



EMDR


RIVISTA DI PSICOTERAPIA EMDR

**ANNO XX
APRILE 2022
N. 41**

EMDR ITALIA

Aprile 41

Sommario

Lettera del Presidente	1
Un approccio di terapia EMDR in pazienti ambulatoriali con disturbo di personalità narcisistico	2
EMDREAM un portale per la mente. Applicazioni cliniche sull'uso dei sogni nella terapia EMDR	9
La ballata dei sopravvissuti narra di un naufragio di cemento e acciaio e di un assordante silenzio	19
Il crollo del ponte Morandi. La violenza dell'impatto e le conseguenze traumatiche	24
Impatto psicologico dell'emergenza Covid sugli operatori delle RSA italiane ed efficacia dell'EMDR	29
Preparazione all'intervento chirurgico in età evolutiva	36
	41
Recensioni	43
Progetto EMDR Europe Association (EMDREA) "EMDR Practitioner" (Psicoterapeuta esperto in EMDR)	48
Congresso EMDREA 2022	49

Lettera del Presidente

Cari Colleghi,

in questa edizione della Rivista della nostra Associazione vogliamo condividere il lavoro di molti colleghi che hanno fatto approfondimenti molto utili sull'applicazione dell'EMDR. Ci sono anche dati e risultati di studi fatti in diversi contesti, che dimostrano sempre un grado significativo di efficacia.

Come comunità professionale e scientifica continuiamo a portare avanti degli interventi nel contesto della Pandemia, su alcuni aspetti che sono importanti in questa fase.

Nel frattempo ci siamo attivati dai primi momenti dello scoppio della guerra in Ucraina. Dopo 4 giorni avevamo già istituito un programma di supporto per i colleghi EMDR ucraini e anche per gli psicologi. Abbiamo fatto questo supporto online e in gruppo, ormai con tutte le competenze e l'esperienza sviluppata durante la Pandemia. In questo modo abbiamo potuto stabilizzarli ed permettere loro di elaborare i momenti più drammatici a cui loro stessi erano stati esposti. In questo modo è stato possibile per loro dare supporto alla popolazione, nei rifugi e nelle varie situazioni, anche ai loro profughi interni.

Per quanto riguarda i profughi che hanno lasciato l'Ucraina, i colleghi dei paesi confinanti hanno fatto un grande lavoro alla frontiera, utilizzando l'EMDR per la stabilizzazione e per la riduzione delle reazioni acute.

Come Associazione EMDR Italia, alla pari di altre associazioni europee, siamo stati attivati per dare supporto ai profughi che venivano accolti nei vari paesi. Abbiamo in corso 50 progetti che sono stati richiesti da ASL, ATS, Comuni, Regioni, associazioni di volontariato, Caritas, scuole, ecc.

Gli interventi sono rivolti alle famiglie che accolgono profughi e famiglie di ucraini, alle scuole per favorire l'integrazione dei bambini e ragazzi, ai genitori e insegnanti di queste scuole su come spiegare la guerra ai bambini. Stiamo dando supporto, informazioni e linee guida utili per affrontare questa situazione nuova e di grande sfida. Ci sono molte richieste per dare supporto specialistico sui quadri post-traumatici alle famiglie di profughi, la maggior parte composte da mamme con bambini.

Abbiamo riscontrato che questa emergenza umanitaria non ci ha colti impreparati, le istituzioni, la comunità, le associazioni erano molto sensibilizzate sui bisogni di interventi sul trauma e lo hanno chiesto in modo capillare alla nostra associazione. Questo fenomeno e queste iniziative sono state presenti in tutte le regioni, dando così un feedback diretto di quanto la nostra Associazione ha seminato per sviluppare la cultura dei bisogni in ambito di stress post-traumatico e soprattutto ci ha dato la misura del prestigio che ha raggiunto l'Associazione EMDR Italia.

Siamo molto contenti di vedere che tutto questo è il risultato del lavoro che fanno i nostri soci, direttamente e indirettamente nella loro comunità di appartenenza e soprattutto di vedere che possiamo dare sollievo immediato e fare prevenzione sugli effetti che questa guerra può avere a lungo termine sulla salute mentale. Siamo molto preoccupati sugli effetti di questa guerra sulle prossime generazioni, quindi poter dare a chi è stato esposto in modo traumatico un contributo per migliorare la loro capacità di affrontare le avversità, per promuovere la resilienza naturalmente e soprattutto la capacità di recupero delle persone, è un lavoro che facciamo con grande convinzione e con una visione a lungo termine.

Isabel Fernandez

UN APPROCCIO DI TERAPIA EMDR IN PAZIENTI AMBULATORIALI CON DISTURBO DI PERSONALITA' NARCISISTICO.

Uno studio esplorativo

**Gian-Paolo Mazzoni, Elisa Missale, Giuly Bertoli,
Giuli Aldi, Niccolo' Bardazzi, Isabel Fernandez**



Psicopatologia del Narcisismo, traumi di vita ed EMDR

Nel DSM-5 il disturbo narcisistico di personalità viene descritto come un pattern pervasivo di grandiosità, caratterizzato dalla necessità di ammirazione e dalla mancanza di empatia (American Psychiatric Association, 2013). Nel tempo, quindi, si è sviluppata una ricca letteratura a supporto dell'esistenza di diversi sottotipi di disturbo narcisistico di personalità (Akhtar & Thomson, 1982; Fossati et al. 2005; Gabbard, 1989; Kernberg, 1975; Miller & Campbell, 2008; Pincus &

Lukowitsky, 2010; Pincus, Cain, & Wright, 2014; Russ, Shedler, Bradley, & Westen, 2008; Wink, 1991, 1992; Levy, 2012) o della possibilità che lo stesso soggetto possa sperimentare diversi stati mentali caratterizzati da vulnerabilità oltre che grandiosità (Dimaggio, Semerari, Falcone, Nicolò, Carcione, & Procacci, 2002; Horowitz, 1989; Young & Flanagan, 1998).

Nel corso degli anni, la pratica clinica ha consentito di osservare l'esistenza d'individui con livelli elevati di narcisismo ma con variabilità emotiva che differiva dal prototipo del paziente narcisista. Questa forma, è stata identificata con diversi termini: vulnerabilità-sensibilità (Wink, 1991), narcisismo covert (Rose, 2002; Wink, 1991), narcisismo ipersensibile (Hendin & Cheek, 1997), narcisismo vulnerabile (Pincus & Lukowitsky, 2010), a pelle sottile (Akhtar & Thomson, 1982). All'opposto si trova, il narcisismo overt denominato anche grandioso, inconsapevole, esibizionista, a pelle spessa o fallico (Bateman, 1998; Britton, 2000; Cooper, 1981; Gabbard, 1989; Masterson, 1981; Rosenfeld, 1987; Wink, 1991).

Freeman & Beck (1993) considerano il disturbo narcisistico di personalità come prodotto della combinazione di schemi disfunzionali relativi al sé, eccezionale e grandioso, al mondo, adorante e pronto ad un apprezzamento incondizionato, e al futuro, radioso e costellato di successi. Lo sviluppo di questi schemi sarebbe conseguenza di esperienze ripetute di elogio ed esaltazione eccessivi o, al contrario, di episodi di rifiuto ed emarginazione in grado di suscitare sentimenti di inferiorità, ricorso a fantasie compensatorie e un marcato senso di diversità rispetto agli altri.

La struttura di personalità narcisistica può svilupparsi come tentativo di connessione coi genitori, per difendersi da emozioni post-traumatiche di abbandono e per interiorizzare le proprie figure di attaccamento che, secondo alcuni studi, presentano a loro volta tratti narcisistici (Mosquera, 2012).

L'importanza dell'ambiente familiare viene riconosciuto e sottolineato anche da approcci terapeutici diversi dall'EMDR come il trattamento cognitivo-comportamentale (Young, Klosko, & Weishaar, 2007): spesso si tratta di contesti in cui il bambino esperisce profondi vissuti di solitudine e di mancanza di affetto. Anche fra i pari, possono essere vittime d'isolamento a causa di rifiuti ed esclusione. La coppia genitoriale non impone limiti e regole e appare permissiva rispetto a richieste materiali. Young sottolinea come il paziente di frequente sia stato oggetto di sfruttamento e manipolazione da parte

delle figure di riferimento più attente ad appagare i propri bisogni che corrispondere emotivamente al figlio. Infatti, in queste famiglie l'accudimento è vincolato al compiacere i desideri dei genitori e al plasmarsi al loro modello ideale. Il legame è mantenuto al prezzo di un mancato riconoscimento di bisogni e qualità personali ritenute non accettabili dai genitori. In questo modo si verrebbe a creare una dicotomia in base alla quale essere normale equivale ad essere ignorato e rifiutato, mentre l'essere speciale significherebbe ricevere attenzione ma non affetto (Young et al., 2007). Il bambino può diventare oggetto di aspettative eccessive e non adeguate alle reali potenzialità, subendo un enorme pressione emotiva. Alcuni autori ritengono che crescendo l'individuo generalizzerà gli apprendimenti avvenuti all'interno della relazione d'attaccamento a tutti i rapporti, creando i presupposti per il verificarsi di nuove esperienze traumatizzanti di abbandono e indifferenza (Shapiro, 2001).

La costruzione e il mantenimento della relazione terapeutica può essere un compito complesso per i terapeuti che hanno in cura pazienti con disturbo narcisistico della personalità (Dimaggio & Semerari, 2003, Caligor et al., 2015; Ellison et al., 2013; Tanzilli et al., 2015). A tal riguardo Freeman e Beck (1993) sottolineano la necessità di porre grandissima attenzione alla relazione terapeuta-paziente al fine d'introdurre degli elementi correttivi: il terapeuta è invitato a eseguire un costante monitoraggio dei propri pensieri e a gestire le reazioni personali in risposta ai comportamenti del paziente. Infatti, numerose ricerche hanno evidenziato che la distanza emotiva manifestata da questi pazienti (Freeman e Beck, 1993), l'evitamento di una relazione significativa col terapeuta per scongiurare il dolore del rifiuto (Young et al., 2007), la presenza di numerosi deficit metacognitivi, la tendenza a riproporre cicli interpersonali disfunzionali o a percepire distanza relazionale, sentimenti di incapacità e inadeguatezza (Dimaggio & Semerari, 2003), portano spesso a interruzioni precoci del percorso psicoterapeutico.

A questo esito contribuisce anche la difficoltà diagnostica in quanto questi pazienti si presentano spesso riferendo una sintomatologia di tipo depressivo e/o ansioso, tale da indurre il clinico ad una errata diagnosi in fase di assessment (Dawood, & Pincus, 2018).

L'approccio dell'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) può essere considerato una terapia utile ed efficace per i disturbi gravi di personalità (Bergamen, 2014) e per la psicopatologia da traumi complessi (Onofri, 2012), come nel disturbo narcisistico della personalità (Bergman, 2014; Moschera, & Gonzalez, 2016), dimostrando bassi valori di drop-out (Wilson & Farrel, 2018). Infatti, in tale approccio le dinamiche relazionali sembrano giocare un ruolo meno sbilanciato e meno agonistico, probabilmente grazie a una minor percezione di dipendenza e a un maggior livello di collaborazione fra paziente e clinico (Verardo, & Lauretti, 2020). Nella terapia EMDR, il terapeuta aiuta il paziente a comprendere le relazioni fra eventi e processi interni rendendo l'andamento meno conflittuale, dal momento che la risoluzione proviene dal paziente stesso e non dal terapeuta (Shapiro, 2019).

L'instabilità emotiva è un altro aspetto riscontrato nei pazienti con disturbi di personalità, incluso il narcisismo. Infatti, a causa dell'incapacità di gestire emozioni disforiche, è possibile riscontrare degli agiti (Mansfield, 1992). Nell'approccio EMDR, il grado di disforia provata dal paziente è modulato tramite la desensibilizzazione, ottenuta grazie alla rielaborazione delle fonti di disforia, la calibrazione dell'intensità dell'emozione disregolata attraverso la scelta ponderata dei target, lo sviluppo e l'installazione di risorse e attraverso l'insegnamento del contenimento emotivo e di abilità sociali (Shapiro, 2019). Come riportato da Miti e Onofri (2011), nell'EMDR ci si avvicina al dolore in condizioni di sicurezza in modo da consentire la temporanea disattivazione del sistema di attaccamento a favore dell'esplorazione e della collaborazione con il terapeuta. I percorsi esperienziali che portano allo sviluppo del narcisismo possono essere diversi, ma Mosquera (2015) riporta che il falso sé tipico del disturbo narcisistico non sarebbe altro che una difesa contro memorie legate a traumi per omissione e a mancanza di coinvolgimento nella relazione. Quindi, nei pazienti narcisisti è spesso necessario intervenire su episodi traumatici precoci di trascuratezza emotiva (Bergman, 2014): in molti casi, infatti, nel corso dell'infanzia, l'indifferenza dei genitori ha portato il figlio ad aderire ai loro desideri e a soddisfare i loro bisogni nella speranza di stabilire un legame e ottenere vicinanza.

EMDR per il narcisismo

Trattare strutture di personalità caratterizzate da pattern difensivi rigidi e stati del sé separati può essere estremamente difficile, in quanto parti diverse della personalità possono funzionare disgiuntamente e mancare di un accesso consapevole reciproco (van der Hart et al., 2006; Kernberg, Weiner, & Bardenstein, 2000). Quindi, nei casi di traumatizzazione grave, precoce e cronica, spesso associata ai disturbi di personalità, possono rendersi necessari una serie di adattamenti del protocollo standard EMDR, originariamente sviluppato per singoli traumi circoscritti (Mosquera & Gonzales, 2016)

L'integrazione fra EMDR ed Ego State Therapy in un modello a fasi ha mostrato incoraggianti possibilità di successo per trattare le difese, gli schemi disfunzionali, i blocchi e le difficoltà di regolazione emotiva dei pazienti (Forgash, 2005; Paulsen, 1995, Bargman, 2014), aiutandoli a sviluppare sicurezza, stabilità, capacità di regolazione dei propri stati affettivi e facilitando la risoluzione di eventuali sintomi dissociativi. Inoltre, un modello integrativo può agevolare il paziente nell'apprendere come soddisfare i propri bisogni riparando le ferite derivanti da attaccamenti disfunzionali oltre che nel recupero di stati dell'io rinnegati (Forgash & Copeley, 2014).

Nel caso dei pazienti narcisisti, l'obiettivo del trattamento potrebbe essere, da una parte, il disinvestimento emotivo dal falso sé, dall'altra, aiutare la persona a sentirsi a proprio agio con se stesso. Di conseguenza, la terapia con questa tipologia di disturbo, non può che essere lenta e graduale; trattandosi di pazienti con diagnosi complesse, il trattamento deve fornire una stabilizzazione prima di affrontare le memorie traumatiche, implicando una fase preparatoria più lunga di quella prevista per pazienti con un singolo evento traumatico (Chu, 1998; Gold, 2000; Herman, 1992).

Nella fase iniziale di raccolta dati è importante aiutare il paziente a sviluppare interesse circa le reazioni negative altrui, rispettando le difese auto-idealizzanti per evitare di far emergere vergogna. Durante la preparazione, prima di identificare i ricordi disfunzionali, è necessaria una psico-educazione su sintomi, trattamento, dissociazione, sulla strutturazione delle diverse parti della personalità sviluppatasi in risposta ad un trauma e sulle strategie più efficaci per il controllo dell'ansia (Berman, 2014; Forgash & Copeley, 2014).

Quando il paziente è in grado di leggere la propria situazione in modo più chiaro, s'introduce la stimolazione bilaterale finalizzata a obiettivi non traumatici, come difese o problemi relazionali.

Inizialmente, il terapeuta EMDR si focalizza empaticamente su eventi facilmente identificabili da parte del paziente come episodi recenti in cui il falso sé non è stato validato dagli altri. Queste situazioni non necessariamente consentono un accesso diretto a esperienze traumatiche; tuttavia, il loro trattamento può essere funzionale alla relazione terapeutica e, quindi, in un secondo momento, al lavoro su episodi infantili di distacco, abbandono emotivo e/o abuso da parte dei genitori. Nel momento in cui il disagio causato da "ferite narcisistiche" recenti diminuisce, è possibile che il paziente inizi a spostare l'attenzione dai propri bisogni agli altri, accettando l'empatia come possibile soluzione alla carenza di feedback positivi da parte delle persone vicine. Parallelamente il paziente può sperimentare anche un cambiamento nella definizione di sé improntata a un maggior realismo. In questa fase, vengono introdotte strategie di stabilizzazione come l'installazione di risorse o il lavoro su pattern di auto-cura (Gonzales & Mosquera, 2012; Mosquera & Gonzales, 2014).

Nel momento in cui la persona comprende la distruttività dell'immagine personale idealizzata, si indirizza l'intervento su ricordi positivi legati al falso sé, focalizzandosi su emozioni associate a memorie di rinforzi positivi dati dai genitori del paziente quando, da bambino, si mostrava speciale o adeguato alle aspettative (Gonzales & Mosquera, 2012; Mosquera & Gonzales, 2014).

Solamente dopo aver lavorato su diversi episodi esemplificativi di come sia nata l'idealizzazione difensiva e dopo che il paziente ha acquisito un maggior senso di controllo nell'affrontare memorie dolorose, si procede alla rielaborazione del trauma legato a memorie nucleari (Mosquera, 2012).

Nel caso di ambienti familiari abusanti o caratterizzati da *neglect*, è possibile che il paziente presenti una grave divisione nella struttura di personalità (Afifi et al., 2011; Bennett, 2006; Lyons-Ruth et al.,

2006; Mosquera, 2012; van der Hart et al., 2006) con una scissione amnesica fra stati del sé positivi e idealizzati e stati del sé associati a ricordi di abbandono e abuso. Essere coscienti dei diversi stati del sé (un sé grandioso, un bambino vulnerabile, un protettore aggressivo) e delle memorie che attivano queste parti, può aiutare i pazienti narcisisti a capire la struttura personologica sottostante e il piano di interventi e, nel caso di una relazione terapeutica solida, queste memorie possono essere trattate con procedure EMDR standard. Nell'eventualità in cui, però, ci fosse in comorbidità anche un disturbo dissociativo o una dissociazione fra parti della personalità, l'intervento dovrà essere impostato secondo un approccio progressivo (Gonzales & Mosquera, 2012; van der Hart et al., 2013).

Obiettivo

Alla luce di quanto riportato e osservato in letteratura, lo scopo del presente studio è osservare le differenze nei sintomi depressivi, ansiosi e nell'impatto di esperienze traumatiche, in un gruppo di pazienti ambulatoriali con disturbo narcisistico della personalità, trattati con psicoterapia EMDR. I risultati attesi sono una riduzione della sintomatologia ansiosa e depressiva riferita dai pazienti dopo l'applicazione di un protocollo EMDR.

1. Metodo

1.1 I partecipanti

I 28 soggetti reclutati dai team di alcuni centri clinici toscani, per lo studio del protocollo EMDR con narcisisti, soddisfacevano i criteri del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) per il disturbo narcisistico di personalità. Dei 28 soggetti selezionati 5 hanno abbandonato lo studio.

I 23 soggetti inclusi nel campione hanno soddisfatto i punteggi dei cut-off all'intervista diagnostica per i disturbi di personalità SCID-II per la diagnosi di Disturbo Narcisistico di Personalità (NPD).

Dalla somministrazione del Pathological Narcissism Inventory (PNI) è emerso che 10 presentano un narcisismo di tipo Overt (43.5%) e 13 di tipo Covert (56.5%).

Tutti i partecipanti hanno un'età compresa tra i 18 e i 44 anni ($M = 33.17$), tra questi 14 sono di sesso maschile (60.9%) e 9 di sesso femminile (39.1%). Tutti i soggetti hanno riportato di aver ottenuto la licenza media, di questi 11 hanno il diploma (47.8%), 9 la laurea (39.2%) e 2 il dottorato (8.7%).

All'interno del campione il 60.9% ($n = 14$) dei soggetti appartengono alla classe dei colletti bianchi, il 13% ($n = 3$) a quella dei colletti blu, l'8.7% ($n = 2$) sono disoccupati e il 17.4% ($n = 4$) sono studenti. La maggior parte dei partecipanti riferisce di essere celibe/nubile ($n = 17$, 73.9%), 2 divorziati (8.7%) e solo in 4 riferiscono di essere coniugati (17.4%).

Le comorbidità incluse erano: Disturbo Depressivo (6 pz.), Disturbo Bipolare (2 pz.), Disturbo Borderline di Personalità (1 pz.), Disturbo di Panico (3 pz.), PTSD (1 pz.), Disturbo dell'Alimentazione e della Nutrizione (2 pz.), Disturbo d'Ansia Generalizzata (3 pz.), Disturbo Ossessivo-Compulsivo (3 pz.), Disturbo d'Ansia Generalizzata con sintomi Dissociativi (1 pz.).

1.2 Misure

Per la ricerca sono stati somministrati i seguenti strumenti self-report.

La Beck Anxiety Inventory (BAI Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988) è uno strumento self-report composto da 21 item che permette di valutare la sintomatologia ansiosa in adulti e adolescenti.

La Beck Depression Inventory (BDI-II; Beck, Steer & Brown, 1996) è uno strumento di autovalutazione composto da 21 item a scelta multipla, con formato di risposta su scala likert a 5 punti, che valuta la sintomatologia depressiva.

La Impact of Event Scale-Revised (IES-R; Weiss & Marmar, 1996) è uno strumento self-report per valutare la sintomatologia del Disturbo da Stress Post Traumatico (PTSD), così come identificato dal DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994).

La MCMI-III (Millon, Millon, Davis e Grossman, 1994) è uno strumento self-report composto da 175 item per valutare i disturbi di Asse I e Asse II secondo la classificazione del DSM-IV-TR (American

Psychiatric Association, 1994).

La PNI (Pincus, Hansell, Pimentel, Cain, Wright, Levy, 2009) è uno strumento self-report composto da 52 item che consente di ottenere una valutazione multidimensionale del narcisismo patologico, sia nella sua componente di grandiosità che di vulnerabilità.

La Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID-II) è un'intervista semi-strutturata utilizzata per la formulazione della diagnosi dei dieci Disturbi di Personalità secondo il DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 1994).

1.3 Procedure di somministrazione

Le scale BAI, BDI-II, IES-R, MCMI-II, PNI, SCID-II sono state somministrate ai soggetti da psicologi- psicoterapeuti durante un primo colloquio psicodiagnostico individuale al fine di ottenere una valutazione pre-trattamento. Tutte le scale sopra menzionate ad eccezione della PNI, sono state nuovamente somministrate ai partecipanti al termine del trattamento.

1.4 Trattamento: Protocollo EMDR con Narcisisti

I pazienti hanno ricevuto un programma di terapia individuale con una sessione di 60 min a settimana per un tempo di 18 mesi circa. Il trattamento è stato fornito da psicoterapeuti con esperienza nella cura dei disturbi di personalità che avevano completato una formazione certificata EMDR prima di somministrare il trattamento e che ricevevano una costante supervisione settimanale.

Per il trattamento di pazienti con disturbi di personalità, è stato utile compiere una serie di adattamenti che hanno previsto l'integrazione fra EMDR ed Ego State Therapy (Begman, 2014; Mosquera, 2012; Mosquera, & Knipe, 2015) (Tabella 1) allo scopo di implementare le abilità di regolazione emotiva e di intervenire sulle difese, i sintomi dissociativi e le credenze disfunzionali.

Il risultato di quest'operazione integrativa è stato un modello a fasi il cui obiettivo generale è consentire al paziente narcisista di compiere un disinvestimento da un falso sé a favore dell'accettazione del sé reale. Si tratta di un intervento progressivo e graduale che richiede il prolungamento della fase preparatoria allo scopo di ottenere una stabilizzazione più solida che permetta di affrontare con minor disagio il trattamento di ricordi nucleari. Come nel protocollo EMDR standard (Shapiro, 2019), si lavora sulle cause scatenanti del disturbo attuale (trigger), memorie passate e modelli per l'attuazione di azioni future adeguate. Per introdurre il paziente alle procedure, è necessario assumere come target iniziali i trigger attuali o ferite narcisistiche recenti: così facendo si evita un accesso diretto prematuro alle esperienze nucleari infantili e si garantisce una maggior sicurezza emotiva evitando minacce alla relazione terapeutica.

Una volta che il paziente ha incrementato il proprio livello di empatia e una percezione di sé più realistica (Berman, 2014), ci si concentra sugli eventi passati: inizialmente si lavora su memorie cui sono associate, in modo disfunzionale, emozioni positive che hanno costituito la base dell'idealizzazione narcisistica impedendo l'accesso a ricordi negativi di abuso o di mancato coinvolgimento genitoriale. Solo dopo aver elaborato diversi episodi alla base delle strategie idealizzanti, si processano le memorie nucleari (Mosquera, 2012; Mosquera & Knipe, 2015).

Dopo aver lavorato sui trigger presenti e sugli eventi passati, per completare il trattamento e consolidare i miglioramenti raggiunti, s'interviene sull'implementazione di modelli comportamentali futuri.

1.5 Analisi statistiche

Il pacchetto statistico SPSS versione 21.0 è stato utilizzato per la maggior parte delle analisi.

Per osservare la differenza tra pre e post-trattamento nel campione totale, sia stratificando per la componente di grandiosità (overt) e di vulnerabilità (covert), è stato effettuato il Test di Wilcoxon per campioni dipendenti (distribuzione non parametrica).

2. Risultati

2.1 Statistiche descrittive

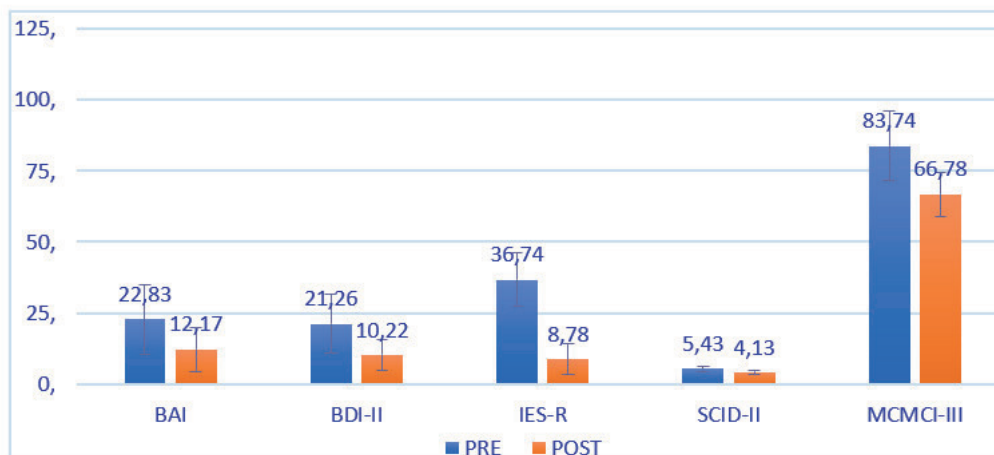
Nella Tabella 2 e Figura 1 sono riportati i risultati del Test di Wilcoxon per campioni dipendenti (distribuzione non parametrica), nonché le relative medie e deviazioni standard pre-trattamento e post-trattamento per le scale BAI, BDI-II, IES-R, MCMI-III e SCID-II.

Tabella 1 – Confronto alle scale cliniche pre e post-trattamento EMDR. Test di Wilcoxon per campioni dipendenti.

	PRE-TRATTAMENTO	POST-TRATTAMENTO	
	M (DS)	M (DS)	p
BAI	22.83 (12.1087)	12.17 (7.814)	.000
BDI-II	21.26 (10.127)	10.22 (5.37)	.000
IES-R	36.74 (9.526)	8.78 (5.435)	.000
SCID-II	5.43 (.896)	4.13 (.757)	.000
MCMI-III	83.74 (12.3)	66.78 (7.84)	.000

Nota. BAI = Beck Anxiety Inventory; BDI-II = Beck Depression Inventory-II; IES-R = Impact of Event Scale-Revised; SCID-II = Structured Clinical Interview for DMS-IV; MCMI – III = Millon Clinical Multiaxial Inventory.

Figura 1. Scale cliniche: Pre-trattamento, Post-trattamento



Stratificando le analisi per la componente di grandiosità (overt) e la componente di vulnerabilità (covert) e confrontando i punteggi alle scale cliniche non emergono differenze statisticamente significative al pre-trattamento e al post-trattamento con EMDR (dati non mostrati).

Discussione

Il presente studio ha avuto lo scopo di indagare in maniera osservativa ed esplorativa gli effetti della psicoterapia EMDR sulla sintomatologia ansiosa e depressiva riferita da un gruppo di pazienti ambulatoriali con disturbo narcisistico della personalità.

Dai risultati (Tab. 2 e Fig. 1) è emerso che la sintomatologia ansiosa (valutata tramite il BAI), la sintomatologia depressiva (valutata tramite il BDI-II), i sintomi da stress post traumatici (valutati tramite la IES-R), nonché la sintomatologia di Asse I e II (valutate tramite le interviste SCID-II e MCMI-III) riferiti a seguito del trattamento EMDR erano significativamente più bassi al post-test rispetto al

pre-test. Questa riduzione ai punteggi delle scale cliniche emergeva sia nella forma del narcisismo grandioso, che nella forma narcisismo covert.

In merito al tasso di drop-out (ossia il fenomeno di interruzione precoce e non concordata della terapia da parte del paziente) i partecipanti allo studio sono stati inizialmente 28.

Di questi 5 si sono ritirati durante lo svolgimento della ricerca (17%).

Possiamo, quindi, evidenziare come il tasso di drop-out sia stato relativamente basso, suggerendo che il trattamento EMDR, limitando gli aspetti difensivi largamente presenti nel campione trattato (Es. la paziente E.S verbalizza ripetutamente dopo la stimolazione bilaterale: *“ma cosa dovrei sentire...non mi sembra che cambi proprio nulla...bo tutto uguale...”*; M.D dichiara nel corso delle prime sedute: *“non ho voglia di raccontarmi”*; Figura 3) e le difficoltà relazionali (es. la paziente G.I afferma durante la prima seduta di valutazione: *“ non è giusto che non vengo apprezzata e riconosciuta dalla mia manager...quella donna è davvero una pazza...”*; L.A afferma con area sfidante verso il suo terapeuta: *“e’ proprio sicuro che questo strano trattamento possa aiutarmi a sentirmi meglio? E’ proprio sicuro che tutto questo casino si possa risolvere muovendo semplicemente gli occhi..”*) e di elaborazione manifestate dai pazienti con disturbo narcisistico della personalità, possa definirsi come un intervento terapeutico applicabile, utile (Il paziente A.M verbalizza: *“ lavorare su questi ricordi penso che possa essere per me un supporto per poter crescere”, “non mi sento più inadeguato come quel piccolo A. che ero e quando venivo martorizzato da mio zio e bullizzato dai compagni e dal Professo di Filosofia”* e la paziente F.S afferma: *“adesso sento di poter avere un rapporto di confronto con il capo del mio ufficio..”*) e alquanto efficace (Figura 2).

Il presente studio, sebbene osservativo ed esplorativo, non è esente da alcuni limiti.

In primo luogo si tratta di un campione di convenienza, di numerosità limitata. Per questo una ricerca futura potrebbe ampliare il numero dei pazienti coinvolti.

Un secondo limite riguarda l’assenza di una randomizzazione al tipo di trattamento, infatti nel presente studio è stato esclusivamente utilizzato un intervento di tipo EMDR. Per questo potrebbe essere proficuo usare una randomizzazione, confrontando un gruppo di pazienti in trattamento Cognitivo-comportamentale (Young, Klosko, & Weishaar, 2007) o psicodinamico (Kout, 1971) ed un gruppo con intervento EMDR applicato ai disturbi di personalità.

EMDREAM UN PORTALE DELLA MENTE

Applicazioni cliniche sull'uso del sogno nella psicoterapia E.M.D.R.

Mariarosa Mercanti

Supervisore EMDR - Milano



Ho fatto un sogno.

Mi trovo in una casa su di una collina e mi accorgo che fuori c'è il mare.

E' tutto molto piacevole.

Alzando lo sguardo mi accorgo che c'è un tramonto incredibile mai visto in vita mia.

Mi ricorda i colori del caleidoscopio.

Al risveglio ho ancora negli occhi quel tramonto così bello e mi chiedo come il cervello possa creare delle immagini così belle.

Mariarosa

Lavorare con il cervello significa considerare tutti gli aspetti produttivi dello stesso.

Vi è un comune consenso tra le Scuole di psicoterapia nel sostenere l'utilità dello studio sui sogni per meglio contribuire alla conoscenza degli aspetti interni dei nostri vissuti esperienziali.

Potrebbe essere un evento "emotivamente attivante" della nostra realtà quotidiana ad "accendere" un sogno... e, attraverso di esso, la nostra mente vuole esprimerci qualcosa: a volte può riguardare la riemersione di eventi traumatici pregressi oppure un'esperienza che ci ha turbato nel nostro presente, o una percezione positiva legata al voler raggiungere o all'aver raggiunto uno stato emotivo, cognitivo, corporeo, positivo. Anche l'esperienza della psicoterapia è un potente trigger della produzione onirica, in particolare nella fase anamnestic, nel post seduta e nella fase finale della psicoterapia.

Come sappiamo il solo ricordare l'evento traumatico, non risolve di per sé il sintomo che può aver generato, poiché nella maggior parte dei casi non vi è una spontanea risoluzione degli aspetti emotivi cognitivi e corporei dissociati nel nostro cervello. Allo stesso modo, il raccontare, il cogliere ciò che il sogno vuole esprimere, non risolve o meglio, non processa di per sé il vissuto "disturbante e non" del sogno. Il grande contributo della psicoterapia EMDR sui sogni, andrebbe così nella direzione di una decodifica ed una elaborazione del contenuto sotteso, attraverso la desensibilizzazione e la riprocessazione. In tal senso il sogno verrebbe riaffidato alla regia del cervello che l'ha prodotto.

COME UTILIZZARE IL SOGNO

In questo articolo riporterò una parte di esperienza realizzata nell'arco dei miei 21 anni di sodalizio con la psicoterapia Emdr, in particolare legata al tema dei sogni. Ho così potuto approfondire diverse possibilità di applicazione clinica dell'uso del sogno, utile a concorrere alla risoluzione del sintomo del paziente. Da un punto di vista metodologico, nella psicoterapia emdr, i sogni successivi all'elaborazione, vengono considerati come materiale emotivo, cognitivo e corporeo, frutto della desensibilizzazione e, come tali, vengono a loro volta elaborati, usando il protocollo standard. Di fondamentale importanza come sappiamo, è il porre l'attenzione sul momento peggiore del sogno, facendolo collegare al contenuto cognitivo autoriferito, alle emozioni e alla localizzazione corporea.

Un'altra modalità clinica che utilizzo è il floathback sulla cognizione negativa o sulla sensazione corporea legata al contenuto disturbante o che maggiormente ha colpito il paziente. Il ricordo che potrà emergere sarà oggetto di elaborazione. L'utilizzo del floathback nella fase anamnestic, non prevede l'elaborazione del targhet il quale potrà essere aggiunto alla top ten dei ricordi.

Rispetto al sogno, si può procedere anche attraverso una libera associazione che il paziente fa spontaneamente. Essa potrà avvenire sia nella fase della "presa in carico" del sogno, sia durante l'elaborazione dello stesso. Verrà successivamente verificata l'intensità del disturbo del sogno.

In ultimo, soprattutto nel caso di sogni che non elicitano emozione o disturbo ma che riteniamo essere "interessanti" ai fini del lavoro in atto, si può chiedere di guardare il sogno e procedere con la SBL. In questo modo si potrà arrivare ad un ricordo o ad un contenuto psichico da risolvere o già risolto ad esso collegato, da processare.

IL SOGNO CHE CONTIENE IL TRAUMA: utilizzo del floathback

Francesca mi spiega che una delle situazioni dove prova maggiore ansia, è quando deve affrontare dei cambiamenti.

Nella seduta successiva mi porta il seguente sogno:

E' davanti alle liste di iscrizione delle classi medie e nota che nella sua classe non c'è nessuno che conosce.

Le chiedo che emozione prova nel ripensare al sogno e mi risponde che prova ansia, sensazione di solitudine e frustrazione .

Procedo con il floathback partendo dallo stato emotivo e quindi corporeo ed emerge un ricordo di un estate al centro estivo dove la paziente da seduta, guarda lo spazio circostante ed ha una forte sensazione di solitudine.

CN: io non sono amata

CP : io sono amata

VOC 2

Emozione: senso di abbandono, tristezza

SUD 7

LOCALIZZ. Gola

Si procede con l'elaborazione e la si conclude.

La seduta successiva la paziente riferisce di essersi ricordata di quando, alle elementari, la madre tardò nell'andarla a prendere alla lezione di pattinaggio e di quanto si fosse sentita a disagio e di aver pianto a dirotto. Elaboriamo il ricordo, dopodichè riprendo in considerazione la difficoltà di F. di fronte ai cambiamenti e le faccio scegliere un targhet legato ad un ricordo recente dove ha provato tale esperienza.

Successivamente impostiamo il lavoro su una situazione futura.

Nell'arco delle settimane successive, la paziente riferisce di essersi sentita tranquilla in occasione di uno sciopero generale che ha comportato per lei un cambio di programma nell'utilizzo dei mezzi da prendere per tornare a casa, situazione che tempo fa l'avrebbe fatta sentire molto in ansia.

IL SOGNO CHE CONTIENE IL TRAUMA RIMOSSO (utilizzo del floathback)

Fin dall'inizio della terapia EMDR, Stefania esprimeva la sua ansia durante la fase di desensibilizzazione attraverso un senso di mancanza d'aria. Un giorno, mi racconta il seguente sogno: vede arrivare 10 persone incappucciate con un cucciolo di pastore tedesco. Riesce ad intuire che uno di loro è Federico, un suo compagno delle elementari. Ad un certo punto sente dei lamenti e vede che il ragazzo sta per soffocare il cane. Nota anche che gli altri non fanno niente per bloccarlo.

Procedo in questo modo: chiedo a Stefania che cosa prova nel rievocare la scena più disturbante e dall'emozione/localizzazione corporea, procedo con il floathback. Le arriva immediatamente alla mente il ricordo di quando a 9 anni, mentre mangiava una mozzarella, rischia di soffocare e prova una bruttissima sensazione legata alla paura di morire.

Procediamo con l'elaborazione e la chiusura dell'evento e, successivamente vado a ritestare il livello di disturbo del sogno che risulta essere nullo. Nelle sedute successive non si è più ripresentata la sensazione disfunzionale (fame d'aria) durante le desensibilizzazioni.

IL SOGNO CHE CONTIENE IL TRAUMA CHE VUOLE ESSERE ELABORATO (utilizzo dell'associazione spontanea)

Può succedere che mentre il paziente racconti il sogno, gli arrivi spontaneamente una associazione con il ricordo traumatico che il sogno voleva comunicare. Tale ricordo risulta presente nella lista dei target da desensibilizzare, ma è come se attraverso la produzione onirica sogno la persona comunicasse il bisogno di elaborarlo, come se fosse arrivato il tempo per farlo.

Vediamo un altro caso.

Elettra porta in seduta il seguente sogno: deve andare a cercare una pianta per la suocera.

Dopo averla acquistata e aver fatto un giro rilassante, non trova la sua auto. Ritrova quella dei suoi genitori che normalmente era guidata dal fratello. E vede ad un tratto la sua autovettura e decide di tamponare ripetutamente l'autovettura dei suoi genitori dalla parte del guidatore.

Per la paziente è piuttosto facile associare quel tamponamento alla rabbia che prova per il fratello, per essere stata tanti anni prima, vittima di una sua molestia.

Non essendoci controindicazioni particolari relativamente al piano terapeutico della paziente, procediamo con l'elaborazione EMDR del trauma pregresso.

IL SOGNO COME METAFORA DEL TRAUMA RIMOSSO (protocollo standard)

Lara ha il sospetto di avere subito una molestia all'età di 9 anni e si porta dietro da anni una sensazione di turbamento legata a tale sensazione.

Gli unici ricordi che ha sono che il padre l'ha lasciata in compagnia dell'amico di famiglia nella sua casa del mare, mentre si è recato sul fiume con la canoa, e che l'amico del padre le aveva mostrato i genitali. Ha poi un vago ricordo di lei al tramonto che aspettava il padre in giardino.

Decidiamo di desensibilizzare l'immagine più disturbante tra quelle raccontatami, legata al momento della denudazione

CN: io sono indifesa

CP: posso proteggermi

VOC 1

Emozione. disorientamento, paura

SUD :10

LOCALIZZAZIONE: cuore

Chiudo la seduta incompleta e la volta successiva Lara mi racconta il seguente sogno: "in una casa grande ci sono tante famiglie che si scambiano regali. Nella stessa casa si sta celebrando un funerale, ed un certo punto un lupo cerca di prenderli e di mangiarli. La casa è piena di scale e di stanze. Lara cerca il suo cellulare e nel frattempo sa che sta per arrivare un carro funebre anche se non lo vede. Scopre che le hanno rubato le scarpe e lei non sa come tornare a casa.

Nel raccontarmi il sogno, Lara mi dice di provare un senso di disorientamento, come essere in un labirinto, e che è molto turbata dalla presenza del lupo.

Formuliamo il protocollo sul momento peggiore del sogno:

CN: io sono impotente

CP: io posso affrontare

VOC: 1

Emozione: ansia

SUD:7

Localizzazione: Cuore

Procediamo con la desensibilizzazione e con l'installazione della CP.

Nella seduta successiva Lara racconta il sogno fatto subito dopo il nostro incontro:

Descrive una forte paura del buio e tanto terrore prima di addormentarsi. Sogna che i suoi bambini saltano nel suo letto e teme che si facciano male. Per fermarli batte più volte la testa contro la testata del letto. Nel buio, qualcuno le prende le mani, la immobilizza e la spinge per terra: ha la sensazione che la vuole violentare.

Elaboriamo il sogno:

CN: io non so affrontare

CP: io so affrontare

VOC: 1

EMOZIONE: terrore

SUD: 7

LOCALIZZAZIONE: braccia

Procedo con l'elaborazione e attuo la procedura per le sedute complete.

Riprendiamo l'elaborazione del target iniziale (il momento della denudazione) e Lara riferisce di non sentire più disagio. Nel rivalutare la CP, Lara dice che non le interessa più sapere come sono andate le cose, che l'esperienza è passata e che ora è al sicuro. Procediamo con l'istallazione della CP "io sono al sicuro", la scansione corporea e la procedura di chiusura.

Come si può notare, in questo caso, attraverso i sogni la paziente ha potuto elaborare il materiale disturbante espresso nei sogni frutto dell'elaborazione EMDR del ricordo traumatico, anche se a livello della memoria esplicita non vi erano tracce legate ad un vissuto emotivo disturbante.

IL SOGNO CHE "SUGGERISCE" IL TRAUMA RIMOSSO" (tecnica della libera associazione)

Durante le terapie, mi è capitato più volte che dopo la chiusura dell'elaborazione di un evento traumatico il paziente mi presentasse un sogno che, attraverso il floathbach o l'associazione spontanea, celasse il bisogno di lavorare su un preciso ricordo traumatico, non presente nel piano terapeutico.

Sogno Loris, ragazzo di 20 che soffre di fobia sociale e dap

Un uomo sugli sci cade da un dirupo: lui lo incontra giù e su sua richiesta chiama il 118.

Chiedo qual è l'emozione disturbante del sogno. Loris riferisce che è colpito dal forte bisogno di aiuto di questa persona. A quel punto gli viene in mente della sensazione negativa provata in occasione di una settimana bianca alle medie, dove fu preso in giro durante un pranzo perchè non capiva il significato delle barzellette che venivano raccontate e del suo forte stato di disorientamento provato. Tale ricordo non era emerso in fase di anamnesi.

Va puntualizzato che uno dei momenti di maggior difficoltà di L. nelle situazioni sociali è proprio il momento del pranzo, dove L. lamenta nausea ed ha dei conati di vomito.

Nell'arco di una seduta abbiamo elaborato il ricordo :

CN: io sono debole

CP: io sono forte

Emozione: disagio

SUD:9

LOCALIZZAZIONE: stomaco

L'elaborazione di tale ricordo ha permesso al paziente di non risperimentare il vissuto di debolezza nel momento del pranzo con conseguente annullamento del sintomo disturbante.

IL SOGNO 'ALESSITIMICO' che evidenzia la presenza della Parte dissociata della personalità

Inizio ad affrontare con Alberto il problema della sua iperattività durante l'attività lavorativa.

La seduta successiva riferisce il seguente sogno: A. si trova in una camera mortuaria dove c'è la bara aperta con dentro la sua cara zia. E' come se fosse una statua di bronzo e la guarda senza sentire disperazione. Accanto a lei c'è un'altra bara aperta vuota. E' importante puntualizzare che la zia del paziente era riconosciuta in famiglia come una donna concentrata solo sul dovere e molto rigida caratterialmente.

Nel descrivere il sogno A. commenta che è strano per lui non avere emozioni sia nel sogno che

durante la narrazione dello stesso. Al contrario, mi dice che l'idea del concetto morte, gli provoca un fortissimo senso di disperazione e perdita. Associa dicendo che sono le stesse sensazioni che provava da piccolo quando si svegliava durante la notte, ed era in quelle occasioni che provava paura e un senso di cessazione del tutto.

Decidiamo di lavorare su quel ricordo:

CN: io sono dimenticato

CP: io sono ricordato

VOC: 2

EMOZIONE: ansia

SUD: 8

Iniziamo la desensibilizzazione, e cito alcuni passaggi:

Sbl- ricordo come ero disperato quando ero chiuso a chiave in bagno per castigo

Sbl- o chiuso in ascensore (fobia di cui il A. soffre)

Sbl- è una cosa molto grande

Sbl- è una paura fortissima

Sbl- mi vengono in mente le paure che mi trasmetteva la zia (che faceva da tata)

Sbl- una volta mi sgridò così violentemente quando camminai sul pavimento della cucina bagnato.....

Chiudiamo con la seduta incompleta, ma già la seduta successiva A. riferisce di essersi sentito molto più tranquillo durante il suo orario lavorativo. Il sogno della zia morta e della bara vuota evidenzia e risolverà la parte di Alberto che per paura di morire, compiace la zia attraverso la sua iperattività lavorativa, tanto gradita a quest'ultima.

IL TRAUMA CHE DIVENTA SOGNO

Da quando è morta la madre, Y. si chiede perché non è mai riuscita ad abbracciarla. Viene a sapere della psicoterapia Emdr e fa un sogno dove rivive la forte crisi convulsiva avuta a due anni e mezzo: è a casa sua e c'è un grande albero di Natale. Dalla scala la madre scende per abbracciarla. Lei ha un attacco di convulsioni e la madre in preda all'angoscia la mette bruscamente sul seggiolone e si allontana. Da allora Y. non vorrà più essere toccata dalla madre, la quale l'ha poi considerata diversa dagli altri fratelli rispetto alle abilità intellettive.

In fase 3 organizzo il protocollo dell'aspetto peggiore del sogno che ha riproposto l'evento traumatico (così come glielo hanno raccontato): "dopo le convulsioni, la madre la pone con violenza nel seggiolone e scioccata si allontana e lei terrorizzata piange aprendo le braccia": CN io non sono compresa CP io sono compresa (vorrei che mia madre mi abbracciasse): Voc 1, EMOZIONE disperazione Sud 10 CONSAPEVOLEZZA CORPOREA petto "scarico"

Procediamo con la fase 4 e Y. ha una fortissima abreazione e rivive quell'esperienza. Ha una memoria somatica negli occhi. La seduta rimane incompleta e dedichiamo diverso tempo per riequilibrare la paziente, particolarmente disturbata dal ricordo di essere stata successivamente bloccata nel letto dell'ospedale. Nelle sedute successive la paziente elabora dolorosamente il senso di abbandono e di freddezza da parte della madre in quell'occasione e in tante altre, e consapevolizza la debolezza psichica della stessa "eri più debole di me". Rimane colpita di come dal sogno, si sono associati tanti altri ricordi.

Dopo la chiusura del target ci fermiamo per la pausa natalizia

Al rientro Yuliana mi racconta che sono riaffiorati tanti ricordi positivi della vita in famiglia e ciò l'ha resa felice.

IL SOGNO COME RISORSA POSITIVA Johana e la fobia dello sci

La paziente mi racconta della sua difficoltà di affrontare l'argomento 'vacanze in montagna a sciare' e di essere eternamente in conflitto con il marito. Mi racconta dei suoi traumi sui campi da sci (sport che non amava praticare) in particolare di quando a 7 anni nel gruppo della scuola di sci, è stata costretta per diversi giorni a camminare per un lungo tratto di strada con gli sci pesantissimi sulle spalle.

Elaboriamo l'evento: CN io subisco, CP io posso scegliere, VOC 1, SUD 7, LOC CORPOREA polmoni, respirazione.

Procediamo con la desensibilizzazione e nella seduta successiva Johana dice di essersi ricordata di quando si era trovata in una pista nera e ad ogni metro di percorrenza cadeva. Ricorda con molto fastidio la sua insofferenza che si contrapponeva ad una forte rabbia del padre. Riprendiamo l'elaborazione e chiudiamo la seduta incompleta. Nella seduta successiva J. porta un sogno: "J sta sciando con il marito ed è felice. E' un sogno rilassante e riscrive la mia storia dello sci", riferisce la paziente che è stranita nel provare un'emozione così positiva di quell'esperienza, ribadendo comunque che la montagna non le piace. Istituiamo come risorsa l'immagine positiva supportata dalla frase "io sono capace". Andiamo così a chiudere il target lasciato incompleto. La CP verrà rivalutata in "io posso gestire" poiché l'elaborazione l'ha portata a sentirsi finalmente legittimata ad essere riconosciuta in difficoltà.

Dopo tanti anni Johana accetta l'invito del marito di andare in montagna con tutta la famiglia e mi invia il seguente vocale: "buonasera Mariarosa, volevo inviarle questo piccolo messaggio per dirle che oggi siamo arrivati in montagna e mi sono sentita serena tutto il tempo dal momento della pianificazione della vacanza, nel fare le valige, nel partire in auto. Appena arrivata ho sentito un po' di ansia che mi ha confermato che non mi piace la montagna, però senza il senso di pesantezza. Mi sono sentita libera ed ho così potuto accompagnare la mia famiglia in questa esperienza che per loro è di grande gioia. I bambini sono stati felici che ci fossi, e per me è stato importante poter vivere questo momento in serenità e tranquillità. C'è un'enorme differenza rispetto al disagio precedente ed è stupendo, quindi volevo ringraziarla per questo lavoro".

DAL SINTOMO AL TRAUMA (*floathback e guardare il sogno*)

Giada ed Elena

Giada si presenta per un disturbo di emicrania che avviene tutti mesi più o meno nello stesso giorno. Riferisce che durante la gravidanza questo mal di testa si è attenuato e, comunque non vi è una eziologia di tipo ormonale. Come primo esordio del mal di testa associa un ricordo dei 6 anni, quando era ospite dagli zii poiché i suoi genitori sono in ospedale dalla sorellina di tre anni alla quale all'età di 6 mesi le è stata diagnosticata una grave malattia tumorale. Giada ricorda che la sorellina era al centro di tutte le attenzioni materne e che purtroppo quando ella morì, la madre ebbe un forte shock. La paziente mise in atto la sua parte consolatrice nei confronti della madre.

Dopo la fase 2, Giada mi racconta che qualche giorno prima le arrivò puntuale il fortissimo mal di testa e riferisce che in quella occasione sono arrivati dei ricordi molto positivi su suo figlio, ma allo stesso tempo le arriva la paura che gli possa capitare qualcosa di brutto. Il giorno successivo fa il seguente sogno. G. va a trovare il suo ex fidanzato che ha un bambino fra le braccia.

G mi spiega che diversi anni fa ha subito una separazione traumatica per mano dell'ex fidanzato, uomo molto affettuoso e vivace, che l'ha lasciata comunicandoglielo con un sms. La paziente è estremamente disturbata dal ricordo della figura della madre di lui della quale ha subito il rifiuto e che la considera co-autrice della separazione. Utilizziamo così la CN io sono rifiutata e procediamo con il floathback. Arrivano due ricordi. Uno legato alla litigata che fece con la sua migliore amica, l'altro quando la sorellina è stata male. Di quest'ultimo ricordo precisa che era come se loro tre fossero insieme e lei fosse messa da parte e, ha una fortissima abreazione. Elaboriamo il ricordo sulla scia della sua espressione emozionale che, si presenta per la prima volta da quando me ne ha parlato, in modo così 'vivo'.

Anche in questo caso vediamo come utilizzando la tecnica del floathback riemerge una memoria traumatica, ma è davvero interessante notare come in pochi minuti si possa arrivare a smascherare il contenuto del sogno, ovvero si possa dare la possibilità al cervello di collegare il sogno all'esperienza traumatica e attraverso l'EMDR elaborarla.

Il floathback ha fatto emergere due ricordi ma, come si evince dalla reazione della paziente, risulta prioritaria l'elaborazione dell'evento più disturbante. In ogni caso è il ricordo che ha maggiori

similitudini con il contenuto manifesto del sogno, ovvero la presenza di un bambino e di un separazione. La seduta successiva alla chiusura del target, coincide con la ripresa dopo le vacanze di Natale e per la felicità di entrambe, G mi informa che nei giorni per i quali era previsto il mal di testa, esso non si è presentato. Mi porta come novità una presa di posizione forte e decisa nei confronti della madre in quanto figlia e non viceversa. A quanto pare la Parte che ha caratterizzato l'accudimento inverso sembra essersi risolta o sia sulla strada per farlo!

Ma anche il primo ricordo che il cervello sceglie non è certamente casuale...

Elena si presenta in studio perché soffre di una fortissima nostalgia per il giovane figlio che si è trasferito in Australia per fare esperienza, ma che per via delle limitazioni governative conseguenti alla pandemia, non può rientrare in Italia o essere raggiunto da due anni.

Elaboriamo il disagio attuale CN io non gestisco CP io gestisco - Emozione tristezza - Localizzazione gola. Chiudiamo la seduta incompleta (interamente caratterizzata da sfoghi di pianto e dalla constatazione di essersi persa, di non ricordarsi più di che cosa la fa star bene e di avere bisogno di pace e di tempo per sé). La volta successiva Elena mi riferisce di sentirsi meglio e di riuscire a vedere il lato felice del figlio nell'essere in Australia, ma... ha un fortissimo mal di testa come spesso le capita... Porta due sogni, il primo. Sta guidando, non ha il campo visivo ed ha paura di investire qualcuno. Il secondo (la notte prima della seduta). È in vacanza e si trova su una barca. Nota che scoppia un incendio sulla costa e si chiede dove sia suo figlio, ma è praticamente sicura che stia bene. Passa ad un tratto una barca a tutta velocità guidata da una donna "scatenata". Nella barca vi è il suo piccolo bambino che a parere di Elena non curava bene perché non si era resa conto del pericolo.

Chiedo a Elena di guardare il sogno e procedo con la Sbl ed ecco alcuni passaggi:

Sbl- non riesco a stare dietro a tutto

Sbl- vorrei essere più leggera

Sbl- all'inizio ho avuto la sensazione che la donna sul motoscafo fosse un'irresponsabile, ma nel rivedere la scena, la vedo più da vicino, il bambino è legato in sicurezza.

Sbl- mi viene in mente che S. è al sicuro dov'è anche se mi manca.

Sbl- è più sicuro tra le sue braccia che tra le mie.

Sbl- io non gli lasciavo spazio, adesso riesce ad essere più autonomo e responsabile.

Sbl- ho una fortissima tensione alla testa

Sbl- ora è magicamente sparita

Sbl- sono molto contenta che S. stia vivendo la sua vita.

Sbl- è come se mi fossi liberata dal peso di renderlo felice

Sbl- non ho più mal di testa.

Nelle prossime sedute, continueremo a osservare l'andamento dei mal di testa.

L'IMPORTANZA DELL'ELABORAZIONE EMDR DEL SOGNO IN PSICOTERAPIA

Può non essere semplice per il terapeuta trovarsi alle prese con il seguente sogno in occasione della fase finale (ultima seduta) di un percorso di psicoterapia.

La paziente si presenta con un certo turbamento legato ad un sogno con un contenuto angosciante. Riferisce di sentirsi stranamente appesantita nonostante si senta ora bene dopo la terapia fatta. Ecco il sogno: lei è una persona famosa ed è in viaggio. Ha tuttavia dietro con sé un cadavere mummificato. Entra nei negozi della città che sta visitando e si accorge che il cadavere comincia a decomporsi. Capisce che deve seppellirlo in un cimitero e quando capisce che la decisione dipende da lei, si tranquillizza. Capisce che spettava a lei prendere la decisione, e specifica 'ma non con una brutta modalità'. Una volta fatto eseguire il funerale E. se ne va con una sensazione di beatitudine. Si dice che l'ha sistemato'. Tuttavia, nonostante il 'lieto fine' si sente a disagio. Procedo con il protocollo sulla parte più disturbante del sogno e, all'inizio della desensibilizzazione emerge la domanda della paziente su chi possa essere quella persona deceduta, e poco dopo realizza che possa essere se stessa di qualche anno fa quando, prima di cominciare la terapia, viveva uno stato di paura e di indecisione sul prendere l'iniziativa di divorziare dal marito che a sua volta alimentava il suo senso di insicurezza.

Realizza che il funerale rappresenta la risoluzione del suo matrimonio e verbalizza di sentirsi leggera. Chiudiamo felicemente la seduta e la terapia.

EMANUELE E LA DIFESA DI IDEALIZZAZIONE. IGNORO IL SOGNO

Non è sempre indispensabile elaborare il sogno. In tantissimi casi non li ho considerati ed ho proceduto con l'elaborazione del target con successo. Spesso rispetto ai sogni non elaborati, ho potuto notare come ci fosse parallelismo semantico tra la pro cessazione del ricordo e il racconto del sogno tralasciato. Come a dire che in ogni caso l'elaborazione standard porta a compimento l'elaborazione, nonostante il sogno.

E. si rivolge a me perché è in crisi con la partner, in particolare per la mancanza di desiderio sessuale e teme di essere lasciato. Mi racconta che si è sempre vantato del suo approccio "ideale più che fisico" alla vita amorosa e, attraverso i suoi principi, ha voluto dimostrare avere un modello di vita ineccepibile. Nella sua storia traumatica vi è stata la presenza di un lutto di una sorella molto amata con una grave disabilità fisica, che muore quanto lui aveva 10 anni. E. riferisce che quell'evento ha segnato un cambiamento grandissimo nella sua vita, e teme che la crisi coniugale possa rappresentare un altro evento altrettanto doloroso.

Decido di applicare la tecnica di Loua sulla difesa di idealizzazione. Chiudiamo la seduta incompleta, e la volta dopo mi porta il seguente sogno che tanto l'ha inquietato: è costretto a consegnare della droga contro la sua volontà. Procediamo con il floatback sulla CN "io sono impotente" ed emerge il ricordo di quando lui e la sua compagna dovevano cercare casa per sposarsi. Quando hanno dovuto firmare il contratto ha avuto la sensazione di non essere pronto da un punto di vista della tempistica. Dall'elaborazione emerge come E. abbia paura di stare molto male all'idea di perdere la moglie per la paura di sentirsi solo. A questo punto emerge un blocco e faccio procedere con il floatback sulla "paura di sentirsi solo" ed arriva il ricordo del senso di solitudine dopo la morte della sorella.

E. ha una forte abreazione emotiva ed è sorpreso di questa reazione. Processiamo il ricordo luttuoso e dall'elaborazione molto toccante e commovente E. si rende conto di non aver accettato la morte della sorella e capisce che è come se avesse sempre investito nelle relazioni affettive in senso ideale per mantenere "puro" il legame, così come lo era con la sorella e che questa è stata una difesa per non stare male. E' come se fosse rimasto il bambino di 10 anni che si è legato alla moglie per ricreare quel legame ideale e non sentirsi solo. Nella seduta successiva il paziente porta il seguente sogno: a casa sua entrano i ladri. Ignoro il sogno e procedo con la riapertura della seduta incompleta di cui scrivo alcuni passaggi: "mi viene in mente il viso di lei e la decisione che presi il giorno del funerale di andare dentro il carro funebre per parlarle; è un ricordo molto bello, per niente disturbante. Ricordo di quando L. partecipava idealmente ai nostri giochi e della presenza in me di un senso di frustrazione perché mi sentivo impotente. Ricordo di essere stato un bambino buono che non dava problemi e quindi in questo modo autorizzavo i miei genitori a concentrarsi su mia sorella. Io ero il suo angelo custode e, il fatto che fosse morta, mi rendeva speciale poiché pensavo che essendo successo qualcosa di brutto a lei, a me non poteva capitare niente. Mi rendo conto solo ora di non averla potuta salutare perché successe che lei si sentì male di notte, e fu accompagnata all'ospedale e lì morì poco dopo e non tornò più a casa. La mia filosofia di vita ha fatto sì che gli altri mi vedessero come speciale, dai principi fermi, ed io mi nutro di questo. E' come se mi fossi appropriato di un vantaggio per compensare il vuoto e il senso di solitudine che c'era dentro di me, prima e dopo la morte di mia sorella. Forse sono io il ladro del sogno. Mi rendo conto che vivere questa missione mi porta ad essere distaccato dalla realtà. Basta! Ora posso deporre la spada, ora posso riposare e piangere, ora posso pensare a me e ricominciare, mi sento in pace".

Riprendiamo il ricordo lasciato aperto (contratto di acquisto della casa) e lo chiudiamo.

Ciò che è successo è che con la morte della sorella, emerge la parte che idealizza l'amore puro, per celebrare il loro legame e per non soffrire. Avverte anche il vantaggio di sentirsi speciale e unico agli occhi degli altri grazie alla sua filosofia di vita' rigorosa e pura'.

Nella seduta successiva Emanuele comunica di sentirsi tranquillo e di provare una certa curiosità nonché euforia nei confronti delle donne e di sua moglie. Porta il seguente sogno: questa volta è lui a scappare, come se fosse un ladro, perché si sente in colpa per aver fatto qualcosa che non doveva. L'elaborazione (CN: ho fatto qualcosa di sbagliato, CP vado bene così, Voc 2, Sud 6 Local corporea spalle) lo porterà a riferire di essersi sentito più leggero nel pensare al sesso. Ne desumo che il senso di colpa era riferito all'essersi ingaggiato nella sua missione di idealizzazione, ma tale conclusione non è stata frutto della processazione...

Relativamente alla procedura, ho ignorato il secondo sogno presentato dal paziente (presenza dei ladri in casa), procedendo con il protocollo standard. È interessante notare come E. abbia collegato il contenuto conclusivo della elaborazione "mi sono appropriato di un vantaggio" al sogno "forse sono io il ladro". Ciò fa pensare che il sogno potrebbe essere la cartina di tornasole dell'elaborazione in atto e viceversa.

PERCHE' SOGNAMO: DALL'INTERPRETAZIONE ALL'ELABORAZIONE

N. verbalizza la sua tensione ogni volta che va all'università a fare la lezione di arabo e riferisce di aver fatto il seguente sogno: una signora di mezza età dice che quando è tesa, sogna sempre la scuola.

Procedo con il floathback sulla CN' la scuola mi dà disagio'. N.collega il ricordo della sua professoressa di latino e greco del liceo (signora di mezza età) che la trattava malissimo.

Probabilmente N. associa l'arabo al greco o al latino e l'andare all'università a fare lezione, rappresenta un trigger emotivo di un evento traumatico che, attraverso il sogno che porta in seduta, vuol essere risolto. Dopo aver elaborato tale ricordo F. riferisce di non avere avuto più la sensazione disturbante all'inizio riferita.

Un altro esempio

Chiara è appena tornata da un viaggio e si sente a disagio.

Riferisce il seguente sogno la notte prima della seduta: la scena prevede la presenza di una collega super ordinata. Le chiedo cosa la disturba del sogno e mi riferisce che pensare alla collega la fa sentire a disagio perché è molto più capace di lei

CN: io non sono capace (io sono disordinata) CP: io sono capace

Emozione: frustrazione, amarezza

Voc 1 Sud 8

Localizzazione corporea: stomaco

Ecco alcuni passaggi:

Sbl- sento un peso allo stomaco

Sbl- sono inadeguata

Sbl- la mia casa ora che siamo tornati è un caos

Sbl- mi sento giudicata dalla portinaia perché è salita ed ha visto il disordine

Sbl- se voglio ce la faccio

Sbl -ricordo lo stupore dell'istruttore di immersione

Sbl.- nella mia esperienza di volontariato mi hanno valutata positivamente e mi

Affideranno il coordinamento

Sbl- quando voglio ci riesco

Sbl- ora sono più rilassata

Sbl- dopo la seduta vado a mettere tutto a posto

Sbl- ora sento di avere lo spazio mentale per essere ordinata e mi sento rilassata

Torniamo al target: Sud 0

Istalliamo la CP: se voglio posso

Scansione corporea: nessuna tensione

Riepilogando: Chiara torna da un viaggio e sente la fatica di riordinare. Arriva la portinaia che nota il disordine e lei si amareggia e pensa di non essere capace. Questo stato accende il sogno: "la collega super ordinata in ufficio". L'elaborazione EMDR permette alla paziente di dare un significato al sogno,

ma soprattutto di elaborarlo e, come si evince, viene promosso un cambiamento cognitivo emotivo e corporeo che permette di accedere ad un livello superiore di funzionamento.

CONCLUSIONI

L'utilizzo del sogno nella psicoterapia EMDR, può rappresentare uno dei portali per accedere ai contenuti psichici, soprattutto nelle situazioni di criticità legate a posizioni difensive che impediscono l'accesso alle memorie traumatiche. L'elaborazione EMDR del sogno, può costituire un potente mezzo che mette in comunicazione il vissuto esperienziale con l'espressione psichica della persona, e può chiarire ciò che il cervello ci comunica in una modalità criptata.



Resoconto di un intervento di emergenza



E' tardo pomeriggio e, ad una di noi in un gruppo whatsapp di cui fa parte, arriva un messaggio: esortano alla preghiera per un ragazzino che ha tentato il suicidio e ora sta lottando per vivere.

Rattristita chiede cosa sia accaduto e la informano meglio dei fatti: nella notte un ragazzo di 14 anni si è buttato da balcone. Conosce la città in cui lui vive, la scuola frequentata dal ragazzino; ha da poco frequentato il seminario di approfondimento sull'EMDR con i gruppi in emergenza; forse potrà essere di aiuto... forse potrà fare qualcosa!!... Contatta la preside della scuola e presenta l'EMDR come metodo da utilizzare all'interno del gruppo classe per sostenere i compagni ed aiutarli ad affrontare quanto accaduto. Si attiva la "macchina organizzativa" la preside fa richiesta di supporto all'Associazione che risponde prontamente ed individua il gruppo di terapeuti.

L'occasione di conoscerci, confrontarci con le reciproche esperienze e competenze è stimolante e lo diventa ancora di più nel momento in cui scendiamo in campo!! Incontriamo un gruppo di genitori e un gruppo insegnanti per il CISO; sono preoccupati per ciò che sta accadendo nella comunità dove i loro figli stanno crescendo, per le ripercussioni psicologiche che un suicidio di qualche settimana prima e questo tentato suicidio, possono avere sulle loro giovani menti. Riusciamo a rassicurarli e, attraverso la psico-educazione, sembra che siamo anche riuscite a riattivare le loro risorse interiori necessarie a contrastare il senso di impotenza, a riappropriarsi della capacità di leggere gli eventi. Ciò che è accaduto, infatti, è vissuto da tutti come un fulmine a ciel sereno: inimmaginabile, inspiegabile!! I tre interventi programmati con i compagni di classe, sono stati intensi ... troviamo un gruppo provato dal gesto compiuto dal loro rappresentante di classe, benvenuto, pieno di energia. Amicizie, amori, lealtà fra compagni... un mix di sentimenti che rendono ancora più forte il colpo che stanno dovendo reggere. Tutti però hanno una certezza: tornerà tra noi, lo accoglieremo e saremo più uniti di prima!! Il gruppo è disponibile a lavorare: sentono il bisogno di essere aiutati!!! Tutti partono con un SUD molto alto e i test pre – intervento indicano che per molti di loro ci sono sintomi da Disturbo da Stress Post Traumatico.

Dopo due incontri, per la maggior parte di loro il SUD è sceso notevolmente e nell'ultimo incontro (il terzo) lavoriamo sul presente; la maggior parte di loro sceglie come trigger il momento dell'appello che si fa la mattina: cala il silenzio quando si pronuncia il suo nome ...

Alcuni dei ragazzi chiedono alle famiglie di poter continuare con dei percorsi individuali: si è attivato in loro il bisogno di essere sostenuti e contenuti emotivamente.

Da parte di tutti poi la meraviglia sul metodo EMDR!! Era stato detto loro che avrebbero incontrato lo psicologo e, nel loro immaginario, c'era una figura che avrebbe dato spiegazioni, suggerimenti, da cui avrebbero potuto trarre giovamento. E invece hanno fatto da soli!!! Hanno attivato le loro risorse, hanno seguito i loro percorsi neurali ed hanno potuto così apprezzare la bellezza e la potenza della loro mente!!!

Stefania Sacchezin - Marzia Spinelli - Laura Gambuzza

LA BALLATA DEI SOPRAVVISUTI NARRA DI UN NAUFRAGIO DI CEMENTO E DI ACCIAIO E DI UN ASSORDANTE SILENZIO Come per l'ultimo giorno

Marta Germoglio

Psicologa-Psicoterapeuta EMDR
SPDC Ospedale Villa Scassi Genova



Questo è il racconto del mio intervento con alcuni sopravvissuti al crollo del ponte Morandi a Genova. L'intervento è stato condotto secondo la metodica EMDR che è ritenuta dall'OMS la psicoterapia maggiormente efficace in caso di traumi collettivi. Attraverso il movimento oculare da destra a sinistra guidato dal terapeuta si consente l'accesso alle emozioni profonde legate alle immagini della catastrofe: in questo modo le emozioni negative possono essere elaborate e sciolte permettendo al sistema neurale di riequilibrarsi in modo autonomo e naturale.

Fotogrammi di una catastrofe: 14 agosto 2018

Filò si alza e apre la finestra. Sotto la pioggia, nel grigiore del temporale, appare il ponte. Chiaro, con gli stralli ampi, sembrano ali. L'angelo che unisce il Levante e il Ponente della città, messaggero di viaggi, commerci, incontri, lavoro. Filò abita lì da 30 anni e l'ha sempre avuto davanti quel ponte, figlio dell'ottimismo italiano degli anni '60. Accosta le imposte, la pioggia a tratti comincia a sferzare, si prepara e va al lavoro.

Cinque piani più sotto, oltre il fiume, c'è l'Isola ecologica dell'AMIU. I dipendenti sono in piena attività: camion che vanno e vengono, furgoni del riciclo, lavoratori che finiscono ed iniziano i turni, annotando gli interventi effettuati; poi vanno a farsi la doccia e a cambiarsi nella palazzina dei servizi: sopra di loro, il ponte. Qualcuno ha posteggiato sotto. Fosse una giornata di sole, i lavoratori sarebbero sotto la sua ombra per la pausa caffè, invece molti sono al coperto nella palazzina, che è spostata rispetto al ponte. Poco lontano Bice esce dalla palestra: quell'attività le piace perché la rilassa, lei che è sempre così tesa da quando è stata licenziata. L'insegnante la chiama e Bice torna indietro, in palestra.

Gianna e Leda sono in auto, lungo il fiume. Stanno andando a fare la spesa. Improvvisamente Leda vuole tornare indietro perché si è accorta che l'area dei recuperi dell'Isola ecologica è aperta e vuol vedere se trova qualche pezzo da riutilizzare. Gianna e Leda, madre e figlia, lavorano come artigiane in una ditta familiare. Sul ponte sta transitando Francesco: sta andando con la nuova fidanzata, Giulia, a visitare l'Acquario. Hanno pensato di andare oggi perché piove e non si può andare al mare. Sono in vacanza in Riviera, si sono conosciuti lì due settimane fa. Girolamo sta per concludere il turno all'Isola ecologica. Non sta guardando il ponte, è girato verso un collega che gli sta parlando: sono accanto ad un muro. Un altro collega corre verso il camion posteggiato sotto il ponte: si è accorto di aver lasciato i fari accesi e non vuole che si scarichi la batteria. Oreste è appena arrivato all'Isola dove lavora da molto tempo: ha posteggiato il camioncino accanto al ponte. Vede il collega che è tornato indietro a spegnere i fari e pensa che avrebbe potuto farlo dopo la pausa caffè che faranno insieme.

Girolamo parla col collega, girato verso il muro, ma le parole si fermano, interrotte da un fragore tremendo, potente, innaturale. In pochi secondi si trova in una nuvola di polvere e detriti, non può

scappare perché è contro il muro, qualcosa di pesante si abbatte dietro di lui, quando potrà voltarsi vedrà un'enorme pilone del ponte abbattuto a pochi metri da lui. Oreste sente picchiare sul tetto del camioncino, una gragnuola di colpi fortissimi che piega la lamiera. Oreste si abbassa, pressato dal tetto che sta cedendo, alla fine riesce a svincolarsi fuori poco prima che il tetto venga definitivamente schiacciato sotto un grosso pezzo di ponte. Corre via e vede al posto del camion del collega che era tornato a spegnere i fari, un enorme pilone spezzato. Bice esce nuovamente dalla palestra e vede crollare il ponte, vede il polverone, le auto cadere, il caos, i mezzi di soccorso che arrivano a sirene spiegate. Sale in auto e gira in tondo nelle strade limitrofe per quasi un'ora, finché la Polizia non le ingiunge di abbandonare l'auto e di andarsene. Allora posteggia, scende e cammina in tondo per un tempo che non ricorda, ma sufficiente per assistere a tutte le operazioni di soccorso e al recupero di alcune vittime. Pensa che molta gente è morta e piange. Gianna e Leda rimangono sotto le macerie. Gianna ha il viso scoperto, mentre Leda è completamente sepolta. Gianna grida con quanto fiato ha in gola e i Vigili del Fuoco scavano dove si trova Leda salvandola dalla morte per soffocamento. I soccorritori fanno uscire dopo qualche ora i dipendenti AMIU che erano nella palazzina dei servizi. Lucrezia esce, insieme agli altri colleghi, accompagnati dai Vigili del Fuoco, vede le auto cadute, schiacciate, gli enormi resti crollati del ponte e si congela. I colleghi sono disperati, una urla e piange, accasciata a terra, uno prova a soccorrere le vittime, ma vede solo morti. Lucrezia consola la collega meccanicamente, con frasi di circostanza, non sente emozioni e non crede che tutto questo sia successo. Francesco e Giulia precipitano dal ponte, atterrando quasi in asse, andando a sbattere contro un pilone caduto, l'airbag dell'auto si aziona. Francesco perde i sensi, Giulia no. Tempestivamente soccorsi, vengono ricoverati in due diversi ospedali, presentano fratture multiple, Giulia, ancora lucida e consapevole, anche lesioni interne. Ma sono vivi.

Filò non riesce a tornare a casa dal lavoro, la circolazione cittadina è bloccata dal disastro del crollo del ponte Morandi, per qualche tempo ha temuto che il figlio fosse sul ponte, ma riesce a mettersi in contatto con lui e verifica che non è stato così. Quando apre la finestra al mattino, davanti al suo terrazzo, vede il ponte spezzato.

Quello che è rimasto nella mente delle persone coinvolte che mi hanno chiesto aiuto sono queste immagini, associate ai racconti e ad emozioni di paura estrema, dolore, tristezza, rabbia, impotenza. Ho lavorato con loro con EMDR partendo da questi vissuti, ripetendo la narrazione della catastrofe subita e rivedendo le stesse immagini. Solo Girolamo non portava un'immagine, ma un rumore assordante, perché, al momento del crollo, non stava guardando il ponte. Il rumore, però, è una costante che accompagna i racconti di tutti gli altri e li rende reattivi a qualsiasi altro rumore ambientale che, istantaneamente mette in moto la moviola dei ricordi e, soprattutto, delle emozioni. C'è anche il silenzio, un silenzio immediatamente dopo il crollo, prima dello scatenarsi dei soccorsi, un innaturale silenzio di morte.

La mente di queste persone ha registrato nel suo profondo la catastrofe e le emozioni legate ad essa e non si libererà tanto facilmente da tutto ciò. Solo Francesco e Leda hanno difficoltà a ricostruire l'accaduto. Francesco era svenuto durante il crollo e si è risvegliato nel letto d'ospedale non sapendo né ricordando quello che aveva vissuto: arriverà papà a raccontargli tutto con l'aiuto mio e di una collega psichiatra che visiterà Francesco in consulenza insieme a me. Leda all'inizio era convinta di essere stata sopra il ponte, non riusciva a ricostruire che, invece, era sotto in auto con la madre. Leda si è subito informata attraverso i media dell'accaduto e, nei primi giorni, ha manifestato un tono timido eccitato per la consapevolezza di essere sopravvissuta quasi miracolosamente. Nei giorni successivi manifesterà attacchi di panico. L'ondata continua di notizie con video inquietanti, commenti, ipotesi, ha molto influenzato Leda come tanti altri in città, sopravvissuti e non, andando a peggiorare le sensazioni di ansia. La smemoratezza di Francesco sembra funzionale a creare una pausa emotiva per qualche tempo: la mente talvolta non riesce a metabolizzare subito eventi di questa portata. Ma, a lungo andare, si ritroverà sensazioni inquietanti nei sogni, in improvvise ed apparentemente inspiegabili paure che prima non aveva e in stati ansiosi continui. Per questo,

tornando a casa verrà aiutato psicologicamente. La mente è più lenta a guarire del corpo perché più complessa e, accanto alla riabilitazione fisiatrica, è necessaria anche una riabilitazione cognitiva. Giulia, sempre lucida durante e dopo la catastrofe, sarà probabilmente maggiormente facilitata nel percorso di recupero psicologico potendo utilizzare al massimo dell'efficienza i raccordi neurali fra le parti profonde ed inconscie del cervello, come l'amigdala, con le parti consce, come la corteccia cerebrale.

Strategie di sopravvivenza.

Tutte le persone coinvolte hanno attuato strategie immediate per consentire la propria sopravvivenza ed evitare il crollo psicologico: Oreste è scappato dal camioncino uscendo da un finestrino rotto e si è messo a correre il più velocemente possibile per allontanarsi, Lucrezia ha congelato le emozioni perché percepite come distruttive, Bice si è dissociata, non è riuscita ad allontanarsi dal luogo del disastro, esponendosi a visioni traumatizzanti in maniera ulteriore, Gianna ha urlato segnalando ai soccorritori la posizione della figlia sotto le macerie, Girolamo ha sempre saputo che sono morti dei colleghi che conosceva bene, ma non vuole parlarne, talvolta beve per dimenticare, Francesco ha perso la memoria del disastro, Leda si è affannosamente documentata utilizzando i media e racconta a tutti la sua esperienza, Filò vede il ponte spezzato tutte le mattine dal suo terrazzo e ha paura a percorrere tutti i ponti, non vuole guidare, soprattutto di notte.

Tra queste strategie le più efficaci sembrano essere quelle in cui le persone si sono attivate, rifuggendo l'impotenza della passività. Quella passività che la notte diventa una sensazione di soffocamento, come nel caso di Filò, che impedisce qualsiasi altro pensiero. Il bisogno di sicurezza di Filò è soddisfatto dal posto al sicuro e dalla voce della terapeuta che utilizza il tapping perché i movimenti oculari disturbano la paziente. Chiude gli occhi e riproduce il buio in modo attivo, in una condizione di tranquillità emotiva. Durante i movimenti oculari Bice si rilassa moltissimo, quasi si addormenta; la voce della terapeuta la riporta al qui ed ora. Ha bisogno di rientrare nella dissociazione, ma in un ambiente sicuro, ed essere ricondotta fuori da una guida: mantenersi sull'orlo dell'abisso, con la certezza di essere legata ad una corda. Il contrario di quello che ha vissuto il giorno della catastrofe in cui si era trovata sempre più avviluppata sul luogo della tragedia, senza riuscire ad allontanarsi né fisicamente né emotivamente.

Oreste è scappato, ma ora è arrabbiato. Però fa fatica a dirlo. Devastato dall'ansia e dall'insonnia, continua a chiedersi perché non ha invitato il collega a prendere un caffè prima di spegnere i fari del camion. Il senso di colpa per essere sopravvissuti è costante in tutte le persone coinvolte. EMDR consente a queste persone di vivere la situazione d'impotenza come inevitabile, non voluta. Per Oreste è importantissimo sentire che non avrebbe davvero potuto fare altro che scappare: nel vissuto d'impotenza che generano catastrofi di questo tipo sente che è positivo per lui essersi attivato nella fuga: è la prova della sua forza di reagire. E finalmente la rabbia trova una sua strada che passa attraverso il pianto per la perdita del collega. La sua immagine di uomo forte e capace di prendersi responsabilità non può essere intaccata perché il setting è protettivo. La sua responsabilità verso se stesso e la sua famiglia ora è quella di curarsi.

Lucrezia si chiede come dovrebbe o non dovrebbe essere e perché è sopravvissuta lei e non quel collega che era tornato a spegnere i fari: cerca spiegazioni razionali che non ci sono e si congela sempre di più. Vorrebbe esistessero farmaci per renderla smemorata. Quando decide di affidarsi è perché ha letto dell'EMDR sul sito. Inizia a fare sogni molto articolati- di solito non li ricorda che strano- in cui parti di sé si ritrovano e cominciano a dialogare, partecipano ad una psicoterapia collettiva in ambienti che, via via, si moltiplicano, in innumerevoli stanze che, da grigie ed anonime, diventano colorate. Riprende ricordi infantili che aveva dimenticato, non tutti gradevoli. I genitori conflittuali, sempre sull'orlo della separazione e lei che fa la "brava bambina" per non turbarli. Un gatto- nel sogno si moltiplica- che le avevano regalato e che era diventato il suo confidente. La sorella che, nel sogno, sente di amare di più: al risveglio, insieme ritrovano foto dell'infanzia.

Ma in una foto Lucrezia stenta a riconoscersi, pur sapendo che quell'immagine è lei bambina: altri traumi premono, forse altri lutti. La via è aperta: ci arriverà.

Il corpo parla

EMDR è la via aurea per dialogare con il corpo: la mente, frammentata dal trauma, è avviluppata nelle immagini dolorose, il corpo fatica perché le rivive continuamente. Le persone in trattamento, all'inizio, lamentano sempre dolori diffusi, formicolii, contratture, cefalea, astenia, spesso sono preoccupate di covare oscure malattie organiche, non sono abituate a questa fatica che comincia dalla mente, ma è vissuta dal corpo. Oreste è ancora giovane, non è mai stato così "debole", quasi disprezza questa sua condizione, per lui è sintomo di non riuscire ad uscire fuori dal trauma. E' una persona abituata all'azione, fisico snello e scattante, parola veloce: ha sottovalutato la gravità del trauma, si stupisce che la mente ci metta così tanto a riprendersi. Lavorando sulle immagini traumatiche con EMDR, piano piano queste si sfuocano e il corpo si rilassa, diventa più forte. Dal giorno della catastrofe i suoi muscoli erano tesi ancora nell'atto della fuga per salvarsi: l'azione è rimasta congelata con il pensiero del trauma, finché EMDR non l'ha rimessa in moto ed Oreste ha potuto concludere la sua corsa per la salvezza. Durante i movimenti oculari i dolori e l'astenia scompaiono. Mentre somministro movimenti oculari, Lucrezia sente un forte dolore alla gamba sinistra prima e poi a tutto il lato sinistro del corpo. Dolori apparentemente inspiegabili. Ma sono ricordi di un altro trauma di alcuni anni orsono di cui non aveva mai parlato: un grave incidente di moto. Era con il marito che non ha avuto danni, Lucrezia, invece, si è fratturata, ha subito un intervento e l'immobilità per due mesi. Una condizione che lei descrive come "insopportabile" perché totalmente di dipendenza e di cui non vorrebbe ricordarsi. Mentre parla, i dolori scompaiono: EMDR ha lavorato su traumi che sono stati fissati nella mente uno vicino all'altro, o comunque sullo stesso percorso neurale, partendo dal più recente è arrivata all'altro trauma che non era mai stato elaborato. Partendo da questo punto, successivamente, Lucrezia recupera ricordi infantili di cui, fino a questo momento, non aveva memoria. Tornando al momento del trauma recente, recupera sensazioni fisiche che, all'epoca, aveva ignorato: il rumore che fa male alle orecchie, la pioggia battente sul viso e sui vestiti che si inzuppano, l'odore di gas che si è sprigionato dopo il crollo. La tensione, che si esprimeva in formicolii agli arti superiori ed inferiori passa alla parte posteriore del collo che si irrigidisce e Lucrezia assume una postura di chiusura, di difesa. Tuttavia, alla fine della seduta, riesce a rilassarsi.

La via è aperta

Lavorando sul trauma del crollo del ponte alcune persone hanno dato la possibilità a loro stessi di lavorare su altri traumi del passato, quantomeno a diventarne consapevoli.

Lucrezia, che asseriva di non ricordare episodi dell'infanzia, ne ha "scoperti" alcuni che riguardavano esperienze di trascuratezza genitoriale ed abbandono: evidentemente rimasti congelati nel profondo della sua memoria perché troppo traumatici da tollerare. Da quel momento è aumentata la produzione di sogni e si sente "tutta scombussolata", ma motivata a continuare il lavoro.

Bice ha iniziato a comprendere, lavorando sul trauma del crollo del ponte e sulla sua tendenza alla dissociazione, che un grosso trauma per lei era stato qualche anno prima il licenziamento improvviso: non ne aveva mai parlato con nessuno, sperando di "dimenticare", ma, da allora, era accompagnata da un perenne stato ansioso ed era molto labile emotivamente.

Filò, guardando dalla finestra il ponte spezzato, ha contattato la parte spezzata di sé rispetto alla famiglia d'origine che abita lontano e che rivede raramente.

Oreste ha preso coscienza di una parte di sé emotiva ed empatica, a dispetto dell'immagine da "duro" che esprimeva al mondo esterno: ha potuto rimettere in moto il lavoro del lutto per i colleghi perduti.

Girolamo ha apprezzato il silenzio e il rilassamento della seduta dopo aver elaborato il ricordo del rumore del crollo, apocalittico e indescrivibile.

EMDR ha permesso a tutti di sentirsi più liberi e con più potenzialità personali: ha innescato una forte possibilità di cambiamento che difficilmente potrà bloccarsi. Queste persone, dopo aver elaborato il trauma, potranno continuare nella loro evoluzione personale ed essere maggiormente resilienti nelle difficoltà successive.

E si potrà dire, con Benjamin Disraeli, che “ il regalo più grande che puoi fare a un altro non è condividere le tue ricchezze, ma fargli scoprire le sue”.



INTERVENTI DI EMERGENZA – 2021 ASSOCIAZIONE EMDR ITALIA



Il 2021 è stato un anno molto particolare, per tutto il decorso di quest’anno come Associazione ci è stato richiesto un continuo sforzo di adattamento a situazioni complicate e ad un mondo completamente trasformato dalla pandemia in corso. Questa situazione, oltre a creare situazioni critiche di per sé, come burn-out lavorativo a causa dalle restrizioni dovute dal lock-down e l’aumento della presenza di sintomatologie legate ai lutti complicati a causa del numero enorme di morti deceduti per il COVID-19 in molti casi avvenuta in maniera improvvisa ed inaspettata, ha aggiunto complessità ad eventi che come Associazione abbiamo sempre dovuto affrontare in ambito emergenziale.

Possiamo quindi dire con certezza che l’impegno è stato tanto ed è arrivato da parte di un grande numero di terapeuti, nostri soci che, in maniera diversa, sono intervenuti in tutti questi casi. E’ per questo motivo che, per poter ringraziare e valorizzare il lavoro di tutto il nostro team, con l’inizio del nuovo anno abbiamo deciso di fare un resoconto generale di tutti gli interventi svolti in quest’ultimo periodo, in particolare dal 14 gennaio al 20 dicembre 2021.

In questo lasso di tempo l’Associazione EMDR Italia ha avviato e portato a termine con successo circa 79 interventi emergenziali su tutto il territorio italiano. Gli eventi critici, che hanno portato una serie di istituzioni alla richiesta di supporto, sono stati molteplici: 14 sono gli interventi svolti a causa del COVID-19 e altrettante le strutture che hanno fatto richiesta di assistenza, come Associazioni, RSA, ospedali e scuole; 29 interventi sono stati svolti in seguito alla morte improvvisa o inaspettata in ambito scolastico; 18 per via di infanticidi, omicidi e suicidi attuati sia da parte di bambini e ragazzi che di adulti.

I restanti interventi sono stati svolti in seguito ad eventi traumatici di diversa natura come, ad esempio incendi di strutture ed edifici e crolli di palazzine.

Si stima che, il totale delle persone coinvolte in tutti questi eventi si aggiri intorno ad un numero che supera le 4.000 persone ed in tutti questi casi l’Associazione EMDR Italia, insieme al suo team di esperti in ambito dell’emergenza, è intervenuta per supportare tutte queste persone, sia che si trattasse di Vittime del primo tipo o Vittime del secondo tipo, cioè coloro che sono stati colpiti direttamente o indirettamente dall’impatto del determinato evento critico, che Vittime del terzo tipo, ovvero i soccorritori, sia volontari che professionisti.

Ma non solo, oltre a questo, l’Associazione ha svolto anche molte ore di formazione per insegnare a nuovi terapeuti tutto ciò che è indispensabile sapere per la gestione di eventuali stati di crisi futuri. Nei seminari sono stati forniti protocolli specifici per offrire supporto specialistico improntato sulla persona in diversi contesti, potendo così rispondere a tutti i bisogni che possono emergere in diverse situazioni emergenziali e facendo prevenzione a livello psicologico.

IL CROLLO DEL PONTE MORANDI

La violenza dell'impatto e le conseguenze traumatiche

Gli interventi di psicologia dell'emergenza dopo il crollo del ponte Racconto di un'esperienza di intervento sul trauma con l'EMDR

Francesca Tinelli

Psicologa-Psicoterapeuta EMDR



Il lavoro narra l'esperienza di una task force di psicologi e psicoterapeuti intervenuta per affrontare la maxi emergenza legata al crollo del ponte dell'agosto 2018, le cui conseguenze hanno avuto una risonanza nazionale. Duraturi sentimenti di paura e impotenza nelle persone, senso di precarietà e costante preoccupazione per il possibile ripetersi dell'evento, fatto peraltro poi accaduto, ha inevitabilmente minato il senso di sicurezza di individui e comunità. Su questi vissuti lavora la Psicologia dell'Emergenza, che nello specifico si occupa degli interventi clinici e sociali in situazioni di calamità e disastri naturali, in un setting dove le dimensioni spazio-temporali sono stravolte, così come i vissuti emotivi e relazionali connessi.

Tra gli strumenti terapeutici applicabili in situazioni di emergenza, riporterò qui la mia personale esperienza di psicoterapeuta che ha lavorato con la tecnica EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), già dimostratasi efficace (Shapiro, 2000) nel prevenire il rischio di sviluppare una psicopatologia negli individui che hanno subito un evento distruttivo di tale portata, grazie alla sua capacità di consentire nella persona traumatizzata dall'evento una rielaborazione adattiva dell'esperienza immagazzinata in maniera disfunzionale, con conseguente remissione dei sintomi del PTSD (Disturbo da Stress Post Traumatico). Nelle situazioni di emergenza, quando un grave evento critico colpisce una popolazione intera, si viene a creare una condizione di elevata emotività che riguarda l'individuo e la comunità. L'evento critico stesso può causare reazioni emotive particolarmente intense: shock, senso di colpa, rabbia, tristezza, vissuti tali da poter interferire con le capacità di funzionare sia durante l'esposizione al crollo /e che in seguito, per tempi diversi e individuali. In altri termini, si possono accusare reazioni intense causate dal crollo del ponte legate a una ferita psicologica, come se fosse una ferita fisica. Obiettivo dell'intervento è proprio quello di avviare e sostenere un processo di ripristino dell'equilibrio psicologico fortemente minato, ridurre e gestire le reazioni da stress post traumatico e aiutare le persone a ricostruire la loro identità individuale, familiare e sociale. L'esperienza vissuta a Genova insieme a colleghi provenienti maggiormente dalla Liguria, mi ha permesso di sperimentare sul campo quanto la relazione terapeutica, costruita nel qui ed ora del dopo crollo, possa diventare un contenitore di vissuti ed emozioni che si muovono al suo interno in modo flessibile e circolare: il gruppo di lavoro e la rete diventano il cuore e la mente del terapeuta e la violenza della natura che travolge la vita distruggendo i legami e i pensieri può così essere affrontata ed elaborata attraverso la ricostruzione di uno spazio mentale sicuro e protetto, nel quale provare ad attribuire un senso a quella violenza improvvisa e devastante. E tutto il lavoro si svolge intorno alle conseguenze, non solo concrete e tangibili, relative alla perdita della casa, dei familiari, del lavoro, degli amici, ma soprattutto psichiche ed emotive, dove ci sono domande che non sembrano poter avere una risposta, dove il proprio sistema di riferimento esistenziale si sgretola e la persona si ritrova a parlarci, a guardarci, con uno sguardo perso in un tempo e in uno spazio sospeso,

cui è nostro compito ridare dei punti di riferimento.

L'esperienza traumatica del crollo

Il crollo del 14 agosto 2018 ha causato danni irreparabili sia a livello strutturale che relazionale: case, uffici, negozi e al loro interno le storie delle persone, i loro affetti e le loro abitudini, da quel momento trasformate, spesso cancellate. L'epicentro del ponte Morandi ha colpito una zona della città ma l'impatto si è sviluppato sulla città di Genova che ha ricevuto il colpo di grazia, è stata completamente distrutta: una violenza senza fine, andata avanti per mesi. Il crollo del ponte ha scardinato la vita delle persone, adulti, bambini, anziani, soccorritori inclusi: l'angoscia vissuta fin dall'inizio ha spazzato via la sicurezza della popolazione, la vita si è trasformata, la normalità è diventata cronicizzazione della paura. Il crollo del 14 agosto ha allarmato la popolazione di Genova poiché molte zone, pur senza vittime, hanno però subito danni strutturali importanti: molte persone sono state sfollate, in alberghi lontano da casa, fino ad arrivare, nell'ultima fase, a nuovi appartamenti. La violenza dell'incuria dell'uomo, ha quindi imposto un cambio radicale di vita: distruggendo i legami delle persone con la loro terra, li ha trasformati in macerie non solo materiali, ma anche e soprattutto emotive, dove profondo è il senso di spaesamento per una terra conosciuta e amata che improvvisamente ha tradito. Complessi e diversi sono stati i passaggi che la popolazione ha attraversato nell'affrontare l'evento traumatico e le sue conseguenze. Dapprima, confusa e incredula, sembrava non attendere altro che qualcuno che dicesse cosa fare, perciò seguiva in modo rigido e acritico tutte le indicazioni provenienti dall'istituzione, speranzosa di rientrare il prima possibile alla normalità. Se dovessi leggere questo meccanismo di adesione totale, osservando quello stato di assoluta attesa che caratterizzava le persone con cui ho parlato, tenderei a rifarmi al pensiero di Bion (1972), quando parla dell'assunto di base di dipendenza, caratterizzato proprio dalla delega e dall'asservimento ad un ente superiore, in questo caso i soccorritori. Naturalmente, la popolazione è informata della presenza degli psicoterapeuti dai Medici di Medicina Generale (MMG), dai Servizi Sanitari e da tutto il materiale informativo distribuito a tappeto, ma è fondamentale andare alla ricerca delle persone (outreaching), poiché molti non riescono neanche a pensare di chiedere aiuto, sono troppo terrorizzati e preoccupati per riuscire a fermarsi a pensare di cosa avrebbero bisogno. Avere uno psicoterapeuta che offre loro uno spazio di ascolto e di elaborazione è fondamentale per aiutarli a riprendere in mano la propria vita, soprattutto il fatto che le priorità sono cambiate improvvisamente: in situazione di maxi emergenza, infatti, è come se si dovesse ripartire dalla base della Piramide dei bisogni (Maslow, 2010 *metti edizione originale, non sarà il 2010!*), avendo la necessità di soddisfare i primari bisogni fisiologici e di sicurezza scardinati dalla nuova condizione di precarietà.

La psicologia dell'emergenza: le vittime

La psicologia dell'emergenza si propone di studiare, prevenire e attenuare il disagio psichico di tutti gli individui coinvolti, più o meno direttamente, in una "maxi-emergenza" (attacco terroristico, guerra, incidente ferroviario e/o aereo, inondazioni, terremoti ecc.), occupandosi della presa in carico degli aspetti psicologici e comportamentali sia delle vittime primarie, sia degli operatori che prestano loro soccorso. Si tratta di una disciplina che studia l'individuo, il gruppo e la comunità in situazioni di crisi. Uno degli obiettivi della psicologia dell'emergenza è quello di supportare in modo specialistico le persone che hanno vissuto delle esperienze traumatiche, sia individuali che collettive. Il supporto psicologico deve essere mirato a stabilizzare nella fase acuta, attenuare le risposte allo stress, mobilitare le risorse delle persone coinvolte, normalizzare e facilitare il recupero della loro funzionalità e fornire un'occasione di valutazione dello stato emotivo delle persone e di eventuali bisogni di follow up. Le persone vengono informate dall'inizio che saranno prese in carico da diversi terapeuti: la stessa persona può essere vista da 4 o 5 psicoterapeuti perché l'organizzazione del lavoro prevede per gli operatori turni di cinque giorni. Le persone possono essere viste anche quotidianamente, oppure ogni due o tre giorni, secondo le loro disponibilità (impegni di lavoro, famiglia, problematiche connesse all'abitazione/attività lavorativa distrutta ecc.), e noi operatori cerchiamo il più possibile di seguire i loro bisogni.

In emergenza le necessità cambiano continuamente, se possibile un terapeuta durante la sua permanenza cerca di seguire i casi in carico, in caso contrario vengono passati al collega che si reputa più idoneo. Le cartelle dei pazienti devono essere compilate in maniera precisa e completa per consentire al collega di comprendere al meglio il caso ed è necessario lasciare il proprio riferimento affinché si possa sempre essere raggiungibili, se necessario.

Le vittime coinvolte sono molteplici e il livello di coinvolgimento differente. Sono vittime di primo tipo quelle che direttamente subiscono l'impatto dell'evento; sono di secondo tipo i parenti dei superstiti o defunti; le vittime di terzo tipo sono i soccorritori; quelle di quarto tipo riguardano la comunità coinvolta nel disastro; le vittime di quinto tipo sono le persone che per proprie caratteristiche possono reagire sviluppando un disturbo psicologico pur non essendo coinvolte nell'evento (ad esempio qualcuno che legge la notizia sul giornale o vede un servizio alla TV); infine, le vittime di sesto tipo sono quelle di chi avrebbe potuto essere vittima del primo tipo oppure le persone che possono sentirsi coinvolte per motivi indiretti (per esempio una persona che qualche tempo prima è andata in vacanza nello stesso posto dove è avvenuto il sisma, quindi avrebbe potuto trovarsi al posto delle persone che hanno vissuto l'esperienza del crollo del ponte: "avrei potuto essere al suo posto.....ora tutto questo è crollato").

Quando si parla di eventi catastrofici, di maxi-emergenze, siamo naturalmente soliti pensare alle vittime dirette del trauma, ma un aspetto rilevante riguarda i vissuti dei soccorritori che, come abbiamo visto, vengono annoverati come vittime di terzo tipo. Vigili del fuoco, forze dell'ordine, militari, medici legali e personale medico in generale, insegnanti, ecclesiastici (non dimentichiamo che l'Umbria, Norcia in particolare, è un territorio ricco di religiosità) e volontari che partecipano alle varie attività. La gestione dell'emergenza, infatti, espone a situazioni caratterizzate da grande sofferenza individuale e/o collettiva che, occasionalmente o anche cronicamente, può portare a destabilizzare l'equilibrio psico-fisico. Nelle situazioni di maxi-emergenza, quando un grave evento critico colpisce una popolazione intera, si viene a creare una condizione di elevata emotività che riguarda l'individuo, la comunità e gli stessi soccorritori, nei quali l'evento critico stesso può causare reazioni emotive particolarmente intense, tali da poter talvolta interferire con le capacità di funzionare sia durante l'esposizione allo scenario che in seguito, per tempi diversi e individuali. Tra le reazioni più comuni, ma mai da sottovalutare, si possono osservare reazioni di stress da sovraesposizione alle richieste (appelli delle vittime, bisogni cui far fronte ecc.); senso di impotenza e inadeguatezza; oppure, all'opposto, vissuti di onnipotenza e incapacità di percepire il limite delle proprie azioni; o ancora, identificazione con le vittime e/o familiari. Le persone che lavorano quotidianamente a contatto con le sofferenze acute, infatti, nonostante sviluppino un'alta soglia di tolleranza agli eventi traumatici, in seguito alla traumatizzazione vicaria possono slatentizzare disturbi psicopatologici. Solitamente vivono il disagio al termine del turno oppure al rientro a casa: possono provare tristezza, colpa, rabbia, paura, confusione e ansia, oppure trovarsi in una condizione di astenia. Possono anche sviluppare reazioni somatiche come mal di testa, disturbi gastro intestinali, difficoltà a distendersi e rilassarsi. Il fatto è che, come si può facilmente intuire, la salute mentale dei soccorritori è fondamentale per le relazioni che essi instaurano con le vittime di primo e secondo tipo, poiché la traumatizzazione vicaria rischia di attivare un disagio ancora maggiore nelle vittime che sono deputati a soccorrere.

La psicologia dell'emergenza: la cura

Un metodo di intervento in psicologia dell'emergenza oggi considerato come il trattamento evidence-based per il PTSD, validato da ricerche e pubblicazioni più di qualunque altra psicoterapia nel campo del trauma e approvato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2013 e dal nostro Ministero della Salute nel 2003, è l'EMDR.

L'EMDR considera tutti gli aspetti di un'esperienza stressante o traumatica: cognitivi, emotivi, comportamentali e neurofisiologici. Questo metodo vede il disagio psicologico conseguente ad un trauma come il risultato di un'informazione, relativa all'evento traumatico, immagazzinata in modo non

funzionale: quando avviene un evento traumatico, infatti, l'equilibrio eccitatorio/inibitorio necessario per l'elaborazione dell'informazione viene alterato, è come se l'informazione venisse congelata nella sua forma ansiogena originale, nello stesso modo in cui è stata vissuta. L'informazione così bloccata e racchiusa nelle reti neurali non può perciò essere elaborata, ma continua a permanere provocando una sintomatologia caratterizzata da astenia, irritabilità, disturbi del sonno, iperfagia o ipofagia, ansia e altri disturbi psicologici che spingono poi le persone colpite dal trauma a chiedere aiuto. Attraverso i movimenti oculari (sollecitati dal movimento destra-sinistra del braccio del terapeuta) o il tapping (tamburellamenti alternati sulle mani del paziente), la persona viene accompagnata a rievocare e descrivere il ricordo e l'immagine traumatica associata, con gli annessi cognitivi, emotivi e neurofisiologici. In questo modo si facilita la rielaborazione dell'informazione fino alla risoluzione adattiva, caratterizzata dalla possibilità di utilizzare l'esperienza in modo costruttivo integrandola in uno schema cognitivo ed emotivo positivo.

Gli interventi possono essere individuali e di gruppo: io stessa ho avuto modo di lavorare in diverse occasioni in setting gruppali, per esempio a scuola, sulle singole classi, su richiesta delle insegnanti. Nel dettaglio, l'intervento sul gruppo prevede un incontro rivolto a genitori e insegnanti per spiegare il C.I.S.O. (cosa succede dopo un evento traumatizzante, le conseguenze e gli interventi possibili); poi la somministrazione dei test, differenti per età, l'intervento di gruppo svolto a scuola, per un totale tre incontri; e la somministrazione dei test come follow up al termine del percorso. Inoltre, agli alunni, ma anche agli insegnanti, viene sempre offerta l'opportunità di svolgere colloqui singolarmente se ne sentono la necessità. Un'attività non esclude l'altra.

Conclusioni

“Il concetto di trauma in Freud è la copertina della psicoanalisi. Alla teoria del trauma corrisponde l'ipotesi che i singoli sintomi scompaiano quando si ridesta il ricordo dell'evento scatenante risvegliando l'affetto che lo aveva accompagnato perché questo si esprima in parole. ..Sotto il nome di <<ricordi>> i personaggi dell'archivio sono già gli affetti, personaggi addormentati o relegati in un altrove che devono essere svegliati e fatti parlare. Il concetto di conversione evoca in Freud un fenomeno trasformativo... Chiudi gli occhi e narra, dice Freud. Poiché come il sogno la nevrosi si basa su un lavoro di trasformazione, questo lavoro deve essere invertito e il sapere dell'analisi funziona come capacità di convertire i troci dietro i quali si è rifugiata la malattia”. (Miglietta pg. 1)

L'esperienza vissuta mi ha permesso di capire cosa significa vivere un trauma collettivo, il terremoto sembra una guerra, in parte lo è, la differenza è che il nemico prima era amico e ci si fidava completamente, una distruzione interna ed esterna, improvvisa, imprevista che non ti aspetti. Ci sono legami tran-generazionali con la propria terra, questo ha messo tutto in discussione, le emozioni non avevano più i colori dell'arcobaleno ma si sono trasformate in rabbia, angoscia, paura, tristezza, nulla era più legato. La sensazione prevalente che ho vissuto inizialmente era quella dell'impotenza, di non fare mai abbastanza, dopodiché ho iniziato a capire i movimenti controtransferali, questo mi ha permesso di trasformare il mio vissuto e di vivere il mio ruolo in maniera diversa, sufficientemente aperta alla costruzione di legami disponibili all'ascolto del dolore

Mi sono sentita all'interno di una grande famiglia perché o rivisto volontari, operatori, persone e questo mi ha aiutata a sentire che nonostante tutta la violenza nata dal crollo del ponte, c'era un fine lavoro di tessitura che nel tempo ha “costruito nuovi legami “.

Durante le mie esperienze in emergenza, mi sono resa conto di come il modello psicoanalitico mi abbia permesso di reggere maggiormente allo stress, all'impotenza, la rabbia, ma in modo particolare mi abbia aiutata ad accorgermi, con un continuo lavoro di controtransfert, di quanto sia fondamentale e preziosa la funzione di . L'emergenza, le continue scosse, creano una situazione schizofrenica, gli elementi proiettati sono diretti, improvvisi e imprevisti. La navigazione a vista è base del lavoro, l'organizzazione era continuamente stravolta, come i legami delle persone.

La maxi emergenza sembra una guerra, è stato presente l'esercito italiano, vigili del fuoco, forze

dell'ordine, protezione civile. Alcuni legami hanno tenuto, altri si sono spezzati, sono nati nuovi legami ad esempio con noi operatori insieme ai vari soccorritori. Come in tutte le guerre, è presente la morte, la distruzione, elaborare il lutto della perdita inizialmente con la propria terra.. Il trauma acuto non è solo legato alla cornice temporale ma anche al periodo di sicurezza post traumatico, ogni volta che c'era una scossa le persone riattivavano il trauma iniziale.. Penso che nessuno possa avere la preparazione per certi disastri. Penso che la nostra umanità mai dovrebbe sentirsi "pronta" ad affrontare certe cose. La Klein ribadisce a più riprese quanto sia essenziale per lo sviluppo affettivo e mentale un rapporto solido e soddisfacente con l'oggetto primario. In Invidia e gratitudine scrive: "Credo che la felicità goduta nell'infanzia e l'amore per l'oggetto buono che arricchisce la personalità siano alla base della capacità di godere e di sublimare...Il primo felice rapporto con la madre...mitiga l'odio e l'angoscia"(1957, p.59) E, punto essenziale è anche alla base di una possibile elaborazione della perdita, permettendoci di vivere il dolore in modo costruttivo e creativo. L'elaborazione della perdita, cioè la capacità di conservare il legame anche se l'oggetto d'amore non è più presente materialmente, permette di custodire il valore dell'oggetto d'amore dentro di noi, mantenendo il legame. Mentre l'incapacità di vivere la perdita fa sì che si resti ancorati a un oggetto arcaico idealizzato con cui si ha un rapporto malato e mortifero, che fa sprofondare in una depressione incapace di pensiero e di simbolizzazione. Essenziale è l'elaborazione del lutto, il non rimanere incastrati nel rapporto con un oggetto idealizzato, questa è una perdita violenta e improvvisa. Se non si riesce a vivere l'esperienza del dolore della perdita, si perde anche l'amore.

Una violenza di questo genere ha stimolato la resilienza delle persone, anche la mia ad affrontare e superare un evento traumatico, Genova è diventata un po' la mia città, ho lavorato in questo per in un arco spazio temporale di sei mesi, ho seguito le loro tappe di vita fino ad arrivare alla separazione, che ho vissuto come una gemmazione di nuovi legami.

La ricostruzione della città consente una ricostruzione interna. Mi colpito vedere le persone che hanno iniziato a rivedere i colori, almeno in parte a ricostruire i legami con la propria terra, alcuni sono scappati altri hanno dichiarato amore per la vita, quindi il legame rotto va ricostruito, insomma ci si può fidare, tenendo ovviamente la giusta distanza. Durante le mie esperienze in emergenza, mi sono resa conto di come il modello psicoanalitico, la mia bussola, mi abbia permesso di reggere maggiormente allo stress, all'impotenza, la rabbia, ma in modo particolare mi abbia aiutata ad accorgermi, con un continuo lavoro di controtransfert, di quanto sia fondamentale e preziosa la funzione di reverie. L'emergenza, le continue scosse, creano una situazione schizofrenica, gli elementi proiettati sono diretti, improvvisi e imprevisi. La navigazione a vista è base del lavoro, l'organizzazione era continuamente stravolta, come i legami delle persone. Personalmente l'esperienza che ho vissuto è stato un percorso personale e professionale di crescita, ho iniziato il mio lavoro senza sapere cosa sarebbe accaduto, un viaggio con i legami a brandelli delle persone che hanno iniziato un po' per volta ad essere ricuciti e sono diventati un patchwork di nuove storie di vita.

BIBLIOGRAFIA

- AA.VV Trattamento delle condizioni trauma e stress correlate, 2016 , Giovanni Fioriti Editore
 Bion Wilfred R.(1959) Gli elementi della psicoanalisi, 1995, Armando Editore
 Bion Wilfred.R, (1962b). Apprendere dall'esperienza. Roma, Armando, 1972
 Klein, M. (1959). Psicoanalisi dei bambini. Firenze: Martinelli, 1970
 Klein, M. . Invidia e gratitudine, Psycho Editore , 2000
 Freud Sigmund, Al di là del principio del piacere,Bollati Boringhieri 1986
 Ginnantonio, M (2003) Psicotraumatologia e Psicologia dell'Emergenza, Salerno, Ecomind
 Maslow Abraham H (1973) Motivazione e personalità, Armando Editore 2010, Milano
 Donata Miglietta, Il luogo del gioco (articolo tratto dal n. 12/13, Anno VII, aprile/ottobre 1993 della Rivista Arealis)
 Pavon L.,Banon, D.(1996), Trauma, vulnerabilità, crisi,, Torino: Bollati Boringhieri
 Dolores Mosquera, Anabel González, EMDR e dissociazione: l'approccio progressivo Giovanni Fioriti Editore , 2015
 Francine Shapiro, EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari , 2000,McGraw-Hill Education
 Taylor A.J.W., Frazer A.G., The stress of post disaster body handling and victim identification work, Journal of Human Stress, 8, pp.4-12, 1982

IMPATTO PSICOLOGICO DELL'EMERGENZA COVID SUGLI OPERATORI SANITARI DELLE RSA ITALIANE ED EFFICACIA DELL'EMDR

***Elisa Faretta* - M. Ignazia Garau* -
Marco Pagani** - Isabel Fernandez****

**Supervisore EMDR - ** Primo ricercatore CNR Roma*

L'emergenza COVID ha particolarmente colpito la realtà delle Residenze sanitarie assistite (RSA) sia da un punto di vista della numerosità dei contagi che dei decessi, visto la popolazione fragile ospitata. Gli operatori sanitari in tali strutture si sono trovati da un giorno all'altro catapultati in una realtà molto diversa a quella a cui erano abituati, e hanno dovuto in poco tempo e all'interno di uno scenario di incertezza e in continuo cambiamento, rivedere i confini e le modalità del prendersi cura a cui erano abituati. In questo articolo si approfondiranno il vissuto psicologico degli operatori di diverse RSA Italiane durante la prima ondata dell'epidemia COVID-19 e l'efficacia del trattamento EMDR sullo stesso.

Introduzione

L'emergenza sanitaria correlata alla diffusione del COVID-19 si può definire come un vero e proprio disastro collettivo, che ha avuto effetti sulla salute mentale delle persone talmente profondi di cui probabilmente al momento vediamo solo la punta dell'iceberg. La quarantena e l'isolamento sono stati associati alla paura (Rubin & Wessley, 2020), alla sindrome da stress acuto, alla depressione, al disturbo post-traumatico da stress, all'insonnia, all'irritabilità, alla rabbia, all'esaurimento emotivo e alla perdita di controllo percepito (Jung e Jun, 2020; Xiao, 2020). In una revisione sul tema Brooks e colleghi (2020) hanno notato che i sintomi di disordine da stress post-traumatico, confusione e rabbia erano gli effetti negativi più frequentemente riportati dalla popolazione durante la quarantena. Se queste evidenze sono vere a livello generale, per quel che riguarda gli operatori sanitari tale vissuto psico-emotivo può ritenersi amplificato a causa di tre fattori principali (Tarquinio et al., 2020): la pressione sociale relativamente all'evoluzione dell'emergenza, che dipende in parte dalla qualità delle cure fornite ai pazienti; la pressione professionale dovuta a un carico di lavoro significativamente superiore al normale e, infine, la pressione personale, connessa alla paura di poter essere vettore di contagio per i propri cari oppure all'amarezza del doversi isolare. Ciò è ancora più vero per quegli operatori sanitari che sono stati coinvolti nella gestione di tale emergenza operando nelle Residenze sanitarie assistite (RSA). Con il termine RSA si fa generalmente riferimento a delle comunità residenziali che accolgono anziani, persone deboli e vulnerabili, che hanno bisogno di supporto da più punti di vista: assistenziale, emotivo, relazionale e medico-sanitario ed è proprio in queste strutture che l'irruenta esplosione dell'epidemia ha avuto un impatto catastrofico. Una survey sulla diffusione del virus durante la prima ondata dell'epidemia (Lombardo et al., 2020), che ha intercettato circa il 40% delle RSA italiane, ha potuto riscontrare che complessivamente sono 9154 gli ospiti residenti deceduti dal 1° febbraio al 5 maggio 2020. Di questi solo il 7,4% aveva una diagnosi confermata in laboratorio di COVID-19, ma il 33,8% erano stati segnalati come aventi sintomi simili all'influenza. Nello stesso periodo il 12% delle RSA aveva almeno un residente positivo al COVID-19, il 35% aveva almeno un residente con sintomi simil-influenzali e il 21% aveva almeno un operatore positivo. In questo scenario lo studio evidenzia come, nel 60% dei casi, le RSA non hanno ricevuto alcuna consulenza ad hoc né per la gestione dei residenti né, più in generale, per la prevenzione e la gestione delle infezioni. Circa l'8% delle RSA non era in grado di isolare i residenti con COVID-19 sospetto o confermato e sono emerse come criticità la mancanza di personale, la difficoltà nel trasferimento dei residenti in ospedale o in altra struttura o nell'isolamento, la mancanza di DPI, di farmaci e l'impossibilità per eseguire i tamponi. È possibile

ipotizzare che uno scenario critico come quello descritto abbia potuto generare una serie di stressors con impatto negativo sulla salute mentale del personale infermieristico e sanitario, similmente a quanto è stato evidenziato dalla letteratura connessa alle problematiche psicologiche correlate a scenari quali grandi disastri e pandemie (Jackson et al., 2020; Usher, Durkin & Bhullar, 2020). All'interno di tale scenario, l'Associazione EMDR Italia si è mobilitata al fine di supportare i lavoratori operanti in tali contesti, offrendo loro un ciclo di incontri volti a favorire la capacità e le risposte di fronteggiamento all'emergenza e la rielaborazione degli eventi più traumatici legati all'emergenza in corso. In letteratura è già stato suggerito come il protocollo EMDR rappresenti uno strumento efficace per sostenere questa categoria di persone coinvolte nell'emergenza (Pérez et al., 2020; Tarquinio et al., 2020) e ben adattabile alla modalità di fruizione online a distanza (Fisher, 2021; Perri, 2021), anche se recentemente è stato evidenziato una mancanza di dati empirici significativi volti a sostenere l'efficacia di tale protocollo nel trattamento del disturbo post traumatico da stress connesso all'epidemia COVID-19 (Lenferink et al., 2020). Il presente studio si propone dunque come un possibile passo avanti in questo ambito, attraverso il raggiungimento di un duplice obiettivo:

- Fornire uno scenario dello stato di salute psicologica di un campione di operatori sanitari operanti in diverse RSA italiane durante la prima ondata dell'emergenza COVID-19
- Fornire dei dati, quantitativi e qualitativi, che attestino l'efficacia dell'applicazione del protocollo EMDR di gruppo online su questa porzione di popolazione particolarmente fragile

Contesto della ricerca

La ricerca ha visto il coinvolgimento di un campione di operatori sanitari operanti in sei diverse RSA italiane.

Trentino Alto Adige: 3 RSA, 126 operatori, 47 gruppi

Sardegna: 1 RSA, 11 operatori, xx gruppo

Liguria: 2 RSA, xx operatori, 8 gruppi

L'obiettivo del progetto è stato quello di offrire agli operatori, tramite un ciclo di sessioni di EMDR di gruppo online, un sostegno per affrontare il carico emotivo causato dall'isolamento, ridurre lo stress e contenere gli stati d'ansia e di rabbia, fornendo loro uno spazio di ascolto dove "portare" e rielaborare i sentimenti negativi, riducendo così il rischio di sviluppare problematiche da stress post-traumatico.

Metodologia

Sono stati svolti in totale xx interventi di gruppo, costituenti ognuno in un ciclo di minimo 3 massimo 5 incontri, con un numero di partecipanti tra 2 e 5. In ogni gruppo è stata prevista la conduzione da parte di un terapeuta EMDR, appositamente formato per svolgere tale attività. Tutti gli incontri si sono svolti su piattaforma digitale, tutelando così il distanziamento sociale.

In una prima fase dell'intervento viene fornita ai partecipanti una psicoeducazione sulle reazioni da stress post traumatico, seguendo il modello CISO (Critical Incident Stress Orientation), che prevede:

- Il dare una griglia sintomatologica sulle Normali e Comuni reazioni da stress post-traumatico permettendo alle persone di riconoscersi in reazioni comuni sebbene disturbanti. Inoltre sono fornite la spiegazione e la descrizione di che cosa si intende per evento traumatico, le reazioni psicologiche che possono presentarsi, i fattori di vulnerabilità
- Il fornire indicazioni di autoprotezione emotiva per aiutare le strategie di coping e la resilienza delle persone
- Il fornire spiegazioni sullo strumento EMDR in generale e, nello specifico, sul protocollo breve di gruppo

Successivamente brevi di Defusing e di Debriefing sono stati finalizzati alla prevenzione del Disturbo post traumatico da stress e al potenziamento delle risorse individuali. Infine, al fine di potenziare le emozioni positive e le risorse interne tramite l'installazione di strategie di coping e di resilienza è stata utilizzata la tecnica dell'abbraccio della farfalla (Artigas-Jarero, 2014; Jarero, 2020). Quest'ultima

tecnica, generalmente prevista dal protocollo EMDR-IGTP, consiste in una forma di stimolazione bilaterale autosomministrata dai pazienti stessi e viene utilizzata come tecnica di stabilizzazione, rinforzo risorse e posto sicuro e per l'elaborazione di episodi traumatici.

Misure

È stata prevista una valutazione pre e post-intervento per far emergere i benefici ottenuti dai partecipanti all'intervento. Inoltre è stato svolto sullo stesso campione anche un follow up a 9 mesi. In particolare sono stati somministrati i seguenti questionari:

1. La IES-R (Weiss & Marmar, 1996), versione aggiornata del classico questionario IES di Horowitz et al. (1979), uno degli strumenti self-report più usati per valutare sintomi del PTSD (evitamento, intrusività e iper-arousal) su una scala da 0 a 4.
2. Il termometro delle emozioni, un test non standardizzato, che indaga attraverso una scala da 1 a 10, sei vissuti emotivi soggettivi: stress, ansia, umore depresso, rabbia, disturbo del sonno, bisogno di aiuto.

Risultati qualitativi

Gli incontri sono finalizzati alla rielaborazione delle esperienze più disturbanti (target) e al rafforzamento e installazione delle risorse utili per fronteggiare l'esperienza in atto. I principali target emersi in fase di l'assessment sono stati:

- Il ritrovarsi a lavorare in un "reparto stravolto" dall'emergenza (il dover correre da una camera all'altra senza sosta senza sapere bene come agire, dover lavorare sotto organico con turnazioni che arrivavano anche a turni di 12ore)
- L'esperienza tragica dei numerosi decessi tra gli ospiti delle strutture e la sofferenza della malattia (vedere respirare male gli anziani, vederli morire e non poterli toccare)
- La paura del contagio dei famigliari e per sé stessi; il senso di colpa per aver contagiato; il distanziamento dai propri famigliari
- Sovrapposizione tra emergenza COVID-19 e aspetti traumatici personali (ad es. malattie oncologiche in famiglia)

Tali esperienze testimoniano la tragicità e la traumaticità dell'esperienza vissuta, e risultavano accompagnate sia da convinzioni negative, ovvero credenze negative relative alla propria capacità di fronteggiamento del trauma ('non posso fidarmi, non ho il controllo, sono impotente, sono in pericolo, sono inutile, non ho il controllo, non posso gestire') sia da sintomi somatici quali disturbi del sonno, ansia/preoccupazione, irritabilità/irrequietezza. Tutti questi vissuti diventano con l'EMDR dei target da rielaborare e metabolizzare. L'intervento fornito è calibrato per potenziare le emozioni positive e delle risorse interne tramite l'installazione di strategie di coping e di resilienza. In particolare sono emerse e sono state rinforzate le seguenti risorse: l'essere parte di un gruppo di lavoro (umanità, unione, umiltà nell'accettare l'aiuto, collaborazione, condivisione, vicinanza, solidarietà e supporto), il senso di controllo laddove possibile esercitarlo; il senso di autoefficacia, la capacità di autorassicurarsi; il saper apprezzare la vita. Il fatto che gli operatori si siano sentiti in grado di poter accedere a tali preziose risorse viene valutato come un grande risultato, sicuramente utile a poter continuare a affrontare l'emergenza.

Statistiche descrittive

In figura 1 vengono riportati i punteggi medi ottenuti dalla totalità dei partecipanti nelle diverse dimensioni scala IES-R (Weiss & Marmar, 1996) prima e dopo la partecipazione al trattamento EMDR e permettono di evidenziare come, a prescindere dai punteggi di partenza ottenuti, ogni partecipante ha ottenuto punteggi migliori a seguito dell'intervento.

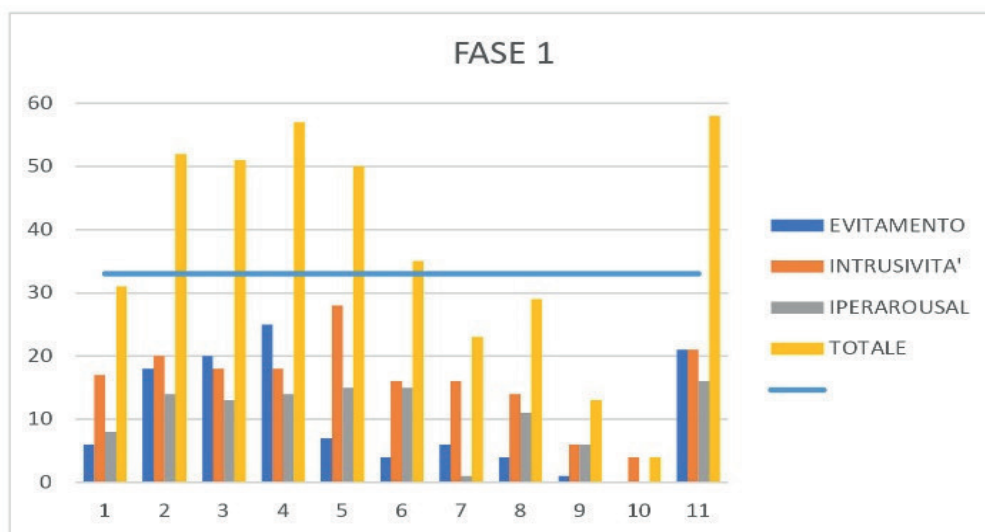


Figura 1: risultati pre-test IES-R (Weiss & Marmar, 1996) sui singoli partecipanti

Come è possibile vedere nella tabella 1, i valori medi ottenuti nella IES-R (Weiss & Marmar, 1996) nel pre-test, hanno mostrato alti livelli riferibili alle sottoscale relative all'intrusività (M=16,18; SD=6,65), all'evitamento (M=10,18; SD=8,96) e all'iperarousal (M=11,18; SD=6,11). I punteggi medi post intervento sono invece inferiori in tutte le dimensioni indagate (evitamento M=1,18, SD=1,25; intrusività M=1,91, SD=1,64; iperarousal M=1,09, SD=1,04). La differenza tra i risultati ottenuti prima e dopo l'intervento risulta essere statisticamente significativa.

	IES EVITAMENTO	IES INTRUSIVITA'	IES IPERAROUSAL	IES TOTALE
PRE Media	10,18	16,18	11,18	37,55
PRE DS	8,96	6,65	6,11	18,36
POST Media	1,18	1,91	1,09	4,18
POST DS	1,25	1,64	1,04	3,09
SIGNIFICATIVITA' STATISTICA p<	0,005	0,0000	0,0001	0,0000

Tabella 1: risultati medi, deviazioni standard e significatività IES-R (Weiss & Marmar, 1996)

Per quel che riguarda i valori rilevati con il termometro delle emozioni, in figura 3 è possibile notare che l'intervento proposto ha comportato un interessante miglioramento in tutte le dimensioni indagate.

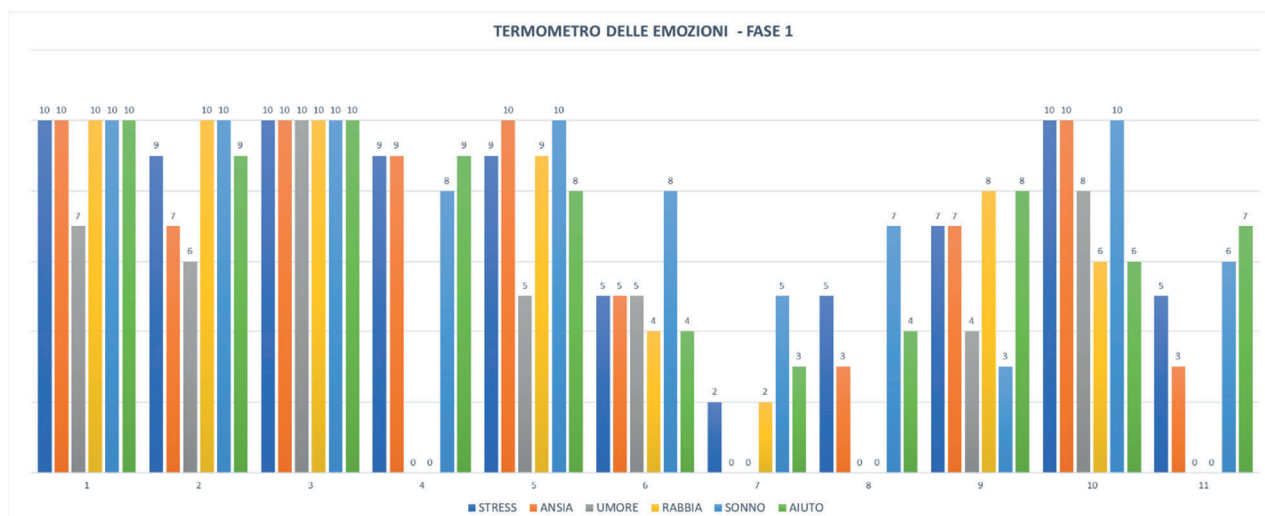


Figura 3: risultati pre-test termometro delle emozioni sui singoli partecipanti



Globalmente, come emerge dalla tabella 2, è stato possibile riscontrare prima dell'intervento alti livelli nelle sottoscale relative ai disturbi psicosomatici quali stress (M=7,36; SD= 2,73), ansia (M=6,73; SD= 3,52), disturbi del sonno (M=7,91; SD= 2,51). Emerge come sopra la media anche il bisogno d'aiuto percepito (M=7,09; SD= 2,51), che ci suggerisce la potenziale importanza dell'intervento psicologico proposto. Dopo l'intervento i punteggi medi ottenuti su ognuna di queste dimensioni risultano diminuiti. La differenza tra i risultati ottenuti prima e dopo l'intervento risulta essere statisticamente significativa.

TERMOMETRO						
	STRESS	ANSIA	UMORE	RABBIA	SONNO	AIUTO
PRE Media	7,36	6,73	4,09	5,36	7,91	7,09
PRE DS	2,73	3,52	3,62	4,30	2,43	2,51
POST Media	3,64	3,64	2,27	2,09	3,91	3,36
POST DS	3,29	3,61	3,29	2,39	3,48	3,64
SIGNIFICATIVITA' STATISTICA p<	0,0000	0,0003	0,005	0,001	0,0000	0,001

Tabella 2: risultati medi, deviazioni standard e significatività termometro delle emozioni

Nel follow-up è stato somministrato nuovamente il questionario IES-R (Weiss & Marmar, 1996). I valori ottenuti dai partecipanti dopo 9 mesi, evidenziano un lieve aumento in tutte le sotto scale. È possibile ipotizzare che tali punteggi possano essere ricondotti dalle condizioni emergenziali tutt'ora in corso, che comportano un'esperienza di stress psicofisico prolungata nel tempo.

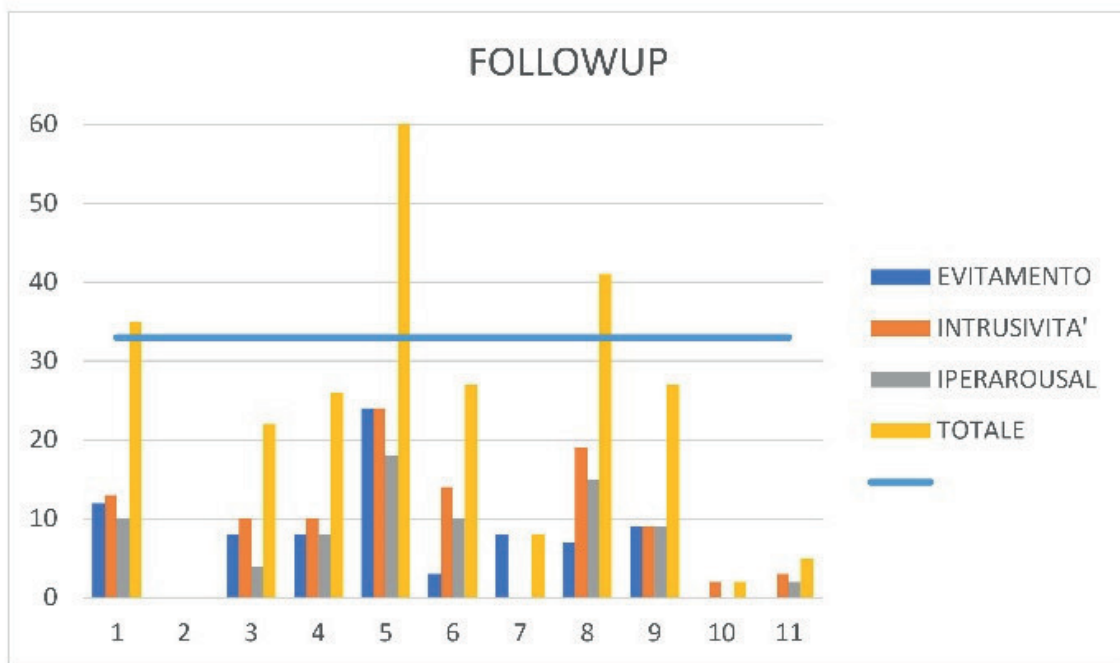


Figura 3: risultati follow-up IES-R (Weiss & Marmar, 1996)

Discussione dei risultati e conclusioni

Attraverso il presente studio è stato possibile ottenere una fotografia di una delle popolazioni che maggiormente esposte a distress psico-fisico durante il momento di maggiore incertezza e insicurezza connessa all'emergenza pandemica.

Ne è emerso uno scenario drammatico:

I punteggi ottenuti dai partecipanti al trattamento in fase 2 nella IES-R (Weiss & Marmar, 1996) mostrano livelli significativamente più bassi nelle sottoscale relative all'intrusività, all'evitamento e all'arousal. Inoltre, grazie al termometro delle emozioni, è possibile denotare una diminuzione significativa dei livelli di stress, ansia, umore depresso, rabbia, problemi del sonno e bisogno di aiuto percepiti. Queste differenze, sono statisticamente significative e mostrano come il trattamento con EMDR proposto comporti una riduzione dei sintomi da disturbo post-traumatico da stress consentendo una ricaduta positiva di benessere psicologico.

In conclusione è possibile affermare che l'applicazione del trattamento EMDR di gruppo costituisce uno strumento di prevenzione ed intervento efficaci, oltre che economici, in quanto, come mostrato anche in altre ricerche (de Bont et al., 2019), tale applicazione comporta vantaggi anche in termini di riduzione dei costi per la gestione della salute mentale. **AMPLIARE**

Nel complesso, la ricerca presentata si pone in linea con l'emersa necessità di esaminare ulteriormente gli effetti dell'EMDR via internet per il PTSD, così come emerge dalla review di (Lenferink et al., 2020), fornendo dati qualitativi e quantitativi incoraggianti relativamente alla sua efficacia.

D'altra parte è necessario sottolineare alcuni limiti di questa ricerca, quali l'assenza di un gruppo di controllo e il campionamento legato ad esigenze di sostegno e di cura dei soggetti coinvolti più che guidato da un rigore in termini statistici. Futuri lavori di ricerca potranno ovviare tali carenze con un gruppo di controllo e con un follow up maggiormente accurato.

Bibliografia

- Artigas, L., Jarero, I., Mauer, M., López Cano, T., and Alcalá, N. (2000). EMDR and traumatic stress after natural disasters: integrative treatment protocol and the butterfly hug. In Poster Presented at the EMDRIA Conference,
- Artigas, L., Jarero, I. (2014). The butterfly hug. In M. Luber (Ed.). *Implementing EMDR early mental health interventions for man-made and natural disasters: Models, scripted protocols, and summary sheets* (pp. 127–130). Springer Publishing Company. New York.
- de Bont, P. A., Van Der Vleugel, B. M., van den Berg, D. P., De Roos, C., Lokkerbol, J., Smit, F., ... & van Minnen, A. (2019). Health-economic benefits of treating trauma in psychosis. *European Journal of Psychotraumatology*, 10(1),
- Fernandez, I. (2007). EMDR as treatment of post-traumatic reactions: A field study on child victims of an earthquake. *Educational and Child Psychology*, 24(1), 65.
- Fisher, N. (2021). Using EMDR therapy to treat clients remotely. *Journal of EMDR Practice and Research*, 15(2).
- Gelbach, R., & Davis, K. (2007). Disaster response: EMDR and family systems therapy under communitywide stress. *Handbook of EMDR and family therapy processes*, 387-406.
- Jarero, I., Artigas, L., Mauer, M., López Cano, T., and Alcalá, N. (1999). "Children's post-traumatic stress after natural disasters: integrative treatment protocol," in Poster Presented at the Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, November, Miami, FL.
- Jarero, I. (2020). The butterfly hug for the coronavirus. In M. Luber's (Ed.), *EMDR resources in the era of COVID-19*
- Korkmazlar-Oral, U., & Pamuk, S. (2002). Group EMDR with child survivors of the earthquake in Turkey (ACCP Occasional Papers Series No. 19). *Academy of Child & Adolescent Psychiatry* (1998). *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 47-50.
- Luber, M. (2020) *EMDR Resources in the era of COVID-19* [PDF file] Retrieved 23 October 2020
- Maxfield, L. (2008). EMDR treatment of recent events and community disasters. *J. EMDR Pract. Res.* 2, 74–78.
- Maslovaric, G. (a cura di), (2020). *EMDR di gruppo. Insieme verso il benessere. Protocolli di*

intervento. Apertamenteweb.

Pérez, M. C., Estévez, M. E., Becker, Y., Osorio, A., Jarero, I., & Givaudan, M. (2020, October). Multisite randomized controlled trial on the provision of the EMDR integrative group treatment protocol for ongoing traumatic stress remote to healthcare professionals working in hospitals during the Covid-19 pandemic. *Psychology and Behavioral Science International Journal*, 15(4). doi:10.19080/PBSIJ.2020.15.555920

Poon, M. W. L. (2012). EMDR in competition with fate: A case study in a Chinese woman with multiple traumas. *Case reports in psychiatry*, 2012.

Tarquinio, C., Brennstuhl, M.-J., Rydberg, J., Bassan, F., Peter, L. Tarquinio, C. L., Auxéméry, Y., Roton-da, C., & Tarquinio, P. (2020). EMDR in telemental health counseling for healthcare workers caring for COVID-19 patients: A pilot study. *Journal Issues in Mental Health Nursing*. doi:10.1080/01612840.2020.1818014.

Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic Principles, Protocols and Procedures*, 1st Edn. New York, NY: Guilford Press.

Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures*, 2nd Edn. New York, NY: Guilford Press.

Weiss, D. S., and Marmar, C. R. (1997). The Impact of Event Scale – Revised. In J. Wilson and T. M. Keane (eds.), *The Impact of Event Scale – Revised*. New York, NY: Guilford Press, 399–411.

Wilson, S., Tinker, R., Hofmann, A., Becker, L., & Marshall, S. (2000). A field study of EMDR with Kosovo-Albanian refugee children using a group treatment protocol. In annual meeting of the International Society for the Study of Traumatic Stress, San Antonio, TX.

Zaghrou-Hodali, M., Alissa, F., & Dodgson, P. W. (2008). Building resilience and dismantling fear: EMDR group protocol with children in an area of ongoing trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 106-113.

Horowitz, M., Wilner, N., and Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale: a measure of subjective stress. *Psychosom. Med.* 41, 209–218. doi: 10.1097/00006842-197905000-00004

Lombardo, F. L., Bacigalupo, I., Salvi, E., Lacorte, E., Piscopo, P., Mayer, F., ... & Italian National Institute of Health Nursing Home Study Group. (2021). The Italian national survey on Coronavirus disease 2019 epidemic spread in nursing homes. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 36(6), 873-882.

Rubin, G. J., and Wessely, S. (2020). The psychological effects of quarantining a city. *Br. Med. J.* 368:m313. doi: 10.1136/bmj.m313

Jung, S. J., and Jun, J. Y. (2020). Mental health and psychological intervention amid COVID-19 outbreak: perspectives from South Korea. *Yonsei Med. J.* 61, 271–272. doi: 10.3349/ymj.2020.61.4.271

Xiao, C. (2020). A novel approach of consultation on 2019 novel coronavirus (COVID-19) - related psychological and mental problems: structured letter therapy. *Psychiatry Investig.* 17, 175–176. doi: 10.30773/pi.2020.0047

Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., et al. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet* 395, 912–920. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30460-8

Lenferink, L. I. M., Meyerbröcker, K., & Boelen, P. A. (2020). PTSD treatment in times of COVID-19: a systematic review of the effects of online EMDR. *Psychiatry research*, 293, 113438.

Perri, R. L., Castelli, P., La Rosa, C., Zucchi, T., & Onofri, A. (2021). COVID-19, Isolation, Quarantine: On the Efficacy of Internet-Based Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) for Ongoing Trauma. *Brain Sciences*, 11(5), 579.

PREPARAZIONE ALL'INTERVENTO CHIRURGICO IN ETA' EVOLUTIVA

Adele Commisso

Supervisore EMDR Milano



La storia e la motivazione all'intervento chirurgico

Conosco i genitori di E. da qualche mese prima che nascesse, quando incontrai la madre all'ottavo mese di gravidanza, in seguito alla seconda ecografia morfologica e le fu comunicata rispetto alla bimba che aspettava l'ipotesi diagnostica di acondroplasia, malattia genetica rara. L'acondroplasia, è una rara forma di nanismo, che colpisce circa un soggetto su 25.000 in Italia. E' caratterizzata da uno sviluppo corporeo disarmonico, con arti più corti e capo più grande rispetto alla norma. L'altezza che può essere raggiunta in età adulta è di circa 130 cm, caratterizzando le persone come di bassa statura. In genere lo sviluppo cognitivo e psico affettivo non risultano compromessi, anche se quello psicomotorio nei primissimi anni di vita è molto più rallentato.

Una delle possibilità per migliorare la qualità di vita di questa popolazione di persone è l'intervento ortopedico di allungamento degli arti, sia per correggere la curvatura della schiena che per aumentare l'altezza. Possibilità, indicata da un medico specialista dopo un'attenta valutazione di tutta la struttura ossea del bambino. Spesso chi ha questa malattia genetica lamenta dolori di schiena o alle ginocchia o articolazioni in genere, e soprattutto di essere limitati o rallentati nella motricità.

L'intervento viene quindi proposto dal medico ortopedico ai genitori ai fini di risolvere alcuni malesseri fisici, soprattutto permettendo di allungare gli arti inferiori di circa 20-30 cm. Questo consente la crescita in altezza superando il limite dei 130 cm, di aumentare la mobilità, e di acquisire alcune autonomie con maggior facilità come salire le scale o gradini dei mezzi pubblici, accendere interruttori. L'intervento di allungamento viene proposto in età evolutiva ed è quindi una scelta dei genitori più che del bambino. L'età più opportuna per intervenire è nella fascia d'età tra i 12 -16 anni quando un ragazzino ha maggior consapevolezza della propria condizione e può risultare più motivato e collaborante; una altra linea di pensiero a Milano propone, invece, l'intervento precoce intorno ai 6 anni. (Boero S., Marcaldi G., 2010). Cercare informazioni e immagini corporee per comprendere cosa significhi essere una persona con acondroplasia, e quindi genitori di un bambino con tale diversità, permette loro inizialmente di calmarsi, controllare la paura e o il senso di incapacità che fisiologicamente una madre sperimenta, soprattutto nell'attesa della nascita.

Ed è stato così anche per questi genitori che una volta tenuta tra le braccia la loro bambina hanno provato sollievo nel vederla, nonostante la conferma della diagnosi di birth defect.

Si sono poi attivati nel cercare specialisti al fine di essere accompagnati nel rispetto dei tempi evolutivi più rallentati della bambina. (Galasso C., 2010). Esperti come genetista, pediatra, fisiatra e fisioterapista sono stati i primi medici competenti che hanno risposto al loro bisogno di conoscenza.

Un supporto psicologico specifico – all'epoca non conoscevo ancora l'EMDR - non è stato necessario per questa coppia, grazie alla presenza di fattori protettivi importanti prima fra tutto un attaccamento sicuro, e il supporto dell'Associazione A.I.S.A.C. (Associazione per l'Informazione e lo Studio dell'Acondroplasia), che attraverso forme diverse di auto aiuto si è rivelata e si rivela, ancora oggi, risorsa competente sul territorio italiano per le famiglie di bambini con acondroplasia.

Qui è stato possibile per loro affrontare il tema di come gestire lo sguardo dell'altro, spesso malgiudicante e derisorio, a cui questo tipo di popolazione è costantemente esposta, al fine di ridurre il rischio di emarginazione sociale.

Il secondo tema di confronto è stato sin da subito l'allungamento degli arti, come possibile risposta riparatoria, per ridurre il rischio di dolori fisici futuri, favorendo così una maggior autonomia fisica e di riflesso un maggior senso di capacità, e non un miglior senso estetico. Sono pertanto i genitori a dover scegliere per i propri bambini una soluzione fisicamente dolorosa, che non esclude complicanze successive all'intervento, e un impegnativo processo riabilitativo. Agli arti inferiori dei bambini vengono applicati dei fissatori esterni, che limitano la motricità e la deambulazione. La loro autonomia di conseguenza richiede assistenza, supporti quali una carrozzina e delle stampelle. Si rinforza la dipendenza psico fisica, e una maggior disponibilità genitoriale sia nel supportare il figlio che nella riorganizzazione del quotidiano. L'intervento degli arti si prospetta anche come un evento fortemente stressante che va gestito sulla base di una forte motivazione, una fiducia incondizionata nei medici e una buona tolleranza emotiva. La preparazione all'intervento di allungamento degli arti, affinché si riduca il rischio di una traumatizzazione diretta e/o vicaria diventa protettivo sia per il bambino che per la sua famiglia.

Soltanto intorno ai 4 anni E. ha iniziato a percepire la sua differenza fisica nel confronto diretto con i coetanei della scuola materna, ed esprimere tristezza perché gli altri correvano e lei non riusciva: voleva guarire per stare con loro, e non essere più allontanata perché "piccola". Inizialmente voleva mangiare di più per diventare grande, in modo che i bambini delle elementari non ridessero più di lei.

Il sostegno psicoeducativo in quegli anni sia ai genitori che alle insegnanti aveva avuto l'obiettivo di facilitare la socializzazione e di supportare E. nel suo processo di identità, aiutandola a trovare le parole per definirsi: " sono bassa non piccola... io sono grande sono solo le mie gambe ad essere piccole".

Questo aiutò E. ad abbandonare la strategia del mangiar di più e permise ai famigliari di introdurre il pensiero circa la possibilità di allungare le gambe in altro modo.

A 6 anni E. iniziò a comprendere che la sua condizione è data da un'alterazione genetica e che stava diventando grande, grazie alle risposte dei genitori al suo chiedere "perché mi avete fatto così?", riuscendo a dire anche ai suoi compagni "non ho un problema, ma io sono nata così".

In questi anni i genitori hanno maturato e rinforzano la loro decisione dell'intervento, che è avvenuto nell'estate del 2018, in America dove un'equipe medica esperta opera secondo un nuovo modello, entrambi gli arti inferiori e non in successione, bambini con questa diversità fisica.

La preparazione all'intervento chirurgico

La preparazione all'intervento è quindi iniziata nella testa e nel cuore dei genitori, che hanno deciso di far operare E. a 7 anni e mezzo su indicazione medica, per la presenza di alcune anomalie agli arti inferiori. Accompagnare negli anni questa famiglia con incontri più ravvicinati nella prima fase della loro conoscenza e poi nei momenti più critici di passaggio evolutivo, quali l'ingresso in scuola materna ed elementari ha consentito di costruire nel tempo con loro una buona relazione di fiducia.

Sono stata testimone dunque del loro percorso di crescita, anche delle risorse utilizzate sia personali che affettive o più istituzionali, e lo sono anche stata rispetto alla loro decisione non facile, di scegliere per E. se e quando fare l'allungamento. Evento al quale in tutti questi anni si sono preparati prevalentemente sul piano cognitivo, affrontando i loro stati emotivi solo più in prossimità dell'intervento stesso. Il sostegno psicologico è stato rivolto prevalentemente ai genitori in termini di psicoeducazione, incontrando anche in un setting familiare le figlie, e soltanto E. un mese prima dalla sua partenza, su richiesta esplicita dei genitori per sostenerla all'intervento chirurgico, perché a casa con loro non voleva più parlarne dicendo solo: "sì lo so ... ho capito!"

Gli aspetti più emotivi sono emersi in forma di preoccupazione ansiosa materna sia riguardo alla anestesia che alle possibili complicazioni oltre al doloroso momento riabilitativo. E. invece non sembrava manifestare particolari emozioni se non una certa idealizzazione riguardo alle sue future gambe lunghe. Gli obiettivi condivisi con i genitori riguardavano la possibilità di gestire lo stress del pre e post intervento, mentre per E. poter essere più libera di dire come si sentiva.

Il breve e mirato intervento con E.M.D.R., è stato pensato per potenziare le loro risorse, quindi presentai il metodo, esercizi di respirazione e installai il posto al sicuro sia alla madre che alla figlia in una seduta congiunta. Il lavoro si concentrò su entrambe perchè loro sarebbero partite per prime e sarebbero state raggiunte solo in un secondo tempo dal padre e dalla sorella maggiore.

Il lavoro con E.M.D.R. sulle risorse.

Nel lavoro individuale con E., la madre poteva restare come osservatrice su richiesta della figlia, l'attenzione è stata focalizzata sull'esperienza futura, che inizialmente era così sinteticamente narrabile: *"vado in America ad allungare le gambe e poi torno ... non devo aver paura perchè tanto papà e mamma saranno sempre con me."*

Legittimare e normalizzare la paura, come primo intervento, riconoscendo la sua importanza e la sua funzione protettiva, mostrando la possibilità di essere poi tranquillizzate, ha fatto emergere le altre.

La paura di andare in ospedale, di lasciare i suoi compagni di classe, la sua casa e sua sorella che doveva restare in Italia per finire l'anno scolastico.

Con il supporto del disegno e l'E.M.D.R. è stato possibile affrontare temi diversi:

- * la partenza e la necessità di salutare luoghi e persone
- * l'ospedalizzazione identificando i momenti critici e le risorse necessarie per poterli affrontare
- * la riabilitazione per poter meglio tollerare il dolore fisico, la dipendenza e la limitata autonomia.

Il rinforzo su di sé e la positività con la quale guardava al futuro hanno permesso a E. anche di pensare a soluzioni per gestire i momenti più critici.

Pensare alla paura ad esempio ha permesso di individuare nella vicinanza di qualcuno o nel semplice gesto di stringere il suo orsetto, la sicurezza e la calma che avrebbe avuto bisogno.

I disegni raccolti accompagnati alle sue verbalizzazioni costituiscono un libretto, che E. ha portato con sé in America e riletto più volte come tutte quelle storie che i bambini amano rileggere o sentirsi raccontare, perchè è nella ripetizione e prevedibilità degli eventi oltre che nel lieto fine che loro trovano la sicurezza. Come prima risorsa è stato installato il Posto al Sicuro e di seguito ogni altra cognizione positiva che emergeva dal un suo disegno. La preparazione alla partenza ha tenuto conto anche della separazione anticipata rispetto alla fine dell'anno scolastico, dai compagni di classe e dalla maestra, dove E. ha portato il suo libretto per condividerlo consentendo ai suoi compagni di salutarla e di mantenere il loro legame anche nella distanza, attraverso lo scambio di disegni e telefonate. La narrazione dell'esperienza da vivere ha preso forma attraverso il disegno, permettendole di concentrarsi sui momenti più significativi, iniziando a sviluppare una riflessione anche emotiva e quindi una narrativa più ricca e coerente. Disegnare permetteva a E. di restare concentrata e tranquilla nel processo di differenziazione delle emozioni. Immaginare cosa sarebbe successo e quali comportamenti poter adottare permise, a E. di avvicinarsi all'evento degli allungamenti in modo meno idealizzato ma più realistico. Identificata in questo modo la risorsa, attraverso un disegno si è poi potuto procedere con l'installazione della cognizione positiva associata all'immagine, alle emozioni e alla sensazione fisica utilizzando sia il M.O. che il tapping. Dopo 4 set di SBL (lenti e brevi).

E. ha provato l'auto-installazione, mettendo una manina sul cuore e tamburellando seguendo il suo ritmo, per risentire l'emozione positiva. Soluzione pensata per superare il limite delle sue braccia corte che non riuscivano a riprodurre l'abbraccio della farfalla.

Il libro "E. va in America e torna felice" è strutturato nelle seguenti parti.

1." ... Parto da casa e prendo l'aereo ... sono felice ... per diventare grande e anche R. è felice perchè può dormire in pace perchè io russo qualche volta quando dormo... è anche triste perchè tutti lo sono quando si parte ... ma anche felicità ... io sono agitata ... felicità nel cuore ...io sono felice nel cuore (CP)... agitata ...paura per il pensiero della puntura ... di sentire male ... non l'ho detto a nessuno ... ma posso tenere la mano a qualcuno ... oppure posso tenere l'orsetto Angelo...io posso tenere la mano di qualcuno" (CP)



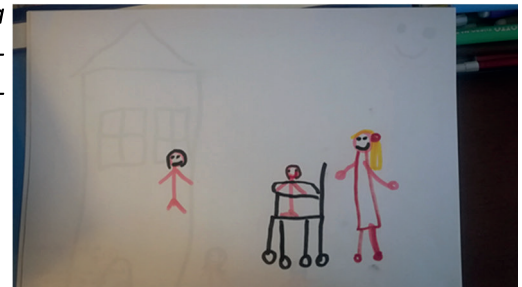
2. “ ... **l'ospedale: io e altri bimbi** ... E. aveva paura delle punture ... ma è felice per aver capito che può aver paura... è felice perchè hanno già finito e perchè un medico l'ha tranquillizzata ...lo posso essere tranquilla ”(CP)



3. “... **l'intervento** ... la visita della dottoressa sicura perchè è contenta e curata E. sta bene è felice nel cuore lo sono contenta” (CP)



4. “... **la fine dell'intervento** ... E. è un pò agitata, ma c'è la dottoressa mette la mano sul cuore ... c'è l'orsetto faccio un respiro profondo e ... la dottoressa mi porta dalla mamma ... lo posso stare con la mamma” (CP)



5.” ... **sono tornata a casa felice** ... ho conosciuto R. un'altra bambina operata e K. la fisioterapista ... era difficile la notte perchè mi svegliavo per il dolore ... papà mi portava I giochi ... ho sentito dolore alle gambe ... non per I fissatori quelli aiutano ... rabbia per il dolore poi tristezza ... ora sono felice perchè ho tolto I ferri e posso camminare libera ... lo sono serena” (CP)



Al suo rientro a casa, dopo la riabilitazione e l'aver tolto I fissatori la rivedo osservando la sua maggior abilità motoria e sicurezza. I disegni sottostanti mostrano la sua evoluzione (dal aprile 2018 al febbraio 2019), sia nella rappresentazione di sè che nell'utilizzo dei colori.

Racconta la sua esperienza con maggior capacità pur nella sua semplicità differenziando i momenti belli – i giochi, la famiglia e i cugini - da quelli più brutti - il dolore alle gambe la fisioterapia e la carrozzina.

Nel raccontarsi però manifestava una certa attivazione fisica segnalando la non completa elaborazione dell'evento.

Con una seduta E.M.D.R., secondo protocollo standard e chiudendo la seduta completa è stato possibile rielaborarlo facendo emergere la sottostante rabbia e tristezza fino a dire “**ora è tutto finito ... lo sono serena**” completando con un buon orientamento temporale il suo processo di presentificazione.



Per lei è diventata possibile una nuova narrazione, arricchita del suo vissuto, più coerente e ordinata nel tempo che evidenzia la nuova consapevolezza di sé e l'assunzione di nuovi apprendimenti, strategici più funzionali al suo benessere. "Sono andata in America per allungare le gambe perché ero un po' bassa, perché così ora se c'è una cosa in alto riesco a prenderla da sola. Ho scritto una storia – un diario -quando ero lì con K., la mia fisioterapista, di una bambina E. e un topolino che portava in giro il coraggio di E. per aiutare gli altri bambini che hanno paura, riuscendo come lei a superare gli ostacoli con il sorriso". Ecco sono qui perché voglio scrivere la mia storia per aiutare gli altri bambini che devono fare gli allungamenti".

Ed è per questo che l'ho raccontata.

Bibliografia

- Boero S., G. Marcardi L'allungamento degli arti, altri problemi ortopedici, in AA.VV., AISAC (a cura di), Raccomandazioni sui percorsi diagnostici assistenziali per le persone con acondroplasia, 2010
- Comisso A., Basso P., Crescita psico affettiva e costruzione dell'identità del bambino con acondroplasia, in: Prospettive sociali e sanitarie , 2015
- Galasso G., La valutazione dello sviluppo neuropsicomotorio e del linguaggio gli strumenti di valutazione, in: AA.VV., AISAC (a cura di), Raccomandazioni sui percorsi diagnostici assistenziali per le persone con acondroplasia, 2010
- Fernandez I., Maslovaric G., & Veniero Galvagni M., Traumi psicologici, ferite dell'anima, Il contributo della terapia con EMDR, Liguori, 2011
- Incerti A., Affrontare il trauma per gestire la disabilità " Terapia EMDR per I genitori dei bambini diversamente abili, in: Rivista di Psicoterapia EMDR, n.31, ottobre 2016
- Malfitano F., Il trauma della disabilità, in Rivista di Psicoterapia EMDR, n. 31, marzo 2016
- Rosa E., Mastronardi C., Con occhi nuovi". EMDR e disabilità: un nuovo sguardo al futuro, in Rivista di Psicoterapia EMDR, n.: 33, febbraio 2017
- Shapiro F., Silk Forrest (1997), EMDR una terapia innovativa per il superamento dell'ansia dello stress e dei disturbi di origine traumatica, casa Editrice Astrolabio Roma
- Simonetta E., Esperienze traumatiche di vita in età evolutiva. EMDR come terapia, Franco Angeli,
- Sorrentino A.M., Figli disabili. La famiglia di fronte all'handicap, Raffaello Cortina editore , 2006
- Van der Kolk, Il corpo accusa il colpo, Raffaello Cortina Editori, 2015.



Congress) 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

“La mia città è occupata dai russi, è impossibile lasciare la città, alcuni vengono deportati in città molto lontane (dal confine ucraino), hanno tagliato l’elettricità e chiuso le stazioni di rifornimento e internet, ho sentito che molti provando a scappare in questi giorni sono stati uccisi. Il problema è che non abbiamo soldi e risorse. Molti stavano dalla parte della Russia, ma poi vedendo cosa stava succedendo hanno capito. All’inizio di questo incontro sentivo molta RABBIA, ANSIA, PAURA e TRISTEZZA ma sono riuscita a piangere, ho avuto emozioni fortissime e adesso mi sento più leggera... è come se la carica emozionale fosse diminuita. Ad un certo punto poi ho sentito un calore rassicurante e ho immaginato di essere con mio figlio al sole... Ora non mi resta che pregare tutti i giorni di poter tornare a casa e poter riabbracciare mio figlio, che si è arruolato come volontario. Grazie per aver condiviso con noi questo metodo”.

Testimonianza di una donna e una mamma ucraina al termine di un incontro EMDR.

Il 25 febbraio 2022, a due giorni dai bombardamenti per mano della Russia contro il territorio Ucraino, l’Associazione EMDR Europe con tutti e 38 i suoi stati membri si è attivata per intervenire a dare il proprio contributo a livello di supporto psicologico e fornire una guida su come intervenire in questa emergenza e come poter coprire tutte le diverse esigenze esistenti in ogni paese. Nella nostra lunga esperienza di lavoro in contesti di emergenza questa è sempre stata una nostra prerogativa, poiché il coordinamento dei terapeuti inter e intra gruppi è un aspetto fondamentale che vengono meno proprio in contesti complessi e destabilizzanti come questi. E’ stato importante creare materiale ad hoc in lingua per ogni paese, che ha permesso successivamente ai nostri terapeuti specializzati in pronto soccorso psicologico e supporto psicosociale di effettuare interventi di triage, di psico-educazione sulle più comuni reazioni da stress e di stabilizzazione in fase acuta, conducendo interventi di gruppo e individuali con protocolli EMDR. Inoltre, per tutto il tempo ed ancora oggi EMDR Europe sta seguendo ciascuna attività svolta attraverso riunioni settimanali in modo tale da riuscire a valutare le attività concrete svolte sul campo nei diversi paesi e a seguire passo dopo passo gli sviluppi, le diverse esigenze dei profughi e dei terapeuti, il numero di persone raggiunte e i risultati ottenuti.

Possiamo quindi suddividere gli interventi svolti finora nel contesto della guerra in Ucraina in tre grandi macro-categorie:


- 1. Attività a sostegno delle persone in Ucraina**
- 2. Attività nella frontiera/nei paesi di frontiera (Polonia, Romania, Slovacchia, Ungheria)**
- 3. Attività attuate in tutto il resto dell’UE in aree che ospitano grandi comunità di rifugiati.**

1. Attività a sostegno delle persone in Ucraina

Per riuscire a raggiungere il maggior numero di persone possibile provenienti da ogni città abbiamo effettuato diversi seminari e workshop rivolti a terapeuti EMDR, psichiatri e psicologi ucraini che hanno coperto diverse tematiche, ad esempio su come trattare i bambini vittime di guerra, varie tecniche di stabilizzazione e supporto psicologico specializzato per l’elaborazione del trauma e del lutto, dando così strumenti e competenze per lavorare con le vittime di guerra, di torture e di violenza sessuale, di ogni età. Questa formazione è stata organizzata su richiesta dei colleghi rimasti in Ucraina. Quando le nostre associazioni e la comunità professionale si è attivata e ha chiesto ai colleghi di cosa potevano aver bisogno, loro hanno sempre risposto che volevano formazione. Inoltre è stato fornito supporto psicologico online a psicologi e clinici ucraini, con l’obiettivo di stabilizzarli e facilitare l’elaborazione dei momenti più traumatici che avevano attraversato personalmente. La maggior parte di loro sono membri dell’Associazione EMDR Ucraina (specializzata in disturbo post-traumatico). Prendersi cura di loro facilita, di conseguenza, gli interventi di pronto soccorso psicologico che possono fornire alla popolazione ucraina nelle comunità, quartieri, rifugi, ecc. Dall’inizio della guerra è stato effettuato almeno un gruppo al giorno (di circa 10/12 partecipanti), soprattutto da colleghi di EMDR Italia con il supporto linguistico di un interprete. La maggior parte di loro provengono da Kiev e Lviv, ma dal momento che la partecipazione è on-line si estende a molti altri luoghi. Questa è ancora un’attività in corso e che coprirà tutta la durata della guerra.

2. Attività sulla frontiera o nei paesi di frontiera (Polonia, Romania, Ungheria, Slovacchia e Repubblica Ceca)

Dall’inizio di questa emergenza, mentre i membri delle Associazioni EMDR di Slovacchia e Polonia stanno lavorando al confine, coordinati con le altre ONG e con le parti interessate che forniscono servizi di base ai rifugiati, sono stati organizzati diversi workshop (di cui 15 in programma) per colleghi polacchi, rumeni, slovacchi, ungheresi e anche per psicologi della Repubblica Ceca focalizzati su come fornire il primo soccorso



psicologico, consigli su come dare supporto nella fase acuta del trauma, come affrontare e ridurre le reazioni di stress acuto e promuovere la resilienza. E' stato importante rivolgere una buona parte delle attività a tutti i terapeuti dei paesi vicini che stanno lavorando nei campi profughi sul confine con l'Ucraina, con l'obiettivo di fornire strumenti specifici ed efficaci per adattarsi al contesto di guerra e per ricevere i profughi. Alcuni seminari si sono concentrati sui bambini, altri sull'intervento di gruppo, sulle famiglie dei rifugiati o più in generale sul lutto e la perdita. Inoltre, tutte le attività di sostegno ai confini dell'Ucraina come ad esempio, il pronto soccorso psicologico, la stabilizzazione, la facilitazione di un senso di sicurezza sono stati effettuati da un team di terapeuti divisi in squadre di 4/5 psicologi che si alternano, sono colleghi esperti in psico-traumatologia e nell'utilizzo dell'EMDR in contesti di emergenza che, coordinati dall'Associazione EMDR Europe, hanno dato disponibilità a rimanere al confine per tutto il periodo necessario della fase acuta della guerra mentre i campi profughi continuano a ricevere ucraini in fuga dal conflitto. Ad oggi, più di 4 milioni di ucraini hanno già attraversato il confine polacco e molti di loro hanno ricevuto questo sostegno.

3. Attività attuate in tutto il resto del l'UE in aree che ospitano grandi comunità di rifugiati.

Infine, è importante poter sottolineare tutto il lavoro svolto nel resto d'Europa dove, i membri delle varie Associazioni EMDR Nazionali, sono attivi in centri e reti di supporto in collaborazione con diverse ONG, Comuni, Ministeri dell'Istruzione di diversi paesi, scuole, chiese, enti di beneficenza facendo interventi di gruppo e individuali specializzati. Un esempio fra tanti è quello che sta realizzando l'Associazione EMDR Italia, in partnership già esistenti con il Comune di Roma, Varese, Crema, con il Servizio Sanitario Nazionale di Milano (ATS Milano) e l'Hub per i rifugiati a Padova e a Roma (Italia) dove sono presenti degli psicoterapeuti EMDR che accolgono i rifugiati, fornendo loro e ai bambini supporto ed orientamento, spiegando ed affrontando le loro reazioni da stress dando loro un senso di sicurezza attraverso un primo soccorso psicologico. La collaborazione di EMDR Italia con le varie associazioni ha permesso di unificare gli sforzi e le risorse. Inoltre stiamo sostenendo i cittadini ucraini che sono rimasti bloccati in diversi paesi europei prima dello scoppio della guerra e che, avendo subito una traumatizzazione indiretta, hanno bisogno di aiuto. Tutte le Associazioni EMDR dei diversi paesi stanno annunciando questo servizio attraverso i social network e con le comunità ucraine già esistenti. Oltre a sostenere i rifugiati nei loro luoghi di alloggio è stato importante dall'inizio dare un sostegno agli operatori sanitari e ai volontari che lavorano nei centri e quelli che servono i rifugiati per prevenire lo stress da compassion fatigue che spesso compare nel personale che lavora in prima linea nelle emergenze. Per cui abbiamo fornito materiale psico-educativo e svolto degli incontri di decompressione e di debriefing con i gruppi di medici e operatori più esposti. Un altro punto fondamentale è stato preparare le famiglie e le scuole disposte ad accogliere i rifugiati prima del loro arrivo, con webinar ed incontri di gruppo di orientamento. Abbiamo preparato volantini con consigli semplici e pratici da mettere in pratica, materiali disponibili sia in formato digitale sui siti ufficiali delle Associazioni che cartaceo per tutti i rifugiati (bambini e adulti), sulle reazioni allo stress, consigli su "cosa fare" per gestirli ed indicazioni di comportamenti da evitare, oltre che dei volantini su "come spiegare la guerra ai bambini" per riuscire ad affrontare questo tema educandoli alla pace. In seguito abbiamo sviluppato un programma per lavorare con le scuole di diversi paesi che ricevono bambini ucraini. Questo programma è rivolto sia ai genitori e insegnanti per imparare attraverso consigli e strategie come trattare con i bambini ucraini al fine di favorire una buona integrazione all'interno delle nuove classi scolastiche, sia ai bambini e agli adolescenti ucraini traumatizzati offrendogli un ciclo di EMDR in gruppi e/o individuale.

Questo è un resoconto di tutte le attività che EMDR Europe Association sta coordinando nei diversi paesi che e continuerà a seguire finché questa situazione continuerà, tenendo un registro di quante persone vengono raggiunte, quali interventi vengono fatti e i risultati post-intervento, tutto questo con l'obiettivo di raccogliere dati scientifici utili per costruire delle linee guida aggiornate per il futuro attraverso le "lessons learned" di questa emergenza.

Amore, famiglia, un sole nuovo, prendersi cura, sono al Sicuro, aiuto reciproco, connessione, pace, forza, gratitudine, la vita continua, un sorriso nell'anima.

Queste sono alcune delle parole chiave che persone ucraine hanno usato alla fine di una prima elaborazione con EMDR. Queste parole danno a noi e a loro speranza, la speranza che ci sia un modo che permetta all'animo umano di trovare forza di superare questa situazione critica e che esista un modo di parlare e di agire comune che superi qualsiasi ostacolo culturale, linguistico e politico. Grazie all'EMDR e ai tanti colleghi dell'associazione impegnati in questa emergenza che col loro lavoro stanno permettendo tutto questo.

Giorno dopo giorno abbiamo la sensazione che il nostro lavoro si stia pian piano espandendo e diventando un esercito di pace.



Recensione a cura di I. S.



Violenza assistita, separazioni traumatiche, maltrattamenti multipli. Percorsi di protezione e cura per bambini e adulti

Roberta Luberti – Caterina Grappolini (A cura di)

“Per violenza assistita intrafamiliare si intende l’esperire da parte della/del bambina/o e adolescente qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale, economica e atti persecutori (c.d. stalking) su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative, adulte o minorenni. Di particolare gravità è la condizione degli orfani denominati speciali, vittime di violenza assistita da omicidio, omicidi plurimi, omicidio-suicidio. Il/la bambino/a o l’adolescente può farne esperienza direttamente (quando la violenza/omicidio avviene nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il/la minorenne è o viene a conoscenza della violenza/omicidio), e/o percepisce gli effetti acuti e cronici, fisici e psicologici. La violenza assistita include l’assistere a violenze di minorenni su altri minorenni e/o su altri membri della famiglia e ad abbandoni e maltrattamenti ai danni degli animali domestici e da allevamento (CISMAI, 1999, 2005, 2017)

Nel 2003 ci fu a Firenze il primo Congresso Nazionale sulla violenza assistita, organizzato dal Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l’Abuso all’infanzia (CISMAI) e il Centro contro la violenza Artemisia. Anche in quel Congresso, fui invitata come Presidente dell’Associazione EMDR Italia, a parlare della psicoterapia EMDR, che si stava diffondendo in Italia e che in pochi anni avrebbe raggiunto e conquistato migliaia di psicoterapeuti delle più diverse scuole. Fu un contributo che fece conoscere a molti che ancora non lo conoscevano, l’EMDR. Anche un’altra psicoterapeuta, Dora Black, fece conoscere ai partecipanti l’importanza dell’applicazione dell’EMDR in caso di traumi relazionali gravissimi, come quelli subiti da bambine/i rimasti orfani di madre per femminicidio attuato dal padre.

Quest’anno è uscita la nuova edizione del volume *Violenza assistita, separazioni traumatiche, maltrattamenti multipli. Percorsi di protezione e cura per bambini e adulti*, a cura di Roberta Luberti e Caterina Grappolini, dove la prima edizione del 2017 è stata molto ampliata, con nuovi capitoli e moltissimi approfondimenti dei testi già presenti, nonché con i necessari aggiornamenti legislativi e la presentazione di nuovi documenti, linee guida, dati di ricerca.

Nei venti capitoli, suddivisi in cinque sezioni, vengono trattati i molti, articolati e complessi aspetti di situazioni purtroppo molto diffuse e dannose per i minorenni coinvolti. Si tratta di più di 480 pagine, in cui autrici e autori sono psicoterapeuti - più un’assistente sociale e un’avvocata -, accreditati nel campo della psicotraumatologia e della protezione e della cura di bambine e bambini. Oltre agli autori che trattano in modo specifico della psicoterapia EMDR, anche quasi tutti gli altri autori sono practitioner o supervisor EMDR.

Un’intera sezione del libro è dedicata alla psicoterapia EMDR. Nel primo capitolo Enrico Zaccagnini ne fa un’ampia e articolata introduzione. Seguono i saggi di Daniela Diano e Giuseppe Lombardo sull’intervento d’urgenza per bambini/e nei casi di femminicidio della madre per mano del padre, con la presentazione di un caso; di Isabel Fernandez e Cecilia Giuliani con la descrizione puntuale e chiara de La concettualizzazione del caso clinico per il trattamento EMDR; di Gabriella Giovannozzi che scrive dell’EMDR utilizzato nel trattamento delle separazioni e perdite traumatiche, presentando un caso clinico. La sezione termina con un altro capitolo di Isabel Fernandez sugli interventi EMDR con i rifugiati e i richiedenti asilo, sottoposti a eventi altamente traumatizzanti come stupri, torture, perdite, sfruttamento, abbandono, viaggi pericolosissimi, con esiti in PTSD complesso e disturbi dissociativi. Per quello che riguarda la violenza assistita dai bambini e bambine, fenomeno ampiamente affrontato nel libro, se nel 2003 tale denominazione, mutuata dall’inglese *assisted violence* (a sua volta “importata” in Italia da operatrici dei Centri antiviolenza partecipanti al Congresso internazionale di Singapore del 1998 contro la violenza sulle donne) era pressoché sconosciuta anche dagli operatori e operatrici dei Servizi, ora è ampiamente condivisa e i professionisti della salute, del sociale, dell’area educativa e giuridica sanno di cosa si tratta e di cosa si sta parlando. Tuttavia, la protezione e la cura dei bambini e delle bambine che assistono alla violenza domestica, come del resto accade nelle altre tipologie di maltrattamento, non sono per nulla scontate e, come viene sottolineato nel testo, ancora incontrano ostacoli spesso difficilmente sormontabili. Il testo si collega, con aggiornamenti e approfondimenti, agli studi che da oltre 20 anni proseguono sullo specifico maltrattamento “violenza assistita”, ma si concentra anche su altre situazioni familiari disfunzionali, quali quelle di grave conflitto tra i genitori, di separazioni e abbandoni traumatici, di maltrattamenti fisici, trascura-



tezza, di abusi sessuali su bambini/e e adolescenti, delle situazioni di maltrattamenti plurimi all'interno della stessa famiglia.

Nella prima parte, oltre all'inquadramento sul fenomeno violenza assistita nelle sue diverse declinazioni, sullo sviluppo di Modelli operativi interni dell'attaccamento insicuro e -in particolare- disorganizzato, sulla sintomatologia a breve, medio e lungo termine e sugli altri aspetti dello sviluppo traumatico (Roberta Luberti), viene trattato l'importantissimo tema degli effetti sugli adolescenti e sulla loro presa in carico (Gloriana Rangone). Tale presa in carico non deve, ovviamente, incanalarsi in percorsi di cura determinati rigidamente dal "sintomo", costituendosi quindi come ulteriore fattore di rischio per la salute psico-fisica di ragazzi/e, nella dimenticanza -da parte degli operatori e operatrici- del fatto che questi/e adolescenti hanno trovato le strategie per loro possibili al fine di sopravvivere a situazioni insostenibili. Un percorso di cura li deve quindi vedere sì al centro, ma deve prevedere un coinvolgimento degli adulti, attentamente pensato e programmato caso per caso. Vengono quindi trattati gli effetti della violenza e della trascuratezza sullo sviluppo emotivo, cognitivo e neurobiologico del bambino e viene descritto The neurosequential model of Therapeutics di Bruce Perry (applicabile sia ai bambini che agli adulti), modello che permette, sulla base delle più recenti conoscenze sullo sviluppo neurobiologico, di migliorare l'assessment, al fine di attuare un intervento per fasi e sequenziale, che segua il modo in cui il nostro sistema nervoso si evolve, si sviluppa ed elabora le informazioni, fornendo una cura personalizzata, mirata e nutritiva, secondo le dosi e i ritmi, di cui momento per momento il bambino ha bisogno (Maria Silvana Patti, Caterina Grappolini, Roberta Luberti).

La seconda parte del volume tratta delle separazioni traumatiche e altamente conflittuali, con i saggi di Caterina Grappolini (Separazioni traumatiche, abbandoni e trasmissione intergenerazionale degli aspetti traumatici, "con la trasmissione di materiale ancora meno elaborabile per la generazione successiva"), e di Gloria Soavi, che tratta degli esiti e dei percorsi riparativi per i figli nelle separazioni altamente conflittuali. In questo saggio si sottolinea, così come viene ripreso nelle parti del volume, la assoluta necessità di distinguere le situazioni di violenza domestica dalle situazioni conflittuali, distinzione che spesso non viene fatta, neppure in molte relazioni dei Servizi e di CTU, nonostante gli evidenti danni che derivano alle vittime da una confusione terminologica che pesantemente ricade sugli interventi di protezione e di cura. Tali percorsi, infatti, si differenziano nei casi di violenza domestica rispetto ai casi di separazione altamente conflittuale, pur potendo essere anche quest'ultima molto dannosa per i minorenni coinvolti e quindi assolutamente degna di grande attenzione.

La terza parte si occupa degli strumenti legislativi e dei percorsi di protezione dei bambini, con i saggi di Manuela Ulivi, Presidente della Casa delle Donne Maltrattate di Milano, e con quelli di Maria Grazia Apollonio e Micaela Crisma, psicoterapeute che trattano nello specifico i nodi problematici nelle diverse fasi dei percorsi di tutela, nonché i meccanismi di negazione della violenza, che possono gravemente compromettere gli interventi, fino a determinare i cosiddetti maltrattamenti secondari o istituzionali ai danni di figlie/i e della madre, nei casi di violenza domestica. Una parte è dedicata alla descrizione del Trauma dello sviluppo e al diritto alla cura, con paragrafi dedicati alla psicoterapia centrata sul trauma per bambini e bambine testimoni di violenza e per le loro mamme. Psicoterapia, di cui questi piccoli/e troppo spesso non possono usufruire, per mancanza di risorse dei servizi, certo, ma anche per l'assenza di una consapevolezza sufficientemente diffusa circa i bisogni di questi bambini.

Marianna Giordano si sofferma su alcuni aspetti significativi del lavoro sociale, e cioè sulla prospettiva di genere, necessaria, secondo l'autrice, nell'approccio a questo tipo di casistica, sulla peculiarità del lavoro a bassa soglia, sull'esposizione al trauma, sul trattamento e sul sostegno alla protettività, cioè sul lavoro con le madri, il cui rapporto con i figli/e è danneggiato dalla situazione di violenza domestica (home visiting, gruppi di autoaiuto, supporto sociale, sostegno psicologico, psicoterapia).

Nel capitolo "Sull'abuso sessuale e la violenza assistita. La violenza assistita come fattore di rischio per le altre forme di abuso all'infanzia" di Luberti e Grappolini, si sottolinea la difficoltà di rivelazione da parte del bambino/a di altre forme di violenza -quale l'abuso sessuale sia intra che extrafamiliare-, qualora il piccolo sia anche vittima di violenza assistita da maltrattamento sulla madre, e si esaminano i diversi fattori -tra cui la traumatizzazione materna derivante dalla violenza- e le dinamiche che rendono ancora più difficile la rilevazione del maltrattamento in atto in questi casi. Rifacendosi ai dati di ricerca e all'esperienza clinica, si sottolinea come la violenza assistita sia fattore di rischio per trascuratezza, in particolare emotiva, maltrattamento fisico e psicologico, abuso



Recensione a cura di I. S.

sessuale, infanticidio, baby shaken syndrome, forma questa di maltrattamento tanto sottovalutato, quanto pericoloso, in termini di pericolo di vita e di possibili lesioni e disturbi neurologici, anche permanenti (quali lesioni ipossico- ischemiche, microcefalia, atrofia corticale e sottocorticale, ritardo psicomotorio, quadriplegia spastica, danni alle funzioni visive, deficit del linguaggio, eccetera).

Nella quarta parte si tratta nello specifico dei percorsi di aiuto e delle psicoterapie con i saggi di Chiara Giovanelli e Marinella Malacrea sulle risorse del web per le vittime di violenza domestica assistita, sia minorenni che adulte, in particolare sugli strumenti (www.bambiniintrappola), volti a facilitare il riconoscimento della propria situazione, a far capire i funzionamenti post traumatici, a incrinare i vissuti di impotenza e di solitudine, sottolineando la necessità di chiedere aiuto.

Simona Agosti e Ulla Seassaro affrontano nello specifico il tema della psicoterapia ai bambini, sottolineando in primis la necessità di una cornice di protezione per il trattamento. Le autrici sottolineano anche la necessità di un approccio centrato sul trauma, di cui una importante prerogativa è la ricerca e l'attivazione di risorse di sicurezza nel sistema familiare, che promuovano la stabilizzazione del piccolo paziente. Il terapeuta, cioè, deve trovare e sostenere altri "tutori di resilienza", poiché la presenza supportiva di un "testimone empatico" rispetto a ciò che si è vissuto e si vive è il primo fattore che riduce le reazioni post-traumatiche. Così, per il bambino vittima di violenza assistita, la sua stabilizzazione e la sua messa in sicurezza sono strettamente legati alla stabilizzazione e alla messa in sicurezza della madre, definita da Everson (1989) il "primo fattore di risanamento della vittima". Le autrici però sottolineano come "l'approdo a una vita protetta e sicura non basta: sotto la cenere (la quiete apparente degli adattamenti) la brace continua ad ardere (i funzionamenti post traumatici, ben descritti dalle autrici) e basta un soffio (un riattivatore) perché riparta l'incendio", e come sia importante la possibilità di accedere alla psicoterapia.

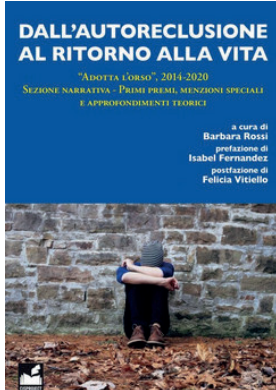
Le autrici scrivono quindi come sia di primaria importanza l'attenzione al piccolo paziente -al fine di promuovere la rielaborazione degli eventi traumatici-, ma anche alla figura di riferimento, affinché riesca a fornire al figlio la necessaria esperienza emozionale correttiva. Vengono inoltre descritti gli interventi psicoterapeutici consigliati dalla più recente letteratura, centrati sulla relazione madre bambino. Si parla anche dell'utilizzo della Terapia EMDR, utilissima per il rinforzo delle risorse e per l'elaborazione dei ricordi traumatici.

Rosita Bormida affronta il tema della violenza assistita, concentrandosi sull'aspetto della sensorialità (Il bambino testimone e i sensi), partendo da un excursus che va da Platone a Freud, a Stern e agli autori nell'ambito delle neuroscienze. Nella descrizione di una serie di storie cliniche di bambine e bambine tra i tre e i dodici anni, l'autrice utilizza figure della mitologia e dell'arte pittorica per descrivere il coinvolgimento dei sensi nell'impatto traumatico delle violenze: l'udito che si allena a cogliere il minimo segnale di pericolo, l'odorato che coglie l'odore dell'alcol e del dolore, il sapore delle lacrime, la pelle nel caso di Marta, bambina sorda dalla nascita, a cui il padre vieta di usare in casa la lingua dei segni, continuando a parlarle come se lei fosse udente. Marta ha in casa un'amica-sorella, l'amata cagnolina Asia: "Quei calci è come se li desse a me. Sento sulla mia pelle i colpi che papà dà a Asia... sento le vibrazioni della pelle... divento rossa come la pelle della pancia di Asia ... a volte il dolore è così forte che è come se mi togliessero la pelle dal corpo"

Un altro interessante capitolo affronta il tema dell'uso delle tecniche body oriented nelle situazioni di perdite e separazioni traumatiche, attraverso la scrittura efficace e chiara di Maria Silvana Patti.

Quindi con Dante Ghezzi si affronta il lavoro di contrasto alla negazione dei sex offender (negazione dei fatti, della consapevolezza - "Ero ubriaco", "Ero depresso" -, della responsabilità - "Era la bambina che lo voleva" -, dell'impatto negativo sulla vittima), tema difficile e di primaria importanza. L'autore, molto esperto nel campo, fa un inquadramento clinico degli abusanti sessuali, in particolare degli abusanti intrafamiliari, descrivendo anche l'emprise, cioè la condizione di soggiogamento psichico a cui l'abusante conduce la piccola vittima, assicurandosi anche il suo silenzio.

Si arriva quindi alla terza parte, di oltre cento pagine, completamente dedicata alla psicoterapia EMDR, con la quale si chiude un libro denso di contenuti teorici, di utilissime indicazioni di lavoro e di descrizione di casi clinici.



Dall'autoreclusione al ritorno alla vita.

Adotta l'orso", 2014-2020 - Sezione narrativa - Primi premi, menzioni speciali e approfondimenti teorici

Barbara Rossi (A cura di)

Sempre più spesso sentiamo parlare di amici, conoscenti, studenti o colleghi di lavoro che si chiudono in casa. Purtroppo le ricerche parlano di un fenomeno che si diffonde a macchia d'olio: milioni di persone nel mondo, circa 100.000 in Italia, che presentano un problema di ritiro sociale. Il fenomeno è stato riconosciuto inizialmente in Giappone

negli anni '80, ma è presente e continua a diffondersi anche in Europa e in America. Al riguardo è stata coniata la parola Hikikomori, che significa "stare in disparte, ritirarsi". Parliamo di una vera epidemia: milioni di persone che si sentono sopraffatte, che sentono di non poter realizzare i loro obiettivi di vita nella società e reagiscono isolandosi. Scrive Isabel Fernandez, presidente EMDR Italia-Europa, nella prefazione: "Per molte persone, a discapito della propria salute psichica e sociale, la prigionia diviene l'unico mezzo di espressione, un'autodifesa per non pensare a esperienze traumatiche irrisolte, conflitti, disagi familiari, psicologici, scolastici e affettivi". Il fatto che così tante persone si chiudano, non può lasciarci indifferenti, a maggior ragione dopo le restrizioni legislative indotte per far fronte alla pandemia, che hanno costretto tutti a confrontarsi con l'esperienza di isolamento forzato. Come ci ricorda Gustavo Pietropolli Charmet, non c'è differenza tra reclusione ed autoreclusione: le cause possono essere diverse, le conseguenze ugualmente traumatiche.

Paolo Crepaldi, presidente di Hikikomori Italia, sottolinea che il processo di chiusura è graduale, ci sarebbero secondo lui 3 stadi, e più tardi si interviene, più diventa difficile l'uscita dall'isolamento. Più tempo passiamo nella chiusura, e più è facile che si sviluppino pensieri paranoici o depressivi. Più tempo siamo isolati, e più si rende necessario un periodo di "re-inserimento" sociale, un periodo di ri-apprendimento dello stare insieme, fatto che dovrebbe essere tenuto particolarmente in considerazione per chi è stato isolato ed anche detenuto per lunghi periodi. E questo dato è sicuramente sconcertante: ci si può autorecludere anche in carcere ed anche in assenza di internet. Dal momento che una persona chiudendosi dichiara implicitamente il suo fallimento nella relazione con l'altro, diventa indispensabile l'intervento esterno, della scuola, dei compagni, della famiglia, degli specialisti e della comunità. Non è più un problema individuale, ma un problema di salute della comunità. Un grande spreco di un patrimonio umano. Questo libro "Dall'autoreclusione al ritorno alla vita", raccoglie numerose testimonianze e le riflessioni di vari professionisti, tanto da diventare un vero e proprio manuale sull'argomento. Il testo è nato da una ricerca su oltre 600 persone che si sono ritirate socialmente. La ricerca, realizzata attraverso un concorso letterario (Adotta l'orso, per uscire dall'isolamento) soprattutto autobiografico, ribalta le teorizzazioni precedenti, dando suggerimenti operativi ai clinici. In primis emerge che il fenomeno colpisce tutte le età, non solo gli adolescenti, e che non c'è un legame stretto tra dipendenza da internet e ritiro sociale, semmai c'è un forte legame tra traumi e ritiro. Il ritiro sociale sarebbe quindi l'estrema conseguenza di una serie di traumatismi sperimentati, la reazione "normale" a eventi anormali, quali il bullismo, il lutto traumatico, l'abuso, la violenza assistita, ecc. Scrive A.M: "A essere precisi, non ho vissuto per anni a causa delle violenze che ho subito... La mia vita non valeva niente, era come se dicessi: *"fatene quello che volete"* *L'EMDR mi ha ridato la vita*". Il secondo dato che emerge è il deficit di adultità di cui parlano le persone: gli adulti che vengono descritti troppo spesso non vedono, non sono disponibili a un dialogo su temi difficili, si girano dall'altra parte, esercitano il potere in modo arbitrario. Il terzo dato è la funzione salvifica e trasformatrice della parola. Le parole cambiano il mondo, diceva David Grossman all'apertura della 72^a Fiera del Libro di Francoforte. Nonostante le ferite, le persone attraverso la parola, verbale e scritta, attraverso la condivisione, la psicoterapia e l'EMDR riescono a trovare le risorse, le giuste alleanze che possono portarle fuori dal tunnel. Scrive Sonia Piera: *"man mano scrivevo, sentivo chili di peso andarsene via...la rabbia si scioglieva e io mi sentivo meglio... La mia rivincita dopo 50 anni, grazie alla psicoterapia, all'EMDR e alla scrittura!"*



MATTEO SIMONE

SOGNI OLIMPICI

ASPETTI, METODI E STRUMENTI MENTALI
DI COMPETENZA DELLO PSICOLOGO
PER TRASFORMARE IL SOGNO OLIMPICO IN REALTÀ

presentazione di
ISABEL FERNANDEZ

prefazione di
SONIA DE LEONARDIS



Sogni olimpici

Aspetti, metodi e strumenti mentali di competenza dello psicologo per trasformare il sogno olimpico in realtà

Matteo Simone

L'intento di questo volume è di esplicitare le competenze dello psicologo che può contribuire al raggiungimento di obiettivi sfidanti, difficili ma non impossibili e soprattutto cercare di trasformare il sogno olimpico in realtà.

In particolare sono riportate diverse interviste a vari atleti che hanno partecipato o che hanno cercato di partecipare alle olimpiadi.

Inoltre, riporto il lavoro fatto con due atleti, una giovanissima che ha sfiorato il raggiungimento del sogno olimpico e un altro atleta che dopo un periodo di alcuni mesi di lavoro psicologico è riuscito a ottenere la

convocazione delle Olimpiadi. Il lavoro psicologico si è focalizzato sulla risoluzione di eventi disturbanti con desensibilizzazione attraverso la terapia EMDR e il lavoro sulla performance con installazione di risorse sempre con il metodo EMDR.

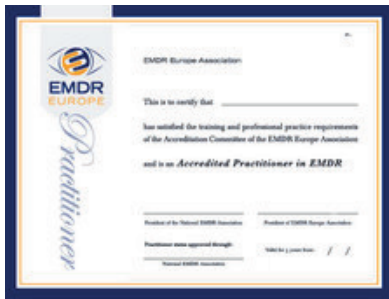
Ringrazio la casa editrice "Aracne" e i suoi collaboratori per la fiducia e per il grande lavoro che richiede la pubblicazione e la distribuzione del libro.

Ringrazio tutti gli atleti che hanno avuto la cortesia, la gentilezza e la disponibilità a raccontare le loro esperienze legate allo sport.

Ringrazio l'amica e collega Dr.ssa Sonia De Leonardis per la sua gradita Prefazione e riporto di seguito alcune sue parole significative: *"... le storie che emergono dalle interviste condotte da Matteo Simone per il suo libro sono molto importanti. In questo testo, dallo storytelling di aneddoti e racconti di atleti e sportivi, alcuni dei quali sono già stati alle Olimpiadi, e dunque sono Olimpici, emergono vissuti, valori, e tratti culturali di perseveranza, di resilienza, di obiettivi e sogni che solo lo sport può insegnare e far emergere. Di ciò, nella nostra società moderna ce ne è realmente bisogno.*

L'argomento che tratta questo libro di Matteo, ovvero degli aspetti mentali che consentono di trasformare un sogno olimpico in realtà, e che sono di competenza della Psicologia e degli psicologi specializzati in ambito sportivo, psicologi coach, preparatori mentali, vengono richiamati, citati e descritti dagli Atleti e dagli Sportivi che praticano discipline anche molto diverse tra loro. E' interessante rilevare dalle risposte alle domande delle interviste che Matteo conduce, che sia proprio la componente mentale ad essere importante proprio per chi pratica sport".

Ringrazio Isabel Fernandez, Presidente Associazione EMDR Italia, per la sua gradita Presentazione e riporto di seguito alcune parole significative: *"Diventare un atleta Olimpico è un sogno che si può avverare, lo dimostrano i nostri Italiani e gli atleti di tutte le nazionalità sia che abbiano vinto, sia nel caso ci avessero provato senza riuscirne. Qualsiasi sogno è realizzabile quando mettiamo in campo le nostre risorse, e di esse ne facciamo un punto di forza inestimabile e come spiega Simone Matteo in questo volume fondante è il ruolo della terapia di supporto per un atleta che vuole realizzare il suo Sogno Olimpico contribuendo al raggiungimento di un obiettivo sfidante".*



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 da 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.

EMDR Europe Workshop Conference EMDR and Resilience

Valencia Conference Centre & Virtual
10 – 12 June 2022



**CHRISTIAAN H.
VINKERS**

Integration of psychological and biological determinants of stress and trauma: a novel road for new interventions?

KEYNOTE SPEAKERS



IGNACIO JARERO

The AIP Theoretical Model and the Expansion of Human Resilience Understanding



DEBORAH KORN

Fostering Resilience in Complex Trauma Survivors Using EMDR Therapy Lessons Learned over Three Decades



For more info please visit <https://emdr2022.com>

 **EMDR**
Valencia2022

Associazione per l'EMDR in Italia

Via Umberto I, 65
20814 Varedo (MB)

Member of
EMDR Europe Association

Tel/Fax 0362.558879
Cellulare 338.3470210
segreteria@emdritalia.it
<https://emdr.it>

