

A stylized map of Italy is centered in the upper half of the cover. The map is rendered in a light blue color with a white outline. Overlaid on the map is the acronym "EMDR" in a large, bold, dark blue sans-serif font. The background of the entire cover is a light blue color with a network of white lines and circles, resembling a molecular or neural network structure.

EMDR

RIVISTA DI PSICOTERAPIA EMDR

**ANNO XIX
FEBBRAIO 2021
N 39**

EMDR ITALIA

Febbraio 39

Sommario

Lettera del Presidente	1
Bambini abusati e approccio integrativo con l'uso dell'EMDR dalla valutazione al trattamento. Il valore aggiunto dell'EMDR nella promozione della co-regolazione e fiducia nella relazione terapeutica	2
Covid-19 e disturbi dell'alimentazione	4
EMDR con doppio target	11
Ipotesi di lavoro per una concettualizzazione della psicoterapia EMDR nell'Autismo	14
Pandemia da VIRUS SARS – CoV-2 Servizio di supporto psicologico relazionale	20
“Dagli all'untore!” Il capro espiatorio e gli aspetti sociali della malattia ai tempi del Covid	34
Psicoterapia on line Spunti e riflessioni per un confronto	37
I disturbi dell'apprendimento e la metodologia EMDR: una nuova frontiera per il trattamento	40
Testimonianze, Recensioni , Riconoscimenti, Congresso EMDREA	44

Lettera del Presidente

Cari Colleghi,

questa è la prima lettera e rivista di questo nuovo decennio... Abbiamo scoperto in questi mesi situazioni, sviluppi, bisogni o stimoli che non avevamo mai affrontato prima ma, dando uno sguardo a quello che abbiamo vissuto nel corso del 2020 come Associazione, la percezione è che siamo stati ancora una grande risorsa nei più "svariati" ambiti sociali. Abbiamo usato la nostra esperienza, accumulata negli ultimi venti anni, per gestire le sfide e le difficoltà, che la pandemia per il Covid-19 ci ha obbligati ad affrontare, non solo sui nostri pazienti ma anche sui gruppi e sulle comunità.

Nel contesto della Pandemia abbiamo realizzato 250 interventi raggiungendo circa 10.000 persone, facendo anche sforzi per raccogliere dati da pubblicare sull'efficacia dell'EMDR, sia nel lavoro negli ospedali con i sanitari, sia nelle scuole con studenti, insegnanti e genitori, come nella popolazione in generale a cui abbiamo dato sostegno. Il numero più importante è quello degli psicoterapeuti di EMDR Italia che sono stati coinvolti. In questi dieci mesi, da marzo a dicembre 2020, sono stati 550 i colleghi che hanno dato la loro disponibilità e sono intervenuti offrendo un supporto psicologico specialistico con EMDR.

Abbiamo predisposto, per tutto il 2021, un calendario di eventi e seminari rivolti ai soci tutti e alcuni specifici in particolare per i Practitioners e i Supervisor. La maggior parte di questi seminari saranno gratuiti e online. Questo è un ulteriore sforzo che l'Associazione sta facendo per adattarsi al contesto di questa emergenza.

In questo numero della nostra Rivista troverete degli articoli su temi clinici e anche su aspetti legati alla Pandemia. Troverete anche un articolo realizzato da chi lavora con bambini esposti a violenza fisica, sessuale e psicologica. Troverete inoltre anche testimonianze, recensioni di libri e notizie sull'Associazione.

Durante il 2020 abbiamo avuto una ulteriore conferma di come la terapia EMDR sia veramente consolidata in Italia grazie al lavoro costante e instancabile dei membri del Comitato Direttivo che si sono susseguiti negli anni, dei Facilitator, dei Supervisor, ma soprattutto di ogni socio.

Quindi, ora siamo pronti a ripartire per il 2021, insieme ai nostri 8200 soci, per percorrere non solo il 2021 ma questa nuova decade..... Portiamo con noi l'esperienza accumulata negli ultimi 20 anni, la volontà di creare nuove opportunità di contribuire con l'EMDR alla prevenzione e al trattamento del disagio, avendo così un ruolo significativo per la salute mentale delle persone e a livello sociale in generale, trasformando le esperienze drammatiche, dando sollievo e riparando le devastazioni di certi eventi sulla mente.

E' sempre entusiasmante vedere alla fine di molte sedute di EMDR, come tutto questo è possibile.

Isabel Fernandez

BAMBINI ABUSATI E APPROCCIO INTEGRATIVO CON L'USO DELL'EMDR DALLA VALUTAZIONE AL TRATTAMENTO. IL VALORE AGGIUNTO DELL'EMDR NELLA PROMOZIONE DELLA CO-REGOLAZIONE E FIDUCIA NELLA RELAZIONE TERAPEUTICA

Monica Romei

(presentato al Congresso EMDR 27-29 settembre 2019 - Milano - FORUM sulla VIOLENZA)

Il Servizio specialistico di Contrasto all'abuso ed al maltrattamento del Consultorio 'G.Toniolo' sede di Napoli lavora in convezione dal 1997 con il Comune - Assessorato alle Politiche sociali, e dal 2019 con l'Asl Na1 Centro; prevede interventi di valutazione psicodiagnostica e cura in tempi limitati tra sei mesi ed un anno, con un modello multidisciplinare ed integrato in rete con il sistema giudiziario e dei servizi sociosanitari, avvalendosi dell'approccio ecologico e per fasi del processo di tutela. I destinatari sono bambini ed adolescenti gravemente danneggiati con storie di traumi relazionali, precoci e cumulativi, con quadri diagnostici severi di Disturbo Traumatico dello Sviluppo, PTSD-C e Dissociazione strutturale della personalità, e con risorse familiari e sociali limitate. L'abuso sessuale infantile, in particolare, in quanto esperienza traumatica più pervasiva e destabilizzante per la personalità che si consuma nelle relazioni di fiducia, determina funzionamenti clinici molto compromessi, dove il bambino è fortemente disregolato e attivato da memorie traumatiche spesso implicite, dove il corpo diventa spesso teatro di rivisiting e dove la relazione terapeutica è essa stessa un trigger, a causa dell'iperattivazione del sistema di difesa ed il vissuto di tradimento sperimentato nella relazione con l'abusante.

La scelta degli obiettivi di trattamento prevede l'uso di questionari autosomministrati tra cui il TRAUMA SYMPTOM CHECLIST for CHILDREN (J. Briere, 1996. Adattamento italiano di P. Di Blasio, M. Piccolo e D. Traficante, 2011 Ed. Erickson) il cui scoring permette un quadro sulla sintomatologia Pre e Post Intervento, utile per il monitoraggio dei risultati raggiunti. Inoltre, oltre alle piccole vittime, il Servizio prevede la presa in carico congiunta dei genitori, scarsamente protettivi e/o maltrattanti e la cura del caregiver resiliente è un fattore terapeutico centrale nel processo di guarigione e di riparazione del danno.

L'applicazione dell'EMDR in modo continuativo nel progetto terapeutico del bambino abusato si è dimostrato indicato per creare condizione di sicurezza, sia in fase valutativa, che poi nel trattamento stesso, in quanto permette alla piccola vittima di sperimentare controllo e sbloccare il sistema di fiducia lavorando soprattutto sulla ristrutturazione delle Cognizioni Negative alla base di un senso di sé danneggiato e corrotto dalla vittimizzazione sessuale. Nel caso esplicativo, Luigi, di 11 anni, vittima di incesto paterno e violenza domestica, si disegna come un robot o un diavoletto soverchiato da emozioni disturbanti, mostrando come la visione di sé venga profondamente contaminata dall'abuso.

L'attacco alla relazione terapeutica e l'impiego del corpo nelle strategie di difesa caratterizzano molto il lavoro con questi bambini per cui risulta fondamentale l'uso dell'EMDR fin dalla prima seduta, in modo progressivo con altri strumenti di stabilizzazione in un approccio integrato che utilizza "tutto ciò che serve con tutto ciò che serve" (De Zulueta, 2009) - psicoeducazione, esercizi di Mindfulness, respiro profondo, approccio corporeo, uso del gioco e attività di cooperazione, come fare con la piccola vittima.

L'EMDR è utile per stabilizzare il bambino e la combinazione di grounding e tecniche corporee dove la SBL diventa un'opportunità per creare alleanza di lavoro e compliance al fine di ampliare la finestra di tolleranza della vittima, preparandolo alla fase successiva di trattamento dei ricordi traumatici. Nella cura dei bambini abusati, l'EMDR permette di massimizzare la flessibilità e la creatività, poiché è possibile utilizzare ciò che il bambino porta spontaneamente e rafforzare con SBL le risorse individuali ed i momenti positivi nella relazione con il Terapeuta. Nel caso esemplificativo, Luigi mostra di autoregolarsi con attività spontanee che coinvolgono il corpo ed il sistema vagale superiore, per cui si è utilizzato l'EMDR per installare queste risorse e rafforzare l'immagine di sé, il senso di controllo e competenza.

In Fase I, l'uso dell'EMDR è sartoriale, ovvero cucito sulle risorse interne del bambino e sugli accadimenti spontanei nella relazione terapeutica. Si costruisce controllo coinvolgendo il bambino che agisce le SBL con azioni concrete e l'uso del comportamento, come segnare il passo, dare il "5" a destra e a sinistra, schiacciare le dita a mani alterne, lanciare una pallina da un lato e poi dall'altro, contare guardando un lato della stanza e poi l'altro. Tutti quei comportamenti difensivi di rottura dell'alleanza di lavoro, come interrompere il discorso con la ricerca di battute e barzellette, uscire dalla stanza, cercare il gioco, vengono rilette in chiave adattiva ed installate con SBL all'interno della gestione condivisa del tempo. Dunque, nella scelta di come suddividere l'ora della terapia si

da spazio a quelle attività spontanee di autoregolazione rinforzate con SBL su affetti positivi e vissuti di competenza, coinvolgendo il sistema vagale superiore.

Nella fase II di elaborazione dei target dell'abuso, si utilizza il protocollo adattato per i bambini con trauma complesso, dove la scelta dei target da desensibilizzare è condivisa con la piccola vittima a partire dal ricordo meno spaventoso al più disturbante. Inoltre, è continuo il lavoro di rafforzamento delle risorse e dei momenti di connessione e reciprocità nella relazione terapeutica per promuovere coregolazione e senso di fiducia. In sei mesi di trattamento, Luigi è riuscito a costruire un'immagine di sé più adattiva ed adeguata all'età, trovando sollievo alla sua sintomatologia post-traumatica.

LINEE GUIDA:

1. Non c'è cura senza sicurezza esterna ed interna: la tutela della vittima si realizza con interventi sociali e giuridici e con il lavoro parallelo sul contesto relazionale protettivo, oltre che sulla riparazione del senso di fiducia e padronanza, nella cornice di un modello in rete, integrato e per fasi;
2. Centrale è la presenza e la cura del genitore protettivo o un caregiver alternativo e resiliente;
3. In ogni fase del processo di cura, dalla valutazione al trattamento, è necessario l'uso continuativo, progressivo e sartoriale dell'EMDR valorizzando le risorse interne della vittima, rileggendo le difese in chiave adattiva, per costruire relazione terapeutica ed alleanza, a partire dalle attività spontanee del bambino.
4. In Fase I, l'obiettivo è ristabilire sicurezza, senso di fiducia, stabilizzazione con l'istallazione di risorse con uso delle SBL in modo creativo, giocoso e con l'uso del corpo o di azioni concrete, promuovendo interventi relazionali focalizzati su emozioni positive che operano in modo bottom-up, con esperienze positive del qui ed ora, e top-down, promuovendo senso di sicurezza.
5. In Fase II, si usa il protocollo adattato per bambini sui target di abuso e traumi relazionali combinato con il rafforzamento delle risorse e dei momenti di connessione e reciprocità nella relazione terapeutica.
6. È importante che il Terapeuta sia rigoroso, flessibile, versatile, resiliente ed autentico.
7. Vista l'efficacia in tempi contenuti, il miglioramento della sintomatologia e dell'adattamento, sarebbe necessario che i Servizi Specialistici di cura siano formati e competenti sull'EMDR con le piccole vittime di abuso sessuale.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV. (2017) "Linee Guida per la valutazione e il trattamento dei bambini e degli adolescenti con sintomi dissociativi e disturbi dissociativi", traduzione italiana 'ESTD Child and Adolescent Treatment Guidelines',
- Baylin, J., Hughes, D. (2017) 'La neurobiologia della terapia focalizzata sull'attaccamento. Migliorare la connessione e la fiducia nel trattamento dei bambini e degli adolescenti', Ist. Scienze Cognitive.
- CISMAI, (2015) 'Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia'
- Gonzales, A., Mosquera, D. (2015) 'EMDR e dissociazione. L'approccio progressivo', Giovanni Fioriti Ed.
- Gomez, A. (2012) 'Emdr Therapy and adjunct Approaches with Children. Complex Trauma and Dissociation, Springer Publishing Co Inc.
- Knipe, J. (2017) 'EMDR Toolbox. Teoria e trattamento del PTSD complesso e della dissociazione', G. Fioriti, Ed.
- Malacrea, M, Lorenzin, S. (2002) 'Bambini abusati', Raffaello Cortina Ed.
- Malacrea, M. (2018) 'Curare i bambini abusati', Raffaello Cortina Ed.
- Simonetta, E., a cura di (2016) 'Esperienze traumatiche di vita in età evolutiva. EMDR come terapia', Franco Angeli Ed.
- Steele, K., Van der Hart, O., Boon, S. (2017) 'La cura della dissociazione traumatica. Un approccio pratico e integrativo', Mimesis Ed.
- Verardo, A. (2016) 'Attaccamento traumatico. Il ritorno alla sicurezza. Il contributo dell'EMDR nei traumi dell'attaccamento in età evolutiva', Giovanni Fioriti Ed.

COVID-19 E DISTURBI DELL'ALIMENTAZIONE

**Maria Zaccagnino*, Martina Cussino*, Chiara Callerame*
Cristina Civilotti****

**Supervisore EMDR - Milano - **Practitioner EMDR -Torino*



La pandemia da Covid-19, dichiarata dall'Organizzazione mondiale della Sanità (OMS) l'11 Marzo 2020, ha cambiato le condizioni di vita della popolazione mondiale; infatti con più di 6 milioni di contagi e oltre 370.000 morti, la diffusione del nuovo Coronavirus ha costretto diversi paesi a ricorrere ad un momentaneo lockdown per interromperne la trasmissione. Il distanziamento sociale, l'uso obbligatorio di mascherine, le lunghe code ai supermercati e la forzata permanenza presso la propria abitazione, che ne sono conseguite, hanno portato ad un aumento generalizzato di stress, ansia e paura rispetto alla possibilità di contagio da Sars-Cov-2 e di morte (Wang et al., 2020). Se quindi lo stato di emergenza e di

incertezza rispetto al Covid-19, ha portato ad un incremento di sintomi ansiosi e depressivi nella maggior parte della popolazione, ciò ha avuto conseguenze ancora più severe su individui con un disturbo mentale preesistente (Chaturvedi, 2020).

Tra le patologie più a rischio, per le caratteristiche e le conseguenze dello stato di lockdown, vi sono i disturbi del comportamento alimentare (DCA) (Reger et al., 2020). Come suggerito dal nome, gli individui affetti da tali disturbi mettono in atto comportamenti alimentari e di controllo del peso, anomali e dannosi per la salute fisica e il funzionamento psicosociale (APA, 2013). Oltre a ciò, le persone con un DCA hanno la tendenza a giudicare il proprio valore quasi esclusivamente in base al peso e alla forma corporea (ibidem, 2013). Tra le principali categorie diagnostiche riportate nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM- 5; APA, 2013) riferite a tali disturbi, vi sono Anoressia Nervosa (AN), caratterizzata da una restrizione dell'apporto calorico giornaliero tale da causare una diminuzione significativa del peso in chi ne è affetto (con un indice di massa corporea inferiore a 17 kg/m nei casi lievi fino ai casi gravi sotto i 15 kg/m), Bulimia Nervosa (BN) e Binge Eating Disorder (BED). Questi ultimi due disturbi prevedono, invece, il continuo ricorso ad abbuffate, in cui l'individuo mangia grandi quantità di cibo in un breve lasso temporale (da 1-3 episodi alla settimana fino a più di 14 nei casi gravi); tali abbuffate sono seguite nel caso di BN dalla messa in atto di condotte di eliminazione (es. uso di lassativi, vomito autoindotto e così via), cosa che invece non si verifica in chi soffre di BED. Pertanto se gli individui affetti da bulimia oscillano tra il normopeso e il lieve sovrappeso, quelli con Binge Eating Disorder possono essere sovrappeso e in alcuni casi obesi, benché tale patologia sia da considerarsi distinta dall'obesità (Zaccagnino, 2017)

I DCA sono, inoltre, un disturbo in continuo aumento: in una review sistematica della letteratura, condotta nel 2019, è emerso infatti un incremento della prevalenza dal 3,5%, nel periodo di tempo compreso tra il 2000 e il 2006, al 7.8%, in quello tra il 2013 e il 2018 (Galmiche et al., 2019), con un tasso di mortalità che si attesta intorno al 5% (Fichter e Quadflieg, 2016). In aggiunta, secondo la Società Italiana per lo Studio dei Disturbi del Comportamento Alimentare, solo in Italia, ogni anno questi disturbi colpiscono 8.500 persone, dato che potrebbe essere in aumento a causa della pandemia da Coronavirus e dei fattori di rischio ad essa connessi.

Durante le prime settimane di lockdown, infatti, è quadruplicato il numero di persone che hanno sperimentato la cosiddetta "food-insicurity", cioè una forma di insicurezza rispetto alla possibilità di acquistare cibo a sufficienza per sé e per la propria famiglia (Loopstra, 2020). Tale paura potrebbe trovare spiegazione nelle lunghe file davanti ai supermercati, così come nella scarsa reperibilità di alcune tipologie di alimenti e nella presenza di scaffali completamente vuoti; pertanto le famiglie hanno iniziato a fare scorte alimentari di cibi molto nutrienti e a lunga scadenza, come confermato da una ricerca condotta dalla Coldiretti (Organizzazione degli imprenditori agricoli a livello nazionale ed europeo). Nello specifico, dall'indagine è emerso che gli italiani nel periodo del lockdown hanno acquistato in maniera significativamente maggiore farine e semole (+ 150%), dolci (+13 %), pasta e gnocchi (+ 7%), primi piatti pronti (+24%) e impasti per pizze (+38%).

Per una persona affetta da disturbo alimentare, tuttavia, questa situazione può aver costituito un fattore di rischio per il mantenimento ed il peggioramento della sintomatologia: il fatto di avere in casa grandi quantità

di cibo, per lo più ad alto contenuto calorico, potrebbe aver facilitato la messa in atto di abbuffate o, al contrario, di comportamenti alimentari ancora più restrittivi e finalizzati al controllo del peso (Brooks et al. 2020). Per individui con Bulimia o Binge Eating, ad esempio, essere costretti a stare a casa durante l'intera giornata, per settimane, sempre a contatto con le dispense alimentari piene, potrebbe aver aumentato la tendenza a mangiare grandi quantità di cibo; come effetto secondario, date le difficoltà nel fare la spesa a causa dello stato di emergenza dichiarato, tale comportamento disfunzionale potrebbe aver incrementato la conflittualità intra-familiare ed il conseguente stato di attivazione emotiva negli individui coinvolti (Touyz, Lacey & Hay, 2020).

Come anticipato, a seguito delle misure di contenimento adottate dai governi, la maggior parte della popolazione ha quindi iniziato a trascorre le giornate all'interno della propria abitazione, con un incremento significativo del tempo libero. Ciò ha comportato, tra gli altri, un incremento nell'uso dei social networks ed un'esposizione costante ad informazioni ed immagini emotivamente attivanti, legate alla diffusione del virus e del suo tasso di mortalità (Koeze e Popper, 2020). Questo fenomeno, unito allo stato di emergenza, potrebbe aver causato un aumento di ansia e di preoccupazione legate non solo al contagio, ma anche all'incertezza e alla perdita di controllo connesse alla situazione, temi delicati e sensibili per gli individui affetti da un DCA (Brown et al., 2017). Nello specifico, gli individui affetti da tali disturbi riportano una ridotta tolleranza verso l'incertezza e, in quest'ottica, le condotte alimentari disfunzionali potrebbero essere state funzionali alla momentanea riduzione della sensazione di ansia e di stress generata dalla situazione emergenziale (ibidem, 2017).

Inoltre, durante lo stato di emergenza, la popolazione è stata sensibilizzata rispetto all'automonitoraggio del proprio corpo e dello stato di salute, al fine di riconoscere tempestivamente la sintomatologia legata al nuovo Coronavirus (ad esempio febbre, respiro corto e tosse); ciò però può aver accresciuto la sensibilità interocettiva e la cosiddetta "sensibilità all'ansia" (anxiety sensitivity), cioè la sensibilità ai sintomi ansiosi che vengono interpretati come pericolosi per la propria salute fisica, psicologica o sociale (Silverman et al. 2003). Entrambe queste sensibilità, tuttavia, sembrano avere un ruolo chiave nell'incrementare il livello di ansia percepito e i comportamenti alimentari disfunzionali che ne conseguono (Smits et al., 2019)

In accordo con quanto esposto sin ora, sono i risultati dello studio pilota svolto presso l'University Hospital of Bellvitge su 32 pazienti affetti da un disturbo alimentare durante le prime due settimane di lockdown (Fernandez-Aranda et al., 2020). Ai soggetti, infatti, sono stati somministrati quotidianamente dei sondaggi telefonici rispetto al loro stato psicofisico, che hanno rivelato una crescente preoccupazione rispetto all'incertezza sul futuro, alla paura del contagio ed alla perdita del lavoro. Il 56,2% dei pazienti, inoltre, ha riportato un incremento dei sintomi ansiosi a causa dei quali, in alcuni casi, sono state messe in atto condotte alimentari disfunzionali, come il mangiucchiare spesso (grazing) ed il mangiare per placare il proprio stato d'ansia (emotional eating). Un altro dato significativo, che gli autori hanno registrato, è stato un aumento della sintomatologia alimentare nel 38% dei casi.

Oltre alle conseguenze già riportate, l'esposizione prolungata ai mass media potrebbe aver costituito un ulteriore fattore di rischio per gli individui affetti da DCA a causa dei messaggi trasmessi relativi alla paura di ingrassare e quindi alle diete e all'esercizio fisico (Cooper et al., 2020). È nota, infatti, la correlazione tra l'esposizione a immagini di corpi magri e atletici, proposti dai media, e una visione negativa del proprio corpo con la conseguente messa in atto di comportamenti alimentari dannosi (Sabik, Falat & Magagnos, 2020; Slater, Cole & Fardouly, 2019). Appare chiara quindi la valenza che questi messaggi, legati al peso e all'alimentazione sana, possano aver avuto in un periodo critico come quello appena vissuto, specialmente per chi soffre di un disturbo alimentare (Cooper et al, 2020).

In aggiunta a ciò, ad incrementare la paura di prendere peso è stata l'impossibilità di svolgere attività fisica fuori dalla propria abitazione. A tal proposito sono noti gli effetti positivi dello sport sulla salute psicofisica, se praticato in misura moderata (USDHHS, 2008); pertanto la chiusura dei centri sportivi e le limitazioni imposte sull'attività fisica all'aperto possono aver contribuito all'aumento di preoccupazioni relative al peso e alla forma fisica e, più in generale, della sensazione di stress. E ciò sembra vero specialmente per le persone che nella quotidianità utilizzano lo sport come forma di regolazione emotiva delle emozioni negative provate (Dalle Grave, Calugi & Marchesini, 2008).

Questi aspetti, inoltre, assumono ancora più rilevanza se considerati alla luce dell'isolamento imposto dal lockdown e della conseguente diminuzione del supporto sociale. Quest'ultimo infatti è considerato un fattore protettivo per tutte le psicopatologie, compresi i DCA (Linville et al., 2012), e aiuta a ridurre il senso di solitudine che viceversa sembra ricoprire un ruolo importante nell'insorgenza e nel mantenimento dei disturbi psicologici (Holt-Lunstad et al., 2015). L'isolamento, inoltre, è considerato un effetto secondario dell'insorgenza di un

disturbo alimentare e, combinandosi con altri fattori, sembra svolgere un ruolo chiave nella cronicizzazione del disturbo (Balbo, 2015).

Alla luce di quanto esposto finora appare chiaro che, durante le misure di contenimento, ci siano stati una serie di fattori tra cui la crescente food-insicurity, la preoccupazione legata al peso e al corpo, le limitazioni rispetto all'esercizio fisico e l'isolamento che, per le caratteristiche del disturbo, possono aver avuto un impatto negativo, specialmente sugli individui affetti da DCA o con una vulnerabilità rispetto a questo tema. A supporto di ciò vi è uno studio condotto nel Regno Unito su 153 soggetti affetti da un disturbo alimentare, in remissione o guariti. A tali individui è stato chiesto di compilare un questionario online anonimo con domande inerenti all'impatto sociale del lockdown, all'uso di internet e ai comportamenti alimentari o legati all'esercizio fisico messi in atto (BranleyBell & Talbot, 2020). Dai risultati è emerso che l'86,7% dei partecipanti ha riportato un incremento della sintomatologia legata al DCA, l'86,4% ha rivelato intensi sentimenti di isolamento sociale a causa della pandemia e l'81,4% ha riferito di passare molto più tempo online, attività che per il 55% dei casi ha influito sul peggioramento della sintomatologia legata al DCA. In aggiunta la ricerca ha riportato che il 36,5% dei partecipanti ha incrementato l'attività fisica, il 65,9 % ha dichiarato di passare più tempo a ruminare sul proprio peso, sull'esercizio fisico e sui pasti e, in ultimo, il 66,7% ha riportato di avere una differente relazione con il cibo, a seguito della pandemia.

Alla luce di queste evidenze, è possibile affermare che le conseguenze della pandemia, analizzate finora, possono aver acuito un disturbo alimentare già presente o il rischio di svilupparne uno.

È necessario tuttavia considerare ulteriori aspetti, più generali, legati alla diffusione del SARS-CoV-2 che possono aver contribuito ad aggravare il quadro esposto in precedenza.

Tra questi vi è l'esposizione ad esperienze di vita stressanti, sia in relazione alla propria salute e a quella dei cari, che alle condizioni di vita generali; infatti molte persone hanno assistito alla malattia o, in alcuni casi, alla morte di parenti e/o amici, con i quali non hanno potuto avere contatti, se non telefonici. Inoltre diverse famiglie hanno iniziato ad avere preoccupazioni economiche, a causa degli stipendi dimezzati e della possibilità di perdere il lavoro, e problematiche relative alla gestione dei figli e all'adattamento ad una nuova quotidianità.

A tal proposito diversi studi hanno dimostrato che essere esposti ad eventi di vita stressanti può predire l'insorgenza di un DCA, così come influire sul mantenimento e su un'eventuale ricaduta dello stesso (Degortes et al., 2014; Grilo et al., 2012; Pike et al., 2006). In linea con quanto affermato, ad essere maggiormente a rischio potrebbe essere il personale sanitario, costretto in alcuni casi a vivere lontano dalla propria famiglia, sottoposto a ritmi di lavoro stressanti ed esposto quotidianamente a scene di sofferenza e di morte.

Oltre al personale sanitario, ad essere a rischio sono anche gli individui che si sono ammalati di Covid-19, specialmente coloro che hanno avuto bisogno dell'ospedalizzazione e delle terapie intensive; infatti essi, oltre alla difficile esperienza di malattia sperimentata, potrebbero ritrovarsi a provare vissuti di stigma e ostracismo da parte delle persone intorno a loro (Cooper, 2020). In linea con quanto affermato, uno studio condotto da Muhashi e collaboratori su soggetti ricoverati, a causa della SARS, ha riscontrato un aumento, tra gli altri, dei comportamenti alimentari disfunzionali a seguito della guarigione (Mihashi et al., 2009).

Oltre a quanto riportato finora, la diffusione del Coronavirus e tutto ciò che ne è conseguito, ha causato un allarmante aumento dei casi di violenza domestica e di maltrattamento infantile (Galea, Merchant & Lurie, 2020); fattori questi che sembrano aumentare il rischio di insorgenza e mantenimento di un DCA, oltre che del disturbo post traumatico da stress (Hazzard et al., 2019; Trottier & MacDonald, 2017). Diversi studi, infatti, hanno dimostrato che subire abusi durante l'infanzia (fisici, sessuali o psicologici) aumenta il rischio di sviluppare un disturbo alimentare in adolescenza (Hazzard et al., 2019), così come assistere a ripetuti episodi di conflittualità genitoriale (Bi et al., 2018). Inoltre il 78% dei pazienti affetti da un DCA riporta, nella sua storia di vita, almeno un episodio di abuso fisico, emotivo o sessuale, neglect parentale, bullismo e/o morte di una delle figure d'attaccamento (Tasca, 2019).

Oltre all'aver vissuto esperienze infantili difficili, gli individui con un disturbo alimentare, sia uomini che donne, riportano elevati tassi di violenza tra partner intimi (intimate partner violence) e violenza domestica (Bundock et al., 2013), in crescente aumento nel periodo della pandemia da Covid-19.

Alla luce del quadro finora delineato, appare chiaro come l'insieme di tali fattori possano aver contribuito all'insorgenza di comportamenti alimentari disfunzionali e al peggioramento della sintomatologia già preesistente, in parte dovuta anche al limitato accesso alle cure da parte dei pazienti a causa della ridistribuzione del personale sanitario. Per quanto riguarda i pazienti ricoverati, c'è stata, infatti, una riduzione delle visite giornaliere da parte degli specialisti (es psichiatra, nutrizionista, infermieri e così via) e delle ore dedicate al supporto psicologico, oltre che la sospensione di tutte le terapie e le supervisioni legate ai pasti, condotte in gruppo

(Davis et al., 2020). In aggiunta a ciò, durante la pandemia, tali pazienti hanno potuto ricevere visite da un'unica persona, sottoposta quotidianamente a controlli rispetto a temperatura, sintomi influenzali ed eventuali contatti con persone affette dal Coronavirus (ibidem, 2020).

Per quanto riguarda invece i pazienti affetti da DCA non ospedalizzati, è prassi clinica, specialmente nei casi in cui la sintomatologia è severa, che vengano costantemente monitorati con esami e controlli per verificare il loro stato di salute (Anderson et al., 2017). A causa, però, dell'utilizzo delle risorse sanitarie per fronteggiare l'emergenza e del limitato accesso alle strutture ospedaliere per ridurre il rischio di contagio, questi controlli sono stati annullati e rimandati circa nel 50% dei casi (Davis et al., 2020). Questo può quindi avere avuto un effetto negativo soprattutto su coloro che all'inizio del lockdown avevano iniziato da poco un percorso di terapia, prendendo queste limitazioni e il distanziamento fisico come motivazioni per evitare i centri di cura e così mantenere il sintomo.

Sulla base di quanto esposto, durante l'emergenza Covid-19 psicologi e psicoterapeuti si sono attivati per garantire un supporto ai pazienti e alle loro famiglie tramite chiamate e/o videochiamate, utilizzando piattaforme presenti sul web (Cooper et al., 2020). Studi condotti precedentemente hanno dimostrato che, per i DCA e per altre psicopatologie, il trattamento erogato a distanza ha un'efficacia comparabile a quello svolto in presenza, specialmente nei casi di terapia cognitivo-comportamentale, terapia familiare e supporto alla genitorialità (de Zwaan et al., 2017; Zerwas et al., 2017).

Inoltre, alla luce della loro efficacia su individui affetti da anoressia nervosa, bulimia e binge eating (Kenny, Carter, & Safer, 2019; Lock et al., 2017), alcuni clinici hanno insegnato ai loro pazienti interventi di auto-aiuto, per gestire in autonomia i momenti critici che potevano insorgere durante il lockdown. Tra questi vi è la psicoeducazione, il problem-solving, il self-monitoring rispetto ai propri pensieri ed emozioni e la tecnica dell'urge surfing, basata sull'osservazione non giudicante di un certo stimolo attivante per la persona, fino alla progressiva diminuzione della sua intensità (Cooper et al., 2020).

A garantire, inoltre, una connessione con il paziente e un supporto, alla luce dell'isolamento sociale imposto, può essere stato utile l'utilizzo di e-mail e messaggistica da parte del terapeuta. Questi strumenti infatti, se usati nel modo corretto e abbinati ad una terapia, possono aiutare il paziente ad auto-monitorarsi ed auto-regolarsi, incrementando la comunicazione tra terapeuta e paziente ed incoraggiando quest'ultimo ad esprimere contenuti carichi a livello emotivo (Taylor, in press).

Entrando ora nel merito delle terapie condotte, con buoni risultati, in modalità online durante il periodo della pandemia, vi è, tra le altre, quella che utilizza l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). Tale metodologia ricorre alla stimolazione bilaterale per aiutare il paziente a rielaborare ricordi traumatici e si è rivelata efficace anche quando erogata mediante supporti tecnologici (Spence et al., 2013), dimostrandosi promettente per il trattamento dei disturbi alimentari (Balbo, Zaccagnino, Cussino & Civilotti, 2017). Diversi studi hanno dimostrato, infatti, che la terapia condotta con EMDR porta ad un miglioramento significativo della sintomatologia legata a tali disturbi (Halvgaard, 2015; Zaccagnino et al., 2017; Smajić & de la Fosse, 2019.) ed ha effetti positivi sulla percezione dell'immagine corporea e sull'autostima (Dziegielewski & Wolfe, 2000), a breve e a lungo termine (Bloomgarden & Calogero, 2008).

Questa metodologia inoltre, identificando i ricordi percepiti dall'individuo come disturbanti e permettendo una rielaborazione più adattiva delle esperienze difficili, assume una valenza ancora maggiore alla luce della pandemia e delle sue conseguenze; come già anticipato, infatti, la diffusione del Coronavirus ha potenzialmente esposto gli individui ad eventi di vita stressanti e, nei casi più gravi, addirittura traumatici che possono aver acuito un quadro sintomatologico già preesistente o aver costituito un fattore di rischio per l'insorgenza dello stesso. In tali casi, utilizzando la metodologia EMDR, è stato possibile per i clinici aiutare i pazienti ad accedere a quei ricordi dolorosi e progressivamente integrare emozioni, sensazioni e convinzioni negative, ad esse legate, fino ad una loro completa rielaborazione.

Compito del terapeuta è però indagare non solo quelle esperienze che creano disagio nel presente, ma anche aiutare il paziente ad accedere ai ricordi traumatici precoci che hanno contribuito all'insorgenza del disturbo attuale e di strategie disfunzionali di autoregolazione e di gestione delle situazioni stressanti (Zaccagnino, 2017). Come anticipato in precedenza, infatti, il ruolo di esperienze infantili sfavorevoli (es. maltrattamento e abusi) ed i traumi relazionali, connessi alle dinamiche dell'attaccamento, sono riconosciuti come fattori di rischio per lo sviluppo dei disturbi del comportamento alimentare così come è stato sottolineato dal DSM-5 (APA, 2013; Felitti & Anda, 2010; Murphy et al., 2013; Münch, Hunger & Schweitzer, 2016; Tasca, 2019). È noto, infatti, il ruolo protettivo della responsabilità e della disponibilità genitoriale rispetto ai bisogni del bambino per lo sviluppo delle capacità di riconoscere e regolare le emozioni, ma anche per la formazione di modelli sé-altro adeguati (Bowlby,

1973). In quest'ottica, aver vissuto durante l'infanzia, esperienze di trascuratezza ed indisponibilità fisica o emotiva da parte del proprio caregiver e/o aver vissuto episodi di abuso, può aver facilitato lo sviluppo di strategie alternative e poco funzionanti, al fine di adattarsi al proprio contesto di vita (Groh et al., 2017; Clear, Gardner, Webb, e Zimmer-Gembeck, 2019). In linea con ciò, lo sviluppo di comportamenti alimentari disfunzionali può essere considerato un tentativo di gestire emozioni e ricordi soverchianti, legati proprio a tali esperienze traumatiche (Racine & Wildes, 2014).

Appare quindi chiara l'importanza ricoperta dall'identificazione e dalla successiva rielaborazione di tali traumi precoci, al fine di diventare progressivamente in grado di separare il presente dal proprio passato, narrando un'autobiografia coerente ed aumentando così la consapevolezza rispetto al proprio funzionamento attuale (Zaccagnino, 2017).

Al fine di raggiungere questo obiettivo, è importante la fase di psicoeducazione, in cui il clinico aumenta la consapevolezza del paziente rispetto alle dinamiche di funzionamento che lo caratterizzano e lo conduce verso l'esplorazione e l'attuazione di nuove e più adeguate strategie di coping nella gestione di eventi disturbanti. In questo senso, la psicoeducazione costituisce un momento fondamentale per far comprendere il significato della sintomatologia all'interno della traiettoria degli eventi di vita traumatici inerenti anche la storia di attaccamento (ibidem, 2017).

Tale fase, inoltre, può essere risultata utile sia per insegnare al paziente strategie più funzionali, al fine di gestire in autonomia i momenti critici che possono essere insorti durante la pandemia (come accennato sopra), che per rafforzare l'alleanza terapeutica tra clinico e paziente. Pilastro di tutti gli approcci psicoterapeutici, infatti, l'alleanza terapeutica permette al paziente di sentirsi accolto in un contesto non giudicante e di esprimere liberamente ciò che gli crea disagio.

La creazione, quindi, di uno spazio in cui è possibile relazionarsi con il terapeuta in un clima di alleanza e di fiducia può essere risultata ancora più importante alla luce dell'isolamento sociale imposto dal lockdown, per manifestare, tra le altre, le preoccupazioni relative all'incertezza ed alla paura di contagio, insorte a causa dell'infezione da Sars-Cov-2.

In aggiunta, una fase della terapia EMDR che può aver assunto ancora più importanza in un momento critico come quello appena vissuto, è l'installazione delle risorse. Obiettivo di tale fase è aiutare il paziente ad identificare le proprie qualità e, all'interno della propria storia di vita, anche i momenti o le azioni in cui si è sentito bene, pieno di vita e/o in cui ha avuto successo.

Questo tipo di lavoro, infatti, permette all'individuo di potenziare il proprio senso di autoefficacia e di sicurezza, oltre che sviluppare una maggiore motivazione al trattamento: fattori, questi, ritenuti di protezione per fronteggiare e gestire in maniera funzionale situazioni di emergenza, come quella causata dalla diffusione del Coronavirus.

BIBLIOGRAFIA

- American Psychiatric Association.* (2014). DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Anderson, L. K., Reilly, E. E., Berner, L., Wierenga, C. E., Jones, M. D., Brown, T. A., Kaye, W. H., & Cusack, A.* (2017). Treating eating disorders at higher levels of care: Overview and challenges. *Current Psychiatry Reports*,
- Balbo, M.* (2015). EMDR e disturbi dell'alimentazione: tra passato, presente e futuro. Giunti.
- Balbo, M., Zaccagnino, M., Cussino, M., & Civiotti, C.* (2017). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and eating disorders: A systematic review. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*.
- Bloomgarden, A., & Calogero, R. M.* (2008). A randomized experimental test of the efficacy of EMDR treatment on negative body image in eating disorder inpatients. *Eating disorders*, 16(5), 418-427.
- Bowlby J.* (1973): Attaccamento e perdita, vol. 2: La separazione dalla madre. Boringhieri, Torino, 1975.
- Branley-Bell, D., & Talbot, C. V.* (2020). Exploring the impact of the COVID-19 pandemic and UK lockdown on individuals with experience of eating disorders.
- Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J.* (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*.
- Brown, M., Robinson, L., Campione, G. C., Wuensch, K., Hildebrandt, T., & Micali, N.* (2017). Intolerance of Uncertainty in Eating Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *European Eating Disorders Review*,
- Bundock, L., Howard, L. M., Trevillion, K., Malcom, E., Feder, G., & Oram, S.* (2013). Prevalence and risk of experiences of intimate partner violence among people with eating disorders: A systematic review. *Journal of Psychiatric Research*, 47(9), 1134-1142.
- Chaturvedi, S. K.* (2020). Covid-19, Coronavirus and Mental Health Rehabilitation at Times of Crisis. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*, 1-2.

- Clear, S. J., Gardner, A. A., Webb, H. J., & Zimmer-Gembeck, M. J. (2019). Common and distinct correlates of depression, anxiety, and aggression: Attachment and emotion regulation of sadness and anger. *Journal of Adult Development*, 1-11.
- Cooper, M., Reilly, E. E., Siegel, J. A., Coniglio, K., Sadeh-Sharvit, S., Pisetsky, E., & Anderson, L. (2020). Eating disorders during the COVID-19 pandemic: An overview of risks and recommendations for treatment and early intervention.
- Dalle Grave, R., Calugi, S., & Marchesini, G. (2008). Compulsive exercise to control shape or weight in eating disorders: Prevalence, associated features, and treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 49(4), 346-352.
- Davis, C., Chong, N. K., Oh, J. Y., Baeg, A., Rajasegaran, K., & Chew, C. S. E. (2020). Caring for children and adolescents with eating disorders in the current COVID-19 pandemic: A Singapore perspective. *Journal of Adolescent Health*.
- De Zwaan, M., Herpertz, S., Zipfel, S., Svaldi, J., Friederich, H., Schmidt, F., Mayr, A., Lam, T., Schade-Brittinger, C., & Hilbert, A. (2017). Effect of internet-based guided self-help vs individual face-to-face treatment on full or subsyndromal binge eating disorder in overweight or obese patients: The INTERBED Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 74, 987–995.
- Degortes, D., Santonastaso, P., Zanetti, T., Tenconi, E., Veronese, A., & Favaro, A. (2014). Stressful life events and binge eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 22(5).
- Dziegielewska, S. F., & Wolfe, P. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a time-limited treatment intervention for body image disturbance and self-esteem: A single subject case study design. *Journal of psychotherapy in independent practice*, 1(3), 1-16.
- Felitti, V. J., & Anda, R. F. (2010). The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders, and sexual behavior: Implications for healthcare. *The impact of early life trauma on health and disease: The hidden epidemic*, 77-87.
- Fernandez-Aranda, F., Casas, M., Claes, L., Bryan, D. C., Favaro, A., Granero, R., ... & Menchón, J. M. (2020). COVID-19 and implications for eating disorders. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 28(3)
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2016). Mortality in eating disorders—results of a large prospective clinical longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, 49(4), 391-401.
- Galea, S., Merchant, R. M., & Lurie, N. (2020). The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. *JAMA Internal Medicine*. Published online April 10, 2020.
- Galmiche, M., Déchelotte, P., Lambert, G., & Tavolacci, M. P. (2019). Prevalence of eating disorders over the 2000–2018 period: a systematic literature review. *The American journal of clinical nutrition*, 109(5), 1402-1413.
- Grilo, C. M., Pagano, M. E., Stout, R. L., Markowitz, J. C., Ansell, E. B., Pinto, A., Zinarini, M. C., Yen, S., & Skodol, A. E. (2012). Stressful life events predict eating disorder relapse following remission: Six-year prospective outcomes. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 185-192.
- Groh, A. M., Fearon, R. P., van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., & Roisman, G. I. (2017). Attachment in the early life course: Meta-analytic evidence for its role in socioemotional development. *Child Development Perspectives*, 11(1),
- Hazzard, V. M., Bauer, K. W., Mukherjee, B., Miller, A. L., & Sonnevile, K. R. (2019). Associations between childhood maltreatment latent classes and eating disorder symptoms in a nationally representative sample of young adults in the United States. *Child Abuse & Neglect*, 98,
- Halvgaard, K. (2015). Single case study: does EMDR psychotherapy work on emotional eating?. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(4), 188-197.
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T., & Stephenson, D. (2015). Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, 10(2), 227-237
- Kenny, T. E., Carter, J. C., & Safer, D. L. (2019). Dialectical behavior therapy guided self-help for binge eating disorder. *Eating Disorders: Journal of Treatment and Prevention*.
- Koeze, E., & Popper, N. (2020, April 7). The virus changed the way we internet. <https://www.nytimes.com/interactive/2020/04/07/technology/coronavirus-internetuse.html>
- Linville, D., Brown, T., Sturm, K., & McDougal, T. (2012). Eating disorders and social support: Perspectives of recovered individuals. *Eating Disorders*, 20(3), 216-231.
- Lock, J. D., Darcy, A. M., Fitzpatrick, K. K., Vierhile, M., & Sadeh-Sharvit, S. (2017). Parental guided self-help family based treatment for adolescents with with anorexia nervosa: A feasibility study. *International Journal of Eating Disorders*, 50(9), 1104-
- Loopstra, R. (2020). Vulnerability to food insecurity since the COVID-19 lockdown. https://foodfoundation.org.uk/wp-content/uploads/2020/04/Report_COVID19FoodInsecurity-final.pdf
- Mihashi, M., Otsubo, Y., Yinjuan, X., Nagatomi, K., Hoshiko, M., & Tatsuya, I. (2009). Predictive factors of psychological disorder develop during recovery following SARS outbreak. *Health Psychology*, 28(1), 91-100.
- Münch, A.L., Hunger, C., Schweitzer, J. (2016) An investigation of the mediating role of personality and family functioning in the association between attachment styles and eating disorder status. *BMC Psychology*, 4:36
- Murphy, A., Steele, M., Dube, S. R., Bate, J., Bonuck, K., Meissner, P., Steele, H. (2013). Adverse Childhood Experiences (ACEs) Questionnaire and Adult Attachment Interview (AAI): Implications for parent child relationships. *Child Abuse & Neglect*, 38(2),
- Pike, K. M., Wifley, D., Hilbert, A., Fairburn, C. G., Dohm, F. A., & Striegel-Moore, R. H. (2006). Antecedent life events of binge-eating disorder. *Psychiatry Research*, 142(1), 19- 29.
- Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2015). Emotion dysregulation and anorexia nervosa: an exploration of the role of childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 55-58.
- Reger, M. A., Stanley, I. H., & Joiner, T. E. (2020). Suicide mortality and coronavirus disease 2019—a perfect storm?. *JAMA*

psychiatry.

- Sabik, N. J., Falat, J., & Magagnos, J. (2020).* When self-worth depends on social media feedback: Associations with psychological well-being. *Sex Roles, 82*(7-8), 411-421.
- Silverman W.K., Goedhart A.W., Barrett P., Turner C. (2003).* The facets of anxiety sensitivity represented in the Childhood Anxiety Sensitivity Index: Confirmatory analyses of factor models from past studies. *Journal of Abnormal Psychology 112*, 3
- Slater, A., Cole, N., & Fardouly, J. (2019).* The effect of exposure to parodies of thin-ideal images on young women's body image and mood. *Body Image, 29*, 82-89.
- Smajić, V. A., & de la Fosse, C. (2019).* EMDR treatment for anorexia nervosa triggered by early traumatic experiences. *Psychotherapy in Achieving Health and Well-being for Children and Young People, 2*(2), 65-76.
- Smits, J. A., Otto, M. W., Powers, M. B., & Baird, S. O. (2019).* Anxiety sensitivity as a transdiagnostic treatment target. In *The Clinician's Guide to Anxiety Sensitivity Treatment and Assessment* (pp. 1-8). Academic Press.
- Spence, J., Titov, N., Johnston, L., Dear, B. F., Wootton, B., Terides, M., & Zou, J. (2013).* Internet-delivered eye movement desensitization and reprocessing (iEMDR): an open trial. *F1000Research, 2*.
- Taylor, C. B., Sadeh-Sharvit, S., Fitzsimmons-Craft, E. E., Topooco, N., Rojas-Ashe, E., & Wilfley, D. E. (in press). Utilization of Technologies to Support Patients with Eating Disorders. In G. M. Reger (ed.) *Technology and Mental Health: A Clinician's Guide to Improving Outcomes*. Routledge Press.
- Tasca, G. A. (2019).* Attachment and eating disorders: a research update. *Current opinion in psychology, 25*, 59
- Touyz, S., Lacey, H., & Hay, P. (2020).* Eating disorders in the time of COVID-19. *Journal of Eating Disorders (2020) 8*:19
- Trottier, K., & MacDonald, D. E. (2017).* Update on psychological trauma, other severe adverse experiences and eating disorders: state of the research and future research directions. *Current Psychiatry Reports, 19*, 45.
- U.S. Department of Health and Human Services. (2008).* Physical activity guidelines for Americans. *President's Council on Physical Fitness & Sports Research Digest, 9*(4), 1-8.
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020).* Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health, 17*(5), 1729.
- Zaccagnino, M. (2017).* Nuove prospettive nella cura dei disturbi alimentari: Il ruolo dell'attaccamento nel lavoro clinico con EMDR. Franco Angeli.
- Zaccagnino, M., Cussino, M., Callerame, C., Civilotti, C., & Fernandez, I. (2017).* Anorexia nervosa and EMDR: A clinical case. *Journal of EMDR Practice and Research, 11*(1), 43-53.
- Zerwas, S. C., Watson, H. J., Hofmeier, S. M., Levine, M. D., Hamer, R. M., Crosby, R. D., Runfola, C. D, ... & Bulik, C. M. (2017).* CBT4BN: A randomized controlled trial of online chat and face-to-face group therapy for bulimia nervosa. *Psychotherapy and Psychosomatics, 86*, 47-53.

SITOGRAFIA

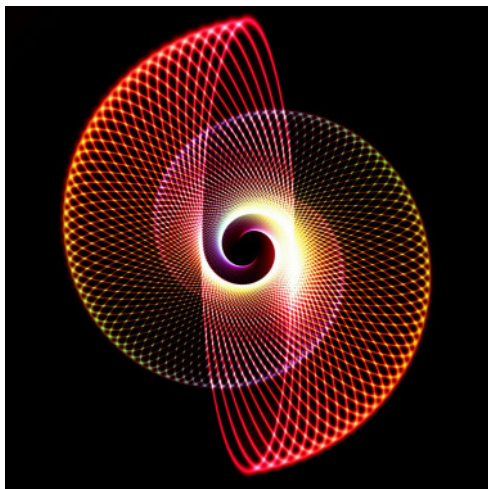
www.salute.gov.it

EMDR CON DOPPIO TARGET

Una via per superare l'assenza di motivazione del paziente a lavorare sul passato

Gabriella Giovannozzi

Supervisore EMDR - Firenze



La concettualizzazione del caso è, insieme alla stabilizzazione del paziente, il primo passaggio di una buona psicoterapia EMDR. Concettualizzare il caso non significa identificare i traumi che il paziente ha subito nel corso della sua vita, per poi intervenire su di essi con l'EMDR. Questo è quello che potrebbe fare il terapeuta EMDR alle prime armi, disperdendo, in questo modo, il suo intervento e riducendone l'efficacia. Concettualizzare il caso significa individuare, in mezzo ai traumi di una vita, i traumi specifici responsabili del malessere che la persona chiede di risolvere in terapia. Significa ricostruire l'albero genealogico di quel malessere attraverso gli eventi di vita sfavorevoli che l'hanno costruito, incrociandosi con i temi dell'attaccamento e le compromissioni nella capacità di regolarsi di quell'individuo. L'EMDR imposta un intervento mirato ed è qui parte del suo pregio. Partire a caso su un trauma importante non correlato al malessere che il paziente vuole risolvere, forse non provoca grossi danni,

ma sicuramente allunga il percorso e può produrre effetti delusivi, demotivanti il paziente ad andare avanti.

La concettualizzazione del caso è un processo aperto. Alternandola con interventi di stabilizzazione, se necessari, somministrando, dove opportuno, un po' di stimolazione bilaterale per facilitare i collegamenti su cui stiamo indagando, il terapeuta la dovrà impostare e terminare provvisoriamente nelle prime sedute, per non rimandare l'intervento sui target, ma potrà tornare a perfezionarla, in qualsiasi momento della terapia, per affinare il suo obiettivo: individuare con precisione sempre maggiore il punto di partenza del malessere attuale che il paziente vuole risolvere.

Il percorso che conduce a questo nucleo, l'evento touchstone di cui parlava la Shapiro, può non essere facile, quando è ostacolato da difese, da vantaggi secondari o da quadri dissociativi. Esistono casi complessi in cui il terapeuta deve, consapevolmente, accontentarsi di cominciare da target più recenti, gli unici cui il paziente ha accesso. Come sostengono la Gonzalez e la Mosquera (Gonzalez A. & Mosquera D., 2015), a volte, dovremo procedere progressivamente, partendo dalla punta delle dita, non dal nucleo originario del malessere, collocato metaforicamente nel dorso della mano. Anche, in questo caso tuttavia, il terapeuta dovrà, comunque, aver cura che i target recenti non siano scelti a caso, ma siano inseriti in una sequela congrua, collegata a quel nucleo originario. D'altra parte il lavoro su questi target, che potremmo definire intermedi, ci fornirà nuovi dati, costituendo un'indagine esplorativa aggiuntiva del materiale del paziente e quindi aiutandoci a precisare sempre meglio la storia e l'origine del suo disturbo attuale.

Per questo, ho affermato prima che la concettualizzazione è un processo aperto. Essa può non concludersi nelle prime sedute, ma, a volte, dovrà essere affinata nel corso della terapia da un terapeuta aperto ad accogliere nuovi dati e a riformularne obiettivi e traguardi raggiunti insieme al paziente.

L'identificazione delle memorie archiviate in modo disfunzionale non è sufficiente, per dare avvio all'elaborazione. Prima di iniziare, il terapeuta dovrà verificare che i target scelti siano, effettivamente, percepiti dal paziente come ancora disturbanti, cioè attivanti convinzioni, emozioni e sensazioni fisiche negative.

L'EMDR compie un intervento sul presente, agendo su tre piani: l'intervento EMDR aggredisce, per risolverli, gli aspetti cognitivi, emotivi e corporei del ricordo che ancora non sono stati processati e che come tali sono ancora attivi al presente. Se non c'è disturbo significa che non ci sono residui irrisolti - cioè che quel ricordo è già stato processato e non merita la nostra attenzione - o che esiste qualche impedimento al loro accesso. In questo caso dovremo sciogliere questo impedimento, per proseguire.

Un aiuto importante a questo proposito è fornito dalla fase 3 dell'EMDR, studiata nei dettagli proprio per portare il paziente ad agganciare quel disturbo. Se riflettiamo sulle domande che poniamo in questa fase, esse si stringono come un imbuto per serrarsi sul richiamo finale alla percezione del luogo fisico in cui il paziente percepisce il disturbo. La fase 3 è una fase intenzionalmente inclemente: il terapeuta, ovviamente in condizioni di sicurezza e allo scopo di risolverla, vuole portare il paziente a percepire la sofferenza legata al ricordo dell'evento. Se non riportiamo il paziente in quella sofferenza, infatti, il rischio è che l'elaborazione scivoli sopra la

memoria traumatica, senza agganciarne e, quindi, senza risolverne i residui più dolorosi. A questo scopo il terapeuta dovrà essere concentrato per portare il paziente in uno stato di concentrazione, le domande saranno precise, senza eccessive spiegazioni e ragionamenti. Il tono della voce del terapeuta sarà ben modulato e fermo per dare sicurezza al paziente, le domande sufficientemente serrate per non far perdere il passo. Se dovessi esprimermi con una metafora, direi che è come se fossimo su una pista di rullaggio, concentrati sulla partenza e quando il paziente ha agganciato la sofferenza e la sente nel corpo è il momento di decollare, cioè di iniziare, senza esitazioni, la fase 4. La fase 3 è una fase importante e il suo adempimento corretto, senza divagazioni e incertezze, è spesso sufficiente per avviare il paziente ad un buon processamento.

Buon processamento di cui dovremo mantenere la qualità nel corso di tutta la fase 4, evitando divagazioni. Se è vero che per iniziarla il paziente dovrà aver agganciato la parte non ancora risolta dello stato specifico vissuto al momento del trauma, il suo svolgersi lo porterà a visitare le tappe dell'evoluzione di quella condizione verso la sua soluzione.

Ci imbattiamo, a volte, in un ostacolo alla realizzazione di questo percorso: l'assenza di disponibilità-motivazione del paziente a lavorare sul suo passato. A volte siamo riusciti a individuare le cause remote del malessere, conosciamo quelli che potrebbero essere i target antichi su cui lavorare, in altre parole abbiamo fatto una buona concettualizzazione del caso, che è stata condivisa ed anche accettata dal paziente, ma manca la sua disponibilità e motivazione a mettere a posto quel passato difficile.

Due possono essere i motivi di questo comportamento:

1) Quel passato è troppo doloroso e complesso, il paziente non ha le risorse per sistemarlo e/o ritiene impossibile metterlo a posto, e, per questo, si difende da quei ricordi penosi. In questo caso il paziente potrebbe sostenere che è roba vecchia, che è trascorso troppo tempo. Potrebbe dirci che ha già sistemato certe problematiche antiche e che non vale la pena perderci tempo. Potrebbe, anche, nei casi più gravi, mettere in atto sintomi dissociativi di difesa; per esempio non avvertire emozione o sensazione corporea alcuna, richiamando un ricordo di cui mantiene la memoria cognitiva.

2) Il paziente è molto attivato da trigger attuali. Questi sono la causa di sintomi destabilizzanti importanti, che catalizzano interamente la sua attenzione. In questo caso il paziente ci dirà che il problema è nel presente e che, di nuovo, non vale la pena occuparsi di un passato lontano.

Il terapeuta EMDR dispone già di vari strumenti per fronteggiare le due situazioni che ho descritto. Tutti i suggerimenti per sciogliere le difese e per stabilizzare il paziente possono essere usati in questi casi. Aggiungo, a quanto già sappiamo, un nuovo suggerimento, mirato a superare l'assenza di motivazione del paziente ad affrontare il suo passato. In questi casi possiamo lavorare con l'EMDR su un doppio target.

Il tema della motivazione è importante. In primo luogo l'EMDR è un approccio rispettoso, impostato sulla fiducia che il cervello, nella giusta condizione, sappia trovare la soluzione al suo malessere. Proprio in previsione di riattivare la capacità adattiva del cervello, è, per tanto, sempre importante, assecondare, senza forzature, l'intenzione del paziente, di cui la motivazione è un segnale. In secondo luogo, l'assenza di motivazione renderebbe più difficile l'accesso allo stato specifico del ricordo. Il paziente non è coinvolto e avrebbe difficoltà a collegarsi alle convinzioni, alle emozioni e alle sensazioni corporee, residuo irrisolto dell'evento traumatico antico.

Essendo, in questi casi, più facile intercettare la motivazione del paziente a lavorare sul passato recente o sul presente, conviene, per tanto, assecondarla, spostandosi su memorie recenti o, addirittura, su trigger attuali. Segnalo l'importanza clinica di questi ultimi: i trigger sono carichi d'indicazioni sulle cause del malessere del paziente, sono, generalmente, molto attivanti, il lavoro su di essi è gradito al paziente e dà un contributo alla sua stabilizzazione. Essi rappresentano pertanto un ottimo ingresso al lavoro con EMDR con pazienti difficili.

Una volta individuato il target fra le memorie recenti e i trigger attuali, passeremo, come da protocollo standard, alla fase 3 sul target scelto. Individueremo, cioè, l'immagine peggiore, la cognizione negativa a essa correlata e tutto quello che serve a completare questa fase.

Durante il completamento di questa fase, il terapeuta avrà cura di far oscillare l'attenzione del paziente fra le sue risposte alle domande sul target recente scelto e il loro corrispettivo rispetto alle situazioni passate responsabili del malessere, individuate, in precedenza, per mezzo della concettualizzazione. Il terapeuta condurrà, cioè, il paziente a una sorta di altalena fra presente e passato, facendogli notare eventuali analogie e/o somiglianze. Per esempio, dopo avere individuato la convinzione negativa sul target recente, si porterà il paziente su situazioni passate correlate, facendolo riflettere sull'eventuale uguaglianza delle convinzioni negative relative o sulla loro appartenenza allo stesso campo semantico. La stessa attenzione potrà essere data a eventuali similarità fra le emozioni e/o fra le sensazioni corporee. A discrezione del terapeuta che

monitorerà la disponibilità del paziente, il richiamo a questi collegamenti sarà più o meno marcato. In alcuni casi basterà un semplice accenno del terapeuta, che proporrà l'analogia come una sua osservazione, in altri casi ci si potrà spingere più avanti, fino a ottenere il riconoscimento o l'identificazione di quell'analogia da parte del paziente.

Man mano che procederemo con quest'altalena, mirata a risvegliare nel paziente la percezione del collegamento fra presente e passato, cercheremo di identificare fra le memorie passate quella che, per similarità di convinzioni, emozioni e sensazioni corporee presenta il collegamento più evidente col target recente scelto su cui stiamo completando la fase 3, fino a identificarne una che sceglieremo come nostro secondo target. Ovviamente la scelta sarà tanto più facile quanto più il paziente avrà cominciato a percepire il collegamento. Una volta scelto il secondo target, cercheremo di ottenere, con discrezione, qualche informazione sulle convinzioni, emozioni sensazioni a esso correlate. Non è necessario che ci sia identità fra le convinzioni, le emozioni e le sensazioni corporee dei due target. Se troveremo questa identità sarà più semplice svegliare l'interesse del paziente sul target antico. Se non la troveremo, potrà essere comunque utile, fare osservare al paziente le similarità e le diversità, portarlo a riflettere sui cambiamenti dello stato specifico attivato dai due target, indicatore interessante dell'evoluzione del suo malessere. Quando lavoriamo con un paziente difficile, ogni dettaglio può essere importante: qualsiasi dato può aiutarci a capire di più, a completare la concettualizzazione del caso e a stimolare la sua meta-riflessione.

Una volta, completata la fase 3 sul primo target, identificato un secondo con esso compatibile, attivata la riflessione del paziente sulle risonanze fra i due target e ottenute quante più informazioni possibili relative alla fase 3 del secondo target, possiamo dare avvio al processamento: inizieremo, dunque, la fase 4 del primo target, quello recente cui il paziente ci ha dato accesso, utilizzando il protocollo standard.

Man mano che procederà l'elaborazione del primo target, quello recente da cui siamo partiti, il terapeuta resterà vigile per intercettare eventuali interferenze con il target antico, tenuto, per il momento, in stand-by. Interferenze che il terapeuta potrà utilizzare, a sua discrezione, portando su di esse l'attenzione del paziente. Ovviamente quest'operazione non dovrà interrompere il flusso del processamento del primo target, ma, piuttosto sarà usata, in modo discreto, come intervento integrativo, per sbloccarlo.

Se riflettiamo sullo svolgimento della fase 4 dell'EMDR notiamo che, quando è fruttuosa e procede verso un SUD zero, essa segue un andamento abbastanza prevedibile. Partendo dalla visitazione dei residui negativi irrisolti dell'evento target, il paziente procede per successive ondate, corrispondenti ai diversi temi implicati in quei residui, verso un punto di svolta, da cui inizia ad aprirsi a considerazioni positive, indicatore dell'avviarsi dell'elaborazione verso la conclusione. Parallelamente, il corpo del paziente comincia a rilassarsi, il suo respiro diventa più profondo e lento, il volto si distende, ricompare il sorriso, possiamo ritrovare il suo contatto oculare. Il paziente sta recuperando la padronanza sull'evento elaborato, sta ritrovando una condizione di sicurezza e si avvia verso l'attivazione ventro-vagale: condizione psicofisica ottimale, da non trascurare, ma, piuttosto, da utilizzare come risorsa.

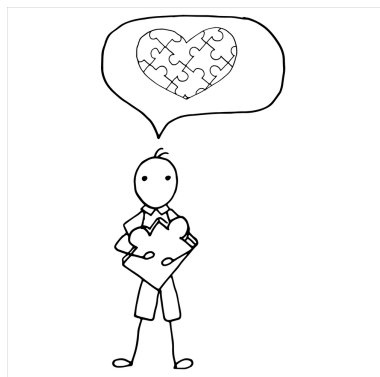
E' proprio da questo momento di viraggio che, sfruttando la condizione ottimale verso cui il paziente si stava avviando, ritorneremo al secondo target, quello antico, facendo notare al paziente eventuali novità nell'accostararlo da questa condizione di benessere e verificando la sua disponibilità attuale ad affrontarlo. Appena ottenuto da lui un cenno di assenso – generalmente ottenibile da questa nuova prospettiva – avvieremo una sorta d'innesto fra i due target, allargando il percorso di elaborazione del primo al secondo. Attraverso inviti alternati a ripartire, di volta in volta, dall'uno o dall'altro, guideremo, cioè il paziente a includere nel processo elaborativo quanto più possibile del secondo target, attivando il processamento misto dei due target. Questo processamento doppio si concluderà o con la risoluzione dei due target o, nella peggiore delle ipotesi, con la risoluzione soltanto del primo. Nel primo caso, raggiunto un Sud 0 in entrambi, procederemo alla chiusura dei due target separatamente. Nel secondo caso procederemo alla chiusura del target recente, portandoci a casa il risultato di aver familiarizzato il paziente col target antico. Attraverso questo lavoro alternato abbiamo, infatti, stimolato il paziente a trovare nuovi collegamenti fra presente e passato, gli abbiamo dato confidenza e padronanza con le problematiche relative ai due target, gli abbiamo dato familiarità con l'EMDR, facendogliene testare gli effetti su un target più facile.

Bibliografia

Gonzalez A. & Mosquera D.(2015), EMDR e Dissociazione. L'Approccio progressivo, Giovanni Fioriti ed.: Milano.

Ipotesi di lavoro per una concettualizzazione della psicoterapia EMDR nell'Autismo

Elvira Silvana La Scala



*Almeno una volta nella vita vorrei incontrare una persona
che mi permetta, senza rimproveri nascosti,
di essere così come sono*
C. Wolf

Chi è a contatto con bambini e ragazzi dello spettro autistico incontra soggetti con caratteristiche molto diverse uno dall'altro, con diversi livelli di gravità e con manifestazioni di comportamento molto eterogenee, accomunati dal deficit persistente della comunicazione e dell'interazione sociale, oltre che da pattern di comportamento, interessi e attività ristretti e ripetitivi.

Nella prospettiva attuale, sancita anche nel DSM 5, si considera il fenomeno dell'Autismo all'interno delle problematiche relative al neurosviluppo, e si considera come *l'ambiente possa orientare il neurosviluppo del bambino autistico*, producendo una variabilità enorme nel modo in cui *l'informazione genetica patologica* si esprime attraverso *traiettorie evolutive* più o meno favorevoli e adattive. La mia ipotesi, derivata dalla mia esperienza clinica, è che in questa patologia la psicoterapia (orientata sia verso il bambino che verso i genitori), ed in particolare l'EMDR, può diventare una sostanziale modalità di azione capace di intervenire sul modo in cui la neuroatipicità dell'autismo si manifesta, favorendo la relazionalità, la comunicazione e l'adattamento e, soprattutto, prevenendo le espressioni psicopatologiche; studi recenti hanno, infatti, rilevato la compresenza di almeno un disturbo psicopatologico nel 70-80% dei casi e la psicopatologia nell'autismo rappresenta una enorme difficoltà per il soggetto e per i suoi familiari in quanto aggrava considerevolmente la compromissione del suo funzionamento e il giudizio clinico rispetto alla pervasività dei sintomi (De Bruin et al. 2007) comportando tra l'altro spesso l'uso intenso di psicofarmaci come ultima possibilità. Mentre le neuroscienze ci hanno fatto capire l'importanza dell'attività neuronale sincrona e sappiamo come diverse aree del cervello interagiscono e partecipano in concerto allo svolgimento di una determinata funzione, negli studi più recenti stanno emergendo le peculiari caratteristiche del cervello dei bambini autistici che rendono difficoltosa la trasmissione neurale, la connettività e la creazione dei Network necessari ad un adattamento alla realtà sociale (Curatolo 2019);

Nei modelli finora più accreditati, le difficoltà nel funzionamento mentale dei bambini autistici sono state definite attraverso: un deficit della teoria della mente- Baron-Cohen, Leslie e Frith (1985), un deficit di coerenza centrale -Frith (1989), un deficit primario nella relazione interpersonale -Hobson (1990,1993), un deficit delle funzioni esecutive programmatiche -Craig et al. (2016). Accanto a queste accreditate ipotesi vorrei citare anche uno dei 10 punti che Elle Notbohm, madre di un bambino autistico cita nel suo libro "10 cose che ogni bambino con autismo vorrebbe che tu sapessi" il fenomeno della *non sincronizzazione dei sensi*.

A mio parere tutti questi modelli possono essere descritti, per noi psicoterapeuti, con un solo concetto: Autismo come patologia nella funzione del Sé o della Coscienza, ovvero della capacità di attivare un organizzatore o come definisce Damasio il Sé, "il direttore d'orchestra".

Vedere l'autismo come una patologia della coscienza riesce a spiegare con semplicità molte difficoltà tipiche dell'autismo, dai disturbi della comunicazione, ai problemi nell'attenzione selettiva, da quelli delle funzioni esecutive, alla carenza delle capacità inibitorie e quindi del controllo del comportamento.

L'argomento della natura e dello sviluppo della coscienza, tanto complesso e appannaggio un tempo solo della filosofia, è ora oggetto di numerose ricerche da parte dei neurofisiologi e trova nel grande e compianto Giovanni Liotti un appassionato studioso. Egli era uno dei più convinti assertori della natura *epigenetica della coscienza* e integrando studi di antropologia evolutivista, neuroscienze, psicologia nonché lo studio dello sviluppo del linguaggio nel bambino, ha concettualizzato l'emergere della Coscienza umana come frutto della relazione interpersonale nonché l'esistenza di una forma di relazione che meglio delle altre sostiene la funzione integratrice della coscienza; egli si riferisce allo *stile di attaccamento sicuro*.

La prospettiva evolutivista da cui Liotti parte gli consente di collegarsi con facilità alle indagini neurobiologiche e di associarle alle indagini sull'attaccamento precoce che hanno definito le condizioni intersoggettive in cui possono crearsi alterazioni delle funzioni integratrici della coscienza, vedi ad es. i Disturbi dissociativi.

Liotti sostiene, quindi, *la possibilità della psicoterapia di ri-costruire la continuità della coscienza/memoria* che è stata danneggiata all'interno delle precedenti relazioni.

La patologia della coscienza nell'Autismo nella mia ipotesi di lavoro, beninteso, *non è da considerarsi causata direttamente da una cattiva relazione genitoriale*; l'origine organica del problema è ormai acclarata e fuori discussione, ma accade a mio parere che, nel contesto naturale, con un bambino con caratteristiche neurologiche atipiche si avvia un inevitabile circolo vizioso poiché, come afferma Fonacy: *"...se la capacità riflessiva mette il genitore in grado di comprendere con cura le attitudini intenzionali del bambino, il bambino avrà l'opportunità di "trovare se stesso nell'altro" come soggetto capace di mentalizzare. Se la capacità del genitore è carente sotto questo aspetto, la visione di sé che il bambino si formerà sarà quella di una persona concepita come pensante in termini di realtà fisica piuttosto che di stati mentali"*.

Trasferire questo passaggio della relazione genitoriale, nella complessa e dolorosa relazione del genitore col bambino autistico, col suo sistema neurologico atipico, ci fa immaginare tutta la difficoltà che ne consegue; poiché siamo programmati all'ingaggio reciproco e poiché nel bambino autistico questo non avviene spontaneamente, seguono a cascata una serie di fallimenti con conseguenze emotive importanti che complicano una situazione già compromessa in partenza. La difficoltà nella capacità di riflessione del caregiver sul comportamento del bambino autistico non deriva da caratteristiche personali di mancanza di coerenza come nel genitore che, a causa delle sue difficoltà legate alla sua storia di attaccamento o a traumi, innesca psicopatologia nel bambino neurotipico, ma da reale difficoltà di dare significato a comportamenti per noi, apparentemente, senza senso.

La relazione intrapresa, consapevolmente, dal terapeuta che voglia lavorare col bambino autistico può, a mio parere, invece, avere la capacità di superare la bizzarra comportamentale e l'apparente indifferenza del piccolo e, *sostenendo l'intenzionalità del bambino* (presente anche in piccolissimi gesti o addirittura nelle stereotipie o in altri movimenti afinalistici tipici, che si tendono normalmente ad ignorare o addirittura a reprimere), può riuscire a dare quello specchio di continuità e svolgere *la funzione di caregiver riflessivo* anche in una situazione così estrema.

Quindi, nella mia ipotesi di lavoro, attraverso la Relazione prima di tutto, e soprattutto grazie alle possibilità determinate dall'EMDR, lo Psicoterapeuta è in grado di creare una condizione favorevole per un funzionamento più integrato, in tempi lunghi rispetto ad una normale terapia, ma comunque abbastanza veloci da rendere i risultati tangibili, per almeno 2 motivi:

1. Attraverso l'utilizzo della stimolazione bilaterale, per la sua capacità di calmare il bambino.
2. Attraverso la capacità dell'EMDR di migliorare l'elaborazione adattiva dell'informazione (AIP) ovvero, nel nostro caso, di tutte le informazioni che il bambino può trarre dal setting esperienziale.

Per ottenere questo, occorre un percorso comunque lungo, poiché ponendoci l'ambizioso obiettivo di favorire la formazione di una Coscienza più ampia e continua, la costruzione di un Sè più integrato, stiamo lavorando per migliorare la capacità del bambino di mentalizzare.

Cercherò ora di puntualizzare alcuni aspetti essenziali per una concettualizzazione del lavoro che supporti l'intervento con maggiore chiarezza e renda esportabile la sua applicazione, con la speranza che si possa in futuro creare l'opportunità per un confronto clinico ed una verifica fondata sull'evidenza scientifica.

Sarà bene, quindi, avere consapevolezza di alcuni importanti obiettivi che contribuiscono alla organicità del lavoro, poiché si dovrà:

- Favorire la connessione col terapeuta implementando, attraverso diversi accorgimenti (es. la cura del setting) nonché con la stimolazione bilaterale, la sensazione di sicurezza e di conseguenza la disposizione al coinvolgimento sociale del bambino.
- Creare la sintonizzazione emotiva con l'impegno empatico da parte del terapeuta che dovrà sostenere ogni benché minima intenzionalità che il bambino manifesta anche attraverso azioni e comportamenti bizzarri.
- Favorire l'integrazione delle informazioni da lui esperite durante il gioco, attraverso l'uso opportuno e sincronico della stimolazione bilaterale, nei momenti in cui il bambino appare concentrato su qualcosa.
- Usare l'EMDR con i genitori, soprattutto con la madre, per garantire alla fragilissima psiche del bambino un terreno di accoglienza sufficientemente sgombro da stati mentali irrisolti.

L'Importanza della sensazione di sicurezza.

Nel mio lavoro precedente osservavo, da un punto di vista clinico, la capacità della Stimolazione Bilaterale di calmare i bambini autistici, anche di quelli in situazione di gravità, e di farne virare il tono dell'umore, verso la positività, e mi chiedevo, allora, quale fosse il meccanismo che determinava il fenomeno.

Gli esiti di una importante ricerca pubblicata sulla rivista scientifica Nature, *"..L'indagine ha riguardato un gruppo di topi, esposti a un processo sperimentale di condizionamento per provocare una risposta di paura e*

quindi sottoporli ad una serie di diverse stimolazioni sensoriali: tra queste, le Stimolazioni Bilaterali alternate (SBA) sono risultate quelle in grado di provocare gli effetti più intensi in termine di riduzione della paura, aumentando l'attività del Collicolo Superiore e del Talamo Superiore...”, probabilmente ne chiariscono uno dei più importanti, in quanto i ricercatori hanno verificato la capacità della stimolazione bilaterale di ridurre la paura in maniera intensa e duratura e concludono che ciò risulta particolarmente importante per i pazienti con PTSD poiché essi vivono di frequente episodi di sofferenza dovuti a questa emozione. Ma cosa hanno in comune i bambini autistici con gli individui affetti da PTSD?

La risposta a questa domanda proviene da Stephen W. Porges che con la Teoria Polivagale attraverso la conoscenza del ruolo del Sistema Autonomico ci guida alla comprensione di importanti disturbi, tra cui anche dell'autismo. Secondo Porges vi è un nucleo centrale comune tra diverse categorie di diagnosi psichiatriche: Non una causa comune, ma piuttosto un effetto condiviso; egli afferma che nelle persone con autismo, PTSD, e altri disturbi clinici, l'abilità di ridurre l'attività dei sistemi di difesa e di conseguenza il sistema di coinvolgimento sociale sono compromessi. L'ipersensibilità sensoriale, tipica dell'autismo e che genera tante sofferenze alle famiglie poiché ne rende difficilissima la vita sociale, viene descritta da Porges come una conseguenza di uno stato di allerta che ha l'effetto di impedire ai bambini autistici di sentirsi al sicuro.

Porges osserva anche come molti bambini Autistici siano costantemente sottoposti a “..uno stato fisiologico cronico di mobilitazione. Quando si trovano in questo stato, le loro pupille saranno più dilatate e anche i loro muscoli dell'orecchio medio non staranno lavorando molto bene. Quando le pupille sono dilatate, vi è una ipersensibilità alla luce. Quando i muscoli dell'orecchio medio non lavorano molto bene, vi è un'ipersensibilità al suono...”. E' come se la maggior parte dei bambini autistici vivesse maggiormente uno stato di attivazione metabolica necessario per l'attacco-fuga, in una perenne strategia di difesa. Non arrivano facilmente nello stato di attivazione del Circuito Vento Vagale, quello che “...ha un effetto calmante, ci permette di stare fermi, rilassati, ci permette l'immobilizzazione senza paura”.

Il Circuito Vento Vagale “...ha due componenti: 1) una componente visceromotoria che regola il cuore e gli organi del diaframma; 2) una componente somatomotoria che regola i muscoli del collo, della faccia e della testa, cioè regola il sorriso, il contatto oculare (CO), la vocalizzazione, l'ascolto, ossia quello che è necessario per la comunicazione e il coinvolgimento sociale, verso cui l'essere umano si orienta, come prima opzione, in condizioni di sicurezza, e che, a sua volta ci fornisce sicurezza, regolazione e benessere”.

Porges propone per l'autismo alcune soluzioni che riguardano in particolare il trattamento dell'ipersensibilità uditiva. Egli stesso, però, afferma:

“Ma il problema è: come riusciamo a portare il sistema nervoso a coinvolgersi spontaneamente?”

L'ampliamento/continuità della coscienza

Nella mia esperienza clinica ho potuto osservare la possibilità di un lavoro in cui, inizialmente anche senza l'uso delle parole, l'intenzionalità del terapeuta sia orientata unicamente a favorire l'emergere della relazione.

Una volta reso il contesto ambientale accogliente, ma soprattutto coerente e prevedibile per il bambino, pratico il Tapping in particolari momenti, ma frequentemente, durante la seduta, in modo che egli possa calmare il sistema nervoso. Agisco poi da specchio in cui possa vedersi riflesso, (quindi non propongo giochi o altro ma mi sintonizzo sul suo stato emotivo e su ciò che lo interessa), creando così le condizioni per gettare un ponte relazionale sicuro. L'imitazione di qualsiasi attività il bambino avvii significa empatizzare col suo stato. Agitare un poco le mani se lui le agita, fare i suoni che lui produce. E' molto plausibile che con tale approccio il bambino si senta accettato, visto e soprattutto “si veda”.

Molti autori, in particolare, Stern, si sono occupati dell'importanza del rispecchiamento per la formazione di un iniziale senso di sé. Questo importantissimo tema è troppo lungo e complesso da poter essere sviscerato in questa sede; posso, comunque, affermare che, durante un gentile rispecchiamento, lo sguardo di molti bambini, che solitamente consideriamo cieco ed assente, diventa spontaneamente attento al terapeuta. A questo punto non cedo alla tentazione educatrice di “insegnare” qualcosa al bambino, (non siamo tecnici della riabilitazione) ma continuo a sostenere la relazione attraverso lo specchio. Mi piace a questo proposito citare Joseph Zinker, che riferendosi alla relazione psicoterapeutica verso tutti i pazienti afferma “...L'immagine che ho io è quello dell'amore dei nonni verso i nipoti. A differenza di un genitore che guida il figlio appassionatamente e qualche volta egoisticamente, il nonno non chiede nulla e, tuttavia, gli piace apprendere, osservare e capire l'esperienza dell'altro così com'è”. L'obiettivo, nel nostro lavoro con i bambini autistici è di ampliare la loro consapevolezza di sé stessi e della relazione tramite la nostra costante, gentile, attenzione alla loro esperienza così come è.

Questo approccio rende possibile indirizzare gradatamente il bambino alla attenzione verso il terapeuta con un

moto bottom-up perchè inserito nell'esperienza immediata e connesso con la sensorialità corporea che parte dall'esperienza del corpo primaria. L' intenzione del terapeuta non è, nel nostro caso, quella di modellare il comportamento; questo obiettivo, importantissimo soprattutto per i più gravi, sarà lasciata ad altri contesti poiché prevede - di solito, comunque, una sorta di critica indiretta ed implicita rispetto al suo modo di comportarsi spontaneo, che il bambino comunque registra e che, in qualche modo, potrebbe alterare il suo senso di sicurezza. Allo stesso modo vanno evitate lodi e apprezzamenti o premi per quello che sta facendo, stiamo lavorando per creare la connessione con noi e la maturazione di un senso di sé consapevole; in altri contesti, che puntano ad obiettivi comportamentali, si potrà favorire un modellamento del comportamento con questi mezzi di rinforzo positivo. L'intenzione dello psicoterapeuta è, nel mio lavoro, quella di diventare egli stesso per il bambino base sicura in un processo step by step che, grazie all'assenza di qualsivoglia forma di induzione più o meno invadente ed in assenza di parole, (o con l'utilizzo di poche parole o suoni scelti con sensibilità rispetto *all'interesse del momento del bambino stesso*) possa consentirgli di esperire la sensazione di sicurezza e, di conseguenza, di aprirsi alla possibilità di accedere all'intenzionalità comunicativa e integrare informazioni per poi, nel tempo migliorare il linguaggio (con la sua importantissima funzione astrattiva e generalizzatrice) e la regolazione delle emozioni. Il resto lo crea la continuità e la qualità della relazione con un adulto in grado di gestire la propria stessa frustrazione (è un lavoro che richiede molta resistenza), derivante dalla, forse per lungo tempo ancora, assenza/carenza di reciprocità, poiché la necessità della reciprocità è determinata biologicamente per tutti (Porges 2017), anche per il terapeuta.

L'integrazione delle informazioni

Numerose ricerche scientifiche stanno cercando di chiarire i meccanismi d'azione dell'EMDR vorrei citare tra le altre una delle ipotesi dimostrata da Pagani e al. su come la stimolazione bilaterale riproduca ripetutamente le condizioni neurologiche favorevoli all'integrazione della memoria episodica nella neocorteccia associativa.

Nell'approccio da me descritto ipotizzo che, analogamente a quanto descritto da Pagani, la stimolazione bilaterale durante il gioco spontaneo possa creare le condizioni favorevoli per l'integrazione nella neocorteccia associativa della memoria dell'esperienza che il bambino sta vivendo con il terapeuta in quel momento.

Ad esempio: egli sta manipolando un oggetto nella sua modalità di gioco, questo viene nominato dal terapeuta che ne descrive le caratteristiche, con poche parole, con gentilezza; il terapeuta racconta qualcosa su quell'oggetto o descrivere le emozioni del bambino che il terapeuta empaticamente coglie, arricchendo l'emozione primaria e condivisa del piccolo con contenuti legati al linguaggio e quindi alle strutture corticali superiori.

L'attrazione per un giocattolo potrebbe garantire il moto spontaneo necessario; il tapping durante la sua manipolazione favorire quindi l'integrazione, non di episodi narrati come accade nell'EMDR dell'adulto consapevole, ma l'integrazione di esperienze (anche sensoriali e propriocettive) e di conoscenze relative all'oggetto stesso, alle sue qualità, all'associazione con la parola corrispondente pronunciata dall'adulto che segue intensamente, gentilmente, l'interesse spontaneo del piccolo. Ma l'ipotesi è che possa avvenire anche una maggiore integrazione a livello corticale di mille altre informazioni che continuamente noi gestiamo senza rendercene conto, poiché siamo in grado di gestire inconsapevolmente la salienza dell'informazione, essendo noi in grado di trascurare molte sensazioni che pure percepiamo: la pressione dei vestiti sul corpo, la forza di gravità e lo sforzo per l'equilibrio, le sensazioni propriocettive, i piccoli dolori, l'aria nello stomaco, ecc., tutte cose che chi conosce i bambini autistici sa che possono essere fonte di problematicità poiché rendono la sua risposta automatica (potremmo forse dire sottocorticale?) e poco adattata, scatenando i "comportamenti problema".

Il trattamento dei genitori

Quando una madre si sente accolta nella terapia apre lentamente lo spazio dove tiene celato il dramma del suo vissuto con un figlio che non risponde a quanto sognato per 9 mesi e, nel caso dell'autismo, vissuto per un lungo tempo ancora dopo la nascita, finché cioè, non si nota la difficoltà del piccolo a rispondere alla *prima prerogativa* del piccolo dell'uomo, quella della *reciprocità*.

Usando l'EMDR si rimuovono lentamente le convinzioni negative sul suo essere madre adeguata, che spesso non rivela, razionalmente, neanche a se stessa; le è stato detto che il suo bambino è diverso neurologicamente dagli altri e lei utilizza questa informazione per andare avanti ma, anche quando si dimostra madre positiva che ha accettato la diversità di suo figlio, dentro sé stessa spesso continua, irrazionalmente, ad attribuirsi una colpa. I comportamenti problema, poi, scatenano spesso nei caregiver reazioni emozionali viscerali che, anche quando siano controllate a livello del comportamento dalla razionalità, dal corretto atteggiamento educativo e dall'amore verso il bambino, vengono registrate nella loro dolorosità e rimangono scritte nel corpo.

Possiamo negare che l'angoscia di questi *stati non risolti* venga percepita dal bambino innestandosi sulla sua fragilità di funzionamento? Per farlo dovremmo veramente credere che la mente del bambino autistico sia una piccola scatola vuota e che in lui non alberghi nessun fenomeno psichico, mentre sappiamo benissimo che questo non è vero. I bambini autistici creano forti legami con le figure di riferimento. Riuscire a intervenire su queste dinamiche ci consente, di prevenire altri aspetti psicopatologici di innesto, come sappiamo, anche gravi e frequentissimi. *Nel lavoro coi genitori è possibile con l'EMDR usare il protocollo Standard* e usare come target, ad esempio, il momento in cui si è preso coscienza del problema del bambino (spesso è molto prima che lo capiscano i pediatri o le altre persone) o dall'immagine di una delle tante situazioni critiche vissute con il bambino, per consentire alla madre di esplorare la convinzione negativa di sé stessa ad essa collegata, e le sensazioni e le emozioni rimaste scritte nel suo corpo.

Il SUD (livello del disturbo) collegato non diventa facilmente totalmente 0, poiché può permanere nella madre un dolore per quello che poteva essere e non è stato, ma la continuità del lavoro garantisce una ricaduta importantissima per il suo benessere e per la sua famiglia.

I target più frequenti possono essere:

- 1) Il momento in cui la madre coglie segnali che qualcosa non va nel bambino; di solito è la prima ad accorgersene e spesso fa fatica a farlo capire al padre del bambino o al pediatra che tentano di tranquillizzarla, e ciò provoca sensazioni di impotenza e solitudine.
- 2) Le situazioni in cui il bambino si comporta in maniera problematica in pubblico e lei coglie negli sguardi della gente curiosità o compatimento.
- 3) Sensi di colpa per la sensazione di aver trascurato gli altri figli a causa della mole d'impegno assorbita dal bambino autistico.
- 4) La mancanza di comprensione o di aiuto da parte dei parenti.
- 5) Il momento in cui deve affidare il figlio ai terapeuti.

Come in ogni terapia, inoltre, un buon ascolto ci permetterà di cogliere ciò che per quella persona è stato traumatico. Occorrerà, comunque, indagare lo stile di attaccamento a sua volta derivato dalla storia con i propri genitori e gli eventuali traumi relazionali legati ad esso, per perseguire in maniera più completa l'obiettivo di salute psicologica del figlio. Usare l'EMDR con le madri significa presentare al bambino un corpo materno più accogliente e uno sguardo più sereno e fiducioso. Naturalmente sarà importante trasmettere ai genitori un modello di comportamento che dia importanza alla intenzionalità del bambino (cosa già presente in vari approcci di trattamento dell'autismo) anche se nel contesto naturale non sarà possibile attuare questo comportamento con la stessa intensità e coerenza consentita dal setting psicoterapeutico.

In sintesi

La coscienza umana possiede fin dal suo nascere una dimensione interpersonale così come ci ha descritto G. Liotti e anche nell'autismo quel che va cercato prioritariamente è come favorire, attraverso la relazione, lo sviluppo di questa coscienza in senso più ampio e continuo. La psicoterapia EMDR può contribuire fortemente alla costruzione di un sé riflessivo e di autoconsapevolezza, con riflessi positivi sulla capacità di adattamento alla realtà del bambino autistico.

Non è sempre facile far capire la necessità dello spazio psicoterapeutico per queste persone, poiché la psicoterapia viene generalmente intesa come un trattamento che prevede un rapporto con individui consapevoli e capaci di linguaggio per affrontare i traumi di natura relazionale intrafamiliare (le nostre t) o gravi eventi (le nostre T) anziché come un intervento rivolto ad un individuo spesso totalmente incapace di esprimere i propri ricordi ed i propri vissuti a causa di un disturbo di natura neuropsicologica e genetica.

Ma anche il lavoro col bambino non verbale, attuato inizialmente come ho descritto, si evolve con l'evolversi della sua crescita e della sua consapevolezza fino a diventare coscienza di sé, linguaggio, e memoria autobiografica in grado di essere comunicata, (questo momento rappresenta il vero punto di svolta) e la relazione, intensa, costante, rassicurante col terapeuta fa il resto.

Naturalmente i concetti di base che ho esposto sono particolarmente importanti per il trattamento dell'autistico pre-verbale o capace di pronunciare frasi; mentre per l'adolescente o adulto con linguaggio fluente, ovviamente, sarà possibile applicare anche il protocollo Standard. Si contribuirà così, a modulare insieme a lui un uso adattivo delle informazioni e una gestione dei traumi relazionali spessissimo presenti (ad esempio gli episodi di bullismo o anche solo l'indifferenza delle persone nei suoi confronti, atteggiamento devastante per le persone con autismo, ma purtroppo frequente, a causa della sbagliatissima idea comune che vede la loro difficoltà di comunicare come incapacità di percepire atteggiamenti e sguardi).

Il lavoro contribuisce in maniera significativa alla salute mentale del bambino autistico con una notevole ricaduta sul piano del funzionamento generale; non si pone in alternativa agli altri trattamenti abilitativi necessari, ma può velocizzarli e potenziarne l'efficacia.

Non si tratta di un modo di procedere fideisticamente naturalistico ma di una modalità di lavoro che prevede una rigorosa chiarezza nella concettualizzazione in cui il valore dell'EMDR diventa essenziale.

Bibliografia

- Baek. Et al.* Neural circuits underlying a psychotherapeutic regimen for fear disorders (2019) Rivista Nature
- Baylin- Hughes* "La Neurobiologia della terapia focalizzata sull'attaccamento" 2017 Ed. Istituto di Scienze Cognitive-
- Damasio A.* "Il Sé viene alla mente – la costruzione del cervello cosciente" Adelphi, 2012
- Frith U.* "L'autismo -Spiegazione di un enigma", Laterza Ed. 1989
- Gazzaniga M.* "La coscienza è un istinto" Il Legame misterioso tra il cervello e la mente - Raffaello Cortina Ed. 2018 -Milano
- Giovannozzi G.* "Applicazioni cliniche della Teoria Polivagale di Porges all'EMDR", Rivista di psicoterapia EMDR, anno IX, Settembre 2015, N.30
- Gruppo di lavoro/Consiglio Nazionale Ordine Psicologi Buone prassi per l'autismo - Quaderni CNOP 2019 Terni
- Liotti G.* La dimensione interpersonale della Coscienza, 2005 Carocci ed.– Mimesis Ed. Milano-Udine
- La Rosa C. e Onofri A.(A cura di)* Dal basso in alto (e ritorno). Nuovi approcci bottom u-up: psicoterapia cognitiva, corpo, EMDR 2017 Ed. Apertamenteweb
- Notbohm E.* "Le 10 cose che ogni bambino autistico vorrebbe che tu sapessi" 2015 Ed. Centro Studi Erikson Trento
- Rasa E., Mastronardi C.* "Con occhi nuovi" EMDR e disabilità: un nuovo sguardo al futuro. Rivista di psicoterapia EMDR n.33 Febbraio 2017
- Pagani M.e Carletto S.* "Il cervello che cambia. Neuroimaging: il contributo delle neuroscienze" 2019 Mimesis Ed. Milano
- Pagani M. e al.* Eye Movement Desensitization and Reprocessing and Slow Wave Sleep: A putative mechanism of action Nov. 2017 volume 8 art.1935 Frontiers in psychology
- Porges S.W.* La guida alla teoria Polivagale. Il potere trasformativo della sensazione di sicurezza, 2018 Giovanni Fioriti Ed
- Porges S. W.* La teoria Polivagale, Giovanni Fioriti Editore, 2011
- Salonia G.* "Devo sapere subito se sono vivo" 2013 Il pozzo di Giacobbe Ed. -Trapani
- Siegel D.J. – Hartzell M.* "Errori da non ripetere 2005 Raffaello Cortina Ed. Milano
- Sigel D.J.- Bryson T. P.* " 12 strategie rivoluzionarie per favorire lo sviluppo mentale del bambino" Raffaello Cortina Ed.
- Stern D.* Il mondo interpersonale del bambino 1985 Boringhieri
- Verardo A.R.* "Attaccamento traumatico: Il ritorno alla sicurezza", 2016 Giovanni Fioriti Ed.

PANDEMIA DA VIRUS SARS – CoV-2

SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO RELAZIONALE

marzo-luglio2020

Durante l'emergenza COVID-19 è stato attivato da ATS in collaborazione con l'Associazione EMDR Italia un servizio di supporto psicologico e relazionale rivolto alla popolazione coinvolta dalla pandemia e agli operatori sanitari. Le motivazioni per cui il servizio è stato attivato sono evidenti: da un lato la popolazione si trovava a gestire una situazione di grande angoscia e insicurezza e ad affrontare il dolore per la perdita di persone care; dall'altro gli operatori sanitari si trovano ad interagire quotidianamente con queste angosce e, nel contempo, a dover gestire l'emergenza con tutte le difficoltà connesse. Il Servizio di supporto psicologico si è strutturato facendo leva su risorse interne ATS, su risorse esterne (psicologi volontari, specializzandi,) e sulla collaborazione con l'associazione di psicologi dell'emergenza "Associazione EMDR Italia", con cui è stata sottoscritta una convenzione in data 7 marzo 2020. Obiettivo del servizio era quello di offrire un supporto alla popolazione, agli operatori sanitari e alla comunità nell'affrontare il carico emotivo causato dalla pandemia, riducendo lo stress, contenendo gli stati d'ansia e di rabbia, offrendo uno spazio di ascolto dove portare e rielaborare le proprie angosce, riducendo il rischio di sviluppare una problematica da stress post traumatico. L'intervento si è strutturato lungo tre linee di azione principali:

1. azioni di comunicazione;
2. servizio di supporto psicologico;
3. supporto alle reti territoriali.

LE AZIONI DI COMUNICAZIONE

In merito alla comunicazione, sono state predisposte, attraverso la collaborazione tra Associazione EMDR e

Ufficio Comunicazione ATS, le brochure informative "Coronavirus: come affrontarlo" targettizzate per differenti tipologie di soggetti:

- famiglie e bambini,
- anziani e pazienti fragili,
- operatori del soccorso e personale sanitario e lavoratori.

Il materiale è stato condiviso anche con altre ATS di Regione Lombardia e utilizzato in occasione di diversi interventi formativi e di supporto rivolti a soggetti esterni.



*IL SERVIZIO DI SUPPORTO PSICOLOGICO - RELAZIONALE***RISORSE**

Il servizio è stato attivato con le seguenti risorse:

- *Associazione EMDR Italia:*
ca. 60 psicologi volontari con formazione EMDR sulla psicologia dell'emergenza distribuiti su territorio del Nord Italia.
Referente per EMDR: Dr.sa Stefania Sacchezin
- *ATS - DIPS - UOS Prevenzione dipendenze:*
 - 6 psicologi (1 psicoterapeuta e 2 borsiste DIPS, 1 specializzando, 1 tirocinante, 1 psicoterapeuta volontario)
 - 4 educatori professionali (2 EP in ruolo e 2 borsiste DIPS)
 - 1 amministrativa (borsista DIPS)

Poiché gli operatori coinvolti non avevano una specifica esperienza nella psicologia dell'emergenza, l'equipe è stata formata dalla Dr.sa Stefania Sacchezin, psicoterapeuta e referente EMDR Italia, sulle tecniche di decompressione psicologica (defusing) da utilizzare nel supporto alla popolazione e alle vittime di III° tipo.

EMDR ha inoltre garantito, da inizio dell'intervento fino a giugno 2020, una supervisione settimanale all'equipe. Alle risorse interne di ATS va aggiunto lo psicologo del Centro d'Ascolto e Mediazione ATS (Dr. Fabrizio Barcella), che ha gestito una parte di intervento, relazionata a parte.

A queste risorse vanno anche aggiunti:

- gli psicologi volontari aderenti alla campagna "ATS lo ci sono". Di cui 21 hanno partecipato ai due incontri formativi, coges" da EMDR e ATS, e 10 hanno proseguito la collaborazione;
- 15 psicologi volontari del "Gruppo Sanità Alpina" (coordinato dal Dr. Saffiotti).

DESTINATARI

L'intervento di supporto psicologico si è rivolto sia alla popolazione coinvolta dalla pandemia, sia agli operatori sanitari. Nello specifico a:

- Vittime di I° Tipo: casi indice e contatti stretti di caso indice;
- Vittime di II° Tipo: familiari di caso indice e familiari di deceduti.
- Vittime di III° Tipo: Medici di Medicina Generale, Pediatri Libera Scelta, Farmacisti; operatori ATS (sede, call center e operatori DIPS addetti alle indagini epidemiologiche e alla sorveglianza sanitaria)

Supporto alla popolazione (vittime di I e II tipo)

L'intervento di supporto rivolto alla popolazione è stato realizzato congiuntamente da Associazione EMDR e UOS Prevenzione Dipendenze – DIPS e coordinato organizzativamente da parte di quest'ultima. Si è rivolto a soggetti COVID positivi (casi indice) e loro familiari, ai loro contatti stretti, ai familiari di soggetti deceduti. Soggetti che spesso si sono trovati in situazioni di forte difficoltà emotiva, dove i timori e le angosce legati alla malattia si sommarono alla situazione di isolamento e alla perdita dei riferimenti della consueta quotidianità.

L'invio dei soggetti è avvenuto attraverso la mediazione degli operatori addetti alla sorveglianza sanitaria secondo la seguente modalità:

- ⇒ **casi indice:** erano informati dall'operatore dell'indagine epidemiologica del fatto che sarebbero stati contaminati da un operatore per un supporto psicologico/relazionale. I contatti giornalieri venivano suddivisi tra operatori DIPS e psicologi EMDR;
- ⇒ **familiare di paziente deceduto:** veniva offerta al parente la possibilità di essere contattato da un operatore per un supporto emotivo. Nel caso il soggetto non fosse in quel momento disponibile veniva lasciato un contatto email a cui poter eventualmente richiedere il supporto in un momento successivo;
- ⇒ **contatti stretti di caso indice:** stessa modalità del punto precedente. I colloqui si sono svolti a distanza attraverso chiamate telefoniche oppure piattaforme per videochiamate quali Whatsapp e Skype.

METODO

L'intervento di defusing si sviluppa secondo il seguente schema:

- 1) Livello cognitivo: cosa è successo? Cosa sta succedendo?
- 2) Livello emotivo: cosa hai provato? Cosa provi? Quale è l'emozione prevalente?
- 3) Chiusura sul livello cognitivo: cosa hai fatto finora che ti ha aiutato a stare meglio?

Individuazione delle risorse presenti (personali, relazionali, di contesto) indicazioni su cosa si può concretamente fare per stare meglio.

In situazioni di elevato stress o alti stati d'ansia vengono utilizzate semplici tecniche di riduzione dello stress (presa di contatto con il corpo, respirazione, ...).

Operatori Sanitari (Vittime di III° tipo: MMG, PLS, Farmacisti, operatori ATS)

Il contatto avveniva direttamente attraverso il numero di telefono e l'email dedicata e l'intervento ha previsto interventi di defusing individuali e di gruppo, a distanza e in presenza, in base alle diverse situazioni ed esigenze (per esempio: gli interventi con operatori DIPS di Borgo Palazzo sono stati realizzati per la maggior parte in presenza) L'associazione EMDR è intervenuta per il supporto con MMG, PLS, Farmacisti e operatori ATS della sede. L'UOS Prevenzione Dipendenze del DIPS è intervenuta con gli operatori DIPS addetti alle indagini epidemiologiche e alla sorveglianza sanitaria.

CONTATTI E VOLUMI DI ATTIVITÀ

I numeri dei contatti sono considerati al 31/7/2020 con la chiusura del progetto di supporto emotivo psicologico Covid.

Contatti UOS Prevenzione Dipendenze - DIPS

Popolazione – tot. soggetti contattati	762
Tot. Operatori contattati	46
Tot. Altro (docenti, ass.sociali, ...)	85
Totale soggetti contattati per tutti i target	893
Tot. Prestazioni Popolazione	2011
di cui a familiari	1070
di cui a casi indice	874
di cui a contatti stretti	67
Tot. Prestazioni operatori	141
Tot. Prestazioni per tutti i target	2152
Prestazioni per supervisione equipe (*)	59

(*) si riferisce agli interventi di supervisione individuale o di gruppo garantiti dal coordinatore del progetto agli operatori dell'ascolto

Contatti Associazione EMDR

Popolazione – tot. soggetti contattati	1800
Tot. Prestazioni	3500

Contatti totali

Tot. soggetti contattati	ca. 2700
Tot. Prestazioni	ca. 5700

PROBLEMATICHE RILEVATE

Durante l'attività di supporto realizzata dal DIPS, sono state rilevate attraverso una scheda le principali problematiche e i vissuti prevalenti, per i quali è stato richiesto l'intervento. L'analisi che segue si riferisce a tali dati, elaborati con lo strumento disponibile on-line al sito <https://worditout.com/word-cloud/create> L'immagine seguente riproduce graficamente lo scenario emotivo dei soggetti contattati.



La nuvola di parole evidenzia le problematiche più ricorrenti nella popolazione coinvolta dalla pandemia che ha richiesto l'intervento di supporto. Mentre la tabella seguente, quantificando le principali occorrenze emerse, specifica ancora meglio lo scenario emotivo che ha caratterizzato i soggetti con cui siamo venuti in contatto.

Nuvola e tabella rendono evidente come i principali vissuti rilevati siano stati:

- Ansia
- Preoccupazione
- Dolore
- Paura
- Rabbia

Analizzando le associazioni tra emozioni diverse presentate contemporaneamente, si nota che sono accomunate prevalentemente:

- ansia e rabbia,
- ansia e preoccupazione;
- Ansia e tristezza;
- Ansia e paura;
- Ansia e dolore;
- Rabbia e dolore
- rabbia e preoccupazione.

Il fatto che l'ansia sia la dimensione prevalente, se da un lato non stupisce in relazione alle caratteristiche della pandemia, dall'altro conferma, come peraltro riscontrato anche nella pratica clinica dell'intervento, l'utilità di interventi di supporto orientati alla decompressione, allo scarico emotivo e all'offerta al soggetto di suggerimenti di semplici azioni attivabili anche in autonomia e tese a contenere e controllare le manifestazioni ansiogene.

Order - Unfiltered word count - Occurrences

1.	ansia	300
2.	preoccupazione	155
3.	dolore	144
4.	paura	133
5.	rabbia	121
6.	Difficoltà	85
7.	Senso di colpa	77
8.	solitudine	75
9.	tristezza	64
10.	insonnia	58
11.	stress	51
12.	sbalzi umore	46
13.	impotenza	41
14.	depressione	37
15.	panico	33
16.	apatia	25
17.	angoscia	23
18.	sconforto	18
19.	somatizzazione	14
20.	confusione	7
21.	agitazione	7
22.	tentato suicidio	7
23.	inappetenza	6
24.	frustrazione	5
25.	sofferenza	5
26.	noia	5
27.	trauma	3
28.	incertezza	2

SUPPORTO ALLE RETI TERRITORIALI.

Servizi di supporto psicologico delle ASST

Sono stati effettuati incontri periodici a distanza con i referenti di Servizi psicologici delle tre ASST Orobiche, di ATS e di EMDR finalizzati a condividere e, per quanto possibile, a ricordare gli interventi.

Tutte le tre ASST hanno organizzato autonomamente, in tempi e con modalità differenti, un servizio di supporto per il personale sanitario ospedaliero.

L'ASST Papa Giovanni XXIII ha attivato inoltre un supporto rivolto a pazienti COVID positivi ricoverati e ai loro familiari.

L'ASSR Bergamo OVEST ha attivato nel mese di maggio una linea telefonica di supporto psicologico rivolta alla popolazione

Con il referente dell'ASST Bergamo EST si è valutata l'opportunità di organizzare un incontro formativo sulle basi della psicologia dell'emergenza, con la referente dell'Associazione EMDR, a cui hanno fatto seguito due incontri di supervisione e che ha coinvolto 28 psicologi.

Scuole

E' stato attivato con EMDR e in raccordo con Ufficio Scolastico e dirigenti referenti degli ambiti scolastici un servizio di supporto e accompagnamento agli operatori scolastici (psicologi e non psicologi) che gestiscono le attività di ascolto a distanza, così articolato:

- una formazione di base sulla gestione psicologica dell'emergenza, con la Dr.ssa Stefania Sacchezin dell'Associazione EMDR Italia, rivolta a tutti gli operatori coinvolti nell'ascolto;
- due incontri di supervisione in itinere con formatori EMDR/ATS;
- è stato realizzato, su richiesta della dirigente, un incontro a distanza con il collegio docenti dell'Istituto Comprensivo di Albino sui temi dell'elaborazione del lutto, degli elementi di base di psico educazione e dell'utilizzo delle metodologie delle life skills nella didattica a distanza;
- è stata inoltre offerta, anche se non utilizzata, la possibilità di realizzare gruppi di decompressione con studenti, cogestiti da psicologo scolastico e psicologo EMDR.

Questi interventi hanno portato a rilevare la presenza di un forte bisogno da parte dei docenti di avere un momento di formazione sui temi della psicologia dell'emergenza e della gestione del lutto, che ha portato, in data 18 maggio 2020, insieme alla Rete delle scuole che promuovono salute e all'Ufficio Scolastico, alla realizzazione di un WEBINAR per docenti sulle seguenti tematiche:

- risvolti psicologici dell'emergenza COVID,
- stimolare la resilienza nei contesti scolastici,
- la relazione tra le abilità di vita e il COVID,
- prepararsi al prossimo anno scolastico.

All'incontro formativo hanno partecipato in totale 1140 persone. Infine è stata attivata una collaborazione con rete delle Scuole che Promuovono Salute, Ufficio scolastico, Università di Bergamo e Università Bicocca per l'organizzazione di laboratori rivolti ai docenti programmati per il mese di settembre.

Supporto psicologico per RSA (*operatori e pazienti COVID*)

E' stata proposta alle RSA l'attivazione a richiesta, del servizio di supporto psicologico per operatori e pazienti ospitati nei reparti COVID. L'intervento è stato attivato, in collaborazione con il gruppo Sanità Alpina. Hanno aderito alla proposta 6 RSA e a giugno 2020 risultano coinvolti circa 200 operatori di RSA. E' stato inoltre organizzato (EMDR – ATS) un incontro formativo con i referenti di reparto della RSA Ospitale Magri di Ugnano

Call Center UTES

È stata realizzata una formazione di base sulla psicologia dell'emergenza, cogestita EMDR – ATS, un incontro di supervisione con gli psicologi degli sportelli di ascolto degli UTES. Sono stati coinvolti 24 psicologi. L'intervento non è proseguito a causa del basso numero di interventi di supporto psicologico richiesti ai call center.

Aziende

Sono state organizzate due webinar in collaborazione con ATS Brescia e Confindustria Brescia e Bergamo rivolti alle aziende della rete WHP:

- 16 luglio 2020: "Gli effetti psicologici a medio-lungo termine dell'emergenza COVID-19 nei luoghi di lavoro" rivolto ai Quadri aziendali e Medici Competenti per la Sorveglianza Sanitaria e Sicurezza dei Luoghi di

Lavoro. Vengono trattati i seguenti temi: gli impatti psicologici dell'emergenza, la presentazione della rete dei servizi territoriali e come effettuare l'invio ai servizi competenti.

- 28 luglio 2020: "Il benessere mentale come risorsa individuale e bene comune" rivolto ai Manager. Il relatore è il Dottor Lucchi, Psichiatra APSS Trento. Vengono presentati i temi seguenti: la salute mentale durante le grandi emergenze come il Covid, i primi dati sul Covid in relazione al benessere sociale, come supportare la salute mentale sul luogo di lavoro ed infine il sistema dei servizi per la salute mentale.

SINTESI DEI PRINCIPALI INTERVENTI VERSO SOGGETTI DELLA RETE

Soggetto	data	N° incontri	Tipo di intervento	erogatore	presenze
ASST BG EST	26-3-20	1	Formazione psic. emergenza	EMDR	28
ASST BG EST	n.d.	2	supervisione	EMDR	28
ASST orobiche -referenti psicologi	7/21-4 5/5 4/6 2020	4	Incontro di raccordo/confronto sulle attività in corso	ATS DIPS	4
Psicologi volontari	15/22-4-20	2	Formazione psic. emergenza	EMDR – ATS DIPS	21
Psicologi volontari	19-5/30- 6/21-7-20	3	supervisione	ATS DIPS	10
Scuola – IC Albino	18-4-20	1	Collegio docenti	EMDR – ATS DIPS	150
Scuola – psi. scolastici	30-4-20	1	Formazione psic. emergenza	EMDR – ATS DIPS	120
Scuola – psi. Scolastici primaria	14/28-5-20	2	supervisione	EMDR – ATS DIPS	20
Scuola – psi. Scolastici secondaria	15/29-5-20	2	supervisione	EMDR – ATS DIPS	25
Scuola - docenti	18-5-20	1	Webinar su psicoeducazione e life skills	EMDR – ATS DIPS – Rete SPS- UST	1140
UTES - psicologi	26 -5-20	1	Formazione psic. emergenza	EMDR – ATS DIPS	24
UTES - psicologi	9-6-20	1	supervisione	ATS DIPS	12
RSA Ospitale magri	24-6-20	1	Formazione psic. Emergenza	EMDR – ATS DIPS	5
Aziende WHP	16/28-7-20	2	WEBINAR su effetti psicologici pandemia	ATS BG e BS - EMDR Confindustria BS/BG	105
In corso o di prossima realizzazione					
Scuola - docenti	sett-ottobre	10	Laboratorio formativo sulla gestione del rientro a scuola	Rete SPS - ATS DIPS – UST	In corso
Bayer	17-9-20	1	Formazione su effetti psicologici pandemia	ATS DIPS	
Totale incontri		35		Tot. Soggetti coinvolti	1597

DAL FEELING STATE AL RICORDO TRAUMATICO

Rimuovere idealizzazioni e dipendenze per accedere ai ricordi traumatici

Giacomo De Caterina

Practitioner EMDR - Caserta

Noi psicoterapeuti abbiamo ambizioni smisurate.
Vogliamo tornare indietro nel tempo per cambiare il passato.
Evocare speranze per prevedere il futuro.
Per creare un presente degno di essere vissuto.

L'approccio EMDR ha rivoluzionato la cura dei disturbi psichiatrici. La stimolazione bilaterale, infatti, consente percorsi di terapia in tempi ridotti e in pazienti altrimenti difficilmente approcciabili. Gli innumerevoli studi, molti dei quali basati sulle modifiche neurobiologiche successive alla stimolazione, ne hanno ormai validato internazionalmente l'efficacia. Uno degli ultimi, importanti studi, pubblicato sulla prestigiosa rivista Nature, mostra come attraverso la stimolazione bilaterale alternata, in uno studio sui topi, si è avuta la riduzione della paura. La stimolazione bilaterale ha eliminato l'attività delle cellule che codificano la paura e ha stabilizzato la neurotrasmissione inibitoria nell'amigdala basolaterale, attraverso un circuito inibitorio del talamo mediodorsale. Questo studio è molto suggestivo nell'ipotizzare alcuni meccanismi d'azione dell'EMDR e nel confermarne la sua efficacia (Baeck J., Suckan L., Taesup C. et Al).

Sulle basi teoriche del modello AIP (Processamento Adattivo dell'Informazione), l'ideatrice dell'approccio, Francine Shapiro, ha proposto il cosiddetto Protocollo standard, in otto fasi e tre stadi, inizialmente studiato per la risoluzione del PTSD (Disturbo da stress post-traumatico).

Applicandolo si giunge alla desensibilizzazione ed elaborazione dei ricordi originali attraverso la stimolazione bilaterale, che "trasforma" la psicobiologia del paziente e lo guarisce.

Nel corso degli anni la EMDR ha finito per essere considerata una terapia di scelta anche nei pazienti complessi (PTSD complessi, dissociazioni), i cui disturbi hanno a che fare con l'attaccamento traumatico.

In questi casi, tuttavia, uno degli aspetti clinicamente problematici è proprio la difficoltà di applicare il Protocollo Standard, e quindi di accedere alla completa risoluzione del trauma sottostante il disturbo.

La difficoltà è nell'arrivare alle fasi 3 e 4, porta di accesso al processo di desensibilizzazione ed elaborazione dei ricordi traumatici attraverso la stimolazione bilaterale.

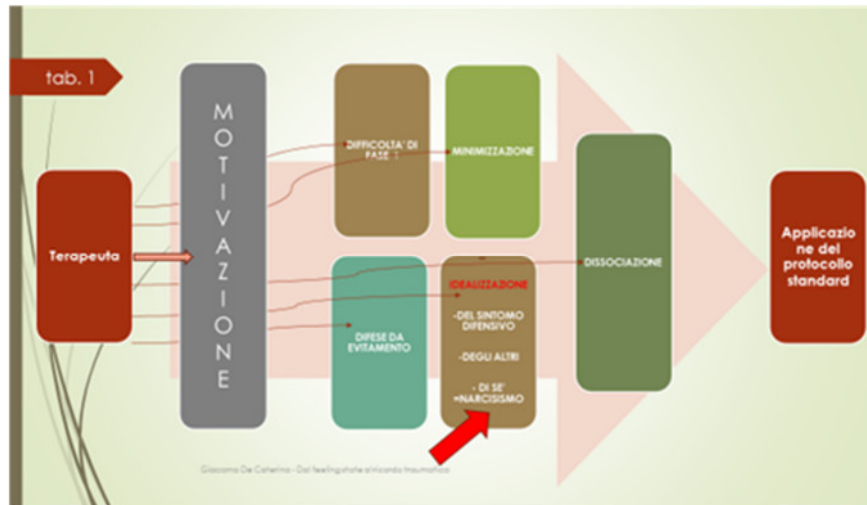
In questi casi alcuni contributi che vengono dai terapeuti che lavorano con le dipendenze possono essere estremamente utili. *Infatti, gli interventi che essi propongono possono servire sia ad attaccare il sintomo-dipendenza, sia a considerarlo una difesa che impedisce l'accesso alle memorie traumatiche sottostanti. Possiamo inoltre trattare "come se fossero dipendenze" un'ampia gamma di comportamenti difensivi, senza che questi costituiscano necessariamente un obiettivo finale della terapia.*

In ambito EMDR diversi autori hanno affrontato il tema del trattamento delle dipendenze. Popky nel protocollo DeTUR del 2007, affronta il problema in modo complessivo. Il focus è sostanzialmente sull'istallazione di risorse e sull'elaborazione degli eventi-trigger. Per Hase, nel protocollo CravEx del 2009 il comportamento di dipendenza è sostenuto dalla intensa memoria dei primi comportamenti dipendenti. Miller nel 2012, nel suo Feeling State Addiction Protocol –FSAP- focalizza l'intenso feeling positivo dei primi comportamenti di dipendenza e l'istaurarsi di un comportamento riflesso volto, attraverso il comportamento, a ottenere lo stesso feeling, e lo desensibilizza specificamente con i movimenti oculari. J. Knipe nel 2015, rivedendo la letteratura sull'argomento, enfatizza l'ipotesi traumatica delle dipendenze, e usa un protocollo per rimuovere l'ostacolo del comportamento di dipendenza prima di affrontare i temi traumatici sottostanti.

Dal Feeling state al Ricordo traumatico

Sulla scia di J. Knipe considererò le dipendenze come difese da idealizzazione che possono bloccare l'accesso alle memorie traumatiche, impedendone l'elaborazione con il Protocollo Standard.

Nella tabella 1 mostro la "corsa ad ostacoli" dello psicoterapeuta che deve raggiungere l'obiettivo di applicare il Protocollo standard. La freccia rossa in basso indica l'oggetto del presente articolo, cioè l'ampio capitolo delle idealizzazioni.



Nell'ambito del modello AIP sono state suggerite modalità per lavorare specificamente con ciascun "ostacolo-difesa". Tutte suggeriscono di trattare le difese come target da elaborare.

Esempi:

MOTIVAZIONE: Livello di motivazione 0-100

FATTORI CHE INTERFERISCONO CON LA FASE 1: Narrative

EVITAMENTI: LIE o Livello di Intensità dell'Evitamento 0-10

IDEALIZZAZIONI di un sintomo –es dipendenze da sostanze–; degli altri –dipendenze affettive–; di sé –narcisismo–; Affetti positivi, Feeling state 0-10;

DISSOCIAZIONE: stabilizzare, elaborare, integrare; ovali e disegni; «loving eyes», lavoro con le parti, procedura CIPOS = orientamento costante al presente e alla sicurezza, «stanza»...

Le idealizzazioni sono percezioni distorte positive dell'oggetto. Anche le dipendenze sono delle idealizzazioni. L'idealizzazione può essere una difesa dai vissuti traumatici e costituire una barriera per l'accesso ad essi. Perciò va considerata subito quando ce ne accorgiamo, perché può essere un fattore che interferisce con la terapia (ma non va necessariamente rimossa!). Essa è caratterizzata dall'attivazione nel paziente di un insieme cognitivo-somatico-emotivo fortemente attraente. Questo complesso può essere il target principale della terapia e/o una difesa. Va trattata con cautela. Perché serve a tutelarci dalla disintegrazione, a soffrire meno, come tutte le difese. Ma anche perché l'idealizzazione è particolarmente attraente in quanto ci restituisce un'immagine di cose, sostanze, persone e vissuti di particolare appeal. Idealizzo la mia famiglia, le donne, le automobili, una sostanza.... Andare ad attaccarla frontalmente immediatamente, oltre a essere pericoloso per il paziente, perché lo mette di fronte a cose che ancora né lui né noi sappiamo ancora gestire, può essere percepito come estremamente sgradevole o addirittura, in alcune forme di idealizzazione (persone, comportamenti apparentemente prosociali...) ingiusto; il che porta a rischio di drop-out.

Quindi dobbiamo notarla, ma essere cauti nel cercare di superarla.

Come abbiamo visto, in ambito EMDR vari autori si sono interessati al trattamento delle dipendenze. Due, Miller e Knipe, hanno considerato il sintomo dipendenza come successivo a primi eventi fortemente attraenti, idealizzati; su modello di quel che succede con i traumi, questi primi eventi idealizzati si fissano in modo disfunzionale nelle memorie inconsapevoli e consapevoli, dando luogo a un comportamento ripetitivo e problematico (quello che caratterizza la dipendenza, appunto). Knipe parla di Affetti positivi (Dysfunctional positive affect), Miller parla di Stato Attraente (Feeling State).

Quindi, sia i ricordi legati a complessi cognitivo-somatici-emotivi fastidiosi (traumi) sia quelli legati a complessi cognitivo-somatici-emotivi gradevoli (condizioni attraenti) possono essere causa di comportamenti disadattivi e problematicità. In quest'ultimo caso i pazienti non sempre percepiscono un problema; ma anche questi ricordi possono instaurare un riflesso per cui ogni volta che mettiamo in atto un certo comportamento - anche disfunzionale - si attiva, generalmente in modo del tutto inconsapevole, un complesso cognitivo-somatico-emotivo gradevole. Clinicamente uso i termini feeling-idealizzazione-attrazione come sinonimi. L'attrazione-idealizzazione per un oggetto determina il Feeling State (Miller): esso è un complesso cognitivo-somatico-emotivo fortemente attraente (vedremo di seguito come possa esprimersi anche in modo del tutto inconsapevole-procedurale) che si è fissato in una maniera disfunzionale e che nell'oggi crea problemi. Questo complesso parte da un investimento affettivo positivo (o idealizzazione) su un oggetto.

Questo investimento affettivo positivo su un oggetto (=sostanze, cose, persone, se stessi –narcisismo-, comportamenti, istituzioni, idee, sintomi...) attiva un insieme cognitivo-somatico-emotivo che, nel momento in cui si è fissato, «ha salvato il sé», è stato «indispensabile per la sopravvivenza del sé». Quindi aveva un valore di automedicazione. Perciò il Feeling State deve essere autoreferenziale e potente! Riguarda le aree del valore personale, della riuscita, della sicurezza, delle scelte, ma anche, siccome spesso si fissa in età adolescenziale, l'accettazione nel gruppo e il rango.

Nelle droghe e nel fumo queste ultime aree sono particolarmente importanti. “Quando ho fumato la prima volta mi sono sentito finalmente come gli altri del gruppo”. “La prima volta che mi sono ubriacato mi sono sentito il più figo del gruppo, un vero macho”. Chiaramente queste cognizioni di sé nell'allora coprono problematiche di insicurezza, non accettazione o simili che mettevano a rischio l'integrità del sé. Anche il rango può essere rappresentato: “mi sentii finalmente un vincente”. La fissazione del FS deve salvare il sé che altrimenti sarebbe a rischio! Cognizioni positive tipo ero bello, mi piaceva, mi sentivo bene non sono adeguate, perché non esprimono la potenza di qualcosa di indispensabile che salva l'integrità del sé.

Una volta che il Feeling State si è «fissato» nel passato, non cambia: una volta instauratasi una dipendenza da un oggetto, ogni volta che si mette in atto il collegamento con l'oggetto viene evocato lo stesso FS o gli stessi FS così potentemente attraenti. Questa evocazione la maggior parte delle volte non è consapevole. Il feeling non è sempre esplicito o evidente. Va ricercato. I pazienti possono non sentire l'attrazione “positiva” per l'oggetto da cui dipendono e che oggi costituisce un problema (es: Voglio eliminare l'alcool, la droga o il fumo di sigaretta. Voglio separarmi da mio marito violento. La mia dipendenza dal sesso mi mette in seria difficoltà). Il Feeling State coinvolge memorie esplicite e implicite non sempre collegate tra loro. Ad esempio le memorie episodiche e le narrative possono contraddire quelle emotive o procedurali. Ma il feeling può essere attivo solo nelle procedurali. Ad esempio: la mia famiglia è meravigliosa – ma me ne sono allontanata appena ho potuto a 16 anni -. Il mio fidanzato è un violento, ma non me ne posso distaccare... Negli esempi successivi cercherò di chiarire meglio questo concetto.

Le finalità del lavoro con il Feeling State:

1. Estinzione dell'attrazione per l'oggetto -non sempre-. Se devo eliminare una difesa non mi interessa che lasci tuo marito o che smetti di fare collezione di automobili; ma posso lavorare per arrivare a scavalcare la difesa e arrivare ai traumi retrostanti. Altre volte è invece importante estinguere l'attrazione -droghe, alcol...- o/e 2. Rimozione dell'idealizzazione che impedisce l'accesso a memorie traumatiche esplicite (episodiche e narrative).

Nel mio lavoro clinico tengo conto della letteratura, ma anche della mia personale esperienza. Ho cercato di stralciare i principi generali che mi pare funzionino meglio, incorniciandoli nella struttura di un TICES il più possibile simile al protocollo standard.

Descriverò brevemente due lavori clinici, uno in cui ho individuato un Feeling State che mi impediva di accedere alle memorie traumatiche, peraltro inconsapevoli e “blindate” da un'altra difesa di idealizzazione; un altro in cui il Feeling State era un obiettivo di terapia di per sé.

Esempio 1: Corinne

65 anni, nata in Svizzera da padre italiano. Viene per un disagio esistenziale all'inizio del 2018 (un anno di terapia). Sposata da più di 40 anni, insegnante, figli adulti e autonomi.

COSA CI PORTA:

SINTOMI: ansia e angoscia croniche da lei definiti «molto pesanti». Da alcuni mesi alopecia. Il dermatologo le dice che è stress. Mangia e ingrassa sempre più. Non dorme bene. Prende Xanax e fa meditazione, con nessun risultato. Ha un'immagine di sé svalutata, si sente insicura e «vittima» del marito definito freddo e giudicante, svalutante, aggressivo verbalmente, convinto della sua superiorità etica e umana. Associa i suoi sintomi ai problemi con il marito.

DIFESE da idealizzazione: famiglia di origine perfetta e «mitica», Svizzera bellissima, infanzia bellissima, amicizie fantastiche. I genitori erano ben inseriti nel mondo intellettuale e mondano. In prima seduta mi regala un libro sulla famiglia (messaggio anche esplicito=inutile parlare di loro, vedi come siamo fantastici?).

NESSUNA memoria esplicita traumatica, escluse quelle della sua relazione con il marito, la cui narrazione è infarcita di episodi conflittuali.

La sua storia procedurale confligge con le narrative e gli episodi che ricorda (implicito vs esplicito):

Prima contraddizione. A 15 anni si fida con il marito in Italia e, nonostante poi faccia l'università nel paese d'origine, tende a stare sempre qui e lontana dalla famiglia. Si sposa giovanissima, anche se la famiglia la

mette in guardia verso questo ragazzo, più grande di lei, già allora pieno di sé e svalutante (lei «adora» la Svizzera e la sua famiglia, ma «fugge via» sposandosi con il suo primo fidanzato italiano).

Seconda contraddizione. La conflittualità e «l'infelicità» con il marito cominciano presto, ma ci fa figli e ci resta insieme fino ad oggi. Anche per motivi di vacanza o lavoro, si è allontanata solo pochissimo e per brevi periodi dal marito, nonostante sia una donna capace e autonoma.

Siccome non emerge una storia narrativa o episodica traumatica, penso di lavorare sulle difese, che impediscono l'accesso ad altro. Ma l'idealizzazione della famiglia di origine è un rifugio, un luogo fantastico di memorie selezionate e costruite per evitare il dolore e il senso di fallimento. Non la tocco direttamente perché serve a soffrire meno. L'idealizzazione serve a proteggersi dalle circostanze avverse. E' il «posto al sicuro» fantastico. «Rispetto» la difesa e, pur non rinforzandola, la ignoro.

L'idealizzazione dei caregivers (quando sono coinvolti nelle memorie traumatiche) ha la funzione di salvaguardare l'attaccamento, considerabile come una «funzione biologica primaria»: perfino nelle situazioni di grave abuso, l'amore convive con l'odio per le figure di attaccamento, spesso in modo inconsapevole-procedurale. Questa «difesa dell'attaccamento» si riscontra anche, nei pazienti sintomatici, decenni dopo la traumatizzazione.

La storia con il marito, però, contiene elementi di feeling corporei procedurali. I primi incontri potrebbero contenere elementi fortemente attrattivi che hanno fissato un Feeling State. E' vero che parla male del rapporto con il marito, ma ci sta insieme. Che cosa la fa stare insieme al marito?

Faccio l'ipotesi che se lavoro sull'attrazione verso il marito posso arrivare ad esplorare il passato (traumatico?) e forse dissolvo anche l'idealizzazione della famiglia di origine (tab. 2).

Le propongo di lavorare sull'attrazione (procedurale –quindi inconsapevole-) per il marito e costruisco un protocollo per il Feeling State.

Il ricordo più attraente è il primo ballo della mattonella con il giovane ragazzo nel corso di una festa in un cortile italiano d'estate.

Due feeling indispensabili per l'integrità del sé: mi sono sentita molto bella e al centro dell'attenzione (io valgo); una sensazione di protezione (sono protetta, sono al sicuro).

Le sensazioni corporee provate al momento della fissazione del FS erano di eccitazione, benessere, emozione di gioia, amore. I feeling associati a un unico episodio possono essere molteplici e bisogna lavorarci uno alla volta. Anche in questo caso si lavora su entrambi i feeling uno alla volta. C'è anche un Sensation Feeling State di eccitazione e benessere assoluto (In caso di droghe, sport estremi e simili è indispensabile lavorarci; in altri casi non sempre, solo se residua alla fine del lavoro).

Terapeuta: Mi colpisce la storia con suo marito (...) Se ha lasciato un contesto di vita e umano per sposarlo e venire in Italia, nonostante i suoi non la vedessero benissimo, deve essere stata molto attratta da lui. E deve essere stato qualcosa di molto potente ad attrarla (...) Lasci stare come la vede oggi. Vada nel passato e cerchi il momento in cui si è sentita più attratta da suo marito e il ricordo più attraente (...)

Costruzione del protocollo (TICES)

T-I: Avevo 15 anni. Ballo della mattonella in una festa in giardino in un'estate in Italia. Sono stretta a lui e sento i nostri corpi che si toccano.

C: Feeling 1. sono bellissima, sono al centro dell'attenzione (valore personale)

Feeling 2. tra le sue braccia sono al sicuro (sicurezza)

E: Fantastico benessere assoluto

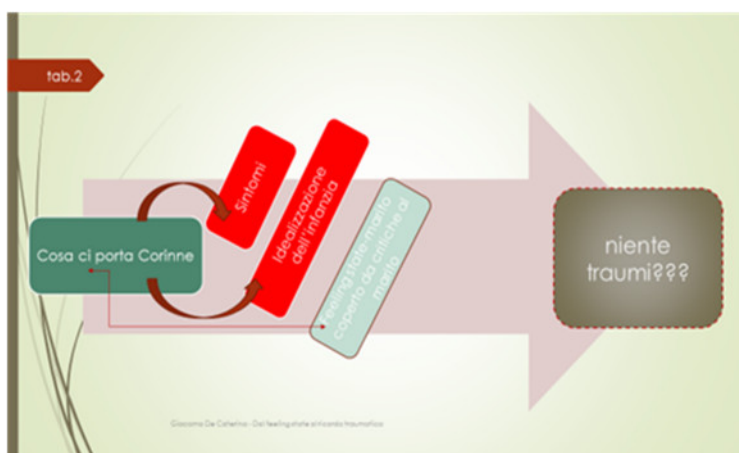
SFS: Eccitazione in tutto il corpo

Intensità del Feeling 10

Nel corso delle settimane comincia a vedere più sfocata e meno attraente l'immagine del ricordo legato al feeling ed emergono ricordi dell'asilo in cui si sentiva esclusa o un bambino le dava pugni nello stomaco e lei non reagiva.

Ricordi di come si sentisse brutta rispetto alle amiche, alla sorella, alla madre «sempre in competizione con noi figlie sul piano fisico».

Ricordi di come si sentisse poco considerata (anche un sogno di quando aveva 6 anni «il mio funerale; dalla bara vedevo gli altri che piangevano e volevo che mi considerassero»).



Narrative sulla madre che toccava poco noi figlie e ci baciava solo nel sonno.

Comincia a fare un lavoro per conto suo. Parla con la sorella, un'amica d'infanzia e riprende le lettere che si scambiava con il marito (ha conservato 150 lettere!).

A un certo punto emergono chiari ricordi di litigi tra madre e padre, con la madre che impugnava un coltello. Anche altre volte in cui la madre era depressa. Emerge una madre dura, impulsiva, fredda e giudicante; talvolta depressa, altre aggressiva.

Il Feeling viene azzerato. Anche l'idealizzazione nei confronti della sua storia infantile si ammorbidisce. Il padre resta intatto nella sua idealizzazione.

Riusciamo a cominciare a lavorare su ricordi traumatici legati all'attaccamento

Corinne: alcune considerazioni

Ho deciso di non lavorare direttamente sulla idealizzazione della famiglia

- Il feeling del marito (o dipendenza affettiva) era inconsapevole (implicito): Corinne affermava di non essere più attratta ora dal marito, ma appena messo mano alla storia del loro fidanzamento veniva fuori un doppio bisogno (due Feeling State), 1. valore personale e 2. sicurezza, sui quali abbiamo lavorato separatamente.
- A questi due feeling corrispondono due «carenze» che rimandano a ricordi traumatici (1. madre aggressiva; 2. madre svalutante e in competizione sulla bellezza) su cui abbiamo potuto lavorare dopo aver rimosso l'ostacolo.
- In alcuni casi il SFS (cioè la sensazione corporea di eccitazione, che pure Corinne ha legato al feeling) richiede un lavoro a parte (come nelle droghe, sport estremi...). La liberazione di sostanze esogene o endogene dà una sensazione corporea che può creare una dipendenza di per sé.
- L'obiettivo della desensibilizzazione del FS non è stato farle lasciare il marito.
- E' stato: 1. rimuovendo il Feeling che si è fissato in modo inconsapevole, rendere la sua possibilità di scelta (di stare o no con il marito) non condizionata dal feeling; 2. rimuovere la barriera che impedisce l'accesso alle memorie traumatiche alle quali il feeling ha dato una risposta, che in un primo momento era adattiva perché le ha salvato il sé.

Elementi importanti per desensibilizzare efficacemente un Feeling State

- * Il FS deve attivare un insieme cognitivo-emotivo-corporeo che "salva il sé" è indispensabile per la "sopravvivenza del sé"
 - ◇ L'episodio va scelto come il più attraente
 - ◇ Se non è vero che sia verosimile
 - ◇ La cognizione deve salvare il sé
- * Il doppio focus è sbilanciato "sull'allora"!!! Il pz deve rivivere il complesso cognitivo-emotivo-corporeo di allora. Quello che "allora" era attraente "ora" potrebbe essere il problema.
- * Focalizzare con estrema attenzione il corpo, farlo sentire, perderci tempo: questo per l'estrema importanza del Sensation Feeling State e della memoria procedurale-inconsapevole corporea
- * Il MO sono veloci, ma non moltissimo (21-24). Questo perché è più importante la desensibilizzazione che l'elaborazione
- * Elaborare poco, riportare continuamente al feeling e chiedere spesso quanto è attraente da 0 a 10
- * Quando sottomiamo il Feeling viene meno il tatto che impedisce l'accesso alle memorie traumatiche sottostanti
- * Se emergono memorie traumatiche appuntarle e lavorarci dopo aver azzerato il FS
- * Un solo ricordo-immagine può contenere diversi FS e SFS. Lavorarci singolarmente
- * Il lavoro deve essere un po' schematico e ordinato
- * Dopo aver azzerato il FS oppure se emerge un trauma importante, passare ai ricordi traumatici originali.

Il lavoro è centrato soprattutto sulla desensibilizzazione, non sulla elaborazione: quando vengono fuori cose da elaborare le appunto e ci lavoro in un secondo momento. In questo caso il lavoro con il Feeling State è strategico, volto a lavorare sulle memorie traumatiche, accedendo alla loro elaborazione secondo il protocollo standard, dopo aver rimosso l'ostacolo del feeling. Di fatto lavoro sull'allora con poche (circa 20) stimolazioni bilaterali veloci e riporto continuamente al Ricordo Originario positivo, chiedendo ogni volta il punteggio del feeling finché non si azzeri. La focalizzazione non è, durante il lavoro sul Feeling State, sulla parte che emerge e sarebbe funzionale all'elaborazione, ma sul feeling positivo da desensibilizzare e sul quale richiamiamo continuamente l'attenzione del paziente (tab. 3).

Esempio 2: Cosimo, attrazione per il denaro

55 anni, sposato con figli adulti e autonomi.

Agente di commercio: è un fuoriclasse nel suo lavoro.

Nel corso della vita ha manifestato dipendenza da cocaina; sesso e denaro.

E' stato in una Comunità terapeutica molti anni fa; successivamente terapia di coppia per alcuni anni per la dipendenza da sesso e un percorso Dialectical Behavior Therapy (DBT) quattro anni fa per sei mesi per un problema di gioco d'azzardo patologico (risolto). Non ha mai fatto un lavoro psicologico sulle memorie traumatiche o su eventuali problemi dell'attaccamento.

Viene un anno fa da me dopo che era stato licenziato dalla ditta per la quale lavorava perché si era impossessato dei pagamenti di alcuni clienti. Di questi soldi non ha nulla. Li ha sprecati in spese per la famiglia acquistando costosi generi alimentari, elettrodomestici inutili o per pagare le vacanze a figli, generi e nuore, genitori e parenti vari.

La sua storia della famiglia di origine in sintesi: famiglia marginale, vivevano in un basso, fin da piccolo insieme ai fratelli ha smerciato sigarette di contrabbando anche fuori regione. La madre giocava d'azzardo e organizzava tombole illegali. La madre in epoca pre-divorzio ha lasciato il marito ed è andata a vivere con un compagno. I figli sono del compagno, ma per lungo periodo portano il cognome del marito. Solo successivamente quando Cosimo è ormai alle superiori, con la legge sul divorzio c'è la regolarizzazione della nuova situazione.

Cosimo è brillante. Studia in convitto presso un istituto alberghiero. Si fida da ragazzo con la attuale moglie che resta incinta quando lui è all'ultimo anno di scuole superiori. Si sposano e vanno a vivere insieme. Nei suoi molti lavori ha sempre avuto buon successo professionale.

Obiettivo della terapia: attaccare il problema denaro.

1. Il denaro è stato trattato come un FS. Feeling 1: potente; Feeling 2: amato moltissimo; SFS: meglio della cocaina
2. Abbiamo azzerato i tre feeling
3. Bridge con il passato (ero il preferito di mia madre e mi sentivo il più potente e il più amato quando portavo più soldi a casa –e forse è lì che si è fissato il Feeling-)
4. Bridge con il passato: non mi sentivo nessuno per il problema del cognome. Trattato come evento traumatico e azzerato
5. Mi porta il tema dell'attrazione per le bugie come modo di evitare la vergogna di chiedere o di farsi vedere fragile. Ci stiamo lavorando.

Giugno 2018: costruzione del TICES

(...)

T: ... parlavamo di questa dipendenza dal denaro

P: Il denaro mi rende sicuro, forte m' fa sentir più importante, più "gruosso", dico io, avevo sempre in macchina 10-20mila euro nascosti, perché a casa non potevo più portarli, perché c'era questo timore che mia moglie dicesse "dove hai preso questi soldi?" Quindi li spendevo comprando cose per la casa, per tante cose, ma in maniera moderata perché così poteva pensare che compravo con i soldi che mi prendevo per me, per la settimana. Mentre invece prima, dico 85, 86, 87 guadagnavo abbastanza ma pure all'epoca mi appropriavo di incassi e poi apparavo, eccetera. A quei tempi però mia moglie non sapeva quanto guadagnassi e mi piaceva tornare a casa con un televisore di quei mammoni grossi e così la considerazione di mia moglie...e poi lei lo diceva, mio marito ha comprato il televisore grosso...

T: ma la prima volta?

P:(...) la prima volta a memoria almeno a memoria mia, (...) poteva essere l'86-87 arrivai a casa appunto con i soldi, portai mia moglie a comprare un televisore gigante, i mobili, nonostante attenzione i mobili ce li avessimo. I soldi non erano i miei, era l'incasso anticipato di un cliente. Non avevo mai preso soldi non miei prima di allora. Pensai, tanto questo deve pagare fra tre mesi, fra tre mesi li metto io. Mi piacque in quel momento portare tutto quel benessere improvviso. A casa appunto lei era così felice e io mi sentivo così importante.

T: quindi questa potrebbe essere la prima volta..., e ti sei sentito importante.

P: ma a me mi piace fare contenti gli altri. Cioè quando vedo gli altri contenti e la considerazione che hanno di me, quello mi piace a me. Cioè se i soldi me li dovevo pigliare per conservarmeli, o per costruire qualcosa, non me li pigliavo.

T: sento che ancora adesso se vai con il ricordo lì, senti le sensazioni positive

P: sì

T: qual è l'aspetto di quel ricordo che ti procura le sensazioni più positive?

P: la considerazione di mia moglie (...)

T: immagina ora di essere lì, qual è il momento o l'immagine più pazzescamente attraente per te, in quel momento?

P: (...) quando glielo dissi a mia moglie (...) che avevo i soldi e che andavamo a comprare il televisore, i mobili eccetera. (...) ma per come sto ora sento che è una cazzata (...)

T: ma ora stai lì in quel momento è lì che devi andare e sentire quello che succede.

P: ma nonostante io ora dico questo, che ho fatto una cazzata, lo rivivrei quel momento (...) quando dissi a mia moglie domani andiamo a prendere i mobili nuovi e quel televisore che mo' è uscito, il Grundig, quello enorme (...) mia moglie era felice, anche perché avrebbe invitato parenti, amici, a esternare la cosa bella e quindi la considerazione di me importante veniva anche tramandata

T: (...) qual era la convinzione positiva di te in quel momento?

P: eh, ma oggi non è positiva la considerazione di me (...)

T: fermati ad allora vai lì, immergiti in questo ricordo. Ora sei lì come ti senti?

P: è positivo l'aver fatto felice mia moglie (...)

T: sì e tu che considerazione positiva hai di te?

P: sono importante, forte, sono potente, (...) mia moglie mi ama moltissimo

T: e l'emozione?

P: ero felice per me e per lei, è fortissimo, come se mi stessi "facendo" (...)

T: e da 1 a 10 se vai a quel tempo e quell'immagine, quanto da 1 a 10 ti senti felice, potente e senti questo nel tuo corpo?

P: m'aggia mettere in quell'immagine, ma mi devo scordare i guai (...)

T: sì in quel momento e in quell'immagine

P: e da 1 a 10, 9 se mi fermo a quello senza pensare ad altro

T: e ora attento, dove la senti questa eccitazione e questa felicità?

P: mi piglia tutto, come se fosse nel cuore

T: cosa senti nel cuore?

P: sento la felicità di mia moglie, era così felice (...) emozioni che non ho più provato.

T: ora voglio che immagini di stare lì e di focalizzare l'immagine più tremendamente attraente di quella storia.

P: (...) sì, il viso di mia moglie quando le dissi "ho i soldi, possiamo comprare..."

T: sì, e focalizza anche la convinzione positiva, sono potente e la felicità che senti nel petto. Riesci a sintonizzarti contemporaneamente sulle tre cose?

P: sì

T: segui le mie dita

20 MO veloci

P: (...) ora mi sento sgamato, come se non potessi essere più amato e importante.

Proseguo nella desensibilizzazione del FS "potente" per molte sedute, raccogliendo anche materiali per fare il ponte con il passato. Passo poi alla desensibilizzazione del FS "amato come mai prima". Prima della pausa estiva riusciamo ad azzerare questi feeling.

Settembre 2018. Dal Feeling state al ricordo traumatico

(...)

T: Torna ancora a quel ricordo della prima volta che hai preso i soldi. E che hai sentito quelle fortissime sensazioni di sentirti potente e anche amato moltissimo.

P: Non ci sta più niente, più niente, ne abbiamo parlato anche la volta scorsa. Mi metto proprio là, ma non sento niente. Non la provo proprio manco un poco l'eccitazione. (...)

(...)

T: In questo lavoro sono venuti fuori molti episodi del passato. Se hai avuto bisogno di fare quelle cose per sentirti potente, importante, amato moltissimo è perché forse nel passato non ti sei sentito così e ne avevi maledettamente bisogno. Quando è che ti sei sentito impotente, proprio nel senso di sentirti "nessuno", e anche non degno di amore? Quando hai sentito queste cose?

P: Sto cercando di ricordare i fatti, perché i periodi possono coincidere tipo quando cominciai il convitto a 13 anni (...) che entravo di lunedì e uscivo il sabato pomeriggio tardi. (...) C'è stato un periodo in cui mio padre aveva una relazione con una parrucchiera. Ancora non eravamo arrivati all'epilogo del cambio dei cognomi

(...) mi ricordo che mia madre scoprì mio padre...e venne da me e disse "tu non sei figlio di tuo padre" per questo hai un altro cognome; mi disse una bugia perché io ero molto legato a mio padre

T: e perché ti disse questo?

P: per fare un dispetto a mio padre. Disse "io ti faccio schifare dai figli tuoi". Questa è una cosa che ho saputo dopo dagli zii.

(...)

Sostanzialmente i primi ricordi traumatici elaborati dopo l'azzeramento del Feeling State riguardavano questa sensazione di sentirsi "nessuno" e anche non amato, solo.

Conclusioni

Spero di aver mostrato come sia possibile utilizzare il lavoro con i Feeling State sia quando le dipendenze-idealizzazioni-feeling costituiscono il target della terapia, sia individuando comportamenti di feeling "nascosti" che sono barriere-difese che ci impediscono di accedere ai traumi sottostanti.

Nel lavoro con i miei pazienti, nell'ottica di quanto ci insegna Francine Shapiro, il lavoro psicoterapeutico è completo quando si elaborano i traumi del passato, che sono responsabili delle carenze che i Feeling State cercano di compensare, e si lavora sui tre stadi, passato, presente e futuro.

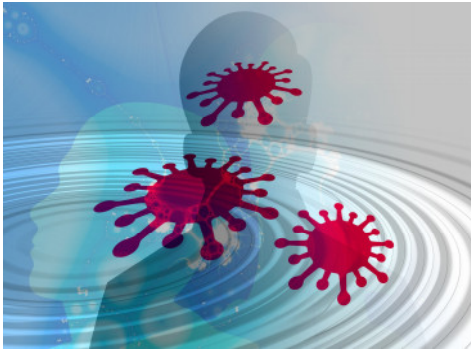
In questo caso, infatti, la terapia di trasformazione è completa e il paziente può affrontare le sfide della vita, e i suoi innumerevoli problemi, con risorse vecchie e nuove, non più appesantite da ricordi traumatici o attraenti immagazzinati in modo disfunzionale nelle memorie implicite ed esplicite.

“DAGLI ALL’UNTORE!”

IL CAPRO ESPIATORIO E GLI ASPETTI SOCIALI DELLA MALATTIA AI TEMPI DEL COVID

Giovanna Caia

Practitioner EMDR - Verona



(...)“l’untore! dagli! dagli! dagli all’untore!”

“Chi? Io! Ah strega bugiarda! Sta zitta,” gridò Renzo; [...] Allo strillar della vecchia, accorreva gente di qua e di là; [...] Renzo non istette lì a pensare: diede un’occhiata a destra e a sinistra, da che parte ci fosse men gente, e svignò di là.

[...] ma dietro le spalle sentiva il calpestio e, più forti del calpestio, quelle grida amare: “dagli! dagli! all’untore!” Non sapeva quando fossero per fermarsi; non vedeva dove si potrebbe mettere in salvo. L’ira divenne rabbia, l’angoscia si cangiò in disperazione [...] Vide (chè il gran turbamento non gliel aveva lasciato vedere un momento prima) un carro che s’avanzava, anzi una fila di que’ soliti

carri funebri, col solito accompagnamento; e dietro, a qualche distanza, un altro mucchietto di gente che avrebbero voluto anche loro dare addosso all’untore, e prenderlo in mezzo; ma eran trattenuti dall’impedimento medesimo. Vistosi così tra due fuochi, gli venne in mente che ciò che era di terrore a coloro, poteva essere a lui di salvezza; [...] prese la rincorsa verso i carri, passò il primo, e adocchiò nel secondo un buono spazio voto. Prende la mira, spicca un salto; è su, piantato sul piede destro, col sinistro in aria, e con le braccia alzate.

«Bravo! bravo!» esclamarono, a una voce, i monatti, [...]

I nemici, all’avvicinarsi del treno, avevano, i più voltate le spalle, e se n’andavano, non lasciando di gridare: «dagli! dagli! all’untore!» Qualcheduno si ritirava più adagio, fermandosi ogni tanto, e voltandosi, con versacci e con gesti di minaccia, a Renzo; il quale, dal carro, rispondeva loro dibattendo i pugni in aria. (...)

da I Promessi Sposi, ed. 1840, cap. XXXIV, Alessandro Manzoni

(...) il Ripamonti le accenna con un vocabolo: “gli untori furon puniti ciò non ostante: unctores puniti tamen”. Quanto non dice quell’avverbio, o congiunzione che sia! E aggiunge: “la città sarebbe rimasta inorridita di quella mostruosità di supplizi, se tutto non fosse parso meno del delitto”. Ma il luogo dove fa intender più chiaramente il suo sentimento, è dove protesta di non volerlo dire. Dopo aver raccontato vari casi di persone cadute in sospetto d’untori, senza che ne seguissero processi, “mi trovo”, dice, “a un passo difficile e pericoloso, a dover dichiarare se, oltre quelli così a torto presi per untori, io creda che ci siano stati untori davvero... Nè la difficoltà nasce dall’incertezza della cosa, ma dal non essermi lasciata la libertà di far quello che pur si pretende da ogni scrittore, cioè ch’esprima i suoi veri sentimenti. Chè se io dicessi che non ci furono untori, che senza ragione si va a immaginar malizia degli uomini in ciò che fu punizion di Dio, si griderebbe subito che la storia è empia, che l’autore non rispetta un giudizio solenne. (...)

da Storia della colonna infame, 4° capitolo, Alessandro Manzoni.

Ricordi del Liceo e della mia amata professoressa di italiano che ci raccontava come la terribile peste dovesse trovare una spiegazione nel popolo, che così inventò la figura degli untori... si attivano immediatamente dentro di me quando incontro la storia di D.

D. è una donna di 60 anni, lavora in una casa di riposo come OSS. Arriva da me perché è stata ammalata di Covid ma il suo problema non è tanto questo, piuttosto come i suoi parenti e colleghi l’hanno trattata durante e dopo la pandemia “quasi come se avessi la peste” dice.

Ultimamente D. fa pensieri negativi, piange, si sente colpevolizzata, il suo tono dell’umore si è abbassato diventando taciturna, ma la goccia che ha fatto traboccare il vaso è stata la frase detta da una parente, che al suo rifiuto di partecipare ad una viaggio all’estero perché non desiderava stare in mezzo a tante persone, le dice che era ora di andare a farsi curare.

D. è una donna semplice, ma che trasmette un passato e una presenza solidi, sembra essere una donna resiliente. Mi racconta di avere avuto difficoltà nella vita, come tutti, ma di non essersi mai persa d’animo e di aver fronteggiato coi suoi cari quello che succedeva.

A Marzo 2020 ha comunicato in casa di riposo di avere la febbre, e dopo due giorni di essere positiva al Covid previo tampone. La sintomatologia è stata caratterizzata da febbre alta, senso di soffocamento, scariche intestinali, bronchite. Dopo cinque mesi presenta ancora affaticamento nel fare le scale, dolori pubici e intercostali che prima non aveva. In ogni caso, questo non sembra essere il problema.

Ha trascorso l'isolamento in casa, al piano superiore dell'abitazione, con il marito che le passava il cibo dalla porta e stando chiusa in quella stanza, fino a che è stata giudicata guarita.

Ci sono voluti circa 40 giorni.

Nessuno dei suoi parenti si è fortunatamente ammalato.

A partire dalla comunicazione della positività, i colleghi hanno iniziato a scriverle per dirle che al lavoro la ritenevano colpevole di aver portato il Covid in casa di riposo, dove 40 ospiti, purtroppo, persero la vita a causa del virus.

D. racconta che già tre anziani avevano la febbre, e che purtroppo anche questi sono morti di Covid. Sembra però che questo non avesse importanza per i colleghi.

Una religiosa, come secondo evento più negativo, le chiede dove si fosse andata a prendere la malattia, trasmettendole un senso di intenzionale volontà di ammalarsi.

Una volta rientrata al lavoro, alcuni colleghi le fanno notare che per colpa sua, appunto, 40 persone erano defunte. Mi racconta altresì di persone che cambiavano strada quando la incontravano, oppure di un'amica che posticipava continuamente i loro appuntamenti seppure lei fosse ormai guarita da 2 mesi.

Infine, la parente le fa quell'osservazione.

Questi eventi vengono scelti da D. come momenti peggiori, tutti con un SUD tra 8 e 10.

Un Trigger sono le ambulanze che passano, perché in quel periodo se ne sentivano molte.

Mi colpisce che non sia stata la malattia, la minaccia alla vita, il restare chiusa in una stanza per 40 giorni a segnarla, ma solo l'impatto sociale e stigmatizzante della patologia da parte di alcune persone intorno a lei, e di come queste si siano con lei comportate, ferendola. Inoltre è evidente come l'angoscia sociale data dalla pandemia, si sia materializzata su D. per il fatto di essersi ammalata, ma anche per la professione che svolge.

Ella stessa dice in una seduta "tanto parlare del personale sanitario, e poi guarda come ti trattano quando ti ammali". Il suo Posto Al Sicuro, è la sua casa, a ulteriore prova che lì, nonostante tutto, si è sentita "coccolata" e accudita. I vissuti negativi, infatti, iniziano all'uscita dalla dimora dopo la degenza.

Faccio un po' di psicoeducazione proveniente dalla mia esperienza anche di psicologa dell'emergenza: parliamo del Covid, ma anche di come l'essere umano faccia più fatica ad accettare che gli eventi calamitosi accadano a causa dell'uomo (in qualsiasi modo si sia creato questo virus, conveniamo che gli esseri umani hanno chiaramente a che fare con la diffusione del Covid), e di come ci sia bisogno sempre di trovare un colpevole, un responsabile, "un capro espiatorio" dice D.

Iniziamo ad usare l'EMDR dal primo evento:

una collega la chiama per dirle che in struttura gira la voce che lei è colpevole di avervi portato il Virus .

CN: io non mi merito (questo)

CP io vado bene come sono

VOC 4

EMOZIONI : rabbia

SUD 10

No LC

Dopo una decina di stimolazioni bilaterali, il SUD va a 3. La seduta si conclude con il posto al sicuro.

Nella seduta successiva, il SUD va a zero, perché dice D. "Ho pensato che tre anziani erano già malati, sono io ad averla presa lì dentro!".

Ora le accuse o la frase della religiosa non la disturbano più, perché trova infondate le affermazioni. Peraltro si scopre più forte parlando coi colleghi e, anche grazie al tempo che passa, alcuni di loro le dicono "non sta pensarci più, eravamo tutti sotto stress".

La seconda seduta EMDR si pone sul tema degli affetti, e sceglie l'amica che le chiede di aspettare ad uscire assieme, nonostante fosse ormai giugno.

CN: lo ho fatto qualcosa di sbagliato

CP lo ho fatto del mio meglio

VOC 4

Emozioni: delusione, tristezza

SUD 5

LC: petto

Anche qui una decina di set fanno sentire D. più serena, dice che il nemico invisibile (titolo, peraltro, di un mio articolo sul tema che però lei non aveva letto...) faceva paura a tutti, pertanto giustificava la sua amica sentendosi con il cuore in pace.

Nella seduta successiva D. dichiara di stare bene, il marito le ha fatto i complimenti per essere tornata quella di prima. Una serie di eventi tra amici e parenti si sono inanellati in maniera fortunata e lei si sente meglio.

Parliamo dei vari temi toccati, la colpevolizzazione, i suoi sintomi, i parenti... ma tutto sembra a posto. Rispetto al futuro, lavoriamo su una scena in cui un/a collega potesse dirle qualcosa di quanto già sentito, ma dopo alcune stimolazioni già si vede che il carattere resiliente di D. le fa dire che saprà come fare, e con un gesto di spallucce, mi fa capire che anche questo le scivolerà via.

Ci salutiamo dopo due settimane, seduta in cui D. mi racconta alcune esperienze dei suoi figli e del marito, le sue Risorse, di essere più serenamente tornata a lavorare dopo le ferie e di aver ormai "buttato alle spalle quel brutto periodo".

In questa esperienza a fianco di D. ho compreso nuovamente come sia importante fare una buona fase 1 per ottenere rapidamente i cambiamenti attesi e di come le persone resilienti sappiano crescere nei traumi, un po' come fece Renzo, nel lungo romanzo manzoniano, che da giovane ragazzo immaturo e impulsivo, superando le varie peripezie, divenne un uomo forte, capace di responsabilità e decisioni, arrivando finalmente al tanto desiderato matrimonio.

BIBLIOGRAFIA

Caia G. "La presenza invisibile" Fabbrica dei Segni, 2020

Croitoru T. "EMDR revolution. Cambiare la propria vita un ricordo alla volta. Una guida per i pazienti", Mimesis Editore;

Manzoni A. "I promessi sposi", 1827

Manzoni A. "Storia della colonna infame", 1840

Shapiro F. "EMDR. Il manuale. Principi fondamentali, protocolli e procedure", Cortina Raffaello;

Solomon R. "EMDR Treatment of Complex trauma" appunti e slide della formazione del 28/29 giugno 2020.

Riflessione sull'Intervento di Emergenza per il Covid 19

Daria Minelli

In occasione dell'emergenza Covid ho seguito 5 operatrici nella fattispecie 3 infermiere, 1 tecnico radiologo e un'oss dell'Azienda Ospedaliera Carlo Poma di Mantova. I sintomi presentati erano:

- Disturbi del sonno - Irritabilità - Ansia alta - Difficoltà di concentrazione - Inappetenza

Senso di impotenza per alcune di loro per il fatto di essere state affidate a reparti diversi dal loro. I pensieri costanti erano del tipo "ma sarò in grado", "non l'ho mai fatto", "lo facevo tanti anni fa"

Stanchezza per la mole di lavoro. Confusione e stordimento per le mancate informazioni da parte dei responsabili. Sicuramente il fatto di essere intervenuti in modo tempestivo ha permesso ad ognuna di loro, in modi diversi perché alcune avevano pregresse situazioni di forte stress dovute a condizioni familiari compromesse, di ridimensionare l'attivazione imparando a calmierare le loro emozioni e a normalizzare ciò che stava loro accadendo come reazione del tutto funzionale rispetto a ciò che stava accadendo. Hanno appreso dimestichezza nel far rientrare le loro ansie nella propria finestra di tolleranza, capendone il funzionamento. Questo ha reso possibile continuare a svolgere il loro lavoro senza essere sopraffatte da ondate incontrollabili di emozioni paralizzanti, al meglio anche nella vita familiare.

All'inizio di questa avventura, essendo per me la prima volta che lavoravo in un contesto emergenziale, ero un po' titubante e critica circa il mio supporto, soprattutto perché il tutto avveniva via Skype o Whatsapp, mezzi che creano inevitabilmente una barriera. Ricordo lo scetticismo di due di loro durante la prima telefonata, era come entrare e violare da perfetta sconosciuta il loro intimo. In realtà poi tutto è diventato molto naturale, infatti tutte aspettavano con trepidazione l'arrivo del giorno del "colloquio". Mi hanno ringraziata perché c'era qualcuno che le ha sorrette ed accompagnate in queste settimane dure e complicate. È stata sicuramente un'esperienza appagante e di crescita, merito anche del fatto di appartenere alla grande famiglia EMDR. Da subito ci sono state date le linee guida di come procedere e questo ha ridimensionato il senso di spaesamento iniziale, far parte di un gruppo ha inoltre permesso di non sentirti sola e ha permesso di accorgerti che i tuoi dubbi, le tue paure in realtà erano di tutti. E tutti insieme li abbiamo superati.

PSICOTERAPIA ONLINE: SPUNTI E RIFLESSIONI PER UN CONFRONTO

Paolo Bailo*, Gaetano Gallo*, Donatella Masante**

*Practitioner EMDR Torino - ** Supervisore EMDR Torino



In questo periodo di emergenza COVID 19 ci siamo trovati come psicoterapeuti nella necessità di proseguire la nostra attività professionale attraverso video chiamate utilizzando i vari strumenti che la tecnologia ci mette a disposizione, relazionandoci così, con i nostri pazienti in un modo, per molti di noi del tutto nuovo. Il presente contributo nasce dall'esigenza di condividere e ripensare le esperienze di consulenza e psicoterapia online fin qui fatte, fornendo alcuni spunti e riflessioni preliminari che possano costituire le basi per un confronto più ampio. Ci rivolgiamo in particolare ai colleghi interessati ad approfondire e proporre propri contributi sul lavoro online che prevedibilmente sarà sempre più utilizzato in futuro.

Quest'emergenza ci pone di fronte la necessità di affrontare nuove sfide e in un momento di grave difficoltà come quello che stiamo affrontando, i colloqui a distanza possono offrire un ottimo canale, non solo per gestire le difficoltà di lavoro clinico con i pazienti strettamente legate alla pandemia, ma anche per dare continuità alle terapie già in corso. E' una sfida non semplice, dal momento che tutta la nostra formazione ed esperienza psicoterapeutica è basata sull'utilizzo di colloqui "frontali" mentre in questo caso ci troviamo di fronte al cambiamento del canale comunicativo con la conseguente impressione di "sentire" meno i nostri pazienti e soprattutto farci percepire meno coinvolti nella relazione dal momento che manca la presenza. Se poi passiamo al colloquio telefonico manca completamente il corpo e questo potrebbe farci sentire quasi sconnessi dalla relazione terapeutica.

Tuttavia, dalla condivisione delle nostre esperienze di terapie online, sono emerse considerazioni fortemente condivise che ci portano a ritenere che mettendo in atto alcuni accorgimenti, possiamo ingaggiare o ristabilire una buona alleanza terapeutica, base indispensabile per ogni trasformazione clinica.

GLI ASPETTI TECNICI

Considerato che molto probabilmente anche i pazienti sono alla prima esperienza di una terapia online, sarà compito del terapeuta guidarli e dare loro istruzioni quanto più possibili chiare. Le indicazioni tecniche sono necessarie per costruire un setting terapeutico che aiuti il paziente a sentirsi sicuro e accolto. Inoltre aiuteranno a liberare il campo da possibili fraintendimenti che potrebbero portare ad equiparare la seduta ad una normale videochiamata rendendo così confusivo e meno efficace il nostro intervento. Pertanto, il paziente andrà guidato nell'utilizzo di questa nuova modalità. Già nel messaggio che annuncerà la possibilità di passare a modalità video call possiamo suggerire quelli che possono essere i canali virtuali migliori. Generalmente i pazienti sono un po' più avvezzi ad utilizzare sistemi come WhatsApp, però per ottenere una maggior qualità dell'immagine e dell'audio oltre che garantirci un maggiore tutela della privacy, potremmo inviare loro il link di altre piattaforme es. Skype, FaceTime, Zoom). Una volta deciso il canale di comunicazione chiederemo al paziente di trovare un posto tranquillo dove possa non essere disturbato e senta garantita la sua privacy. E' un aspetto del setting su cui sarà necessario essere piuttosto fermi perché un ambiente esposto all'accesso non desiderato di terze persone o dove si ha paura di essere ascoltati renderà sicuramente più difficile il coinvolgimento nella terapia. A volte non è facile trovare l'ambiente idoneo, tuttavia abbiamo notato che in genere i pazienti, mostrando una buona dose di flessibilità, riescono ad individuare soluzioni efficaci, non è raro che le sedute si svolgano in auto, magari nel garage di casa. Una volta trovata la giusta collocazione, potrebbe rendersi necessario dare indicazioni al paziente sul modo migliore per avere una buona inquadratura, per esempio si chiederà di appoggiare il telefono in un posto fisso, possibilmente non in mano, in modo che l'immagine sia stabile e continua per evitare distrazioni e ulteriori difficoltà nella sintonizzazione. Quando possibile si chiederà di avere un'inquadratura a mezzo busto perché questo permetterà di cogliere più dettagli. Saranno da evitare inoltre inquadrature controlloce perché potrebbero essere piuttosto fastidiose, mentre il viso dovrebbe essere illuminato. Va da sé che le medesime indicazioni andranno seguite a maggior ragione anche dal terapeuta.

Un altro aspetto fondamentale da suggerire riguarda gli auricolari e le cuffie, da prediligere per due motivi fondamentali. Il primo strettamente legato alla privacy. Il fatto che il terapeuta usi gli auricolari aiuterà il paziente a sentirsi più protetto e il secondo è che un buon audio permetterà di cogliere con maggiore precisione le incrinature della voce, le varie tonalità, il respiro. Infine, ancora due parole circa il setting del terapeuta. Sicuramente per facilitare il senso di continuità e di contenimento, come abbiamo imparato, il setting ha un'importanza fondamentale. Sarà utile pertanto che il terapeuta dedichi uno spazio della casa, se anche lui dovrà svolgere smart working, come stanza delle terapie. Anche per il terapeuta sarà indispensabile un posto tranquillo, dove non subisca interruzioni e dove possa essere salvaguardata la privacy del paziente. Inoltre, identificare uno spazio fisso aiuta il paziente a ri-orientarsi in questa nuova modalità ed a sentirsi più sicuro. Va ricordato che non basta mantenere lo stesso ambiente, occorre che l'inquadratura del terapeuta e dello sfondo, si mantenga

ga il più possibile invariata nelle diverse sedute. Un'ultima notazione: il viso del terapeuta può apparire al paziente insolitamente vicino inducendo in lui sensazioni diverse che andranno esplorate, e comunque come nelle sedute vis a vis sarà utile identificare col paziente la giusta distanza.

GLI ASPETTI DI CONTENUTO

E veniamo ora alle considerazioni circa la costruzione del setting terapeutico. Siamo concordi nel ritenere che se la stabilizzazione del terapeuta è importante ogni volta che si affronta una seduta, lo è ancora di più nelle terapie in video chiamata. Questo è l'elemento fondamentale per una buona riuscita della seduta. È indispensabile che il terapeuta dedichi un paio di minuti prima della chiamata per entrare in atteggiamento mindfulness ed abbia poi cura, per tutta la durata del colloquio, di rimanere focalizzato su di sé, sulle proprie sensazioni corporee, sul respiro e sulla postura. Bisogna prepararsi una poltroncina comoda, che permetta al terapeuta di essere ben sostenuto e di appoggiare i piedi per terra per favorire il grounding. Come accennato in precedenza mantenere stabile il nuovo setting favorisce, non solo per il paziente ma anche per il terapeuta, una maggiore focalizzazione.

Anche per il terapeuta questo modo di lavorare potrà generare insicurezza, senso di incapacità ed inizialmente anche frustrazione. Saremo tentati di fare confronti con le modalità di lavoro precedenti. Quindi anche i terapeuti devono mettere in conto che questo passaggio può essere paragonato ad una sorta di lutto. Il lasciare andare le vecchie sicurezze, come nei lutti, è doloroso e porta incertezza. Ma prima riusciremo a rielaborare questo cambiamento, a ridurre il bisogno di fare i confronti con le nostre vecchie modalità e ad entrare, invece, nell'ottica che questo è quello che noi abbiamo a disposizione ora, prima riusciremo a portare la nostra attenzione sulle possibilità e sui punti di forza che questa modalità offre. Quindi come sopperire a quell'iniziale sensazione di minore coinvolgimento dato dal non sentire la presenza, dal non vedere il corpo? Proprio in questo sta la grande sfida. Saremo infatti "obbligati" a porre ancora più l'attenzione sull'ascolto arricchente. Durante le video call abbiamo molto più in evidenza il volto del paziente e se impariamo ad osservarlo con attenzione, questo ci potrà dare delle informazioni fondamentali. L'attenta esplorazione del volto ci fornirà indicatori somatici importanti dei processi in atto nel paziente conseguenti ai nostri interventi, alle nostre proposte. Se per esempio lavoriamo sulle risorse attraverso il grounding o il respiro, vedremo le modifiche sul volto del paziente mentre le utilizza, così come quando faremo interventi su suoi vissuti o espressioni stato dipendenti o sull'utilizzo di risorse di sopravvivenza che provengono dal passato.

La connessione online inoltre passa in misura maggiore attraverso il canale verbale, pertanto sarà necessario dare molta più importanza all'aspetto sonoro della conversazione, questo è anche il motivo a cui consigliamo l'uso degli auricolari.

C'è un elemento curioso e nuovo che le tecnologie da remoto ci propongono che è quello di potere monitorare oltre che il volto del paziente anche le nostre espressioni attraverso la piccola icona che appare sullo schermo. Questo potrebbe essere un elemento che permette a noi terapeuti di essere più connessi con noi stessi. Teniamo presente che quando siamo in relazione con il paziente online abbiamo sempre tre angoli visuali. Il primo è quello diretto sul paziente che ci permette di vederlo, sentirlo, ascoltare le sue emozioni e la sua storia. Il secondo, il nostro occhio interno, riguarda le nostre reazioni affettive e somatiche, che ci aiutano a comprendere in modo empatico quello che stiamo percependo. E poi c'è una terza angolatura, quella della metavisione, la quale ci permette di vedere noi stessi dall'esterno, in altre parole ci vediamo come ci percepisce il nostro paziente, un aiuto questo per aumentare la nostra consapevolezza e quella delle interazioni in atto col paziente. Questa triplice angolazione, una novità rispetto alla psicoterapie vis a vis, tutta da studiare, potrebbe permetterci di migliorare l'interazione e la coregolazione col paziente. Naturalmente la possibilità di utilizzare questo strumento è legata alla grandezza dello schermo utilizzato, probabilmente è poco sfruttabile quando il terapeuta ricorre a quello di un telefonino.

Altro elemento di riflessione arriva dalla mancanza di quel lasso di tempo che intercorre quando il paziente lascia le sue attività per recarsi alla seduta: fa il viaggio o magari aspetta qualche minuto in sala d'aspetto. Si tratta di un tempo che molte volte viene riconosciuto come momento importante per prepararsi, riordinare le idee, entrare in "assetto" terapeutico. Con le video chiamate questo spazio si riduce, il terapeuta "piomba" direttamente a casa del paziente, così come quando termina la seduta il paziente si trova rituffato nella sua realtà senza quel tempo necessario per lasciare sedimentare l'esperienza vissuta. Si rischia che venga meno la creazione di quello spazio "transizionale" di tempo e spazio sospeso che costituiscono una cornice indispensabile per lo svolgimento di una buona seduta psicoterapica. Un posto dove il paziente sperimenta una relazione emotivamente intensa autentica col suo terapeuta, spesso accompagnata da sentimenti molto dolorosi e minacciosi, in un ambiente però assolutamente sicuro come mai potrebbe accadere nella sua vita di tutti i giorni.

Riteniamo pertanto sia utile ripristinare in ogni seduta un rituale di entrate e di uscita. Può bastare veramente poco per esempio prendersi il tempo di fare insieme tre respiri consapevoli all'ingresso e tre respiri consapevoli alla fine. Se abbiamo tempo, può essere utile lasciare cinque minuti alla fine della seduta per ritornare al respiro, al grounding, al posto sicuro. In alcuni pazienti più motivati e che normalmente praticano la meditazione, lo yoga o lo stretching si può chiedere di prepararsi usando questo risorse per qualche minuto prima dell'inizio della seduta, questo potrebbe essere molto utile per favorire da subito una maggiore presenza.

All'inizio delle prime sedute potrebbe essere utile reinstallare il posto al sicuro, che per alcuni potrà includere l'installazione del setting dell'incontro, come la stanza, la posizione in cui è seduto e anche l'auto. E qui entra in gioco un altro elemento di forza della terapia online, la terapia "fatta a domicilio" ci può mettere a disposizione molti stimoli per nuove installazioni di risorse, come per esempio, oggetti cari a pazienti, peluche, odori famigliari. Per molti è più facile sentirsi da

subito a proprio agio anche solo per il fatto di potere stare seduti nella posizione che prediligono.

Molto Interessante può essere il lavoro con gli animali di casa (cani, gatti ecc.). Se l'animale è presente in seduta, non è distraente e la persona è predisposta, guardare l'animale, accarezzarlo, sentirlo sdraiato su di sé, o nutrirlo può essere un elemento altamente regolativo da usare anche strategicamente quando c'è un'emozione intensa, o soverchiante ed è necessario fare rientrare il paziente dentro la finestra di tolleranza. Per un approfondimento di queste possibilità ci si può rivolgere alle esperienze maturate in questi anni con la Pet Therapy

Anche in video call è possibile continuare a lavorare sui traumi. Bisogna avere massima accortezza nella regolazione dell'arousal del paziente. In questo caso si rende indispensabile inserire la possibilità di utilizzare altre risorse oltre a quelle già citate: possono essere anche bevande o cibo (caramelle o piccoli snack). Se si lavora con l'EMDR potrebbe essere opportuno suddividere il target in frame più piccoli e quindi non prenderne l'intera immagine, ma prendere solo un particolare e tenere il lavoro più confinato su quello. Questo potrebbe comportare un allungamento dei tempi ma gioverà in termini di regolazione e controllo.

La stimolazione da prediligere rimane l'abbraccio della farfalla, anche se, per i pazienti che manifestano un rischio dissociativo, potrebbe essere utile fare la stimolazione in punti diversi, per esempio un set sulle braccia, poi sui fianchi, sulle gambe e infine fare battere i piedi. Stiamo notando che per alcuni pazienti dissociativi l'abbraccio della farfalla può dimostrarsi molto regolativo in quanto risulta una risorsa attiva, che da ritmo e senso di presenza.

È sempre utile per pazienti dissociativi o prima di affrontare il lavoro sui traumi, lavorare (prima) sulle risorse, preparandole con cura in modo tale che in qualsiasi momento possano essere richiamate per evitare l'uscita dalla finestra di tolleranza. Per facilitare questo si può anche frammentare il lavoro sul trauma con l'inserimento delle risorse alternando l'immagine traumatica con la risorsa. Quando siamo sulla risorsa si eseguono tre/quattro set di stimolazioni e poi si ritorna al trauma, un set di stimolazione e poi nuovamente si torna alla risorsa.

Infine, evidenziamo come altro importante elemento di regolazione la voce del terapeuta. Non sottovalutiamo questo mezzo potentissimo con una enorme possibilità di modulazione. La voce del terapeuta può offrire un forte maternage o dare energia attraverso il respiro diaframmatico e in tal modo supportare, accompagnare, sollecitare. La voce diventa una sorta di cordone ombelicale, un contatto profondo che se ben modulato è un grande elemento di cura.

Non dimentichiamo che in questa dimensione può essere molto valorizzato il tempo dell'ascolto, anche dell'ascolto interiore. La maggior parte dei pazienti è disposta ad avere più tempo per stare con le proprie sensazioni fisiche di quanto normalmente fa in una seduta frontale. A volte la presenza fisica può essere un elemento di pressione, mentre la lontananza o meglio, la vicinanza virtuale può rilevarsi di per sé un ottimo elemento di confine per quei pazienti che tendono ad avere difficoltà nel sentire i confini e nello stabilirli.

Riteniamo quindi che una sana curiosità possa permetterci di esplorare le risorse e scoprire i punti di forza presenti anche nella modalità di lavoro online, magari permettendoci di raggiungere persone che non avrebbero richiesto una psicoterapia con le classiche modalità e soprattutto portare il nostro aiuto, come in questo caso, nelle situazioni di emergenza in maniera più capillare. Questo lavoro si è sviluppato nell'ambito del gruppo di supervisione condotto dal Dr. Luca Ostacoli che ringraziamo per i contributi ed il supporto.



Eye Movement Desensitization and Reprocessing

Congressi

Siti

News

Contatti

Area riservata

EMDR

FORMAZIONE

TRAUMA

RICERCA

EMDR IN EMERGENZA

EMDR NEGLI ENTI

TERAPEUTI

BIBLIOGRAFIA

L'accesso all'area riservata ai soci sul sito dell'Associazione avviene digitando il codice

E' possibile scaricare materiale divulgativo e altro materiale che può essere utile per il Vs lavoro

I DISTURBI DELL'APPRENDIMENTO E LA METODOLOGIA EMDR: UNA NUOVA FRONTIERA PER IL TRATTAMENTO

Maria Zaccagnino

Supervisore EMDR - Milano



I disturbi specifici dell'apprendimento (DSA) sono disturbi del neurosviluppo, in cui la risultante dell'interazione di fattori genetici, epigenetici e ambientali porta ad anomalie nei sistemi cognitivi deputati a percepire e processare le informazioni verbali e non-verbali provenienti dal contesto (APA, 2014). Queste anomalie, tuttavia, come specificato dalla legge n.170/2010, non sono tali da compromettere totalmente le capacità cognitive del soggetto, che risultano nel complesso adeguate, e non sono imputabili a patologie neurologiche o a deficit sensoriali specifici. Nonostante ciò, i DSA possono costituire una limitazione importante per alcune attività quotidiane e per lo sviluppo di specifiche abilità scolastiche (Ventriglia, Storace, & Capuano, 2017). A seconda dell'abilità coinvolta, tali disturbi sono suddivisi in dislessia, disgrafia, disortografia e

discalculia, dalla legge n°170/2010. Facendo riferimento a tale decreto legge, per dislessia si intende "un disturbo specifico che si manifesta con una difficoltà nell'imparare a leggere, in particolare nella decifrazione dei segni linguistici, ovvero nella correttezza e nella rapidità della lettura" (art. 1, comma 2).

La disgrafia è invece un disturbo di natura motoria, che interessa la capacità tecnica di scrittura e che si manifesta con una significativa difficoltà nella realizzazione grafica di segni aritmetici e alfabetici. Per disortografia, poi, si intende "un disturbo specifico di scrittura che si manifesta in difficoltà nei processi linguistici di transcodifica" (art.1, comma 4), in particolare dei fonemi (unità più piccole in cui possono essere scomposte le parole) in simboli grafici. In ultimo, la discalculia è definita dal decreto legge come "un disturbo specifico che si manifesta con una difficoltà negli automatismi del calcolo e dell'elaborazione dei numeri" (art. 1, comma 5).

Alla luce delle difficoltà presentate e della loro gravità, un individuo affetto da uno o più di questi disturbi può sperimentare insuccessi e fallimenti durante il suo iter scolastico, che spesso sono accompagnati da un senso di frustrazione e inadeguatezza, fattori che, se reiterati nel tempo, favoriscono la formazione della cosiddetta "impotenza appresa" (Seligman, 1975). Tale impotenza è caratterizzata dalla tendenza a pensare che le cose negative siano permanenti e pervasive di tutta la vita (es. non mi va bene niente), e che il soggetto sia l'unico responsabile (es. è tutta colpa mia). Pertanto, il bambino potrebbe assumere un atteggiamento rinunciatario (es. non ci posso fare nulla), che favorirebbe non solo l'attribuzione esterna dei successi e interna degli insuccessi, ma alimenterebbe anche l'immagine di sé negativa (Ventriglia, Storace, & Capuano, 2017). In aggiunta, il generarsi del senso di inadeguatezza e la diminuzione dell'autostima e del senso di autoefficacia presenti nei bambini e ragazzi con un DSA, sembrerebbe essere alimentato dal cosiddetto "cortocircuito emozionale" (Lucangeli, 2006). Infatti, i processi di apprendimento e, nello specifico, la capacità del soggetto di accogliere ed elaborare le informazioni provenienti dell'ambiente, sono strettamente connessi alle emozioni che egli stesso prova in quel determinato momento (Berthoz, 2003; Damasio, 1994). Pertanto, il bambino apprende e colloca in memoria non solo l'informazione, ma anche l'emozione con cui essa è stata elaborata: se, quindi, il soggetto ha appreso una certa informazione in un contesto di paura, ansia e/o senso di colpa, ciò andrà ad influire sulla sua capacità di ricordare e rievocare le informazioni memorizzate, facendogli rivivere le stesse emozioni negative e consolidando così tale circuito disfunzionale (Lucangeli, 2006).

Oltre ai vissuti emotivi esperiti durante l'apprendimento però, a giocare un ruolo chiave nello sviluppo e nella funzionalità delle aree cerebrali, deputate a tali processi, vi sono le esperienze interpersonali vissute dal bambino durante l'infanzia (Simonetta, 2017). Crescere in un ambiente di cura e protezione, infatti, permette al bambino di sviluppare un legame di attaccamento sicuro (Ainsworth, et. al., 1978) con le proprie figure genitoriali, e di acquisire una buona capacità di regolazione emotiva e un'immagine di sé e dell'altro positiva. Al contrario, esperienze ripetute di interazioni con adulti di riferimento trascuranti e non disponibili emotivamente, portano alla formazione di un attaccamento insicuro ai caregiver che favorisce il crearsi di un'immagine di sé e dell'altro negativa, intaccando non solo il corretto sviluppo emotivo e sociale del

soggetto, ma anche quello cognitivo (Lazzari, 2007). Infatti, il legame di attaccamento sembra influire sulla qualità di integrazione e coerenza dei processi connessi alla conoscenza e alla capacità decisionale (ibidem, 2007), specialmente quando i genitori hanno la mente occupata da questioni traumatiche irrisolte del passato. Tale stato, porta il caregiver ad esprimere la sua sofferenza interna sia indirettamente, attraverso una sorta di contagio emotivo mediato dai neuroni specchio, sia attraverso atteggiamenti apertamente aggressivi e ostili nei confronti del piccolo (Liotti e Farina, 2011). In entrambe queste situazioni, il bambino sperimenta un vero e proprio trauma relazione caratterizzato dalla cosiddetta "paura senza sbocco" (fright without solution; Main e Hesse, 1990): nel momento in cui necessita di avvicinarsi al caregiver per ricevere aiuto, infatti, quest'ultimo rappresenta una fonte di pericolo, così da impedire l'avvicinamento e generare, pertanto, una paura ancora più intensa. Con il passare del tempo, quindi, questi vissuti costanti di paura e/o di trascuratezza generano uno stato di incoerenza nella mente del piccolo, che diventa sempre più vulnerabile e meno ricettivo, tra gli altri, anche ai meccanismi di apprendimento (Siegel, 2005). Nello specifico, il bambino può avere difficoltà ad acquisire l'abilità di integrare le informazioni sensoriali, provenienti sia dall'esterno che dal proprio corpo, in modo funzionale e coeso, oltre che di prestare attenzione a ciò che accade nell'ambiente e di realizzare poi una risposta sensoriale adeguata (Simonetta, 2007).

Il legame di attaccamento, in aggiunta, sembra svolgere un ruolo fondamentale nelle difficoltà che i soggetti con DSA mostrano nell'interpretare e processare le informazioni relative ai contesti sociali, che esita nel mettere in atto risposte comportamentali ed emotive non adeguate (Bauminger & Kimhi-Kind, 2008). Nello specifico, diversi studi (Bauminger, Schorr-Edelsztein, & Morash, 2005; Tur-Kaspa & Bryan, 1994) hanno dimostrato come i ragazzi con disturbo dell'apprendimento, durante l'elaborazione delle situazioni sociali, se paragonati ai loro pari, presentino minori capacità di codifica del contesto sociale e la tendenza a focalizzare l'attenzione su elementi irrilevanti, piuttosto che sulle informazioni salienti; ciò li porta a mostrare difficoltà nei processi decisionali e di problem solving che coinvolgono tali situazioni.

La compromissione delle abilità cognitive, emotive e sociali, sembra dunque essere strettamente legata alle esperienze infantili vissute dal soggetto; in questo senso, bambini che hanno sperimentato interazioni con un caregiver incostante nella propria disponibilità emotiva, imprevedibile nel rispondere alle loro richieste oppure totalmente trascurante, saranno più inclini a sviluppare disturbi che compromettono in misura più lieve i processi deputati all'apprendimento, come ad esempio l'attenzione e la capacità di elaborazione dei dati (Simonetta, 2007; 2012). Quelli invece che hanno avuto una figura genitoriale che non solo non è stata emotivamente disponibile, ma anche ostile e maltrattante, svilupperanno ferite interiori e compromissioni cognitive più profonde. Infatti, l'aver esperito ripetute situazioni traumatiche può compromettere, tra le altre, la funzione gnosica, deputata alla rielaborazione ed integrazione psicosomatica dei dati sensoriali percepiti (ibidem, 2007; 2012). Tale deficit, quindi, porta il bambino ad avere maggiori difficoltà nella formazione delle rappresentazioni mentali connesse alle nuove conoscenze acquisite, oltre che possibili ritardi nello sviluppo psicomotorio e psicolinguistico.

Tutto ciò assume ancora più rilevanza alla luce di quegli studi (Bauminger & Kimhi-Kind, 2008; Simonetta, Bassanini, Bucchieri, Comerci, 2013; Al-Yagon, 2014) che hanno dimostrato la correlazione tra lo stile di attaccamento insicuro e l'insorgenza di un disturbo dell'apprendimento; in particolare, una ricerca esplorativa condotta da Simonetta e colleghi (2013) su 26 bambini affetti da DSA ha rilevato che circa il 70% del campione presenta uno stile di attaccamento insicuro e il 65% ha vissuto esperienze traumatiche di tipo complesso. Inoltre, particolarmente rilevante sembra essere il fatto che circa l'85% dei genitori intervistati presenta eventi traumatici nella propria storia di vita. Questi dati si vanno a sommare a quelli pubblicati dal MIUR, nel giugno 2019, che testimoniano la crescita esponenziale in Italia degli alunni con DSA dallo 0,7% dell'anno scolastico 2010/2011 al 3,2% di quello 2017/2018. Entrando poi nello specifico del singolo disturbo, l'incremento del numero di certificazioni registrato per la dislessia è salito del 88,7%, per la disgrafia del 163,4%, per la disortografia del 149,3% e per la discalculia +160,5%.

Alla luce di tale incremento e di ciò che è stato esposto, emerge l'importanza di considerare il disagio cognitivo non solo come effetto di alterazioni genetiche, ma anche come risultante del contesto in cui l'individuo è cresciuto, nel momento della presa in carico di un bambino affetto da DSA. Infatti la sintomatologia presentata potrebbe essere letta come una modalità difensiva che il bambino mette in atto rispetto alle dinamiche disfunzionali di attaccamento. In quest'ottica una compromissione delle proprie capacità meta-cognitive e di rappresentazione interna degli stati mentali di sé e dell'altro potrebbe risultare protettiva nel caso di genitori spaventati e spaventanti; in particolare, tali meccanismi aiuterebbero il bambino nel creare una protezione che gli permetta di non pensare che coloro che dovrebbero proteggerlo, in realtà, sono la sua principale causa di

sofferenza (Simonetta 2007, 2017).

Inoltre, gli individui affetti da un DSA potrebbero servirsi del sintomo come strategia controllante finalizzata a mantenere l'attenzione del genitore sulla propria incapacità scolastica (Simonetta, 2012), e sentirsi, di conseguenza, visti all'interno del proprio contesto familiare.

Si può quindi ipotizzare l'esistenza di una correlazione tra i disturbi dell'apprendimento, dell'attaccamento e le esperienze traumatiche precoci vissute dal bambino ed è necessario tenere in considerazione tutti questi fattori durante la sua presa in carico e la formulazione di un piano terapeutico adeguato: aspetti che vengono identificati ed elaborati, mediante il piano di lavoro con metodologia EMDR proposto in tale articolo. Sulla base quanto teorizzato precedentemente, è fortemente raccomandato il coinvolgimento di almeno un genitore, che possa affrontare il percorso di cura contemporaneamente a quello del bambino, poiché possano emergere le ferite di attaccamento e le possibili esperienze traumatiche di entrambi.

Per quanto riguarda il lavoro con la figura genitoriale, nello specifico, sarà importante indagare sia la sua storia di vita, che quella del bambino, con particolare attenzione alle dinamiche di attaccamento. Infatti, risulta importante rintracciare, all'interno della narrativa del caregiver, eventuali eventi traumatici che possono aver contribuito all'insorgenza delle difficoltà presentate dal bambino, come riportato sopra. In modo particolare è necessario fare un'anamnesi approfondita riguardo le attuali relazioni significative del genitore, le aree di problematicità e sofferenza ad esse collegate e porre particolare attenzione alla raccolta di informazioni specifiche relative alla famiglia di origine. Ciò sarà utile al clinico per identificare eventuali indici di irrisoluzione che hanno poi un effetto sulla sua relazione di accudimento con il bambino e che, come esposto sopra, può essere stato un fattore di rischio per l'insorgenza del suo disturbo dell'apprendimento.

Nel lavoro con il genitore, inoltre, è importante indagare la sua carriera scolastica ma anche quella del bambino per rintracciare eventuali aree di difficoltà o fragilità; ciò permetterà al terapeuta di avere un quadro completo riguardo le tappe principali del percorso scolastico del bambino, passando dalle sue prime difficoltà, passando per la diagnosi (o mancata diagnosi di DSA), fino a giungere alle difficoltà relative alle conseguenze della diagnosi stessa. Tutta questa raccolta di informazioni, dunque, sarà importante per applicare poi il protocollo EMDR standard sulle aree di vulnerabilità e fragilità del genitore che, hanno costituito dei fattori di rischio rispetto al manifestarsi della sintomatologia del figlio.

Dopo aver esplorato tali aspetti attraverso i racconti del genitore, è fondamentale riprenderli e indagarli direttamente con il bambino. Infatti, nel lavoro con lui, si procede in modo analogo rispetto alla raccolta di informazioni del caregiver, prestando attenzione alla sua storia di vita e alla comprensione, attraverso domande specifiche, delle difficoltà riguardanti l'area scolastica e dell'apprendimento. Nello specifico, attraverso l'analisi delle dinamiche di attaccamento, il clinico rintraccia eventuali eventi traumatici che possono aver contribuito all'insorgenza delle sue difficoltà. E' necessario, quindi, fare un'anamnesi approfondita riguardo le relazioni significative del bambino e le aree di problematicità e sofferenza ad esse collegate.

Sarà poi indispensabile, prima di procedere con il protocollo EMDR standard, identificare le risorse del bambino; è fondamentale infatti aiutare quest'ultimo a rintracciare, nella sua storia, anche tutti i momenti in cui si è sentito efficace in qualcosa (sia nell'ambito scolastico che non) e rinforzare tutti gli aspetti che lui stesso legge come positivi riguardanti il carattere o ciò in cui si sente abile. Tale lavoro risulta fondamentale proprio per tutte le premesse esposte rispetto al sentimento di inadeguatezza che il bambino con DSA sperimenta a seguito dei fallimenti non solo scolastici ma anche relazionali, causati dalle difficoltà intrinseche nella natura del disturbo stesso.

Pertanto il terapeuta, interessato ad utilizzare questo piano di lavoro, dovrà anche indagare la rappresentazione che il bambino ha di se stesso al di fuori dell'ambiente scolastico, per elicitarne quelle risorse che saranno fondamentali durante tutto il percorso terapeutico condotto con EMDR; percorso che si pone come obiettivo quello di andare a lavorare su tutte quelle esperienze traumatiche e ferite dell'attaccamento che, come riportato in letteratura, giocano un ruolo chiave nell'insorgenza dei disturbi dell'apprendimento.

BIBLIOGRAFIA

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Al-Yagon, M. (2014). Child–mother and child–father attachment security: Links to internalizing adjustment among children with learning disabilities. *Child Psychiatry & Human Development*, 45(1), 119-131.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Milano: Raffaello

Cortina Editore.

Bauminger, N., Schorr-Edelsztein, H., & Morash, J. (2005). Social information processing and emotional understanding in children with learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities, 38*, 45-61.

Bauminger, N., & Kimhi-Kind, I. (2008). Social information processing, security of attachment, and emotion regulation in children with learning disabilities. *Journal of learning disabilities, 41(4)*, 315-332.

Berthoz, A. (2003). La Décision. Paris: Odile Jacob. Trad. it. (2004). La scienza della decisione. Torino: Codice.

Damasio, A. R. (1994). Descartes' error: Emotion, rationality and the human brain. New York: Putnam.

Lazzari, D. (2007). Mente e salute. Evidenze, ricerche e modelli per l'integrazione (Vol. 6). Milano: FrancoAngeli.

Lucangeli D., (2006) Cosa si intende per disturbi e difficoltà dell'apprendimento. In (A cura di) Lucangeli D., Dupuis M., Genovese E., Rulli G., L'apprendimento difficile. La percezione dei disturbi e delle difficoltà a scuola, indagine pilota nella scuola primaria e secondaria di I grado. Quaderni del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, Quaderno n° 37.

Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention.

MIUR (2011). Linee guida per il diritto allo studio degli alunni e degli studenti con disturbi specifici di apprendimento (<https://www.miur.gov.it/documents/20182/187572/>)

Liotti, G., & Farina, B. (2011). Sviluppi traumatici.eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensioni dissociativa. Milano. Raffaello Cortina Editore.

Seligman, M. E. (1975). Helplessness: On depression, development, and health. San Francisco: WH Freeman.

Siegel, D. J., Hartzell, M., & Crugnola, C. R. (2005). Errori da non ripetere: come la conoscenza della propria storia aiuta a essere genitori. Milano: Raffaello Cortina.

Simonetta, E. (2007). Io non imparo perché sto male. Roma: Edizioni Carlo Amore.

Simonetta, E. (2012). Trauma e disturbi di apprendimento. La disgnosia quale adattamento al trauma. Roma: Armando Ed.

Simonetta, E., (2017). Il pensiero in trappola. Milano: Mimesis Edizioni.

Tur-Kaspa, H., & Bryan, T. H. (1994). Social information: Processing skills of students with learning disabilities. *Learning Disability Research and Practice, 9*, 12-23

Ventriglia, L., Storace, F., & Capuano, A. (2017). DSA e strumenti compensativi. Una guida critica. Roma: Carrocci Faber.

SOPRAVVIVERE ALLA MORTE DI UN FIGLIO:

La mia rinascita

Tiziana D'Ambrosio

Testimonianza

Era il 14 giugno del 2017 quando la nostra vita è cambiata per sempre. Mio figlio maggiore si è tolto la vita. Con lui, è svanito il senso profondo della nostra esistenza e il nostro essere una famiglia 'normale' e serena.

E' un dolore così devastante che può farti impazzire, toglie il respiro, toglie qualsiasi forza. Arriva immediatamente il senso di colpa e ti interroghi continuamente: se solo avessi... perché non ho capito...?

Chi resta deve compiere la fatica maggiore, il cammino più difficile, riuscire a vivere, convivendo con il senso di frustrazione e di impotenza per essere stati esclusi da una scelta così estrema ed irreparabile e per non aver avuto la possibilità di dare il proprio aiuto in un momento di difficoltà e di disperazione accecante.

Nei primi giorni il mio unico desiderio è stato quello di seguirlo, ma poi fortunatamente ho deciso di chiedere supporto a una professionista, esperta nella gestione di questo tipo di traumi, che potesse fornirmi il sostegno necessario per riuscire a gestire un dolore così grande e logorante.

Sono stati momenti concitati, non ero molto lucida ed ero anche spaventata dall'idea di dover comunicare a mio figlio più piccolo la scomparsa del fratello maggiore, che è sempre stato per lui un esempio da seguire con orgoglio. Un dolore nel dolore. Mi sono ritrovata a dover affrontare nella disperazione totale qualcosa più grande di me.

Mi sentivo persa e sopraffatta da tantissimi dubbi su come agire, su quale fosse la strada migliore da seguire per non aggiungere altra sofferenza e per non propagare quella sensazione di smarrimento che si prova davanti a una perdita del genere. Ed è così che mi sono rivolta e affidata alla Dott.ssa Chiara Gatti, che è intervenuta prontamente con l'approccio EMDR.

I primi incontri con lei sono stati per me devastanti, non mi sono subito resa conto di quanto l'EMDR potesse essere efficace. Uscivo provata dalle sedute, che all'inizio erano molto ravvicinate (due a settimana) e che mi svuotavano ulteriormente perché mi ritrovavo a tirare fuori e ad affrontare lo strazio e la disperazione che provavo in quei momenti e che forse avrei voluto solo insabbiare per cercare di soffrire meno.

Ma andando costantemente avanti con la terapia ho iniziato a riprendere, giorno dopo giorno, un pezzettino della mia vita, riuscendo a far scorrere via un po' di quella rabbia, tristezza ed angoscia che mi portavo dentro, oltre al senso di vergogna e al sentirmi giudicata per quello che era successo, anche solo uscendo di casa.

Le parole chiave della Dottoressa sono state: "SOLO TU PUOI RIPARARE AL GESTO DI TUO FIGLIO", "E NON PERMETTERE CHE L'ULTIMA PAROLA SU TUO FIGLIO SIA IL SUO GESTO", lì ho capito che la mia vita aveva uno scopo e che dovevo dare un senso a questa morte.

Oltre alla sfera emotiva nella terapia ci siamo concentrate anche sul mio corpo che portava pesantemente i segni di ciò che avevo vissuto: ero ripiegata su me stessa e non riuscivo a tirarmi su; a volte restavo seduta sul divano della dottoressa non potendo sollevare il capo dalle ginocchia e piangevo ininterrottamente. Abbiamo anche lavorato sul modo di rapportarmi agli altri quando parlavano con me della morte di mio figlio, sulla vergogna che sperimentavo e la difficoltà a sostenere lo sguardo delle persone sentendomi giudicata ed osservata. Ho gradualmente imparato a mettere dei confini proteggendomi dalla curiosità intrusiva e dalla commiserazione molesta. E così, piano piano, anche il mio corpo ha ripreso le sue forze e, con esse, la voglia di vivere nonostante il grande dolore.

Il sostegno di una specialista è stato fondamentale non solo per me, ma anche per gli altri due miei figli, uno di 10 e l'altra di 18 anni. La Dottoressa Gatti mi ha fatto prendere, dal primo momento, la STRADA DELLA VERITÀ, malgrado per me fosse inizialmente impensabile poter dire ad un bambino che suo fratello si era impiccato, che quel fratello che lui vedeva come il suo idolo avesse scelto di morire.

Ma ho deciso di fidarmi e, successivamente, ho compreso che a consigliarmi di dare da subito una notizia così crudele, ma vera non c'era solo la Dott.ssa Gatti, ma l'aiuto e l'abbraccio di un'Associazione molto preparata, perché è importante che i bambini possano lavorare sulla verità, seppur dolorosa e difficile da sopportare, per non perdere la fiducia nei propri genitori e, in generale, negli adulti.

Fin dall'inizio, mi sono resa conto degli effetti positivi dell'EMDR su mio figlio più piccolo. Mi è stato concesso di assistere alle sue sedute e, ogni volta, mi stupivo della sua comprensione della terapia e del fatto che anche un bambino di 10 anni potesse provare un senso di colpa nei confronti del fratello che aveva deciso di suicidarsi. I risultati sono stati visibili, il nostro cammino in salita è stato faticoso, ma è stato illuminato da una guida che, sempre al nostro fianco, ci ha aiutato a gestire, giorno dopo giorno, questo dolore e tutte le difficoltà che ne conseguono.

I momenti di sconforto e di tristezza ovviamente non svaniranno mai del tutto, sono quotidianamente in agguato, per questo penso che sia fondamentale affrontare il percorso del lutto avendo nel proprio bagaglio tutti gli strumenti necessari per rialzarsi e per vedere sempre la luce, anche nei momenti più bui.

Quando si tocca il fondo della disperazione si può solo risalire. Un viaggio incredibilmente doloroso, con diversi ostacoli e imprevisti, ma che se affrontato con tenacia e coraggio ti porta ogni giorno nuove scoperte e importanti consapevolezze.

Un percorso di rinascita interiore, in cui il grandissimo dolore si può trasformare in qualcosa di positivo, che ti fa affrontare la vita in modo diverso e vedere ogni difficoltà da un'altra prospettiva, con un peso differente. Mi sento esposta alle avversità della vita con una sensibilità maggiore, sono più fragile e più forte allo stesso tempo. La vita mi ha messo di fronte a una tragedia enorme, potenzialmente capace di distruggere tutto intorno, che ti toglie il fiato e la voglia di vivere. Ma grazie all'aiuto dell'approccio EMDR, all'affetto dei familiari e al calore della fede, sono riuscita a trovare dentro di me la forza per reagire e provare a ricostruire una nuova quotidianità senza mio figlio. Avevo il dovere di riprendermi per non stravolgere ulteriormente la vita degli altri miei due figli e concedere loro un futuro, seppur nella difficoltà di convivere con un dolore che ci porteremo sempre nei nostri cuori.

Nulla avviene mai per caso e grazie alla terapia ho iniziato un lungo viaggio a ritroso nelle memorie familiari e ho compreso l'importanza di interrompere le catene del dolore.

In questi due anni mi sono resa conto anche di quanto sia importante la CONDIVISIONE, per non sentirsi soli di fronte al dolore e alla paura di affrontare il presente e il futuro. Un altro aspetto che accompagna costantemente chi subisce questi traumi è il senso di colpa, prima per quello che è avvenuto poi perché, invece di sopravvivere semplicemente, si vuole ritrovare una vita piena, che non escluda sentimenti di gioia e serenità.

Spero che questa testimonianza possa essere d'aiuto e di conforto per altri genitori che, purtroppo, si ritrovano nella mia stessa situazione. Ricordo che, nel primo periodo, ero alla continua ricerca di storie simili, necessitavo di confrontarmi con i sentimenti e il percorso di chi aveva già vissuto questo tipo di lutto, per provare a riemergere dallo sconforto totale.

Vorrei mettere la mia esperienza a disposizione di tutti, per poter arrivare anche solo a un giovane in difficoltà, affinché possa comprendere che a tutto c'è rimedio, che ci sono sempre delle possibilità nella vita, l'importante è provare a cercarle e chiedere aiuto quando si ha l'impressione di essere senza una via d'uscita.

Il mio prossimo obiettivo è quello di creare un'associazione per aiutare i familiari di chi è morto suicida perché, con il supporto di esperti e la condivisione e l'elaborazione del dolore, se ne può venire fuori. Si può tornare ad essere felici, trasformando la propria esperienza dolorosa in un qualcosa di positivo per sé e per gli altri.

Nota:

la paziente ha contattato l'Associazione attraverso la sua terapeuta per farci arrivare questa testimonianza e condividerla così con i soci.

LETTERA DA UNA RSA...

Carissime Elisa e Ignazia

Vi voglio restituire alcune riflessioni del nostro "viaggio"...si, perchè è stato un pochino come viaggiare...la meta era lontana, il tempo a nostra disposizione indefinito. La nostra nave si è attrezzata in pochissimo tempo con equipaggio e derrate... tutti pronti!! Si salpa!! La decisione di partire era stata presa in un momento di grande tensione, fuori dalla nave il mondo stava scivolando sempre più nel caos e nell'incertezza, l'equipaggio doveva andare, allontanarsi da quelle rive che diventavano sempre più pericolose per i viaggiatori intrappolati sulla nave, impossibilitati a scendere. L'equipaggio aveva dovuto lasciare tutto a casa, affetti, abitudini, certezze...tutto vacillava e ci univa solo la speranza, e la buona volontà. Tutti sapevamo che niente, dopo, sarebbe stato come prima. Affrontiamo il mare. I primi giorni è stata burrasca! Il mare in tempesta ha messo a dura prova l'equipaggio, abituato fino ad allora ad acque tranquille. I viaggiatori però erano al sicuro...qualche onda in più non li avrebbe certo messi in pericolo! Eravamo certi che avremmo superato la tempesta. Eravamo attrezzati: nei nostri zaini, preparati in fretta, non avevamo dimenticato di mettere tutto ciò che ci serviva: pazienza, determinazione, voglia di fare, volontà, forza, consapevolezza, sorrisi, lacrime, gioia, responsabilità...era davvero tutto! Ma quel viaggio, una notte, ha rischiato di interrompersi perchè qualcuno dell'equipaggio aveva messo dentro il suo zaino la nostalgia e la paura di non farcela. Allora tutti tirano fuori dai loro zaini qualcosa che li appesantiva: il senso di perdita, la paura, la sensazione di non essere capace... il capitano sapeva che bastava che anche solo uno dell'equipaggio rinunciasse a farne parte, che sarebbe stato tutto inutile! Si sarebbe dovuti tornare in porto! Le preoccupazioni del capitano erano sempre più forti, sapeva che la decisione spettava a lui... non poteva mettere in pericolo la vita dei suoi viaggiatori e tornando indietro questo era il rischio... ma non poteva non ascoltare il grido di aiuto dell'equipaggio... mentre era lì, congelato davanti alla colonnina del SOS per chiedere di essere riportati indietro...riceve una chiamata. E' la voce rassicurante e decisa di un personaggio che chiameremo "capitano in seconda". Il capitano in seconda, prima che il capitano chiedesse l'SOS prende una parte del timone e prova a guidare, a distanza, la nave...ascolta tutti, e tutti parlano e mettono a disposizione il contenuto prezioso dei loro zaini. Si tira fuori tutto ciò che serve, si capiscono i ruoli, si rispettano, si ride, si piange...e il mare diventa calmo. Le notti e i giorni scorrono tranquilli...ognuno ha adesso sempre più chiaro l'obiettivo, il proprio ruolo. Si sperimenta che si può ammettere di essere stanchi, di essere preoccupati, di sentirsi morire per la nostalgia per i propri cari, ma allo stesso tempo si può stare sulle nave e guidarla con sicurezza e determinazione verso porti sicuri....

Insomma...un viaggio che non è ancora finito ma che ha già prodotto esiti indelebili: niente sarà come prima per nessuno di noi. Io mi sono ritrovata a dover essere contemporaneamente datore di lavoro, amica, psicologa, confidente, sorella, ho rischiato la scissione e per me, il ruolo di mia cugina, è stato fondamentale. Mi ha permesso di chiamarmi fuori da ruoli che non potevo vestire, da situazioni che non sarei riuscita a gestire con "l'equipaggio". Io e mio marito (che con me guida la nave) ci siamo affidati alla sua voce esperta per rimandare un messaggio importante: non siamo soli. Vedere i ragazzi, nei loro minuti di pausa, cercare un angolo in cui rifugiarsi e fare l'abbraccio della farfalla, e poi tornare ad operare con i nostri nonnetti con rinnovata voglia di fare e con sorrisi freschi, per noi ha rappresentato la certezza che tutto sarebbe andato bene. Il clima si è progressivamente rasserenato, si aspettava il nostro incontro "d'equipe" con il "capitano in seconda" come un momento di nutrimento, in cui rilassarci e condividere. Ecco, credo che il nostro "posto al sicuro" sia stato questo: la sicurezza di poter condividere...nel senso etimologico del termine: portare tutti quanti un pezzettino del carico di ciascuno e farlo senza fatica estrema. Ho visto mettere in pratica una teoria e un "protocollo" che conoscevo in parte, che avevo in parte anche sperimentato, e l'ho sentito respirare e l'ho visto restituire fiato a chi era in apnea. Me per prima.

GRAZIE a Ignazia, mio faro nelle situazioni più complicate della mia vita, mio sostegno nella tempesta, mio specchio... Grazie alla D.ssa Faretta che so, essere stata il "capitano in seconda del nostro capitano in seconda", grazie all'Associazione per la grande opportunità offerta.

Valentina

Lunedì 7 dicembre 2020 si è svolta la solenne cerimonia di consegna delle “Civiche Benemerenze” presso il Comune di Milano - Palazzo Marino, in Piazza della Scala 2 dove Isabel Fernandez, a nome dell’Associazione , ha ricevuto l’Ambrogino d’Oro.



IL RAPPORTO DELL'ASSOCIAZIONE EMDR ITALIA CON LE ISTITUZIONI

Nel corso del 2020 abbiamo consolidato i nostri rapporti con varie istituzioni firmando dei Protocolli d'intesa.

Abbiamo realizzato una convenzione con la **Polizia di Stato**, a livello nazionale, che prevede che i poliziotti e le loro famiglie possano accedere ad una terapia EMDR ad un prezzo calmierato di 50,00 euro più tasse. La Polizia di Stato, attraverso la loro Direzione di Sanità mette a disposizione la lista dei soci EMDR che hanno il titolo di Practitioner che hanno aderito a questa convenzione e che sono presenti in tutto il territorio nazionale.

L'**Arma dei Carabinieri** ha messo a punto dopo vari anni di collaborazione, una convenzione con la nostra Associazione per i loro dipendenti che possono far richiesta alla nostra Segreteria di nominativi nella loro zona.

L'emergenza Covid 19 ha portato a creare dei rapporti di collaborazione con il Ministero della Salute e con il Ministero dell'Istruzione. Come società scientifica iscritta e riconosciuta dal Ministero della Salute, abbiamo avuto una parte molto attiva nel servizio di supporto psicologico attraverso il numero verde organizzato dal Ministero. Nell'ambito di questo intervento, abbiamo raggiunto 1.100 utenti, che hanno avuto un supporto specialistico per 6 incontri da remoto. Il ministro della Salute ha inviato una lettera di ringraziamento e di apprezzamento per il lavoro fatto e ha programmato un incontro per il mese di settembre.

Il **Ministero dell'Istruzione** ha riconosciuto all'Associazione gli interventi fatti nel corso degli anni nelle scuole nell'ambito di situazioni traumatiche (suicidi, incidenti, lutti, violenze, ecc.), dove sono stati supportati allievi, docenti e personale scolastico. Nel contesto dell'emergenza Covid 19 il Ministero sta supportando e promuovendo degli interventi nelle scuole con docenti e da settembre con allievi. Stiamo organizzando una serie di incontri in varie parti di Italia, quindi se qualcuno è interessato a condurre incontri di psicoeducazione e di supporto può contattare la segreteria dell'Associazione.

In data 15 luglio 2020 siamo stati iscritti nell'Elenco dei soggetti di rilevanza per la **Protezione Civile lombarda**. I prossimi interventi di emergenza, in risposta a disastri collettivi che avverranno in Lombardia possiamo farli come Associazione all'interno della Protezione Civile.

L'Associazione EMDR Italia ha appena firmato un accordo operativo con il **Comune di Genova (Direzione Politiche Sociali)**, con l'**Università di Genova (Dipartimento di Scienze della Formazione)** e l'**Ordine degli Psicologi della Liguria** per la realizzazione di un progetto di innovazione sociale "Psicologia di comunità e promozione della resilienza" rivolto ai quartieri coinvolti dal crollo del Ponte Morandi e dall'Emergenza Covid 19. Dopo aver lavorato con la popolazione per 3 mesi, dal 16 agosto al 26 novembre 2018 (per tutta la fase acuta) dopo l'evento del crollo del Ponte Morandi, abbiamo continuato a progettare con il Comune di Genova una fase di intervento a lungo termine. Così è nato il progetto "Oltre il ponte", finanziato dalla Compagnia di San Paolo e dalla Costa Crociere, che permetterà alla popolazione di avere un supporto psicologico anche a distanza di 2 anni, per ricostruire la resilienza, elaborare delle situazioni traumatiche o stressanti residue e rafforzare la comunità che ha vissuto la perdita delle loro case e attività. E' la prima volta che si crea un progetto di supporto articolato, rivolto a tutte le fasce della popolazione coinvolta dopo un disastro di queste proporzioni. L'Associazione EMDR Italia avrà un ruolo operativo, attraverso i colleghi di Genova che saranno coinvolti in prima linea per il prossimo anno, con la possibilità di rinnovo per altri 2 anni. Avremo modo di verificare le reazioni a distanza di due anni e di valutare l'efficacia degli interventi, attraverso il lavoro dei colleghi dell'Università di Genova.

Un importante protocollo d'intesa è stato firmato con l'**Italian Flight Safety Committee** che è un'associazione impegnata nel promuovere le condizioni che garantiscano i massimi livelli di sicurezza per i passeggeri, gli operatori aeroportuali e in generale tutte le attività connesse alle operazioni di volo. La nostra Associazione darà supporto scientifico e linee guida per la realizzazione di attività di formazione del personale aeroportuale.

In caso di incidente, EMDR Italia si dichiara disponibile a offrire assistenza, aiuto psicologico e a effettuare sedute di psicoterapia EMDR, a favore delle persone esposte a eventi critici e traumatici all'interno del contesto aeroportuale, ovvero passeggeri, loro familiari e personale aeroportuale (soccorritori e dipendenti). Per questo motivo, faremo degli accordi specifici con i vari aeroporti, in modo da implementare la collaborazione.



Recensione a cura di D.A.

Efficacia dei trattamenti incentrati sul trauma in una popolazione di adolescenti che soffrono di depressione maggiore (Corine Paauw, Carlijn de Roos, Judith Tummers, Ad de Jongh & Alexandra Dingemans, 2019) DOI: 10.1080/20008198.2019.1682931

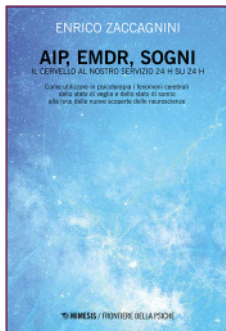
Il Disturbo Depressivo Maggiore è uno dei disturbi psichiatrici più comuni in bambini e adolescenti (Mullen, 2018). E' stato stimato che tra il 14% e 25% degli adolescenti esperisce almeno un episodio di Disturbo Depressivo prima di raggiungere l'età adulta (Ryan, 2005). Inoltre è stato dimostrato che il Disturbo Depressivo Maggiore è un fattore di rischio significativo per lo sviluppo di disabilità (Smith, 2014; Stikkelbroek, Bodden, Deković, & van Baar, 2013). Infine, lo sviluppo di un Disturbo Depressivo Maggiore nell'adolescenza è risultato essere associato allo sviluppo di una serie di malattie fisiche ed altri disturbi mentali nell'età adulta (Thapar, Collishaw, Pine, & Thapar, 2012; Weersing, Jeffreys, Do, Schwartz, & Bolano, 2017) così come allo sviluppo di problemi a livello sociale, di problemi legali ed elevati livelli di rischio di suicidio (Stikkelbroek et al., 2013).

E' stato evidenziato che soggetti che sviluppano un Disturbo Depressivo Maggiore nell'adolescenza sono stati spesso sottoposti ad eventi di vita stressanti (Mandelli, Petrelli, & Serretti, 2015; Monroe, Slavich, & Georgiades, 2014). Infatti, ci sono evidenze scientifiche che dimostrano la correlazione tra l'aver vissuto eventi di vita avversi precoci (ACE) e lo sviluppo di un Disturbo Depressivo Maggiore; queste esperienze interpersonali sono risultate essere principalmente umiliazioni e vissuti di intrappolamento (Kendler, Hettema, Butera, Gardner, & Prescott, 2003), ed altre diverse forme di abuso, prevalentemente l'abuso emotivo e il neglect (Hovens et al., 2010; Mandelli et al., 2015).

Negli ultimi 5 anni, un corpo sostanzioso di ricerche ha dimostrato evidenze preliminari sull'efficacia della terapia EMDR nel trattamento del Disturbo Depressivo Maggiore in campioni di soggetti adulti.

Tre studi in particolare, hanno valutato l'efficacia dell'EMDR in questa popolazione e hanno dimostrato che l'essere stati sottoposti ad un trattamento EMDR era correlato ad una significativa riduzione dei sintomi depressivi (Gauhar, 2016) in pazienti con depressione cronica (Wood, Ricketts e Parry, 2018) e Depressione Maggiore Resistente ai Farmaci (Minelli et al., 2019). Inoltre questi studi hanno dimostrato che aver utilizzato l'EMDR in questi pazienti ha comportato anche una significativa riduzione dei sintomi legati al trauma (Gauhar, 2016) e dei sintomi legati all'ansia (Minelli et al., 2019), al miglioramento del funzionamento sociale (Minelli et al., 2019) e della qualità di vita (Gauhar, 2016).

Mentre la ricerca che riguarda il trattamento EMDR in adulti con Depressione si ampiamente sviluppata negli ultimi anni, la ricerca sull'efficacia di questa terapia sugli adolescenti non ha seguito al stesso ritmo. L'obiettivo di questo studio è stato quindi quello di verificare l'efficacia dell'EMDR in un campione di 32 adolescenti tra i 12 e i 18 anni che soddisfacevano una diagnosi primaria di Disturbo Depressivo Maggiore (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994). I risultati post trattamento hanno mostrato una riduzione significativa dei sintomi depressivi e dei sintomi in comorbidità come PTSD, ansia, lamentele somatiche ed un incremento significativo del funzionamento sociale ed emotivo. Inoltre è risultato che più del 60% dei soggetti del campione non soddisfacevano più i criteri per un Disturbo Depressivo Maggiore. Infine, questi miglioramenti sono rimasti invariati anche in seguito ad un follow-up di 3 mesi. **E' interessante sottolineare che la remissione dei sintomi depressivi è stata evidenziata già solo in seguito a 6 sedute di EMDR per la maggior parte degli adolescenti del campione.**



AIP,EMDR,SOGNI - IL CERVELLO AL NOSTRO SERVIZIO 24 H SU 24 H

Come utilizzare in psicoterapia i fenomeni cerebrali dello stato di veglia e dello stato di sonno alla luce delle nuove scoperte delle neuroscienze

Enrico Zaccagnini

Come utilizzare l'enorme lavoro del cervello di sonno in psicoterapia?

Questo libro apre a un utilizzo neuro-biologicamente basato del materiale onirico, integrabile con l'approccio AIP/ EMDR.

Chiariti alcuni requisiti che la moderna epistemologia richiede per la validazione scientifica, l'autore parte da una disamina dell'innovazione EMDR per verificarne la correttezza alla luce di quei presupposti. Secondo l'autore, proprio perché rispondente a quei requisiti, l'EMDR è approdato a un modello teorico di riferimento, l'AIP, flessibile e capace di integrare nuovi dati provenienti dalla ricerca neurobiologica.

Le recenti ricerche neuro-scientifiche sul sogno concordano nel definire l'attività onirica ciò che corrisponde, in termini d'immagini, a quello che avviene all'interno del nostro organismo durante il sonno, in termini di esperienze di tipo sensoriale, motorio, emotivo e cognitivo. In particolare, la fase REM del sonno, è individuata come quella in cui il cervello tenta il processamento delle problematiche critiche nella vita del sognatore. Sappiamo, anche, che i sogni memorizzati sono prodotti esclusivamente in questa fase.

L'ipotesi centrale di questo libro è che il racconto di un sogno possa dare accesso alla problematica che nel cervello si è attivata in fase REM e che il corretto accostamento, da svegli, alle immagini oniriche memorizzate, decifrandone il significato, possa aiutare il compimento del processamento impostato dal cervello durante il sonno, processamento che, soprattutto nel caso di incubi e sogni ricorrenti, evidentemente, non è stato ancora portato a termine con successo. In un sogno compaiono personaggi, animali, oggetti, situazioni e azioni per esprimere quello che il cervello ha bisogno di esprimere in quel modo e in quel momento. L'accesso a questo materiale, di cui soltanto il sognatore, che ha prodotto il sogno, può fornire il codice di decifrazione, fa emergere una serie di dati sotto la soglia di coscienza, che, per altre vie, potrebbero essere difficili da raggiungere o, addirittura, irraggiungibili. In particolare, il terapeuta può, per questa strada, identificare parti dissociative, meccanismi di difesa e vantaggi secondari cui la coscienza del paziente non apre l'accesso, ma che il cervello, nella sicurezza del sonno, e senza l'interferenza della coscienza di veglia, può esprimere sognando.

Il sogno è stato spesso oggetto d'interesse in psicoterapia e varie sono state le teorie per interpretarlo. Merito di Zaccagnini è avere proposto un metodo di decifrazione del materiale onirico che utilizza esclusivamente i dati in possesso del sognatore, ottenuti attraverso le definizioni e le associazioni, da lui fornite sulle immagini sognate. In questo modo l'interpretazione è sostituita da un'operazione di traduzione fra due linguaggi, quello immaginifico del sogno e quello cognitivo lineare della coscienza. Prezioso il ruolo della stimolazione bilaterale alternata, per ottenere dal paziente associazioni inibite da meccanismi di difesa.

Il libro illustra, anche, alcuni casi clinici per la cui soluzione la decifrazione dei sogni è stata decisiva. In questo modo il lettore è condotto ad accostare casi diversi con patologie importanti; i suggerimenti forniti, derivati dalla pratica clinica e ben integrabili con l'utilizzo dei sogni, possono aiutare il terapeuta EMDR a muoversi in una casistica complessa.

Il sogno è evanescente, è terra di confine fra il giorno e la notte, fra quello che già conosciamo e quello che ancora è da conoscere. L'ultimo capitolo del libro che allude a una rispettosa epochè su quanto ancora non è stato spiegato sul sogno, che non per questo necessariamente non esiste, accoglie la potenzialità di un percorso di conoscenza che trova il suo senso nel suo continuo allargamento. Parallelamente, l'evidenza clinica mostra che stati di coscienza più ampi appaiono con frequenza al termine della elaborazione di eventi di vita sfavorevoli, fatta con l'approccio AIP/EMDR/Sogni che, in questa prospettiva, è anche, a suo modo, promotore di ampliamento di coscienza e disvelamento della realtà.



La Psiche tra salute e malattia

David Lazzari

Il testo è organizzato in due parti. Nella prima, composta di 6 capitoli, David Lazzari illustra con un impegno magistrale le evidenze scientifiche che provengono dalle aree della genetica, biomedicina, neuroscienze e psicologia, a supporto sia del ruolo centrale giocato dalla dimensione psichica nel modulare benessere, salute e malattia dell'esistenza umana sia della varietà di interventi psicologici che possono agire in prevenzione e cura con risparmio sulla spesa sanitaria pubblica globale.

Nella seconda parte, ulteriori 4 capitoli approfondiscono l'efficacia di specifici interventi psicologici nei contributi di Mirko La Bella, Paolo Riva e Davide Mazzoni, Vittorio Lingiardi e Laura Muzi, Nicola Artico e Daniel De Wet.

L'intento generale che l'autore persegue nel volume è rendere evidente e accrescere la consapevolezza che la soggettività psichica ha una centralità non riduzionistica rispetto all'apparato biologico nel modulare salute e malattia e nell'accrescere il potenziale umano di autorealizzazione di ciascun individuo. Il superamento dell'antico riduzionismo mente-corpo, quindi l'unità psicobiologica che organizza, modula e realizza l'esistenza umana, si rappresenta in realtà come un assunto di partenza che sorregge tutto l'impianto del testo e che prende spunto dalle ultime riflessioni di Damasio in "Lo strano ordine delle cose" (2018). La dimensione psichica secondo Damasio ha in sé già un valore biologico, perché da un punto di vista evolutivo essa si sarebbe sviluppata proprio per garantire processi di sintesi regolatori dei segnali provenienti dal corpo e dall'ambiente esterno e quindi con la finalità di ottenere equilibri adattivi.

L'ipotesi che Lazzari avanza rispetto a Damasio e che tenta di dimostrare attraverso un'attentissima documentazione dei dati di ricerca, è che la funzione di sintesi e regolazione della dimensione psichica non si limiti a collegare gli input biologici a quelli di contesto, ma renda conto anche e soprattutto delle istanze e delle esigenze proprie tipiche della soggettività individuale. Tra queste istanze vi è la capacità di metarappresentare processi fisiologici e comportamentali che originano nell'interazione col contesto ambientale e culturale di appartenenza, mentre tra le esigenze quella dominante è la necessità di dare un senso alla percezione dei vissuti soggettivi di quei processi e dell'esperienza che li ha innescati. Tali percezioni, unitamente alle valutazioni che di esse si danno seguendo particolari atteggiamenti idiosincratici, sono in grado, come dimostra la letteratura riferita, di "generare cambiamenti a diversi livelli somatici: sistema nervoso centrale, asse ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), segnali intracellulari, fattori di trascrizione genica e quindi espressione genica". A loro volta questi cambiamenti di ordine più strettamente somatico influenzano lo stato psichico, le percezioni, gli atteggiamenti, le rappresentazioni, le scelte, i rapporti interpersonali le esperienze contestuali. Interazioni che nel rapporto soma-mente oggi chiamiamo botton-up e top-down, e anche di relazioni orizzontali interemisferiche.

Tutto ciò che è in grado di favorire la formazione di rappresentazioni delle proprie esperienze, cioè dei propri vissuti in termini biologici emotivi cognitivi e relazionali e della loro gestione, e contemporaneamente di facilitare la costruzione del significato e del valore delle medesime, quindi di orientare previsioni sul futuro, potrà riconoscere all'elaborazione psichica una funzione biologica sui livelli di stress, o, in termini psiconeuroendocrinoimmunologici, sui livelli di infiammazione e quindi di salute e malattia. Così sappiamo che la correlazione positiva tra esperienze di vita avverse infantili, come le trascuratezze, gli abbandoni, gli abusi, i lutti precoci, la convivenza con un genitore affetto da dipendenze o malattie mentali, ed il rischio di sviluppare malattie fisiche e psicologiche in età adulta, con una probabilità maggiore che va da 2 a 7 rispetto a chi non ha vissuto esperienze avverse, non dipende dalla gravità degli eventi avversi in sé. Dipende dalla disponibilità di altre figure adulte, capaci in tempo reale e continuativo di permettere al bambino di raccontare il suo vissuto e nel suo racconto di elaborare e trasformare le risposte psicofisiologiche disturbanti in un'esperienza rappresentata, integrata, condivisa, tale da incidere positivamente sull'attività corticale superiore, prevenire disturbi dell'apprendimento e della condotta, favorire migliore aspettativa di vita.

Oppure impariamo anche che le relazioni medico-paziente o in generale sanitarie, dandosi come esperienze e quindi come vissuti e gestione a carico della dimensione psichica, fungono pure esse come "farmaci" sulla modulazione e la prevenzione dello stress/infiammazione e del decorso della malattia. Immaginare che i medici possano inquadrare il disturbo fisico senza osservarne e modularne nel paziente il vissuto e la gestione, decontestualizzandolo sia dalla sua storia idiosincratica che dal rapporto medico-paziente, anche questo da intendersi come vissuto gestibile da entrambi, medico e paziente, significa, spiega Lazzari, depotenziare la cura e disorganizzare quel grado di benessere che si può preservare pur stando male.

Si apprende inoltre che dimensioni psichiche sofferenti, stati depressivi non riconosciuti o sotto soglia o non trattati in tempo reale, aumentano in 10 anni il 50% di probabilità di incidere sull'espressione di malattie cardiovascolari diabetiche sistemiche e tumorali. Invece, una dimensione psichica sana genera e trascrive altra salute globale sulle generazioni future: le evidenze raccolte nel testo indicano che il miglior predittore del benessere psicologico (affettività) dei figli e quindi anche della salute globale dei futuri adulti è la salute psicologica della madre. Questo vuol dire che gli interventi sulla dimensione psichica devono potersi orientare non solo sull'acquisizione del benessere degli adulti quando esso manchi, ma anche sul suo mantenimento precoce quando esso già sia dato. Ciò avrà un beneficio in termini economici, perché la presenza di sofferenze e problemi psicologici nelle persone con patologie fisiche è associata ad un aumento medio del 45% dei costi

sanitari, senza includere quelli specifici per i problemi psicologici. Inoltre, il dato di cui sopra ed altri espressi nel testo mostrano come tutti gli interventi psicologi, quelli psicoterapici orientati alla cura e quelli anche non psicoterapici orientati all'incremento e valorizzazione delle risorse e qualità di vita, sono fondamentali per il benessere della società. L'ingrediente comune a questi interventi è la loro specificità per la narrazione, la co-costruzione di metarappresentazioni e la ricerca di senso e significato necessari alla modulazione dell'intero sistema psicobiologico. Vengono così anche meno le vecchie diatribe sulle differenze di efficacia delle due maggiori scuole di trattamento delle sofferenze psichiche, la scuola psicodinamica e quella cognitivo comportamentale. Entrambe, unitamente alle scuole della terza ondata cognitiva, favoriscono funzionali integrazioni tra i livelli biologici e psicologici attraverso una dichiarata attenzione all'accrescimento della metacognizione e mentalizzazione del paziente.

Il testo di David Lazzari ha un valore indiscutibile sul piano scientifico-epistemologico, politico sanitario e culturale.

Il valore scientifico-epistemologico, può essere attestato in due sensi, suffragati entrambi dall'ampia ed accurata rassegna di evidenze scientifiche. Da un lato è stato illustrato come il biologico ed il soggettivo, cessando di essere categorie modulari, separate, e incarnandosi in una unica unità dimensionale, concorrono ad un nuovo paradigma clinico-scientifico della promozione della salute e qualità di vita. Lazzari scrive: "Cadranno le barriere tra la dimensione psichica e quella biologica, non nel senso dell'appiattimento riduzionistico dell'una sull'altra, ma nel senso dell'integrazione e dell'interdipendenza, e cadranno dicotomie come quella tra 'cognizione' ed 'emozione' come due aspetti separati, quando il 'cos'è' ed il 'com'è' sono profondamente intrecciati, anche se processi organizzativi disfunzionali e difensivi possono allentare l'integrazione verticale (tra gli emisferi) e orizzontale (tra centri corticali e sottocorticali)." Un primo punto che permette di riformulare alcune categorie concettuali. Le emozioni sono forme di cognizioni che coinvolgono il corpo; la vulnerabilità diventa una peculiare suscettibilità dell'individuo alle esperienze di vita; le esperienze rappresentano vissuti e gestioni di alcuni eventi avversi e non si identificano con l'evento in sé; l'ambiente, il senso di comunità ed appartenenza, quindi la cultura, assumono centralità per l'unità della dimensione psicobiologica nella misura in cui si fanno generatori e portatori di simbolismi intrapsichici, fruibili per l'essere umano come traduttori di valori e modulatori degli equilibri adattivi funzionali alla sopravvivenza e qualità di vita.

Dall'altro lato, e in senso forse più rilevante il lavoro di Lazzari ci conduce ad apprendere un nuovo e più adeguato concetto di salute. Col supporto preziosissimo delle evidenze scientifiche documentate, questo nuovo concetto non riesce solo, come auspica Fabio Leonardi nel suo libro "Grande paradosso della salute" (2015, Felici Edizioni), a superare il riduzionismo organicista, a recuperare la dimensione soggettiva, e grazie a questa a ipotizzare almeno che lo stato di salute sia potenzialmente raggiungibile da chiunque. Esso in particolar modo riesce a contemplare che la salute globale, lungi dall'essere come afferma l'OMS uno stato di completo benessere psicofisico e mentale, sia perseguita, oltre che curando ciò che non funziona e favorendo equilibri anche quando si sta male, soprattutto mantenendo la promozione di ciò che funziona.

Gadamer, ha affermato che salute e malattia non possono essere distinte, in quanto "è la malattia e non la salute a manifestarsi come ciò che si oggettiva da sé e che 'ci viene incontro', in breve 'ciò che ci invade'".

La salute, invece, non attirerebbe la nostra attenzione, non si manifesterebbe in modo emergente, dunque è difficile concepirla positivamente. Proprio questa è la novità che arriva dal libro: la salute si vede, si può concepire, perseguire e anche misurare portando i riflettori sulla soggettività e la dimensione psichica. Sebbene il quadro teorico di riferimento del testo sia quello epigenetico che sostiene l'osservazione psiconeuroendocrinoimmunologica, si può ragionevolmente pensare che questo rinnovato concetto di salute possa costituire un nuovo paradigma scientifico, dove la soggettività è un fatto da osservare e riconoscere, che una buona dimensione psichica è un fattore protettivo, sia quando si sta male che quando si sta bene, e che la psicologia possa considerarsi essa stessa una scienza: questa, secondo me, la portata innovativa introdotta e documentata da David Lazzari.

Il valore politico sanitario è documentato pure dall'ampia ed accurata rassegna di evidenze che permettono di affermare come la dimensione psichica sia un fattore non riduzionistico delle variabili che concorrono alla salute e alla malattia. Ne segue che gli interventi psicologici, già entrati nelle linee guida dei Livelli Essenziali di Assistenza, dovrebbero d'ora in poi essere più rapidamente e diffusamente implementati come parte integrata ai trattamenti medici tradizionali per la salute globale del cittadino e della società tutta, presente e futura.

Il valore culturale è implicito nella motivazione principale che ha indotto l'autore a scrivere il testo e cioè incrementare la consapevolezza della centralità della soggettività di ciascun individuo nella realizzazione di tutto il suo potenziale umano.

Per tutte queste ragioni consiglio la lettura del testo a tutte le popolazioni: i giovani studenti di medicina e psicologia avranno conoscenze e spunti di riflessione da cui trarranno entusiasmanti orientamenti nello sviluppo ed approfondimento della propria professione; i professionisti già più maturi potranno avere accomodamenti interessanti sui propri eventuali progressi apprendimenti e comunque percepiranno che una fiducia e un amore rinnovati, sensibili, proattivi per la propria professione è stata come iniettata durante la lettura; e chi non fa questo mestiere e nemmeno ha un diploma, ho potuto appurare per caso, che dopo aver letto le prime 10 pagine ha chiesto di avere una copia del testo.

Cosa c'è che può colpire di soggettivo sia il lettore esperto che quello non esperto?

Colpiscono due attenzioni da parte dell'autore, l'una collegata all'altra. Quella della sottolineatura in termini probabilistici delle previsioni implicate nei dati scientifici riferiti e quella non colpevolizzante verso chi si potrebbe riconoscere in qualche casistica. Un'attenzione questa che sa di cura, di empatia per il lettore ignoto ma considerato. Si percepisce il dialogo col lettore. Difficile trovare ben coniugate insieme queste due attitudini, una intellettuale e una relazionale nella stessa opera.

Recensione a cura di Liuva Capezzani



ISTITUTO COMPRENSIVO DI FORNO CANAVESE
Sito Web: www.icfornocanavese.edu.it
Scuola dell'Infanzia, primaria e secondaria di 1° grado
Via Aldo Moro, 9 – 10084 Forno Canavese (TO) C.F. 95011170016
☎ 0124/7305 ✉ TOIC84800C@istruzione.it 📧 TOIC84800C@pec.istruzione.it



All'Associazione EMDR

Oggetto: Esito incontri con psicologhe EMDR

Nel mese di settembre un grave lutto ha colpito la nostra scuola: un nostro alunno è stato ucciso nel sonno dal padre che poi si è suicidato. L'evento ha sconvolto i ragazzi, le loro famiglie ma anche noi docenti e tutta la comunità. Al trauma per quanto accaduto si è aggiunto lo stress per l'esposizione mediatica. Inoltre, alla disperata ricerca di un "perché", la comunità si è spaccata, anche sui social, tra chi ha individuato come unico colpevole il padre e chi ha accusato la madre, che l'ex marito aveva incolpato del suo gesto estremo nel suo ultimo delirante messaggio.

Siamo venuti a conoscenza del metodo EMDR e degli interventi per fini umanitari offerti gratuitamente dai terapeuti aderenti all'associazione EMDR Italia. Abbiamo contattato l'associazione e nell'arco di pochi giorni, la dottoressa Paola Comito ha organizzato, con alcune colleghe, un piano di interventi rivolti alle famiglie, a noi docenti, ai compagni del bambino ucciso.

La dottoressa Comito, insieme alle terapeute Paola Abrate, Iria Barbiè, Ilaria Bianchi, Laura Buracchi e Christina Papanikolau, ha svolto due incontri di psicoeducazione (uno rivolto ai genitori e ai docenti e l'altro, su richiesta del Sindaco della comunità di appartenenza del bambino, aperto anche ad altre figure, come i catechisti, che partecipano all'educazione dei ragazzi) durante i quali sono state spiegate le reazioni da stress conseguenti ad un evento traumatico. Inoltre genitori e docenti sono stati guidati a riconoscere eventuali segnali di disagio nei ragazzi.

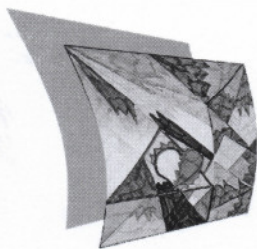
Parallelamente si è svolto un ciclo di tre incontri di gruppo per i compagni di classe della vittima e per gli alunni delle altre due classi parallele. Tutti i genitori hanno espresso il loro consenso alla partecipazione dei figli, riconoscendo l'importanza delle attività svolte. Al termine di questo ciclo è stata organizzata la restituzione dei risultati ai docenti e ai genitori.

Desideriamo ringraziare l'associazione e in particolare il team di terapeute che sono intervenute, per la disponibilità e il sostegno offerti a tutti, ragazzi e adulti.

Per genitori e docenti gli incontri sono stati un'importante occasione per migliorare le loro azioni di sostegno alla crescita serena dei ragazzi.

I ragazzi sono stati aiutati a riconoscere ed esprimere le loro emozioni e sono stati sostenuti nella fase di elaborazione del trauma.

IL DIRIGENTE SCOLASTICO
Dott.ssa Mariella MILONE
(Firma autografa sostituita a mezzo stampa
ai sensi dell'art.3, comma 2 del D.Lgs. n.39/1993)



Azienda Pubblica di Servizi alla Persona PADRE ODONE NICOLINI

N. di prot. 1208/MB/bb

Pieve di Bono-Prezzo li, 5 ottobre 2020

Spett.le
Associazione EMDR Italia
Via Umberto I n°65
20814 Varedo (MB)

A mezzo e-mail: segreteria@emdritalia.it

Solo poche righe per esprimere un sincero ringraziamento all'Associazione EMDR per il prezioso contributo che ha voluto riservare alla nostra "Casa" ed a tutto il sistema delle APSP; siete stati un riferimento fondamentale per i nostri dipendenti ma anche per tutta la nostra struttura durante le fasi dell'emergenza. Una presenza importante, professionale e motivata che ci è stata di grande conforto.

Abbiamo affrontato insieme momenti complessi dimostrando ancora una volta l'umanità e la dedizione nel vostro operare.

Penso che stare dentro un'Associazione di Volontariato come la vostra sia qualcosa che riempia il cuore, mettendosi a disposizione degli altri, anche e soprattutto nei momenti difficili.

La fragilità dei nostri ospiti, la maggior esposizione al rischio contagio e i sovraccarichi di lavoro hanno messo a dura prova i nostri dipendenti che hanno sopportato l'inverosimile, anche grazie al vostro aiuto, con una dedizione veramente straordinaria.

Con stima.



IL PRESIDENTE

Bazzoli Michele





PROGETTO EMDR EUROPE

“EMDR PRACTITIONER”

PSICOTERAPEUTA ESPERTO IN EMDR

Lo statuto della nostra Associazione ha come aspetti prioritari garantire la qualificazione, la formazione e l'aggiornamento sull'applicazione dell'EMDR nella pratica clinica quindi un nostro obiettivo è favorire il percorso formativo dei nostri soci aiutandoli a diventare più sicuri ed esperti. In questo senso la supervisione durante e dopo la formazione di base (livello I e II) è fondamentale in modo da accompagnare i colleghi che si sono formati nell'EMDR ad inserirlo nella propria attività senza prescindere dal proprio modello teorico di riferimento. Gli obiettivi della supervisione quindi sono quelli di:

- rafforzare la conoscenza e le capacità nell'applicazione dell'EMDR
- supportare il processo di integrazione dell'EMDR nella propria pratica clinica
- portare i colleghi a sentirsi a proprio agio e aumentare la sicurezza nell'implementare l'EMDR

Abbiamo una rete di Supervisor Accreditati (EMDR Approved Consultant) nelle varie regioni italiane formati secondo i criteri omogenei europei e qualificati ad “accreditare” a loro volta, sotto il coordinamento dell'Associazione, gli psicoterapeuti che abbiano concluso la formazione di base EMDR (con il completamento del livello II) e che avendo fatto minimo 20 ore di supervisione possono essere certificati come “Psicoterapeuta Esperto in EMDR” (EMDR Practitioner). I criteri europei per diventare Psicoterapeuta Esperto in EMDR (EMDR Practitioner) sono i seguenti:

1. avere portato a termine i due livelli del corso di formazione di base in EMDR
2. essere membro dell'Associazione italiana (in regola con la quota associativa)
3. avere operato in campo clinico almeno da 2 anni (anche come specializzando)
4. avere svolto almeno 50 sedute di EMDR (autocertificate)
5. avere completato un ciclo di supervisione di almeno 20 ore con un Supervisore Accreditato
6. avere una relazione finale positiva da parte di un Supervisore Accreditato

Le prime 5 ore di supervisione (di gruppo con un massimo 5 partecipanti) verranno offerte gratuitamente dall'Associazione attraverso la rete di supervisor e possono essere svolte liberamente tra il I e il II livello e/o dopo il II livello. Le restanti 15 ore (minime) saranno a carico del supervisionato, ad un prezzo agevolato concordato in € 80,00 (ottanta) l'ora, a cui vanno aggiunti gli oneri fiscali, e possono essere fatte individualmente o in coppia. Nel caso in cui il terapeuta abbia partecipato ad un Congresso EMDR (italiano o europeo) o al corso sulla concettualizzazione del caso gli verranno riconosciute 2 ore di supervisione nell'ambito del monte ore, oltre le 5 ore gratuite. Alla fine del percorso bisogna presentare un video di una seduta che il supervisore visionerà. Il costo sarà di euro 50,00 più gli oneri fiscali. Vi preghiamo di verificare la disponibilità dei supervisor nella vostra regione e dopo aver concordato la supervisione con il supervisore comunicare l'adesione alla segreteria dell'Associazione (segreteria@emdritalia.it). Vi ricordiamo inoltre che la certificazione ha validità di 5 anni e alla scadenza deve essere rinnovata con la partecipazione agli aggiornamenti gratuiti organizzati dall'associazione e/o i congressi EMDR nazionali ed europei. Ogni aggiornamento dà diritto a 2 CPC, se una giornata, e 3 CPC, se due o più giornate, mentre i congressi Europei e Nazionali danno 10 CPC. E' necessario accumulare n. 50 CPC (Continuing Professional Credit) nell'arco dei cinque anni di validità del certificato.



Criteri per il Ri-Accreditamento Certificato Practitioner EMDR Europe

- a. I Practitioner/Terapeuti Esperti in EMDR devono richiedere il ri-accredimento alla loro Associazione EMDR Nazionale ogni cinque anni.
- b. Il Ri-Accreditamento consentirà al Practitioner di continuare a far parte dell'elenco dei Practitioner/Terapeuti Esperti in EMDR del sito della loro Associazione EMDR Nazionale. Il sito di EMDR Europe Association ha i link di tutti i paesi membri quindi si è visibili a tutti gli altri paesi.
- c. Il ri-accredimento del Practitioner garantisce che applica regolarmente l'EMDR nella sua pratica clinica e affronta le problematiche e i disturbi del paziente sulla base del modello dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione (AIP).

La richiesta di ri-accredimento deve includere:

Essere in regola con le quote associative annuali dell'Associazione Nazionale (Associazione EMDR Italia)

Prova di aver acquisito 50 crediti EMDR/AIP (CPC) nel corso dei 5 anni trascorsi dall'ultimo accreditamento. (10 CPC per anno). Gli eventi che danno crediti sono la partecipazione a:

- *Conferenza Annuale di EMDR Europe (10 CPC)*
- *Congresso dell'Associazione EMDR Italia (10 CPC)*
- *Seminari specialistici organizzati da EMDR Italia (2 CPC per un gg. o 3 CPC più gg.)*
- *Seminari specialistici di EMDR Italia per Practitioner e Supervisor (5 CPC)*

L'Associazione EMDR Nazionale ha potere discrezionale in merito ai criteri per il ri-accredimento.

Se non viene richiesto il ri-accredimento o il richiedente non soddisfa i requisiti standard il suo accreditamento verrà ritirato determinando la cancellazione dall'elenco dei Practitioner/Terapeuti Esperti in EMDR, Accreditati da EMDR Europe, dal sito web della propria Associazione EMDR Nazionale.

Se il ri-accredimento non è richiesto o non è concesso, il socio non potrà qualificarsi come Practitioner/Esperto in EMDR, Accreditato da EMDR Europe o utilizzare il titolo di Practitioner/Esperto in EMDR, Accreditato da EMDR Europe nei propri biglietti da visita o comunicazioni professionali.

Il Practitioner il cui accreditamento da EMDR Europe risulterà scaduto e non farà domanda di ri-accredimento "decade" e dovrà rifare nuovamente il processo di accreditamento come practitioner.

**EMDR Europe Practice Committee
Update 2016**



Il Comitato Organizzativo del Congresso annuale di EMDR Europe (EMDREA), è lieto di annunciare che **dall'11 al 13 giugno 2021 avrà luogo la prima Conferenza Virtuale dell'Associazione EMDR Europe.**

Il programma prevede molte sessioni di altissima qualità, dove gli interventi dei relatori principali, i simposi, le discussioni di gruppo e i workshop saranno sviluppati attorno all'**esplorazione delle risposte che l'EMDR può dare alle sfide di questo decennio.**

Sappiamo che nulla potrà sostituire l'occasione di incontrare dal vivo gli altri partecipanti e di visitare una capitale europea con amici che vediamo solo una volta all'anno. Ma siamo sicuri che vivremo ancora di più lo spirito della nostra comunità europea e globale partecipando a discussioni sulle questioni che l'EMDR sta affrontando e che affronterà nel prossimo futuro. Infatti, grazie alla vasta gamma di esperienze di networking che abbiamo creato per la Conferenza, potrete connettervi ed interagire con partecipanti da tutto il mondo, che saranno in grado di collegarsi numerosi senza che la distanza sia più un ostacolo.

Anche le barriere linguistiche saranno abbattute: il formato virtuale, infatti, ci permetterà di offrire **la traduzione degli interventi dei relatori principali e di una sessione per ogni fascia oraria in italiano.**

Inoltre, per la prima volta potrete sfruttare appieno i contenuti del Congresso di EMDR Europa (EMDREA), poiché tutte le sessioni saranno registrate e saranno disponibili *on-demand* per un mese dopo la fine del Congresso. Anche se ci mancherà poter incontrare tutti di persona a giugno, siamo entusiasti di poter continuare a lavorare insieme e di crescere come comunità.

Per ulteriori informazioni, visitate il sito web della Conferenza: <https://emdr2021.com/>

Relatori delle plenarie



Brandon Hamber

Violent Histories and Painful Memories: Reflections on experiences from Northern Ireland and beyond



Hee-Sup Shin

The neurobiological mechanism underlying EMDR therapy of fear disorders



Peter Liebermann

Between riding on principles and whateverism - where is EMDR going?



Chris Lee

EMDR Therapy and Research: What have we got right and what can we improve



Jonathan Lee

Dissecting the impact of BAS on specific memory phases: relevance for the mechanistic understanding of EMDR

Associazione per l'EMDR in Italia

Via Umberto I, 65
20814 Varedo (MB)

Tel/Fax 0362.558879
Cellulare 338.3470210
segreteria@emdritalia.it
www.emdr.it

Member of
EMDR Europe Association

