

Istituto A.T. Beck

Roma

PTSD POST CANCRO E TRATTAMENTO  
CON EMDR

*Dott.ssa Michela Colarieti*

Anno Accademico

2017-2018

# Indice

## **1. – DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS**

### **- Parte teorica -**

1. 1 – Inquadramento storico e teorico del disturbo .....	5
1. 2 – Quadro sintomatologico .....	8
1. 3 – Incidenza e prevalenza .....	12
1. 4 – Strumenti diagnostici.....	13
1. 5 – Teorie eziopatogenetiche .....	17
1. 6 – Principi di trattamento farmacologico.....	18
1. 7 – Principi di trattamento EMDR .....	20
1.7.1 – EMDR Eye Movement Desensitization and Reprocessing .....	21
1. 8 – Efficacia della terapia .....	22
1. 9 – Prevenzione delle ricadute .....	23
1.10 – Riferimenti bibliografici e sitografia.....	25

## **2. – DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS**

### **- Un caso clinico -**

2.1 – PTSD e cancro .....	44
2. 2 – Invio, informazioni generali e aspettative del paziente .....	45
2. 3 – Assessment.....	47
2.3.1 – Primo colloquio .....	47
2.3.2 – Colloqui successivi. ....	48
2.3.3 – Profilo evolutivo .....	50
2.3.4 – Storia di vita .....	51
2.3.5 – Struttura e comunicazione intra-familiare .....	52
2.3.6 – Modello di attaccamento.....	53
2.3.7 – Interviste, test e questionari .....	53
2. 4 – Diagnosi finale secondo il DSM-5 .....	57

2. 5 – Concettualizzazione del caso clinico .....	57
2. 6 – Elementi del contratto terapeutico .....	59
2. 7 – Relazione terapeutica .....	59
2. 8 – Trattamento .....	60
2. 9 – Prevenzione delle ricadute .....	63
2. 10 – Esito, valutazioni psicometriche e follow-up .....	63
– Appendice I.....	65
▪ <i>Biblioterapia</i> .....	65
– Appendice II.....	66
▪ <i>Storia di vita</i> .....	66
▪ <i>Posto al sicuro</i> .....	66

*A mia madre,  
che, anche lei, ha sconfitto con una  
grande forza d'animo un brutto tumore*

# 1 – DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS

## – Parte teorica –

### 1.1 – Inquadramento storico e teorico del disturbo

Il Disturbo post traumatico da stress (PTSD) è tra i disturbi di salute mentale più comuni negli Stati Uniti. Il PTSD è associato ad un decorso cronico e sintomi debilitanti, è una condizione che si verifica in seguito ad un evento traumatico discreto, ad esempio, un incidente, un'aggressione, una violenza, un disastro naturale, una malattia. È caratterizzato da sintomi invalidanti divisibili in quattro gruppi:

- Esperienza rivissuta tramite flashback, incubi
- Evitamenti ovvero gli sforzi di non pensare o parlare o ricordare il trauma
- Cognizioni negative e umore negativo, ad esempio un senso persistente e distorta di colpa propria o di altri, fino ad un'incapacità di ricordare aspetti chiave del trauma
- Ipervigilanza, esplosioni di rabbia, iperattenzione alla minaccia (APA, DSM-5, 2013).

Coloro che soffrono di PTSD hanno spesso difficoltà a recuperare le informazioni sull'evento traumatico, e il ricordo è spesso sconnesso e frammentato (Brewin, Dalgleish, e Joseph, 1996). Un principio centrale delle teorie cognitive sul PTSD è che la natura della memoria traumatica sia fondamentale per lo sviluppo del disturbo (Dalgleish, 2004). In secondo luogo, come abbiamo visto, i sopravvissuti spesso sperimentano alti livelli di ricordi intrusivi che sono emotivamente carichi. Alcuni teorici cognitivi (Brewin et al., 1996) suggeriscono che questo apparente paradosso è una funzione di due diverse vie di recupero di informazioni dalla base della memoria autobiografica. Si pensa che un recupero intenzionale dipende da rappresentazioni verbali che hanno organizzato il trauma. Il recupero intenzionale può essere interrotto quando la memoria traumatica non ha

sufficientemente elaborato e mal contestualizza nel tempo e nello spazio. Al contrario, ricordi intrusivi involontari, riflettono il funzionamento delle rappresentazioni trauma sensoriali con contenuto minimo che possono essere attivati incontrando segnali sensoriali che ricordano il trauma nell'ambiente (Brewin et al. 1996 ; Dalgleish, 2004) .

In termini di valutazioni di sentimenti che circondano l'evento, è comune per le persone sviluppare pensieri che alcune di queste emozioni (ad esempio, il senso di colpa, vergogna) confermano che erano in realtà responsabili dell'evento. In alternativa, i sopravvissuti possono sviluppare pensieri sulle loro azioni che cambiano la loro visione della loro capacità di risolvere o gestire lo stress; in altre parole, non affrontare questa esperienza significa mantenere un problema importante (Lee, Scragg, e Turner, 2001).

La consapevolezza del ruolo del trauma psicologico come fattore contributivo nei disturbi psichiatriche è aumentata nel corso del secolo scorso. Lo studio delle origini traumatiche della sofferenza emotiva ha avuto inizio negli ultimi decenni del XIX secolo. Al *Hôpital de la Salpêtrière* di Parigi, Jean Martin Charcot (1887) ha proposto innanzitutto che i sintomi di quei pazienti allora chiamati "isterici" avevano le loro origini nelle storie del trauma. Nei suoi primi quattro libri, lo studente di Charcot, Pierre Janet, ha descritto 591 pazienti (Janet 1973; Crocq 1989). Janet è stato il primo a capire che durante gli eventi traumatici le persone sperimentano "emozioni violente", che interferiscono con l'integrazione dell'esperienza travolgente. Janet osservò per la prima volta che i pazienti traumatizzati sembravano reagire a ricordi del trauma con risposte che erano state rilevanti come una minaccia originale, ma che attualmente non avevano alcun valore adattativo. Dopo l'esposizione ai ricordi, il trauma si riattivava sotto forma di immagini, sensazioni e sensazioni fisiche legate al trauma (Janet, 1973). Quando i pazienti non riuscivano a integrare l'esperienza traumatica nella totalità della loro consapevolezza personale, sembravano sviluppare problemi di assimilazione di nuove esperienze. Come se la loro personalità si fosse definitivamente fermata ad un certo punto e non potesse più allargarsi con l'aggiunta o l'assimilazione di nuovi elementi (Janet, 1919). Janet propose che gli sforzi per mantenere i ricordi traumatici frammentati dalla consapevolezza cosciente erodevano l'energia psicologica di questi pazienti. Questo, a sua volta, interferiva con la capacità di impegnarsi in azioni e di imparare dall'esperienza. A meno che gli elementi dissociativi del

trauma non venissero integrati nella coscienza personale, il paziente poteva sperimentare un lento declino del funzionamento personale e professionale (Van der Kolk et al., 1989).

Nel 1880, Sigmund Freud fece due notazioni cliniche alla *Salpêtrière* di Parigi, iniziando a studiare attentamente i sintomi dei pazienti "isterici" e le origini dei loro sintomi, spesso caratterizzati da notevoli anomalie motorie e sensoriali. Egli ha riassunto la prima serie di risultati in un documento intitolato "*I meccanismi fisici dei fenomeni isterici*" (Lewis DO et al.,1992) in cui ci parla del trauma "*Il ricordo del trauma agisce come un corpo straniero che molto tempo dopo la sua entrata deve essere considerato come un agente che è ancora al lavoro. L'effetto più importante del trauma è se vi è stata una reazione energetica all'evento che provoca una reazione, volontaria e involontaria, in cui gli affetti vengono scaricati. Se questa reazione avviene ad una quantità sufficiente, una grande parte dell'incidenza scompare come risultato. Se la reazione viene soppressa l'effetto rimane attaccato alla memoria. La reazione del soggetto ferito dal trauma esercita un effetto "catartico" completo se si tratta di una reazione adeguata. L'abreazione, però, non è l'unico modo per affrontare la situazione che è aperta a una persona normale che ha subito un trauma psichico. Un ricordo di un tale trauma, anche se non è stato ripreso, entra nel grande complesso di associazioni, si accompagna ad altre esperienze, che possono contraddirlo e quindi viene sottoposto a rettifica da altre idee. In questo modo una persona normale è in grado di provocare la scomparsa dell'effetto del trauma attraverso il processo di associazione. Viceversa le idee che sono diventate patologiche hanno persistito con forza affettiva poiché sono stati negati i normali processi, tuttavia questi ricordi, a differenza dei ricordi del resto della loro vita, non sono a disposizione del paziente. Al contrario, queste esperienze sono assolutamente assenti dalla memoria del paziente quando sono in uno stato psichico normale o sono presenti solo in una forma altamente sintetica"* (Breuer; Freud, 1893, pp 7-11).

Nel corso degli anni sono state date moltissime definizioni di trauma, a partire da Freud ai nostri giorni. Il trauma è una ferita, una spaccatura, qualcosa che si rompe durante la nostra quotidianità. Un trauma può essere soggettivo, o meglio, esistono varie esperienze che noi possiamo considerare traumatiche nella nostra vita. In particolare possiamo fare una distinzione di due tipologie

di traumi: T maiuscola e t minuscola. I piccoli traumi “t” riguardano tutte quelle situazioni in cui non ci si è trovati in pericolo di vita, o perlomeno in cui non si ha percepito una minaccia particolarmente intensa, rientrano in questa categoria umiliazioni, rifiuti, interazioni brusche con i caregiver, bullismo, traumi relazionali. I grandi traumi “T” includono eventi gravi come abusi, incidenti, disastri naturali, malattie gravi dove vi è la minaccia, reale o percepita, per la propria o altrui incolumità. Non tutti coloro che sperimentano un trauma, t o T, svilupperanno poi un PTSD, viceversa i sintomi del PTSD sono gli stessi per i t e T ([www.emdr.it](http://www.emdr.it)).

## 1. 2 – Quadro sintomatologico

Grave stress e traumi sono sempre stati una parte della condizione umana. Dopo la seconda guerra mondiale l'attenzione è stata dedicata alle conseguenze psichiatriche del trauma. Da allora, la nostra comprensione della psicopatologia post-trauma si è continuamente evoluta nelle categorizzazioni diagnostiche che usiamo oggi (Crocq, 2000). I sintomi relativi al PTSD si trovano anche in persone che non hanno una diagnosi formale e può variare notevolmente in termini di gravità. Altri problemi di salute mentale come uno scarso controllo della rabbia, problemi di droga e alcol, e la depressione si possono sviluppare insieme a sintomi di PTSD, che possono ritardare l'accesso al trattamento e aumentare l'onere della malattia per gli individui (Brady et al, 2000; Campbell et al, 2007). Molte ricerche hanno dimostrato che circa la metà delle persone con diagnosi di PTSD soffrono anche di disturbo depressivo maggiore (Flory, 2015). Le interruzioni del funzionamento quotidiano che si verificano nei primi 3 mesi dopo un evento “traumatico” sono classificati per il *Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali, 5 ed.* (DSM-5, APA, 2013) come un disturbo acuto da stress e successivamente un PTSD.

Il DSM-5 (APA, 2013) classifica varie reazioni al trauma e i disturbi legati allo stress:

- Disturbo da Stress acuto: l'evento traumatico viene vissuto direttamente, assistito o vissuto indirettamente, i sintomi durano da 3 giorni a 1 mese;



- Disturbi dell'Adattamento insieme di sindromi eterogenee di risposta allo stress dopo l'esposizione ad un evento stressante (traumatico o non traumatico);
- Disturbo Reattivo dell'Attaccamento e Disturbo da impegno sociale disinibito, entrambi sono il risultato di situazioni di trascuratezza che limitano il bambino nel creare dei legami sicuri e selettivi.
- Disturbo correlato a eventi traumatici stressanti con o senza altra specificazione
- Disturbo Post-traumatico da Stress
- DESNOS ovvero il PTSD Complesso o Disturbo da Stress Estremo non diversamente specificato (Herman, 1992; Van der kolk et al., 1996) che include un complesso di sintomi associati a traumi interpersonali precoci: alterazioni nella regolazione degli impulsi affettivi, compresa la difficoltà con la modulazione della rabbia e l'autodistruttività; alterazioni dell'attenzione e della coscienza che portano ad amnesia e episodi dissociativi e depersonalizzazioni; alterazioni dell'auto-percezione, come un senso cronico di colpa e di responsabilità, si vergognano cronicamente; alterazioni in relazione con gli altri, come non sentirsi in grado di avere la fiducia, non essere in grado di sentirsi intimi con le persone; somatizzazione, il problema di sentire sintomi a livello somatico per i quali non si possono trovare spiegazioni mediche; alterazioni nei sistemi di significato. Il trauma interpersonale, in particolare l'abuso infantile, prevede un rischio elevato per lo sviluppo di DESNOS (Ford, 1999).

Il PTSD secondo il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (APA, 2013), richiede che la persona sia stata esposta ad un trauma, che riguardi la morte reale o minaccia di morte, una violenza sessuale, una grave lesione, incidente, disastro naturale (criterio A) facendo un'esperienza dell'evento traumatico, diretta o indiretta. I sintomi del PTSD si possono dividere in quattro gruppi:

1. Sintomi intrusivi ovvero ri-sperimentare sintomi, ad esempio sintomi ricorrenti, ricordi intrusivi, incubi, flashback (criterio B);

2. Sintomi di evitamento degli stimoli traumatici, ad esempio la persona cerca di evitare pensieri legati al trauma e sentimenti e/o oggetti, persone o luoghi associati al trauma (criterio C);
3. Alterazioni negative di cognizioni e pensieri ed emozioni, per esempio, credenze distorte su se stessi, sugli altri e sul mondo, emozioni di vergogna o senso di colpa persistenti, intorpidimento emotivo, sentimenti di alienazione, incapacità di ricordare i dettagli chiave del trauma (criterio D);
4. Alterazioni dell'arousal o iper-reattività dei sintomi, ad esempio, irritabilità, ipervigilanza, disturbi del sonno, difficoltà di concentrazione (criterio E).

Per poter avere una diagnosi di PTSD, questi sintomi devono essere presenti per più di un mese (criterio F), portare un disagio significativo o compromissione funzionale (criterio G), e non devono essere dovute a farmaci, uso di sostanze, o un'altra condizione medica (criterio H). A seguito di un evento stressante possono verificarsi sintomatologia dissociativa, quale depersonalizzazione o derealizzazione. Specificare se: **Acuto**: la durata dei sintomi è inferiore a 3 mesi. **Cronico**: se la durata dei sintomi è di tre mesi o più e/o se: **Ad esordio ritardato**: se l'esordio dei sintomi avviene almeno sei mesi dopo l'evento stressante (DSM-5, APA, 2013).

È possibile fare una diagnosi differenziale con il PTSD:

- Disturbi dell'adattamento;
- Altri disturbi e condizioni post traumatiche;
- Disturbo da stress acuto;
- Disturbi d'ansia e disturbo ossessivo compulsivo;
- Disturbo depressivo maggiore;
- Disturbi di personalità;
- Disturbi dissociativi;
- Disturbi psicotici;
- Danno cerebrale da trauma (DSM-5, APA, 2013).

È necessario valutare come traumatici non solo gli eventi che implicano una minaccia alla vita o all'integrità fisica, ma anche quelli percepiti dall'individuo come tali per particolari caratteristiche, come la valenza negativa, l'imprevedibilità, la non controllabilità. Queste caratteristiche

insieme a diversi fattori di vulnerabilità e di rischio si associano all'esordio, allo sviluppo, al mantenimento e alla gravità del disturbo, è importante conoscerli per realizzare interventi efficaci. È necessario focalizzarsi sulle differenze individuali che costituiscono possibili fattori di rischio o fattori protettivi (Ardino, 2006).

Nello sviluppo del PTSD bisogna tener conto di alcuni fattori.

Fattori di rischio pre-traumatici:

- Temperamentali (problemi emotivi prima dei 6 anni, ansia o precedenti disturbi mentali, DOC, panico, disturbi depressivi);
- Ambientali (livello di istruzione e socioeconomico basso, livello di violenza, trascuratezza, esposizione ad un precedente trauma, avversità nell'infanzia, morte o separazione genitori, intelligenza inferiore, status razziale/etnico di minoranza, disturbi psichiatrici in famiglia);
- Genetici e fisiologici (sesso femminile, età più giovane all'esposizione all'evento traumatico) le persone con una predisposizione biologica all'ansia sviluppano reazioni più gravi se esposte a un trauma, le persone biologicamente vulnerabili sono più a rischio di esposizione agli stressor traumatici (Carlson, 2005).

Fattori peri-traumatici: la fase peritraumatica riguarda il periodo di tempo che comprende la situazione al momento del trauma e immediatamente dopo. La maggior parte degli studi ha evidenziato che i migliori predittori dell'insorgenza di un DSPT sono:

- la gravità (dose) del trauma (es. percepita minaccia per la vita)
- durata
- prossimità dell'individuo all'evento traumatico
- dissociazione che si verifica durante il trauma e persiste in seguito
- prevedibilità e la controllabilità: è più probabile che le persone si adattino meglio ad alti livelli di stress se questi sono almeno in parte attesi (Andrews et al. 2003).

Fattori di rischio post-traumatici:

- Fattori temperamentali: valutazioni negative, strategie di coping inappropriate, sviluppo del disturbo da stress acuto.
- Fattori ambientali: successiva esposizione a ripetuti fattori che suscitano ricordi traumatizzanti, successivi eventi di vita avversi, perdite finanziarie o di altro tipo collegate al trauma.

Fattori protettivi post-traumatici:

Un buon sostegno sociale e le abilità di gestione dello stress possono modulare lo sviluppo del disturbo e facilitare il processo di guarigione (Connor e Butterfield 2003; Andrews et al. 2003). Il sostegno sociale può contribuire a ristabilire il senso di controllo della persona e a ridurre la valenza negativa dell'esperienza (Carlson 2005).

### **1.3 – Incidenza e prevalenza**

Anche se la maggior parte degli individui sperimenta un evento traumatico durante la sua vita, la maggior parte degli individui esposti trauma non sviluppano PTSD. La prevalenza del PTSD è stimata tra il 5 e il 10% della popolazione. In particolare ci sono diversi studi che ne ricercano le stime, ad esempio l'8,3% (Kilpatrick et al, 2013) della popolazione in seguito ad un trauma nelle settimane seguenti presenta reazioni acute normative, come pensieri intrusivi o sogni circa l'evento, iper-vigilanza, irritabilità e problemi con il sonno, la memoria, e / o la concentrazione (Bryant et al, 2011; Frommberger et al, 1998; Isserlin et al 2008). Per circa due terzi dei soggetti esposti ad un evento traumatico, questi sintomi si risolvono da soli con il tempo (Blanchard et al, 1997; Santiago et al, 2013).

Il *National Comorbidity Survey* stima che il 7,8% delle persone sperimenteranno PTSD ad un certo punto in tutta la loro vita. Questa indagine ha evidenziato che alcuni dei fattori di stress più comunemente riportati sono stati essere direttamente coinvolti in un incidente in cui si è sperimentato il pericolo di vita o una malattia critica, essere coinvolto in un incendio, un'alluvione, o calamità naturali, di essere testimone di lesioni e minaccia per la vita o la morte di un'altra persona. Le donne hanno un rischio leggermente più elevato rispetto agli uomini (10,4% vs 5,0%; Kessler et al., 1995). È importante però ricordare che non tutte le persone che hanno sperimentato un trauma svilupperà PTSD, i fattori che mettono le persone a maggior rischio includono traumi precedenti, storia familiare di psicopatologia, minaccia la vita percepita durante il trauma, il sostegno sociale post-trauma, e la dissociazione peritraumatica (Ozer et al, 2006).

Per quanto riguarda l'età di insorgenza per il PTSD sulla popolazione, la ricerca ha costantemente dimostrato che la maggior parte dei casi si verifica prima dei

40. Utilizzando i dati dal *National Comorbidity Survey* negli Stati Uniti, Kessler et al (2005) hanno trovato che il 75% dei casi di PTSD in campione si è verificato prima dell'età di 40 anni. Le reazioni non specificate a grave stress avevano la più alta incidenza, seguita dalla reazione acuta di stress e poi PTSD (Graduz et al, 2014).

#### **1.4 – Strumenti diagnostici**

La valutazione approfondita dei sintomi è una componente essenziale per il trattamento efficace di PTSD. Gli obiettivi primari di valutazione includono il rilevamento di esposizione al trauma, la valutazione del DSM-5 criteri di PTSD, e continua valutazione di gravità dei sintomi durante il trattamento (Steenkamp et al, 2010). Insieme, i dati raccolti attraverso questi vari metodi fornisce informazioni preziose che possono essere utilizzati per informare la pianificazione del trattamento e monitorare i progressi del trattamento. Dopo lo screening iniziale, dovrebbero essere condotte le procedure di valutazione più avanzate per stabilire la diagnosi clinica del PTSD sulla base dei criteri diagnostici del DSM-5, alcuni test per valutare il PTSD sono:

- Millon-III
- SCID-II
- CAPS
- Scala degli eventi stressanti (IES)
- BDI-II
- SCL-90-R

Il test **Millon Clinical Multiaxial Inventory III** - Millon III (Millon et al., 1996) è uno strumento di valutazione della personalità dell'adulto (<18 anni). È semplice e breve, ha 175 domande con risposte dicotomiche (vero-falso). Misura 14 pattern di personalità e 10 sindromi cliniche. Ha lo scopo di misurare i tratti di personalità ed eventuale psicopatologia. È composto da 24 scale suddivise in 4 gruppi, più gli indici di modifica (desiderabilità, autosvalutazione, validità, autoapertura):

1. pattern di personalità clinica: Schizoide, Evitante, Depressiva, Dipendente, Istrionica, Narcisista, Antisociale, Sadica Aggressiva, Ossessivo-Compulsiva, Negativistica (Passivo-Aggressiva), Masochistica (Autofrustrante)
2. sindromi cliniche: ansia, somatizzazione, mania, distimia, dipendenza da alcol e da droghe, DPTS
3. sindromi cliniche gravi; Disturbo del Pensiero, Depressione maggiore, Disturbo Delirante
4. grave patologia della personalità: Schizotipica, Borderline, Paranoide

La **Structured Clinical Interview-II - SCID-II** (Spitzer, Smith, Benjamin, Gibbon, 1997) è un'intervista semistrutturata che valuta i disturbi di personalità o dei tratti stabili in base all'asse II del DSM-IV-TR. È composta da una serie di domande a risposta aperta per individuare le caratteristiche della personalità. Indaga 10 disturbi e due categorie nell'appendice del DMS-IV: Evitante, Dipendente, Ossessivo-compulsivo, Depressivo, Paranoide, Schizotipico, Schizoide, Istrionico, Narcisista, Borderline, Antisociale, Passivo-aggressivo, Non altrimenti specificato (NAS).

La **Clinician Administered PTSD Scale - CAPS** (Blake et al., 1990), è la scala standard nella valutazione della presenza o assenza di diagnosi di PTSD e la frequenza e l'intensità dei sintomi. Questa scala fornisce valutazioni della frequenza e l'intensità di ciascuno dei 17 sintomi del PTSD sul DSM-IV-TR, è basata su una scala di tipo Likert da 0 a 4, consentendo in tal modo un punteggio massimo di 8 per ogni sintomo e una gamma totale di punteggio da 0-136. Può essere utilizzato per diagnosticare un trauma attuale o passato, o per valutare i sintomi durante l'ultima settimana. Ha due forme disponibili, una valuta i sintomi presenti nell'ultima settimana (*One week symptom status version* – CAPS-SX); l'altra quelli presenti attualmente o durante l'arco della vita (*Current and lifetime diagnostic version* – CAPS-DX). In questo secondo caso si chiede al paziente se i sintomi sono stati presenti dopo il trauma per almeno un mese.

La **Scala degli eventi stressanti - IES** (Horowitz, Nancy, Alvarez – 1979) è composta da 15 domande e valuta 2 domini: pensieri intrusivi e prevenzione.

Valuta 14 dei 17 sintomi del PTSD secondo il DSM-IV. Ovviamente punteggi più alti indicano un maggiore disagio. Si valutano eventi della vita e stress cronico, chiedendo al paziente se stesse attualmente vivendo un disagio psicologico a causa di problemi, malattia correlati (cancro o di altre malattie), problemi familiari (conflitti con partner, genitori e bambini), problemi finanziari, e le questioni di lavoro. Lo scoring si basa sul punteggio: 0-8 range subclinico; 9-25 medio; 26-43 moderato; 44 + severo.

Il **Beck Depression Inventory - BDI-II** (Beck et al., 1996) valuta il tono dell'umore del soggetto. È composto da 21 domande con punteggio su una scala Likert da 0 a 3. Il punteggio finale Si evidenzia: Un livello di depressione generale elevato (42/63). In particolare vi è un livello somatico-affettivo di depressione elevato (22/36), i sintomi dell'area sono: vissuto di pena, abbattimento, oppressione, tristezza, malinconia; sentimenti di colpa; senso di mancanza di sentimenti (distacco affettivo, estraneamento); percezione del tempo: senso di interruzione del proprio divenire, il presente diventa stagnante e il passato pesa in modo opprimente sul presente; incapacità di vedere il futuro come sede delle proprie aspirazioni; vissuto corporeo: corpo percepito come pesante, oppresso, malato, devitalizzato.

Un livello cognitivo di depressione elevato (20/27), i sintomi dell'area sono: pensiero rallentato; diminuzione della capacità di concentrazione; autosvalutazione e ipercritica verso di sé; presenza di temi depressivi e ripetitivi, difficilmente contrastabili con la critica; senso di colpa, indegnità e ipocondria.

La **Symptom Check List 90-Revised - SCL-90-R** (Derogatis, 1994) misura problemi psicologici e sintomi psicopatologici ad ampio spettro, nell'ultima settimana stimando i sintomi internalizzanti (depressione, somatizzazione, ansia) ed esternalizzanti (aggressività, ostilità, impulsività). La SCL-90-R è un questionario di 90 item per la conformazione di sintomi psicologici di soggetti non clinici e clinici, misura nove dimensioni sintomatologiche primarie:

- SOM - Somatizzazione: fa riferimento al riportare il disagio psicologico sul corpo.

- O-C - Ossessività-Compulsività: indica la presenza di una serie di pensieri, impulsi e azioni che sono percepiti come persistenti e egodistonici.
- I-S - Ipersensibilità interpersonale: mette in luce i sentimenti di inadeguatezza e inferiorità conseguenti dal confronto con altre persone, come l'autosvalutazione, i dubbi su di sé e un marcato disagio nelle interazioni interpersonali.
- DEP - Depressione: la scala riflette una serie di manifestazioni cliniche della depressione. Vengono inclusi sentimenti di tristezza, senso di colpa, disperazione, perdita di interesse nelle attività quotidiane, mancanza di speranza per il futuro, fino a pensieri suicidari.
- ANX - Ansia: include i sintomi generali dell'ansia come nervosismo, tensione, tremori, attacchi di panico e sentimenti di terrore, apprensione e paura.
- HOS - Ostilità: comprende i pensieri, i sentimenti o le azioni tipici di uno stato affettivo negativo di rabbia, riflettendo manifestazioni quali aggressività, irritabilità, rabbia e rancore.
- PHOB - Ansia fobica: si riferisce ad una risposta persistente di paura verso uno specifico oggetto, riconosciuta come irrazionale e sproporzionata allo stimolo, che conduce a comportamenti di evitamento o fuga.
- PAR - Ideazione paranoide: descrive le manifestazioni del pensiero paranoide, di cui espressioni primarie sono ostilità, sospettosità, grandiosità, paure di perdita.
- PSY - Psicoticismo: indica uno stile di vita introverso, isolato.

Sono presenti sette item addizionali (*OTHER*) che misurano disturbi dell'appetito e del sonno. Tre indici globali offrono più flessibilità nella valutazione totale dello stato psicopatologico del soggetto, concedendo di disporre di indicatori di gravità sintomatologica e disagio psichico:

1. Totale sintomi positivi (PST) misura la numerosità dei sintomi.
2. Indice di distress da sintomi positivi (PSDI) indica il livello di sofferenza sperimentata dal soggetto per i sintomi riferiti.
3. Indice di gravità globale (GSI) indica il livello di gravità del disturbo e il grado di sofferenza psicologica percepita dal soggetto ([www.giuntios.it](http://www.giuntios.it)).



## 1.5 – Teorie eziopatogenetiche

Abbiamo detto che la maggior parte degli individui durante la loro vita subirà una qualche forma di trauma o di grave stress, tuttavia, la maggior parte avrà la capacità di recupero dopo tali eventi, senza conseguenze a lungo termine per la salute (Bonanno et al., 2004). Il Disturbo da stress post-traumatico (PTSD) è un disturbo psichiatrico cronico e altamente invalidante che si sviluppa in un piccolo numero di persone a seguito di esposizione ad un singolo evento traumatico o esposizioni multiple / croniche nel corso del tempo (Bisson et al., 2015). Il PTSD è estremamente eterogeneo e può manifestarsi in modi diversi, con vari sintomi clinici come definito nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali versione 5 (APA, 2013). Per gli individui vivere il trauma stesso, ha una notevole variabilità inter-individuale nella loro resistenza e nel rischio di PTSD, molto probabilmente a causa di differenze di fondo nei processi biologici, possibilmente genetici o epigeneticamente guidati. Il PTSD si sviluppa dopo l'esposizione ad un evento potenzialmente traumatico. L'esposizione è definita come la sperimentazione diretta o indiretta ad un evento traumatico. Se vogliamo quindi il PTSD è caratterizzato da un "difetto" nel seguire la traiettoria normale di recupero dopo un'esposizione ad un evento traumatico. Le ricerche identificano una suscettibilità genetica nella relazione causa-effetto tra l'esposizione ad eventi traumatici e il successivo sviluppo di PTSD, tale che la prevalenza del PTSD aumenta in base al numero di eventi traumatici (Kilpatrick et al, 2013; Brewin et al., 2000; Ozer et al., 2008). È anche più probabile che il PTSD si verifichi dopo traumi gravi con la T maiuscola che ci mettono in pericolo di vita, personalmente o indirettamente, come lo stupro, un abuso sessuale, un incidente, un disastro naturale, una malattia, un combattimento militare (Friedman et al., 2007). Inoltre, un rischio più alto di PTSD è stato associato con numerose variabili pre-trauma:

- genere femminile,
- svantaggio sociale o intellettuale,
- stato di istruzione,
- storia di esposizione al trauma prima dell'evento target,
- pregiudizi attentivo-emotivo negativo,
- sensibilità all'ansia,

- sottotipi genetici implicati nella regolazione della serotonina e del cortisolo,
- storia personale e familiare di psicopatologia (Brewin et al., 2000 – Ozer et al., 2008 – Sarapas et al. 2011).

Altri fattori di rischio per il PTSD sono legati a variabili peri-traumatiche e post-traumatiche, includono la percezione della minaccia della vita durante il trauma, emozioni negative più intense durante o dopo il trauma (ad esempio, la paura, impotenza, vergogna, senso di colpa, e l'orrore), la dissociazione durante o dopo la trauma, minori livelli di sostegno sociale dopo il trauma, e sintomi generalmente più gravi durante la prima settimana dopo l'evento traumatico (Ozer et al., 2008 O'Donnell et al., 2007). Studi genetici sul PTSD sono particolarmente inclini a considerare un'interazione gene-ambiente, per cui la predisposizione genetica è considerata, insieme ad una determinata condizione ambientale (trauma), un fattore di rischio importante per lo sviluppo della malattia. I fattori di rischio genetici possono interagire con il trauma (Caspi et al., 2003). Una probabile spiegazione per l'alta ereditabilità nello sperimentare traumi specifici può riguardare tratti di personalità che possono influenzare il comportamento e le scelte di vita, tra cui comportamenti di assunzione di rischio. Infatti, tratti di personalità antisociali, autolesionistici e tendenti all'abuso di sostanze hanno dimostrato di predire il rischio di traumi aggressivo-violenti, e questi sono in parte mediati da fattori genetici (Jang et al., 2003). Gli studi di associazione genetica segnalano il coinvolgimento dopaminergico, dato il ruolo ormai consolidata della dopamina nella risposta allo stress (Belujonet al., 2015). La dopamina viene rilasciata in seguito allo stress (Nagano-Saito A et al., 2013) e livelli di dopamina sono direttamente correlati con l'entità della risposta allo stress da parte del cortisolo (Pruessner et al., 2004). Altri studi segnalano una disfunzione della serotonina, che si pensa svolga un ruolo nella patofisiologia del PTSD (Davis et al., 1997).

## **1.6 – Principi di trattamento farmacologico**

Anche se gli interventi psicoterapeutici sono il primo e il più sostenuto trattamento del PTSD, ci sono diversi trattamenti farmacologici evidence-

based. Le farmacoterapie possono essere fornite nella maggior parte dei contesti clinici e richiedono molto meno tempo e sforzo da parte del paziente (ad esempio, un numero sempre più brevi di appuntamenti, senza compiti a casa tra le visite). La fondazione dei trattamenti farmacologici (FDA) è supportata da una crescente letteratura che riguarda l'associazione tra PTSD e disregolazione dei sistemi neurotrasmettitoriali e neuroendocrini (Connor et al., 1998; Lee et al., 2005; Liberzon et al., 2007; Yehuda et al., 2007). La maggior parte della ricerca attuale sulla farmacoterapia per il PTSD è focalizzata sugli inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina (SSRI) per il trattamento di PTSD (Powers et al., 2010). Gli SSRI hanno un effetto ampio sui sintomi del PTSD, compresi i miglioramenti nello stato quotidiano, sull'evitamento paralizzante e sui sintomi di iper-eccitazione, la qualità relativa dei miglioramenti è associata alla riduzione dei sintomi (Friedman et al., 2007). In termini di specifici SSRI, sia la sertralina che la paroxetina hanno ricevuto il sostegno della FDA per il trattamento del PTSD (Friedman et al., 2007; Brady et al., 2000; Davidson et al., 2001), anche altri, come fluvoxamina e citalopram, hanno ricevuto il sostegno per il trattamento del PTSD (Escalona et al., 2002; Seedat et al., 2001). È interessante notare che la paroxetina ha dimostrato di migliorare i deficit cognitivi associati con il PTSD, oltre ai sintomi clinici (Vermetten et al., 2003). Ci sono diversi altri agenti che sono risultati efficaci nel trattamento farmacologico del PTSD (Friedman et al., 2007). Due esempi comuni sono Trazadone, un farmaco antidepressivo serotoninergico con un effetto collaterale sedativo, e prazosin, un agente anti-adrenergico che è stato studiato nel trattamento del sonno e degli incubi in PTSD. La Prazosina ha ricevuto maggiore attenzione, in studi clinici randomizzati, che dimostrano la sua efficacia per le interruzioni dei disturbi legati al sonno e incubi, così come il miglioramento del funzionamento globale e dei sintomi di PTSD (Raskind et al., 2013).

## **1.7 – Principi di trattamento EMDR - Eye Movement desensibilization and reprocessing**

Un trattamento di elezione per i traumi è l'**EMDR - Eye Movement desensibilization and reprocessing**. L'EMDR ha ricevuto in questi anni notevole supporto empirico come trattamento del PTSD (Shapiro, 1995 - 2002). L'EMDR ipotizza che la memoria traumatica, se non completamente elaborata, viene memorizzata nel suo stato iniziale, conservando eventuali errori di percezione o modelli di pensiero distorti che si sono verificati al momento del trauma. Van den Hout e colleghi(2001) hanno scoperto che i movimenti bilaterali degli occhi durante il richiamo della memoria traumatica riduce la vivacità e le emozioni collegate alla memoria. I movimenti oculari bilaterali riducono il disagio collegato alla memoria traumatica, riducendo in tal modo gli evitamenti e consentendo una maggiore attenzione ai modelli di pensiero più adattivi che vengono poi collegati al ricordo traumatico (Shapiro, 2002). L'EMDR chiede alle persone di ricordare la loro esperienza traumatica nella loro mente, contemporaneamente al movimento bilaterale del dito del terapeuta (Shapiro, 2001 – Lee et al., 2006). Questa doppia focalizzazione dell'attenzione facilita il riconsolidamento della memoria traumatica originale in modo che sia meno vivace e meno dolorosa (Rogers et al., 2002). Il meccanismo preciso con cui l'EMDR sembra facilitare questa elaborazione del trauma è sconosciuta (Lee et al., 2013). Ci sono stati diversi teorie proposte, tuttavia una spiegazione più recente dei meccanismi sottostanti l'EMDR, che ha ricevuto un valido supporto empirico, è la teoria sulla memoria di lavoro (Van den Hout et al., 2012). Questa teoria postula che ad impostare i movimenti degli occhi è la capacità della memoria di lavoro, rendendo in tal modo la memoria traumatica meno vivace e, di conseguenza, con minor stress emotivo (Leer et al., 2014 - Andrade et al., 1997). Il trattamento EMDR costituisce un esempio dell'integrazione tra aspetti organici e psicologici, dato che dopo un intervento psicoterapeutico vengono riscontrate delle evidenze nelle risposte neurofisiologiche e neuroendocrine. Questo è possibile in questo momento storico perché ci sono delle strumentazioni in grado di misurare questi cambiamenti. Questo apre delle strade molto promettenti dal punto di vista scientifico per la psicologia e in particolare per la psicoterapia ([www.emdr.it](http://www.emdr.it)). Ricevere una diagnosi di cancro come prima reazione crea

sicuramente uno shock. La sintomatologia che si presenta è la stessa del Disturbo Post traumatico da Stress. L'utilizzo dell'EMDR in pazienti con cancro è utile per far elaborare lo shock post traumatico al paziente, il trauma della diagnosi di cancro deve essere affrontato per primo, per evitare che il paziente si ritrovi costantemente bloccato a pensare all'idea della morte. Successivamente trasformare il suo ruolo da vittima di eventi incontrollabili (*sono predestinato a ricevere eventi negativi*) a protagonista attivo della propria vita (*farò di tutto per sconfiggere la malattia*). Al termine del trattamento con l'EMDR, il paziente non è più bloccato dalla paura di non farcela come al momento della diagnosi, ma ha un atteggiamento più forte e consapevole associato alla sensazione di potercela fare. L'EMDR viene applicato sui ricordi dei momenti più traumatici, sulle situazioni attuali che causano ansia e disagio e su quelle future che creano ansia anticipatoria e angoscia. In questo modo si può facilitare e favorire il processo che porterà ad intraprendere la via della guarigione (*Pupulin, 2008*).

### **1.7.1 Protocollo EMDR**

Il trattamento EMDR si basa sul protocollo di otto fasi delineato da F. Shapiro (2001).

Fase uno: storia del paziente. Questa fase include la raccolta di informazioni sulla storia del paziente e sul suo funzionamento attuale. Si selezionano i target di trattamento, si concordano gli obiettivi terapeutici e si fa un piano terapeutico. In particolare si lavora su:

- concettualizzazione del caso,
- tecniche per identificare i target precoci associati,
- pianificazione del trattamento,
- selezione e ordine dei target da elaborare,
- approccio in 3 parti: passato, presente e futuro.

Fase due: preparazione del paziente. Si raccoglie il consenso informato, si spiega il metodo, si sceglie il timing, si tengono conto le condizioni mediche del paziente, eventuale terapia farmacologica. Si prepara il paziente, si fa una

psicoeducazione ed un piccolo lavoro sulle aspettative. Si costruisce con il paziente un “posto al sicuro”.

Fase tre: assessment. Consiste nell’accedere in modo strutturato e misurare gli aspetti primari del ricordo. Si misura la baseline per ogni ricordo target. Le componenti del target sono ICES – immagine, cognizioni, emozioni, sensazioni fisiche. Durante l’assessment si ricava la cognizione negativa ovvero una convinzione negativa, irrazionale, autoriferita (*Io sono debole*). Inoltre si ricava la cognizione positiva ovvero parole che corrispondono alle convinzioni desiderate dal paziente nell’autovalutazione (*Io sono forte*). Si valuta la validità della cognizione positiva con la scala VOC. E si valuta l’intensità dell’emozione negativa con la scala SUD. Si procede con la stimolazione oculare.

Fase quattro: desensibilizzazione. Si continua la stimolazione oculare accedendo al ricordo target finchè la scala SUD scende.

Fase cinque: installazione della cognizione positiva. Si procede con la stimolazione oculare finchè la scala VOC non cambia.

Fase sei: scansione corporea. L’obiettivo è rielaborare qualsiasi manifestazione fisica/somatica residua del ricordo.

Fase sette: chiusura. Si chiude la seduta.

Fase otto: rivalutazione. Si riaccede alla seduta precedente per valutare la scala SUD e la VOC. In caso positivo si può procedere ad una nuova stimolazione su un nuovo evento target.

## **1.8 – Efficacia della terapia**

L’EMDR, ovvero desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari, ha un’ampia base di pubblicazioni e di ricerca controllata che lo supportano quale trattamento validato empiricamente per il disturbo post-traumatico da stress. Le attuali linee guide dell’*International Society for Traumatic Stress Studies* sui trattamenti stabiliscono che l’EMDR è un trattamento efficace per il PTSD (Chemtob, Tolin, van der Kolk & Pitman, 2000). Il Dipartimento di Psicologia Clinica dell’American Psychological Association (1995) ha iniziato un progetto per definire fino a che grado tutti i metodi terapeutici erano supportati da evidenze empiriche solide e per

determinarne il grado di efficacia. Nel 1998 revisori indipendenti (Chambless et al., 1998) hanno posizionato l'EMDR nella lista dei trattamenti validati empiricamente e hanno stabilito che era "probabilmente efficace nel trattamento del PTSD con popolazioni civili. L'ultima valutazione dell'American Psychological Association risale a giugno 2002, dove viene affermato che sembrano esserci sufficienti dati ora per considerare l'EMDR un trattamento efficace del PTSD in popolazioni civili. Inoltre, come riportato prima le linee guida dell'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) indicano che l'EMDR è supportato da una ricerca maggiore di quasi tutte le altre terapie per i PTSD. Autori come Lee et al., 2002; Marcus et al., 1997; Rothbaum, 1997 hanno indicato che in seguito ad un trattamento con l'EMDR la diagnosi di disturbo posttraumatico da stress (PTSD) è stata eliminata nel 77-90% dei partecipanti alla ricerca. Il trattamento era durato da 3 a 7 sedute di EMDR. Molti studi su persone hanno rilevato riduzioni significative nei sintomi di PTSD dopo il trattamento con due o tre sedute EMDR (Ironson et al., 2002; Scheck et al., 1998; S. A. Wilson et al., 1995). Wilson e colleghi ha verificato in una ricerca la remissione della diagnosi di PTSD nel 84% dei casi (1997), dimostrando la sua efficacia nei 15 mesi successivi nei follow-up. Riassumendo i risultati delle ricerche condotte in questi 13 anni sull'EMDR: dal punto di vista clinico e diagnostico il paziente non lamenta più la sintomatologia tipica del disturbo post-traumatico da stress. Questo è stato prodotto e certificato da varie fonti e peculiarità della ricerca sull'EMDR. Il confronto della sua efficacia con altri trattamenti, valutazioni pre-post trattamento con relativo Follow-up e metanalisi sulle ricerche realizzate sull'EMDR, pubblicate sui giornali scientifici di psicologia e psichiatria, hanno permesso di produrre risultati importanti. Attualmente si sta conducendo un grande lavoro sperimentale di ricerca, sempre in evoluzione, sull'efficacia dell'EMDR nel trattamento di altri disturbi, come disturbi alimentari, disturbi d'ansia e dell'umore) ([www.emdr.it](http://www.emdr.it) ).

## **1.9 – Prevenzione delle ricadute**

Per affrontare le eventuali ricadute del PTSD vi sono vari approcci disponibili. Per quanto riguarda l'EMDR si lavora con modello del futuro, attraverso il

quale si insegna al paziente ad allenare la sua mente rispetto al problem solving. È importante spiegare al paziente che nel corso della sua vita ci potranno essere delle ricadute, questo non significa che il trattamento non abbia avuto effetto ma semplicemente che in determinati momenti di vita si è più fragili e non si riesce a far fronte a tutte le problematiche. In particolare in una diagnosi di cancro si deve fare i conti con una possibile ricaduta, è importantissimo lavorare sull'accettazione di questa possibilità il tutto con l'EMDR attraverso il modello del presente o del futuro il modello sul futuro si prova ad immaginare che "cosa potrei fare se..." "come potrei reagire se..." (www.emdr.it ).



## **1.10 – Bibliografia**

*American Psychiatric Association . ( 1994 ). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali ( 4a ed. ). Washington, DC : American Psychiatric Publishing.*

*American Psychiatric Association . ( 2013 ). Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali ( 5 ° ed. ). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing.*

*American Psychological Association Clinician's Research Digest (1995-2002). Review of special January issue on EMDR. June issue.*

*American society of clinical oncology – Research of 2016.*

*Andrade J, Kavanagh D, Baddeley A. movimenti oculari e immagini visive: Un lavoro appoggio di memoria al trattamento del disturbo da stress post-traumatico. Br J Clin Psychol. 1997; 36 (2): 209-23.*

*Andrews, G., Creamer, M., Crino, R., Hunt, C., Lampe, L. & Page, A. (2003). The Treatment of Anxiety Disorders. Clinician Guides and Patient Manuals – Second Edition. Cambridge: Cambridge University Press.*

*Andrykowski M , Cordova MJ , McGrath PC , Sloan D , Kenady DE . Stabilità e cambiamento nella post-traumatico da stress sintomi dopo il trattamento del cancro al seno: a 1 anno di follow-up . Psychooncology. 2000 ; 9: 69 - 78 .*

Ardino, V. (2006). *Il disturbo post-traumatico da stress e le credenze cognitive centrali*. In S. Sassaroli, R. Lorenzini & G.M. Ruggiero (a cura di), *Psicoterapia cognitiva dell'ansia. Rimuginio, controllo ed evitamento* (pp. 281-292). Milano: Raffaello Cortina Editore.

Associazione Americana di Psicologia. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, (DSM-5)*. Arlington, VA: APA Publishing; 2013.

Astin JA. *Riduzione dello stress attraverso la meditazione di consapevolezza. Effetti sulla sintomatologia psicologica, senso del controllo e esperienze spirituali*. *Psicosoma psicologica*. 1997; 66 : 97-106. Doi: 10.1159 / 000289116.

Baer RA. *Formazione mentale come intervento clinico: una revisione concettuale ed empirica*. *Clin Psychol Sci*. 2003; 10 : 125-43. Doi: 10.1093 / clipsy.bpg015.

Belujon P , tolleranza AA . *Regolamento di responsività sistema della dopamina e la sua risposta adattativa e patologica allo stress* . *Proc. Biol. Sci.* 282 (1805), 20142516 ( 2015).

Beck, Steer, Brown - *Beck Depression Inventory BDI-II*, 1996.

Bisson JI , Cosgrove S , Lewis C , Robert NP . *Disturbo da stress post-traumatico* . *BMJ* 351, h6161 ( 2015 ).

Blanchard, EB; Hickling, EJ; Forneris, CA; Taylor, AE; Buckley, TC; Loos, WR; Jaccard, J. *Pronostico remissione del disturbo post*

*traumatico da stress acuto in vittime di incidenti automobilistici. J. Trauma. Lo stress 1997 , 10 , 215-234.*

*Blake et al., Clinicial Administered PTSD Scale - CAPS 1990.*

*Bonanno GA . Perdita, trauma e la resilienza umana: abbiamo sottovalutato la capacità umana di prosperare dopo eventi estremamente avversi? Am. Psychol. 59 (1), 20 - 28 ( 2004 ).*

*Brady, K .; Pearlstein, T .; Asnis, GM; Baker, D .; Rothbaum, B .; Sikes, CR; Farfel, GM efficacia e la sicurezza del trattamento con sertralina del disturbo post traumatico da stress: Uno studio randomizzato controllato. JAMA 2000 , 283 , 1837-1844.*

*Brady KT, Killeen TK, Brewerton T, Lucerini S. comorbidità di disturbi psichiatrici e disturbi stress post-traumatico. J Clin Psychiatry 2000; 61 Suppl 7: 22-32.*

*Brédart A , Merdy O , Sigal-Zafrani B , Fiszer C , Dolbeault S , Hardouin JB. dentifying cluster traiettorie delle esigenze terapeutiche di supporto al seno cancro ai superstiti, difficoltà psico-sociali, e le risorse del completamento del trattamento primario a 8 mesi più tardi . Supporto Cancer Care. 2016 ; 24: 357 - 366 .*

*Breuer J., Freud S. Studi sull'Isteria . In: Strachey J, ed. Trans. L'edizione standard delle opere psicologiche complete di Sigmund Freud. Londra, Regno Unito: Hogarth Press. 1955; 2 : 1-305. (Opera originale pubblicata 1893-1895).*

*Brewin, CR, Dalgleish, T., e Giuseppe, S. ( 1996 ). Un doppio teoria della rappresentazione di disordine stress post-traumatico . Psychological Review , 103 ( 4 ), 670 - 686 .*

*Brewin, CR; Andrews, B .; San Valentino, JD Meta-analisi dei fattori di rischio per il disturbo post traumatico da stress negli adulti trauma esposti. J. Consult. Clin. Psychol. 2000 , 68 , 748-766.*

*Brewin, CR, e Holmes, EA ( 2003 ). Teorie psicologiche di disturbo da stress post-traumatico , 23 ( 3 ), Web 339 - 376 .*

*Bryant, RA; Friedman, MJ; Spiegel, D .; Ursano, R .; Strain, J. Una revisione di disturbo acuto da stress nel DSM-5. Depressione Ansia 2011 , 28 , 802-817.*

*Brown KW, Ryan RM. I vantaggi di essere presenti: consapevolezza e ruolo nel benessere psicologico. J Pers Soc Psychol. 2003; 84 : 822-48. Doi: 10.1037/0022-3514.84.4.822.*

*Campbell DG, Felker BL, Liu C, Yano EM, Kirchner JE, Chan D, et al. La prevalenza di comorbidità depressione-PTSD: implicazioni per le linee guida di pratica clinica e gli interventi di assistenza a base primaria. J Gen Intern Med 2007 Giugno; 22 (6): 711-718.*

*Carrion VG, Weems CF, Richert K, Hoffman BC, Reiss AL. Decreased prefrontal cortical volume associated with increased bedtime cortisol in traumatized youth. Biol Psychiatry. 2010;68:491–493.*

Carlson, E.B. (2005). *Un modello concettuale per gli effetti delle esperienze traumatiche. Cognitivismo Clinico*, 2(2), 142-170.

Caspi A , Sugden K , Moffitt TE et al. *Influenza dello stress della vita sulla depressione: moderazione da un polimorfismo nel 5-HTT gene . Science* 301 (5631), 386 - 389 ( 2003).

Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A.F., Bennett Johnson, S., McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A., & Woody, S.R. (1998). *Update on empirically validated therapies, II., The Clinical Psychologist*, 51, 3-16.

Charcot JM. *Lecons sur les maladies du mystème nerveux faites à la Salpêtrière [Lezioni sulle malattie del sistema nervoso tenuto al Salpetriere], Vol III. In: Progrès Medical . Terzo vol. Parigi, Francia: Delahaye A, Lecrosnie E; 1887.*

Chemtob, C.M., Tolin, D.F., van der Kolk, B.A. & Pitman, R.K. (2000). *Eye movement desensitization and reprocessing in Edna A. Foa, Terence M. Keane & Matthew J. Friedman [Eds.] Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. New York: Guilford Press, p. 139-155, 155, 333-335.*

Coffey S.F., Gudmundsdottir B , Beck JG , Palyo SA , Miller L . *Screening per PTSD nei sopravvissuti incidenti automobilistici utilizzando PSS-SR e IES . J Trauma stress. 2006 ; 19: 119 – 128.*

Connor, KM; Davidson, JR *Il ruolo della serotonina nel disturbo stress post-traumatico: Neurobiologia e farmacoterapia. CNS Spectr.* 1998 , 3 , 42-51.

Connor, K.M. & Butterfield, M.I. (2003). *Post traumatic Stress Disorder. Focus*, 1, 247-262.

Crocq L., De Verbizier J. *Le traumatismi psicologici dell'opera di Pierre Janet. Ann Medicopsychol.* 1989; 147 : 983-987.

Crocq MA, Crocq L. *Da shell shock e la nevrosi di guerra al disordine stress post-traumatico: una storia di psicotraumatologia. Dialoghi Clin Neurosci.* 2000; 2 (1): 47.

Dalgleish, T. ( 2004 ). *Approcci cognitivi a disturbo post traumatico da stress: L'evoluzione della teorizzazione multirepresentational . Psychological Bulletin , 130 ( 2 ), 228, - 260 .*

Davis LL , Suris A , Lambert MT , Heimberg C , Petty F . *Post-traumatico da stress e la serotonina: nuove direzioni per la ricerca e il trattamento . J. Psychiatry Neurosci.* 22 (5), 318 - 326 ( 1997 ).

Davidson, J .; Pearlstein, T .; Lonnborg, P .; Brady, KT; Rothbaum, B .; Bell, J .; Maddock, R .; Hegel, MT; Farfel, G. *efficacia di sertralina nella prevenzione delle recidive di disordine stress post-traumatico: risultati di uno di 28 settimane in doppio cieco, controllato con placebo. Am. J. Psychiatry* 2001 , 158 , 1974-1981.

*Derogatis - Symptom Check List 90–Revised SCL-90-R (1994).*

*Dworkin, M. (2005). La relazione terapeutica nel trattamento EMDR. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2010.*

*Ehlers, A. , & Clark, DM ( 2000 ). Un modello cognitivo di disordine stress post-traumatico . Comportamento di ricerca e terapia , 38 ( 4 ), 319 - 345 .*

*Escalona, R .; Canive, JM; Calais, LA; Davidson, il trattamento JR fluvoxamina nei veterani con disturbo da stress post-traumatico legati al combattimento. Depressione Ansia 2002 , 15 , 29-33.*

*Fava GA , Guidi J , Semprini F , Tomba E , Sonino N . La valutazione clinica di carico allostatico e criteri clinimetrici . Psychother Psychosom. 2010 ; 79: 280 - 284 .*

*Feske, U. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing treatment for posttraumatic stress disorder. Clinical Psychology: Science and Practice, 5, 171-181.*

*Flory JD, Yehuda R. comorbilità tra disturbo post-traumatico da stress e disturbo depressivo maggiore: spiegazioni alternative e le considerazioni di trattamento. Dialoghi Clin Neurosci 2015 Giugno; 17 (2): 141-150.*

*Ford JD. Disturbi di stress estremo dopo il trauma militare della guerra: le caratteristiche associate del disturbo da stress post-traumatico o delle sindromi comorbide ma distinte. J Consult Clin Psychol . 1999; 67 : 3-12.*

*Friedman, MJ; Davidson, JR Farmacoterapia per il PTSD. Nel Manuale di PTSD: Science and Practice ; The Guilford Press: New York, NY, USA, 2007; pp. 376-405.*

*Friedman, MJ; Resick, PA; Keane, TM PTSD: Venticinque anni di progressi e sfide. Nel Manuale di PTSD: Science and Practice ; Guilford Press: New York, NY, USA, 2007; pp. 376-405.*

*Frommberger, UH; Stieglitz, R.-D .; Nyberg, E .; Schlickewei, W .; Kuner, E .; Berger, M. Pronostico disturbo post-traumatico da reazioni di stress immediate a traumi: uno studio prospettico in vittime di incidenti stradali. Euro. Arco. Psychiatry Clin. Neurosci. **1998** , 248 , 316-321.*

*Gilbertson MW, et al. Il volume di ippocampo più piccolo prevede la vulnerabilità patologica al trauma psicologico. Nat Neurosci. 2002; 5 : 1242-1247. I dati usati da gemelli monozigoti discordanti per l'esposizione da combattimento e da PTSD suggeriscono che il volume minuscolo dell'ippocampo nel PTSD rappresenta un fattore di vulnerabilità preesistente.*

*Gradius JL, Bozi I, Antonsen S, et al. Gravi le diagnosi di stress e disturbi dell'adattamento nella popolazione della Danimarca. J Trauma stress. 2014; 27 (3): 370-374.*

*Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (1999). Accettazione e terapia di impegno: un approccio esperienziale al cambiamento del comportamento . New York, NY: Guilford.*



Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG (2011). *Accettazione e terapia di impegno: il processo e la pratica del cambiamento consapevole*, 2nd Edn . New York, NY: Guilford.Herman JL. *Trauma e recupero*. New York, NY: Libri di base; 1992.

Horowitz, Nancy, Alvarez - *Scala degli eventi stressanti - IES*– 1979.

Horowitz M.J., *stress response syndromes: PTSD, grief, and adjustment disorders* 1997 [psychnet.apa.org](http://psychnet.apa.org).

Hout, M .; Muris, P .; Salemink, E .; Kindt, M. *ricordi autobiografici diventano meno vivido ed emotivo dopo i movimenti degli occhi*. *Br. J. Clin. Psychol.* 2001 , 40 , 121-130.

Ironson, G.I., Freund, B., Strauss, J.L., & Williams, J. (2002) *A comparison of two treatments for traumatic stress: A pilot study of EMDR and prolonged exposure*. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 113-128.

Isserlin, L .; Zerah, G .; Salomone, Z. *Acuto da Stress risposte: una revisione e sintesi di ASD, ASR, e CSR*. *Am. J. Orthopsychiatry* 2008 , 78 , 423-429.

Jain S, Shapiro SL, Swanick S, Roesch SC, Mulini PJ, Bell I, et al. *Un trial controllato randomizzato della meditazione mentale contro la formazione di rilassamento: effetti su disturbi, stati d'animo positivi, ruminazione e distrazione*. *Ann Behav Med.* 2007; 33 : 11-21. Doi: 10.1207 / s15324796abm3301\_2.

*Janet P. L'Etat Mental des Hystériques. Secondo ed. Parigi, Francia: Felix Alcan, 1911.*

*Janet P. Guarigione psicologica. Vol 1-2. In: Paul C, Paul E, trans. New York, NY: Macmillan. 1925. (Opera originale pubblicata nel 1919).*

*Janet P. L'automated psychology: Essai de Psychologie Expérimentale sur les Formes Inférieures de l'Activité Humaine. Parigi, Francia: Felix Alcan; 1973, Parigi: Société Pierre Janet / Payot. 1889.*

*Jang K.L., Stein MB , Taylor S , Asmundson GJ , Livesley WJ . L'esposizione a eventi traumatici ed esperienze: i rapporti eziologici con funzione di personalità. *Psychiatry Res.* 120 (1), 61 - 69 ( 2003 ).*

*Kabat-Zinn J. Tutta la catastrofe: usando la saggezza del corpo e della mente per affrontare lo stress, il dolore e la malattia. New York: Dell; 1990.*

*Kabat-Zinn J. Dovunque tu vada, tu sei: la meditazione della consapevolezza nella vita quotidiana. New York: Hyperion; 1994.*

*Kabat-Zinn J. Vivere la catastrofe completa: usando la saggezza del tuo corpo e della tua mente per affrontare lo stress, il dolore e la malattia. New York: Bantam Books; 2013.*

*Kabat-Zinn J. Interventi basati sulla consapevolezza nel contesto: passato, presente e futuro. *Psicologia clinica.* 2006; 10 : 144-156.*

*Kabat-Zinn J, Santorelli S. MBSR in medicina del corpo della mente: un ambiente residenziale di 7 giorni. Monte Madonna, CA: 2011.*

*Karl A, et al. A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. Neurosci Biobehav Rev. 2006; 30:1004–1031.*

*Keng SL, Smoski MJ, Robins CJ. Effetti della consapevolezza sulla salute psicologica: una revisione degli studi empirici. Clin Psychol Rev. 2011; 31 : 1041-56. Doi: 10.1016 /j.cpr.2011.04.006.*

*Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Disturbo post traumatico da stress nella National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1995 Dec; 52 (12): 1048-1060.*

*Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Prevalenza una tantum e l'età-di-insorgenza distribuzioni di disturbi del DSM-IV nella Nazionale Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry. 2005; 62 (6): 593-602.*

*Kilpatrick, D.; Resnick, H.; Milanak, M.; Miller, M.; Keyes, K.; Friedman, M. stime nazionali di esposizione a eventi traumatici e PTSD prevalenza utilizzando DSM-IV e DSM-5 criteri. J. Trauma. Lo stress 2013 , 26 , 537-547.*

*Kitayama N, Quinn S, Bremner JD. Smaller volume of anterior cingulate cortex in abuse-related posttraumatic stress disorder. J Affect Disord. 2006;90:171–174.*

Lee, D.A., Scragg, P., & Turner, S. ( 2001 ). *Il ruolo di vergogna e di colpa in eventi traumatici: Un modello clinico di a base di senso di colpa di vergogna-based e PTSD. British Journal of Psychology Medical*, 74 ( 4 ), 451 - 466 .

Lee, C. & Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J. & Greenwald, R. (2002). *Treatment of post-traumatic stress disorder: A comparison of stress inoculation training with prolonged exposure and eye movement desensitisation and reprocessing. Journal of Clinical Psychology*, 58, 1071-1089.

Lee, HJ; Lee, MS; Kang, RH; Kim, H .; Kim, SD; Kee, BS; Kim, YH; Kim, YK; Kim, JB; Yeon, BK *Influenza del trasportatore della serotonina promotore del gene polimorfismo sulla suscettibilità al disordine stress post-traumatico. Depressione Ansia* 2005 , 21 , 135-139.

Lee CW, Taylor G, Drummond PD. *Il principio attivo di EMDR: E l'esposizione tradizionale o doppia centro dell'attenzione? Clin Psychol Psychother.* 2006; 13 (2): 97-107.

Lee CW, Cuijpers P. *Una meta-analisi del contributo dei movimenti oculari nella lavorazione memorie emozionali. J Exp Ther Behav Psychiatry.* 2013; 44 (2): 231-9.

Leer A., Engelhard IM, van den Hout MA. *Come movimenti oculari nel lavoro EMDR: Cambiamenti nella vividezza memoria e l'emotività. J Exp Ther Behav Psychiatry.* 2014; 45 (3): 396-401.

Lewis DO. *Dall'abuso alla violenza: conseguenze psicofisiologiche del maltrattamento. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1992; 31 : 383-391.*

Liberzon, I.; Sripada, CS *La neuroanatomia funzionale di PTSD: una revisione critica. Prog. Brain Res. 2007 , 167 , 151-169.*

Lipke, H. (1999) *Comments on "thirty years of behavior therapy . . ." and the promise of the application of scientific principles, the Behavior Therapist, 22, 11-14.*

Milad MR, Quirk GJ. *Fear extinction as a model for translational neuroscience: ten years of progress. Annu Rev Psychol. 2012;63:129–151.*

Millon et al., *Millon Clinical Multiaxial Inventory III - 1996.*

Nagano-Saito A , Dagher A , Booij L et al. *Il rilascio di dopamina indotta da stress nello studio umano corteccia prefrontale mediale-18F-fallypride / PET in volontari sani . Synapse 67 (12), 821 - 830 ( 2013 ).*

O'Donnell, ML; Elliott, P .; Lau, W .; Creamer, M. *PTSD traiettorie sintomi: Da inizio alla risposta cronica. Behav. Res. Ther. 2007 , 45 , 601-606.*

Offidani E , Rafanelli C , Gostoli S , Marchetti G , Roncuzzi R . *Sovraccarico allostatico nei pazienti con fibrillazione atriale . Int J Cardiol. 2013 ; 2: 375 - 376 .*

*Ozer EJ, Miglior SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predittori di disturbo post traumatico da stress e sintomi negli adulti: una meta-analisi. Psychol Bull 2003 Jan; 129 (1): 52-73.*

*Ozer, EJ; Best, SR; Lipsey, TL; Weiss, DS Predittori di disturbo post traumatico da stress e sintomi negli adulti: Una meta-analisi. Psychol. Trauma Teoria Res. Pract. Politica 2008 , S (1) , 3-36.*

*Pérez S , Galdón MJ , Andreu Y ,. Sintomi stress post-traumatico in pazienti con cancro al seno: evoluzione temporale, predittori, e di mediazione . J Trauma stress. 2014 ; 27: 224 - 231 .*

*Powers, MB; Halpern, JM; Ferenschak, MP; Gillihan, SJ; Foa, EB Una revisione meta-analitica di esposizione prolungata per il disturbo stress post-traumatico. Clin. Psychol. Rev. 2010 , 30 , 635-641.*

*Pupulin, P. 2008, Novembre). Trauma and EMDR in patients with cancer – EMDRIA.*

*Pruessner JC , Champagne F , Meaney MJ , Dagher A . Il rilascio di dopamina in risposta ad uno stress psicologico negli esseri umani e il suo rapporto con la vita in anticipo cure materne: uno studio di tomografia ad emissione di positroni utilizzando raclopride [11C] . J. Neurosci. 24 (11), 2825 - 2831 ( 2004 ).*

*Raskind, MA; Peterson, K .; Williams, T .; Hoff, DJ; Hart, K .; Holmes, H .; Homas, D .; Hill, J .; Daniels, C .; Calohan, J. Una prova di prazosina per traumi da combattimento PTSD incubi a soldati in servizio attivo ritorno da Iraq e Afghanistan. Am. J. Psychiatry 2013 , 170 , 1003-1010.*

Rasmussen MK, Pidgeon AM. I vantaggi diretti e indiretti della consapevolezza disposizionale sull'autostima e l'ansia sociale. *Ansia stress coping*. 2011; 24 : 227-33. Doi: 10.1080 / 10615806.2010.515681.

Santiago, PN; Ursano, RJ; Grigio, CL; Pynoos, RS; Spiegel, D .; Lewis-Fernandez, R .; Friedman, MJ; Fullerton, CS Una revisione sistematica di PTSD prevalenza e traiettorie nel DSM-5 definiti trauma esposto popolazioni: eventi traumatici intenzionali e non intenzionali. *PLoS ONE* 2013 , 8 , e59236.

Sarapas, C .; Cai, G .; Bierer, LM; Golier, JA; Galea, S .; Ising, M .; Rein, T .; Schmeidler, J .; Müller-Myhsok, B .; Uhr, marcatori genetici per il rischio M. PTSD e la resilienza tra i sopravvissuti del mondo attacchi del centro commerciale. *Dis. Marchio*. 2011 , 30 , 101-110.

Scheck, M.M., Schaeffer, J.A. & Gillette, C.S. (1998) Brief psychological intervention with traumatized young women: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 25-44.

Seedat, S .; Lockhat, R .; Kaminer, D .; Zungu-Dirwayi, N .; Stein, D. un processo aperto di citalopram in adolescenti con disturbo da stress post-traumatico. *Int. Clin. Psychopharmacol*. 2001 , 16 , 21-25.

Segal ZV, Teasdale JD, Williams MG. Terapia cognitiva basata sulla consapevolezza: Rationale teorica e stato empirico. In: Hayes SC, Follette VM, Linehan MM, redattori. *Consapevolezza e accettazione: espandere la tradizione cognitivo-comportamentale*. New York: The Guilford Press; 2004. pp. 45-65.

*Shapiro, F. desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari: di base Principi, protocolli e procedure ; Guilford Press: New York, NY, USA, 1995.*

*Shapiro F. desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari: principi di base, i protocolli e le procedure. 2a ed. New York: Guildford; 2001.*

*Shapiro, F .; Maxfield, L. desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari (EMDR): Elaborazione delle informazioni nel trattamento del trauma. J. Clin. Psychol. 2002 , 58 , 933-946.*

*Shapiro SL, Astin JA, vescovo SR, Cordova M. Riduzione dello stress basata sulla consapevolezza dei professionisti della sanità: Risultati da una prova randomizzata. Int J Stress Gestisci. 2005; 12 : 164-76. Doi: 10.1037 / 1072-5245.12.2.164.*

*Southwick, S.M., Yehuda, R. & Charney, D.S. (2001). Anomalie neurobiologiche nel DPTS: rassegna della letteratura clinica. In C.S. Fullerton & R.J. Ursano, Disturbo post-traumatico da stress. Le risposte acute e a lungo termine al trauma e al disastro. Torino: Centro Scientifico Editore.*

*Spector, J. & Read, J. (1999). The current status of eye movement desensitaton and reprocessing (EMDR). Clinical Psychology and Psychotherapy, 6,165-174.*



Steenkamp, M .; McLean, CP; Arditte, KA; Litz, BT *L'esposizione a traumi negli adulti. Nel Manuale di valutazione ed il trattamento di pianificazione per disturbi psicologici* , 2a ed .; Guilford: New York, NY, USA, 2010; pp. 301-343.

Stein MB, Koverola C, Hanna C, Torchia MG, McClarty B. *Hippocampal volume in women victimized by childhood sexual abuse. Psychol Med.* 1997;27:951–959.

*Structured Clinical Interview-II SCID-II Spitzer, Smith, Benjamin, Gibbon, 1997.*

Teasdale JD, Moore RD, Hayhurst H, Papa M, Williams S, Segal ZV. *Consapevolezza megacognitiva e prevenzione della ricaduta nella depressione: prove empiriche. Journal of Consulting e Psicologia Clinica.* 2002; 70 : 275-287

Van Etten, M.L. & Taylor, S. (1998) *Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. Clinical Psychology & Psychotherapy*, 5, 126-144.

Van den Hout MA, Engelhard IM. *Come funziona EMDR funziona? J Exp Psychopathol.* 2012; 3 (5): 724-38.

Van der Kolk BA, van der Hart O. *Pierre Janet e la ripartizione dell'adattamento nel trauma psicologico. Am J Psichiatria.* 1989; 146 : 1530-1540.

*Van der Kolk BA, Pelcovitz D., Roth S., Mandel FS, McFarlane A., Herman JL. Dissociazione, somatizzazione e disfunzione delle cause: la complessità dell'adattamento al trauma. Am J Psichiatria. 1996; 153 (7, suppl) : 83-93.*

*Vermetten, E .; Vythilingam, M .; Southwick, SM; Charney, DS; Bremner, JD trattamento a lungo termine con aumenti paroxetina memoria verbale dichiarativa e volume dell'ippocampo in disordine stress post-traumatico. Biol. Psychiatry 2003 , 54 , 693-702.*

*Wang Z, et al. Magnetic resonance imaging of hippocampal subfields in posttraumatic stress disorder. Arch Gen Psychiatry. 2010; 67:296–303. First study in humans to employ high resolution sMRI to determine more specific volume diminutions within selected hippocampal subfields, and to delineate those regions specific to PTSD versus aging effects.*

*Wells A, Metacognitive therapy for anxiety and depression Eclipsi editore. 2012.*

*Willems RA , Bolman CA , Mesters io , Kanera IM , Beaulen AA , Lechner L. Sopravvissuti al cancro nel primo anno dopo il trattamento: la prevalenza e correlati della necessità unmeet in domini diversi . Psychooncology. 2016 ; 25: 51 - 57 .*

*Wilson, S.A., Becker, L.A., & Tinker, R.H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 63, 928-937.*

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

*Yehuda, R .; LeDoux, J. Response variazione seguente trauma: Un approccio neuroscienze traslazionale alla comprensione PTSD. Neuron 2007 , 56 , 19-32.*

[www.emdr.it](http://www.emdr.it)

## 2 – DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS

### – Un caso clinico –

#### 2.1 PTSD e Cancro

Ricevere una diagnosi di cancro come prima reazione crea sicuramente uno shock. La sintomatologia che si presenta è la stessa del Disturbo Post traumatico da Stress. L'utilizzo dell'EMDR in pazienti con cancro è utile per far elaborare lo shock post traumatico al paziente, il trauma della diagnosi di cancro deve essere affrontato per primo, per evitare che il paziente si ritrovi costantemente bloccato a pensare all'idea della morte. Successivamente trasformare il suo ruolo da vittima di eventi incontrollabili (*sono predestinato a ricevere eventi negativi*) a protagonista attivo della propria vita (*farò di tutto per sconfiggere la malattia*). Al termine del trattamento con l'EMDR, il paziente non è più bloccato dalla paura di non farcela come al momento della diagnosi, ma ha un atteggiamento più forte e consapevole associato alla sensazione di potercela fare. L'EMDR viene applicato sui ricordi dei momenti più traumatici, sulle situazioni attuali che causano ansia e disagio e su quelle future che creano ansia anticipatoria e angoscia. In questo modo si può facilitare e favorire il processo che porterà ad intraprendere la via della guarigione (*Pupulin, 2008*). Ricevere una diagnosi di cancro al seno costringe le donne ad affrontare l'inevitabilità della morte. Simile ad altre potenziali malattie minacciose per la propria vita, questo può innescare una serie di reazioni emotive negative come la paura, impotenza, ansia e irritabilità (*Willems et al, 2016*). Nella maggior parte dei casi, questi sintomi rappresentano una risposta adattativa per adattarsi al cambiamento (*Brédart et al, 2016*). Di conseguenza, i pazienti possono sviluppare una maggiore consapevolezza di ciò che è importante nella loro vita e possono insorgere positivi cambiamenti spirituali e personali (*Coffey et al, 2006*). In altri pazienti, la paura di una recidiva, i pensieri intrusivi circa la loro malattia, e l'ansia possono essere schiaccianti, rendendo i pazienti non in grado di far fronte in modo efficace con la loro malattia e dei cambiamenti che

accadono nella loro vita (Andrykowski et al, 2000). Sicuramente è importante valutare la presenza di stress cronico per il successo del trattamento di sintomi di PTSD in pazienti con cancro al seno. Ciò è particolarmente vero quando situazioni di stress sono presenti. In effetti, la correlazione tra eventi di vita e altre situazioni di stress di lunga durata possono superare le capacità di coping della persona che portano a uno stato di sovraccarico psicologico. Nei pazienti con malattie neoplasiche le situazioni di stress cronico possono facilmente aggravare l'onere già pesante dell'individuo, aumentando la probabilità di sviluppare uno stato di sovraccarico psicologico, che a sua volta può portare a una depressione e / o disturbo d'ansia (Fava et al, 2010) e può costituire un ulteriore pericolo per la salute (Offidani et al, 2013). Insieme con i sintomi di ansia e depressione, molti sopravvissuti al cancro al seno possono avvertire i sintomi del disturbo post traumatico da stress (PTSD), che può peggiorare nella cornice di altri eventi di vita stressanti. Nel corso degli anni, i trattamenti del cancro al seno hanno avuto successo nel migliorare la sopravvivenza al punto in cui ormai il 90% delle donne che ricevono una diagnosi di cancro al seno sopravvivono più di 5 anni (ASCO, 2016). Con l'aumento della sopravvivenza, molte donne devono affrontare sfide psicosociali a seguito della malattia. Come risultato, insieme a sintomi depressivi, tra il 30% e il 40% delle donne con cancro al seno, sopravvissute, sviluppano sintomi quali pensieri intrusivi da evitare, simili a quelli riportati in un disordine da stress post-traumatico (PTSD). Spesso, tali sintomi non sono solo una risposta di regolazione alla malattia, ma possono durare a lungo dopo il completamento del trattamento della malattia. Ovviamente oltre alla sfida che una diagnosi di cancro al seno porta con sé, può essere ancora più problematico quando si verificano altre situazioni di stress cronico, come i conflitti con la famiglia o problemi finanziari e di lavoro (Perèz, 2014).

## **2.2 – Invio, informazioni generali e aspettative del paziente**

Roberta si presenta nel mio studio a metà settembre 2016. La sua richiesta è specifica *“ho letto che esiste un metodo per togliere i traumi, quindi voglio fare l'EMDR”*. Roberta (per la storia di vita vedi appendice II) ha 58 anni, due diagnosi di cancro alle spalle. La prima quando aveva 44 anni, e la seconda 11

anni dopo a 55 anni. Il tumore le ha colpito entrambe le mammelle, prima la destra e poi la sinistra, ad oggi ha eseguito una mastectomia totale con una ricostruzione del seno che ovviamente non può essere paragonata ad un intervento estetico. Roberta ha origini siciliane, ma è sempre vissuta a Genova fino a 24 anni periodo in cui si è sposata ed è andata a vivere a Roma. È la terza di tre sorelle, di 6 e 3 anni più grandi. La sua famiglia di origine è stata sempre molto povera, il padre muratore si è sempre occupato di loro. La madre non ha mai lavorato, ha avuto una problemi psicosomatici, asma, per tutta la sua vita. Anche per questo Roberta è andata a lavorare molto presto a 19 anni, dopo un corso per infermiera. Questo l'ha resa autonoma, nonostante portasse tutto lo stipendio in casa. I genitori erano molto grandi quando lei è nata, avevano entrambi più di 40 anni. Roberta mi racconta episodi difficili durante la sua infanzia, difficoltà economiche importanti. Però nonostante tutto dice di essere stata felice, molto legata ai suoi genitori che purtroppo sono venuti a mancare più di 10 anni fa. La perdita, soprattutto della mamma, per Roberta è stato un episodio molto difficile da elaborare. Ad oggi Roberta ha una bella famiglia, un marito (63) che le vuole bene, e due figli un maschio (28) e una femmina (34). Lavora come infermiera in ospedale, il lavoro è stressante ma lo fa con piacere. Mi racconta che nonostante siano passati diversi anni da quando ha avuto la diagnosi di tumore non riesce ad uscirne, *“ci penso di continuo, faccio incubi, ho dei ricordi improvvisi che mi angosciano. Mi sale l'ansia e mi viene da piangere. Inoltre non riesco a farmi degli esami diagnostici così su due piedi...”* probabilmente perché oltre ad aver ricevuto la prima diagnosi, ne ha avuta un'altra pochi anni fa *“e poi quando pensavo di esserne uscita, ecco la batosta finale altra diagnosi...ho pensato non ne uscirò mai, sono predestinata...ho paura”*. Roberta mi racconta dei suoi sintomi, si sente iperattivata emotivamente, alterna momenti di terrore a tristezza, flashback le tornano continuamente in mente, inoltre ha difficoltà ad entrare in alcuni luoghi, mette in atto degli evitamenti. Si rivolge a me perché vuole superare questa sintomatologia che la blocca e la invalida socialmente ed emotivamente.

## 2.3 Assessment

Durante l'assessment sono state raccolte delle informazioni sulla storia della paziente e sul suo funzionamento attuale, sono stati approfonditi i ricordi di episodi clinicamente significativi, sia riguardanti la malattia che episodi precedenti per capire se ci fossero ulteriori traumi da trattare prima. Abbiamo raccolto insieme gli eventi target su cui lavorare, sono stati concordati gli obiettivi terapeutici e un piano terapeutico.

### 2.3.1 Primo colloquio

Roberta si presenta dieci minuti prima dell'orario stabilito al primo colloquio, è molto curata ben vestita, ha un viso molto dolce e solare. Appena entra mi dice *“Buongiorno ho letto che esiste un metodo per togliere i traumi e voi qui lo fate, quindi voglio fare l'EMDR”*. Le chiedo il motivo di tale richiesta e Roberta comincia a raccontarmi la sua storia. Mi spiega che 15 anni fa, quando aveva solo 44 anni scoprì di avere un tumore alla mammella destra (per la storia di vita vedi appendice II). Qualche mese prima di scoprirlo aveva fatto la solita ecografia di routine da cui non era emerso nulla, *“mi fidavo di quel ginecologo”* mi racconta. Qualche settimana dopo invece, sotto la doccia sentì una massa sospetta sul seno. *“Essendo infermiera sapevo che non poteva essere normale una cosa del genere, sono andata subito in allarme. Ero agitata ed arrabbiata, come era possibile che il medico non si fosse accorto di una cosa del genere??”*. Roberta mi racconta che sentì che da quel momento la sua vita era cambiata, immediatamente si mise in contatto con i colleghi dell'ospedale che fortunatamente la fecero subito visitare. Tra un medico e l'altro, improvvisamente la diagnosi: carcinoma duttale infiltrante. Da là a poco il ricovero e l'operazione, Roberta mi racconta di aver passato degli attimi di buio totale. *“Pensavo a cosa sarebbe successo, pensavo ai figli”* che a quel tempo avevano 13 e 19 anni. Stava vivendo un incubo. Mi racconta che il medico le disse di essersi salvata per miracolo, questa affermazione non l'ha aiutata, anzi, la ha mandata in un circolo di ansia ancora peggiore. Uscita dall'ospedale ha iniziato ad avere i primi sintomi *“non dormivo la notte, pensavo sempre alla morte. Ogni volta che andavo in ospedale era uno strazio per me, ero sempre eternamente in ansia”*. Successivamente all'operazione ha

iniziato una fortissima chemioterapia, poi un radioterapia e la terapia ormonale. I sintomi peggioravano in quanto ai sintomi psichici si associavano i sintomi fisici della chemioterapia. *“Come se non bastasse a questo incubo che è durato 5 anni, finchè non ho terminato la terapia ormonale”* periodo in cui ipoteticamente Roberta non era a rischio di immediata recidiva, *“dopo 11 anni di nuovo...seconda diagnosi altro carcinoma duttale, certo microscopico perché l’ho scoperto sul nascere, però cavolo è stato un fulmine a ciel sereno”*. Roberta mi riferisce che nel corso di quegli 11 anni la sua sintomatologia non è mai scomparsa del tutto, ma si era affievolita. *“Il momento peggiore è stata la diagnosi”* mi racconta Roberta *“là mi è passata tutta la vita davanti, ho pensato ai miei figli a come avrei potuto dirglielo. Ho pensato che sari morta e avrei lasciato la mia famiglia, solo chi ci è passato può capire cosa si prova. Da quel momento in poi sono stata sempre male a livello psicologico, oltre che ovviamente a livello fisico ma quello era anche causato dalla chemioterapia. Il problema erano i sintomi psicologici, sempre agitata, piangevo sempre, ero sempre in allarme, mi venivano continuamente flashback delle scene in ospedale, durante la chemio, io senza capelli...dormivo malissimo, facevo incubi...insomma un periodo terribile. Negli anni i sintomi si sono sicuramente affievoliti ma non mi hanno mai lasciata del tutto”*. Purtroppo con la seconda diagnosi di circa 3 anni fa i sintomi sono tornati a gran voce *“dopo un periodo diciamo stabile altro fulmine a ciel sereno...ed ecco di nuovo tutti i sintomi a bomba, quelli che sembravano essersi affievoliti erano tornati a farsi sentire”*. Per questo si rivolge a me, per lavorare sul trauma e cercare di risolvere la situazione a livello emotivo.

### **2.3.2 Colloqui successivi**

Nel corso dei colloqui emergerà in modo sempre più dettagliato il dolore e la paura vissuta da Roberta, oltre che le interminabili e dolorose cure che ha dovuto sopportare. Roberta mi racconta che sin da bambina ha avuto a che fare con la malattia. La mamma, una casalinga siciliana, è stata sempre molto male con l’asma questo non le ha permesso di uscire. Anche se ad oggi Roberta sospetta che soffrisse di depressione *“ora mi rendo conto che forse non erano solamente sintomi fisici, stava sempre a casa, era sempre giù, quando le*



*dicevamo di uscire non aveva mai voglia. Secondo me era depressa, non aveva mai accettato il fatto di andare via dalla Sicilia. Non si era mai integrata nella nuova città". Sin da piccole quindi, lei e le sue sorelle, hanno dovuto fare i conti con la malattia, nonostante tutto la madre era una figura presente ed iperprotettiva. "Aveva paura di tutto, ci faceva mille raccomandazioni. Diceva che il mondo era pericoloso e che dovevo stare attenta. Pensi che quando avevo 19 anni che ho iniziato a lavorare diceva a mio padre di accompagnarmi a lavoro con l'autobus e lui veniva con me". Inoltre mi racconta che lei aveva questo amore spropositato verso la madre, infatti quando è venuta a mancare ha sofferto moltissimo e si è ripresa difficilmente dal lutto. Un altro momento difficile è stato quando a 24 anni si è sposata ed è rimasta subito incinta ed è dovuta andare via da Genova poiché suo marito era di Roma. "All'inizio è stato molto difficile, ero così giovane ed ero sola. Trapiantata in una città che non conoscevo senza la mia famiglia, senza mia madre. Ho pianto tanto. Poi piano piano mi sono abituata, per fortuna. Poi è nata mia figlia e quindi mi sono dedicata a lei" nel frattempo lavorava come infermiera poiché aveva chiesto il trasferimento a Roma. Il contatto con la malattia quindi oltre ad essere stato familiare, è stato presente tutta la vita di Roberta anche nel suo lavoro, ma nonostante tutto le piaceva e lo faceva con passione. Nel corso dei colloqui Roberta mi racconta meglio di quando scoprì la malattia. Era un giorno d'estate e stava facendo una doccia, era tranquilla poiché aveva fatto gli esami qualche settimana prima. Tuttavia insaponandosi sente qualcosa di strano, essendo infermiera capisce subito che non era una cosa normale. Preoccupatissima si rivolge ai suoi colleghi in ospedale che le fanno una visita più approfondita, da là comincia l'iter "Ero confusa, ho fatto tantissimi giri, sono andata da un professore all'altro finché mi hanno dato la diagnosi di carcinoma. Non so come mi sentivo...avevo paura di morire. Ero terrorizzata, ero troppo giovane e avevo due figli piccoli...e poi mio marito". Da qua Roberta mi racconta di aver passato un periodo nero, in cui non ricorda quasi nulla se non delle sensazioni terribili, e qualche flashback, rispetto al momento della diagnosi ed alcuni momenti della chemioterapia. Roberta mi racconta che "durante la chemioterapia stavo malissimo, mi veniva da vomitare e bere la coca-cola mi aiutava, nei mesi successivi ogni volta che vedevo la coca-cola avevo dei flash dell'ospedale. Dovevo evitare di vederla. Anche se vedevo la pubblicità in televisione dovevo cambiare canale". Dopo poche settimane viene operata*

d'urgenza, la situazione era molto grave. Successivamente comincia le terapie. *“Non saprei dire quale fosse il momento peggiore...era tutto peggiore, la diagnosi, l'operazione, la chemioterapia...tutto terribile”*. In seguito alle terapie Roberta comincia a sviluppare i primi sintomi del PTSD. Non riusciva più a dormire la notte *“Mi si era creata una sorta di insonnia, ero talmente agitata la sera quando andavo a dormire che non riuscivo subito a prendere sonno, inoltre il cervello mi si affollava di pensieri...era come se rivivessi tutta la mia malattia la sera prima di addormentarmi. Era orribile. Ovviamente dopo un po' crollavo ma non facevo mai un bel sonno ristoratore, perché andando a letto agitata ovviamente facevo incubi terribili sulla malattia, sulla morte...”* Roberta aveva sviluppato i sintomi dell'insonnia secondaria, ovviamente ad un PTSD, si svegliava di soprassalto in preda agli incubi, rivedendosi in ospedale, appena operata oppure nel momento della diagnosi, che, da quello che mi racconta Roberta, è stata sicuramente la parte più difficile dell'evento. Era sempre agitata, irritabile, iperattivata, scattava per qualsiasi cosa. Non riusciva più ad entrare in ospedale, per fare i controlli di routine era diventato un problema. Inoltre si sentiva in colpa di quello che era successo, si vergognava a causa della menomazione fisica che l'operazione aveva portato con sé. Negli anni a venire questi sintomi l'anno sempre accompagnata, tuttavia si erano affievoliti. Si sono riaccesi come un fuoco circa 3 anni fa quando Roberta ha ricevuto la seconda diagnosi di tumore. Da quel momento ad oggi la sintomatologia è molto forte e l'accompagna costantemente.

### **2.3.3 Profilo evolutivo**

Roberta è sempre stata una persona solare ed allegra, con le difficoltà quotidiane ma, come tutti, riusciva a gestirle brillantemente. Il fatto di avere una relazione stabile ed un lavoro altrettanto stabile ha aiutato Roberta a superare la lontananza dalla famiglia. Inoltre intorno a lei si era creata una rete importante di persona di riferimento, come la suocera, i colleghi di lavoro, gli amici del marito. Le prime problematiche sono emerse con la malattia. Questo ha portato Roberta a fare i conti con la sua vulnerabilità, probabilmente genetica, vista la storia di vita di Roberta, che però poiché non vi erano stati eventi scatenanti precedenti era sempre rimasta latente. Dopo la malattia

invece sono riemerse tutte le fragilità di Roberta, incluso il vissuto della malattia della madre. Questo ha scatenato delle convinzioni negative su di sé *“sono predestinata, non ce la farò mai”* e sul mondo *“allora è come diceva mia madre il mondo è veramente pericoloso, non sai mai quello che ti aspetta”*. La diagnosi di cancro ha portato con sé tutta la sintomatologia del PTSD ma anche la sintomatologia depressiva associata, per la quale probabilmente era predisposta geneticamente viste le problematiche della madre.

#### **2.3.4 Storia di vita**

Il primo ricordo di Roberta risale ai suoi 3 anni *“mi ricordo che ero sempre in braccio a mia madre”* e che non voleva andare all’asilo, infatti essendo la madre casalinga ebbe la possibilità di tenerla a casa fino alla prima elementare. Roberta mi dice che non voleva andare a scuola, aveva spesso mal di testa, nausea e vomito quando era lontana dalla madre. Questo ci fa ipotizzare un disturbo d’ansia da separazione. Proprio per questi mal di testa continui Roberta da bambina non andava spesso a scuola e veniva aiutata dalle sorelle a fare i compiti. Piano piano crescendo i sintomi fisici si sono attenuati ed ha cominciato a frequentare le normali attività di un bambino della sua età. Mi racconta che non sono mai stati ricchi, al contrario hanno avuto vari problemi economici, lavorando solo il padre ed essendo in 5 in famiglia. Per questo le sue sorelle andarono a lavorare prestissimo, a 14 anni. Per lei la sorte fu migliore. Si diplomò come maestra d’asilo (come sua sorella maggiore) e poi fece un corso da infermiera come sua sorella intermedia. A 19 anni quindi finito il corso cominciò subito a lavorare. Portava i soldi a casa e glieli gestiva la madre, una parte li usava per la famiglia e una parte glieli metteva in un conto personale. *“Sono sempre stata una ragazza tranquilla, con poche pretese, uscivo poco e non avevo chissà quali voglie”* mi racconta Roberta, però era estremamente bella ed in molti la corteggiavano, ma a lei in quel periodo non interessavano i ragazzi. Finché in ospedale conobbe il suo futuro marito. Lei aveva 19 anni, lui era il suo primo paziente, veniva da Roma per farsi un’operazione delicata alla mandibola che facevano solamente a Genova. La degenza fu di 6 mesi, periodo in cui Roberta e Paolo si conobbero e si innamorarono. Successivamente la relazione continuò a distanza per 5 anni

finchè non si sposarono a Genova e andarono a vivere a Roma. *“Inizialmente fu un trauma”* mi racconta Roberta, *“il distacco dalle mie abitudini, da mia madre non potevo sopportarlo, però ero innamorata...”* piano piano le cose migliorarono, cominciò a conoscere la città, riprese a lavorare in ospedale, con l'aiuto della famiglia e degli amici di lui si integrò perfettamente in una città non sua. Le cose andavano bene, Roberta rimase subito incinta di una femmina Micolè, e dopo circa 7 anni di un maschio Mario *“mio marito voleva il maschio non c'era niente da fare”*. Tutto andava bene fino alla scoperta della malattia, che ha segnato un punto di non ritorno nella vita di Roberta. Inoltre tra la prima e la seconda diagnosi di tumore Roberta ha perso i genitori, uno a distanza di due anni dall'altro. Prima la madre e poi il padre *“è stato molto difficile per me elaborare il lutto, soprattutto di mia madre. Però oggi se ci penso sono serena, mi piace pensare che lei e papà mi proteggono da lassù”* Roberta è molto credente, questo probabilmente è stato un punto di forza per lei in certi momenti della sua vita (per la storia di vita vedi appendice II).

### **2.3.5 Struttura e comunicazione intra-familiare**

Roberta è la terza di una famiglia siciliana composta da madre padre e due sorelle. Il padre un operaio, gran lavoratore, è sempre stato molto fuori a causa del lavoro. La mattina andava in cantiere e il pomeriggio all'orto dove coltivava frutta e verdura per la sua famiglia. La madre casalinga è sempre stata dedicata alla famiglia, non ha mai lavorato ma si è sempre occupata del marito e delle figlie. Questo ha portato Roberta ad essere iper-protetta e crescere sotto una campana di vetro. La madre ha avuto sempre problemi di salute, in particolare di asma, che la portavano a farsi l'aerosol tutti i giorni. Questo ha portato le figlie ad essere iper-preoccupate per lo stato di salute della madre, e molto attente al concetto di malattia, infatti due su tre hanno scelto di diventare infermiere. Il rapporto tra i genitori è sempre stato di amore-odio, erano molto conflittuali litigavano spesso ma non riuscivano a stare l'uno senza l'altra. La comunicazione intra-familiare è stata nel tempo segnata da grandi conflitti, anche per cose futili, che però venivano risolti in modo molto veloce senza lasciare grossi strascichi.

### 2.3.6 Modello di attaccamento

L'attaccamento si sviluppa nei primi anni di vita del bambino e ha la funzione di regolare i legami familiari, e con gli altri, in base agli schemi che il bambino si crea nelle prime fasi di vita. Nel modello familiare di Roberta vi è stata la presenza costante ed iper-protettiva della madre, tuttavia, poiché la madre soffriva di asma e quindi in alcuni momenti, in cui stava più male, era poco disponibile ha fatto sì che Roberta sviluppasse un attaccamento di tipo insicuro-ambivalente. Nell'attaccamento insicuro-ambivalente, il bambino sperimenta l'incostanza e l'imprevedibilità della figura d'attaccamento e si sente costretto a instaurare un relazione di estrema vicinanza rinunciando a qualsiasi tipo di esplorazione autonoma.

Di conseguenza Roberta ha sviluppato delle idee su di se del tipo *“da sola non posso farcela, devo attaccarmi a qualcun altro, sono debole, sono vulnerabile”* nonché le convinzioni sul mondo *“il mondo è pericoloso, non sai mai cosa ti aspetta”*.

### 2.3.7 Interviste, test e questionari

Dal test **Millon Clinical Multiaxial Inventory III** - Millon III (Millon et al., 1996) emergono indici di modifica validi con una particolare attenzione all'autovalutazione ovvero la tendenza a svalutarsi e criticarsi (vedi Fig. 1).

Scale di Validità						
Y	Scala Y	Desiderabilità	9	43	"	n.d.s.
Z	Scala Z	Autovalutazione	26	87	**	Tendenza a criticarsi o svalutarsi, evidenziando difficoltà emotive e personali che non risultano obiettivamente gravi. Può nascondere una situazione emotiva molto intensa o una percezione distorta dei problemi psicologici
V	Scala V	Validità	1			n.d.s.
X	Scala X	Autoapertura	132	78	*	n.d.s.

Figura 1 – Scale di validità Millon-III

Dall'analisi dei pattern di personalità clinica emerge il tratto dominante Dipendente, questo sta a significare una costante attenzione all'altro, con annessa difficoltà a prendere decisioni da sola e a dedicarsi a sé stessa prima che all'altro. Dalle sindromi cliniche emerge: ansia, somatizzazione, distimia e DPTS. Dalle sindromi cliniche gravi emerge Depressione maggiore. Non ci sono gravi patologia della personalità (vedi Fig.2).

Pattern Personalità clinica (cod.1**32ABA*)					
		Grezzo		BR	
1	Scab 1	Schizoide	8	28	n.d.s.
2A	Scab 2A	Evtante	7	37	n.s.d.
2B	Scab 2B	Depressiva	15	71 +	n.d.s.
3	Scab 3	<b>Dipendente (DOM)</b>	17	82 *	Presenza Trattidi personalità signific ativi
4	Scab 4	Istrinica	2	5	n.d.s.
5	Scab 5	Narc ista	7	34	n.d.s.
6A	Scab 6A	Antisoc iale	6	36	n.d.s.
6B	Scab 6B	Sadica Aggressiva	10	63 +	n.d.s.
7	Scab 7	Ossessivo-Compulsiva	18	65 +	n.d.s.
8A	Scab 8A	<b>Negativistica (Passivo-Aggressiva)</b>	17	79 *	Presenza Trattidi personalità signific ativi
8B	Scab 8B	Masochistica (Autofrustrante)	10	72 +	n.d.s.
<b>Pattern di grave patologia della personalità</b>					
S	Scab S	Schizotipica	13	35	n.d.s.
C	Scab C	Borderline	14	32	n.d.s.
P	Scab P	Paranoide	7	22	n.d.s.
<b>Scale sindromi cliniche</b>					
A	Scab A	Ansia	20	112 **	Predominanza Sindrome
H	Scab H	Somatizzazione	13	82 *	Presenza Sindrome
N	Scab N	Bipolare: Mania	7	31	n.d.s.
D	Scab D	Distimia	15	78 *	Presenza Sindrome
B	Scab B	Dipendenza da Alcol	4	22	n.d.s.
T	Scab T	Dipendenza da Droghe	2	21	n.d.s.
R	Scab R	Disturbo Post-Traumatico da Stress	19	92 **	Predominanza Sindrome
<b>Scale sindromi cliniche gravi</b>					
SS	Scab SS	Disturbo del Pensiero	12	25	n.d.s.
CC	Scab CC	Depressione Maggiore	19	99 **	Predominanza Sindrome
PP	Scab PP	Disturbo Delirante	1	22	n.d.s.

Figura 2 – Millon-III

La **Structured Clinical Interview-II SCID-II** (Spitzer, Smith, Benjamin, Gibbon, 1997) conferma la diagnosi del Millon-III. Dei 10 disturbi e le due categorie che indaga emergono: Dipendente con punteggio 6/5, Passivo-aggressivo con 5/4.

Della **Clinicia Administered PTSD Scale - CAPS** (Blake et al., 1990), le viene somministrata la versione del mese scorso per fare la diagnosi attuale.

Rispetto alla valutazione dei criteri vengono tutti soddisfatti:

1. A – esposizione a morte reale
2. B – sintomi intrusivi
3. C – sintomi di evitamento
4. D – sintomi cognitivi ed affettivi
5. E – sintomi di reattività
6. F – durata del disturbo da più di un mese
7. G – disagio e compromissione
8. Punteggio totale di gravità dei sintomi:  
GRAVE/CHIARAMENTE ELEVATO: Il problema è oltre soglia e difficile da gestire. La frequenza minima è di 2 volte a settimana o tempo 50-60% e intensità minima <<pronunciata>>
9. Sintomi dissociativi NO
10. Diagnosi PTSD: PTSD presente – tutti i criteri A-G sono soddisfatti

Dalla **Scala degli eventi stressanti - IES** (Horowitz, Nancy, Alvarez – 1979) emerge un punteggio di 42 quindi un PTSD moderato sulla soglia del severo (44+).

Il **Beck Depression Inventory BDI-II** (Beck et al., 1996) valuta il tono dell'umore del soggetto. Il punteggio finale evidenzia: Un livello di depressione generale elevato (42/63). In particolare vi è un livello somatico-affettivo di depressione elevato (22/36), i sintomi dell'area sono: vissuto di pena, abbattimento, oppressione, tristezza, malinconia; sentimenti di colpa; senso di mancanza di sentimenti (distacco affettivo, estraneamento); percezione del tempo: senso di interruzione del proprio divenire, il presente diventa stagnante e il passato pesa in modo opprimente sul presente; incapacità di vedere il futuro come sede delle proprie aspirazioni; vissuto corporeo: corpo percepito come pesante, oppresso, malato, devitalizzato.

Un livello cognitivo di depressione elevato (20/27), i sintomi dell'area sono: pensiero rallentato; diminuzione della capacità di concentrazione;

autosvalutazione e ipercritica verso di sé; presenza di temi depressivi e ripetitivi, difficilmente contrastabili con la critica; senso di colpa, indegnità e ipocondria.

La **Symptom Check List 90–Revised SCL-90-R** (Derogatis, 1994) è una misura dello stato dei sintomi psicologici attuali, valutati dal soggetto una settimana prima della somministrazione.

	Punteggio	Quadro
<b>Somatizzazione</b>	<b>64</b>	<b>Moderato</b>
Ossessività	38	Assente
Ipersensibilità	40	Assente
<b>Sintomi depressive</b>	<b>69</b>	<b>Elevato</b>
<b>Ansia generale</b>	<b>66</b>	<b>Elevato</b>
Ostilità	53	Normale
Sintomi fobici	51	Normale
Paranoia	39	Assente
Psicoticismo	55	Normale

**Totale sintomi positivi (PST)** misura la numerosità dei sintomi. Punti T= 66 Elevato

**Indice di distress da sintomi positivi (PSDI)** indica il livello di sofferenza sperimentata dal soggetto per i sintomi riferiti. Punti T= 67 Elevato

**Indice di gravità globale (GSI)** indica il livello di gravità del disturbo e il grado di sofferenza psicologica percepita dal soggetto. Punti T= 66 Elevato

**Somatizzazione:** fa riferimento al disagio legato alla percezione di disfunzioni corporee, e alla sintomatologia corpo-mente.

**Depressione:** la scala riflette una serie di manifestazioni cliniche della depressione. Vengono inclusi sentimenti di tristezza, senso di colpa, disperazione, perdita di interesse nelle attività quotidiane, mancanza di speranza per il futuro, fino a pensieri suicidari.

**Ansia:** include i sintomi generali dell'ansia come nervosismo, tensione, tremori, attacchi di panico e sentimenti di terrore, apprensione e paura.

**Psicoticismo:** indica uno stile di vita introverso, isolato.



## **2.4 – Diagnosi finale secondo il DSM – 5**

In seguito all'osservazione del paziente, i test psicodiagnostici e i contenuti emersi dai colloqui clinici si può formulare la seguente diagnosi: PTSD in seguito ad una esposizione ad un trauma, che riguardi la morte reale o minaccia di morte, (criterio A).

I sintomi di Roberta rientrano in questi quattro gruppi:

1. Sintomi intrusivi ovvero ri-sperimentare sintomi, ad esempio sintomi ricorrenti, ricordi intrusivi, incubi, flashback (criterio B);
2. Sintomi di evitamento degli stimoli traumatici, ad esempio la persona cerca di evitare pensieri legati al trauma e sentimenti e /o oggetti, persone o luoghi associati al trauma (criterio C);
3. Alterazioni negative di cognizioni e pensieri ed emozioni, per esempio, credenze distorte su se stessi, sugli altri e sul mondo, emozioni di vergogna o senso di colpa persistenti, intorpidimento emotivo, sentimenti di alienazione, incapacità di ricordare i dettagli chiave del trauma (criterio D);
4. Alterazioni dell'arousal o iper-reattività dei sintomi, ad esempio, irritabilità, ipervigilanza, disturbi del sonno, difficoltà di concentrazione (criterio E).

I sintomi sono presenti da almeno 2 anni (criterio F), le portano un disagio significativo e compromissione funzionale (criterio G), e non sono dovuti a farmaci, uso di sostanze, o un'altra condizione medica (criterio H). Il PTSD di Roberta è cronico (DSM-5, 2013).

## **2.5 – Concettualizzazione del caso**

Roberta presenta una chiara sintomatologia del PTSD verificatasi in seguito ad una diagnosi di tumore. Tuttavia Roberta manifesta una vulnerabilità pregressa probabilmente genetica e data da alcuni episodi, malattia della madre, povertà, e scelte di vita, lavorative, matrimoniali.

La concettualizzazione del caso nel protocollo EMDR rientra all'interno della fase I di trattamento. È importante, in questa fase, raccogliere gli archivi della memoria dell'infanzia, ovvero quelle esperienze precoci che se ripetute negli anni tendono a rafforzare gli schemi che regoleranno la propria vita. Roberta ha varie esperienze precoci legate alla malattia, la mamma, il

suo malessere a scuola, successivamente il suo lavoro ed infine i tumori. Durante questa fase è stata raccolta la storia di vita di Roberta, questo ha permesso più facilmente di risalire ad alcuni eventi target per il trattamento. Nella scelta dei target, ovvero quegli eventi negativi legati alla vita di Roberta paziente sia nel passato, che nel presente, che nel futuro, è stato tenuto conto di:

- Problemi riportati: comportamenti di evitamento, emozioni di ansia e terrore, dolori psicosomatici quali mal di testa e mal di schiena, convinzioni negative su di sé “non ne uscirò mai, sono sfortunata, tutto succede a me, sono impotente, mi sento vulnerabile”
- Sintomatologia: PTSD con la sintomatologia del disturbo in questione, della durata di almeno 10 anni, con alti e bassi, legati a luoghi specifici (ospedali, cliniche, ...) e stimoli specifici (flashback, ricordi intrusivi).
- Causa iniziale o evento precipitante: il primo tumore è stato la causa precipitante, il secondo tumore ha riproposto e rinforzato la sintomatologia del PTSD.
- Avvenimenti passati: come detto sopra la malattia della mamma, i suoi continui mal di testa, alcuni episodi al lavoro e i tumori.

Inoltre partendo dal presente è stato molto utile fare dei flashback per identificare quali sono state le volte in cui il Roberta ha sperimentato certe convinzioni su di sé, ad esempio:

*Terapeuta: “Roberta mi racconta che oggi, pensando al suo tumore, dice di sentirsi impotente, ricorda qual è stata la prima volta in cui si è sentita così?”*

*Paziente: “Mmh...adesso che mi ci fa pensare quando mamma stava male. La vedevo seduta sulla sedia mentre si faceva l'aerosol e sì, mi sentivo così...impotente”.*

Dopo la concettualizzazione del caso e l'identificazione dei target precoci, è stata fatta un'accurata pianificazione del trattamento di Roberta, iniziando ad elaborare ricordi più precoci fino ad arrivare ad oggi. A partire dalla malattia della mamma, qualche episodio del suo malessere a scuola, alcuni episodi forti di decessi o malattie molto gravi nel suo lavoro da infermiera, fino ad arrivare al primo tumore ed al secondo. È stato fondamentale anche il lavoro sul futuro.

## **2.6 – Elementi del contratto terapeutico**

Durante il contratto terapeutico sono stati delineati vari aspetti della psicoterapia EMDR. È stato spiegato il metodo, sono state concordate le modalità, i tempi e gli obiettivi da raggiungere con il trattamento EMDR.

Obiettivi a breve termine:

- concettualizzazione del caso;
- pianificazione del trattamento;
- selezione della sequenza dei target su cui lavorare da quello più lontano a quello più recente;
- identificazione dei problemi riportati, la sintomatologia, la causa iniziale o evento precipitante, avvenimenti passati in analogia con il presente;
- cominciare le stimolazioni.

Obiettivi a medio termine:

- controllare la sintomatologia e i ricordi intrusivi;

Obiettivi a lungo termine:

- lavorare sul futuro;
- incorporare uno scenario positivo;
- nuovi obiettivi positivi;
- nuove capacità e padronanza;
- nuova identità.

## **2.7 – Relazione terapeutica**

La relazione terapeutica nell'EMDR è fondamentale per la buona riuscita della terapia. L'obiettivo è creare una relazione terapeutica sicura, all'interno della quale sia possibile ristrutturare l'evento traumatico e si possa avere una speranza per il futuro, con la costruzione di nuove convinzioni e cognizioni positive e una consapevolezza diversa di sé stessi e dell'evento traumatico in sé. Un buon legame terapeutico tra paziente e terapeuta è un ottimo predittore della riuscita della terapia, evita rotture e drop-out.

All'interno della relazione terapeutica sicura il paziente può tirare fuori le sue debolezze e le sue difficoltà, senza sentirsi giudicato ma sostenuto. Può tirare fuori le sensazioni negative legate al trauma e le può elaborare. Una buona relazione terapeutica è utile anche a regolare le emozioni negative del paziente, permettendo una maggior esplorazione di sé stesso. L'EMDR di per sé è un

metodo con una grandissima valenza relazionale, per poter mettere in atto con successo il metodo di otto fasi è necessario che ci sia una solida alleanza di lavoro (Dworkin, 2005).

## **2.8 – Trattamento**

Il trattamento di Roberta è stato basato sul protocollo EMDR. Si è proceduto con il protocollo EMDR di otto fasi delineato da F. Shapiro (2001).

### **Fase uno:**

È stata raccolta la storia di vita di Roberta e il suo funzionamento attuale. È stata fatta la concettualizzazione del caso. Successivamente sono stati selezionati i target di trattamento, sono stati concordati gli obiettivi terapeutici, ed è stato fatto un piano terapeutico. Rispetto ai target sono stati raccolti vari target con esperienze legate al passato (la malattia della madre di Roberta; episodi di malattia durante la sua carriera lavorativa da infermiera; prima diagnosi di tumore ed episodi annessi; seconda diagnosi di tumore ed episodi annessi). Successivamente un elenco di target che delineano il funzionamento attuale nel presente (guardarsi allo specchio senza vestiti e vedere la cicatrice; andare ai controlli in ospedale; andare al mare in costume), infine le situazioni desiderate nel futuro.

*Terapeuta: Se pensa ad oggi, in collegamento con la malattia, quali sono le cose che la fanno stare più male?*

*Paziente: Sembra una sciocchezza...però mi fa stare male essere stata deturpata fisicamente, oltre alla malattia è ovvio. Cioè quando mi guardo allo specchio anche se volessi dimenticare, quella cavolo di cicatrice mi ricorda costantemente quello che ho passato...*

### **Fase due: preparazione del paziente.**

È stato raccolto il consenso informato, è stato spiegato il metodo, si è scelto il timing. Per Roberta, più che mai, si è tenuto conto delle sue condizioni mediche e della terapia farmacologica. Inizialmente è stato fatto un lavoro di psicoeducazione rispetto all'EMDR e il cancro. È stato importante spiegare a Roberta che avremmo riaffrontato alcuni episodi molto traumatici e che probabilmente all'inizio sarebbe stato doloroso. Si è lavorato molto sulle

aspettative realistiche ed è stato importante spiegare a Roberta che i risultati sarebbero stati ottenuti piano piano. Abbiamo costruito insieme il suo “posto al sicuro”, la sua camera da letto di quando era piccola, dove Roberta poteva rifugiarsi ogni qual volta le emozioni diventavano troppo forti.

*Terapeuta: Roberta è importante discutere delle aspettative della terapia, cosa si aspetta dall'EMDR?*

*Paziente: Beh, dopo tanti anni vorrei smettere di stare male, non dico che l'EMDR mi farà dimenticare la mia malattia, però almeno vorrei vivere il mio presente ed il mio futuro in modo migliore, senza tutti questi sintomi che mi distruggono la vita...*

### **Fase tre: assessment.**

Abbiamo cominciato ad accedere in modo strutturato ai primi ricordi. Abbiamo identificato per ogni target tutti gli elementi: immagine, cognizioni associate, emozioni e sensazioni corporee provate. Da qua si è proceduto alla misurazione delle scale SUD e VOC rispetto al disagio e alle cognizioni negative. Con Roberta abbiamo elaborato diversi eventi target in cui emergeva la stessa convinzione ovvero di “*essere impotente, di essere debole, di sentirsi inutile che non poteva fare nulla*”. Immediatamente abbiamo chiesto cosa invece di positivo vorrebbe pensare di sé stessa nella medesima situazione. Se la cognizione positiva raggiungeva un livello buono sulla scala VOC risultava valida.

*Terapeuta: Roberta adesso ci focalizzeremo sulla malattia di sua madre. Ricorda un episodio o un'immagine in particolare che le è rimasta impressa nella mente su cui vuole lavorare?*

*Paziente: Dottoressa che dirle...le immagini sono tante, del resto mia madre si è ammalata sin da quando ero piccola. Però forse l'immagine con cui ho fatto i conti più spesso è lei che si fa l'aerosol in cucina...oppure quel giorno che non riusciva a respirare, si si penso sia questo l'episodio peggiore...avevo circa 5 anni e lei non riusciva più a respirare è stato terribile.*

**Fase quattro: desensibilizzazione.**

Partendo dall'immagine e dalle parole negative e dalle sensazioni negative nel corpo si è proceduto alla stimolazione oculare per vari set. Si è proceduto finchè non si è raggiunto un valore della scala SUD pari a 0.

**Fase cinque: installazione della cognizione positiva.**

Si è proceduto con la stimolazione oculare finchè la scala VOC non è risultata ad un buon valore e finchè l'evento target iniziale non risultava elaborato. Per Roberta nonostante i ricordi iniziali risultassero carichi di sofferenza è stato molto facile elaborarli.

**Fase sei: scansione corporea.**

L'obiettivo è rielaborare qualsiasi manifestazione fisica/somatica residua del ricordo, è stato chiesto a Roberta se avesse della tensione nervosa in qualsiasi parte del suo corpo in relazione all'evento target.

*Terapeuta: Adesso ci focalizzeremo sulle sensazioni del suo corpo, prova qualche tensione da qualche parte?*

*Paziente: Mah...no direi di no...mi sento rilassata, mi sento bene!*

**Fase sette: chiusura. Si chiude la seduta.**

In questa fase è stato ricordato a Roberta che l'elaborazione avvenuta durante la seduta poteva continuare nel corso della settimana. È importante chiudere la seduta in modo positivo, ovvero con una scala SUD pari a 0. Qualche volta è capitato di non riuscire a chiudere le sedute con SUD=0, poiché gli eventi target erano troppo carichi emotivamente, sono stati ripresi nella seduta successiva.

**Fase otto: rivalutazione.**

In questa ultima fase abbiamo rivalutato le scale VOC e SUD relative alla seduta precedente. Spesso i valori sono rimasti uguali alla seduta precedente, quindi il ricordo è stato ben elaborato e si è proceduto ad una nuova stimolazione. Raramente si è proceduto ad una ulteriore stimolazione del ricordo target della seduta precedente.

*Terapeuta: Cara Roberta abbiamo fatto un ottimo lavoro fino a qua. Che ne dice di passare ad un altro evento target?*

*Paziente: Grazie Dottoressa, certo. Sono pronta ad affrontare un nuovo ricordo.*

## **2.9 – Prevenzione delle ricadute**

Uno dei lavori fondamentali con Roberta è stato quello della prevenzione delle ricadute. La prevenzione delle ricadute nel suo caso sta a significare un lavoro rispetto al futuro, ovvero se dovessi ritrovarmi nella stessa situazione come mi potrei sentire? Si è lavorato molto sul problem-solving, è stato importante spiegare a Roberta, come anche lei già sapeva, che in casi di cancro la percentuale di ricaduta è presente e quindi è uno scenario possibile. Però il modo di affrontare l'eventuale ricaduta fa totalmente la differenza. Se ci saranno ricadute Roberta saprà affrontarle, inoltre è a conoscenza che il terapeuta sarà una base sicura da cui tornare se dovesse avere bisogno. Roberta tramite i modelli del presente e del futuro ha affrontato tutta una serie di situazioni che le creavano una sintomatologia importante, come ad esempio guardarsi allo specchio e vedere la cicatrice, andare al mare ed essere vista dalle altre persone, dover affrontare i controlli di routine all'ospedale ed infine assumersi il rischio che una recidiva di cancro, purtroppo, ci può stare.

## **2.10 – Esito del trattamento, valutazioni psicometriche e follow-up**

Dopo il lavoro con l'EMDR Roberta riferisce un miglioramento sintomatologico totale, non ha più quei flashback dolorosi, si stenta molto più calma e tranquilla, riesce a dormire e ha ripreso le normali attività ed i controlli in ospedale non le creano più tutto quel disagio.

Anche il confronto tra i test-retest è risultato positivo. Dal test **Millon Clinical Multiaxial Inventory III** - Millon III (Millon et al., 1996) permane il tratto dominante di personalità Dipendente, mentre le scale sintomatologiche risultano ridotte, non vi è più la scala del DPTS. La **Structured Clinical Interview-II SCID-II** (Spitzer, Smith, Benjamin, Gibbon, 1997) conferma i tratti emersi precedentemente: Dipendente e Passivo-aggressivo. Della **Clinical Administered PTSD Scale - CAPS** (Blake et al., 1990), il punteggio risulta LIEVE/SOTTOSOGLIA. Dal **Beck Depression Inventory BDI-II** (Beck et al., 1996) risultano diminuiti i

punteggi: punteggio finale che evidenzia un livello di depressione generale moderato (18/63). Vi è un livello somatico-affettivo di depressione moderato (5/36), e un livello cognitivo di depressione moderato (13/27). La **Symptom Check List 90–Revised SCL-90-R** (Derogatis, 1994) anche risulta migliore della precedente: permangono punteggi moderati rispetto alla depressione. Ovviamente quando si parla della sua malattia ricorda ancora gli eventi traumatici ma li sente lontani, come se fossero parte del suo passato, sentendo un'integrazione completa ed una prospettiva più matura e meno coinvolta emotivamente. Inoltre Roberta ha modificato le cognizioni su di sé, incorporando le emozioni adeguate alle situazioni eliminando le sensazioni negative. Come sappiamo vi sono numerosissimi studi di efficacia, valutazioni psicometriche e follow-up che sostengono e confermano il buon esito del trattamento EMDR, consultabili tramite l'Associazione EMDR Italia ([www.emdr.it](http://www.emdr.it)).



## Appendice I

---

Alla paziente è stata fornita la seguente biblioterapia:

- EMDR REVOLUTION Cambiare la propria vita un ricordo alla volta una guida per pazienti di Tal Croitoru – Mimesis/Frontiere per la psiche
- Lasciare il passato nel passato tecniche di autoaiuto nell'EMDR di Francine Shapiro – Astrolabio
- Vivere momento per momento – Jon Kabat Zinn

## Appendice II

---

### Storia di vita

#### 0-5 anni

Mi chiamo Roberta sono nata 58 anni fa, in un paese della Sicilia. Del mio paese natio non ricordo nulla perché avevo solo 2 anni quando i miei genitori decisero di trasferirsi a Genova, la mia vita comincia lì.

I ricordi sono lontani ma questa decisamente è una bella occasione per riviverli. Sono la più piccola, la terza di due sorelle, la più viziata e coccolata, mi hanno sempre detto che ero un po' esuberante, prepotentina ed anche incosciente, ricordo ancora la frase di mia madre ve la dico in dialetto "Unna viridi viridi va" cioè "Andare e poi quel che succede, succede".

#### 5-10 anni

Ecco mia madre legame infinito e profondo, ricordo che quando ero piccola non poteva lasciarmi con nessuno altrimenti solo pianti.

Crescendo con l'età scolare è ovvio un distacco c'è, devi accettare, quindi, più tranquilla, ma ricordo in quel periodo ogni giorno al ritorno dalla scuola avevo sempre mal di testa soffrivo di una emicrania, nausea e vomito che man mano si allontanò in fase di sviluppo.

A parte questo, il periodo della scuola è il più bello è il momento in cui cominci a socializzare con gli altri, nuovi amici, nuovi incontri però devo dire che nonostante ciò le mie migliori amiche erano sempre le mie sorelle, ci divertivamo un mondo, giocavamo nel cortile di casa (allora si poteva fare) con tutti gli altri bambini, costruivamo le casette con i cartoni poi ci infilavamo dentro facendo finta di andare a dormire, addirittura mettevamo le sedie capovolte e facevamo finta fossero automobili, il volante era semplicemente il coperchio della pentola più grande. Poi altri giochi il pampano, guardie e ladri e così via.

Comunque gli anni passano si cresce si comincia a cambiare anche il corpo te lo dice, arriva l'età puberale.

### **10-15 anni**

Ricordo la prima mestruazione, che incubo, (avevo 12 anni) mi venne il mattino prima di recarmi a scuola (per fortuna) naturalmente non andai, ricordo solo che quando mi sedevo non volevo più alzarmi mi infastidiva molto, poi l'abitudine. Ricordo che intorno ai 14/15 si cominciava con le prime cottarelle, per un ragazzino che aveva un viso dolce, gli occhi chiari un po' biondino, lo vedevo passare tutti i giorni sotto la mia finestra ormai sapevo l'ora e dai forza pronta ad attendere lì per vederlo passare, non ho mai saputo il nome non ho mai parlato con lui però so che mi piaceva tanto, che bella gioventù.

### **15-20 anni**

Si continua a crescere 16/17 anni questo è stato un periodo in cui non mi sentivo capita, volevo fare alcune cose ma non mi era concesso, ero piccola dicevano, così dai a tormentare mia madre la quale convinse mia sorella maggiore a farmi uscire con lei così finalmente potevo andare a ballare con lei e i suoi amici anche perché dimostravo un po' più della età avuta. Ho un bel ricordo di questo periodo, finalmente potevo condividere qualcosa con mia sorella. In effetti ricordo che volevo essere come lei per me era l'esempio da seguire. Ancora oggi quando incontro le mie sorelle riviviamo quei momenti, quello che ci fa ancora divertire è quando andavamo a dormire, ma non dormivamo iniziavamo a parlare degli amori del momento, delle emozioni, dei dubbi, ci davamo consigli, poi dopo un po' iniziava il casino si cominciava a ridere di niente, bastava mezza frase e si rideva si rideva, ed ecco che arrivava mia madre non ne poteva più di sentirci tutte le sere era così, ci diceva "adesso basta non voglio sentire più volare una mosca è tardissimo dovete dormire" e noi "sì" appena usciva silenziosissimamente ricominciavamo. In tutto questo mi diplomai come maestra d'asilo, come mia sorella più grande, però non era il lavoro che volevo fare allora mi iscrissi alla scuola per infermieri con mia sorella, sempre più grande ma intermedia.

### **20-30 anni**

In questo arco di tempo tra i 20 e i 30 anni comincia il periodo in cui dalla scuola passi al mondo del lavoro ed è proprio in quel momento che ho conosciuto l'uomo che poi ho sposato. Dopo il corso ho cominciato subito a lavorare in ospedale e là

ho conosciuto Paolo. Io ero una giovane pischelletta, lui un giovane pichelletto un piccolo problema lui viveva a Roma, si trovava a Genova per un intervento, ci siamo conosciuti così. Ed ecco scattare la molla (mi domando esistono i famosi colpi di fulmine? penso proprio di sì!!) ci siamo innamorati e dopo anni di tiritera io a Genova lui Roma ci siamo sposati.

Non avrei mai immaginato di riuscire a lasciare la mia famiglia soprattutto mia madre ed invece ci siamo trasferiti a Roma. Da questa unione sono nati due splendidi figli, due caratteri diversi, una un po' pazzarella quello che dice si deve fare, e così e basta. Il secondo è più tranquillo più ragionevole.

### **30-50 anni**

Tra i 30 e i 40 ricordo tutte corse, i figli, la casa, il lavoro dovevi far combaciare tutto e poi l'educazione, gli insegnamenti, cerchi di seminare bene. Però bisogna ammettere che il compito del genitore è complicato. La vita cammina scorre ogni giorno e a quella età ormai matura ti senti forte il mondo è tuo non pensi a nulla di brutto che ti possa accadere. Invece un giorno ti stai facendo la doccia come sempre e scopri che qualcosa non va, un bozzetto sul seno, capisci subito che non può essere nulla di positivo. E da lì comincia un periodo particolare. Subito ecografia, mammografia, ago aspirato e naturalmente la scoperta di un tumore. La mente si annebbia non sai cosa pensare i tuoi figli tuo marito cosa avverrà, inizia una forza interiore che ti fa lottare non puoi arrenderti adesso, devi vivere per loro. Cerchi di non cambiare di apparire tranquilla per non traumatizzarli. Poi l'intervento ti dicono dobbiamo asportare tutto non possiamo rischiare, anche lì non ci capisci più niente, ti svegli con una parte del tuo corpo mancante, brutta sensazione difficile da accettare, anche perché il seno rispecchia la femminilità di una donna, poi però ti dici va bene così la cosa più importante è esserci, tanto viene ricostruito (ma non è la stessa cosa) Non finisce...così inizia un periodo in cui fai cicli di chemioterapia, stanchezza, nausea, perdita dei capelli te li ritrovi a ciocche nelle mani, allora la decisione più brutta ti rasi prima di perderli tutti, un trauma non indifferente. Allora ti metti una parrucca, a volte pensavo con una folata di vento più forte ti vola via. Cominciano gli incubi, i flashback. Non riesci più a dormire...sei sempre tesa, nervosa, scatti per ogni cosa. Non puoi vedere alcune cose che ti ricordano l'ospedale, l'intervento. Non fai più molte cose che facevi prima...hai paura...

Ricordo che cambia tutta la tua vita non hai più la visione del futuro, il domani, cambia il tuo carattere ti senti molto vulnerabile, ma al tempo stesso lotti, lotti ogni giorno sai che devi farlo. Nonostante le difficoltà e la paura e tutti quei sintomi fastidiosi e invalidanti. Comunque devo dire di aver avuto accanto una persona meravigliosa...mia marito, lui mi ha dato la forza che ogni tanto vacillava ha fatto il percorso insieme a me, e poi pensi i figli sono ancora piccoli, pensi cosa provano loro...io non lo so, so solo che sono stati traumatizzati e tu sei impotente non puoi difenderli da questo, non puoi togliergli la sofferenza, ma vai avanti vuoi vivere per loro per tuo marito. Poi i follow-up...gli anni passano e tu ringrazi sempre DIO, ma restano comunque quei sintomi dolorosi, le difficoltà a dormire, quei ricordi che ti vengono in mente all'improvviso, ti sbucano davanti agli occhi così senza che stai facendo niente...non lo so da cosa derivano so solo che a volte ritornavano, talmente forte che mi venivano degli attacchi d'ansia, ero atterrita, terrorizzata. E poi la difficoltà a fare alcune cose...brutta storia!

### **50 anni - oggi**

Un bel giorno dopo 10 anni ti dicono "lei ormai è a rischio come tutte le altre persone", ti senti più tranquilla ed invece un bel giorno dopo un accertamento scopri che c'è una calcificazione che non piace, altri accertamenti ti dicono che anche l'altro seno deve essere operato, e qui la mente cambia di nuovo. Tornano a bomba tutte le sensazioni che avevi in passato, sembravano affievolite ed invece ti senti malissimo di nuovo. Soliti incubi, soliti flash, solite preoccupazioni, soliti attacchi di ansia e solite fissazioni nell'evitare alcuni luoghi o persone. Ma che puoi farci? Vai avanti e ringrazi sempre DIO e ti dai degli obiettivi, la vita è bella, va vissuta attimo per attimo assaporata, tutto quello che ci circonda è meraviglioso una bella giornata di sole, il fruscio del mare e così via, non si deve correre come matti ci si deve soffermare e vivere momento per momento. Sono qua per questo...io voglio vivere, bene.

## **Posto al sicuro**

“Il mio posto al sicuro è la mia casa, in particolare la mia cucina. Entrando in casa vedo un lungo corridoio, i miei bei mobili di legno, il pavimento di marmo. Girando sulla destra troviamo una porta bianca doppia, si entra in un bel salone grande in cui ci sono un divano, due poltrone, la televisione e un pianoforte. Vado avanti e sulla sinistra c'è il mio angolo cottura ricavato nel salone, però è semi-diviso da un muro. C'è una bella cucina beige e marrone chiaro. Mi piace passare là il mio tempo, mi sento sicura, mi sento a casa. La parola che lo descrive è proprio questa CASA”.