



EMDR

RIVISTA DI PSICOTERAPIA EMDR

**ANNO XXI
FEBBRAIO 2023
N 43**

EMDR ITALIA

Febbraio 43

Sommario

Lettera del Presidente	1
Ruolo del trauma infantile e della disregolazione emotiva nella risposta al trattamento dell'anoressia nervosa: studio di follow-up	2
La terapia EMDR con pazienti affetti dalla sindrome di Arnold Chiari e siringomielia	7
Interventi umanitari nel campo dell'emergenza	13
Alta ricerca di sollievo e di protezione Un breve percorso EMDR di gruppo per adolescenti Ucraini rifugiati	15
EMDR in psiconcologia pediatrica	20
Impatto epigenetico di un programma di gruppo multimodale intensivo di una settimana per adolescenti con esperienze infantili avverse multiple	22
Scala delle Esperienze Familiari nell'Infanzia (EFI)	24
EMDR-Focus Tentativo di Suicidio (TFS) - Elementi clinici da indagare durante le prime fasi del protocollo standard EMDR	27
Il trauma psicologico come fattore di rischio transdiagnostico per i disturbi mentali: una meta-analisi a ombrello	30
Dare sollievo, fare prevenzione e promuovere la salute mentale in un contesto di guerra. Il contributo della terapia EMDR	33
Recensioni	36

Lettera del Presidente

Cari colleghi,

Guardando indietro all'anno appena trascorso è molto evidente che il 2022 ha presentato per noi una grande nuova sfida. Capire i bisogni e fare progetti di intervento per una popolazione esposta a traumi da guerra, di una guerra in corso, ci ha messo davanti ad una situazione mai vissuta prima da parte della nostra comunità professionale. Spesso ci capita di lavorare con persone provenienti da zone di guerra o che hanno vissuto la guerra in altre fasi della loro vita, ma dare supporto psicologico specialistico dal primo giorno dello scoppio di una guerra, seguendo i vari sviluppi è stata un'esperienza nuova. Abbiamo visto che la nostra Associazione, insieme ad altre di EMDR Europe Association, si è rapidamente organizzata, adattando tutta l'esperienza sviluppata in altre emergenze umanitarie.

Nella prima settimana di guerra, già molti colleghi hanno dato la disponibilità per dare supporto ai primi gruppi. Abbiamo dato la priorità al supporto di colleghi psicologi e terapeuti EMDR ucraini. In questo modo li abbiamo messi in condizione di risolvere le loro reazioni traumatiche, essendo anche loro delle vittime, e poi di dare supporto alla popolazione nei rifugi, nelle stazioni ferroviarie, ecc.

Spesso chiedendo ai colleghi ucraini di cosa avessero bisogno, loro ci rispondevano che volevano formazione. Era la loro unica richiesta... Abbiamo risposto concretamente a questa richiesta, organizzando formazione sul supporto psicologico in emergenza, su come trattare le vittime di stupri di guerra, di tortura, di lutti e perdite traumatiche, ecc. Uno dei temi più trattati è stato come lavorare con bambini e con le famiglie.

Nel frattempo i colleghi EMDR di altre Associazioni sul confine con l'Ucraina, hanno risposto subito e si sono recati nei punti in cui arrivavano i profughi. I colleghi di EMDR Polonia, EMDR Slovacchia, EMDR Ungheria ed EMDR Romania sono stati presenti per i primi mesi, lavorando in modo umanitario e volontario e facendo dei turni.

In Italia e in molti altri paesi ospitanti dei nuclei di ucraini, soprattutto famiglie, le associazioni EMDR hanno lavorato e continuano a lavorare, seguendo le varie fasi che stanno vivendo questi profughi. EMDR Italia ha seguito circa 70 interventi in vari punti del paese, collaborando con i Comuni, con i centri del Servizio Sanitario Nazionale che richiedeva la nostra collaborazione e anche con le scuole e con altre associazioni di volontariato.

Tutto questo lavoro con EMDR è importante perché gli studi sulle vittime di traumi creati in modo volontario da parte dell'uomo, sono dei fattori di rischio importante per la salute mentale. Si prevede che i costi in termini di salute mentale nei prossimi anni per queste persone saranno enormi.

Sappiamo che l'EMDR può intervenire profondamente sulle conseguenze di una traumatizzazione così come sugli effetti di uno stress estremo consentendo di elaborare delle esperienze atroci in modo funzionale ed ecologico, di vivere al meglio il presente e di prepararsi al futuro. In un momento storico e sociale così carico di sofferenza offre l'opportunità di una speranza.

Di questi temi e di altri temi clinici si è parlato nel Congresso di EMDR Europe che si è tenuto a Valencia, a giugno. Molti colleghi di EMDR Italia erano presenti e molti altri hanno seguito online. La presenza italiana è stata molto significativa, anche in termini di presentazioni e di workshop. Il prossimo Congresso di EMDR Europe si terrà a Bologna dal 23 al 25 Giugno 2023, quindi potete cominciare a segnare questa data nella vostra agenda.

Un caro saluti a tutti,

Isabel Fernandez

RUOLO DEL TRAUMA INFANTILE E DELLA DISREGOLAZIONE EMOTIVA NELLA RISPOSTA AL TRATTAMENTO DELL'ANORESSIA NERVOSA: STUDIO DI FOLLOW-UP A UN ANNO

**Eleonora Rossi^a, Emanuele Cassioli^a, Giulio D'Anna^a,
Michela Martelli^a, Vivienne M. Hazzard^b, Ross D. Crosby^b,
Stephen A. Wonderlich^b, Valdo Ricca^a, Giovanni Castellini^a**

^a *Unità di Psichiatria, Dipartimento di Scienze della Salute, Università degli studi di Firenze (Italia)*

^b *Sanford Center for Biobehavioral Research, Fargo, ND (United States of America)*

Introduzione

L'anoressia nervosa è un disturbo dell'alimentazione caratterizzato da restrizione alimentare, sottopeso e da un nucleo psicopatologico che consiste nell'attribuzione di una importanza eccessiva al controllo del peso, delle forme del corpo e dell'alimentazione nella determinazione della propria autostima (American Psychiatric Association, 2022). È considerata una vera e propria emergenza in termini di salute pubblica trattandosi di un disturbo grave, che colpisce prevalentemente persone giovani, in particolare donne, associato a severe complicanze mediche, psichiatriche e ad un tasso di cronicizzazione e mortalità non trascurabili (van Hoeken & Hoek, 2020). In particolare, secondo i più recenti studi la risposta alle terapie, anche quando applicate in accordo con le raccomandazioni delle linee guida internazionali, è insoddisfacente, con tassi di remissione che non superano il 50% (Atwood & Friedman, 2020). In questo contesto, appare fondamentale indagare quali siano le caratteristiche psicopatologiche associate a una ridotta risposta alle terapie standard, al fine di implementare nuove strategie terapeutiche che possano migliorare la prognosi delle persone affette da anoressia nervosa.

Lo stretto legame tra episodi traumatici durante l'infanzia e il successivo sviluppo di un disturbo dell'alimentazione è noto ormai da molti anni. In particolare, i dati indicano che dal 21% al 59% dei pazienti con disturbi dell'alimentazione ha una storia di trauma infantile (Molendijk, Hoek, Brewerton, & Elzinga, 2017). Più recentemente, la letteratura ha evidenziato che i pazienti con disturbi dell'alimentazione e una storia di trauma precoce sembrano rappresentare una sottopopolazione con caratteristiche neurobiologiche e psicopatologiche specifiche ed una peggiore risposta al trattamento (Castellini et al., 2018; Lelli, Castellini, Cassioli, Monteleone, & Ricca, 2019; Monteleone & Cascino, 2021; Rodgers et al., 2019). Tuttavia, nessuno studio longitudinale ha mai indagato il meccanismo che media la relazione longitudinale tra esperienze traumatiche infantili e ridotta risposta alle terapie offerte. In questo contesto, un ruolo fondamentale potrebbe essere giocato dalla disregolazione emotiva. Dati preliminari di studi cross-sectional, infatti, indicano che la difficoltà nel regolare le emozioni rappresenta il mediatore che lega la presenza di esperienze avverse durante l'infanzia ed una maggiore severità dei sintomi alimentari (Moulton, Newman, Power, Swanson, & Day, 2015; Racine & Wildes, 2014).

Pertanto, l'obiettivo di questo studio è stato quello di studiare la complessa associazione tra trauma infantile e andamento longitudinale della disregolazione emotiva e della psicopatologia alimentare in pazienti con anoressia nervosa trattate con un approccio multidisciplinare basato sull'adozione della terapia cognitivo-comportamentale specifica per i disturbi dell'alimentazione (Enhanced Cognitive Behavior Therapy, CBT-E) (Fairburn, 2008), in accordo con le raccomandazioni delle linee guida internazionali (National Institute for Health and Care Excellence, 2020).

Metodi

Il presente studio osservazionale longitudinale con follow-up ad un anno è stato condotto a Firenze presso il centro per il trattamento dei disturbi dell'alimentazione dell'Unità di Psichiatria dell'Università degli Studi di Firenze. L'arruolamento è avvenuto tra gennaio 2019 e giugno 2021. In totale, 152 pazienti di sesso femminile con anoressia nervosa sono state valutate in occasione della prima visita (T0) e 118 sono state rivalutate dopo un anno di trattamento (T1).

I criteri di inclusione erano rappresentati da sesso femminile, età compresa tra 18 e 65 anni, diagnosi di anoressia nervosa secondo i criteri del Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali, Quinta edizione (DSM-5); i criteri di esclusione erano invece: analfabetismo, disabilità intellettiva, presenza di sintomi psicotici, presenza di comorbidità o complicanze psichiatriche o internistiche che richiedevano un ricovero ordinario, assenza di consenso informato. Nel corso delle valutazioni effettuate ad entrambi i time point sono stati raccolti dati anamnestici, clinici, antropometrici ed i seguenti questionari autosomministrati: Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q 6.0) (Calugi et al., 2016; Fairburn, 2008), per la valutazione della psicopatologia alimentare specifica; Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS) (Gratz & Roemer, 2004), per la valutazione della disregolazione emotiva. Nel corso della valutazione iniziale, inoltre, è stato raccolto il Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) (Bernstein et al., 2003), per la valutazione del trauma infantile. Le pazienti sono state trattate in un contesto multidisciplinare in regime inizialmente di Day Hospital e successivamente ambulatoriale, ed hanno effettuato, oltre a regolari visite psichiatriche e dietetiche, un percorso di psicoterapia CBT-E di almeno 40 sedute.

I dati psicometrici raccolti sono stati analizzati con un modello di equazioni strutturali (Structural Equation Modeling, SEM), adottando la tecnica del Latent Change Score (LCS) bivariato. Con questo particolare approccio, è stato possibile modellare come variabili latenti nel contesto SEM le variazioni longitudinali di EDE-Q (Δ EDE-Q) e DERS (Δ DERS), indagando la complessa relazione tra di loro. Inoltre, con questo approccio statistico è stato possibile stimare le associazioni tra tali variazioni nel tempo e le variabili al baseline, in modo tale da verificare eventuali effetti di moderazione e pathway di mediazione. Per il presente studio, sono state indagate tutte le possibili associazioni tra i valori basali di EDE-Q e DERS (EDE-QT0 e DERST0) con le loro variazioni longitudinali, incluse quelle cross-dominio (Δ EDE-Q predetto da DERST0, e Δ DERS predetto da EDE-QT0). Inoltre, è stato indagato l'effetto specifico del trauma infantile (CTQ), ipotizzando che esso avesse un ruolo come predittore di peggior andamento della psicopatologia alimentare specifica nel tempo, attraverso livelli più elevati di disregolazione emotiva (analisi di mediazione). La tecnica SEM-LCS, rispetto alle analisi longitudinali tradizionali, permette di calcolare molteplici effetti in un singolo modello multivariato, con riduzione degli errori, maggiore potenza statistica e stime più accurate. L'analisi SEM è stata effettuata con stime full-information, ovvero utilizzando tutti i dati disponibili, e calcolando errori standard robusti (di Huber-White). L'adeguatezza del modello è stata valutata calcolando gli indici di fit e confrontandoli con i valori soglia comunemente utilizzati. L'analisi di mediazione è stata effettuata calcolando l'intervallo di confidenza al 95% dell'effetto indiretto con la tecnica del bootstrapping (10000 ricampionamenti). Tutte le analisi sono state effettuate tramite software statistico R (v. 4.2.1) e la libreria dedicata "lavaan".

Risultati

Alla valutazione di follow-up erano diminuiti in modo statisticamente significativo sia i punteggi totali EDE-Q (T0: 3.41 ± 1.69 , T1: 2.10 ± 1.73 , $p < 0.001$) sia quelli DERS (T0: 107.22 ± 30.74 , T1: 89.30 ± 32.11 , $p = 0.032$). Il modello SEM finale è illustrato in Figura 1. L'adeguatezza del modello è risultata eccellente, come dimostrato dai seguenti indici di fit (tra parentesi sono riportate le soglie comunemente considerate come indicatori di adeguatezza): Comparative Fit Index = 0.99 (≥ 0.95), Tucker-Lewis Index = 1.01 (≥ 0.95), Root Mean Square Error of Approximation = 0.00 (≤ 0.06), Standardized Root Mean Square Residual = 0.07 (≤ 0.08). Come visibile in Figura 1, la variazione della psicopatologia alimentare specifica era predetta da quella della disregolazione emotiva (e non viceversa), ad indicare che i

pazienti che durante il trattamento ottenevano maggiori riduzioni dei punteggi DERS tendenzialmente mostravano un andamento migliore anche nel punteggio EDE-Q. Inoltre, il miglioramento della psicopatologia alimentare era predetto anche dai punteggi basali di DERS, evidenziando come i pazienti con maggiori livelli di disregolazione emotiva beneficiavano in misura minore dal trattamento. Infine, l'analisi di mediazione statisticamente significativa (effetto indiretto $CTQ \rightarrow DER_{T0} \rightarrow \Delta EDE-Q = 0.10$, intervallo di confidenza al 95%: 0.01-0.30) ha confermato che le esperienze di trauma precoce predicavano una ridotta efficacia del trattamento sulla psicopatologia alimentare, attraverso i maggiori livelli di disregolazione emotiva.

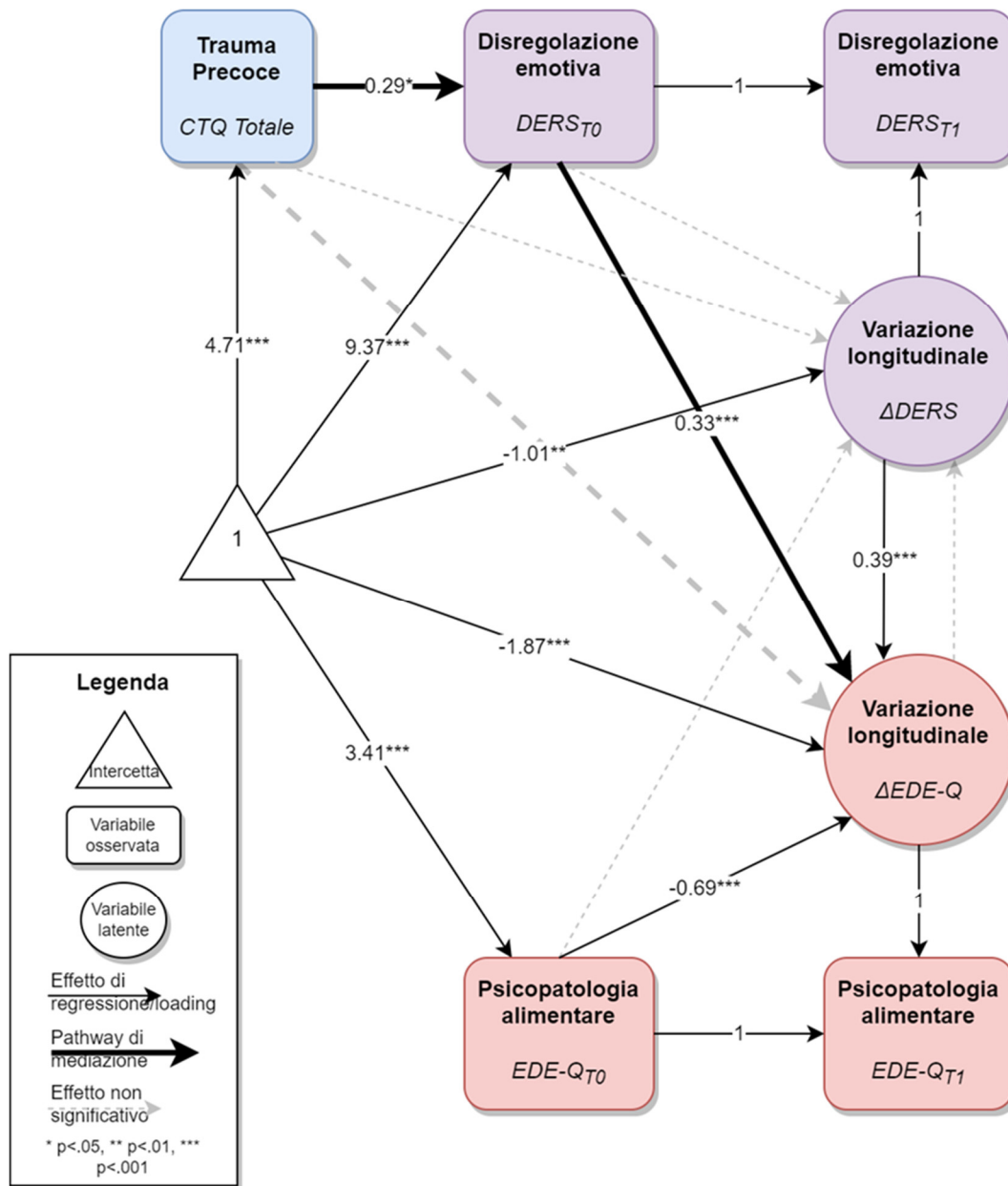


Figura 1 – Modello SEM-LCS. Nota: per facilitare la convergenza del modello, i punteggi CTQ e DERS sono stati divisi per 10.

Discussione

Per la prima volta questo studio ha indagato la relazione tra trauma infantile, disregolazione emotiva e psicopatologia alimentare specifica in pazienti con anoressia nervosa trattate nell'ambito di un percorso di cure multidisciplinare che includeva la psicoterapia CBT-E. In particolare, lo studio ha messo in evidenza un complessivo miglioramento della psicopatologia alimentare specifica e della

disregolazione emotiva dopo il trattamento, come atteso vista la nota efficacia della CBT-E nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione (Dalle Grave, El Ghoch, Sartirana, & Calugi, 2016; Fairburn et al., 2013; Fairburn, Cooper, & Shafran, 2003). Tuttavia, il modello SEM con approccio LCS bivariato ha mostrato che in presenza di maggiori livelli di traumatizzazione infantile vi era una minore riduzione della psicopatologia alimentare nel tempo. Questo studio, quindi, ha confermato quanto precedentemente riportato a proposito di una minor risposta alle terapie standard dei pazienti con disturbi alimentari e storia traumatica (Castellini et al., 2018; Lelli et al., 2019). Inoltre, per la prima volta il modello proposto ha messo in evidenza che il meccanismo attraverso il quale il trauma infantile si associa a un peggioramento della prognosi è rappresentato dalla presenza di maggiori livelli di disregolazione emotiva al baseline. Coerentemente con questo risultato, la relazione longitudinale tra variazione dei livelli di disregolazione emotiva e di psicopatologia alimentare è risultata essere unidirezionale: le pazienti che miglioravano di più in termini di capacità di regolazione emotiva miglioravano di più anche da un punto di vista della psicopatologia alimentare specifica, e non viceversa. Un risultato simile a proposito della relazione tra psicopatologia alimentare e miglioramento delle capacità di regolazione emotiva era stato già messo in evidenza da Rowsell, MacDonald, & Carter (2016), tuttavia per la prima volta il presente studio ha permesso di sottolineare l'unidirezionalità di questa relazione. La centralità della disregolazione emotiva nel mediare l'associazione tra storia di trauma e mantenimento della psicopatologia alimentare nel tempo è in linea con l'ipotesi secondo cui i comportamenti alimentari patologici e l'ipervalutazione dell'importanza del peso e delle forme corporee potrebbero rappresentare delle modalità disfunzionali per gestire gli stati emotivi negativi in pazienti che, in virtù della propria storia traumatica, non hanno sviluppato adeguate abilità di regolazione affettiva (Heatherton & Baumeister, 1991; Moulton et al., 2015; Overton, Selway, Strongman, & Houston, 2005). I risultati del presente studio, quindi, sottolineano l'importanza di integrare i trattamenti standard con approcci terapeutici che prendano in considerazione gli aspetti psicopatologici post-traumatici, ed in particolare la disregolazione emotiva, come target specifici del trattamento dei pazienti con anoressia nervosa e storia di trauma infantile. In questo contesto, la psicoterapia Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (Shapiro, 1989) potrebbe mostrarsi promettente, viste le evidenze di efficacia di questo trattamento non solo nel determinare un miglioramento della psicopatologia post-traumatica in senso ampio, ma anche, in particolare, nel migliorare le capacità di regolazione emotiva dei pazienti con storia di trauma (van Toorenburg et al., 2020).

Nota: I risultati dello studio originale sono stati pubblicati su *International Journal of Eating Disorders*: Cassioli, E., Rossi, E., D'Anna, G., Martelli, M., Hazzard, V. M., Crosby, R. D., ... & Castellini, G. (2022). A 1-year follow-up study of the longitudinal interplay between emotion dysregulation and childhood trauma in the treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 55(1), 98-107. Il presente articolo riporta i risultati di analisi secondarie effettuate su un campione più ampio frutto della prosecuzione dello studio originale, volte a confermare le analisi primarie.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth edition, Text Revision*. Washington, DC.
- Atwood, M. E., & Friedman, A. (2020). A systematic review of enhanced cognitive behavioral therapy (CBT-E) for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 53(3), 311–330. <https://doi.org/10.1002/EAT.23206>
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169–190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)
- Calugi, S., Milanese, C., Sartirana, M., El Ghoch, M., Sartori, F., Geccherle, E., ... Dalle Grave, R. (2016). The Eating Disorder Examination Questionnaire: reliability and validity of the Italian version. *Eating and Weight Disorders - Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(3), 509–514. <https://doi.org/10.1007/s40519-016-0276-6>
- Castellini, G., Lelli, L., Cassioli, E., Ciampi, E., Zamponi, F., Campone, B., ... Ricca, V. (2018). Different outcomes,

- psychopathological features, and comorbidities in patients with eating disorders reporting childhood abuse: A 3-year follow-up study. *European Eating Disorders Review*, 26(3), 217–229. <https://doi.org/10.1002/erv.2586>
- Dalle Grave, R., El Ghoch, M., Sartirana, M., & Calugi, S. (2016, January 1). Cognitive Behavioral Therapy for Anorexia Nervosa: An Update. *Current Psychiatry Reports*, Vol. 18, pp. 1–8. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0643-4>
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive behavior therapy and eating disorders*. Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., O'Connor, M. E., Palmer, R. L., & Dalle Grave, R. (2013). Enhanced cognitive behaviour therapy for adults with anorexia nervosa: A UK–Italy study. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), R2–R8. <https://doi.org/10.1016/J.BRAT.2012.09.010>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509–528.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional Assessment of Emotion Regulation and Dysregulation: Development, Factor Structure, and Initial Validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86–108. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.110.1.86>
- Lelli, L., Castellini, G., Cassioli, E., Monteleone, A. M., & Ricca, V. (2019). Cortisol levels before and after cognitive behavioural therapy in patients with eating disorders reporting childhood abuse: A follow-up study. *Psychiatry Research*, 275, 269–275. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.03.046>
- Molendijk, M. L., Hoek, H. W., Brewerton, T. D., & Elzinga, B. M. (2017). Childhood maltreatment and eating disorder pathology: a systematic review and dose-response meta-analysis. *Psychological Medicine*, 47(8), 1402–1416. <https://doi.org/10.1017/S0033291716003561>
- Monteleone, A. M., & Cascino, G. (2021). A systematic review of network analysis studies in eating disorders: Is time to broaden the core psychopathology to non specific symptoms. *European Eating Disorders Review*, 29(4), 531–547. <https://doi.org/10.1002/ERV.2834>
- Moulton, S. J., Newman, E., Power, K., Swanson, V., & Day, K. (2015). Childhood trauma and eating psychopathology: A mediating role for dissociation and emotion dysregulation? *Child Abuse & Neglect*, 39, 167–174. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.07.003>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2020). *Eating disorders: recognition and treatment (NICE guideline [NG69])*.
- Overton, A., Selway, S., Strongman, K., & Houston, M. (2005). Eating Disorders: The Regulation of Positive as well as Negative Emotion Experience. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 12(1), 39–56. <https://doi.org/10.1007/s10880-005-0911-2>
- Racine, S. E., & Wildes, J. E. (2014). Emotion dysregulation and anorexia nervosa: An exploration of the role of childhood abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 55–58. <https://doi.org/10.1002/eat.22364>
- Rodgers, R. F., DuBois, R., Thiebaut, S., Jaussent, I., Maimoun, L., Seneque, M., ... Guillaume, S. (2019). Structural differences in eating disorder psychopathology after history of childhood abuse: Insights from a Bayesian network analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 128(8), 795–805. <https://doi.org/10.1037/abn0000470>
- Rowell, M., MacDonald, D. E., & Carter, J. C. (2016). Emotion regulation difficulties in anorexia nervosa: associations with improvements in eating psychopathology. *Journal of Eating Disorders*, 4(1), 17. <https://doi.org/10.1186/s40337-016-0108-0>
- Shapiro, F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20(3), 211–217. [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(89\)90025-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(89)90025-6)
- van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2020). Review of the burden of eating disorders: mortality, disability, costs, quality of life, and family burden. *Current Opinion in Psychiatry*, 33(6), 521–527. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000641>

LA TERAPIA EMDR CON PAZIENTI AFFETTI DALLA SINDROME DI ARNOLD CHIARI E SIRINGOMIELIA

Maria Sangiuliano

Practitioner EMDR - Milano

Vorrei condividere ciò che ho osservato ed imparato nel seguire alcune pazienti affette dalla malattia di Arnold Chiari I e da siringomielia.

Dal 2017 è stata avviata una collaborazione, tuttora attiva, tra l'Associazione Emdr Italia e l'Associazione Internazionale Chiari e ... che ha consentito la presa in carico psicologica di persone con tale patologia. Precedentemente alla stipulazione della convenzione con la nostra associazione questi malati non erano seguiti psicologicamente, ma dal 2017 in poi almeno i soci dell'Associazione Internazionale Chiari e... lo sono. Ad oggi risulta invece mancante una linea guida negli ospedali pubblici che preveda un accompagnamento psicologico in tutto il drammatico percorso di chi è portatore di questa malattia.

Di che malattia si tratta?

Riporto qui di seguito alcune informazioni, prettamente mediche, per dare l'idea della gravità e complessità di questa patologia che a livello fenomenologico si esprime con una violenza ed aggressione impressionanti come descritto da una paziente

...“e' come se si resettasse tutto il cervello”.

La malattia di Chiari è una malformazione congenita delle tonsille cerebellari che tendono a discendere attraverso il forame ovale entrando nel canale spinale; questo movimento causa una compressione del cervelletto e del midollo spinale ostacolando anche il normale flusso del liquido cerebro spinale. Si crea una trazione del midollo spinale sul Filum Terminale che unisce la parte finale del midollo spinale al coccige. Vi sono quattro tipi di malformazione di Chiari e in alcuni casi l'associazione con un'altra patologia detta siringomielia, consistente nella formazione di cavità- che ricordano la forma di una siringa - piene di liquido. La più diffusa è la Chiari I ed è quella di cui sono portatori la maggior parte dei pazienti seguiti; tale forma è congenita e si può manifestare con sintomi che compaiono nell'infanzia o nell'adolescenza..oppure rimanere asintomatica fino all'età adulta.

L'incidenza di questa patologia è molto alta: 20% della popolazione mondiale.

I sintomi principali della patologia di Chiari con o senza siringomielia sono:

- dolore, solitamente mal di testa occipitale o superiore cervicale, dolore e pressione al collo e spalle, dolore dietro agli occhi, mal di schiena
- debolezza dei muscoli delle dita, mani e arti inferiori
- alterazioni motorie e sensoriali negli arti, goffaggine nei movimenti, scoliosi, disfagia
- alterazione della vista, dell'equilibrio, sensazioni di ronzio alla testa difficoltà di memoria
- deambulazione difficoltosa con sensazione di suolo disuguale
- difficoltà nell'articolazione del linguaggio, insonnia, Attacchi di panico , nervosismo , “auree”

Si tratta dunque di una patologia grave e fortemente invalidante.

Come si cura?

La cura è chirurgica tramite due tipi di intervento chirurgico: la decompressione della fossa cranica posteriore, operazione altamente invasiva, oppure la sezione del filum terminale localizzato tra il midollo e il coccige.

Cosa è stato fatto finora grazie alla stipulazione dell'accordo tra le due associazioni?

L' Associazione EMDR ha fornito 28 nominativi di terapeuti a fronte di altrettante richieste da parte di soci dell'Associazione Internazionale Chiari e...; solo 17 soci hanno contattato effettivamente il

terapeuta e sono stati presi in carico mentre i rimanenti 11 non hanno mai contattato il terapeuta assegnato. I pazienti presi in carico sono stati seguiti seguendo un protocollo basato sul protocollo emdr standard, ma adattato alla condizione di malattia; indico brevemente i punti principali del protocollo:

fase 1- raccolta della storia personale e dati anamnestici con attenzione agli eventi traumatici concomitanti alla comparsa della malattia e al periodo precedente l'esordio (un anno circa) anche ad altre eventuali malattie pregresse, ricoveri ospedalieri, pregressi disturbi psicopatologici, malattie di familiari

- valutazione della situazione presente : stato dell'umore, disturbi psicopatologici, la presenza di sintomi di PTSD e assunzione eventuale di psicofarmaci; osservazione delle capacità di autoregolazione emotiva, eventuali aspetti dissociativi e individuazione di risorse per poter preparare al meglio il lavoro di elaborazione con emdr.

In questa fase sono stati somministrati i seguenti test:

IES - in tutti i casi esito positivo per PTSD

DES - in tutti i casi esito negativo per tendenza alla dissociazione

STAI 1 e STAI 2 - in entrambe le scale, di stato e di tratto il punteggio ha rilevato ansia lieve o media

BECK - in tutte i casi ha rilevato depressione lieve o media

SCL90 - tutti i punteggi del GSI (Global Score Index) erano compresi tra un minimo di 0,75 ed un massimo di 1,4.

L'intento era di avere dei dati prima del trattamento emdr e rilevare i dati dopo la fine del trattamento con l'obiettivo di avviare una ricerca sull'efficacia della terapia emdr in questi pazienti.

La somministrazione dei test non è stata possibile per tutti i pazienti visti e di quelli che hanno compilato i test nella fase 1 non abbiamo tutte le corrispondenti somministrazioni nel follow up.

Fase 2- illustrazione del modello AIP e in cosa consiste la terapia emdr, costruzione della relazione terapeutica.

Spiegazione e installazione del Posto al Sicuro, di risorse, esercizi di stabilizzazione. Rafforzamento della motivazione al trattamento attraverso obiettivi terapeutici positivi e raggiungibili. La durata della fase di preparazione è stata variabile ed in questa è stato importante la rilevazione del tipo di rapporto con il corpo che il paziente vive, ciò che viene riferito riguardo le sensazioni corporee, le autoconvinzioni e interpretazioni sulla malattia, immagini e metafore, se emergenti già prima dell'elaborazione dei Target. Si è poi osservata la reazione alla malattia: rifiuto, difesa, fuga. Importante inoltre sapere se c'è supporto familiare- sociale o meno; le persone legate affettivamente al paziente possono rappresentare un fattore protettivo, a meno che non siano a loro volta traumatizzate dalla malattia del parente e in quel caso non potrebbero assumere un ruolo di protezione e supporto efficace.

Fasi da 3 a 8 - lavoro sui target in base alla concettualizzazione del caso e nell'ambito di una relazione terapeutica positiva e dinamica.

Desensibilizzazione degli eventi traumatici legati al decorso della malattia in ordine cronologico a cominciare dai ricordi dei primi sintomi, il momento della diagnosi, interventi chirurgici, controlli, ricadute, situazioni di difficoltà legate al progredire della patologia. Se si sono evidenziati dei traumi del passato come altre malattie, interventi medici, malattie dei familiari, oppure se emergevano, nel corso dell'elaborazione dei T legati alla sindrome di Chiari, collegamenti a traumi irrisolti di tipo relazionale come traumi dell'attaccamento, maltrattamenti o neglette, riattivati nel presente, venivano sicuramente trattati anche questi, valutando di volta in volta come procedere nella time line.

Con tale premessa vado ora a descrivere ciò che ho trovato molto interessante nei vissuti e tematiche emersi durante le sedute emdr che mi hanno colpito particolarmente nei casi da me seguiti (4).

Le prime situazioni traumatiche riguardano la comparsa iniziale dei sintomi, quando non si sa ancora a che patologia attribuirli: segnali indecifrabili, mai provati prima, alcuni molto minacciosi e dolorosi provenienti dall'interno del corpo, un corpo non più riconoscibile come proprio.

Successivamente sono riferiti ricordi traumatici, trattabili come altrettanti target, relativi agli accessi al pronto soccorso, alle consulenze specialistiche, agli esami strumentali spesso molto invasivi

Questi pazienti affrontano un faticoso tragitto alla ricerca del medico giusto, che faccia la diagnosi giusta che prescriva la terapia giusta...sembra facile, ma non lo è per niente per chi è affetto da una malattia così complessa. Arrivare ad una diagnosi può richiedere lungo tempo durante il quale può succedere di veder minimizzare i sintomi, di non esser capiti e visti per ciò che si è in quel momentobisognosi di risposte e di uno sguardo accogliente ed accudente.

Frequenti poi le dimissioni dal pronto soccorso con diagnosi generiche: somatizzazione, ansia, stress e dimissione con terapia ansiolitica o antidepressiva...al trauma della sofferenza si aggiunge lo sconforto di venir visti compromessi psicologicamente; ci sono certamente frequenti associazioni con disturbi d'ansia, depressivo, panico e Ptsd, ma come conseguenza del malessere. Alla luce di quanto detto si comprende come la comunicazione della diagnosi di una malattia precisa venga realizzata con una sorta di sollievo: almeno si saprà come curarsi.

Comunque sia il trauma della malattia crea una spaccatura nel tempo : c'è un prima e un dopo. La vita cambia totalmente, non potendo più fare le stesse cose di prima come praticare uno sport, fare sforzi fisici, provvedere ai bisogni dei propri cari; sopraggiungono importanti limiti fisici, senso di inadeguatezza per non riuscire più a svolgere il proprio ruolo sociale e in famiglia e come prima. Inoltre si stabilisce inevitabilmente una dipendenza stretta dal familiare più vicino che provvede ai nuovi bisogni e necessità. E' come assumere una nuova identità tutta polarizzata sulla malattia con conseguente variazione nella percezione di sé; l'autostima può venire intaccata, compare senso di impotenza e di mancanza. Le emozioni sono di sconforto, insicurezza, paura, rabbia, sfiducia perdita di speranza e i pensieri sono tutti orientati su quanto si è perso e ciò che non si è più in grado di fare.

Le CN sono solitamente così declinate: non sono più uguale a prima/ sono impotente/ sono in pericolo/ sono incapace/ sono diverso/ non sono in grado di sopportare il dolore. Emozioni e cognizioni negative vanno elaborati in quanto sono anche ostacoli al processo di adattamento e accettazione della malattia.

Il dolore fisico, poi, colpisce in molte fasi della malattia e può ritornare nei periodi di riacutizzazione; per questo ho utilizzato con beneficio il protocollo per la gestione ed elaborazione dell'esperienza del dolore di E.Faretta (1). Durante queste elaborazioni ho notato che la conoscenza dei sintomi, come si manifestano e l'individuazione di eventuali collegamenti con contemporanee emozioni negative e stress nella quotidianità, crea consapevolezza dei fattori psicologici ed emotivi implicati e di quanto possono influire sull'intensità percepita.

Alcune metafore significative a proposito del dolore, compreso quello emotivo:

“ognuno ha le sue croci”

“ogni dolore è una crepa nel cuore”

“un giorno morirò di crepacuore”

“non sento più le crepe nel cuore gestisco diversamente il dolore”

Lavoro sul presente e futuro

Successivamente si è fatto un lavoro sul presente con elaborazione dei triggers e delle situazioni quotidiane fonti di stress. Nel lavoro sul futuro si è lavorato su visualizzazione di scenari positivi e strategie di destreggiamento per prepararsi a gestire condizioni potenzialmente stressanti.

Molto utile in tutte le fasi è stato dare spazio il più possibile ad elaborazioni riguardanti l'immagine corporea di sé e le percezioni sensoriali corrispondenti: il sé corporeo è cambiato tanto, si è del tutto destrutturato con l'arrivo dei sintomi, la diagnosi e le inabilità sopraggiunte. Dopo l'intervento il corpo cambia nuovamente per la presenza di ferite chirurgiche, ma la prospettiva con cui viene vissuto è favorevole perché volta alla ripresa dei movimenti e della sensibilità tattile andati persi. Le elaborazioni di tarquet più riuscite nel post operatorio, soggettive peraltro da caso a caso, portavano a trasformare l'immagine corporea in modo tale per cui la malattia non ne determinava completamente la percezione e i segni lasciati venivano integrati nel vissuto; riemergeva il corpo con ciò che può fare ed essere ancora, ritornando ad essere sé stessi, anche se affetti da malattia cronica.

Nel lavoro sul presente e futuro una tematica da trattare può essere la visione di sé in relazione coi

familiari o persone affettivamente importanti; infatti i rapporti possono esser cambiati dalla malattia in poi. Anche l'esperienza della riabilitazione post operatoria può essere rielaborata in termini di risorse e potenziamento delle sensazioni positive date dal movimento; l'utilizzo di tecniche di rilassamento, respirazione e consapevolezza corporea ha aiutato ad approfondire la conoscenza di come varia il tono muscolare in corrispondenza delle emozioni e in particolare quelle negative disturbanti, come ansia o paura le quali possono dare irrigidimento e contratture dolorose. Con tale conoscenza anche i movimenti al di fuori della pratica riabilitativa, piccoli che siano e i gesti della quotidianità consentono, giorno dopo giorno, l'integrazione delle parti corporee ferite con le parti sane; le zone rese più fragili dalla malattia entrano in un vissuto tutto unico di accoglienza, calma e pienezza...esperienza contraria a quella di mancanza frequentemente vissuta.

Rivivere tramite l'elaborazione EMDR, a stimolazione bilaterale lenta, il movimento durante le sedute di fisioterapia ne amplificava la percezione di efficacia, consistenza e presenza corporea.

Una descrizione riferita da una paziente a tal proposito: "la prima volta che ho ripreso a camminare è stato come il sole che sorge a una nuova vita, come un bambino che impara i primi passi"....."inizialmente non sentivo sensazioni alle gambe mentre camminavo, ma cercavo di far leva sulle sensazioni nelle gambe che ricordavo aver provato tante volte nella vita".

Anche le CP emerse nel lavoro su risorse e nelle elaborazioni in fase 5 dei target sono molto significative, eccone alcune:

"converto la paura in coraggio"

"mi accetto per quello che sono"

"ero insicura, ora sono più sicura"

"ogni giorno scelgo io dove guardare"

"tornare ad esser me sé stessa, a esser donna"

Riflessioni generali e osservazioni personali sull'esito del lavoro fatto finora

Nonostante la disomogeneità delle situazioni viste sia per diversità dello stadio di patologia che per momento della presa in carica, un dato è certo : i risultati delle IES davano tutti una remissione del PTSD.

Pensando ad un lavoro di ricerca questa prima fase si potrebbe considerare una fase osservazionale o preliminare.

Le criticità si sono evidenziate nel difficile reclutamento di un campione statisticamente valido, infatti non tutti i pazienti sono arrivati per la terapia emdr prima di essere operati, ma molti lo erano già da tempo; questo dal punto di vista psicologico può non vuol dire nulla in quanto il traumatismo inizia già dalla diagnosi e continua rafforzandosi nel percorso chirurgico e dopo, quindi la terapia emdr è stata comunque utilissima in qualsiasi momento il paziente la intraprendeva.

Altra criticità è stata l'impossibilità di reclutare un gruppo di controllo che non ricevesse un percorso emdr, ma solo colloqui di sostegno oppure nessun tipo di intervento psicologico.

Tutte le pazienti che ho seguito avevano indicato nell'Inventario degli eventi stressanti e traumatici della vita di Giannantonio numerosi traumi risalenti a molti anni prima dell'insorgenza della malattia; sarebbe interessante sapere se c'è una correlazione statistica tra presenza di traumi pregressi e sviluppo di Ptsd al presentarsi della malattia che dimostrerebbe come la traumatizzazione passata possa rendere più suscettibili a sviluppare un Ptsd ad una nuova esposizione nel presente. Ancora oltre mi chiedo se i traumi pregressi rappresentino un fattore di rischio per la manifestazione della malattia e del grado di gravità e per questo bisognerebbe avere un gruppo di controllo di persone affette dalla sindrome di Chiari, ma senza sintomi così invalidanti; in questo caso sarebbe interessante indagare anche sul loro stile di vita e sul supporto sociale presente o meno, sullo stile di coping. Infatti non tutti coloro affetti dalla patologia si ammalano gravemente come descritto fin qui. Tali ipotesi si potrebbero verificare solo con campioni di soggetti malati e gruppi di controllo statisticamente significativi e che al momento non abbiamo. Infine ho notato, nonostante la forte traumatizzazione, una grande resilienza e motivazione nel fronteggiare la malattia creando una convivenza e integrando l'evento nella

propria quotidianità profondamente variata, ma senza esserne del tutto sopraffatti. Si tratta di una percezione del tutto soggettiva, non documentata con test.

L'efficacia della terapia EMDR con i pazienti affetti da sindrome di Chiari

I percorsi con questi pazienti sono stati tutti molto coinvolgenti e interessanti e complessivamente ho trovato molto utile ed efficace l'Emdr per vari motivi che vado ad esporre in sintesi:

- ⇒ ha permesso l'integrazione nell'immagine del corpo cambiato
- ⇒ ha desensibilizzato ed elaborato gli scenari più traumatici e stressanti col trattamento dei targets passati e presenti
- ⇒ ha sciolto eventuali traumi della storia passata, come lutti, abbandoni e abusi
- ⇒ ha risolto o alleviato eventuali disturbi psicologici
- ⇒ ha fatto riemergere risorse psicologiche ed emotive dimenticate e considerate perse
- ⇒ l'acquisizione e potenziamento di risorse è particolarmente efficace in questi pazienti perché coinvolge profondamente il corpo così ferito, accogliendolo e accettandolo così come è nel qui ed ora
- ⇒ ha sostenuto e costruito l'ideazione di un futuro possibile di convivenza con la malattia tramite un processo trasformativo in cui non c'è solo il sopravvivere alla malattia, ma si può tornare a vivere con pienezza anche se con stili e strumenti diversi da quelli del passato; dalla centratura sul sé malato si apre una visione di sé come persona che soffre di una malattia, ma che può essere tanto altro dalla malattia.

L'esemplificazione di questo processo la vedo vivere nelle socie fondatrici dell'Associazione Internazionale Chiari e... le quali da un'esperienza profondamente dolorosa hanno tratto motivo e forza per diventare sostegno a chi si trova nella stessa condizione in una forma strutturata e organizzata, attivando risorse di progettualità e creatività notevoli– organizzano infatti anche eventi per raccolta fondi

Ringrazio per la fiducia donatami da tutte le pazienti e i pazienti che hanno condiviso con me la loro malattia, i sentimenti più profondi e la gioia dei preziosi miglioramenti.

Bibliografia

Workshop Eye Movement desensitization Reprocessing livello I - EMDR Europe

Workshop Eye Movement desensitization Reprocessing livello II - EMDR Europe

F. Shapiro -Lasciare il passato nel passato- Casa Ed. astrolabio

E. Faretta - EMDR e psicosomatica, il dialogo tra mente e corpo – Ed Edra

G. Mauro "Tutta colpa di Chiari" – Amazon-

G.J. Taylor - Medicina Psicosomatica e Psicoanalisi contemporanea- Casa Ed. astrolabio

G. C. Balboni - Anatomia umana vol.3 - Ed. Ermes

M. B. Royo Salvador – guida breve al Filum system – Chiari & Scoliosis & Siringomyelia Foundation

<https://www.associazioneinternazionalechiarionlus.org/>

Interventi umanitari nel campo dell'emergenza

Associazione EMDR Italia – 2022

Isabel Fernandez

Presidente EMDR Italia

Oltre agli aspetti emotivi, dolorosi e di grande sofferenza, il livello di stress a cui sono esposti molti gruppi e fasce di popolazione dopo disastri o situazioni particolarmente traumatiche, implica un complesso processo biologico, di reazioni profonde a livello neurofisiologico, non solo emotivo o cognitivo. La letteratura internazionale negli ultimi anni ci ha descritto come, nelle settimane o mesi successivi all'evento, ci sia un'interazione tra il disagio dell'individuo e la risposta neuro-ormonale al momento dell'evento traumatico (Pagani et al., 2015; Mattera et al., 2022). Per esempio, lo stress traumatico conduce ad una disgregazione del sistema glucocorticoide, assieme ad un'ampia gamma di altri neuropeptidi come il fattore di rilascio della corticotropina, la beta endorfina, neuropeptide Y e le catecolamine.

Dare la possibilità alle popolazioni esposte e che chiedono un sostegno di essere supportate con il metodo EMDR e con altri che si focalizzano sulle reazioni post-trauma è un'azione di prevenzione e cura. In particolare nei disastri collettivi, è importante non dare per scontato che le reazioni da stress possano rientrare da sole: potrebbe significare non dare delle opportunità di favorire la salute mentale e prevenire le fasi che vivranno queste persone a medio e lungo termine.

Una delle ultime pubblicazioni su **Plos One** sull'efficacia dei trattamenti per il disturbo da stress-post-traumatico, indica l'EMDR non solo come uno dei più efficaci trattamenti, ma come quello che permette di risparmiare di più (Mavranouzouli, 2020), in quanto è breve e mirato sulle reazioni da stress e sul disagio emotivo. Per questo motivo è considerato un trattamento cost-effective.

Nel 2018, le Linee guida dell'ITSSS, hanno considerato l'EMDR un intervento con **prove evidenti** di efficacia, in fase acuta. Una singola seduta di EMDR entro i primi 3 mesi da un evento traumatico ha mostrato l'efficacia per la prevenzione e il trattamento del PTSD negli adulti. L'EMDR ha avuto anche una **raccomandazione standard** per interventi realizzati entro i primi 3 mesi in più sessioni (Bisson et al., 2019). Il fatto che già una seduta subito dopo un'esperienza traumatica possa contribuire a prevenire un disturbo post-traumatico, è un fatto molto significativo. Questo è il motivo per cui è importante **intervenire in emergenza è un fatto di salute pubblica**. Questi aspetti sono quelli che hanno guidato sempre l'Associazione EMDR Italia ad essere attiva sul campo in emergenza e in situazioni di crisi, soprattutto subito dopo un evento critico.

Dalla nostra fondazione come Associazione, nel 1999, abbiamo realizzato complessivamente 700 interventi nel campo dei disastri collettivi, a cui si devono aggiungere quelli realizzati durante tutto il periodo della Pandemia Covid 19 e quelli realizzati nel 2022, nell'anno appena trascorso. Vogliamo ricordare che nell'ambito della Pandemia Covid 19 sono stati fatti più di 270 interventi umanitari, con il personale sanitario, con la popolazione in generale ed in ambito scolastico, raggiungendo così circa 5000 persone in 52 Comuni, in 25 ATS, ASST e ASL, 31 Ospedali e 22 RSA, con cui ci sono state delle collaborazioni formali. Oltre al supporto umanitario, è stato svolto un cospicuo lavoro sul fronte della ricerca scientifica durante i mesi di Pandemia. (vedi *addendum*)

Nel 2022 abbiamo realizzato 56 interventi di emergenza sul territorio e 24 interventi di supporto, di terapia e di formazione con i profughi ucraini e con gli psicologi e psicoterapeuti di EMDR Ukraine e dell'Associazione Ucraina di psicologi. Per quanto riguarda gli interventi realizzati dall'Associazione EMDR Italia dall'inizio della guerra in Ucraina, sono stati 24.

ITALIA – 24 interventi**611 Sedute (di Gruppo e individuali)****2618 persone raggiunte + 2802 persone e colleghi in formazioni online**

Il totale delle persone che abbiamo raggiunto nel 2022, tra popolazione ucraina e interventi di emergenza in Italia, è di 9.220. Questo significa che i nostri colleghi dell'Associazione hanno donato le loro competenze ed esperienza a tutte queste persone, dando loro la possibilità di avere subito un sollievo dal punto di vista emotivo e dello stress acuto che stavano vivendo e allo stesso tempo hanno fatto prevenzione per limitare e neutralizzare fattori di rischio per il loro futuro. Queste 9.220 persone si aggiungono alle 25.000 su cui siamo intervenuti in questi anni, includendo le persone raggiunte durante la Pandemia

INTERVENTI IN EMERGENZA NEL 2022

La maggior parte degli interventi erano rivolti a situazioni che hanno coinvolto il decesso di minori (per suicidio, per incidenti e/o malattie). In questi casi, l'intervento era focalizzato sui compagni di classe, sugli insegnanti e sui genitori in generale, a cui venivano date delle linee guida per la gestione delle reazioni da stress dei figli che avevano vissuto questi lutti in un'età di grande vulnerabilità.

Ci sono stati, come abbiamo visto negli anni precedenti, richieste di intervento per situazioni in cui dei minori erano stati esposti a lutti di insegnanti o genitori, che hanno colpito la scuola o di adulti che avevano vissuto delle perdite traumatiche di colleghi nei posti di lavoro.

L'Associazione è stata anche contattata in casi di femminicidio e infanticidio, per fornire supporto e trattamento ai famigliari e agli operatori.

- 13** suicidi minori
- 16** morti minori per malattia o incidenti
- 8** decessi adulti che colpiscono scuola o posti di lavoro
- 1** infanticidio
- 4** femminicidi
- 1** Covid Medici
- 1** alluvione Marche
- 1** incidente Centro 21
- 1** evento critico con uomo psicotico in una scuola
- 1** alluvione Ischia
- 1** ragazzi ustionati Genova
- 1** tentato suicidio pz psichiatrico
- 1** incendio scuola elementare
- 1** incendio
- 1** intervento con Polizia locale

56 interventi

3800 persone raggiunte

Per riassumere:

700 interventi dall'1999 al 2019 Persone raggiunte: 20.000

270 interventi in Pandemia (2020-2021) Persone raggiunte: 5.000

80 interventi nel 2022 Persone raggiunte: 9.220

TOTALE Persone raggiunte: 34.220

Questi numeri e tutta questa grande attività è stata possibile grazie al lavoro gratuito e umanitario dei nostri soci. I colleghi dell'Associazione EMDR si rendono subito disponibili quando nel loro territorio avviene un evento critico e vengono contattati dall'Associazione. Siamo sempre grati a tutti loro per l'aiuto che forniscono con grande generosità e dedizione. E' veramente enorme la loro volontà di

condividere, soprattutto di quello che sanno fare. Sono molti quelli che durante l'anno hanno donato la loro professionalità per poter raggiungere 9.220 persone in situazioni di crisi e di grande traumatizzazione. Ringraziamo i nostri soci per lo spirito con cui lavorano in emergenza, in team, non tirandosi mai indietro.

Le istituzioni ormai hanno l'Associazione EMDR Italia come riferimento per il supporto nelle fasi acute di emergenza. Spesso le richieste provengono da Ospedali, Istituti Comprensivi (scuole elementari, secondarie, ecc.), da Polizia Locale, da Comuni, da altre Associazioni, ecc.

Questo è il risultato di aver fatto negli anni molta psicoeducazione sul trauma, sui bisogni delle persone in disastri collettivi e soprattutto dell'efficacia dell'EMDR. E' il risultato del lavoro negli anni di moltissime persone. E' il nostro contributo per supportare le persone verso la salute affinché si possa emergere da esperienze dolorose con più speranza, più forti, più resilienti. Grazie a tutti.....

Bibliografia

- Bisson, J. I., Berliner, L., Cloitre, M., Forbes, D., Jensen, T. K., Lewis, C., ... & Shapiro, F. (2019). The international society for traumatic stress studies new guidelines for the prevention and treatment of posttraumatic stress disorder: Methodology and development process. *Journal of Traumatic Stress, 32*(4), 475-483.
- International Society for Traumatic Stress Studies (2018) Practice Guidelines. <http://www.istss.org/treating-trauma/new-istss-prevention-and-treatment-guidelines.aspx>.
- Mattera, A., Cavallo, A., Granato, G., Baldassarre, G., & Pagani, M. (2022). A Biologically Inspired Neural Network Model to Gain Insight Into the Mechanisms of Post-Traumatic Stress Disorder and Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy. *Frontiers in Psychology, 13*, 944838. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.944838>
- Mavranzeouli, I., Megnin-Viggars, O., Daly, C., Dias, S., Welton, N. J., Stockton, S., Bhutani, G., Grey, N., Leach, J., Greenberg, N., Katona, C., El-Leithy, S., & Pilling, S. (2020). Psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults: a network meta-analysis. *Psychological medicine, 50*(4), 542-555. <https://doi.org/10.1017/S>
- Pagani, M., Di Lorenzo, G., Monaco, L., Daverio, A., Giannoudas, I., La Porta, P., Verardo, A. R., Niolu, C., Fernandez, I., & Siracusano, A. (2015). Neurobiological response to EMDR therapy in clients with different psychological traumas. *Frontiers in psychology, 6*, 1614. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01614>
- Addendum**
- Dinapoli, L., Ferrarese, D., Belella, D., Carnevale, S., Camardese, G., Sani, G., & Chieffo, D. P. R. (2022). Psychological treatment of traumatic memories in COVID-19 survivors. *Clinical Psychology & Psychotherapy, cpp.2771*. <https://doi.org/10.1002/cpp.2771>
- Faretta, E., Garau, M. I., Gallina, E., Pagani, M., & Fernandez, I. (2022). Supporting healthcare workers in times of COVID-19 with eye movement desensitization and reprocessing online: A pilot study. *Frontiers in Psychology, 13*, 964407. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.964407>
- Faretta, E., Maslovaric, G., Garau, M. I., Marmondi, G., Piras, L., Rezzola, S., Incerti, A., Nardoni, A., Pagani, M., & Gallina, E. (2022). The psychological impact of the COVID emergency on Italian nursing homes staff and the effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing. *Frontiers in Psychology, 13*, 969028. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.969028>
- Fernandez, I., Pagani, M., & Gallina, E. (2022). Post-traumatic stress disorder among healthcare workers during the COVID-19 pandemic in Italy: Effectiveness of an eye movement desensitization and reprocessing intervention protocol. *Frontiers in Psychology, 13*, 964334. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.964334>
- Fogliato, E., Invernizzi, R., Maslovaric, G., Fernandez, I., Rigamonti, V., Lora, A., Frisone, E., & Pagani, M. (2022). Promoting Mental Health in Healthcare Workers in Hospitals Through Psychological Group Support With Eye Movement Desensitization and Reprocessing During COVID-19 Pandemic: An Observational Study. *Frontiers in Psychology, 12*, 794178. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.794178>
- Lazzaroni, E., Invernizzi, R., Fogliato, E., Pagani, M., & Maslovaric, G. (2021). Coronavirus Disease 2019 Emergency and Remote Eye Movement Desensitization and Reprocessing Group Therapy With Adolescents and Young Adults: Overcoming Lockdown With the Butterfly Hug. *Frontiers in Psychology, 12*, 701381. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2021.701381>
- Lazzaroni, E., Tosi, D., Pontiggia, S., Ermolli, R., Borghesi, L., Rigamonti, V., Frisone, E., & Piconi, S. (2022). Early psychological intervention in adult patients after hospitalization during COVID-19 pandemic. A single center observational study. *Frontiers in Psychology, 13*, 1059134. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1059134>
- Maiorani, C., Fernandez, I., Tummino, V., Verdi, D., Gallina, E., & Pagani, M. (2022). Adolescence and COVID-19: Traumatic Stress and Social Distancing in the Italian Epicenter of Pandemic. *Journal of Integrative Neuroscience, 21*(5), 143. <https://doi.org/10.31083/j.jin2105143>

ALLA RICERCA DI SOLLIEVO E DI PROTEZIONE

Un breve percorso EMDR di gruppo per adolescenti Ucraini rifugiati

Daniela Mafezzoni e Stefania Colosio

Practitioner EMDR - Brescia

Il nostro studio privato è stato contattato dalla scuola secondaria di Travagliato (BS) per attivare un progetto a sostegno dei ragazzi fuggiti dall'Ucraina subito dopo lo scoppio della guerra e che, sin da marzo 2022, hanno trovato rifugio nel paese. A fronte della richiesta, abbiamo incontrato il Preside e gli insegnanti referenti per capire quali fossero le esigenze della scuola circa i ragazzi (Ucraini e non) della scuola. Insieme abbiamo strutturato un progetto che ha visto due filoni di lavoro: da un lato il lavoro con gli insegnanti, così da poter raggiungere attraverso loro il maggior numero di alunni in difficoltà sulle tematiche della guerra, e dall'altro il lavoro diretto con il gruppo dei ragazzi provenienti dall'Ucraina.

Il lavoro con gli insegnanti ha coinvolto tutto il personale docente della scuola primaria e secondaria di Travagliato, per un totale di oltre un centinaio di docenti: l'incontro, online e della durata di due ore, è stato tenuto da due colleghe (Marini Gabriella e Pietrobelli Monica) e ha toccato le tematiche legate al trauma, in particolare rispetto alla guerra, dando ampio spazio alla psicoeducazione sulle conseguenze psico-emotive del trauma, in modo che i docenti potessero avere delle nozioni per riconoscerle sui ragazzi e anche su se stessi. Gli insegnanti hanno anche sperimentato e appreso alcune tecniche di respirazione e di grounding così da poter anche aiutare i ragazzi in classe nei momenti emotivamente intensi che in quel periodo manifestavano: i docenti infatti hanno esplicitato che parecchi alunni esprimevano ansia, paure, difficoltà di concentrazione, agitazione. Il lavoro direttamente con i ragazzi Ucraini si è svolto attraverso un percorso di EMDR in gruppo che ha coinvolto 6 ragazzi e ragazze della scuola secondaria di Travagliato (BS) con età comprese tra gli 11 e i 16 anni. Come primo passaggio e aggancio abbiamo chiesto alla scuola di fare da tramite con le famiglie, così da poterle informare rispetto alla proposta di lavoro e avere da loro il consenso al trattamento e le informazioni base rispetto alla provenienza dei ragazzi, al grado di esposizione al trauma della guerra, alle precedenti esperienze di vita traumatiche e luttuose. Questo è stato possibile attraverso la somministrazione di questionari (tradotti in ucraino). Il percorso si è svolto in 6 incontri di 2 ore l'uno, nei locali della scuola, alla presenza di Alina, una mediatrice culturale Ucraina preparata all'intervento, che si è occupata della traduzione in simultanea di ogni passaggio: i ragazzi, infatti, non parlavano né capivano altre lingue al di fuori della propria lingua madre, ad eccezione di una che, essendo residente di lunga data in Italia, poteva seguire il lavoro in autonomia. Prima dell'inizio del percorso, abbiamo avuto un incontro preparatorio con Alina per condividere con lei il metodo di lavoro, i contenuti sui quali si sarebbe lavorato e gli obiettivi, ma anche per prepararla a quelli che potevano essere i rischi e le difficoltà incontrate dai ragazzi nel corso del lavoro insieme.

Benché avessero aderito al programma 5 ragazzi, il giorno del primo incontro si è presentata V., chiedendo di poter essere aggiunta al gruppo. A seguito di una telefonata con i genitori, al fine di ottenere il consenso e le informazioni necessarie, anche V. ha preso parte al gruppo con entusiasmo.

Il gruppo con il quale abbiamo lavorato è composto da:

- A. (femmina, 16 anni, che ha vissuto i bombardamenti ed è arrivata in Italia insieme a mamma e sorellina);
- V. (femmina, 15 anni)
- M. (femmina, 14 anni, viveva in Italia da molti anni, poi si è trasferita in Ucraina, nella zona più bombardata, con la famiglia poco prima della guerra ed è tornata in Italia a marzo) ;
- S. (maschio, 16 anni),
- M. (maschio, 14 anni) e
- I. (maschio, 11 anni) sono tre fratelli arrivati in Italia da 2 mesi.

Nei primi momenti di conoscenza, per tutti, la barriera linguistica, così come quella culturale, è parsa piuttosto evidente e tale limite ci ha inizialmente molto preoccupate: temevamo di non riuscire a entrare in contatto con i ragazzi e di non riuscire a decifrare il loro modo di stare all'interno del contesto terapeutico e gruppale o di non poter cogliere segnali di malessere o difficoltà. Fin dal primo ingresso nella stanza, abbiamo notato che tutti i ragazzi apparivano circospetti, silenziosi, con lo sguardo spento, triste e ripiegati su di sé, a tratti poco accessibili. Le emozioni che apparivano leggibili sui loro volti erano la paura, la confusione e la tristezza: non hanno mai esplicitato - né nei contenuti né nelle espressioni -, rabbia per quanto era accaduto e continuava ad

accadere nella loro terra d'origine, nei loro territori, ai loro cari. Sono apparsi in alcuni momenti preoccupati, in altri disorientati, ma più di ogni altra cosa era palpabile la loro tristezza.

Il primo incontro è stato dedicato inizialmente alla presentazione di ognuno dei partecipanti: da subito abbiamo notato che tutti i ragazzi hanno solamente detto il loro nome e l'età. Solo se sollecitati, hanno aggiunto una piccola cosa che gli piace fare, come ad es. giocare a calcio o ascoltare la musica.

Sempre nel primo incontro abbiamo dedicato molto spazio alla psicoeducazione sul trauma, sui sintomi post traumatici che possono presentarsi in seguito a eventi sconvolgenti come la guerra: abbiamo lavorato con i ragazzi per aiutarli a prendere più consapevolezza della normalità delle loro reazioni e per aiutarli a imparare a gestire le angosce e i forti sentimenti che a volte li assalivano.

Nella presentazione dell'EMDR, oltre alla spiegazione del lavoro elaborativo che avremmo fatto insieme, - sottolineando più volte che in qualsiasi momento avrebbero potuto chiedere di fermarsi, che non avrebbero dovuto condividere per forza ciò su cui stavano lavorando -, abbiamo esplicitato che avremmo dedicato tempo per utilizzare l'EMDR anche per rinforzare le loro risorse, i loro pensieri positivi, le emozioni positive o di sollievo che in alcuni momenti del lavoro provavano o avevano provato in passato.

In tutta questa fase più psicoeducativa e di spiegazione, ci siamo fatte aiutare anche da volantini con immagini e spiegazioni tradotte in ucraino.

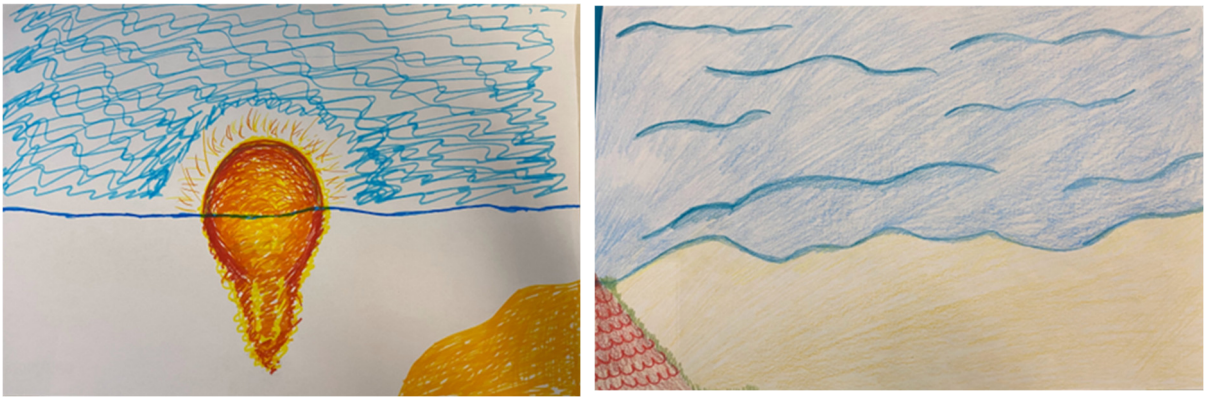
Fin dal primo incontro e per tutti gli incontri, abbiamo dedicato molto tempo e cura alla stabilizzazione: i ragazzi hanno imparato diverse tecniche di respirazione e di grounding, hanno trovato e installato il loro posto sicuro, hanno installato e rinforzato alcune loro risorse.

Da subito è stata evidente l'inadeguatezza della stanza in cui abbiamo iniziato il percorso: era esposta a diversi disturbi sonori (campanelle, vociferare di altri allievi, movimenti forti e improvvisi di sedie) e le reazioni dei ragazzi, già circospette, apparivano ad ogni rumore di preoccupazione e allerta. Dal secondo incontro abbiamo chiesto di spostarci in una stanza nel sotterraneo, molto protetta e silenziosa, e questo ha permesso ai ragazzi di sentirsi più al sicuro anche nello spazio. Abbiamo somministrato ai ragazzi a inizio e a fine percorso l'RCIES, lo STAI I e II e il termometro delle emozioni, al fine di monitorare eventuali cambiamenti negli stati emotivi.

Sin dal primo incontro abbiamo notato una profonda difficoltà da parte di A., la ragazza che aveva avuto esperienza diretta dei bombardamenti: appariva distratta, spesso con il telefonino in mano, affaticata emotivamente nello stare sulle proposte, poco agganciabile, circospetta e a tratti spaventata. A. ha lasciato il gruppo al quarto incontro (dopo la prima elaborazione), facendoci sapere attraverso il professore della classe, di non poter più partecipare perché si doveva occupare della sorellina più piccola. La sensazione alla fine del terzo incontro è stata che per lei fosse troppo faticoso lavorare in quel momento sul trauma della guerra e che le sue difese la portassero spesso a distaccarsi dal lavoro stesso e a distanziarsi dai propri vissuti e dal gruppo. La nostra preoccupazione per A. è stata condivisa con Alina al secondo incontro, ma purtroppo non è stato possibile riagganciare la ragazza, neanche in un contesto individuale: questo anche a causa dell'assenza di un contesto specifico di presa in carico.

Nel secondo incontro abbiamo lavorato con i ragazzi per individuare e installare per ognuno il proprio posto sicuro. Durante questo lavoro, in alcuni momenti era più evidente la fatica di alcuni dei ragazzi, in particolare dei due più piccoli tra i tre fratelli, che hanno avuto bisogno di sedersi molto vicini e di parlare spesso tra loro, mentre gli altri partecipanti hanno trovato un posto più isolato dagli altri. In ogni caso, tutti sono riusciti ad individuare il proprio luogo sicuro: chi il campo da calcio del paese attuale (dicendo che quando giocano a calcio staccano la mente e non pensano a nulla di faticoso), chi il tramonto sul lago in Italia, chi il mare, chi la campagna con la musica, chi la propria cameretta in Italia (alleghiamo alcuni dei disegni esemplificativi).





In questo lavoro i ragazzi esprimono, a fronte dell'invasività dei pensieri e delle emozioni legate alla guerra, il loro grande bisogno di sollievo, di distanza, fisica, emotiva e mentale, dai luoghi di guerra del recente passato e il desiderio di normalità, che è proprio ciò che fa sentire più al sicuro.

I successivi tre incontri sono stati dedicati all'elaborazione con EMDR dei ricordi peggiori della guerra attraverso il lavoro dei 4 quadranti (IGTP, interactive group treatment protocol). Nei tre incontri elaborativi, tutti i ragazzi hanno lavorato su ricordi di momenti della guerra vissuti in Ucraina o su paure per i propri cari o per il futuro. Durante l'elaborazione si sono mostrati tutti concentrati e coinvolti: chi mantenendo gli occhi bassi e l'espressione contratta e triste, chi muovendosi in continuazione con il corpo, chi manifestando forti sensazioni fisiche (capogiri, dolori addominali). Anche i momenti più faticosi, sono stati accompagnati dal taping o, laddove necessario, dalla stabilizzazione. I disegni prodotti dai ragazzi sono molto rappresentativi ed emotivamente forti: si vedono paesaggi distrutti dalle bombe, carri armati, bombe che cadono dal cielo, distruzione, persone in fuga, navi da guerra, fiamme, crateri. I colori sono forti, il tratto marcato e/o spezzettato: l'ansia e la paura suscitate dai ricordi e affrontate con l'elaborazione sono evidenti nel lavoro grafico, sui volti e nel corpo dei ragazzi e palpabili nella stanza di lavoro.



Il disturbo indicato da ogni ragazzo è sempre stato molto alto: si abbassa leggermente nei 4 quadranti e nei tre incontri elaborativi, senza mai arrivare a un disturbo molto basso, come è naturale e prevedibile, visto che la guerra è un evento altamente traumatico, è ancora in corso e molti dei loro parenti, in particolare i padri, sono rimasti sotto le bombe o rientrati in patria.

Nonostante la sofferenza dei ragazzi e il disturbo sensibilmente alto, tutti sono riusciti ad individuare un pensiero positivo o una sensazione positiva, che hanno indicato sul retro del foglio durante ogni

elaborazione: chi ha scritto CALMA, chi MUSICA, chi ha disegnato il momento della fuga dalla guerra, chi CALCIO, chi TRANQUILLITA', chi BENESSERE.

Anche Alina ha sempre accompagnato l'elaborazione dei quadranti con il taping, durante la traduzione simultanea, e ha spiegato di aver ragionato anche lei sugli eventi e sui propri vissuti, condividendo con noi la sensazione di un maggiore benessere e un diminuito senso di angoscia e dolore mano a mano che andavamo avanti con le fasi elaborative.

Il pathos e la potenza emotiva del lavoro nel gruppo è stata tale che, dopo ogni incontro, ci siamo accorte che ci sentivamo molto stanche e con la sensazione come di 'essere in una bolla', sensazioni che non abbiamo provato in altri lavori fatti sul trauma e che ci hanno portate a cercare dei momenti nostri di ricarica e di sollievo.

Nell'ultimo incontro i ragazzi hanno lavorato sulle risorse che sentono di avere per affrontare le angosce della guerra: hanno pensato a ciò che ognuno HA, a ciò che ognuno E', a ciò che ognuno PUO' (IO HO, IO SONO, IO POSSO). Tutti hanno individuato diverse risorse su cui poter contare e ne hanno scelta e installata una. Tra le risorse che i ragazzi hanno scritto, troviamo:

IO HO "una sorella che mi aiuta", "genitori e parenti che mi stanno vicino", "amici pronti a darmi una mano", "la capacità di ritrovare la calma", "la consapevolezza che provo emozioni normali", "la speranza che la guerra finisca presto"; IO SONO "capace di calmarmi con la musica", "una persona che può sopravvivere alla guerra in un posto sicuro", "ucraino e posso difendere il mio paese";

IO POSSO "trovare un posto sicuro quando ho emozioni forti", "reagire se mi sento prevaricata", "sentirmi sola ma uscire da questa sensazione", "posso vivere, pensare, scegliere, controllarmi", "posso tornare a casa forse", "posso per un pò non ascoltare le notizie per non preoccuparmi", "posso sopravvivere allo stress della guerra", "posso difendere il mio paese".

A fine percorso, i ragazzi hanno fatto un disegno di gruppo che rappresenta l'esperienza fatta insieme: questo è stato un momento molto toccante, carico di emotività positiva, di armonia, di cooperazione e commozone. Ognuno di loro ha scelto che elementi aggiungere, ma insieme hanno concordato il tema e, per la prima volta dall'inizio del percorso, si è respirato un clima di distensione e coesione. Anche per noi, vederli in quel momento insieme, è stato molto commovente ed emotivamente molto forte: lo spazio del gruppo ha permesso a questi ragazzi di sentirsi sintonizzati l'uno con l'altro e a proprio agio con le proprie sofferenze, anche perché condivise e normalizzate e allo stesso tempo gli ha permesso di lavorare su di sé in sicurezza. I ragazzi hanno così rappresentato su un cartellone alcuni elementi che hanno associato alla tranquillità: un grande albero, la natura, la musica, l'acqua, il sole, e hanno scritto la poesia di uno scrittore e pittore ucraino, Taras Schevchenko, che ricorda gli elementi felici del paesaggio Ucraino.

Riguardando il cartellone, ci siamo accorte che i ragazzi, inconsapevolmente, hanno disegnato il grande albero con 8 rami, tanti quanti i componenti del gruppo, incluse noi conduttrici e la mediatrice, come a dire che la vicinanza e la dimensione del gruppo ha permesso da un lato di sentirsi ben radicati, alla propria terra, alla propria storia, alla presenza di sé durante il lavoro, al proprio posto sicuro, ma ha anche permesso di lasciare che la mente si espandesse e 'viaggiasse' sia nell'elaborazione del trauma e delle emozioni ad esso collegate, che alla ricerca di solide risorse relazionali, emotive, mentali, cui poter ricorrere per gestire le fatiche e le angosce.



TESTIMONIANZE

Cara E. Luisa,

se penso al percorso fatto insieme immagino un viaggio. Sono partita con ciò che avevo: pensieri, domande, sentimenti troppo spesso messi da parte, in attesa di trovare un tempo per loro. Qualche nodo da sciogliere, qualche pena di cui prendermi cura. E sono partita. Durante questo viaggio non mi sono mai pentita. Nulla accade per caso e se o per le difficoltà con le mie ragazze o per dolori a cui trovare un posto, ci siamo incontrate, è stato per me Luisa un onore e una grande risorsa averla accanto. Mi ha accompagnato a trovare le risposte alle mie domande, a riflettere su ciò che vivevo, a non aver paura di guardarmi, a non cercare fuori ciò che già avevo dentro e nemmeno lo sapevo. Nel momento del lutto aver potuto utilizzare il metodo dell'EMDR ha rappresentato un grande aiuto! Mi sono resa conto di aver percepito un effetto benefico e di sollievo con le stimolazioni oculari perché alleggerivano i miei ricordi. Il percorso EMDR mi ha permesso di attraversare il dolore, smontando e rimontando vissuti ed emozioni, col tempo che ho deciso di darmi, ho ritrovato la pace. Non ho dimenticato e mai potrò ma ho trovato un posto a quel dolore, dal quale potrà tornare a farsi sentire ma non potrà più distruggermi. Ho imparato a guardare i miei momenti non come un istante da vivere e non il tutto, con la fiduciosa speranza che sarebbe passato, a credere in me, a non lasciarmi abbattere perché ho tutto ciò di cui ho bisogno per affrontare la pioggia che incessante, a volte, è già caduta su di me. Ho imparato a dedicarmi a me, a trovare un tempo e uno spazio tutto mio. A volermi finalmente bene. Mi sono sentita accolta ogni volta da uno sguardo che non giudica, da parole che nutrono e illuminano gli inevitabili spazi bui che ho dentro di me. Ho imparato a non avere paura dei miei sentimenti, a non chiedermi di essere perfetta, a stare bene prima di tutto con me, a regalarmi i piccoli piaceri della vita. A sentirmi forte delle mie fragilità e mai finita. Sono in cammino. Il mio viaggio non finisce. Lascio lei Luisa il mio porto sicuro e proseguo sola, ben sapendo di poter tornare a quel porto se e quando ne sentirò il bisogno. Non sono più quella che ero, tante cose nel bene e nel male sono cambiate. Il destino ci ha messo lo zampino e nelle pagine del mio libro ora ho il coraggio di leggere le parole, qualunque esse siano, non maledicendo più chi le ha scritte per me. Questa lettera non potrà mai davvero raccontare gli obiettivi, i traguardi raggiunti, le montagne scalate con sudore e lacrime. So di aver avuto una grande fortuna, una persona dotata di grande disponibilità e umanità al mio fianco. Il suo sguardo, Luisa, ha accarezzato tante volte le mie ferite, rendendole meno dolorose. Ho fatto i conti con la rabbia, la paura, la fragilità, la tristezza, con il terrore di essere o poter diventare una mamma depressa. Ho attraversato il dolore più profondo per rinascere a una vita che non è e non sarà mai più quella di prima. Ma l'ho accettato. Durante il viaggio ho scoperto e messo da parte tante risorse, saranno le mie riserve nel momento del bisogno.

Grazie con il cuore in mano per questo viaggio insieme.

Con stima, riconoscenza e affetto

Chiara

EMDR IN PSICONCOLOGIA PEDIATRICA

**S. Ciappina¹, E. Roccia¹, G. Zucchetti¹, T. Geuna¹, C. Peirollo¹,
E. Faretta², I. Fernandez², F. Fagioli¹**

¹ S.C. Oncologia Pediatrica, Ospedale Infantile Regina Margherita, AOU Città della Salute e della Scienza di Torino

² Associazione EMDR Italia

Nell'ambito dell'oncologia pediatrica la malattia oncologica rappresenta a tutti gli effetti un evento traumatico. Si tratta di un avvenimento che impatta sulla vita e sulla quotidianità non solo del piccolo paziente, ma dell'intero nucleo familiare: fratelli, sorelle e genitori.^{1,2} Gli eventi traumatici possono essere diversi e molteplici: a partire dal primo accesso all'ospedale/pronto soccorso, al momento degli accertamenti, alla comunicazione della diagnosi e del percorso di cura, l'inizio delle terapie, l'ospedalizzazione, i cambiamenti fisici, l'isolamento, eventuali interventi, la progressione di malattia, fino ad arrivare purtroppo in alcuni casi al decesso.³

Trattandosi di trauma, ogni evento, vissuto come tale, può causare sintomi quali flashback, incubi, preoccupazione costante, paura della recidiva di malattia.

La terapia EMDR, agendo direttamente sull'evento traumatico,⁴ può essere efficace nella riduzione dell'intensità dei sintomi, favorendo, nelle persone altamente traumatizzate, un aiuto ed una risoluzione più rapida rispetto ad una psicoterapia standard.^{5,6,7} Numerosi sono infatti i dati in letteratura che hanno confermato negli anni l'efficacia della terapia EMDR nella popolazione oncologica adulta,^{8,9} mentre non ve ne sono ancora molti relativi alla popolazione oncologica pediatrica.¹⁰ Obiettivo dello studio è quindi ampliare il raggio di conoscenze in merito all'efficacia dell'EMDR in campo psiconcologico pediatrico.

L'obiettivo sarà quindi quello di valutare l'efficacia della terapia EMDR nella riduzione dello stress dell'impatto emotivo della malattia oncologica in pazienti e famiglie in carico alla SC Oncoematologia pediatrica dell'OIRM di Torino che hanno acconsentito alla partecipazione allo studio. Verrà effettuata una prima valutazione nel momento della comunicazione della diagnosi oncologica, coincidente con la presa in carico psiconcologica (T0). Dopodichè, a tutti i pazienti verrà proposta la presa in carico psicologica e ad alcuni di loro verrà proposta in aggiunta la terapia EMDR. Il Gruppo di Controllo (GC) sarà rappresentato dai pazienti a cui verrà proposta la presa in carico psicologica standard, il Gruppo Sperimentale (GS) sarà rappresentato dai pazienti a cui verrà proposto il trattamento EMDR.

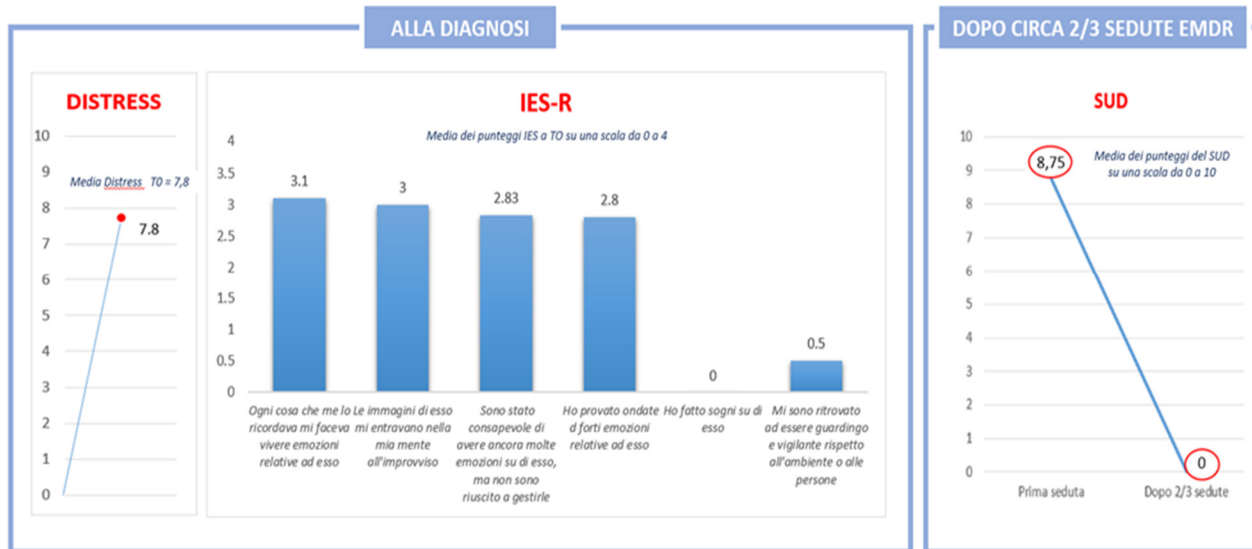
Una seconda valutazione verrà effettuata dopo 6/8 sedute di psicoterapia e di EMDR (T1). La valutazione a T0 verrà svolta con i seguenti test: Termometro del Distress e IES-R (Impact of Event Scale – Revised). La valutazione a T1, dopo 6/8 sedute di psicoterapia, prevedrà l'utilizzo degli stessi test a T0, insieme al Post-traumatic Growth Inventory-PTG. Si prospetta l'arruolamento di circa 50 pazienti all'anno, inclusi caregiver e siblings: 25 per il Gruppo Sperimentale (GS) e 25 per il Gruppo di Controllo (GC). Per questi risultati preliminari, prenderemo in considerazione il SUD, per osservare quindi il grado di attivazione dell'immagine disturbante relativa all'evento traumatico collocandolo su una scala da 0 a 10 (dove 0 significa nessun disturbo e 10 il peggior disturbo immaginabile). Il progetto, avviato grazie all'approvazione del Comitato Etico Aziendale della Città della Salute di Torino nel mese di Agosto 2022 (Prot. N° 0073656), ha visto ad oggi l'arruolamento di un campione di 9 pazienti a cui è stata proposta la terapia EMDR.

I dati preliminari mettono in luce a T0, quindi al momento coincidente con la diagnosi oncologica e la presa in carico psiconcologica significativi livelli di distress e intensa attivazione emotiva, nello specifico:

Distress medio di 7,8 su una scala da 0 a 10; lo IES evidenzia punteggi più alti relativi agli item che richiamano emozioni intense e immagini/flashback (trigger). Significativa è la diminuzione del SUD:

già dopo 2/3 sedute di EMDR diminuisce da 8,75 a 0 (Fig.1).

Fig. 1 TO: Distress, IES e SUD



Questi primi mesi di ricerca ci mostrano una fotografia di cosa accade alla diagnosi oncologica (TO), mostrandoci quindi l'intensità dell'attivazione emotiva dei pazienti, siblings, caregiver, e di come questa, anche solo dopo alcune sedute EMDR, tenda a diminuire nella sua intensità. L'obiettivo del nostro lavoro è osservare l'efficacia della terapia EMDR al fine di fornire sin dal momento della presa in carico psiconcologica uno specifico supporto psicologico sul trauma legato all'impatto della malattia per l'intero nucleo familiare in modo da poterlo sostenere sia nel breve, sia nel lungo termine.

I risultati iniziali di questo studio confermano che già dalle prime sedute di terapia EMDR l'impatto dello stress e dell'evento traumatico legato alla malattia oncologica si riduce nella sua intensità. I dati preliminari confermano l'efficacia in termini di benessere psicologico sui pazienti, fratelli e sui loro caregiver e aprono la strada a future ricerche sull'EMDR e l'oncologia pediatrica.

Bibliografia

- Zucchetti G., Ambrogio G., Bertolotti M., Besenzone L., Borghino F., Candela F., ... & Fagioli F. (2020). Effects of a high-intensity psychosocial intervention among child-parent units in pediatric oncology. *Tumori Journal*, 106(5), 362-368.
- Zucchetti, G., Candela, F., Ciappina, S., Mastrazzo, C., Rocca, E., Bertolotti, M., & Fagioli, F. (2022). Validation of a Tool to Assess the Multidimensional Needs of the Parents of Children With Cancer. *Cancer Nursing*, 45(2), 141-147.
- Bertolotti, M., Converso, D., Peirola, C., Zucchetti, G., & Rocca, E. (2017). Valutare il rischio bio-psico-sociale in oncematologia pediatrica: riflessioni sull'applicazione del Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale (PDTA) della Regione Piemonte in psicologia oncologica: risultati preliminari. 145-158.
- Faretta, E., & Borsato, T. (2016). EMDR therapy protocol for oncological patients. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10(3), 162.
- Faretta, E. (2018). EMDR in psychoncology. *Clinical Neuropsychiatry: Journal of Treatment Evaluation*.
- Faretta, E., & Civilotti, C. (2016). EMDR therapy in psycho-oncology: A bridge between mind and body. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10(3), 138-152.
- Faretta, E., Borsato, T., Civilotti, C., Fernandez, I., & Pagani, M. (2016). EMDR and CBT: A comparative clinical study with oncological patients. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10(3), 215-228.
- Carletto, S., Porcaro, C., Settanta, C., Vizzari, V., Stanizzo, M. R., Oliva, F., ... & Ostacoli, L. (2019). Neurobiological features and response to eye movement desensitization and reprocessing treatment of posttraumatic stress disorder in patients with breast cancer. *European journal of psychotraumatology*, 10(1), 1600832.
- Carletto, S., & Pagani, M. (2016). Neurobiological impact of EMDR in cancer. *Journal of EMDR Practice and Research*, 10(3), 153-161.
- Beer, R., & Bronner, M. B. (2010). EMDR in paediatrics and rehabilitation: An effective tool for reduction of stress reactions?. *Developmental Neurorehabilitation*, 13(5), 307-309.

Impatto epigenetico di un programma di gruppo multimodale intensivo di una settimana per adolescenti con esperienze infantili avverse multiple

Epigenetic impact of a 1-week intensive multimodal group program for adolescents with multiple adverse childhood experiences. *Scientific Reports*, 12(1), 17177 (2022)
<https://doi.org/10.1038/s41598-022-21246-9>

Kaliman, P., Cosín-Tomás, M., Madrid, A., Roque López, S., Llanez-Anaya, E., Papale, L. A., Alisch, R. S., & Davidson, R. J.

A cura di **Eugenio Gallina**

Sull'ultimo numero di *Scientific Reports* è uscito un interessante articolo sull'impatto epigenetico di un programma di psicoterapia intensiva di una settimana che comprendeva mindfulness, espressione artistica ed EMDR in un gruppo di adolescenti con almeno quattro esperienze sfavorevoli in età infantile (ACE).

Il campione era di quarantaquattro ragazze adolescenti, di età compresa tra i 13 e i 16 anni.

Tutte le partecipanti erano parzialmente o totalmente separate dalle loro famiglie biologiche a causa di cure parentali inadeguate, compresi abusi e trascuratezza.

Le esperienze infantili sfavorevoli (ACE), cioè abusi, trascuratezza, famiglie disfunzionali, rappresentano un potenziale fattore di rischio per un'ampia gamma di malattie di lunga durata e per una minore aspettativa di vita. Come citato precedentemente, il programma di gruppo residenziale di una settimana è stato basato sull'allenamento alla mindfulness, sull'espressione artistica e sulla terapia di gruppo EMDR, che ha ridotto significativamente i sintomi legati al PTSD e aumentato i risultati legati all'attenzione e alla consapevolezza in ragazze adolescenti con ACE multipli in uno studio randomizzato e controllato.

Le ACE sono state precedentemente associate in letteratura a meccanismi molecolari, il principale dei quali è la modulazione epigenetica (cioè la metilazione del DNA), attraverso i quali gli agenti stressogeni interagiscono con il genoma. Sempre più evidenze suggeriscono che la modulazione epigenetica sia uno dei meccanismi molecolari attraverso cui i fattori di stress interagiscono con il genoma. L'informazione epigenetica regola l'espressione genica e, sebbene relativamente stabile, il paesaggio epigenetico è altamente sensibile alle esposizioni ambientali.

L'intervento è stato eseguito durante una settimana di vacanze scolastiche (20-27 giugno 2019) ed è stato condotto in una struttura di ritiro naturale a Santander, in Colombia.

Il programma di intervento prevedeva una routine mattutina che iniziava con un risveglio con musica soft e una bevanda calda in giardino, seguita da una sessione di yoga di 30 minuti e da una meditazione guidata sulla gentilezza e la compassione per coltivare stati emotivi positivi. Dopo la colazione, le partecipanti hanno partecipato a una pratica di mindfulness per adolescenti. Il programma prevedeva diverse sessioni al giorno di espressione artistica attraverso l'arte e l'artigianato, danza e musica.

Nei giorni 5 e 6, i partecipanti hanno partecipato a due sessioni giornaliere del protocollo EMDR. Mentre il gruppo di intervento e quello di controllo, nelle rispettive sedi, si sono impegnati in alcune attività simili (ad esempio, danza, recitazione, esercizio fisico, giochi, film), le attività del gruppo di controllo non hanno incluso approcci come l'EMDR per trattare specificamente le esperienze traumatiche o per promuovere la regolazione attentiva ed emotiva.

L'obiettivo dello studio, tramite la raccolta di DNA salivare è stato di valutare prima e dopo la terapia l'eventuale metilazione differenziale di geni coinvolti nell'ansia e nei fenotipi correlati come i recettori ossitocinici e dei glucocorticoidi, nella neurotrasmissione, nella risposta infiammatoria ed endocrina (in genere associati e a fenomeni tumorali e cardiovascolari).

Tutti i soggetti (gruppo di intervento e di controllo; n = 44) sono stati sottoposti a valutazioni parallele e identiche al basale e dopo l'intervento e il risultato più rilevante ha riguardato aumenti di metilazione altamente significativi (> 10%, p<0.001; generalmente associati ad un arricchimento di interazioni funzionali) delle sequenze di DNA in 49 geni. Inoltre, i cambiamenti di metilazione nei geni SIRT5 e TRAPPC2L hanno mostrato associazioni con i cambiamenti nelle misure psicologiche legate al trauma, dimostrando come l'intervento proposto moduli epigeneticamente siti influenzati dalle esperienze sfavorevoli in età infantile (ACE).

Inoltre la modulazione epigenetica in seguito al programma multimodale di gruppo ha provocato un effetto antiossidante generale di potenziale beneficio anche in ambito psicologico.

Considerando la dimostrata formazione di onde delta durante la terapia con EMDR e la susseguente attivazione di fenomeni REM-like con attivazione epigenetica neocorticale è ragionevole pensare che l'EMDR abbia notevolmente contribuito alla modulazione descritta nell'articolo impattando positivamente sui geni coinvolti nella risposta traumatica.

L'Associazione EMDR Italia è lieta di condividere con i suoi soci tre percorsi formativi in Psicologia dell'Emergenza sviluppati attraverso il progetto europeo Erasmus plus Psych.E.In. di cui siamo Partner.

L'Associazione, insieme a un consorzio di altri sei partner europei esperti del settore, ha contribuito a costruire il corso base in Psicologia dell'Emergenza (MOOC), la collezione di strumenti pratici di intervento (Toolkit) e la raccolta di casi clinici per la presentazione di diversi modelli clinici (Case Study). Si tratta di tre percorsi base (MOOC 1, Toolkit 1 e Casi Clinici 1) destinati agli psicologi e psicoterapeuti che vogliono formarsi o approfondire modelli teorici e strumenti di intervento in emergenza e di altri tre percorsi (MOOC 2, Toolkit 2 e Casi Clinici 2) per chi è già formato ed esercita funzioni di coordinamento/formazione negli interventi di crisi.

I tre percorsi sono gratuiti e accessibili online sul sito

<https://psychein.pixel-online.org/>

L'accesso è immediato, previa registrazione sul sito (in alto a destra)

Accedere alla versione italiana, cliccare sulla bandierina italiana in alto a sinistra.

Scala delle Esperienze Familiari nell'Infanzia (EFI)

Dolores Mosquera

Trainer EMDR Spagna

Vi allego la scala EFI (Scala delle Esperienze Infantili in Famiglia). Si tratta di una scala che la mia collega psiquiatra Anabel González ed io abbiamo sviluppato inizialmente in spagnolo (2009) con l'obiettivo di aiutare i terapeuti EMDR a esplorare sistematicamente, nella fase 1, molte esperienze comuni che di solito non vengono considerate "traumatiche". La scala è stata tradotta e modificata nel 2010 con l'aiuto di Andrew M. Leeds. È una scala che comprende sia i traumi con la "T" maiuscola che quelli con la "t" minuscola. L'abbiamo usata in un campione generale di 200 pazienti psichiatrici e attualmente in un campione clinico di soggetti con disturbi della personalità.

Stiamo lavorando per l'analisi statistica di questi dati, ma ecco alcuni degli aspetti rilevanti che stiamo trovando nello studio sui disturbi di personalità (BPD per lo più, ma abbiamo incluso anche altri disturbi di personalità nello studio):

- Il 79,6% ha perso un membro importante della famiglia prima dei 5 anni
- Solo il 22,9% provava piacere a parlare di quello che è successo nella loro famiglia con altre persone
- Il 73,5% ha dichiarato che frequentemente nessuno si è accorto di ciò che stava accadendo loro o delle loro sensazioni (di questo 73,50, il 18,40% ha riferito che nessuno ha mai notato quello che è successo)
- Il 71% ha riferito che risate e divertimento erano insoliti o assenti in casa (la famiglia e loro stessi non si divertono)
- Il 50% ha riferito che nella sua famiglia c'era più preoccupazione per i propri bisogni (bisogni dell'adulto) che per i loro (bambino)
- Il 61,1% ha dichiarato di essere stati eccessivamente protetti dalla loro famiglia (troppo interessati, troppo preoccupati)
- Il 64,6% ha riferito che non importa quanto duramente cercavano di fare le cose bene, non era mai abbastanza per la loro famiglia
- Il 66,7% ha segnalato la mancanza di affetto (no abbracci o affetto fisico)
- Il 54,2% ha riferito che la loro famiglia quasi mai ha mostrato loro che li amava (14, 6% mai)
- Il 43,7% ha dichiarato di sapere che sono stati amati dalla loro famiglia, ma che gli adulti avevano così tanti problemi che non potevano prendersi cura di loro
- Il 52% dei pazienti riferisce un certo tipo di amnesia tra i 5 e 15 anni (frequente nella dissociazione e nei traumi complessi)
- Il 16% aveva la responsabilità di prendersi cura dei propri genitori o familiari durante l'infanzia
- Il 59,2% ha dichiarato che difficilmente veniva lodato quando faceva le cose per bene
- Quando è stato chiesto se la loro famiglia li faceva sentire importanti e speciali, il 59,20% ha detto che questo difficilmente avveniva (28,60% ha detto che questo non è mai avvenuto)
- Il 55,2 ha riferito di essere stato rimproverato per quasi tutto
- Il 66% ha riferito che spesso c'erano così tante cose che avvenivano nella loro casa, che ha cercato di essere invisibile
- Il 47,9 ha riferito di essere stato frequentemente chiamato inutile, stupido, pigro o cose del genere (di questi, il 27,1% ha riferito che questo è successo tutto il tempo)
- Il 43,7% hanno riferito che qualcuno nella loro famiglia era una persona molto violenta (curiosamente però avrebbero risposto NO alla domanda se sono mai stati fisicamente abusati; esplorando questo, molti hanno detto che pensavano che avrebbero avuto bisogno di ricevere

gravi percosse per considerare la violenza fisica un tipo di abuso. Solo il 18% ha riferito di non essere stato colpito dopo aver fatto qualcosa di sbagliato

- Solo il 54% ha riferito di non essere stato colpito senza motivo (molti dei pazienti credono di aver "provocato" le reazioni degli adulti o che abbiano meritato questa punizione per aver fatto qualcosa di male o per essere cattivi o per avere un comportamento anomalo)
- Il 72,3% ha riferito di grida frequenti in casa
- Il 42,8 % hanno riferito che nelle loro famiglie i genitori litigavano così tanto tra loro da non riuscire a prendersi cura di loro (i figli). Il 63,2% ha riferito che spesso, anche se i loro genitori o le persone che si prendevano cura di loro erano a casa, questi erano "emotivamente assente"
- Il 57,1% ha riferito di essere stati poco o per niente incoraggiati quando commettevano degli errori o quando le cose andavano male
- Il 63,3% ritiene di essere stato rispettato come bambino quasi mai o mai
- L'81,3% ha riportato che mai o quasi mai si parlava di sentimenti apertamente (adulti nella loro casa)
- Il 62,50% ha riferito che quando ha avuto un problema quasi mai o mai ne ha parlato quando tornava a casa
- Il 58,3% ha riferito che la famiglia spesso lo ha fatto sentire ridicolo quando (figlio) ha espresso i propri pensieri o emozioni
- Il 35,3% ha riferito che gli adulti sarebbero stati sconvolti o arrabbiati quando il bambino si sentiva male
- Il 40,4% ha riferito quasi mai o mai di sapere cosa ci si poteva aspettare dagli altri
- Il 25% si sentiva invisibile la maggior parte del tempo / il 46,8% ritiene di essersi sentito spesso invisibile
- Il 32,6% ha imparato a prendersi cura di sé da quando era molto giovane (mancanza di sostegno / inversione di ruolo ...)
- Il 64,6% ha riferito che la maggior parte del tempo le loro preoccupazioni non erano rilevanti per le altre persone
- Il 73% si sentiva molto insicuro durante l'infanzia
- Il 39,6% ha visto un adulto nella loro famiglia che si ubriacava spesso
- Il 50% ha riferito che spesso gli adulti della famiglia avrebbero parlato a loro (bambino) dei loro (adulti) problemi
- Il 41,8% ha riferito che la persona che si prendeva cura di lui durante l'infanzia è stata gravemente depressa o mentalmente disturbata
- Il 42,50% ha dichiarato di non sentirsi protetto o di sentirsi quasi mai protetto dalla loro famiglia
- Abusi sessuali:
 - Il 54%:
 - il 36% ha risposto sì
 - il 18% ha risposto non so, ma aveva ricordi precisi di abuso sessuale (solo che non erano sicuri che fosse o meno un abuso)
 - il 4% non era sicuro, non aveva ricordi ma aveva "sensazioni" e difficoltà in questo ambito.

Nella scala EFI abbiamo aggiunto "io non sono sicuro se sia successo" alla voce 41 perché abbiamo constatato che in altre scale in cui veniva indagato l'abuso sessuale, i pazienti segnavano "no" quando avevano dei dubbi. Dev'essere fatta molta psicoeducazione su questo, in quanto molti pensavano che "se non c'era penetrazione, non c'era stato un abuso" ... altri pensavano che non fosse un abuso perché lo avevano "permesso", e così via.

Spero che troviate questo lavoro interessante perché il nostro primo obiettivo è stato quello di prestare attenzione ai traumi con la "t" minuscola che sembrano passare inosservati. Noi crediamo e speriamo che i risultati dello studio possano aiutare i clinici a comprendere l'importanza dell'EMDR in

questa popolazione.

Dopo che avremo finito l'analisi dei dati (oltre 100 casi), inizieremo con lo studio sull'EMDR e il BPD. Dalla mia esperienza clinica ho potuto osservare cambiamenti più rapidi, profondi e duraturi nei pazienti con BPD mentre si lavora con l'EMDR. Con altre terapie a volte i pazienti sembrano stare meglio, ma di solito non dura "i sintomi continuano a tornare", tuttavia con l'EMDR, i cambiamenti rimangono nel tempo e c'è un effetto di generalizzazione.

Vi terrò aggiornati su i progressi di questo studio.

Scoring dell'EFI.

Nota: non si tratta di uno scoring vero e proprio con dei cut off, ma un modo per identificare dei temi che possono essere utili da affrontare in terapia. In particolare sono informazioni utili per identificare dei target con il protocollo EMDR.

Fattore	1	2	3	4	5	6	7
1 Trascuratezza emotiva							
2 Iperprotezione							
3 Abuso fisico							
4 Assistere a problemi in casa							
5 Inversione di ruolo							
6 Alti livelli di richiesta							
7 Abuso emotivo							

Il primo fattore è costituito dagli item 1, 8, 16, 23, 30 e 37. Questi item misurano la mancanza di affetto e sono stati chiamati "Trascuratezza emotiva".

Il secondo fattore comprende gli item 2, 9, 17, 24 e 31. Essi valutano l'eccesso di protezione e di preoccupazione. Questo fattore è stato chiamato "iperprotezione".

Il terzo fattore è costituito dagli item 3, 11, 18, 25 e 32, che riguardano le punizioni e la violenza fisica. È stato chiamato "Abuso fisico".

Il quarto fattore è costituito dagli item 4, 12, 19, 26 e 33. Questi item fanno riferimento a situazioni problematiche a cui il bambino potrebbe assistere, dalla violenza ai disturbi psichiatrici. È stato chiamato "Assistere a problemi in casa".

Il quinto fattore è composto dagli item 5, 13, 20, 27, 34 e 39, relativi all'assunzione di responsabilità che appartengono agli adulti o alla cura di altri membri della famiglia. Il fattore è stato denominato "Inversione di ruolo".

Il sesto fattore è costituito dagli item 6, 14, 21, 28, 31 e 35 che fanno riferimento a situazioni legate a richieste ed aspettative elevate imposte dall'ambiente. Questo fattore è stato chiamato "Alti livelli di richiesta".

Il settimo fattore comprende gli item 7, 10, 15, 22, 29 e 36. Questi item riguardano situazioni di rifiuto, esclusioni e abusi emotivi. È stato chiamato "Abuso emotivo".

EMDR-Focus Tentativo di Suicidio (TFS)

Elementi clinici da indagare durante le prime fasi del protocollo standard EMDR

Mara Fantinati

Supervisore EMDR - Bologna

L'esperienza di condurre un approfondimento biografico e scoprire un episodio di tentato suicidio o di riuscita di esso, nella storia familiare delle persone che seguiamo, è sempre più frequente, ancor più mentre si indaga la presenza di pensieri di morte, in disturbi del tono dell'umore. L'EMDR ci insegna a riflettere su tali episodi come T grandi: esperienze che oggettivamente cambiano il corso della storia di vita, poiché delineano il risultato di una strategia risolutiva 'adattiva' (modello AIP) quando la mente non intravede altra soluzione per 'andare avanti'. La morte compare allora come la strada possibile da percorrere, per alleviare lo stato di sofferenza, non più tollerato.

Spesso i terapeuti esperiscono imbarazzo nel chiedere al paziente di narrare dettagliatamente questi episodi faticosi, o timore accompagnato dalla convinzione 'se ne parliamo troppo magari poi decide di farlo'. Intendo, quindi, fornire qualche elemento clinico affinché il terapeuta possa affrontare con maggior sicurezza l'incontro con l'Altro a rischio suicidario, durante le prime fasi del protocollo EMDR.

Partiamo dalla Fase 1. Mentre raccogliamo la cronistoria è importante indicare sulla linea del tempo quando sono avvenuti sia episodi personali di TS sia episodi di ricordi riportati, inerenti i familiari che hanno tentato e/o agito tali gesti. Sappiamo che la storia psichiatrica transgenerazionale è tra i fattori a lungo termine da indagare, accanto a elementi demografici e culturali del soggetto potenzialmente a rischio. È importante distinguere attentamente la presenza di pensieri di morte da intenzioni autosoppressive, che possono esprimersi come 'semplici' idee o invece organizzare un piano d'azione: da svolgere in solitudine o con l'aiuto di qualcuno? In che modo? Dove? Quando?

Perché il paziente sceglie quel periodo, quel momento, a che scopo? E' un sollievo dalla sofferenza o una vendetta? Desidera lasciare un messaggio? Abbiamo bisogno di indagare i comportamenti, anche (ma non solo) suicidari, per conoscere le abilità di regolazione delle emozioni e dell'impulsività, al fine di definire il grado di autocontrollo. Es. usa/abusa di sostanze? Tende a stati di rabbia intensa con visione a tunnel e restrizione delle capacità di giudizio? E' disponibile a un trattamento farmacologico? A un ricovero? Riesce a costruire una alleanza terapeutica?

Esplicitare i fattori di protezione presenti (o assenti) attualmente e che in passato hanno consentito al paziente di non completare l'agito: sostegno familiare, affettivo, spirituale, professionale, farmacologico, a cui poter accedere anche nel futuro.

Durante la raccolta anamnestica è, quindi, utile distinguere tra fattori di rischio (bio-psico-sociale) che tendono ad apparire stabili nel tempo e stressor specifici che possono creare il terreno fertile per i segnali di allarme della crisi suicidaria: caratterizzata da elementi (cognitivi-emotivi-comportamentali) capaci di destare il primo sospetto circa il rischio di suicidio nel breve periodo.

Quando valutiamo il grado di rischio, lo valutiamo nel presente, su una scala che lo distingue in:

> Lieve:

- Fattori clinici:

- Fugaci pensieri di morte e di non voler vivere. Poco frequenti
- Nessuna pianificazione di minaccia di suicidio. Non vuole morire

> Medio:

- Fattori clinici e fattori situazionali:
 - Poco frequenti pensieri di morte o di voler morire. Non facili da superare
 - Allusioni o minacce indirette di pianificazione. Ambivalenza circa il morire
 - Storia di TS o di comunicazione di intento suicidario
 - Accesso a mezzi per compiere il suicidio e loro letalità
 - Presenza di diagnosi psichiatrica e di terapia farmacologica (grado di compliance)

> Alto:

- Fattori clinici:
 - Intensi pensieri di morte o di voler morire. Impossibile liberarsene
 - Non vuole vivere o vuole morire
 - Minacce chiare: ha in mente data/ora per agire il piano di fine vita

Possiamo integrare la nostra indagine clinica con l'uso di scale psicometriche. Eccone alcune attualmente disponibili in lingua italiana:

> Scale Specifiche per il rischio suicidario

- Beck Scale for Suicide Ideation (SSI)
- Brief Reasons for Living Inventory (BRFL)
- Linehan Reasons for Living Inventory (LRFL)
- Multi-Attitude Suicide Tendency Scale (MAST)
- Suicidal Ideation Questionnaire (SIQ)

> Scale che contengono item, che valutano il rischio suicidario

- Beck Depression Inventory II (BDI-II)
- Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS)
- Scale che si correlano al rischio suicidario
- Beck Hopelessness Scale (BHS)
- Beck's Suicide Intent Scale (SIS)

L'indagine psicopatologica deve esser svolta osservando eventuali sintomi dissociativi e psicotici, che possono concorrere nella valutazione: in base al grado di rischio emerso sarà opportuno concordare con il paziente la disponibilità al trattamento: psicoterapico e/o farmacologico. La combinazione dei due interventi sappiamo essere la più efficace, secondo le linee guida internazionali (APA, 2010).

Proseguiamo con la Fase 2. Prepariamo le reti mnestiche, installando un posto calmo/sicuro e possibilmente almeno una risorsa utile, come fattore protettivo, al fine di stabilizzare lo stato di tensione, che allarma il sistema prima dell'ingresso nel T. Concorderemo il piano di lavoro, raggruppando i ricordi in ordine cronologico o per grado di disturbo. Partiremo dal ricordo che il paziente sente di poter tollerare maggiormente, quindi procederemo con la pianificazione definita insieme. E' necessario personalizzare il trattamento considerando la disponibilità di energia vitale, di tempo e di motivazione. Se il TS è recente, entro un mese, preferiamo l'utilizzo del Protocollo Eventi Recenti.

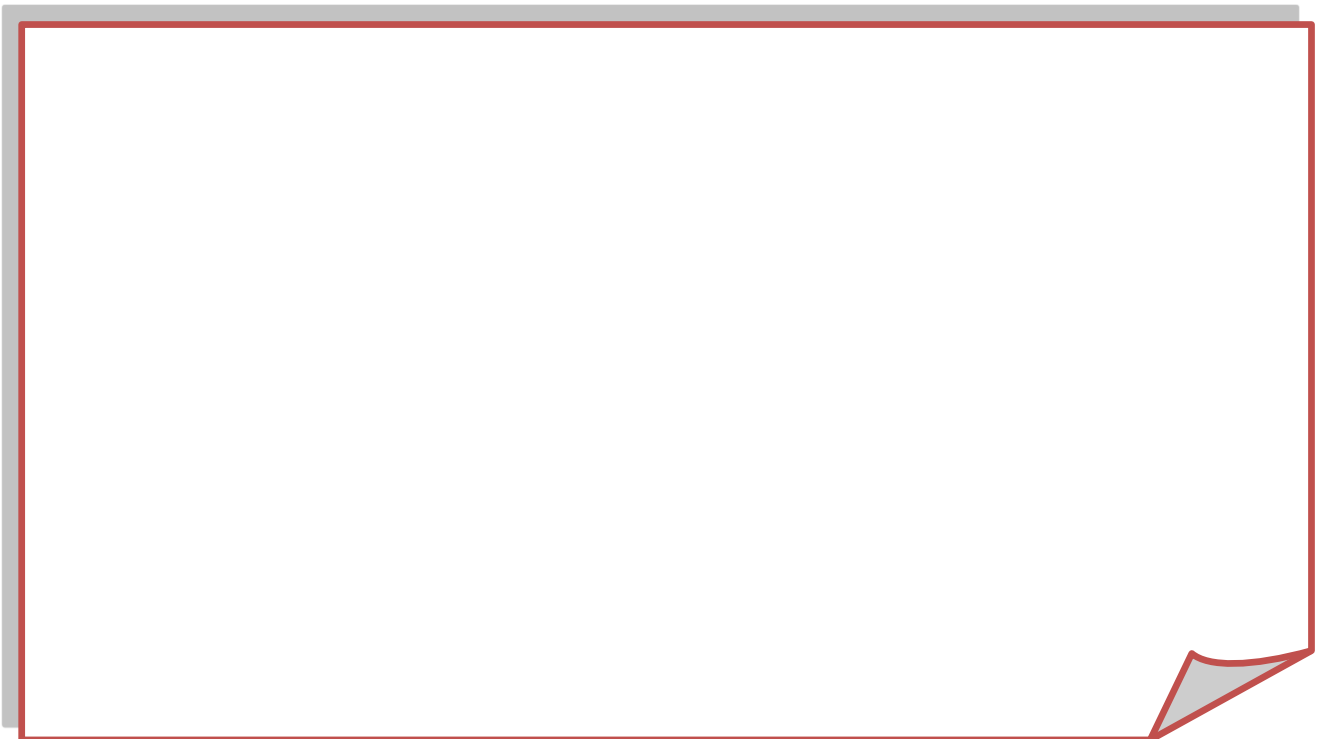
Altrimenti possiamo **procedere con la Fase 3** di Assessment del primo target che abbiamo individuato e seguire il protocollo standard fino a completamento dell'elaborazione del ricordo con Sud 0 e Voc 7. Sarà opportuno ripercorrere sia gli episodi personali sia i ricordi riportati, dalle storie tramandate dai familiari, affinché la narrazione del paziente possa procedere incrementando un vissuto risolutivo e funzionale dei fattori stressogeni passati, presenti e potenzialmente futuri. Infatti, è utile concludere aiutando a scoprire "cosa" il paziente ha appreso da queste esperienze di vita e come potrà utilizzare al meglio queste informazioni adattive, per costruire il suo futuro.

Coloro che hanno descritto i dettagli del loro piano, a volte disegnando alcuni passaggi troppo faticosi per parlarne, sono stati in grado di frenare un desiderio di morte tanto forte quanto quello di vita (represso). L'EMDR consente di integrare aspetti della sofferenza, così profonda, che è fondamentale

per un clinico riconoscere come le fasi del protocollo guidano e contengono anche le possibili angosce del terapeuta stesso, mentre si sintonizza con la mente del paziente: un viaggio condiviso con tappe molto definite e in sicurezza, per entrambi i viaggiatori.

Bibliografia

- American Psychiatric Association (2010) "Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder" - Third Edition.
- American Psychiatric Association (2010) "Treating major depressive disorder a quick reference guide"
- Herman J.L. (2011) "Guarire da trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo" Edizioni Magi
- National Institute for Clinical Excellence (2009) "Depression in adults: recognition and management"
- National Institute for Clinical Excellence (2018) "Depression in adults: treatment and management: short version"
- Piotti A., Pietropolli C.G. (2009) "Uccidersi. Il tentativo di suicidio in adolescenza". Raffaello Cortina Editore
- Pompili M. (2022) "Il rischio di suicidio. Valutazione e gestione". Raffaello Cortina Editore
- Shapiro F. (2012) "Lasciare il passato nel passato. Tecniche di autoaiuto nell'EMDR". Casa Editrice Astrolabio



Il trauma psicologico come fattore di rischio transdiagnostico per i disturbi mentali: una meta-analisi a ombrello

Psychological trauma as a transdiagnostic risk factor for mental disorder: An umbrella meta-analysis. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.(2022)

<https://doi.org/10.1007/s00406-022-01495-5>

Hogg B., Gardoki-Souto I., Valiente-Gómez A., Rosa A. R., Fortea L., Radua J., Amann B. L., & Moreno-Alcázar A.

Questa revisione generale è la prima a esaminare e sintetizzare sistematicamente le prove provenienti da revisioni sistematiche e meta-analisi per determinare il ruolo del trauma psicologico come fattore di rischio transdiagnostico per i disturbi mentali in base a criteri standardizzati.

Gli autori hanno ricalcolato l'odds ratio (OR), quindi classificato come convincente, altamente suggestivo, suggestivo o debole, in base al numero di casi e controlli con e senza trauma psicologico, al random effect del *p-value*, all'intervallo di confidenza al 95% dello studio più grande, all'eterogeneità tra gli studi, all'intervallo di previsione al 95%, all'effetto di piccoli studi e al bias di significatività in eccesso.

Ulteriori risultati sono stati l'associazione tra specifici tipi di trauma e specifici disturbi mentali e un'analisi di sensibilità per i traumi infantili. La transdiagnosticità è stata valutata utilizzando i criteri TRANSD. I criteri TRANSD richiedono che la ricerca sia basata su diagnosi valide secondo i criteri del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM) o della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD), un quadro concettuale chiaro (se il costrutto transdiagnostico attraversa le categorie diagnostiche esistenti o le supera), il rigore statistico nel dimostrare che l'approccio transdiagnostico si adatta ai dati e che i risultati siano replicabili in due o più studi.

La revisione è stata preregistrata a priori in Prospero (n. CRD42020157308) e ha seguito le linee guida Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) e Meta-analysis of Observational Studies in Epidemiology (MOOSE).

Quattordici revisioni hanno soddisfatto i criteri di inclusione, comprendendo 16.277 casi e 77.586 controlli. Il trauma psicologico ha soddisfatto i criteri TRANSD come fattore transdiagnostico tra diversi criteri e spettri diagnostici.

I risultati ottenuti hanno riscontrato un'associazione altamente suggestiva (Classe II) tra qualsiasi tipo di disturbo mentale e qualsiasi tipo di trauma (OR = 2,92).

L'analisi dei tipi di trauma specifici ha mostrato che sette dei nove tipi (77,8%, ovvero abuso emotivo, abuso fisico, abuso sessuale, trauma infantile non specifico, dislocazione militare in zona di guerra, incidente con persona sotto treno e disastro) hanno evidenziato un'associazione statisticamente significativa con lo sviluppo di qualsiasi disturbo mentale a $p < 0,05$, di cui cinque (55,6%) hanno raggiunto una $p < 10^{-6}$. L'abuso fisico ha soddisfatto i criteri di evidenza convincente (Classe I) di un'associazione con qualsiasi disturbo mentale (OR = 2,36). Un'evidenza altamente suggestiva (Classe II) è stata tra disturbo mentale e abuso sessuale (OR = 2,36), disturbo mentale e abuso sessuale (OR = 3,43), trauma infantile non specifico (OR = 3,01) e abuso emotivo (OR = 2,92).

Le catastrofi (OR = 2,92), il dispiegamento militare in una zona di guerra (OR = 5,10) e la persona vittima di un treno (OR = 3,78) hanno soddisfatto i criteri di evidenza debole (Classe IV) a causa, tra gli altri fattori, del numero inferiore di casi. Le associazioni con la diagnosi di malattia e la perdita dei genitori durante l'infanzia non hanno raggiunto la significatività.

I risultati per disturbo mentale specifico hanno mostrato un'associazione significativa tra qualsiasi tipo di trauma e ciascuna categoria di disturbo mentale ($p < 0,05$), con cinque che hanno raggiunto l'evidenza statisticamente significativa di un'associazione a $p < 10^{-6}$.

Vi è un'evidenza altamente suggestiva (Classe II) per il BD (OR = 2,79), il disturbo d'ansia (OR = 2,66) e la psicosi (OR = 2,66). Ci sono evidenze suggestive (Classe III) per il PTSD (OR = 4,42) e per la categoria "altri disturbi

mentali" (OR = 2,17). Tuttavia l'evidenza è debole (Classe IV) per BPD (OR = 15,66), OCD (OR = 4,94) e MDD (OR = 2,88). La debolezza dell'evidenza probabilmente è dovuta, tra altri fattori, a un numero di casi inferiore a 1000.

Un'ulteriore analisi delle associazioni tra specifici tipi di trauma e specifici disturbi ha mostrato prove convincenti (Classe I) di un'associazione tra disturbo d'ansia e abuso emotivo (OR = 3,05) e tra disturbo d'ansia e abuso fisico (OR = 2,35), mentre c'è un'associazione tra disturbo d'ansia e abuso fisico (OR = 2,35), mentre vi è un'evidenza altamente suggestiva (Classe II) di un'associazione tra disturbi d'ansia e abuso sessuale (OR = 2,68) e tra psicosi e trauma infantile non specifico (OR = 2,49).

L'84,9% degli studi inclusi si riferiva a traumi subiti durante l'infanzia (90 su 106 studi), con un totale di 67.875 partecipanti (14.128 casi e 53.747 controlli) e sei tipi di trauma: trauma infantile non specifico (n = 39), abuso sessuale (n = 25), abuso fisico (n = 13), abuso emotivo (n = 7), catastrofe (n = 3) e perdita dei genitori durante l'infanzia (n = 3). È stata riscontrata un'evidenza altamente suggestiva (Classe II) di un'associazione tra qualsiasi tipo di trauma nell'infanzia e qualsiasi disturbo mentale, con un OR di 2,90. In termini di categorie separate di traumi infantili e qualsiasi disturbo mentale, cinque dei sei tipi di trauma psicologico (83,3%, ossia abuso emotivo, abuso fisico, abuso sessuale, trauma infantile non specifico e catastrofe) hanno mostrato un'evidenza statisticamente significativa di associazione con lo sviluppo di qualsiasi disturbo mentale ($p < 0,05$), di cui quattro (66,7%) hanno raggiunto una $p < 10^{-6}$. L'abuso fisico nell'infanzia ha mostrato un'evidenza convincente (Classe I) di associazione con lo sviluppo di qualsiasi disturbo mentale con un OR di 2,38. L'abuso sessuale (OR = 3,47), il trauma infantile non specifico (OR = 3,01) e l'abuso emotivo (OR = 2,81) hanno tutti mostrato un'evidenza altamente suggestiva (Classe II) di associazione con lo sviluppo di qualsiasi disturbo mentale. La catastrofe (OR = 2,92) ha mostrato una debole evidenza (classe IV) di associazione con qualsiasi disturbo mentale. Solo la perdita dei genitori durante l'infanzia non ha mostrato un'associazione significativa con i disturbi mentali.

Analogamente ai risultati dell'analisi principale, tutti gli otto disturbi mentali hanno mostrato un'associazione con qualsiasi tipo di trauma infantile. Vi era un'evidenza altamente suggestiva (Classe II) per il BD (OR = 2,79), il Disturbo d'ansia (OR = 2,67) e la psicosi (OR = 2,66), e un'evidenza suggestiva (Classe III) per la categoria degli altri disturbi mentali (OR = 2,17).

Gli altri disturbi (BPD, MDD, OCD e PTSD) hanno tutti mostrato un'evidenza debole (Classe IV) poiché, tra gli altri fattori, vi erano $n < 1000$ casi. Per il BPD e il PTSD, i punteggi OR sono superiori a dieci (rispettivamente 15,66 e 12,31).

Per quanto riguarda le associazioni tra specifici tipi di trauma infantile e specifici disturbi mentali, è stata riscontrata un'associazione significativa tra ogni tipo di trauma e ogni disturbo mentale analizzato. L'abuso fisico è stato associato ai disturbi d'ansia, al disturbo ossessivo compulsivo, mentre l'abuso sessuale è stato associato ai disturbi d'ansia, al disturbo ossessivo compulsivo e alla psicosi.

Undici studi hanno fatto riferimento a traumi subiti in età adulta (dispiegamento militare in una zona di guerra: $n = 4$; incidente ferroviario: $n = 4$, diagnosi di malattia: $n = 3$), per un totale di 750 casi e 13.578 controlli.

Per l'analisi di sensibilità di qualsiasi tipo di trauma vissuto in età adulta con qualsiasi tipo di disturbo mentale, è stata riscontrata una debole (classe IV) evidenza di associazione, con un OR di 3,76. Questo dato comprende dodici studi, nove sul PTSD e nove sul MDD. L'evidenza è stata classificata come debole a causa di $n < 1000$ casi.

I risultati descritti in precedenza hanno dimostrato, dunque, in modo altamente suggestivo che il trauma psicologico è associato a un rischio quasi tre volte maggiore di avere un disturbo mentale e dimostrano che il trauma psicologico è un fattore di rischio transdiagnostico per la psicopatologia.

Inoltre, si è evidenziata un'associazione tra il trauma infantile e qualsiasi disturbo mentale.

Per quanto riguarda i tipi di trauma specifici, prove convincenti hanno messo in relazione l'abuso fisico e l'abuso sessuale con una serie di disturbi mentali.

Mentre l'abuso emotivo è in relazione solamente con i disturbi d'ansia.

Questi risultati evidenziano l'importanza di prevenire gli eventi traumatici precoci e di fornire cure informate sui traumi nell'intervento precoce e nei servizi psichiatrici.

Dare sollievo, fare prevenzione e promuovere la salute mentale in un contesto di guerra.

Il contributo della terapia EMDR

Isabel Fernandez

EMDR Europe Association

Il 24 Febbraio 2022, a due giorni dai bombardamenti per mano della Russia contro il territorio Ucraino , L'Associazione EMDR Europe, con tutti i suoi 40 stati membri, si è attivata per dare il proprio contributo a livello di supporto psicologico e per fornire una guida su come intervenire in questa emergenza e come poter coprire tutte le diverse esigenze esistenti in ogni Paese.

Nel corso degli ultimi anni , c'è stato un grande sviluppo nell'applicazione dell'EMDR in questi contesti e quindi è stata accumulata una significativa esperienza clinica e sono stati fatti molti studi e pubblicazioni in riviste scientifiche. Questa esperienza è stata poi adattata alla nuova sfida che è emersa con la guerra in Ucraina. E' stata la prima volta che gli psicologi hanno potuto intervenire in modo massiccio in un setting di guerra in corso.

Gi interventi sono stati svolti in tre grandi macrocategorie

- **Attività a sostegno delle persone in Ucraina**
- **Attività sulla frontiera/nei Paesi di frontiera(Polonia, Romania, Slovacchia, Ungheria);**
- **Attività attuale in tutto il resto del l'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 sono stati effettuati da EMDR Italia e EMDR Europa di versi seminari e workshop online e gratuiti rivolti a clinici, psichiatri e psicologi ucraini, che hanno diverse tematiche, ad esempio come trattare i bambini vittime di guerra, varie tecniche di stabilizzazione e supporto psicologico specializzato per l'elaborazione del trauma e del lutto fornendo strumenti e competenze (capacity building) per lavorare con le vittime di guerra, di torture e di violenza sessuale di ogni età.

Inoltre è stato fornito supporto psicologico online a psicologi e psicoterapeuti ucraini con l'obbiettivo di stabilizzarli e facilitare l'elaborazione dei momenti più traumatici che avevano attraversato personalmente. Prendersi cura di loro ha facilitato , di conseguenza, il loro intervento di pronto soccorso psicologico con la popolazione ucraina nelle comunità, nei quartieri, nei rifugi ecc. Dall'inizio della guerra è stato effettuato almeno un gruppo al giorno tenuto da terapeuti EMDR esperti provenienti da Paesi Europei in particolare da EMDR Italia , con il supporto linguistico di un interprete. Questo intervento è proseguito per 4 mesi. Durante questi incontri sono stati utilizzati protocolli EMDR di gruppo per il trattamento dello stress traumatico in fase acuta originati da diversi autori: Ignacio Jarero (Messico), Elan Shapiro (Israele), Gary Quinn (Israele) e Roger Solomon (U.S.A.) (Jarero et al.,2008; Jarero e Artigas, 2010,2012;Jarero e Uribe, 2012; Lehnung et al.,2017; Shapiro, 2009,2012; Yurtsever et al.,2018).

2- Attività sulla frontiera o nei paesi di frontiera: Polonia, Romania, Slovacchia, Ungheria

Dall'inizio della guerra, i membri delle Associazioni EMDR dei paesi confinanti con l'Ucraina hanno lavorato in modo attivo , coordinato con le altre ONG e le parti interessate che forniscono dall'inizio servizi di base ai rifugiati. Sono stati organizzati diversi workshop per psicologi e psicoterapeuti polacchi, rumeni, slovacchi, ungheresi e anche per colleghi della Repubblica Ceca focalizzati su come

fornire il primo soccorso psicologico, come dare supporto nella fase del trauma , come affrontare e ridurre le reazioni di stress e promuovere la resilienza(Shapiro , 2012).

Dai primi momenti è stato chiaro che era importante affrontare i bisogni psicologici della popolazione ucraina colpita dalla guerra, specialmente dei bambini e degli adolescenti, così come dei loro caregiver e famigliari .

Garantire e promuovere la salute mentale già durante la guerra , essendo consapevoli che questa situazione lascerà il segno per molto tempo sulle condizioni mentali di coloro che sono stati esposti alla guerra in modalità diverse, è stata la mission di tutti questi interventi psicologici e umanitari. Queste esperienze rimarranno come fattori di rischio e predisponenti, così come precipitanti di molti disagi e disturbi (Jarero et al.,2008).

Abbiamo visto come migliaia di bambini dopo aver vissuto in dei rifugi antiaerei sono stati costretti a fuggire per salvarsi la vita, spostandosi all'interno del Paese o venendo spostati in modo brusco in altri Paesi stranieri. Molti di loro purtroppo sono arrivati nei Paesi ospitanti come minori non accompagnati, non solo traumatizzati dagli orrori della guerra, dai bombardamenti , dalle sirene , dalla morte e dalla violenza estrema ma anche dalla perdita dei loro genitori (Jarero et al.,2008).

Abbiamo creato risorse semplici e facili da capire e da usare , come ad esempio del materiale scientifico e psicoeducativo in diverse lingue sia per bambini , per i genitori che per gli operatori sanitari che ogni giorno lottano contro le conseguenze del trauma e dello stress pst- traumatico.

3- Attività attuale in tutto il resto dell'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 e di diversi Paesi, scuole, chiese , enti di beneficenza facendo interventi portati avanti in collaborazione con molte istituzioni ed interlocutori.

Oltre a sostenere i rifugiati nei loro luoghi di alloggio , è stato da subito importante dare un sostegno agli operatori sanitari e ai volontari che lavoravano nei centri. Servire i rifugiati li ha esposti a storie molto traumatiche e drammatiche. Per questo motivo è importante prevenire lo stress da "compassionfatigue" che spesso compare nel personale che lavora in prima linea nelle emergenze.

A questo scopo abbiamo fornito materiale psico-educativo e svolto degli incontri di decompressione e di debriefing con i gruppi di operatori esposti (Yurtsever et al., 201).

Un altro punto fondamentale è stato preparare le famiglie e le scuole disposte ad accogliere i rifugiati prima del loro arrivo , con webinar e incontri di gruppo e di orientamento. Abbiamo preparato volantini con consigli semplici e pratici da mettere in pratica , materiali disponibili sia in formato digitale , che cartaceo per tutti i rifugiati (bambini e adulti) , sulle reazioni allo stress , su "cosa fare" per gestirle ed indicazione 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 che agli 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. Abbiamo anche offerto un ciclo di EMDR in gruppi e/o individuale in scuole in ogni Paese (Jarero et al.,2008).

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

Un sentito ringraziamento all'EMDR e ai tanti colleghi dell'Associazione impegnati in questa emergenza, che col loro lavoro hanno permesso e continueranno a permettere tutto questo.

Bibliografia

- Jarero I., Artigas L. (2010). The EMDR Integrative Group Treatment protocol: Application With Adults During Ongoing Geopolitical Crisis. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(4) 148-155.
<https://doi.org/10.1891/1933-3196.4.4.148>
- Jarero I., Artigas L. (2012). The EMDR Integrative Group Treatment protocol: EMDR group treatment for early intervention following critical incidents. *European review of Applied Psychology*, 62 (4): 219-252.
<https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.04.004>
- Jarero I., Artigas L., Montero M., Leona L. (2008). The EMDR Integrative Group Treatment Protocol: Application with Child Victims of a Mass Disaster. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2): 97-105.
<https://doi.org/10.1891/1933-3196.2.2.97>
- Jarero I., Uribe S., (2012). The MDR Protocol for Recent Critical Incidents: Follow-Up Report of an Application in a Human Massacre Situation. *Journal of EMDR Practice and Research*, 6(2): 50-61. <https://doi.org/10.1891/1933-3196.6.2.50>
- Lehning M., Shapiro E., Shreiber M., Hofmann A. (2017). Evaluating the EMDR Group Traumatic Episode Protocol With refugees: A Field Study. *Journal of EMDR Practice and Research*, 11(3): 129-138.
<https://doi.org/10.1891/1933-3196.11.3.129>
- Shapiro E. (2009). EMDR Treatment of Recent Trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(3): 141-151.
<https://doi.org/10.1891/1933-3196.3.3.141>
- Shapiro E. (2012). EMDR and Early Psychological intervention following trauma. *European Review of Applied Psychology*, 62(4): 241-251
<https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.09.003>
- Yurtsever A., Konuk E., Akyuz T., Zatlouk Z., Tükel F., Cetinkaya M., Savran C., Shapiro E. (2018), An Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Group Intervention for Syrian Refugees With Post-traumatic Stress Symptoms: Results of a Randomized Controlled Trial. *Frontiers in Psychology*, 9: 493.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00493>

TESTIMONIANZE

Due poltroncine nere, una di fronte all'altra, il mio sguardo affogato nella sofferenza, il suo sguardo caldo e accogliente che mi porge una mano a cui aggrapparmi per non annegare. Occhi, silenzi, le prime parole, incerte, zoppicanti, pronunciate da me che non so come iniziare a sbrogliare la matassa di pensieri ingarbugliati dentro al mio cervello. Pensieri, tanti, talmente numerosi che affollano la mia bocca, si stratonano l'uno con l'altro, sgomitano per uscire e poi si bloccano. E di nuovo il silenzio fuori e il frastuono dentro di me, di voci discordanti, di grida furibonde, di frasi che litigano tra di loro perché in contrasto. E io che prendo paura: come può il mio cervello produrre contemporaneamente ragionamenti diametralmente opposti nello stesso momento? Come posso sperimentare per un identico evento due, tre o più emozioni diverse e apparentemente inconciliabili tra loro? Ecco la prima crepa che si insinua nella mia convinzione granitica di essere un monolite, un pezzo unico composto da un unico materiale, di un unico colore, tutto intero, che vive uno stato d'animo alla volta, che produce un'idea alla volta, come gli ingranaggi ordinati e precisi di una catena di montaggio.

Ogni settimana che mi accomodo su quella poltroncina il terrore aumenta: la crepa si ingrandisce, le certezze franano, come se la mia mente si sgretolasse in tanti pezzetti che cadono sul pavimento dello studio della dottoressa S., a cui, terrorizzata, chiedo se sto diventando "matta". Da quel momento ha inizio un lungo e lento viaggio di scoperta: attrezzate di lente di ingrandimento, cominciamo ad osservare da vicino ciascuno di quei frammenti con occhi privi di giudizio, a prenderli in mano con delicatezza, ad esplorarne le fattezze, i particolari unici, le sfumature, il peso, la grandezza, le imperfezioni. Sono tutti pezzi di me, mi rassicura la mia terapeuta. La soglia della paura si abbassa, si abbassano le mie difese: saluto con gentilezza le mie convinzioni precedenti, le lascio andare e così sono libera di posare uno sguardo nuovo su me stessa, più vero perché più aderente alla mia realtà, sprigionato dal carcere delle etichette sociali che mi erano state incollate addosso negli anni. Scopro un mondo interiore vasto, molteplice: Silvia è abitata da tante parti, ognuna con un suo volto, un suo modo di parlare, con una sua modalità di vivere le emozioni. A ciascuna di loro diamo un nome e disegniamo un ritratto, per capirle meglio e rendere più leggibili le loro manifestazioni. Finalmente trovo il senso di quel vociare continuo nella mia testa: ogni Silvia pensa, ogni Silvia parla, ogni Silvia desidera essere ascoltata! Comincio a conoscerle/riconoscerle: Silvia Arrabbiata è focosa e condisce le sue frasi con intercalari molto coloriti; Silvia Bambina si tiene stretto sotto il braccio un cuscino morbido, ha in mano una candela accesa perché teme il buio e gli occhi bagnati spesso da lacrime inconsolabili; Silvia del Controllo, in tailleur nero e cappelli raccolti in uno stretto chignon si assicura di funzionare correttamente rispetto alle richieste provenienti dall'esterno e parla con tono autorevole e forbito; Silvia Educatrice è dotata di una profonda passione per la professione che svolge e di un radar capace di captare i segnali più flebili provenienti dalle persone di cui si prende cura; Silvia Mortifera, ombra sfuggente che si attiva quando il dolore esistenziale da cui in certi periodi vengo sopraffatta oltrepassa la soglia di sopportazione e vorrebbe spegnere il tasto OFF ponendo fine alla mia vita. La percezione che ho di me stessa cambia radicalmente: mi raffiguro come un condominio abitato da vari inquilini e con la dottoressa S. pensiamo sia arrivato il momento di dare spazio e voce ad una nuova Silvia che funge da amministratore, da mediatore nei momenti in cui scoppiano liti o incomprensioni tra i vari condomini. Ecco quindi che, in modo del tutto naturale, si affaccia nella mia mente Silvia Adulta: a lei viene affidato il compito di riunire tutto il gruppo ogni qual volta ci sia da prendere una decisione o da riflettere su un evento vissuto, trasformando così il caos rumoroso che regnava sovrano nella mia testa in un dialogo continuo ma leggibile tra le mie varie parti.

L'elezione di Silvia Adulta come amministratore generale si svolge nella mia mente con la seguente modalità, simile ad un vero e proprio rito antico di sorellanza. Accompagnata dalla guida fidata della mia terapeuta chiudo gli occhi e immagino una bellissima spiaggia di sabbia bianca dove un falò crepitante rischiarava il cielo notturno cosperso di stelle luminose. In cerchio, attorno al fuoco sono sedute con le ginocchia incrociate tutte le Silvia che, guardandosi negli occhi con amore e riconoscendosi parte di un'entità unica ma al contempo molteplice, consegnano a Silvia Adulta la chiave del portone di ingresso di casa. Questo è il luogo dove avvengono ogni volta le nostre riunioni e dove io, Silvia, mi sento compatta, integra, solida nella mia identità e perciò poi forte e capace di affermarla nella realtà quotidiana esterna. Su una targhetta in terracotta, accanto al campanello della nostra abitazione, dipinto con un colore rosso acceso, si può leggere il seguente scritto di Walt Whitman:

Mi contraddico?

**Va bene, e allora mi contraddico
sono vasto, contengo moltitudini.**

Chissà lungo il cammino della mia esistenza quante altre Silvia germoglieranno in me: le attendo, con la porta spalancata, un sorriso sulle labbra e un caldo abbraccio di benvenuto.



UNA MAPPA VERSO LA SICUREZZA:

Guida per professionisti e pazienti per orientarsi nel mondo del trauma

Lucia Dosselli e Rebecca Gilmozzi

Nella stanza della terapia arrivano spesso persone spaventate e disorientate, prive di una conoscenza adeguata sulla sofferenza psicologica, sugli effetti del trauma e con teorie sulla cura spesso limitanti.

Al terapeuta è richiesto di viaggiare per territori impervi, quelli della difficoltà e della sofferenza vissuta dal paziente, accompagnandolo attraverso il riconoscimento del proprio vissuto in un'ottica funzionale e non giudicante.

La costruzione di uno spazio condiviso sicuro è il primo passo da compiere per affrontare la vera sfida: guarire la ferita dell'anima.

La letteratura sulla psicotraumatologia riconosce la messa in sicurezza dell'individuo che presenta sintomi da stress emotivo e sintomi dissociativi come prima tappa da raggiungere per l'elaborazione delle memorie traumatiche. La manualistica è densa di contributi teorici e pratico-esperienziali, che descrivono esercizi e tecniche per supportare il professionista nel delicato accompagnamento del paziente verso la stabilizzazione.

La Mappa verso la sicurezza nasce quindi come strumento operativo di supporto alla psicoterapia che raccoglie risorse di psicoeducazione e pratiche di regolazione emotiva sotto forma di schede illustrate.

Sarà di aiuto al paziente non solo per sentirsi più sicuro, ma anche per sviluppare una maggiore capacità di riconoscere e affrontare gli stati di disregolazione emotiva in autonomia e acquisire così un graduale senso di autoefficacia.

Il materiale è suddiviso in due sezioni:

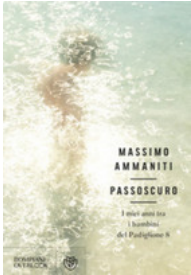
la prima contiene le schede per la psicoeducazione sul trauma;

la seconda consiste in un repertorio di risorse finalizzate all'apprendimento e al consolidamento delle abilità di stabilizzazione volte all'autoregolazione emotiva.

Questo materiale illustrato è pensato come una mappa in grado di orientare il clinico e il paziente nell'attraversare i segni che le esperienze traumatiche lasciano nella persona, il tutto costruito secondo un importante principio di cura: per alleviare il proprio dolore è necessario comprenderne la forma, ciò che ne causa il suo mantenimento e implementare risorse che permettano di tornare a uno stato di sicurezza.



Passoscuro I miei anni tra i bambini del Padiglione 8



Massimo Ammaniti

Cara Editrice Bompiani

Massimo Ammaniti, neuropsichiatra infantile e psicoanalista, ritorna al suo passato personale nel suo libro uscito da poco Passoscuro edito dalla Bompiani, un passato lontano che lo porta a ricostruire un percorso che l'ha condotto a lavorare in ospedale psichiatrico in un reparto di bambini diagnosticati irrecuperabili. Il titolo del libro fa riferimento a questo percorso difficile anche perché Ammaniti era già stato assunto in questo Padiglione circa sei anni prima, ma date le terribili condizioni dei bambini ricoverati, semivestiti, a piedi nudi, senza il controllo degli sfinteri, rinchiusi in sorveglianze dove erano praticamente abbandonati a se stessi, di fronte a questo spettacolo aveva rinunciato a lavorare per cui si era immediatamente dimesso. Questa rinuncia si era verificata anche per la sua giovane età, aveva all'ora 26 anni e questo compito di occuparsi di questi bambini e vivere in questo Padiglione era per lui estremamente traumatico e disperante. Va tenuto presente che era un Padiglione dell'ospedale psichiatrico Santa Maria della Pietà di Roma in condizioni estremamente negative, fatiscenti e ancora di più questo Padiglione dei bambini. Il libro è un memoir denso e appassionante: come lui stesso racconta questa rinuncia era rimasta dentro di lui e il ricordo di aver abbandonato questi bambini e di non aver potuto fare nulla per loro aveva suscitato in lui un senso di rammarico e l'obbligo morale di ritornare in questo Padiglione. Dopo sei anni aveva fatto ritorno a questo Padiglione e come indica il titolo del libro si trattava di un passo scuro, ossia un passo inquietante nel ritornare in quella situazione penosa. Naturalmente si chiedeva "sarò in grado questa volta di poterli aiutare o devo accettare una situazione che sembra totalmente ossificata, addirittura una situazione immodificabile". Ma poi come poi viene raccontato nel libro in realtà Ammaniti si impegnò a riportare i bambini alla vita, come avvenne nei due anni successivi. Questa è l'altra faccia del Passoscuro, infatti dopo aver rivestito i bambini, averli aiutati anche a ritrovare una propria identità, un proprio nome perché nessuno si rivolgeva ad ogni bambino e nessuno li guardava negli occhi. Dopo questo apprendistato alla vita Ammaniti racconta che riuscì ad organizzare coi bambini, che non erano mai usciti da questo padiglione e non avevano mai visto il mare, una gita ad una spiaggia vicino Roma, che si chiama Passoscuro. In questa spiaggia i bambini ebbero la possibilità di passare una giornata al mare, toccando la sabbia calda, mettendo i piedi nell'acqua, sotto la luce del sole. Era l'inizio dell'estate, abituati come erano a vivere dentro le mura di questo Padiglione con le sbarre alle finestre e con un piccolo cortile circondato da grandi reti, Passoscuro rappresentò una finestra sulla vita. Fu un lavoro impegnativo e come Ammaniti racconta con un linguaggio molto evocativo si utilizzarono tutte le risorse, lavorando e sensibilizzando le infermiere, coinvolgendo volontari per affrontare questa situazione sicuramente traumatizzante e difficile. Questo pone un interrogativo importante che ha implicazioni ancora attuali: come si fa a lavorare in situazioni estreme nelle quali gli operatori si sentono sottoposti a pressioni e a stress molto forti nelle quali occorre evitare di soccombere e mantenere la propria lucidità e le proprie capacità di mentalizzazione. Occorre un lavoro di elaborazione personale e allo stesso tempo assumere un'ottica sistemica che consenta di vedere l'organizzazione nella sua complessità cercandone di stimolare il cambiamento, che a volte è molto difficile. Come racconta il libro si è verificata un'evoluzione complessa, il Padiglione si è aperto ai volontari poi alle insegnanti che hanno messo in atto programmi di stimolazione aiutando i bambini a fare i primi passi e ad applicarsi e ad iniziare programmi di riabilitazione. Con queste aperture anche il quartiere circostante l'ospedale ha cominciato a partecipare a questa nuova esperienza dando un grande contributo.

Era inevitabile che l'esperienza del Padiglione 8 creasse un certo fermento nell'intera struttura dell'ospedale suscitando nell'amministrazione atteggiamenti contrari, addirittura intimidatori che hanno messo parola fine al lavoro intrapreso.

Sarebbe stato necessario invece fare ulteriori passi in avanti creare case-famiglia per i bambini anche perché nel frattempo si era cercato di riattivare il rapporto con i familiari, mentre l'amministrazione che gestiva l'ospedale psichiatrico deliberò la chiusura del Padiglione vietando l'ingresso dei bambini in ospedale psichiatrico. Probabilmente si sentirono responsabili per aver tenuto per decenni i bambini in queste condizioni orribili, per cui furono trasferiti, addirittura disseminati, in vari istituti italiani per bambini handicappati lontani dalle proprie famiglie. Questa esperienza dimostra, sottolinea Ammaniti nel libro, che non esistono gli irrecuperabili, ogni bambino anche con gravi handicap è in grado di fare dei passi in avanti se ci si occupa di loro, se si stabilisce un rapporto, se si rispettano i tempi della loro evoluzione, se gli si dà il senso di essere parte di un processo di recupero. Va anche aggiunto che questi bambini non solo erano vittime del loro handicap provocato da gravi lesioni cerebrali e malformazioni, ma soprattutto erano vittime di un abbandono da parte delle famiglie e dell'incuria della stessa istituzione che li avrebbe dovuti curare. Questo rappresentava un trauma continuativo e violento che ha pesato molto nella loro vita.

Per Ammaniti questa esperienza è servita a convincerlo della necessità di occuparsi dei bambini fin dai primissimi anni di vita per utilizzare le loro potenzialità e sanare i deficit e le vulnerabilità, che in questo periodo possono essere recuperate totalmente o parzialmente grazie alla plasticità mentale e psicologica caratteristica di questa fase della vita.



SIRIC E IL FILO DELLA FIDUCIA

Una storia per parlare di psicoterapia,
eventi traumatici ed EMDR

Scritto da Elisa Ciani
Illustrato da Giusy Mandari
Prefazione di Isabel Fernandez



Siric e il filo delle fiducia

Elisa Ciani

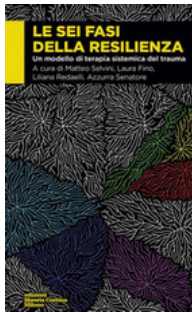
Ed. MIMESIS

L'albo illustrato "Siric e il filo della fiducia" racconta una storia di psicoterapia, parla di trauma ed introduce l'EMDR ai bambini e alle loro famiglie. Il libro rappresenta uno strumento psicoeducativo fondamentale per lo psicoterapeuta che si occupa di età evolutiva. Può essere utilizzato in modo flessibile nelle diverse fasi del processo terapeutico e in diverse situazioni cliniche sia in setting individuali che di gruppo. Attraverso l'uso sapiente di immagini raffinate ed eleganti, accompagnate da un testo diretto, chiaro ed accessibile anche ai più piccoli, questo piccolo capolavoro consente di creare un ponte tra il terapeuta e la famiglia nella delicata fase di costruzione della relazione di fiducia e di aprire una porta d'accesso al mondo interno del bambino. Questo libro prezioso insegna a sviluppare la relazione di fiducia con gli altri e con sé stessi, aperti e recettivi al duplice movimento dell'EMDR: accogliere ciò che viene e lasciar andare ciò che va. Così il filo della fiducia connette e apre lo spazio del possibile dove la sofferenza perde peso e vola via con la grazia di una farfalla.

Lasciamo ora la parola ai bambini:

"Questo libro è molto coinvolgente, mi sono rispecchiato in Siric, mi sono sentito felice quando era finita la storia perché ci sono stati tanti cambiamenti. Quello che mi è piaciuto di più è stata la fine dove i brutti pensieri prendono il volo come delle farfalle." (G., 10 anni)

"Leggendo il libro ho visto che un argomento complicato è rappresentato in modo semplice. Secondo me così lo possono capire anche i bambini piccoli perché è scritto in modo semplice e ci sono le immagini. La mia parte preferita è la parte in cui Silvia aiuta il bambino a mettere in ordine i ricordi e lo aiutano a elaborarli per avere una vita più semplice. Mi rispecchio con il bambino perché io ho lavorato sul mio passato difficile e incontrando una psicologa e con l'emdr sono riuscita a mettere a posto una parte dei miei traumi vissuti." (C., 15 anni)



LE SEI FASI DELLA RESILIENZA

Un modello di terapia sistemica del Trauma

a cura di

Matteo Selvini, Laura Fino, Liliana Redaelli, Azzurra Senatore

Ed. Libreria Cortina Milano, 2022

“Le sei fasi della resilienza” rappresenta un libro collettivo, frutto del lavoro decennale del Gruppo di studio e di ricerca sul trauma della Scuola Mara Selvini Palazzoli. L’obiettivo ambizioso di questo gruppo di terapeuti sistemici è quello di integrare nel proprio modello teorico e nella pratica clinica i contributi di diversi approcci psicotraumatologici, trasferiti in queste 300 pagine, dense di concetti, strumenti, casi clinici e vissuti emotivi.

Un testo che rappresenta la sintesi di un lavoro di squadra che vuole proporsi come modello di terapia sistemica sempre più ricca e articolata, una guida ai percorsi di elaborazione dei traumi, attraverso un modello integrato che prende da vari approcci psicologici quanto di utile ed efficace si è prodotto con la ricerca in questo campo. Ma in fondo, non è proprio questa l’essenza di una visione sistemica? Considerare che ogni parte del tutto sia interconnessa alle altre? La parola sistema deriva in origine dal greco e significa appunto “mettere insieme, riunire” (Treccani vocabolario on line). Si è voluto quindi “fare sistema” con i diversi contributi alla ricerca sul trauma.

Il punto di partenza è certamente quello familiare; il focus rimane l’intervento sul trauma di origine relazionale, la lettura sistemica della sofferenza e l’importanza della valorizzazione delle risorse familiari e sociali per il suo superamento. Dopo una breve introduzione che percorre i limiti storici del modello sistemico e l’integrazione con modelli contemporanei di sviluppo psicologico, dando rilievo ai fattori di resilienza e di protezione, si entra nel vivo del metodo delle sei fasi, ricche di casi clinici e di riflessioni teorico-pratiche:

- 1) Riconoscimento del trauma
- 2) Messa in sicurezza e stabilizzazione
- 3) Condivisione del dolore
- 4) Arrivare al senso della sofferenza con un racconto coerente e integrato
- 5) Mai restare vittima, completare l’azione di difesa.
- 6) Riconciliazione e riparazione.

Certamente il lettore riconosce che le sei fasi di intervento proposte difficilmente possono considerarsi rigidamente susseguenti l’una con l’altra. Alcune di esse tendono a riproporsi ciclicamente nel proprio lavoro clinico in un costante fluire “per andirivieni” e valutare in quale fase ci si trovi è decisivo per determinarne gli obiettivi in quel preciso momento.

Il libro si conclude, infine, con un approfondimento rilevante su due temi trasversali: la cura della relazione terapeutica e del terapeuta stesso. Nella relazione con i pazienti emerge l’importanza di privilegiare l’attivazione del sistema cooperativo e si approfondiscono alcuni concetti chiave, dalla responsabilità alla prevedibilità e chiarezza dei confini. Nella parte dedicata al terapeuta, le risonanze, la co-terapia, la rete e la traumatizzazione vicaria assumono un ruolo privilegiato.

Un libro innovativo e corale, unico nel suo genere, in quanto coniuga la ricerca clinica qualitativa con aspetti psicotraumatologici specifici, dando voce alle storie dei pazienti e ai terapeuti che percorrono insieme queste tappe del viaggio verso la resilienza.



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

Informazioni complete sul sito <https://emdr.it> - bottone EMDR - progetto practitioner



EMDR Europe Research & Practice Conference 2023

The journey of EMDR
23 - 25 June 2023 in Palazzo
dei Congressi Bologna, Italy

//// Keynote Speakers



Boris Cyrulnik

Biological and cultural narrative of resilience



Isabel Fernandez

The journey of EMDR in Europe in the last 8 years



Jackie June ter Heide

EMDR treatment for moral injury



Luca Ostacoli

The treatment of neglect at the core of depression

Associazione per l'EMDR in Italia

Via Umberto I, 65
20814 Varedo (MB)

Tel 0362.558879
Cellulare 338.3470210
segreteria@emdr.it
emdr.it

Member of
EMDR Europe Association

