo "check-in" con il partecipante dopo 60 minuti qualora questi non abbia parlato dalla somministrazione del medicinale. Questo momento di verifica ricorda al partecipante la presenza dei terapeuti e consente a questi ultimi di farsi un'idea del suo stato interiore. Sulla base delle informazioni raccolte, i terapeuti possono incoraggiare il partecipante a tornare alla focalizzazione interiore oppure a condividere maggiormente la propria esperienza interna.

Per effettuare il check-in al sessantesimo minuto, uno dei terapeuti può appoggiare delicatamente una mano sulla spalla del partecipante (qualora questi abbia precedentemente dato il consenso a essere toccato in questo modo) e rivolgergli la parola con tono morbido. Esempio illustrativo:

Terapeuta: "È passata un'ora e stiamo solo facendo un breve controllo per vedere come stai."

Partecipante: *"Non ricordo molto della mia infanzia. Mi è difficile immaginare di poter guarire da queste cose se non ricordo di cosa si tratta. Vorrei solo riuscire a tirarle fuori."*

Terapeuta: "Quello che ti incoraggio a fare ora, per quanto possibile, è restare con tutto questo, comprese le sensazioni di frustrazione e le preoccupazioni legate al fatto di non riuscire a ricordare. Permettiti di entrare pienamente in tutte queste sensazioni. Per quanto puoi, lascia andare la preoccupazione su come riuscirà a guarire. Respira dentro il processo e affidati alla tua intelligenza interiore di guarigione, con l'aiuto della medicina."

Con il progredire della sessione, è probabile che il partecipante sperimenti un umore positivo e un senso di fiducia sia in sé stesso sia negli altri. In alcune sessioni, questo cambiamento — spesso accompagnato da un senso di gratitudine e da intuizioni utili riguardo alla propria situazione di vita attuale — si verifica relativamente presto, prima che emerga il trauma. Tali esperienze sembrano fornire una base dalla quale il partecipante può successivamente avvicinarsi all'emergere di ricordi traumatici ed emozioni dolorose con un maggiore senso di forza e sicurezza, derivante da uno spostamento empatico dello stato di coscienza. Questa espansione della coscienza consente al partecipante di sviluppare un nuovo senso di padronanza rispetto al trauma e alle emozioni dolorose ad esso associate. In altre sessioni, invece, i partecipanti si confrontano con ricordi traumatici relativamente presto, prima di aver vissuto esperienze rassicuranti o affermative. In tal caso, le esperienze positive tenderanno a emergere più avanti nella stessa sessione, o anche nelle sessioni successive, contribuendo a un senso di risoluzione e guarigione e a un cambiamento di prospettiva sul mondo. Quanto affermato da Grof a proposito del lavoro con l'LSD si applica anche all'MDMA: la sostanza funziona, in una certa misura, come un «amplificatore aspecifico» dei processi mentali. Ciò che solitamente è vissuto come difficile può assumere un'intensità di tristezza, paura o rabbia molto marcata; ciò che è generalmente piacevole o rassicurante può trasformarsi in un'esperienza di gioia intensa.

Un vantaggio dell'approccio relativamente non direttivo è che consente al processo di ciascun partecipante di seguire uno di questi percorsi, o qualunque altro percorso, guidato dall'intelligenza innata di guarigione dell'individuo.

Si consideri il seguente esempio di un'esperienza rassicurante verificatasi nelle fasi iniziali della sessione. Nella sua prima sessione di psicoterapia assistita da MDMA, questa partecipante aveva iniziato con un punteggio SUD (Unità soggettive del disagio) pari a 7/7. Aveva riferito di essere molto ansiosa rispetto all'ignoto, inclusa la paura che potessero essere innescati dei flashback. Circa 45 minuti dopo l'assunzione dell'MDMA, disse:

“Le mie gambe sono un po' pesanti e il petto è un po' caldo, ma non è una cosa negativa, non sono più nervosa. Mi sento calda e avvolta da una sensazione piacevole, non sono affatto stressata.” Dopo un'ora, il suo SUD era pari a 0 (in realtà lo riportò come “meno 15”). *“I colori sono luminosi, mi sento calda dentro, c'è molta energia ... I miei pensieri arrivano velocemente. Ho bisogno di una direzione. Amore, ci vedo dei blocchi.”* I terapeuti le suggerirono di riportare l'attenzione verso l'interno. Dopo qualche minuto, disse: *“Ho appena sentito: “Sei fantastica!” ... Vedo il collegamento tra la derealizzazione e lo stupro.”* Parlò brevemente dello stupro, diventando consapevole della rabbia, dell'auto-colpevolizzazione e del sentirsi sola, poi aggiunse: *“Sotto l'intorpidimento c'è stata disperazione. Ora mi sento protetta, finalmente mi sento amata e protetta. (Piange) È bello avere qualcuno che si prende cura di me.”* Proseguì parlando ancora dello stupro durante la sessione, maturando nuove consapevolezze su come alcune esperienze infantili l'avessero resa vulnerabile. Trascorse gran parte della sessione ad apprezzare la possibilità di sentire davvero, per la prima volta, quanto amore e sicurezza fossero presenti nel suo matrimonio. Nelle sessioni di follow-up affermò: *“Ora ho una mappa del campo di battaglia. Penso che la prossima volta riuscirò ad andare più a fondo nell'elaborazione del trauma,”* cosa che effettivamente ha fatto.

Lo scambio sopra riportato è un esempio di ciò che si intende per approccio “non direttivo”. I terapeuti fornirono una certa indicazione quando lei la richiese, suggerendo di riportare l'attenzione verso l'interno. Si trattava di un suggerimento, non di un'istruzione, e non orientava i suoi pensieri — che lei aveva descritto come “veloci” — in una direzione specifica, né cercava di intervenire per rallentarli. La ricchezza e il valore delle esperienze che si sono dispiegate costituiscono una prova del potenziale terapeutico di questo approccio.

Si consideri il seguente esempio di un'esperienza in cui il partecipante si confronta con ricordi traumatici relativamente presto nel corso della sessione:

Una partecipante, durante la sua prima sessione assistita da MDMA, iniziò a piangere circa un'ora dopo l'assunzione della sostanza e descrisse paura, tristezza, visione offuscata e sensazioni corporee simili a quelle provate quando era stata accoltellata. Successivamente iniziò a rivivere spontaneamente il trauma nei dettagli, come se stesse guardando un film al rallentatore, affermando: *"Ora sembra più reale di quanto lo fosse quando è successo."* In alcuni momenti riusciva a descrivere l'esperienza ai terapeuti; in altri, era immersa in flashback completi, dicendo: *"Per favore, non lasciatemi morire, ho delle cose da sistemare, giù, giù,"* mentre sollevava le mani come per proteggersi. Questa esperienza proseguì per oltre un'ora, con i terapeuti che mantenevano un ascolto empatico e, periodicamente, ristabilivano un contatto per ricordarle la loro presenza. Il risultato fu un profondo livello di guarigione, che continuò a svilupparsi a partire da questa opportunità di elaborare il trauma in un contesto sicuro, il quale le permise di rimanere più presente rispetto a quanto fosse stata durante l'evento traumatico reale.

È frequente che i partecipanti stabiliscano spontaneamente connessioni tra i propri vissuti relativi a specifici eventi traumatici ed esperienze infantili precedenti. Spesso giungono a intuizioni su come tali esperienze precoci possano averli resi più vulnerabili a traumi successivi o abbiano influenzato le loro reazioni agli eventi traumatici successivi. Esempio illustrativo:

Terapeuta: "Stavi iniziando a percepire la paura."

Partecipante: *"È passata dalla paura al "Sono davvero arrabbiata con me stessa per aver permesso che accadesse"."*

Terapeuta: "È più facile sentire la rabbia che la

paura?" Partecipante: *"Credo di sì."*

Terapeuta: "Perché stavi sperimentando la paura, che stava iniziando a emergere, e io ti ho invitata a entrarci in contatto. Quanto tempo è passato prima che si trasformasse in rabbia?"

Partecipante: *"Non molto."*

Terapeuta: "Pensi che la tua mente faccia questo per distrarti dal sentire la paura?"

Partecipante: *"È possibile. Dopo l'iniziale "Che diavolo sta succedendo?", la mia mente è scattata su "Questo non sta accadendo. È troppo assurdo perché stia accadendo" ... fino a tornare a quando ero piccola ... Non mi sono mai sentita davvero protetta. Non c'è mai stato alcun supporto. Non ero libera di essere me stessa ... solo ciò che la situazione richiedeva. Dovevo farlo anche allora, essere ciò che la situazione richiedeva."*

(Lungo silenzio)

"Sento che gran parte di questo bagaglio che mi porto dietro me lo sono caricato addosso da sola, sotto forma di delusione verso me stessa o auto-colpevolizzazione. Non fraintendetemi: non penso di averlo meritato, né di averlo chiesto o di aver fatto qualcosa per provocarlo. Non mi sento così. È come avere una base su cui si stratificano il dubbio su di sé e la disperazione, e prima che te ne accorga hai un burrito a sette strati. Riesco a sentirli tutti. Non so come esprimerlo o articolarlo, ma li sento tutti. Non è più quel "bleah" con cui lo descrivevo prima. Sono strati sovrapposti uno sull'altro. Credo di averlo fatto per così tanto tempo

che, quando è avvenuto lo stupro, è stata la goccia che ha fatto traboccare il vaso. Me ne sono andata. La mia mente ha detto: basta.”

In questo approccio si assume che i terapeuti non possano sapere in anticipo quando, o per quale individuo, sia più utile focalizzarsi sul “trauma indice” e quando invece sia più utile stabilire connessioni con altri eventi o periodi della vita. L’approccio relativamente non direttivo affida tale decisione all’intelligenza innata di guarigione dell’individuo.

La psicoterapia assistita da MDMA aiuta il partecipante ad affrontare i ricordi traumatici e a elaborare i pensieri e le emozioni ad essi associati. Come illustrato in precedenza, emergono spesso intuizioni relative a schemi emotivi e comportamentali di lunga durata, radicati in risposte protettive precoci a sentimenti sottostanti di rabbia, dolore e vergogna. Con una maggiore auto-accettazione e una riduzione dell’autocritica, il partecipante acquisisce maggiore chiarezza e fiducia in sé, un senso di autoefficacia e un rapporto meno timoroso, più aperto e curioso nei confronti dei ricordi, pensieri ed emozioni che emergono. Ci si aspetta che, nel confrontarsi con materiale legato al trauma, prevalga un senso di calma interiore piuttosto che un’attivazione estrema; ciò dovrebbe facilitare un esame più attento e obiettivo dei ricordi e dei pensieri, consentendo al contempo l’emergere di emozioni intense. La percezione di sicurezza può operare in sinergia con la facilitazione del ricordo, permettendo un’esplorazione più profonda degli eventi traumatici e delle loro ripercussioni sulle relazioni e su altri ambiti della vita del partecipante. Questo meccanismo è coerente con le osservazioni provenienti da altri approcci terapeutici che prevedono l’elaborazione del trauma, i quali, per risultare efficaci, richiedono un certo grado di coinvolgimento emotivo o “attivazione della paura”, evitando al contempo la dissociazione o un’emozione soverchiante [1]. Tale strategia è stata definita come lavoro all’interno della “zona di attivazione ottimale” o “finestra di tolleranza” [4, 46, 47]. Esempio illustrativo:

Partecipante: *“La paura è l’unica emozione che abbia mai conosciuto davvero bene... paura di questo, paura di quello. È tutto ciò che ricordo di aver provato per quanto riesca a ricordare. Una paura che ti ferma il cuore, che ti torce le viscere.”*

Terapeuta: “Mmm.” (Lungo silenzio / musica di pianoforte dolce)

Partecipante: *“Ho tenuto tutto questo dentro per così tanto tempo. Sembrano così pesanti, queste emozioni ... è come se fossi stata addestrata in questo modo, da che ne ho memoria. I bambini dovevano essere visti ma non ascoltati. Da quel momento in poi ho cercato di rendermi il più insignificante possibile. Poi, quando è successo lo stupro, sono diventata una notizia da prima pagina. Conoscevo tutti in ospedale. Mi vergognavo, come se avessi una lettera scarlatta.”*

Terapeuta: "Credo sia importante che tu possa sperimentare questi sentimenti di paura e vergogna. Hai trattenuto queste emozioni per così tanto tempo e anche la convinzione di dover essere in un certo modo. È qualcosa di molto potente da sentire, anche solo la consapevolezza di questo."

Partecipante: *“E tutto questo si collega al modo in cui ho gestito le relazioni adulte, perché avevo sempre paura di essere me stessa, pensando che nessuno mi avrebbe accettata per ciò che sono. Poi arriva Tom e non deve più essere in un certo modo. Ora ho qualcuno su cui posso appoggiarmi, qualcuno che è lì per me e non mi giudica. È una sensazione bellissima.”*

Man mano che il partecipante sperimenta un maggiore senso di vicinanza agli altri, con più fiducia e intimità, può sviluppare anche empatia e perdono verso sé stesso e verso gli altri. Idealmente, questa progressione conduce il partecipante a sentirsi degno di valore nonostante la vergogna o la sofferenza generate dall’evento o dagli eventi traumatici.

Partecipante: *“Ho sentito quell’interconnessione tra me e Tom. Non la sentivo da tanto tempo ed è questo che mi fa sentire molto meglio, sapere che è ancora lì. È stato un grande fattore di stress per me non percepirla più.”*

Tali intuizioni possono inoltre aiutare il partecipante a sviluppare una maggiore fiducia nei terapeuti e rendere più agevole la condivisione della propria esperienza interiore. Il partecipante può anche mostrarsi più disponibile ad accogliere eventuali suggerimenti volti a migliorare l’esperienza terapeutica o a favorire il mantenimento del coinvolgimento rispetto a un elemento specifico dell’esperienza, come un ricordo difficile, un’emozione intensa o un insight significativo.

Partecipante: *“È uno schifo vivere. Siete davvero una manna dal cielo. È così bello avere qualcuno che capisce. Per così tanto tempo è stato solo “prendi questa pillola, prendi quell’altra”. La notte in cui sono stata stuprata, il primo pensiero che mi è venuto è stato: “Non mi crederanno per via della maglietta che indossavo”. Ero davvero convinta che nessuno mi avrebbe creduta. E ora ci siete voi. In tutti questi anni tutti mi hanno detto di prendere questo o quello. Nessuno si è davvero preso la briga di andare a fondo nei sintomi e aiutarmi a capire cosa li stesse causando.”*

Questo tipo di espressione verbale, testimoniata dai terapeuti, svolge generalmente un ruolo importante nel processo terapeutico. Mentre ascoltano e dialogano con il partecipante, i terapeuti valutano anche se tale interazione verbale sia indicata in quel momento o se possa rappresentare un tentativo di difesa rispetto a materiale emotivo difficile o doloroso. Sebbene l’approccio terapeutico complessivo debba essere prevalentemente non direttivo, in alcune circostanze una guida o una riformulazione dell’attenzione può risultare utile. Se il partecipante sembra intellettualizzare l’esperienza, è probabile che il processo emotivo interno non sia ancora stato pienamente elaborato e necessiti di ulteriore tempo per dispiegarsi. Questa situazione viene talvolta descritta come un “anticipare l’esperienza emotiva interna.” In tali casi, è opportuno che i terapeuti intervengano per guidare il partecipante a ritornare al proprio vissuto interno. Tuttavia, tale orientamento dovrebbe essere proposto come una possibilità tra le altre, senza implicare che rappresenti un’aspettativa o l’unico percorso corretto da seguire.

A volte l’invito consiste nell’approfondire la discussione verbale:

Terapeuta: "Ti andrebbe di raccontarci qualcosa di più a riguardo?"

Oppure nel dirigere l’attenzione verso una comunicazione non verbale o indiretta:

Terapeuta: “Ho appena notato che il tono della tua voce è cambiato. Pensi stia accadendo qualcosa?”

In altri momenti l’invito è a rivolgere l’attenzione verso l’interno:

Terapeuta: "Saresti disposto/a provare, per qualche minuto, a non distrarti in quel modo, giusto per vedere cosa potresti scoprire?"

Terapeuta: "Forse questo potrebbe essere un buon momento per rimettere la mascherina sugli occhi e le cuffie e tornare dentro di te, lasciando che il farmaco ti aiuti a farlo?"

Alcuni partecipanti sono riluttanti a “tornare dentro”, nonostante l’incoraggiamento a farlo. La loro scelta dovrebbe essere rispettata; tuttavia, se si tratta di un modello ricorrente, andrebbe esplorato con curiosità non giudicante, in qualche momento, sia durante le sessioni sperimentali sia durante le sessioni di integrazione in preparazione alla successiva sessione sperimentale.

Altri partecipanti possono seguire il suggerimento di “andare dentro”, ma tendono a ricominciare a parlare nel giro di pochi secondi o minuti. In questo caso, può essere utile che i terapeuti formulino il suggerimento in termini di un periodo di tempo, ad esempio:

Terapeuta: "Forse questo potrebbe essere un buon momento per indossare la mascherina per gli occhi e le cuffie e tornare dentro **per un po' di tempo**, per vedere che cosa il farmaco e la tua intelligenza interiore di guarigione possono mostrarti a proposito di tutto questo."

Portare l'attenzione al corpo e/o al respiro può essere un modo utile per reindirizzare l'attenzione verso l'esperienza interiore. Esempio illustrativo:

Terapeuta: “Dove lo senti nel corpo?”

Terapeuta: "Potrebbe essere utile metterti in una posizione davvero comoda e lasciare che il corpo sprofondi nel materasso."

Partecipante: *“Mi sento così storto. Sareste in grado di guidarmi attraverso alcune delle esperienze traumatiche, per aiutarmi un po' a concentrarmi?”*

Terapeuta: “Assolutamente. Se senti che questo è il momento giusto per farlo, possiamo aiutarti, ma a questo punto potrebbe essere meglio prima tornare dentro e, per quanto possibile, rilassarti nel modo in cui l'esperienza si dispiegherà. A volte parlare può ostacolare l'esperienza. Possiamo parlarne più tardi.”

Questa risposta si basava sulla percezione del terapeuta che il partecipante stesse cercando di forzare l'esperienza e di cercare una guida esterna a discapito della consapevolezza interiore.

Partecipante: *“Mi sento davvero irrequieto.”*

Terapeuta: "Prova semplicemente ad assecondare quell'energia per un po'."

Terapeuta: "Penso che potrebbe essere utile sdraiarti, sprofondare nel materasso e lasciare che il tuo corpo si abitui a quel movimento, se ne senti il bisogno. Cerca di lasciare che il respiro ti conduca dentro la confusione e lascia che il farmaco agisca mentre respiri e ti accompagna attraverso l'esperienza."

Partecipante: *“Se non vi dispiace, potreste ricordarmi di respirare? Darmi solo un piccolo segnale per respirare.”*

Terapeuta: “Che ne dici se ti tocco la spalla per ricordartelo? Ricorda le parole: “Non anticipare il farmaco.” Lascia che sia il farmaco a portarti dove hai bisogno di andare.”

In molti casi, è sufficiente riportare l'attenzione al corpo, chiedendo informazioni sull'esperienza fisica nel momento presente e incoraggiando il partecipante a permettere movimenti o espressioni spontanee, affinché si verifichino ulteriori scoperte e il rilascio di tensioni o blocchi corporei. Se è necessaria un'ulteriore facilitazione, l'approccio specifico varierà in base alla formazione e all'esperienza dei terapeuti, ma dovrà sempre essere presentato come un suggerimento o un invito a un'ulteriore esplorazione, piuttosto che come un'istruzione o un requisito.

Se il partecipante “resiste” a un suggerimento, è importante riconoscere che probabilmente tale resistenza non è deliberata, né necessariamente consapevole, e che di solito è preferibile accettare e seguire la direzione che egli prende, piuttosto che sfidare ulteriormente o interpretare la resistenza in quel momento. Un'eccezione a questo approccio si verifica quando una persona sembra evitare ripetutamente un determinato contenuto. In una situazione del genere, se il terapeuta

decide di affrontare direttamente la resistenza, ciò dovrebbe avvenire con delicatezza, come un'esplorazione collaborativa, nel rispetto del fatto che l'intento sottostante a un meccanismo di difesa è l'autoprotezione. Come in altre terapie, l'approccio dovrebbe essere quello di gestire la resistenza stessa, piuttosto che cercare di aggirarla o forzarla. Con un approccio delicato e minimamente direttivo, e con il tempo necessario, è probabile che il partecipante torni spontaneamente sull'argomento nel corso della stessa seduta o in successive sessioni assistite da MDMA o negli incontri di follow-up integrativo.

Partecipante: *"Mi sono appena resa conto che ogni volta che iniziavo a pensare a quel momento al posto di blocco, decidevo di andare in bagno. Ora sono pronta a parlarne."*

A questo punto, il partecipante può avere intuizioni preziose sia riguardo alla resistenza sia rispetto alla problematica sottostante. Si tratta di una situazione in cui vi è spazio per la flessibilità dell'intuizione e del giudizio clinico dei terapeuti. Le intuizioni formulate spontaneamente tendono a essere di maggiore beneficio; tuttavia, talvolta un intervento orientativo da parte del terapeuta può contribuire a creare un'importante opportunità di guarigione. È fondamentale trovare un buon equilibrio, privilegiando maggiormente l'autodirezione rispetto alla direzione fornita dai terapeuti.

I terapeuti devono riconoscere e prestare attenzione sia ai processi psicologici sottostanti del partecipante sia all'esperienza indotta dal farmaco. Tale responsabilità implica sostenere il partecipante nell'elaborazione degli effetti negativi del trauma e, simultaneamente, supportare gli effetti di attenuazione e apertura favoriti dall'MDMA. La presenza dei terapeuti e gli effetti del farmaco possono offrire un senso di sicurezza, mentre le barriere percettive del partecipante si attenuano, consentendo un maggiore accesso a ricordi, pensieri ed emozioni con maggiore chiarezza, compassione e senso di connessione interpersonale. Esempio illustrativo:

Partecipante: *"A volte mi sento così distaccata dalla mia famiglia. A volte non mi sento nemmeno la mamma di Aileen. Semplicemente non c'è... Non lo so."*

Terapeuta: "La derealizzazione assorbe tutta la tua attenzione."

Partecipante: *"La mia percezione è alterata."*

Terapeuta: "Questo è un momento sicuro per osservare più da vicino la tua esperienza. Prova a concentrarti sulla tua esperienza, invece di dirigerla verso l'esterno o di limitarti a "resistere" e andare avanti. Sembra che oggi stiano emergendo diversi strati collegati non solo allo stupro, ma anche alle esperienze precedenti. Il primo strato superficiale è la depersonalizzazione, quando quel velo è calato; sotto c'è l'autogiudizio e, ancora più in profondità, paura e rabbia. Ora è finalmente sicuro tornare a rivisitare tutto questo."

Partecipante: *(Respira dolcemente)*

Una maggiore sensibilità alle relazioni interpersonali e alle questioni legate all'intimità può permettere ai partecipanti di considerare in che modo i loro sintomi abbiano modificato o compromesso le relazioni con gli altri. Con questa prospettiva, i partecipanti sono maggiormente in grado di valutare le proprie relazioni interpersonali in modo realistico, senza giudicare sé stessi o gli altri in maniera eccessivamente severa. Esempio illustrativo:

Partecipante (durante una telefonata concordata con il marito della partecipante, verso la fine della seduta): *"Hai detto a Tom che lo amo?"*

Terapeuta: "No. Mi dispiace, mi è sfuggito, ma posso richiamarlo. È qualcosa che stai sentendo profondamente in questo momento?"

Partecipante: *"Sì, a un livello profondo, un sentimento profondo per tutto l'amore e la comprensione rispetto a ciò che sto attraversando e al fatto di non sapere come aiutarmi. È la mia anima gemella. Non so cosa farei senza di lui. L'amore profondo che sento in questo momento. Non lo sentivo da così tanto tempo."*

Una maggiore focalizzazione sulle relazioni interpersonali può essere benefica per i partecipanti che si sono distanziati dagli altri come modalità di adattamento al trauma o ai sintomi del PTSD. I sentimenti di fiducia interpersonale possono inoltre sostenere quei partecipanti che, dopo eventi traumatici, hanno sperimentato una mancanza di supporto da parte di persone significative. I terapeuti e il partecipante possono esplicitamente decidere di esplorare queste aree durante parte della sessione assistita da MDMA.

Nel corso della sessione assistita da MDMA, il partecipante può sperimentare intense reazioni emotive "negative", incluse sensazioni di perdita di controllo. Quando i terapeuti osservano che la sofferenza del partecipante interferisce con la sua capacità di rimanere focalizzato sull'esperienza interiore, intervengono incoraggiandolo a restare presente ai livelli emotivi più profondi, comprese le emozioni disturbanti, e ad avere fiducia nel fatto che sia sicuro affrontare l'esperienza. Gli ricordano che, in questo contesto di sostegno, non solo è sicuro, ma anche benefico sperimentare la paura di perdere il controllo e sperimentare il rilassamento del bisogno di controllo, senza essere realmente fuori controllo o in pericolo. Incoraggiano il partecipante ad abbandonare il controllo e a vivere ed esprimere pienamente le proprie emozioni, inclusa l'eventuale paura di perdere il controllo. L'intervento dei terapeuti può assumere le seguenti forme:

- Introduzione di esercizi di respirazione precedentemente praticati (ad es. "usa il respiro per restare nell'esperienza, respira dentro ciò che stai vivendo").
- Affermazioni verbali volte ad assicurare il partecipante che si trova in un luogo sicuro e che ciò che sta emergendo fa parte del processo di guarigione.
- Incoraggiamento a parlare delle proprie emozioni o a esprimerle in altro modo (ad es. pianto, urla o altri suoni): "Lascia uscire le lacrime" oppure "Lascia che quei suoni emergano."
- Tenere la mano del partecipante o offrire altre forme di contatto rassicurante.

Durante i momenti difficili, uno o entrambi i terapeuti possono offrire un contatto di sostegno (qualora culturalmente e personalmente accettabile per il partecipante), chiedendo il consenso (ad es. "Vorresti che ti tenessi la mano?").

In questo modo, i terapeuti aiutano il partecipante a rimanere in contatto con esperienze emotive intense, incluse paura, ansia, vergogna, senso di colpa, ecc., anziché cercare di sopprimerle o evitarle. Ricordano inoltre che si tratta di una progressione naturale del processo terapeutico, che implica l'aprirsi e attraversare territori interiori che in precedenza il partecipante può aver temuto o non essere stato in grado di affrontare pienamente.

Terapeuta: "Ti incoraggio a restare il più possibile presente in quella confusione (sensazione di blocco, paura, ecc.), a sentirla il più pienamente possibile e a esprimerla in qualunque modo emerga."

Si consideri il seguente esempio di accompagnamento del partecipante in un'esperienza difficile:

Partecipante: *(Respiri profondi) "Paura."*

Terapeuta: "Paura. "Dove la senti nel corpo?"

Partecipante: *"Nel petto. Faccio fatica a respirare, è una paura soffocante."*

Terapeuta: "Ci sono immagini o contenuti associati a questa sensazione?"

Partecipante: *"No, solo una paura radicata. Solo quella sensazione di qualcosa che non va. È semplicemente sbagliata. Non so come spiegarla. È come quella sensazione di "ti tolgono il vento dalle vele" ... quella paura soffocante, travolgente, terrore, una paura incontrollabile e impotente." (Piange)*

Terapeuta: "Io interpreterei questo come qualcosa che hai portato dentro di te e che ora sta emergendo per essere espresso e guarito."

Partecipante: *"È strano. Il mio corpo sa che sono al sicuro, ma la mia mente non vuole saperlo. È una combinazione strana: la mia mente dice una cosa al corpo, e il corpo risponde 'NO', ma la mente rimane lì, proprio lì ... è come se qualcuno mi stesse gettando una coperta bagnata addosso. È così soffocante. Sai che non riesci a respirare ... solo paura."*

Terapeuta: "Ricorda il tuo respiro. Siamo qui con te."

Spesso l'invito a focalizzarsi all'interno di sé e/o a portare consapevolezza al corpo e al respiro è sufficiente per permettere al partecipante di restare con un'esperienza difficile e, alla fine, attraversarla fino a raggiungere nuove intuizioni e una sensazione di liberazione, apertura e rilassamento del corpo. In caso contrario, i terapeuti possono proporre un lavoro corporeo mirato come ulteriore catalizzatore del processo.

Terapeuta: "Un'opzione per lavorare su questa sensazione sarebbe lavorare con quella zona del tuo corpo. È totalmente opzionale e, se decidi di farlo, lo faremo senza alcun obiettivo, senza cercare di far succedere qualcosa, solo per vedere se c'è qualcosa che il tuo corpo vuole fare o liberare. E puoi sempre dire "stop" in qualsiasi momento."

Spesso i partecipanti hanno immagini vivide che possono rappresentare qualche aspetto del loro processo di guarigione. Si considerino i seguenti esempi:

- *"Mi sono sentita profondamente connessa ai sentimenti dolorosi dei traumi mentre li vedevo passare in sfere, ma non mi ha causato ansia. Ho sentito una profonda tristezza nel cuore, [piangendo], ma anche una grande gioia perché stavo guarendo e lasciando andare."*
- *"È come se, ogni volta che entro dentro di me, vedo dei fiori e ne scelgo uno, e quello è l'aspetto su cui lavorare dopo. Ci sono cose difficili da affrontare, ma ogni volta che le attraversi, ti senti molto meglio."*
- *"È come se ci fossero state delle corde legate intorno a me e ora si stanno allentando."*
- *"Sono un grande mucchio di concime che si compone e si trasforma in un terreno ricco e fertile. È il momento perfetto per la pioggia. Sono un convertitore, sono la terra, sono. Foglie, pioggia, anche pioggia acida mi colpiscono, e ho un ecosistema potente, tutto può essere assorbito. Quello che stiamo facendo qui è trasformare il compost."*
- *"Vedo enormi porte bianche con splendide vetrate bianche, così grandi e pesanti, ma un maestro le ha progettate in modo da poterle aprire con una mano. Sono leggere solo senza la paura. Molto interessante! Se mi avvicino con tutte le paure, mi indebolisco. Sto prendendo quelle paure da diverse parti del corpo, le guardo e dico "va bene, ma ti lascio qui". La paura mi è servita una volta, ma ora non più per attraversare queste porte."*

5.4 Parte finale della sessione di psicoterapia assistita da MDMA

Quando gli effetti dell'MDMA iniziano ad attenuarsi, i terapeuti possono parlare con il partecipante in modo più approfondito di ciò che ha vissuto durante la sessione. I terapeuti chiedono se il partecipante desidera fornire un feedback più dettagliato sul proprio stato emotivo e psicosomatico [16].

Tuttavia, non dovrebbe esserci alcuna pressione in tal senso in questo momento; questa condivisione può essere rimandata alle sessioni di follow-up.

Terapeuta: "Non c'è alcuna pressione a parlare adesso, ma vogliamo darti l'opportunità di condividere maggiori dettagli se senti che è il momento di farlo. A volte le persone hanno la sensazione che sia meglio custodire l'esperienza nel silenzio fino a un altro giorno, mentre altre trovano utile parlarne già in questo momento."

I terapeuti incoraggiano il partecipante a riflettere sull'esperienza e ad accettarne la validità, comprese eventuali nuove intuizioni emerse. Se il partecipante esprime rimpianti o autocritiche rispetto a quanto accaduto durante la sessione sperimentale, i terapeuti lo aiutano a normalizzare tali vissuti e forniscono rassicurazione. Esempio illustrativo:

Terapeuta: "Oggi hai affrontato e parlato di molte esperienze difficili in modi che prima non ti erano possibili. È davvero importante per il tuo processo di guarigione che tu l'abbia fatto, è sicuramente un aspetto positivo, ed è anche del tutto comprensibile che possano emergere ripensamenti o giudizi mentre l'effetto del farmaco svanisce, cosa comune in chi svolge questo tipo di lavoro. Parte del nostro ruolo è aiutarti a elaborare anche questi pensieri e sentimenti e rispettare il fatto che alcune parti di te possano non fidarsi ancora pienamente della validità dell'esperienza. Fa parte del processo. Tu come la vedi? È stata un'esperienza autentica o solo un'esperienza indotta dal farmaco, non realmente valida o reale?"

Partecipante: *"No, è stata un'esperienza reale. È stata la mia esperienza. Il farmaco l'ha resa possibile, ma era la mia esperienza."*

Se il partecipante riferisce dolore fisico, tensione, ansia o altri segni di disagio, i terapeuti possono ricorrere al lavoro corporeo mirato (cfr. Sezione 6.3 Lavoro corporeo mirato durante l'integrazione).

Quando il disagio emotivo del partecipante persiste verso la fine della sessione e non riesce a elaborare e attraversare spontaneamente un'esperienza difficile, possono essere utili i seguenti passaggi. Nella maggior parte dei casi, tali passaggi dovrebbero essere adottati in sequenza, procedendo al successivo solo se necessario:

1. Chiedere: "Di cosa sei consapevole nel tuo corpo?" Questa domanda aiuta il partecipante a diventare consapevole del legame tra emozioni disturbanti ed eventuali manifestazioni somatiche. Stabilire questo collegamento e suggerire di "Respirare in quell'area e lasciare che l'esperienza si dispieghi" può rappresentare l'unico intervento necessario.
2. Incoraggiare il partecipante a "Usare il respiro per restare il più possibile presente a questa esperienza. Vai dentro di te e lascia che la tua intelligenza interiore di guarigione lavori su questo." Se il partecipante è ancora sotto l'effetto dell'MDMA, si può aggiungere: «Il farmaco ti aiuterà in questo.»
3. Se il partecipante è particolarmente agitato (ansia evidente, movimenti sul materassino, apertura degli occhi), può essere utile tenergli la mano oppure appoggiare delicatamente una mano sul braccio, sul torace, sulla schiena o su un'area in cui sta sperimentando dolore, tensione o altri sintomi fisici. Questo contatto rassicurante può offrire sicurezza e aiutare a riportare l'attenzione sull'esperienza interiore, ma dovrebbe essere attuato solo con il consenso del partecipante.

4. Chiedere: "Ci sono contenuti specifici (immagini, ricordi o pensieri) che stanno emergendo insieme a queste emozioni?" In caso affermativo, i terapeuti possono incoraggiare un'ulteriore elaborazione verbale. L'opportunità di mettere l'esperienza in parole può essere di per sé terapeutica, soprattutto in questo contesto sicuro. Questo momento può inoltre rappresentare un'apertura per aiutare il partecipante a esplorare i collegamenti tra i sintomi attuali e le esperienze traumatiche passate, nonché un'opportunità per iniziare a collocare tali esperienze in una prospettiva più ampia all'interno della sua vita attuale.
5. Dopo questa fase di condivisione verbale, così come periodicamente durante la sessione, incoraggiare il partecipante a "tornare dentro", ovvero a focalizzarsi nuovamente sulla propria esperienza interiore.
6. Se il partecipante continua a manifestare o esprimere disagio emotivo, tensione somatica o dolore, può essere indicato un lavoro corporeo di natura più mirata, in base alla formazione e all'esperienza dei terapeuti in quest'ambito.

5.5 Conclusione della sessione di psicoterapia assistita da MDMA

Quando la sessione assistita da MDMA volge al termine, il partecipante può invitare una persona importante nella stanza di consultazione affinché partecipi al processo di integrazione. Tale visita dovrebbe essere discussa e pianificata con largo anticipo rispetto alla sessione assistita da MDMA. I terapeuti dovrebbero incontrare il partecipante e la persona importante per valutare la qualità della relazione e il livello di capacità della persona importante di offrire un sostegno adeguato, senza assumere un atteggiamento direttivo o intrusivo. Se vi sono ragioni per ritenere che una visita in questo momento possa interferire, piuttosto che sostenere, il processo di integrazione, i terapeuti dovrebbero sconsigliare il contatto con la persona importante fino al giorno successivo.

Qualora venga invitata una persona importante, dovrebbe essere stabilito che attenderà nella sala d'attesa fino a quando uno dei terapeuti non la inviterà a entrare. Se, come talvolta accade (sebbene non sia la norma), la persona importante è stata invitata prima che gli effetti dell'MDMA si siano in gran parte attenuati, il partecipante dovrebbe essere preparato ad attendere finché lui e i terapeuti non ritengano opportuno farla entrare nella stanza della sessione. Il partecipante dovrebbe essere incoraggiato a non prenderla sul piano personale qualora, a causa dell'andamento della sessione, l'ingresso avvenga più tardi del previsto. All'arrivo della persona importante, uno dei terapeuti (previo consenso del partecipante) dovrebbe incontrarla brevemente fuori dalla stanza della sessione per spiegare le condizioni attuali del partecipante, raccogliere eventuali domande o preoccupazioni e valutare la sua capacità di essere empaticamente presente con il partecipante nel suo stato mentale attuale. Esempio illustrativo:

Terapeuta (fuori dalla stanza della sessione, con il marito della partecipante, arrivato 4 ore dopo la somministrazione dell'MDMA): "Salve, grazie per essere venuto. Sta vivendo una sessione molto positiva e intensa. Desidera che lei entri, ma vuole prima che io raggiunga un accordo con lei. Comprenderà perfettamente anche se decidesse di non poter dare questo consenso e le starà bene qualunque sua decisione. Vorrebbe parlarle più approfonditamente degli abusi subiti, ma teme che lei possa affrontare o fare del male al suo aggressore. È per questo che in passato non ne ha parlato più diffusamente con lei. Vorrebbe quindi sapere se è disposto ad accordarsi sul fatto che, qualunque cosa venga a sapere, non agirà in quel modo. Comprendiamo pienamente se non se la sente di garantire sinceramente questo impegno, e anche lei può capirlo. Possiamo inoltre comprendere se non si sente pronto ad ascoltare ulteriori dettagli sugli abusi, perché sono certo che sarà difficile da sentire. Vorremmo che fosse davvero onesto rispetto a ciò che può accettare e a ciò che si sente di fare."

Persona importante (dopo un momento di riflessione): "Posso accettare questa condizione. So che sarebbe utile per entrambi smettere di evitare l'argomento. Ho evitato di sollevarlo perché pensavo che lei non volesse parlarne."

La persona importante e il partecipante hanno poi avuto una conversazione molto fluida riguardo agli abusi. Sono riusciti a parlare e ad ascoltarsi reciprocamente con empatia e comprensione, nonché a elaborare i rispettivi vissuti in modo altamente terapeutico.

Verso la fine della sessione, i terapeuti discutono con il partecipante e con la persona importante alcuni degli effetti successivi all'esperienza con MDMA e ciò che ci si può attendere nel tempo, man mano che il processo di guarigione si dispiega. Questo può essere un momento opportuno per rivedere insieme le modalità con cui possono sostenersi reciprocamente in questa fase.

Il partecipante rimane per la notte nella struttura terapeutica, accompagnato da un assistente formato. Può essere data al partecipante la possibilità che anche la persona importante rimanga. Sia il partecipante sia l'assistente dispongono di un mezzo per contattare i terapeuti. I terapeuti sono reperibili telefonicamente e possono rientrare in clinica qualora venga richiesto dal partecipante o dall'assistente.

I terapeuti prendono in considerazione i parametri fisiologici (pressione arteriosa, frequenza cardiaca e temperatura corporea), insieme al livello di disagio auto-riferito e allo stato mentale del partecipante, per formulare un giudizio clinico in merito alla sua stabilità e alla progressiva attenuazione degli effetti del farmaco. Se il partecipante manifesta un disagio emotivo residuo, i terapeuti utilizzano il proprio giudizio clinico per valutarne l'intensità e determinare quali interventi adottare. Nella maggior parte dei casi, l'intervento appropriato consisterà nel consentire al partecipante di esprimere i propri vissuti e nell'aiutarlo a comprendere l'importanza di tali emozioni nel processo complessivo di guarigione. I terapeuti lasciano la clinica solo dopo aver concluso che il partecipante è emotivamente e clinicamente stabile e che la maggior parte degli effetti dell'MDMA si è attenuata.

Il partecipante deve essere informato che, sebbene gli effetti acuti dell'MDMA siano cessati, gli effetti della sessione assistita da MDMA continuano inevitabilmente a dispiegarsi nelle ore e nei giorni successivi. Spesso il partecipante viene incoraggiato a scrivere della propria esperienza e/o a realizzare elaborati artistici con i materiali forniti, come modalità per continuare a esplorare ed esprimere l'esperienza in evoluzione. Viene inoltre incoraggiato a prestare attenzione ai sogni e ad annotare quelli ricordati nei giorni successivi alla sessione. Il partecipante viene rassicurato sul fatto che i terapeuti continueranno a fornire sostegno e aiuto nell'elaborazione e nella risoluzione di eventuali difficoltà. Prima di congedarsi, i terapeuti possono ripassare e far esercitare al partecipante le tecniche di rilassamento e di auto-consolazione insegnate nelle sessioni introduttive. Qualora il disagio del partecipante non si riduca in misura sufficiente con le misure sopra descritte, i terapeuti dovrebbero considerare l'impiego di lavoro corporeo mirato. Un "farmaco di salvataggio" può essere somministrato nel caso in cui persista un'ansia significativa e tutti gli altri interventi non siano riusciti a ridurla a un livello tollerabile.

Se tutti i tentativi di ridurre il disagio del partecipante risultano inefficaci e il partecipante rimane gravemente ansioso, agitato, a rischio di autolesionismo o suicidio, oppure presenta un'instabilità psicologica significativa al termine di un periodo di stabilizzazione di 2 ore, i terapeuti possono optare per una delle seguenti tre opzioni:

1. Uno o entrambi i terapeuti possono rimanere con il partecipante fino a quando non sia stabile.
2. I terapeuti possono incontrare il partecipante quotidianamente fino al superamento del periodo di destabilizzazione.
3. Il partecipante può essere ricoverato fino al raggiungimento di una condizione di stabilità.

L'opzione del ricovero dovrebbe essere presa in considerazione solo in condizioni estreme, dopo aver tentato tutte le altre alternative praticabili. È probabile che il ricovero sia indicato solo molto raramente e generalmente solo qualora l'individuo presenti una significativa disorganizzazione clinica, sia incapace di prendersi cura di sé o rappresenti un potenziale pericolo per sé o per gli altri.

In assenza della necessità di ulteriori trattamenti o interventi da parte dei terapeuti, il partecipante trascorre il resto della serata e la notte in una stanza privata e confortevole presso la clinica o gli studi dei terapeuti. Durante questo tempo è presente un assistente, che dispone di una stanza separata per il riposo. L'assistente può fungere da ascoltatore imparziale ed empatico, se richiesto, ma il suo ruolo principale è quello di figura di supporto e di monitoraggio dello stato mentale e fisico del partecipante. Gli assistenti devono essere in grado di rimanere presenti alle emozioni altrui senza diventare essi stessi emotivamente reattivi. Viene loro richiesto di rispettare l'eventuale desiderio del partecipante di trascorrere del tempo in silenzio e in solitudine, oppure di ascoltare con atteggiamento compassionevole qualora il partecipante desideri parlare. Non devono interpretare le esperienze del partecipante né assumere un ruolo terapeutico. Gli assistenti provvedono ai bisogni del partecipante in termini di cibo e bevande e offrono compagnia, sedendosi accanto a lui o facendo una passeggiata insieme, in base ai suoi desideri. L'assistente contatta i terapeuti qualora, in qualsiasi momento, il partecipante sembri sperimentare un disagio eccessivo.

Il partecipante può trascorrere del tempo al chiuso o all'aperto, purché l'addetto sia nelle vicinanze. Tuttavia, viene incoraggiato a riposare, riflettere sull'esperienza appena vissuta e integrarla in un ambiente tranquillo.

Sebbene la psicoterapia assistita da MDMA conduca spesso a un miglioramento o alla risoluzione dell'insonnia secondaria al PTSD, è piuttosto comune che i partecipanti abbiano difficoltà ad addormentarsi nella notte successiva alla sessione assistita da MDMA, in parte a causa degli effetti residui di tipo anfetaminico dell'MDMA. È ragionevole che il medico responsabile prescriva un sedativo/ipnotico, come lo zolpidem o una benzodiazepina, qualora il partecipante lo desideri e non vi siano controindicazioni.

Una sessione di integrazione di follow-up ha luogo la mattina successiva a ciascuna sessione assistita da MDMA.

Il terapeuta principale, in consultazione con il medico supervisore, è responsabile dell'eventuale esclusione dal protocollo di qualsiasi partecipante che abbia manifestato, durante la prima sessione assistita da MDMA, una risposta fisiologica o emotiva sufficientemente avversa tale da rendere una sessione successiva un rischio inaccettabile.

Qualora durante o dopo la prima sessione assistita da MDMA si verifichi un attacco di panico particolarmente grave o un'altra reazione psicologica problematica (ad es. ideazione suicidaria), i terapeuti decideranno se il partecipante debba o meno proseguire con una seconda sessione assistita da MDMA come previsto dal protocollo. Tale decisione dovrebbe essere presa solo dopo un'attenta valutazione nel corso delle sessioni di follow-up e successivamente spiegata e discussa in modo approfondito con il partecipante. In molti casi, qualora il partecipante sia disponibile, può essere terapeuticamente vantaggioso procedere con un'ulteriore sessione assistita da MDMA come

elaborare e risolvere le cause sottostanti dell'ansia, piuttosto che rafforzare l'idea che tali esperienze debbano essere evitate.

5.6 Sessioni successive di psicoterapia sperimentale assistita da MDMA

Salvo la presenza di complicanze mediche o psicologiche insorte durante la prima sessione, tutti i partecipanti sono eleggibili per una o più sessioni aggiuntive di psicoterapia assistita da MDMA, in conformità con il protocollo dello studio. Ai partecipanti dovrebbe essere richiesto di discutere i propri pensieri e sentimenti in merito alla scelta di sottoporsi o meno a un'ulteriore sessione. Anche i terapeuti dovrebbero esprimere la propria opinione circa l'opportunità di proseguire. La decisione del partecipante riguardo alla prosecuzione del trattamento viene rispettata, a meno che i terapeuti non abbiano motivazioni prevalenti di sicurezza tali da richiederne l'esclusione.

Generalmente, per i partecipanti ai quali viene offerta più di una sessione assistita da MDMA, le sessioni si svolgono a distanza di diverse settimane l'una dall'altra. Tutti i principi e le procedure applicabili alla prima sessione assistita da MDMA si applicano anche alle sessioni successive, sebbene nelle sessioni successive le spiegazioni iniziali e i promemoria possano essere più brevi. Nella preparazione alle sessioni successive, i terapeuti dovrebbero inoltre chiedere ed esplorare eventuali intenzioni che il partecipante possa avere rispetto alla sessione imminente, sulla base delle esperienze maturate nella/e sessione/i precedente/i. In accordo con tali intenzioni esplicitate, terapeuti e partecipante possono stabilire che i terapeuti ricorderanno al partecipante un tema che desidera approfondire, lo aiuteranno a notare eventuali evitamenti di specifici argomenti e potranno essere pronti a utilizzare o ad astenersi dal ricorrere al lavoro corporeo mirato, secondo quanto concordato. Dopo aver riconosciuto e discusso tali intenzioni, il partecipante dovrebbe essere incoraggiato anche a "mantenere le intenzioni con leggerezza", vale a dire a non assumere un atteggiamento eccessivamente direttivo o controllante nei confronti della propria esperienza.

Terapeuti e partecipante dovrebbero impegnarsi a trovare un equilibrio tra l'utilizzare quanto appreso dall'esperienza precedente e il cogliere l'opportunità di costruirvi sopra, da un lato, e il mantenere in gran parte la "mente del principiante", rimanendo aperti al naturale dispiegarsi dell'esperienza successiva, dall'altro. Esempio illustrativo:

Partecipante: *"Dopo la prima sessione mi sono sentito così bene e tutta la mia visione delle cose era cambiata. Immagino che per la maggior parte lo sia ancora."*

Terapeuta: "L'ultima volta hai detto che desideravi affrontare in modo più specifico il tema del trauma. Ti senti ancora così?"

Partecipante: *"Oh sì. Credo che sia proprio questo a rendermi così nervoso."*

Terapeuta: "Per quanto riguarda il modo in cui potremmo avvicinarci al tema del trauma ... Hai qualche idea su come vorresti che ciò avvenisse?"

Partecipante: *"Tutto quello che posso dirle è che non sono il tipo che gira intorno alle cose."*

Terapeuta: (Ride)

Partecipante: *"La schiettezza di solito è la cosa migliore. Non riesco a pensare a un modo particolarmente efficace per affrontarlo. Voglio dire... non saprei, faccia pure come ritiene opportuno."*

Terapeuta: "Ti sento quando dici che preferisci non girare intorno alle cose. È una qualità che apprezzo. Credo sia utile trovare un equilibrio tra lasciare che l'esperienza emerga nel modo in cui naturalmente tende a emergere per te, se ciò accade, e guidarla con delicatezza in quella direzione,

in accordo con la tua intenzione, qualora fosse necessario. Probabilmente, come l'ultima volta, attenderemo un po' e, se dopo circa un'ora non avrai fatto il punto con noi, saremo noi a farlo con te."

Partecipante: "*Va bene.*"

Le sessioni successive di psicoterapia assistita da MDMA hanno il potenziale di facilitare un'esperienza emotiva più profonda per diversi fattori:

- un'alleanza terapeutica già consolidata
- la familiarità con la struttura e la natura della sessione assistita da MDMA
- l'esperienza diretta degli effetti dell'MDMA
- una maggiore apertura all'esplorazione ulteriore

Il processo attivato durante la prima sessione assistita da MDMA, insieme al lavoro terapeutico svolto nelle sessioni di follow-up senza farmaco, può aiutare il partecipante a sviluppare una fiducia più profonda nel processo in vista delle sessioni successive. Grazie alla sensazione più solida di fiducia e familiarità, è probabile che il partecipante riesca a oltrepassare ulteriormente le proprie difese.

6.0 Conduzione delle sessioni di follow-up integrative

Gli obiettivi ultimi della psicoterapia assistita da MDMA sono l'eliminazione della sintomatologia e il raggiungimento di un miglioramento del livello di benessere e di funzionamento globale. Il processo volto al conseguimento di tali obiettivi prosegue ben oltre le sessioni assistite da MDMA ed è sostenuto dalle sessioni di integrazione successive. L'importanza dell'integrazione viene sottolineata già durante le sessioni introduttive di terapia, quando partecipante e terapeuti discutono la probabile traiettoria del processo terapeutico. Le sfide proprie della fase di integrazione consistono nel facilitare la prosecuzione dell'elaborazione emotiva e nell'affrontare eventuali difficoltà che emergono man mano che l'esperienza della sessione continua a dispiegarsi, aiutando al contempo il partecipante ad applicare alla vita quotidiana i benefici acquisiti durante le sessioni assistite da MDMA. Tali benefici possono includere insight e nuove prospettive di valore, un ampliamento della gamma emotiva, una maggiore resilienza e un approfondimento delle competenze interpersonali. I terapeuti aiutano il partecipante a integrare tutti gli aspetti dell'esperienza terapeutica in una nuova relazione con sé stesso, con gli altri e con la propria storia traumatica. Questa fase del trattamento mira a ricomporre tali elementi in modo coeso e armonico.

Poiché è difficile prevedere quante difficoltà un determinato partecipante possa incontrare nel processo di integrazione, è importante mantenere un'attenzione vigile rispetto a possibili problematiche, quali vissuti di vergogna e autocritica per aver rivelato segreti, oppure cambiamenti complessi nelle relazioni e nei sistemi familiari man mano che il partecipante guarisce e si trasforma. Al contempo, i terapeuti dovrebbero restare aperti alla possibilità di un'integrazione agevole, che richieda un intervento minimo oltre all'ascolto empatico e alla condivisione di un apprezzamento per il percorso di guarigione e crescita del partecipante. È pertanto fondamentale che i terapeuti mantengano flessibilità nel rispondere ai bisogni specifici di ciascun partecipante.

6.1 Ruolo del terapeuta durante il follow-up integrativo

Durante le sessioni di integrazione successive, i terapeuti sono presenti per rispondere a eventuali domande del partecipante e per offrire sostegno e incoraggiamento mentre egli/elabora le risposte emotive e le nuove percezioni emerse dalla sessione assistita da MDMA. I terapeuti adottano una postura di supporto e validazione rispetto all'esperienza del partecipante. Lo aiutano inoltre

ad approfondire e sviluppare ulteriormente nuovi insight relativi al trauma, nuove prospettive sulla vita e sulle relazioni, cambiamenti nella relazione con le proprie emozioni e il superamento di schemi di pensiero e reazioni ormai non più funzionali. Viene discusso il significato dei ricordi, dei pensieri, dei vissuti emotivi e degli insight sperimentati durante le sessioni assistite da MDMA, nonché le modalità attraverso cui tale nuovo significato potrà tradursi nella vita quotidiana. I terapeuti possono offrire insight o interpretazioni sull'esperienza del partecipante, ma ciò dovrebbe avvenire con parsimonia.

I partecipanti dovrebbero essere incoraggiati a esercitare il proprio giudizio nel valutare se eventuali osservazioni dei terapeuti rispecchiano o meno la loro esperienza, applicando il proprio discernimento rispetto a ciò che può risultare pertinente e utile per comprendere quanto vissuto.

I terapeuti incoraggiano il partecipante a dedicare tempo, nella vita quotidiana, alla riflessione sulle sessioni assistite da MDMA, al fine di integrare gli elementi significativi dell'esperienza non ordinaria nella coscienza ordinaria. A tal fine possono suggerire modalità quali:

- ascoltare la musica utilizzata durante le sessioni
- ascoltare registrazioni audio o video delle sessioni assistite da MDMA
- praticare tecniche di respirazione
- disegnare
- cantare
- danzare
- praticare yoga
- svolgere attività fisica
- trascorrere tempo in natura
- dipingere o dedicarsi ad altre forme di espressione creativa

Il ricorso ad attività creative per richiamare e consolidare ricordi, pensieri, emozioni o insight emersi nelle sessioni assistite da MDMA può fornire al partecipante un nuovo insieme di strategie di adattamento, utili a ristrutturare cognizioni ansiogene e reazioni agli stimoli ambientali correlati al trauma. I terapeuti incoraggiano tali attività affinché la ristrutturazione emerga dal processo di pensiero del partecipante, dall'elaborazione emotiva in corso e dalla continua auto-esplorazione. In questo modo, la chiarezza di pensiero e la capacità di elaborare in modo sicuro ed efficace emozioni difficili — catalizzate dalle sessioni assistite da MDMA — possono fungere da modelli di esperienza correttiva, accessibili nella vita quotidiana.

6.2 Sessioni di follow-up integrative

Il processo di integrazione inizia con una prima sessione di follow-up integrativo della durata di 90 minuti, programmata per la mattina successiva alla prima sessione sperimentale. Tale incontro offre l'opportunità di discutere l'esperienza del partecipante durante la sessione sperimentale e di elaborare eventuali pensieri o vissuti emotivi emersi successivamente, incluse eventuali reazioni difficili quali ansia o autocritica. Dopo la sessione iniziale vengono programmate ulteriori sessioni di integrazione prima della successiva sessione assistita da MDMA o prima dell'ingresso nella fase di follow-up a lungo termine. È inoltre prevista

una settimana di brevi contatti telefonici quotidiani, finalizzati a valutare il benessere generale del partecipante e l'eventuale necessità di un maggiore contatto con i terapeuti prima dell'appuntamento successivo.

Durante le sessioni di follow-up integrativo, i partecipanti dovrebbero essere invitati — ma non obbligati — ad approfondire alcuni dettagli della propria esperienza durante la sessione sperimentale, a portare l'attenzione su eventuali insight o cambiamenti emotivi intervenuti e a considerare come tali trasformazioni possano essere integrate nella vita quotidiana. Ogni sessione di integrazione dovrebbe iniziare con un invito rivolto al partecipante a parlare liberamente di ciò che in quel momento occupa la sua mente. L'obiettivo è garantire che sia l'esperienza del partecipante, e non l'agenda dei terapeuti, a orientare l'andamento della seduta. Dopo aver lasciato spazio sufficiente a questa esplorazione aperta i terapeuti possono valutare l'opportunità di indirizzare la sessione verso altre aree potenzialmente utili. I terapeuti facilitano un dialogo attivo e promuovono una condivisione dettagliata come mezzo per consentire ai partecipanti di:

- valutare come hanno tollerato la sessione assistita da MDMA e discutere il contenuto della stessa, nonché le risposte emotive, cognitive e fisiche ad essa associate. L'elaborazione include la discussione degli effetti sui sintomi del PTSD e l'individuazione di modalità per integrare le nuove percezioni e gli insight acquisiti.
- comprendere che l'esperienza catalizzata dalla sessione assistita da MDMA è verosimilmente destinata a continuare a dispiegarsi e a trovare risoluzione nei giorni o persino nelle settimane successive al trattamento. Tale dispiegarsi avviene spesso in “ondate” di ricordi, insight e/o emozioni, alcune delle quali possono essere rassicuranti e piacevoli, altre difficili e impegnative. È importante che il partecipante sia preparato a questo processo e si ritagli nella vita quotidiana il tempo necessario per accoglierlo e accompagnarlo.
- Elaborare eventuali stati di sofferenza emotiva o dilemmi cognitivi emergenti.
- Affrontare questioni relazionali e sviluppare strumenti per connessioni interpersonali sane.
- Introdurre il lavoro corporeo mirato nel percorso terapeutico qualora il partecipante sperimenti un disagio emotivo o somatico che non riesce a elaborare spontaneamente o attraverso il solo colloquio.
- Validare eventuali esperienze e insight positivi emersi durante la sessione sperimentale e aiutare il partecipante a riconnettersi a tali vissuti, continuando a trarne beneficio.
- Incoraggiare il mantenimento del contatto con il proprio sistema di supporto, preparandolo tuttavia alla possibilità che altre persone possano non comprendere la profondità delle sue esperienze e dei suoi insight. Per tale ragione, è opportuno esercitare discernimento nella scelta delle persone con cui condividere materiale così sensibile.
- Identificare eventuali controindicazioni alla successiva sessione assistita da MDMA.
- Discutere e rinforzare attività quali la scrittura riflessiva (tenere un diario), altre forme di espressione creativa, la meditazione, lo yoga o pratiche analoghe che, se svolte regolarmente nella vita quotidiana, favoriscono una qualità dell'attenzione funzionale al proseguimento del processo di guarigione e allo sviluppo dell'auto-consapevolezza.

I terapeuti ricordano al partecipante che dispone di due opzioni per affrontare pensieri, ricordi o vissuti emotivi disturbanti che possano persistere dopo la sessione assistita da MDMA. Una prima opzione consiste nel dedicare

intenzionalmente del tempo a sperimentarli il più pienamente possibile, sentendosi libero di contattare i terapeuti per ricevere supporto, qualora necessario. Un presupposto fondamentale di questo approccio è la prospettiva secondo cui ondate di esperienze difficili possono ripresentarsi per un certo periodo come parte integrante del processo di guarigione. Una seconda opzione consiste nell'utilizzare tecniche di rilassamento e centratura, quali la respirazione diaframmatica. Questa alternativa può essere scelta qualora una determinata situazione non consenta di adottare il primo approccio. In alcuni casi, un farmaco come una benzodiazepina può risultare utile; tuttavia, dovrebbe essere impiegato con parsimonia, come strumento temporaneo per gestire emozioni dolorose al fine di adempiere alle responsabilità quotidiane o di favorire un adeguato riposo e rilassamento, così da bilanciare il processo di elaborazione emotiva in corso. Le informazioni relative all'utilità del lavoro corporeo mirato e degli esercizi di respirazione possono essere riprese e rinforzate nelle sessioni di follow-up integrativo, sia in preparazione alla successiva sessione assistita da MDMA, sia come strumenti da utilizzare a domicilio. Esempio illustrativo:

Partecipante: *"Fondamentalmente, più ancora della fiducia che ho negli altri, è la fiducia che ho in me stesso a essere interessata, la capacità di riconoscere le mie risorse interiori ... e so che ci sono. È solo che, quando qualcosa ti scuote nel profondo, non puoi fare a meno di rimettere tutto in discussione. Mi sembra che mi stia bombardando da diverse direzioni e non so quale strada prendere o cosa fare."*

Terapeuta: "In un certo senso, la sta scuotendo nel profondo. E, in un certo senso, è proprio ciò che avevi chiesto." Partecipante: *(Ride) "È quello che ho ottenuto. Non era scritto nel dépliant."*

Terapeuta: "Non lo avevamo formulato esattamente in questi termini, ma credo che essere scossi nel profondo comporti anche il lasciare andare i vecchi modi di mantenere una falsa sensazione di controllo."

Partecipante: *(Sospira) "La derealizzazione passa mai?"*

Terapeuta: "Sì."

Partecipante: *"Sto cercando di allenare il mio cervello a godersela. Ho tutti questi strumenti. Devo solo ricordarmi di usarli."*

Un rafforzamento della fiducia interpersonale aiuta il partecipante a sviluppare ulteriormente la propria rete sociale di supporto. Una maggiore consapevolezza dell'intera gamma di pensieri ed emozioni legati al trauma conferisce al partecipante maggiore sicurezza nell'affrontare i propri vissuti, riducendo la probabilità di ricorrere all'ottundimento emotivo. Facendo affidamento sulle nuove prospettive acquisite durante la sessione assistita da MDMA, il partecipante può affrontare con maggiore fiducia situazioni che generano ansia e può sentirsi più a proprio agio nel chiedere sostegno alla propria rete di supporto.

I terapeuti possono utilizzare variazioni delle seguenti formulazioni, sempre nello spirito di offrire spunti di riflessione e nel rispetto del fatto che quanto proposto possa essere o meno pertinente per il singolo individuo:

- "Talvolta una delle sfide di questo tipo di terapia è che l'esperienza con MDMA può determinare cambiamenti significativi nel punto di vista o nei sistemi di credenze di una persona. Può risultare difficile conciliare questi cambiamenti con convinzioni precedenti, con gli atteggiamenti di altre persone nella sua vita o con quelli della società in generale. È qualcosa che hai notato anche tu?"
- "Poiché l'esperienza con MDMA è piuttosto unica, può essere difficile spiegarla agli altri. Può

essere doloroso se un'esperienza così importante viene fraintesa o giudicata dalle

persone nella tua vita. Può essere utile esercitare discernimento rispetto a come e quando parlare della propria esperienza."

- "Spesso, con l'aiuto dell'MDMA, le persone vivono insight molto significativi ed esperienze emotive correttive che contribuiscono a ridurre la paura e il pensiero giudicante. Il giorno successivo, talvolta la mente giudicante può riattivarsi e iniziare a dubitare della veridicità di queste esperienze; oppure possono emergere reazioni emotive che non si erano presentate durante la sessione assistita da MDMA. Questo può confondere o risultare destabilizzante, ma non significa che qualcosa sia andato storto o che stia perdendo i progressi ottenuti. È un aspetto comune di questo tipo di lavoro e del modo in cui il processo si dispiega. È molto utile riconoscerlo e parlarne, qualora stia vivendo qualcosa di simile. Fa parte del processo di guarigione e noi siamo qui per aiutarti a elaborarlo."
- "È molto comune che l'esperienza con MDMA continui a dispiegarsi per diversi giorni dopo la sessione. Spesso ciò avviene in modo rassicurante e fluido, ma talvolta può risultare più impegnativo. Lavorare con esperienze traumatiche in qualsiasi forma di psicoterapia, inclusa quella assistita da MDMA può temporaneamente intensificare alcuni sintomi. Questi vissuti possono presentarsi in ondate di emozioni o ricordi. Quando accade, si tratta di una parte del processo di guarigione e noi siamo qui per sostenerti nel lavorare con qualsiasi contenuto emerga dopo le sessioni assistite da MDMA. È importante informarci (e informare l'eventuale altro terapeuta) qualora dovessero presentarsi difficoltà di questo tipo."
- "Talvolta le persone sperimentano insight profondi e un senso di conforto e pace raramente o mai provati prima. È naturale desiderare di mantenerli. Quando alcuni vissuti dolorosi del passato riemergono, può essere vissuto come un fallimento o come la prova che non vi sia stata una reale guarigione. Può essere utile prevedere che emozioni dolorose possano ripresentarsi e che alcuni vecchi schemi di pensiero, sentimento e reazione possano temporaneamente riorganizzarsi, anche dopo averli osservati con grande chiarezza. Questo è un aspetto naturale del processo. L'esperienza con MDMA può aiutarti a riconoscere e abbandonare tali schemi più rapidamente, anche quando ci si trova nuovamente coinvolti. Le persone spesso ci dicono che essere in grado di ripensare all'esperienza può cambiare il loro rapporto con queste emozioni dolorose."
- "Può essere utile scrivere della tua esperienza con MDMA e dei pensieri e vissuti emersi successivamente. Idealmente, la scrittura dovrebbe essere rivolta a sé stesso, senza l'intenzione di dividerla con altri; tuttavia, se desideri portarla in seduta, può essere uno strumento prezioso. Può inoltre essere utile riascoltare le registrazioni della sessione in relazione a questo lavoro."
- "Può essere utile annotare i sogni e portarli in seduta per discuterne. Per alcune persone, l'MDMA rende i sogni più vividi e significativi."
- "Possiamo suggerirle alcuni testi che affrontano tematiche affini alle esperienze di cui stai parlando."
- "Se dopo la sessione assistita da MDMA emergono numerosi vissuti emotivi o immagini, è importante concedersi tempo e spazio per esplorarli quando dispone di energia sufficiente; tuttavia, può essere altrettanto importante metterli temporaneamente da parte quando hai altre responsabilità o necessita di una pausa. Può essere utile annotare brevemente ciò che stai accantonando, riconoscendo che ci tornerai successivamente, in terapia o autonomamente. Attività quali bagni caldi, passeggiate nella natura, esercizio

fisico, giardinaggio, attività domestiche, un'alimentazione nutriente o il gioco con un animale domestico possono favorire un radicamento nel presente."

- "Se permangono tensioni corporee, pratiche come lo yoga o un massaggio possono risultare utili."
- "Non si tratta di una situazione del tipo "nessun risultato senza sofferenza." Talvolta attraversare ondate di emozioni e ricordi dolorosi fa parte del processo, ma anche il contatto con esperienze positive, rassicuranti e piacevoli è parte integrante della guarigione ed è almeno altrettanto importante quanto la disponibilità a stare con ciò che è doloroso."
- "Durante le sessioni assistite da MDMA possono verificarsi cambiamenti molto rapidi e alcune persone possono percepire che qualcosa di difficile si sia completamente risolto. È bene restare aperti a questa possibilità; tuttavia, più frequentemente accade che la persona senta di aver superato ostacoli significativi e di aver compiuto passi importanti nel proprio percorso di guarigione e crescita, trovandosi così in una posizione migliore per continuare a lavorare su di sé e proseguire nel processo evolutivo."

Una discussione dettagliata di questo tipo risulta spesso utile durante la prima sessione di follow-up integrativo. D'altra parte, in questa fase alcuni partecipanti possono percepire il desiderio di lasciare che la propria esperienza interiore continui a dispiegarsi senza tentare di tradurla immediatamente in parole. In tal caso, i terapeuti dovrebbero validare tale scelta, pur richiedendo informazioni sufficienti a comprendere lo stato emotivo del partecipante e a identificare eventuali vissuti difficili o schemi di pensiero problematici che necessitino di essere affrontati prima che il partecipante lasci lo studio.

I terapeuti riconoscono che le sessioni assistite da MDMA e le sessioni di integrazione rappresentano punti di partenza per ampliare il repertorio emotivo e comportamentale del partecipante nella risposta ai trigger traumatici e ai sintomi residui di PTSD. Nei giorni intercorrenti tra le sessioni assistite da MDMA e le sessioni di integrazione, il partecipante viene incoraggiato a mantenere un atteggiamento consapevole rispetto a eventuali cambiamenti nelle proprie percezioni, nei pensieri, nei vissuti emotivi, nelle interazioni e nelle altre esperienze quotidiane.

Alcune delle difficoltà che possono emergere durante il periodo di integrazione derivano dal fatto che i sintomi possono temporaneamente intensificarsi come parte del processo di guarigione. È importante prevedere tale possibilità e preparare adeguatamente il partecipante. Può essere utile coinvolgere una persona importante nel predisporre un adeguato supporto qualora questa eventualità si presenti. Nella maggior parte dei casi, la normalizzazione, l'esplorazione e l'elaborazione di tali reazioni sono sufficienti a favorirne la risoluzione; da questo processo tendono inoltre a emergere ulteriori insight, guarigione e crescita. Si considerino le seguenti testimonianze di partecipanti che riflettono esperienze di integrazione incompleta:

- *"La rabbia è come un vulcano. Ho paura di diventare una forza distruttiva. Sento una tristezza intensa, solitudine, nausea."*
- *"Da quando ho capito quanto fossi stato emotivamente chiuso, non voglio più tornare a essere così. Però ora faccio fatica, nelle situazioni lavorative o con mio padre, a capire quando non è opportuno dire tutto ciò che sento."*
- *"Dopo tutti questi anni di silenzio, è stato davvero sicuro rivelare che, mentre venivo abusato, insieme all'orrore provavo anche una sensazione di piacere fisico?"*
- *"Ora che l'effetto del farmaco è svanito, a volte mi sento in colpa per ciò che ho detto sui miei genitori, sul fatto che non fossero emotivamente disponibili. So che non si trattava di attribuire colpe, ma c'è ancora quella voce giudicante che dice che di queste cose non si parla."*

I pensieri suicidari sono comuni negli individui con PTSD e possono aumentare temporaneamente dopo le sessioni assistite da MDMA. In tali casi è necessaria una comunicazione ravvicinata, che può includere un supporto telefonico più prolungato o visite aggiuntive. La Columbia Suicide Severity Rating Scale (CSSRS) [48] dovrebbe essere utilizzata durante il trattamento (secondo quanto previsto dal protocollo di studio richiesto dalla Food and Drug Administration (FDA)) per monitorare la tendenza suicida.

Nel confrontarsi con materiale emotivamente minaccioso, oltre a dedicare tempo alla riflessione, alla piena esperienza e all'espressione delle emozioni associate, il partecipante dovrebbe essere incoraggiato a ricordare e a riconnettersi con gli aspetti preziosi della propria esperienza durante le sessioni assistite da MDMA, quali: nuovi insight, sensazioni di vicinanza agli altri e la capacità di elaborare emozioni dolorose

senza esserne sopraffatto. A partire da tale riconnessione, il partecipante può porsi la domanda: "Come posso utilizzare al meglio ciò che ho appreso in questa situazione?"

6.3 Terapia corporea mirata durante l'integrazione

I contenuti emersi durante la sessione assistita da MDMA e nelle successive sessioni di integrazione possono orientare i terapeuti circa la probabilità che il lavoro corporeo mirato sia utile per intervenire su tensioni fisiche, dolore o emozioni intense con manifestazioni somatiche, quali agitazione o rallentamento psicomotorio. Un esempio frequente si verifica quando, dopo aver rivisitato esperienze traumatiche durante una sessione assistita da MDMA, il partecipante entra maggiormente in contatto con la propria rabbia e fatica a contenerla per timore di agire in modo distruttivo. Il lavoro corporeo mirato può catalizzare il processo di guarigione offrendo una modalità sicura di espressione di emozioni e impulsi intensi, favorendo il rilascio di tensioni che possono contribuire a disturbi somatici e a un blocco del flusso di energia nel corpo. Il lavoro corporeo mirato viene effettuato esclusivamente con il consenso del partecipante e viene immediatamente interrotto qualora questi ne richieda la sospensione. Sebbene il lavoro corporeo mirato possa rappresentare una componente importante delle sessioni di integrazione per alcuni partecipanti, non dovrebbe essere introdotto prematuramente qualora le emozioni difficili o le loro manifestazioni somatiche siano già adeguatamente sperimentate, elaborate ed espresse spontaneamente. Esso risulta maggiormente indicato nei casi in cui i sintomi emotivi o somatici non si risolvano, suggerendo che la loro piena esperienza ed espressione siano in qualche modo ostacolate. Si consideri il seguente esempio di lavoro corporeo mirato in una sessione di follow-up integrativo:

Terapeuta: "Come ti senti oggi?"

Partecipante: *"Molto meglio di ieri. Però, sa, stamattina è tornata la stessa sensazione che avevo ieri mattina. Appena ho aperto gli occhi, quando è suonata la sveglia, la paura mi ha colpito allo stomaco. Quella sensazione del tipo: "Non voglio alzarmi. Non voglio affrontare questa giornata." Come se fossi travolto da un forte rifiuto." Mi sembrava di non avere la forza di alzarmi e affrontare un altro giorno. È stato automatico: occhi aperti, e subito la paura, il nodo allo stomaco, l'ansia. È stato automatico. La scorsa notte ho dormito davvero bene, circa 9 ore di sonno. Non ho avuto nessun incubo. Ma è stato come premere un interruttore: ho aperto gli occhi ed è arrivata. Mi fa sentire lo stomaco chiuso, una paura che dà nausea, come se dovessi vomitare. È andata più o meno così la giornata. Non ho avuto altri scoppi emotivi, non ho pianto, non mi sono sentito arrabbiato, solo quella paura, quel nodo allo stomaco."*

Terapeuta: "Quindi è simile a ieri, ma con un'intensità minore."

Partecipante: *"Molto minore. Penso che conti anche il mio atteggiamento mentale. Ieri sera, dopo essere uscito da qui, mi sentivo molto meglio. Ho realizzato che, se dovesse succedere di nuovo, riuscirei a superarlo. Probabilmente succederà ancora, ma mi sento più preparato. Oggi non è diventato affatto travolgente."*

Terapeuta: "Mmm."

Partecipante: *"La paura e l'angoscia sono state presenti per così tanto tempo che ci si abitua, al punto da non riconoscerle più, soprattutto dopo aver sperimentato la scomparsa dell'ansia. È come se fosse una ferita nuova. Non era la stessa cosa. Era solo... opprimente."*

Terapeuta: "Saresti disposto a esplorare o a lavorare un po' su questa sensazione oggi? Per vedere cosa potrebbe emergere? Ti andrebbe di fare un po' di lavoro corporeo mirato su quel nodo allo stomaco?"

Partecipante: *"Sì. È arrivato il momento di provarci."*

Terapeuta: "Potrebbe essere un buon modo per lavorarci, visto che sai esattamente dove lo percepisci nel corpo."

Partecipante: *"Posso visualizzare una palla da croquet fatta di metallo. È l'immagine che mi viene in mente ed è così che si sente: come una palla di metallo, ferma lì, fredda."*

Terapeuta: "Ed è proprio ciò di cui avevi parlato nelle sessioni: quella sensazione fredda e metallica nello stomaco."

A questo punto, con il consenso del partecipante, ci si sposta sul futon o su un materassino a terra, con il partecipante in posizione supina e i terapeuti seduti ai lati.

Terapeuta: "Prova a utilizzare il respiro, inspirando dentro quella sensazione nello stomaco. Ti incoraggio a restare presente con qualunque cosa emerga. Se il corpo desidera esprimersi in qualche modo — tremare, muoversi — lascialo fare." (Durante il lavoro corporeo mirato, il partecipante ha respirato nella zona interessata ed è stato attraversato da un pianto profondo e intenso.)

Partecipante: *"Grazie. Mi sento molto più leggero. Mi chiedo cosa fosse. Vorrei capire cosa fosse. Solo questa tensione, questa palla... non so cosa fosse. Era come paura e rabbia e tutto insieme ... è salita verso l'alto, poi è tornata giù e ora non c'è più. Anche quella strana sensazione allo stomaco è sparita."*

Terapeuta: "Potrebbe trattarsi di ciò che hai già elaborato durante le sessioni e che era rimasto trattenuto nel corpo, sotto forma di quelle emozioni."

Partecipante: *"È incredibile. È incredibile che sia sparita."*

I terapeuti devono esercitare un attento giudizio clinico nel valutare quando il lavoro corporeo mirato sia indicato per facilitare il processo terapeutico e quando, invece, sia preferibile consentire al processo di evolvere spontaneamente secondo i propri tempi.

6.4 Integrazione continua

I terapeuti ricordano ai partecipanti che la loro esperienza continuerà a dispiegarsi nelle ore, nei giorni e persino nelle settimane successive. È importante ribadire il loro impegno a sostenere il partecipante durante questa fase di ulteriore evoluzione e rivedere le modalità con cui possono essere

contattati in qualsiasi momento, qualora il partecipante o la rete di supporto designata avessero necessità di confrontarsi su difficoltà o preoccupazioni.

Con l'avvicinarsi della conclusione del programma terapeutico, i partecipanti possono reagire in modi differenti: dall'ansia legata alla separazione dallo studio e dai terapeuti, al sollievo per aver completato il percorso psicoterapeutico. I terapeuti possono avvalersi delle valutazioni del Benessere Generale, dei punteggi alla Columbia-Suicide Severity Rating Scale (C-SSRS) e del proprio giudizio clinico per modulare l'intervento in base alle diverse risposte emotive connesse all'ultima sessione di integrazione. Terapeuti e partecipante discuteranno eventuali questioni aperte o preoccupazioni relative alla conclusione delle sessioni di follow-up integrativo e alla cessazione degli incontri. Verrà inoltre esplorata la rete di supporto sociale esistente del partecipante. Se necessario, potranno essere riprese e rinforzate le strategie che si sono rivelate utili durante lo studio per la gestione del disagio, quali la scrittura espressiva, le arti visive o il movimento, le tecniche di respirazione o altri metodi di riduzione dello stress. I terapeuti potranno incoraggiare il mantenimento delle attività e delle relazioni che hanno sostenuto e rafforzato il partecipante nel corso del trattamento. I partecipanti che sono già in carico presso uno psicoterapeuta esterno sono incoraggiati a discutere con quest'ultimo l'imminente conclusione dello studio. Qualora lo ritengano clinicamente opportuno, i terapeuti dello studio possono fornire ai partecipanti che non sono inseriti in un percorso terapeutico continuativo un contatto per un supporto psicoterapeutico successivo all'ultima sessione di integrazione. Inoltre, i terapeuti possono suggerire approcci esperienziali quali la Respirazione Olotropica, la Terapia dei sistemi familiari interni o l'Esperienza Somatica come modalità potenzialmente utili a facilitare il proseguimento del processo attivato dalla psicoterapia assistita da MDMA. I terapeuti condivideranno anche le proprie osservazioni riguardo ai cambiamenti, ai risultati e agli obiettivi raggiunti nel corso dello studio.

Con il proseguire del processo di integrazione, i partecipanti possono sviluppare nuove prospettive sulla propria esperienza. Si considerino le seguenti testimonianze, che riflettono livelli più profondi di integrazione:

- *“Ora ho rispetto per le mie emozioni (invece di averne paura). La cosa più rassicurante è sapere che posso affrontare sentimenti difficili senza esserne sopraffatto. Mi rendo conto che provare paura e rabbia non è affatto così terribile come pensavo.”*
- *“Non credo che avrei superato un altro anno. Per me è come il giorno e la notte rispetto ad altri metodi terapeutici. Senza l'MDMA non sapevo nemmeno dove doversi andare. Forse una delle cose che fa la sostanza è permettere alla mente di rilassarsi e farsi da parte, perché la mente è così protettiva rispetto alla ferita.”*
- *“È stato come crescere. Mi sento più saggio, più maturo emotivamente.”*
- *“Ora ho una mappa del campo di battaglia.”*
- *“Ho intravisto qualcosa di più di ciò che posso diventare ... sono motivato a continuare a praticare l'apertura finché non sarà più sviluppata.”*
- *“Ieri sera ho avuto la chiara sensazione di essere arrivato dove dovevo arrivare. Ciò che mancava è stato trovato. Quello di cui avevo bisogno, l'ho ricevuto. Non sento la necessità di rifarlo. Credo che ci siano ancora altre questioni nella mia vita su cui posso lavorare con metodi meno intensi.”*
- *“Mi sento come se stessi camminando in un luogo in cui avevo bisogno di andare da così tanto tempo, ma non sapevo come arrivarci. Sento di conoscermi meglio di quanto sia mai accaduto prima. Ora so di essere una persona normale. Ho attraversato esperienze difficili, ma ... sono cose che mi sono accadute, non ciò che sono ... Questo sono io. La medicina aiuta, ma questo è dentro di me.”*

6.5 Incontro di follow-up a lungo termine

Molti studi sponsorizzati prevedono una visita di follow-up a lungo termine che si svolge almeno 12 mesi dopo l'ultima sessione sperimentale. La tempistica esatta della visita può variare in base all'assegnazione alla condizione prevista dal protocollo di studio (si veda il protocollo specifico). Sebbene la maggior parte della visita di follow-up a lungo termine consista in una valutazione condotta da un valutatore indipendente, i terapeuti incontrano anche i partecipanti per completare un questionario esplorativo, discutere eventuali cambiamenti intervenuti nel tempo nella loro vita o nei sintomi del PTSD e per elaborare i vissuti legati alla conclusione definitiva del percorso terapeutico.

Il livello di alleanza terapeutica al momento della visita di follow-up a lungo termine può dipendere in parte dalla sintomatologia presente all'ultima sessione di integrazione e dagli eventuali eventi intercorsi tra la conclusione del follow-up integrativo e la visita a lungo termine. La chiusura dello studio, dopo mesi di lavoro profondo, viene spesso vissuta sia dai partecipanti sia dai terapeuti come un momento "dolceamaro".

Al di là della valutazione del benessere generale del partecipante e dell'eventuale presenza di ideazione o comportamento suicidario, la visita di follow-up a lungo termine risulta meno strutturata rispetto alle sessioni preparatorie o di integrazione. La discussione è guidata principalmente dal partecipante, dalle osservazioni o dalle eventuali preoccupazioni relative al suo stato attuale, nonché dai progressi o dalle difficoltà emersi in conseguenza della partecipazione allo studio. I terapeuti possono ribadire i risultati raggiunti, rivedere e discutere l'utilità delle tecniche e delle procedure presentate nel corso della psicoterapia assistita da MDMA, oppure esplorare eventuali nuove intuizioni o strategie che il partecipante abbia appreso o sviluppato per promuovere il proprio benessere psicologico.

7.0 Cura di sé del terapeuta

I terapeuti dovrebbero impegnarsi regolarmente in pratiche di autocura al fine di prevenire fenomeni di traumatizzazione vicaria derivanti dall'esposizione ai contenuti traumatici dei partecipanti. È fondamentale che continuino il proprio lavoro interiore e che prevedano momenti strutturati di debriefing con il/la co-terapeuta. Tale lavoro interiore dovrebbe includere l'elaborazione delle proprie risposte emotive all'attività clinica, nonché momenti di supervisione tra pari e di confronto sull'applicazione ottimale del metodo terapeutico in situazioni specifiche. Rappresenta inoltre un'opportunità per sviluppare e mantenere le competenze del team terapeutico, attraverso la revisione delle interazioni avvenute durante le sessioni dello studio.

Di seguito alcune semplici pratiche di autocura da tenere presenti:

- Ascoltare il proprio corpo. Prestare attenzione ai segnali corporei, che rappresentano una guida fondamentale per il mantenimento della salute. Utilizzare le sensazioni corporee come indicatore del proprio processo interno: si sta trattenendo il respiro? Il corpo è teso o insensibile? Si percepisce freddo o caldo?
- Utilizzare la respirazione diaframmatica o una respirazione ampia che espanda la gabbia toracica anteriormente, posteriormente e lateralmente. Eseguire una "scansione corporea" e indirizzare il respiro verso le aree percepite come tese o insensibili.
- Concedersi tempo sufficiente prima di iniziare una sessione per raccogliere i propri pensieri, radicarsi e compiere il passaggio di ruolo. Dedicare il tempo necessario per raggiungere una condizione di "quiete interiore".
- Riconoscere le proprie aspettative e mantenere obiettivi realistici.
- Essere consapevoli delle proprie risorse di supporto, individuando le persone in grado di offrire

sostegno qualora se ne presenti la necessità.

- Prendersi tempo dopo la sessione per “lasciare il ruolo”. Muovere o scuotere braccia e corpo può aiutare a scaricare eventuali tensioni o energie trattenute.
- Consumare un pasto nutriente dopo la sessione e dedicarsi a un’attività piacevole e che aiuti a ritrovare l’equilibrio.
- Utilizzare l’acqua (bagno, doccia o idromassaggio) come pratica simbolica e somatica, riflettendo sulle qualità archetipiche dell’acqua di dissoluzione e purificazione a diversi livelli.
- Valutare l’opportunità di intraprendere una propria psicoterapia continuativa e/o una supervisione clinica con un altro terapeuta.

8.0 Bibliografia

1. Foa, E.B., et al., *Effective Treatments for PTSD, Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Second ed. 2009, New York, NY: Guilford Press.
2. Montgomery, S. and P. Bech, *ECNP consensus meeting, March 5-6, 1999, Nice. Post traumatic stress disorder: guidelines for investigating efficacy of pharmacological intervention. ECNP and ECST*. Eur Neuropsychopharmacol, 2000. **10**(4): p. 297-303.
3. Schwartz, R.C., *Introduction to the Internal Family Systems Model*. 2001, Oak Park, IL: Trailheads Publications.
4. Ogden, P., K. Minton and C. Pain, *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy (norton series on interpersonal neurobiology)*. 2006: WW Norton & Company.
5. Levine, P.A. and G. Mate, *In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness*. 2010, Berkeley CA: North Atlantic Books.
6. Rothbaum, B.O., et al., *Virtual reality exposure therapy for Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder*. J Clin Psychiatry, 2001. **62**(8): p. 617-22.
7. Rothbaum, B.O., A.S. Rizzo, and J. Difede, *Virtual reality exposure therapy for combat-related posttraumatic stress disorder*. Ann N Y Acad Sci, 2010. **1208**: p. 126-32.
8. Metzner, R. and S. Adamson, *Using MDMA in healing, psychotherapy and spiritual practice, in Ecstasy, A Complete Guide: A Comprehensive Look at the Risks and Benefits of MDMA.*, J. Holland, Editor. 2001, Inner Traditions: Rochester VT. p. 182-207.
9. Gamma, A., et al., *3,4-Methylenedioxymethamphetamine (MDMA) modulates cortical and limbic brain activity as measured by [¹⁸F]-(+)-[H(2)(15)O]-PET in healthy humans*. Neuropsychopharmacology, 2000. **23**(4): p. 388-95.
10. Carhart-Harris, R.L., et al., *The Effects of Acutely Administered 3,4-Methylenedioxymethamphetamine on Spontaneous Brain Function in Healthy Volunteers Measured with Arterial Spin Labeling and Blood Oxygen Level-Dependent Resting State Functional Connectivity*. Biol Psychiatry, 2015. **78**(8): p. 554-62.
11. Bedi, G., et al., *Effects of MDMA on sociability and neural response to social threat and social reward*. Psychopharmacology (Berl), 2009. **207**(1): p. 73-83.
12. Hysek, C.M., G. Domes, and M.E. Liechti, *MDMA enhances "mind reading" of positive emotions and impairs "mind reading" of negative emotions*. Psychopharmacology (Berl), 2012. **222**(2): p. 293-302.
13. Davis, M. and C. Shi, *The extended amygdala: are the central nucleus of the amygdala and the bed nucleus of the stria terminalis differentially involved in fear versus anxiety?* Ann N Y Acad Sci, 1999. **877**: p. 281-91.
14. Rasmusson, A.M. and D.S. Charney, *Animal models of relevance to PTSD*. Ann N Y Acad Sci, 1997. **821**: p. 332-51.
15. Greer, G.R. and R. Tolbert, *A method of conducting therapeutic sessions with MDMA*. J Psychoactive Drugs, 1998. **30**(4): p. 371-379.
16. Grof, S., *LSD Psychotherapy: 4th Edition*. 2001, Ben Lomond, CA: Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies.
17. Stolaroff, M., *The Secret Chief Revealed: Conversations with a pioneer of the underground therapy movement*. 2004, Sarasota FL: Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies.
18. Adamson, S., *Through the gateway of the heart: Accounts of experiences with MDMA and other empathogenic substances*. 1985, San Francisco CA: Four Trees Publications.
19. Grob, C.S. and R.E. Poland, *MDMA*, in *Substance abuse: A comprehensive textbook (4th Edition)*, Lowinson J. H., et al., Editors. 2005, Williams and Wilkins: Philadelphia, PA. p. 274-286.
20. Grinspoon, L. and R. Doblin, *Psychedelics as catalysts in insight-oriented psychotherapy*. Social Research, 2001. **68**: p. 677-695.

21. Grof, S., *Personal communication during Transpersonal Training session (Paraphrased by Mithoefer, M)*. 1992.
22. Grof, S., C. Grof, and J. Kornfield, *Holotropic Breathwork: A new approach to self-exploration and therapy*. 2010: SUNY Press.
23. Assigioli, R., *Psychosynthesis*. 1973, New York: Viking Press.
24. Schwartz, R.C., *Internal Family Systems Therapy*. 1997, New York: Guilford Press.
25. Stone, H. and S. Stone, *Embracing ourselves: The voice dialogue manual*. 1998, Novato, CA: New World Library, Nataraj.
26. van der Kolk, B.A., *The psychobiology of posttraumatic stress disorder*. J Clin Psychiatry, 1997. **58 Suppl 9**: p. 16-24.
27. Kurtz, R., *Body-Centered Psychotherapy*. 1990, Mendocino, CA.: LifeRhythm.
28. Johnson, M., W. Richards, and R. Griffiths, *Human hallucinogen research: guidelines for safety*. J Psychopharmacol, 2008. **22**(6): p. 603-20.
29. Widmer, S., *Listening into the heart of things: The awakening of love: On MDMA and LSD: The undesired psychotherapy*. 1998, Gerolfingen, Switzerland: Basic Editions.
30. Grinspoon, L. and J.B. Bakalar, *Can drugs be used to enhance the psychotherapeutic process?* Am J Psychother, 1986. **40**(3): p. 393-404.
31. Nichols, D.E., *Differences between the mechanism of action of MDMA, MBDB, and the classic hallucinogens. Identification of a new therapeutic class: entactogens*. J Psychoactive Drugs, 1986. **18**(4): p. 305-13.
32. Liester, M.B., et al., *Phenomenology and sequelae of 3,4-methylenedioxymethamphetamine use*. J Nerv Ment Dis, 1992. **180**(6): p. 345-52; discussion 353-4.
33. Vollenweider, F.X., et al., *Psychological and cardiovascular effects and short-term sequelae of MDMA ("ecstasy") in MDMA-naive healthy volunteers*. Neuropsychopharmacology, 1998. **19**(4): p. 241-51.
34. Frye, C.G., et al., *MDMA decreases the effects of simulated social rejection*. Pharmacol Biochem Behav, 2014. **117**: p. 1-6.
35. Baggott, M.J., et al., *Effects of 3,4-methylenedioxymethamphetamine on socioemotional feelings, authenticity, and autobiographical disclosure in healthy volunteers in a controlled setting*. J Psychopharmacol, 2016.
36. Bedi, G., D. Hyman and H. de Wit, *Is ecstasy an "empathogen"? Effects of +/-3,4-methylenedioxymethamphetamine on prosocial feelings and identification of emotional states in others*. Biol Psychiatry, 2010. **68**(12): p. 1134-40.
37. Dumont, G.J., et al., *Increased oxytocin concentrations and prosocial feelings in humans after ecstasy (3,4-methylenedioxymethamphetamine) administration*. Soc Neurosci, 2009. **4**(4): p. 359-66.
38. Farre, M., et al., *Pharmacological interaction between 3,4-methylenedioxymethamphetamine (ecstasy) and paroxetine: pharmacological effects and pharmacokinetics*. J Pharmacol Exp Ther, 2007. **323**(3): p. 954-62.
39. Harris, D.S., et al., *Subjective and hormonal effects of 3,4-methylenedioxymethamphetamine (MDMA) in humans*. Psychopharmacology (Berl), 2002. **162**(4): p. 396-405.
40. Kamboj, S.K., et al., *Recreational 3,4-methylenedioxy-N-methylamphetamine (MDMA) or 'ecstasy' and self-focused compassion: Preliminary steps in the development of a therapeutic psychopharmacology of contemplative practices*. J Psychopharmacol, 2015. **29**(9): p. 961-70.
41. van Wel, J.H., et al., *Effects of Acute MDMA Intoxication on Mood and Impulsivity: Role of the 5-HT(2) and 5-HT (1) Receptors*. PLoS One, 2012. **7**(7): p. e40187.
42. Kolbrich, E.A., et al., *Physiological and subjective responses to controlled oral 3,4-methylenedioxymethamphetamine administration*. J Clin Psychopharmacol, 2008. **28**(4): p. 432-40.

43. Cami, J., et al., *Human pharmacology of 3,4-methylenedioxymethamphetamine ("ecstasy"): psychomotor performance and subjective effects*. J Clin Psychopharmacol, 2000. **20**(4): p. 455-66.
44. Mas, M., et al., *Cardiovascular and neuroendocrine effects and pharmacokinetics of 3, 4-methylenedioxymethamphetamine in humans*. J Pharmacol Exp Ther, 1999. **290**(1): p. 136-45.
45. Liechti, M.E., A. Gamma, and F.X. Vollenweider, *Gender differences in the subjective effects of MDMA*. Psychopharmacology (Berl), 2001. **154**(2): p. 161-8.
46. Siegel, D.J., *The Developing Mind*. 1999, New York: Guilford Press.
47. Wilbarger, P. and J. Wilbarger, *Sensory defensiveness and related social/emotional and neurological problems*. 1997, Van Nuys, CA.: Avanti Education Program.
48. Posner, K., et al., *Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): classification of suicidal events in the FDA's pediatric suicidal risk analysis of antidepressants*. Am J Psychiatry, 2007. **164**(7): p. 1035-43.
49. Benedek, D.M., et al. *Guideline watch (March 2009): Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Psychiatry Online, 2009.
50. Ursano, R.J., et al., *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Am J Psychiatry, 2004. **161**(11 Suppl): p. 3-31.

9.0 Appendice A: Confronto degli approcci terapeutici per il trattamento del PTSD

Nel novembre 2004, l'American Psychiatric Association (APA) ha pubblicato le Linee guida sulle migliori prassi per il trattamento del Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) [49, 50]. I tre interventi psicoterapeutici raccomandati per il PTSD conclamato sono:

1. Terapie cognitive e comportamentali
2. Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)
3. Psicoterapia psicodinamica

Sebbene l'APA sostenga tali approcci nelle proprie linee guida, è significativo che venga anche evidenziata la necessità di ulteriori ricerche volte a sviluppare tecniche terapeutiche più efficaci, affermando che "vi è scarsità di studi di alta qualità basati su evidenze relativi agli interventi per pazienti con PTSD resistente al trattamento ..." [49].

Le linee guida dell'APA indicano che gli obiettivi del trattamento del PTSD "includono la riduzione della gravità dei sintomi, il miglioramento del funzionamento adattivo e il ripristino di un senso psicologico di sicurezza e fiducia, la limitazione della generalizzazione del pericolo vissuto in seguito alla/e situazione/i traumatica/che e la prevenzione delle ricadute". Inoltre, sottolineano che «... tra i fattori che possono richiedere attenzione nei pazienti che non rispondono al trattamento vi sono problematiche di alleanza terapeutica; la presenza di difficoltà psicosociali o ambientali; l'impatto di esperienze di vita precedenti, quali abusi infantili o precedenti esposizioni traumatiche...» [49].

Nonostante le differenze significative tra questi diversi modelli terapeutici, inclusa la psicoterapia assistita da MDMA, condividono alcuni importanti presupposti teorici. Inoltre, esperienze terapeutiche molto simili possono emergere trasversalmente a tali approcci, circostanza non sorprendente se si considera che ciascun metodo, secondo modalità differenti, facilita l'accesso a una capacità intrinseca di autoguarigione. Ad esempio, l'approccio non direttivo della psicoterapia assistita da MDMA conduce frequentemente all'emergere spontaneo di esperienze analoghe a quelle che, in altri modelli, vengono stimulate in modo più diretto e considerate clinicamente rilevanti. Come già evidenziato in questo manuale, il ruolo dei terapeuti consiste inizialmente nel preparare i partecipanti a tale eventualità, incoraggiando un atteggiamento aperto e non controllante rispetto ai contenuti che emergono, e successivamente nel sostenere il dispiegarsi e l'integrazione di tali esperienze. In questo processo, l'MDMA può agire come un importante catalizzatore.

La Tabella 1 (cfr. Sezione 11.1, Confronto tra approcci terapeutici per il PTSD) mette a confronto i principali approcci terapeutici per il trattamento del PTSD discussi nelle linee guida dell'APA e in quelle dell'International Society for Traumatic Stress Studies [1], con il modello di psicoterapia assistita da MDMA illustrato nel presente manuale.

9.1 Confronto tra Terapia dei sistemi familiari interni (IFS) e psicoterapia assistita da MDMA

Elementi propri della Terapia dei sistemi familiari interni (IFS) — quali il riconoscimento delle "parti" e il processo di disaggregazione (un-blending) da esse, un maggiore accesso alla "Self-energy", il riconoscimento e il rispetto delle parti protettive, nonché la testimonianza e il processo di alleggerimento (unburdening) dei traumi passati — emergono frequentemente nel corso della psicoterapia assistita da MDMA con minima o nulla direttività da parte dei terapeuti. Un modo per descrivere gli effetti dell'MDMA è affermare che essa facilita l'accesso a un elevato livello di Self-energy, favorendo così il coraggio di confrontarsi con esperienze dolorose e promuovendo chiarezza e compassione verso le proprie parti interne e verso i pesi emotivi che esse hanno sostenuto.

9.2 Confronto tra Elaborazione somatica e psicoterapia assistita da MDMA

Sia la psicoterapia sensomotoria sia la psicoterapia assistita da MDMA mirano a promuovere la consapevolezza delle esperienze somatiche e possono essere utilizzate per «mettere in connessione i sintomi psicologici con gli stati fisiologici» [26]. In entrambi gli approcci, il partecipante è incoraggiato a lavorare attraverso il corpo per elaborare il trauma. Aiutare il partecipante a riconoscere ciò che il corpo “desidera fare” in risposta ai ricordi traumatici e a seguire quell’impulso d’azione può rappresentare l’inizio della liberazione di un processo un tempo naturale (il movimento) e favorire l’integrazione di esperienze rimaste non elaborate. In entrambi i metodi, i terapeuti esplorano attivamente le sensazioni corporee del partecipante e incoraggiano il rilascio di dolore, tensione o energia trattenuta attraverso il movimento, secondo modalità percepite come appropriate dal partecipante stesso. Uno degli obiettivi centrali è aiutare il partecipante a sviluppare un rapporto di fiducia con il proprio corpo, passando dalla percezione di esso come fonte di pericolo e imprevedibilità a quella di alleato nel processo di guarigione.

10.0 Appendice B: Letture consigliate

Angeles Arrien, Ph.D.

The Four-Fold Way: Walking the Paths of the Warrior, Teacher, Healer, and Visionary

Stanislav Grof, M.D.

Psychology of the Future

The Adventure of Self-Discovery

Judith Herman, M.D.

Trauma and Recovery

Richard Schwartz Ph.D.

Introduction to Internal Family Systems Therapy

Pema Chodron

The Places that Scare You: A Guide to Fearlessness in Difficult Times When

Things Fall Apart: Heart Advice for Difficult Times

Pat Ogdon, Kekuni Minton, Claire Pain and Daniel Siegel

Trauma and the Body

Peter Levine and Ann Fredrick

Waking the Tiger: Healing Trauma

Peter Levine and Gabor Mate

In an Unspoken Voice: How the Body Releases Trauma and Restores Goodness

Jalal al-Din Rumi

“The Guest House” (poesia disponibile online o in *The Essential Rumi* trad. Coleman Barks, Harper Collins 1995)

11.0 Appendice C: Confronto dei metodi terapeutici per il trattamento del PTSD

11.1 Confronto tra approcci terapeutici per il PTSD

Tabella 1: Confronto tra approcci terapeutici per il PTSD

Elemento terapeutico	Terapia cognitivo-comportamentale	Psicoterapia psicodinamica	Psicoterapia assistita da MDMA
Esposizione prolungata (terapia del trauma) (sia esposizione in vivo sia rivivere il trauma in terapia).	<p>Per l'esposizione in vivo, si costruisce una gerarchia di situazioni temute e si assegnano compiti specifici a casa che prevedono l'esposizione graduale a tali situazioni. Per l'esposizione immaginativa, chiedere al paziente di descrivere dettagliatamente il trauma al tempo presente. Questo processo viene ripetuto più volte nel corso di diverse sedute.</p>	<p>Si utilizza come punto di partenza un'immagine target collegata al trauma, seguita da un approccio direttivo che guida le fasi successive del lavoro terapeutico. Il paziente viene incoraggiato a "lasciare che accada qualunque cosa debba accadere" Le discussioni con il terapeuta sono intermittenti.</p>	<p>Gli eventi traumatici vengono discussi, ma non viene utilizzato lo specifico approccio dell'esposizione prolungata. (Nella pratica, la psicoterapia psicodinamica e la terapia cognitivo-comportamentale sono spesso combinate.)</p> <p>Approccio non direttivo rispetto al modo in cui il trauma emerge e viene elaborato, con incoraggiamento a rimanere presenti piuttosto che distrarsi dai ricordi ed emozioni difficili. Le discussioni con il terapeuta sono intermittenti.</p> <p>(Nota: prima della sessione viene stabilito un accordo secondo cui, se il trauma non dovesse emergere spontaneamente, sarà il terapeuta a introdurlo; tuttavia, finora il trauma è sempre emerso spontaneamente. Di fatto, l'esposizione prolungata avviene spontaneamente.</p>
	<p>Individuare “pensieri e credenze negative / distorsioni cognitive”. Metterli in discussione utilizzando il metodo socratico. Modificarli arrivando a una risposta razionale.</p>	<p>La ristrutturazione e cognitiva spesso avviene spontaneamente e può essere facilitata dal terapeuta tramite un “intervento cognitivo”, se necessario.</p>	<p>Concentrarsi sul “significato del trauma per l'individuo in termini di conflitti psicologici pregressi, esperienze di sviluppo e relazioni ...” [1]</p> <p>La ristrutturazione cognitiva spesso avviene spontaneamente, con un intervento minimo del terapeuta a riguardo. Elementi sia degli approcci cognitivo-comportamentale sia psicodinamico possono essere utilizzati nelle sessioni integrative di follow-up, ma sempre in risposta al modo in cui l'esperienza continua a svilupparsi per il</p>

Tabella 1: Confronto tra approcci terapeutici per il PTSD

Elemento terapeutico	Terapia cognitivo-comportamentale	EMDR	Psicoterapia psicodinamica	Psicoterapia assistita da MDMA
Addestramento alla gestione dell'ansia (AMT), incluso Addestramento all'inoculazione dello stress (SIT)	Le capacità di rilassamento vengono spesso insegnate all'inizio del trattamento, come esercizi di respirazione, rilassamento muscolare profondo e/o visualizzazioni guidate.	Il protocollo EMDR prevede l'istituzione di un metodo efficace di rilassamento all'inizio del trattamento, spesso tramite visualizzazioni guidate.	Non è un elemento specifico della terapia psicodinamica, ma nella pratica clinica viene spesso combinata ad essa.	Ai partecipanti vengono insegnate tecniche di rilassamento, spesso utilizzando la respirazione diaframmatica.
Maggiore consapevolezza delle esperienze positive, compresa la sensazione di sicurezza nel presente.	Può far parte della ristrutturazione cognitiva oppure verificarsi spontaneamente dopo l'esposizione prolungata.	Si verifica spesso in modo spontaneo, di solito verso la fine della sessione.	Può verificarsi come risultato dell'esame delle relazioni e delle esperienze presenti e passate. Di solito avviene nelle fasi avanzate della terapia.	Di solito si verifica spontaneamente, spesso all'inizio della prima sessione assistita con MDMA. Può fornire un senso di sicurezza e benessere che costituisce una base per un'elaborazione più profonda delle esperienze dolorose, sia più avanti nella stessa sessione sia in una sessione successiva.
Eliminazione delle tensioni corporee e di altri sintomi somatici.	Il terapeuta dirige l'attenzione al corpo.	Il terapeuta dirige l'attenzione al corpo.	Non generalmente considerato parte della psicoterapia psicodinamica.	Viene menzionato nelle sessioni preparatorie e considerato una componente terapeutica importante, che può essere affrontata in modo insufficiente nelle tradizionali terapie basate principalmente sul dialogo. La psicoterapia assistita da MDMA tende a portare alla consapevolezza questa componente somatica e a permetterne il rilascio, spesso spontaneamente e talvolta attraverso l'invito del terapeuta a dirigere l'attenzione sui sintomi corporei (come negli esempi di esposizione immaginativa della dott.ssa Foa o mediante l'uso di un lavoro corporeo mirato).

Tabella 1: Confronto tra approcci terapeutici per il PTSD

Elemento terapeutico	Terapia cognitivo-comportamentale	EMDR	Psicoterapia psicodinamica	Psicoterapia assistita da MDMA
Problemi di transfert e controtransfert	Non è un focus principale, ma i terapeuti dovrebbero esserne consapevoli.	Non è un focus principale, ma i terapeuti dovrebbero esserne consapevoli.	L'interpretazione del transfert può rappresentare una parte importante dell'intervento terapeutico.	Non è un elemento centrale, ma i terapeuti devono esserne consapevoli, così come del fatto che possono intensificarsi in stati non ordinari, come quello indotto dall'MDMA. Dovrebbero essere affrontati in modo aperto e onesto e indagati se sembra esserci una dinamica non detta significativa. I terapeuti si mostrano aperti e collaborativi. Il transfert viene affrontato precocemente, piuttosto che lasciarlo accumulare come può accadere nella psicoterapia psicodinamica.
Difficoltà nell'alleanza terapeutica, un possibile ostacolo al successo del trattamento	Si dedica tempo e attenzione allo sviluppo dell'alleanza terapeutica, pur con alcune limitazioni nei protocolli terapeutici a tempo limitato [1]. (Dott. Foa raccomanda nove sedute, con la possibilità di aggiungerne altre tre, e osserva che "esiste un punto di rendimento decrescente" nei pazienti che non hanno risposto a quel ciclo di trattamento.)	Si dedicano tempo e attenzione allo sviluppo dell'alleanza terapeutica.	Si dedicano tempo e attenzione allo sviluppo dell'alleanza terapeutica.	Si dedicano tempo e attenzione allo sviluppo dell'alleanza terapeutica. Sia il contesto e la disposizione del modello di trattamento sia gli effetti dell'MDMA favoriscono un senso di fiducia e quindi lo sviluppo di un'alleanza terapeutica in un tempo relativamente breve.

Tabella 1: Confronto tra approcci terapeutici per il PTSD

Elemento terapeutico	Terapia cognitivo-comportamentale	EMDR	Psicoterapia psicodinamica	Psicoterapia assistita da MDMA
"L'impatto di esperienze di vita precedenti, quali abusi infantili o precedenti esposizioni traumatiche..." [1] come fattori complicanti che possono causare resistenza al trattamento.	Possono essere affrontati nell'ambito della ristrutturazione cognitiva.	Può emergere spontaneamente in EMDR.	Discuterne può essere un punto focale della psicoterapia psicodinamica.	L'esperienza precoce di abuso o mancanza di supporto spesso emerge spontaneamente nelle sessioni assistite da MDMA, in genere con approfondimenti sulle connessioni tra questa esperienza precoce e il PTSD. Questa intuizione, insieme alla connessione emotiva e all'elaborazione che la accompagnano, spesso si verifica con un intervento minimo o nullo da parte dei terapeuti.

11.2 Un articolo che discute gli elementi condivisi dalla psicoterapia assistita da MDMA e da altri metodi.

[Questo articolo è apparso originariamente nel numero Primavera 2013 del MAPS Bulletin.]

Psicoterapia assistita da MDMA – Quanto è diversa dalle altre psicoterapie? di Michael

Mithoefer, M.D.

"Abbi una grande storia o nessuna storia, ma non una piccola storia ."

Queste parole hanno risuonato profondamente in me quando le ho sentite per la prima volta da Stanislav Grof oltre vent'anni fa. Sono sempre presenti quando rifletto su ciò che sappiamo e su ciò che stiamo scoprendo riguardo alla guarigione psicologica — perfino il termine “guarigione psicologica” implica una narrazione riduttiva che separa la psicologia dalla fisiologia, dalla spiritualità e da altri possibili livelli di guarigione. Nella ricerca è necessario formulare e verificare ipotesi, che sono inevitabilmente “storie piccole” o frammenti di una storia molto più ampia. Per quanto eleganti e illuminanti possano essere le nostre ipotesi, esiste il rischio che diventino trappole concettuali, limitando la nostra capacità di osservare e rispondere all’inaspettato. Una comprensione realmente esaustiva della psiche umana rimane elusiva ed è senza dubbio ben oltre qualsiasi nostra ipotesi limitata.

Per me, condurre ricerca sull’MDMA in modo rigoroso e scientifico implica sempre una tensione tra lo sforzo di comprendere e la capacità di non aver bisogno di comprendere. La sfida costante è trovare un equilibrio tra l’intenzione di non attaccarmi a nessuna narrazione — restando aperto e ricettivo alle scoperte inattese

quando siamo seduti accanto alle persone durante le sessioni di psicoterapia assistita da MDMA — e la naturale e potenzialmente feconda tendenza della mia mente razionale a intrecciare le nuove scoperte con la nostra comprensione in evoluzione dei metodi e dei meccanismi terapeutici. Senza perdere di vista questa tensione fondamentale — presente, in qualche misura, in qualsiasi forma di psicoterapia — desidero discutere

alcune somiglianze e differenze tra la psicoterapia assistita da MDMA e altri approcci psicoterapeutici per il Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD).

Nessuno sa con precisione come funzioni realmente alcun trattamento psichiatrico, sia esso psicoterapeutico o psicofarmacologico, anche quando ne comprendiamo gli elementi essenziali o molti degli effetti fisiologici.

La psicoterapia assistita da MDMA è particolarmente complessa da questo punto di vista, poiché combina psicoterapia e psicofarmacologia. Esistono numerosi articoli che descrivono gli effetti dell’MDMA sul cervello e sul resto dell’organismo, e alcuni che formulano ipotesi sui meccanismi dei suoi effetti terapeutici. Tuttavia, non sono ancora stati pubblicati studi progettati specificamente per testare ipotesi sui meccanismi farmacologici e psicoterapeutici della psicoterapia assistita da MDMA. Gli studi finora sponsorizzati da MAPS sono stati concepiti per valutarne la sicurezza e l’efficacia, ma non per determinarne il meccanismo d’azione.

Con più finanziamenti, auspichiamo di poter indagare i potenziali meccanismi aggiungendo protocolli di neuroimmagine e altre misure fisiologiche agli studi futuri. Inoltre, altri ricercatori stanno iniziando a condurre analisi qualitative delle registrazioni delle nostre sessioni, nel tentativo di comprendere più a fondo il processo psicoterapeutico coinvolto. Nel frattempo, le nostre osservazioni sui possibili meccanismi terapeutici restano speculative, basate su osservazioni cliniche durante le sessioni di ricerca con MDMA e limitate nella loro precisione dalla complessità intrinseca del processo.

La psicoterapia esercita effetti a molteplici livelli: emotivo, cognitivo, fisico, energetico e spirituale. Il decorso della terapia è determinato dall’interazione tra l’intelligenza intrinseca di autoguarigione dell’individuo e la facilitazione offerta dai terapeuti nel contesto della relazione terapeutica. Nella psicoterapia assistita da MDMA, agli effetti di questo complesso processo psicoterapeutico si affiancano gli effetti farmacologici diretti dell’MDMA, che auspicabilmente agiscono come catalizzatori del suo

potenziale di guarigione. Inoltre, tale interazione è bidirezionale: gli effetti neurofisiologici influenzano

la psicoterapia e la psicoterapia stessa modifica il cervello. In questa fase, nessuna discussione sugli elementi terapeutici coinvolti può offrire più che una visione parziale dell'insieme. Possiamo apprendere molto da un approccio riduzionista, ma dobbiamo evitare di “confondere la mappa con il territorio”. Ci impegniamo a condurre una ricerca scientifica rigorosa senza perdere di vista la straordinaria ricchezza del processo mentre lo osserviamo e vi partecipiamo.

Mia moglie Annie ed io abbiamo avuto l'opportunità di lavorare come co-terapeuti nella psicoterapia assistita da MDMA per il PTSD nel nostro primo studio sponsorizzato da MAPS, completato nel 2008, e nello studio attualmente in corso con veterani, vigili del fuoco e agenti di polizia affetti da PTSD cronico. Inoltre, abbiamo imparato molto attraverso il confronto e la condivisione di osservazioni con altri ricercatori — tra cui José Carlos Bouso, Marcela Ot'alora, Peter Oehen e Verena Widmer — che hanno condotto o stanno conducendo studi simili, nonché con George Greer, Requa Tolbert, Stanislav Grof, Ralph Metzner, Torsten Passie e altri che avevano esperienza clinica con la psicoterapia assistita da MDMA prima che la sostanza venisse inserita nelle tabelle delle sostanze controllate. I confronti che propongo di seguito si basano su queste opportunità di apprendimento riguardo alla psicoterapia assistita da MDMA, messe in relazione con la mia formazione e la mia esperienza clinica maturata negli anni con altri metodi terapeutici.

A una prima osservazione, la psicoterapia assistita da MDMA appare molto diversa da qualsiasi trattamento convenzionale: partecipanti sdraiati su un futon, talvolta con mascherina sugli occhi e cuffie per ascoltare musica, con un terapeuta uomo e una terapeuta donna seduti ai lati per almeno otto ore (certamente non l'approccio che mi è stato insegnato durante la specializzazione in psichiatria, sebbene molto simile a quello appreso nella formazione transpersonale di Grof). Nonostante queste evidenti e marcate differenze, uno sguardo più attento rivela che la psicoterapia assistita da MDMA include elementi familiari alla maggior parte dei terapeuti, che svolgono un ruolo importante anche negli effetti benefici di altri modelli terapeutici. Ciò non è sorprendente, poiché ogni approccio, nel contesto di una relazione terapeutica, stimola l'accesso alla capacità innata e universale di guarigione dell'individuo. Molti degli elementi terapeutici che nei metodi più consolidati vengono direttamente evocati dal terapeuta emergono spontaneamente nell'approccio meno direttivo adottato nella psicoterapia assistita da MDMA.

Elemento 1: Creazione di un ambiente terapeutico sicuro e di supporto e di uno stato mentale favorevole alla guarigione

Questi sono elementi essenziali di qualsiasi trattamento sicuro ed efficace per il PTSD. All'inizio di tutte le terapie consolidate — così come nelle sessioni introduttive che precedono la psicoterapia assistita da MDMA — i terapeuti svolgono un ruolo attivo nella costruzione dell'alleanza terapeutica. Per poter procedere in sicurezza, è necessario valutare — ed eventualmente rafforzare — i sistemi di supporto del paziente, così come le sue risorse personali per la regolazione affettiva e l'autocura. Le persone con PTSD hanno spesso difficoltà in termini di fiducia interpersonale; per questo motivo, i terapeuti esperti nel trattamento del trauma sanno che l'alleanza terapeutica e le risorse del paziente possono essere messe profondamente alla prova dalle sfide emotive connesse all'elaborazione del trauma. La psicoterapia assistita da MDMA non è affatto immune da tali difficoltà, ma presenta un potenziale vantaggio. Gli effetti dell'MDMA sembrano aumentare la probabilità che i partecipanti riescano a mantenere un livello sufficiente di fiducia nei terapeuti e una prospettiva sufficientemente ampia rispetto alla propria esperienza interiore, tale da consentire l'elaborazione delle paure senza ritirarsi emotivamente o fisicamente dall'alleanza terapeutica.

(Le sezioni in corsivo sono citazioni di partecipanti allo studio)

“Continuo a ricevere dal farmaco il messaggio: “fidati di me”. Quando provo a pensare, non funziona, ma quando lascio semplicemente che le ondate di paura e ansia emergano, è come se la medicina entrasse e le prendesse, le portasse in superficie, e poi si dissolvono.”

"Senza lo studio non credo che sarei mai riuscito a scavare così a fondo, avevo troppa paura della paura."

"Forse una delle cose che fa il farmaco è permettere alla mente di rilassarsi e di farsi da parte, perché la mente è così protettiva rispetto alla ferita."

Elemento 2: Addestramento alla gestione dell'ansia (AMT)/Addestramento all'inoculazione dello stress (SIT)

Qualsiasi psicoterapia che preveda la rievocazione e l'elaborazione del trauma può comportare un temporaneo aumento dell'ansia e di altre emozioni intense; pertanto, è fondamentale che i partecipanti dispongano di strumenti adeguati alla gestione di eventuali riacutizzazioni sintomatologiche nel corso del trattamento. La Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT), incluse varianti quali la Prolonged Exposure Esposizione Prolungata (PE), prevede generalmente l'insegnamento di tecniche di rilassamento fin dalle fasi iniziali. Anche l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) include procedure analoghe, spesso attraverso visualizzazioni guidate. Nelle sessioni introduttive della psicoterapia assistita da MDMA, insegniamo la respirazione diaframmatica consapevole oppure rinforziamo qualsiasi altra modalità di autoregolazione che il partecipante abbia già sperimentato come efficace. È importante non sottovalutare quanto i partecipanti alla psicoterapia assistita da MDMA per il PTSD possano aver bisogno di un supporto continuativo durante il periodo di integrazione nei giorni e nelle settimane successive alle sessioni assistite da MDMA. L'MDMA catalizza un'elaborazione più profonda durante le sessioni assistite da MDMA; quindi, spesso richiede una maggiore attenzione alle sfide dell'integrazione di queste esperienze profonde nella coscienza quotidiana e nella vita quotidiana.

"Ora che l'effetto della medicina è svanito, a volte mi sento in colpa per aver detto quelle cose sui miei genitori, sul fatto che non erano emotivamente disponibili. So che non si trattava di attribuire colpe, ma c'è ancora quella voce giudicante che dice che di queste cose non si parla."

"Ho intravisto qualcosa di più di ciò che posso diventare ... sono motivato a continuare a praticare l'apertura finché non sarà più sviluppata."

Elemento 3: Terapia di esposizione

Rivisitare esperienze traumatiche durante la terapia è un elemento centrale della Prolonged Exposure, della Cognitive Processing Therapy e di altri tipi di terapia cognitivo-comportamentale per il PTSD. In questi modelli, l'"esposizione immaginativa" viene realizzata chiedendo al partecipante di leggere o recitare ripetutamente il racconto della propria esperienza traumatica. Allo stesso modo, l'EMDR inizia con un "bersaglio", solitamente un'immagine, associata a un evento traumatico che porta con sé una carica emotiva e cognizioni negative correlate.

Nella psicoterapia assistita da MDMA abbiamo un accordo con i partecipanti secondo cui i terapeuti possono far emergere il trauma principale durante ogni sessione assistita da MDMA, se non emerge spontaneamente; tuttavia, in quasi cento sessioni di ricerca con MDMA finora, non abbiamo mai dovuto farlo. Il trauma emerge sempre spontaneamente, e riteniamo sia preferibile lasciarlo emergere nel momento e nel modo in cui si manifesta naturalmente per ciascun individuo. Ciò è in linea con il principio secondo cui la tattica ottimale è che terapeuti e partecipante affrontino ogni sessione con un atteggiamento prevalentemente non direttivo, o "mente da principiante", per permettere all'intelligenza innata del partecipante di determinare il corso della sessione. A un certo punto della sessione, questo porta a una forma di terapia d'esposizione in cui l'MDMA funge da catalizzatore, fornendo connessione emotiva, maggiore chiarezza sui ricordi traumatici e un senso di fiducia che le esperienze dolorose possano essere rivisitate ed elaborate senza diventare travolgenti. In molti casi questa esposizione immaginativa avviene all'inizio della sessione, ma a volte emerge solo dopo che esperienze affermative hanno fornito maggiore forza interiore da cui affrontare i

ricordi

traumatici. Queste esperienze affermative sono elementi importanti della terapia, e incoraggiamo i partecipanti ad accettarle come tali, piuttosto che presumere, come fanno alcuni partecipanti, che affrontare il dolore sia l'unico uso produttivo del tempo.

“Non avevo mai prima provato ciò che ho provato oggi in termini di connessione affettiva. Non sono sicuro di poterci arrivare di nuovo senza MDMA, ma non ho perso la speranza che ciò sia possibile. Forse è come avere una mappa aerea: ora so che c'è un sentiero.”

“La medicina mi ha portato una cartella. Sono seduto a questa grande scrivania su una sedia comoda e la medicina va e poi si rimaterializza in forma fisica portandomi la prossima cosa: questa è una cartella con il mio stato di servizio. Dice che devo rivederla e parlarne con voi dall'inizio affinché possa essere archiviata correttamente.”

“È come se, ogni volta che entro dentro di me, vedo dei fiori e ne scelgo uno, e quello è l'aspetto su cui lavorare dopo. Ci sono cose difficili da affrontare, ma ogni volta che le attraversi, ti senti molto meglio.”

“Mi rendo conto che non sto cercando di forzare nulla. Deve essere un'apertura morbida. Con la medicina nulla è stato forzato. So che dovrò sentire le emozioni e c'è ancora la paura che il dolore sia travolgente, e so che i sentimenti sono imprevedibili e le correnti possono essere vorticose, ma ieri, quando ho messo un piede dentro, è stato meraviglioso sentire. Ricordo ogni dettaglio, è un'immagine cristallina, intatta.”

“Non è stata un'esperienza facile, ma ne è valsa davvero la pena. È stata un'esperienza molto spirituale, molto ampia. Ora sento un senso di calma e stabilità.”

Elemento 4: Ristrutturazione cognitiva

La terapia cognitivo-comportamentale insegna alle persone a riconoscere pensieri e convinzioni negative e le distorsioni cognitive, a metterle in discussione attraverso il metodo socratico e poi a modificarle arrivando a una risposta più razionale. Nell'EMDR l'approccio è in gran parte non direttivo e la ristrutturazione cognitiva spesso avviene spontaneamente, talvolta facilitata dal terapeuta attraverso un “intervento cognitivo”, se necessario. Nella terapia psicodinamica, con l'aiuto delle interpretazioni del terapeuta, i pazienti arrivano a comprendere il significato delle esperienze traumatiche e delle reazioni e convinzioni associate, alla luce della storia evolutiva, delle relazioni precedenti e dei conflitti psicologici.

Nella psicoterapia assistita da MDMA, la ristrutturazione cognitiva può emergere dal dialogo con i terapeuti, utilizzando elementi della CBT, della terapia psicodinamica e di altri approcci, a seconda della formazione ed esperienza dei singoli terapeuti, come previsto dal nostro Manuale di Trattamento per la ricerca [disponibile su maps.org]. Inoltre, gli effetti dell'MDMA possono portare a intuizioni profonde riguardo alle distorsioni cognitive, con un intervento minimo o nullo da parte dei terapeuti. Il nostro approccio in gran parte non direttivo spesso favorisce una ristrutturazione cognitiva spontanea, resa possibile da qualità promosse dall'MDMA: maggiore chiarezza mentale, fiducia e il coraggio di guardarsi dentro con onestà.

“Mi sento come se stessi camminando in un luogo in cui avevo bisogno di andare da così tanto tempo, ma non sapevo come arrivarci. Sento di conoscermi meglio di quanto sia mai accaduto prima. Ora so di essere una persona normale. Ho attraversato esperienze difficili, ma ... sono cose che mi sono accadute, non ciò che sono ... Questo sono io. La medicina aiuta, ma questo è dentro di me.”

Elemento 5: Transfert e controtransfert

Questi termini si riferiscono rispettivamente ai sentimenti che emergono nel paziente verso i terapeuti e viceversa, influenzati inconsciamente dalle esperienze precedenti, in particolare da quelle infantili con le figure genitoriali. La consapevolezza di tali sentimenti è importante in qualsiasi psicoterapia ed è affrontata in modo specifico nella psicoterapia psicodinamica, che mira a rendere conscio l'inconscio, man mano che ciò diventa tollerabile nel corso del trattamento. Nella psicoterapia assistita da MDMA discutiamo il transfert e il controtransfert durante le sessioni introduttive, preparando i partecipanti al fatto che questi sentimenti possono essere notevolmente intensificati dall'MDMA e dal contesto di sessioni che durano un'intera giornata. Li presentiamo come fenomeni normali, che offrono un'opportunità per scoprire ed elaborare materiale precedentemente inconscio nel momento presente.

Sappiamo che i partecipanti che assumono MDMA possono essere estremamente sensibili alle espressioni verbali e non verbali dei terapeuti, e incoraggiamo l'onestà e l'apertura riguardo a qualsiasi sentimento emerga. Esplicitiamo la nostra intenzione di essere trasparenti rispetto a eventuali domande che i partecipanti possano avere su di noi e di non prenderla sul personale qualora esprimano rabbia o dispiacere in reazione a qualcosa che diciamo o facciamo. L'MDMA può rendere conscio l'inconscio in tempi rapidi, aumentando al contempo la capacità del partecipante di riconoscere e discutere le dinamiche di transfert e di tollerare e trarre beneficio da questo ritmo accelerato di cambiamento. Allo stesso tempo, i terapeuti sono chiamati a essere consapevoli delle proprie reazioni e a restare coinvolti in modo autentico ed empatico con il partecipante momento per momento. Fortunatamente, se i terapeuti sono onesti riguardo ai propri limiti e alle proprie zone ciecche, è probabile che il partecipante sotto MDMA risponda con empatia nei loro confronti.

“Ok, ora sono pronta a parlarti, Michael. Hai notato che ogni volta che ti ho parlato prima ho cercato di impressionarti con quanto sono intelligente? È quello che facevo con mio padre, perché era intelligente e non era molto presente. Ora sono pronta ad avere una vera conversazione con te.”

Elemento 6: Lavorare con la molteplicità della psiche

La psiche umana non è unitaria: tutti noi abbiamo diverse “parti”. Questo fenomeno è ampiamente riconosciuto, ma in psichiatria la terminologia e le teorie a riguardo sono tutt'altro che unificate. Tuttavia, termini come “dissociazione”, “parti”, “sub-personalità”, “sé” e “complessi” fanno riferimento allo stesso fenomeno o a fenomeni sovrapposti. Quando le manifestazioni di questa molteplicità si collocano all'estremo dello spettro, vengono definite Disturbo Dissociativo dell'Identità (in precedenza Disturbo da Personalità Multipla). Nel DSM-V (Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali) (di prossima pubblicazione al momento della stesura del testo) sarà introdotto un nuovo “sottotipo dissociativo” del PTSD, a riconoscimento del fatto che le persone con PTSD spesso presentano livelli aumentati di dissociazione o di fusione con le proprie parti.

Diversi modelli psicoterapeutici riconoscono la molteplicità come un fenomeno normale (sebbene potenzialmente problematico agli estremi dello spettro) e forniscono metodi specifici per lavorarci terapeutamente. Tra questi vi sono la Psicosintesi, il Voice Dialogue e la Terapia dei sistemi familiari interni -Internal Family Systems Therapy (IFS). Nella nostra esperienza, l'MDMA in un contesto terapeutico spesso aumenta la consapevolezza delle diverse “parti” della psiche e, allo stesso tempo, fa emergere una maggiore “energia del Sé”, permettendo di esplorare tali parti con più compassione e chiarezza (“parti” ed “energia del Sé” sono termini dell'IFS; altri modelli descriverebbero lo stesso fenomeno in modo leggermente diverso). Abbiamo condotto un piccolo studio pilota interno nell'ambito della nostra attuale ricerca su veterani, vigili del fuoco e agenti di polizia con PTSD, monitorando con quale frequenza emerga la consapevolezza delle parti. La nostra analisi preliminare rivela che i partecipanti allo studio hanno spontaneamente menzionato la consapevolezza delle diverse parti di sé nell'81% delle sessioni assistite da MDMA, e una maggiore comprensione e accettazione di queste parti è spesso risultata un elemento importante del processo terapeutico.

"Mi rendo conto che una parte di me non è un mostro, è un guerriero, una parte preziosa di me, e anche lui ha bisogno di guarigione." (parafrasi)

Elemento 7: Manifestazioni somatiche del trauma

La CBT, l'EMDR e la terapia psicodinamica possono portare l'attenzione sulle esperienze somatiche, ma non includono un lavoro diretto con il corpo attraverso il movimento o il contatto fisico. Esistono tuttavia diversi metodi innovativi ed efficaci che enfatizzano le connessioni tra sintomi psicologici e stati fisiologici. Questi approcci — come la Psicoterapia Sensomotoria, la Somatic Experiencing, la Respirazione Olotropica, l'Hakomi e altri — utilizzano l'attenzione focalizzata, il respiro, il movimento e/o il tocco per favorire l'espressione e il rilascio delle sensazioni che emergono nel corpo durante la terapia del trauma. La psicoterapia assistita da MDMA spesso include la focalizzazione sulle sensazioni corporee e l'uso del respiro e del movimento per facilitare consapevolezza, espressione e rilascio di tensioni o dolori nel corpo. Il nostro approccio può comprendere anche un tocco di sostegno o un lavoro corporeo mirato, sempre con grande attenzione al consenso del partecipante. Lavorare con queste sensazioni corporee ha portato alla liberazione di gran parte della rabbia e della tristezza.

"La rabbia è come un vulcano, ho paura di diventare una forza distruttiva, provo una tristezza intensa, solitudine, nausea."

I fattori che conducono alla guarigione nella psicoterapia assistita da MDMA non sono più misteriosi di quelli presenti in qualsiasi altro metodo terapeutico. Alcuni fattori sono riconosciuti e possono essere affinati e diffusi, altri sono sul punto di essere scoperti, e molti restano nascosti nelle complessità e nei misteri di una storia molto più ampia sui veri meccanismi della crescita e della guarigione umana. Poiché l'immaginazione è il linguaggio dell'inconscio, le immagini possono avvicinarsi maggiormente a descrivere ciò che accade. Come ha recentemente affermato un veterano della guerra in Iraq che ha partecipato al nostro studio:

"È quasi come se il guaritore interiore o l'MDMA fosse come una domestica che fa le pulizie di primavera. È come se pensassi di aver pulito prima, ma quando arrivavi alle cose che non volevi davvero affrontare le mettevi semplicemente in soffitta. Se vuoi davvero pulire la casa, non puoi saltare quello che c'è in soffitta."

***Translated by Chiara Dalla Pozza,
Reviewed by Cora Annoni,
With the assistance of Proz Pro Bono Program***