

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

# EMDR

**RIVISTA DI PSICOTERAPIA EMDR**

**ANNO XIX  
SETTEMBRE 2021  
N 40**

---

**EMDR ITALIA**

# Settembre 40

## Sommario

Lettera del Presidente	<b>1</b>
Cost-effectiveness of psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults	<b>2</b>
Trattare i traumi transgenerazionali con l'EMDR	<b>4</b>
COVID-19, Cyberbullismo e rischi connessi alle tecnologie	<b>16</b>
Studio sui processi esperenziali emotivi negli operatori sanitari coinvolti nella prima fase pandemica da coronavirus	<b>18</b>
Stimolazione bilaterale alternata effetto rallenty	<b>23</b>
Un approccio di terapia EMDR in pazienti ambulatoriali con disturbo di personalità narcisistico Uno studio esplorativo	<b>27</b>
Quando un figlio non arriva.... L'EMDR per il trattamento delle coppie con difficoltà di procreazione	<b>34</b>
Il tempo dell'EMDR ed il tempo degli adolescenti: l'intervento precoce in adolescenza come fattore inderogabile di cura con l'utilizzo dell'EMDR	<b>40</b>
EMDR di gruppo rivolto agli operatori coinvolti nell'emergenza COVID-19	<b>46</b>
Intervento di emergenza su tre incontri in collaborazione con il servizio di salute mentale	<b>49</b>
Recensioni	<b>51</b>

# Lettera del Presidente

Cari Colleghi,

spero che questa edizione della Rivista della nostra Associazione vi trovi bene e in ripresa dopo tutti questi mesi di Pandemia. Abbiamo comunque davanti altri aspetti da affrontare per quanto riguarda il corso della Pandemia, ma cercheremo di dare delle risposte come comunità professionale e scientifica anche a questi aspetti.

Come Associazione EMDR vogliamo focalizzarci su come promuovere la resilienza con EMDR. E' importante avere come sempre un approccio proattivo per raggiungere i pazienti e la popolazione in generale. I fattori di rischio con la Pandemia sono aumentati in modo significativo, abbiamo bisogno di fare prevenzione sugli effetti a lungo termine sulla salute mentale, migliorando la capacità di affrontare le avversità. Tutto questo si può raggiungere con gli interventi con EMDR nelle diverse fasi ma anche nel lavoro quotidiano che facciamo con EMDR con i nostri pazienti. Sappiamo che lavorando in questo modo, stiamo promuovendo la resilienza naturalmente e soprattutto la capacità di recupero delle persone.

Per quanto riguarda le attività della nostra Associazione, abbiamo un calendario molto stimolante di incontri, seminari ed eventi che ci vedranno coinvolti fino alla fine del 2021. Le iniziative dell'Associazione sono sempre condivise con istituzioni, con colleghi esperti, con ricercatori e con tutti i nostri soci, tutti loro sono vitali per la nostra realtà e per lo sviluppo della terapia EMDR in Italia. Molti articoli e notizie che troverete all'interno di questa edizione approfondiscono questi aspetti.

Vorrei sottolineare l'importanza della pubblicazione fatta da I. Mavranouzouli, sulla ricerca sui vari costi ed efficacia delle terapie sul trauma. Il dato conclusivo è stato che l'EMDR risultava la terapia più economica ed efficace. Questo studio è importante perché è un riferimento per le linee guida del National Institute of Clinical Excellence (NICE).

Vorrei infine ringraziare i 700 colleghi di EMDR Italia che hanno partecipato alla Conferenza europea di EMDR. E' stata la prima conferenza completamente virtuale, con 2.000 partecipanti di 76 paesi. E' stato un modo molto innovativo di condividere idee ed esperienze del nostro campo, di discutere le varie sfide del futuro e soprattutto di scoprire che siamo un network internazionale sempre più forte ed ampio. La prossima Conferenza del 2022, si terrà a Valencia e si potrà partecipare in presenza oppure sempre online. Vi daremo sempre più informazioni nel corso dei prossimi mesi.

*Isabel Fernandez*

# Cost-effectiveness of psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults

Ifigeneia Mavranouzouli

Odette Megnin-Viggars, Nick Grey, Gita Bhutani, Jonathan Leach, Caitlin Daly, Sofia Dias, Nicky J. Welton, Cornelius Katona, Sharif El-Leithy, Neil Greenberg, Sarah Stockton, Stephen Pilling

Il 30 Aprile 2020 su **PLOS ONE**, una rivista di carattere internazionale specializzata nella divulgazione di ricerche riguardanti tutte le discipline di ambito scientifico ha pubblicato un articolo molto interessante di uno studio condotto su una popolazione di adulti residenti in Inghilterra volta a determinare quale potesse essere l'intervento psicoterapeutico più vantaggioso a livello di costo-efficacia prendendo in considerazione una serie di trattamenti terapeutici per la cura di persone con una diagnosi di PTSD.

Secondo i dati riportati nell'articolo, il 5,6% delle persone esposte a traumi di diversa natura sviluppano un disturbo post-traumatico da stress (PTSD). Nonostante l'alta incidenza di questa diagnosi, molte persone con PTSD ritardano la ricerca di aiuto psicologico o non vengono identificate dai servizi sanitari, motivo per cui il PTSD può diventare una condizione grave ed invalidante che può portare ad una compromissione a livello funzionale della persona che ne soffre e ad una riduzione significativa della sua produttività. Inoltre, uno studio svolto negli Stati Uniti su 637 veterani che ha preso in considerazione diversi fattori come età, sesso, presenza o meno di diabete mellito e di ipertensione ha dimostrato che il PTSD è associato ad un aumento del rischio di mortalità. Questo rapporto è stato applicato alle statistiche generali sulla mortalità per l'Inghilterra per stimare il rischio di mortalità annuale nelle persone con PTSD nel periodo di tempo in cui hanno più manifestato sintomi di PTSD.

E' per tutti questi motivi che gli autori di questo articolo hanno cercato di evidenziare quale fosse il trattamento più conveniente mettendo a confronto 10 tipologie differenti di trattamenti tra cui:

EMDR,

CBT Trauma Focused e non,

Terapie somatiche e cognitive combinate,

SSRIs,

Terapie TF-CBT/SSRI combinate,

Self-help con supporto,

Self-help senza supporto,

Counselling, Psicoeducazione

per ultimo un gruppo di persone appartenenti alla "lista d'attesa" e che quindi non erano state sottoposte a nessun tipo di trattamento.

L'analisi per valutare questi trattamenti ha incluso variabili come: il costo di ogni determinato intervento (tempo del personale sanitario, acquisizione di farmaci e attrezzature e infrastrutture necessarie per gli interventi di auto-aiuto), costo per la gestione degli effetti collaterali dei farmaci e i costi relativi allo stato di salute di ogni individuo compresi i costi dell'assistenza sanitaria primaria, comunitaria e secondaria.

I risultati di questo studio hanno dimostrato che non solo l'EMDR è l'intervento più conveniente ed efficace dal punto di vista dei costi/benefici per curare persone con una diagnosi di PTSD mantenuta fatta anche dopo 3 mesi dal trauma ma che questi effetti si sono mantenuti nel tempo.

- <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232245>

Con molto dispiacere annunciamo la prematura scomparsa della nostra collega Chiara Callerame che è stata una grande risorsa per la nostra Associazione. Nella sua breve ma intensa vita professionale ha sviluppato grandi cose, è cresciuta tanto e ha investito tutto questo nella terapia EMDR, pubblicando articoli, facendo ricerca, lavorando in modo eccellente con i pazienti e con un grande spirito di condivisione. Per la nostra Associazione perderla è un grande colpo.

Dal punto di vista personale è stata sempre una presenza allegra, piena di entusiasmo e di grande positività. Il bene che ha fatto, lavorando efficacemente con i suoi pazienti la renderanno eterna, così come le sue pubblicazioni. Rimarrà con noi, con i momenti belli passati insieme, con i suoi insegnamenti e con il suo sorriso.

Associazione EMDR Italia



# Trattare i traumi transgenerazionali con l'EMDR

## Un caso clinico

**Anna Falco\***

*Practitioner EMDR – Caserta*



L'EMDR è un approccio evidence based tra i più efficaci nel trattamento del disturbo da stress post-traumatico (PTSD) e dei PTSD complessi conseguenti a disturbi dell'attaccamento. Ha come scopo quello di permettere all'individuo di elaborare correttamente i traumi e il loro ricordo (Shapiro, 2018). Tra i traumi di cui si occupa l'EMDR, ci sono anche quelli transgenerazionali. Questi, infatti, possono passare attraverso le generazioni, per mezzo dello stile educativo e dell'eredità genetica (Fernandez & Verardo, 2019). Obiettivo del presente articolo è il trattamento dei traumi transgenerazionali (Tt) con l'approccio EMDR.

### **L'EVIDENZA NEUROBIOLOGICA DEI TRAUMI TRANSGENERAZIONALI**

Studi di neurobiologia degli ultimi anni stanno cercando di dimostrare che le esperienze ambientali possono portare a un cambiamento duraturo nella funzione del DNA. La disciplina che si interessa di ciò è l'**epigenetica**. Questa studia come i genotipi possono modificare la loro espressione fenotipica, attraverso la modulazione dell'attività dei geni, senza che sia modificato il DNA (Yehuda & Lehrner, 2018). L'attaccamento disfunzionale e i traumi della vita possono modificare l'espressione genica.

Sono stati studiati effetti intergenerazionali clinicamente osservabili: la modificazione epigenetica dei genitori traumatizzati si trasmette ai figli. E' in discussione il meccanismo attraverso il quale ciò avvenga. Infatti l'esposizione, fin dal concepimento, a genitori traumatizzati potrebbe influire sulla alterazione della funzione genica.

Una linea di ricerca riguarda la possibilità che queste modifiche possano, in alcuni casi, essere ereditate direttamente, come parte del patrimonio genico dei gameti maschile e femminile.

In ogni caso le alterazioni epigenetiche, comunque trasmesse da una generazione all'altra, sono reversibili (Yehuda & Lehrner, 2018). Un'altra evidenza neurobiologica che potrebbe spiegare la modalità di trasmissione dei traumi tra le generazioni, è data dai **neuroni specchio**. La corteccia motoria può essere stimolata dalla osservazione e dai movimenti altrui, senza che il soggetto che osserva stia compiendo tali movimenti. Quindi, gli individui sarebbero capaci di rappresentare le azioni e le emozioni degli altri (Rizzolatti & Sinigaglia, 2019). Il neonato, tramite i neuroni specchio, attiverebbe parti della propria corteccia motoria, semplicemente osservando il caregiver. Pensare all'intersoggettività in questo modo nuovo, potrebbe essere utile per spiegare l'impatto dei traumi sulla personalità degli uomini e sulle loro relazioni, mediante l'intercorporeità (Gallese, 2014). I traumi sono scritti nel corpo e nei movimenti (Van Der Kolk, 2014): attraverso i neuroni specchio, il neonato li farebbe propri.

### **L'IMPATTO DELLE PRIMISSIME RELAZIONI SUI TRAUMI TRANSGENERAZIONALI**

Oltre agli aspetti neurobiologici, ci sono studi che mostrano come le primissime relazioni tra caregiver e bambino assumono una notevole rilevanza nella trasmissione dei traumi transgenerazionali. A questo proposito sono interessanti gli studi della terapia relazionale e degli stili di attaccamento.

Secondo la scuola relazionale di Filadelfia si possono trasmettere contenuti e strutture mentali tra genitori e figli. Le esperienze negative trasferite sono sia quelle che, per la loro traumaticità, non possono essere integrate nel Sé, che quelle necessarie al bambino, ma trascurate (Boszormenyi-Nagy &

\* Centro di psicoterapia NutriAmo la Vita (Caserta)

\* Struttura Intermedia Residenziale per Minori Comunità dei Girasoli, Cellole (Caserta)

Spark, 1973). Anche la teoria degli stili di attaccamento, secondo la quale il neonato possiede un sistema comportamentale innato (Bowlby, 1988), ipotizza la trasmissione dei traumi da una generazione all'altra. Per mezzo dello sguardo reciproco, la madre modula il sistema nervoso del neonato e il proprio, regolando i livelli di arousal, siano essi troppo alti o troppo bassi (Schore, 2003). Attraverso delle ricerche meta-analitiche, studi longitudinali e trasversali, si è evidenziata una relazione tra trauma del caregiver e trauma nel figlio. Esisterebbe, però, solo una parziale conoscenza su come vengono trasmesse le rappresentazioni dell'attaccamento (il gap di trasmissione). Sarebbe fondamentale, secondo l'autore, incrementare il numero di ricerche scientifiche, per mezzo di una metodologia più precisa. (Van Ljzendoorn, 1995).

### **TRAUMI TRANSGENERAZIONALI E DISSOCIAZIONE**

L'ipotesi sottesa al lavoro sui traumi transgenerazionali è che ci siano parti del genitore e/o dei nonni del paziente, legate ad esperienze traumatiche, dissociate dal Sé; tale dissociazione sarebbe presente anche nel paziente. Le parti dissociate del Sé, definite EP, sono rappresentate da schemi rigidi di pensiero, emozioni, atteggiamenti somatici e comportamenti, all'interno di una personalità spesso contraddittoria. Questa personalità definita "apparentemente normale" (ANP), cerca, con grande sforzo, di tenere a bada le EP disfunzionali (Gonzalez & Mosquera, 2012). Le ANP possono contenere parti frammentate tra loro e/o dissociate. Queste ultime, per difendersi dalle EP non integrate, utilizzano diverse difese: a) quelle con sintomi negativi, come l'amnesia del trauma, quella sensoriale, emotiva e distacco dalla realtà; b) quelle con sintomi positivi, come pensieri intrusivi, incubi, immagini spaventose, dialogo interno negativo. Un genitore traumatizzato, con forti tratti dissociativi rispetto all'esperienza traumatica, proporrebbe, nella relazione con il figlio, atteggiamenti disfunzionali dipendenti dalla dissociazione, anche solo a livello senso-motorio: a) il genitore a sintomatologia positiva produrrebbe comportamenti ambivalenti e soprattutto, in modo subliminale, tensione e ansia; b) quello a sintomatologia negativa ometterebbe una serie di risposte ai bisogni del bambino.

In entrambi i casi l'attaccamento non sarebbe sicuro. Il genitore, inconsapevole dei propri vissuti traumatici, spesso cercherebbe di compensarli con iperaccudimento, oppure banalizzando le risposte ansiose del figlio. Per la teoria dei neuroni specchio, il bambino potrebbe, inconsapevolmente, imitare un'espressione degli occhi che cade nel vuoto, oppure la tensione muscolare del genitore. Anche la relazione corpo a corpo trasmetterebbe l'ansia: ad esempio, quando la madre abbraccia il bambino, respira, o lo appoggia al proprio petto. Un genitore con tratti dissociativi, inoltre, ne creerebbe altrettanti nel figlio, non solo per via passiva, cioè per emulazione, ma anche per via attiva: infatti, il bambino per sopravvivere deve imparare a relazionarsi alle parti dissociate del genitore; ad esempio una madre terrorizzata, inconsapevolmente, dall'abbandono, per via di un proprio lutto precoce, induce nel figlio il bisogno dissociato di proteggerla. La psicoterapia del trauma transgenerazionale si propone di integrare *oggi* nel paziente, quello che non è stato integrato *allora* dal genitore.

Sia che la dissociazione sia solo emotiva, che anche cognitiva, tutto lo sforzo all'interno della relazione genitore-figlio è volto a tenere il trauma lontano, mettendo in atto comportamenti contraddittori e disfunzionali. Molto raramente il paziente con genitore traumatizzato prende in considerazione questo evento; generalmente è focalizzato sulla propria storia personale. Un trauma transgenerazionale va rivisitato solo quando è presente un'identificazione tra genitore e figlio<sup>1</sup>.

### **L'IMPORTANZA DEL LAVORO SUI TRAUMI TRANSGENERAZIONALI**

L'esperienza clinica si affianca alla ricerca, nel definire l'importanza dei traumi transgenerazionali (Zaccagnino, 2020). Il lavoro su di essi aiuta a superare blocchi che si verificano durante il processo terapeutico. Con alcuni pazienti, infatti, talvolta non si riescono a risolvere comportamenti disfunzionali e sintomi, fin quando il floatback si limita ai traumi consapevoli vissuti dal paziente. In alcuni casi questo dipende dalla presenza di traumi transgenerazionali.

<sup>1</sup> Nel caso in cui l'identificazione fosse molto debole, ma il pz non trovasse risposte univoche ai comportamenti contraddittori del genitore, non è necessario accedere al trauma transgenerazionale, basta aiutarlo a trovare strategie di risposta integrate.

Un breve esempio. Una donna di quarant'anni con sintomi di gelosia e pensieri intrusivi, aveva lasciato il compagno e stava malissimo; le mancava, ma non riusciva a liberarsi dall'ossessione che guardasse altre donne. Procedendo sui floatback, durante l'elaborazione dell'evento più disturbante, è venuto fuori che la nonna materna e la sorella di lei, sarebbero state abusate sessualmente dal suo bisnonno. Era una cosa che, in famiglia, si diceva e non si diceva. Visto che la paziente faceva fatica a sbloccarsi, nonostante alcune importanti elaborazioni, ho deciso di lavorare sul trauma transgenerazionale. Questo aveva avuto ripercussioni anche nella sua relazione con il padre e con gli uomini in generale. Grazie a queste elaborazioni ha ricontattato il compagno e ha iniziato ad avere, con lui, un atteggiamento più rilassato.

### GLI OBIETTIVI DEL LAVORO SUI TRAUMI TRANSGENERAZIONALI

*Il lavoro sui traumi transgenerazionali ha come obiettivo:*

1. Risolvere l'identificazione<sup>2</sup> inconsapevole di cognizioni, emozioni, sensazioni e comportamenti, tra genitore e figlio, relativamente alla parte/i del Sé coinvolta nel trauma. Un'ipotesi è che il figlio viva le emozioni e le rappresentazione del Sé dissociate del genitore.
2. Risolvere i comportamenti disfunzionali volti a proteggere il genitore dal proprio trauma e integrare le parti dissociate nel proprio Sé adulto. Questo per due motivi:
  - Perché c'è un'identificazione tra i due che mantiene i comportamenti disfunzionali
  - Perché il bambino proteggendo il genitore, protegge se stesso.
3. Aiutare, contemporaneamente, con effetti proporzionalmente diversi, figlio e genitore. Questo avverrebbe secondo una reazione a feedback, per mezzo della quale il superamento dell'evento traumatico da parte del figlio, diminuirebbe l'angoscia del genitore (perché il Sé adulto del figlio proteggerebbe ora il genitore in modo funzionale), che a sua volta rinforzerebbe il comportamento adeguato raggiunto dal figlio. C'è, infatti, un influenzamento reciproco tra genitore e neonato (Schore, 2003), che permane anche quando il bambino cresce.

### QUANTI E QUALI POSSONO ESSERE I TRAUMI TRANSGENERAZIONALI

*Il trauma transgenerazionale (Tt) è un trauma sull'identificazione tra parti dissociate del genitore e di conseguenza del figlio. Lo si tratta se queste non emergono durante il lavoro EMDR standard.*

Non tutti gli individui che hanno subito traumi, necessariamente li tramandano. Il cervello ha la capacità di autocurarsi se trova un ambiente favorevole. "I cambiamenti indotti dallo stress alle cellule germinali non sono immutabili e possono essere annullati da perturbazioni ambientali alternative, che sono dirette a stimolare la plasticità. È per questo motivo che gli effetti ambientali, che attraversano le generazioni, non predicano necessariamente conseguenze generazionali negative." (Yehuda & Lehrner, 2018). Probabilmente, i traumi tramandati sono solo quelli che hanno condizionato particolarmente l'esistenza nelle sue manifestazioni più importanti; quelli rispetto ai quali il soggetto non è stato capace di resilienza. Se il blocco riguarda comportamenti in cui il paziente è identificato con il genitore e in più deve proteggerlo per proteggere se stesso, è difficile procedere senza elaborare il trauma transgenerazionale<sup>3</sup>. Tali traumi possono essere *espliciti* e *impliciti*. Si definiscono espliciti quelli rispetto ai quali il genitore conserva una memoria cognitiva e solo in parte emotiva (alcune emozioni, le più spaventose, sono dissociate e sostituite da altre più gestibili per la persona; ad esempio il terrore o la disperazione con la rabbia). In questo caso la sintomatologia del genitore, relativa alla propria dissociazione è positiva. I traumi impliciti, invece, richiedono che il genitore non abbia più memoria cognitiva e/o emotiva del trauma. Si legano, generalmente, a una sintomatologia negativa rispetto alla dissociazione. I traumi transgenerazionali possono essere anche *semplici* o *complessi*, a seconda del fatto che la problematicità del paziente faccia riferimento ad un unico evento o se, a partire da questo, siano scaturiti altri eventi traumatici. Avremo, quindi, traumi transgenerazionali espliciti semplici, espliciti complessi, impliciti semplici e impliciti complessi<sup>4</sup>. Darò una brevissima

<sup>2</sup> Per identificazione si intende il processo con cui un soggetto assimila uno o più tratti di un altro individuo modellandosi su di esso (Galimberti, 2018)

<sup>3</sup> I traumi possono essere trasmessi anche da entrambi i genitori

<sup>4</sup> Potrebbero essercene di misti. Ad esempio quello materno esplicito e quello paterno implicito.



definizione di ognuno.

**Traumi transgenerazionali espliciti semplici.** Sono i più facili da trattare, perché il paziente ne ha consapevolezza cognitiva (a volte, in parte, anche emotiva). Fanno riferimento ad un unico trauma. La dissociazione è prevalentemente emotiva. Sono semplici per diversi motivi:

- a. Perché, essendo consapevoli cognitivamente ed unici, l'accesso per il paziente è facile e pone poca resistenza: deve aumentarne la consapevolezza emotiva, con conseguente abreazione; in famiglia se ne parla tanto, a volte troppo.
- b. Proprio perché se ne parla, sebbene siano molto spaventosi, cosa che vale per tutti i traumi, lo sono di meno di quelli censurati (tabù familiari).
- c. Il paziente sa della fragilità del genitore traumatizzato, quindi, teme di meno di perderne l'idealizzazione.
- d. Perché sono facilmente evidenti per noi terapeuti.

**Traumi transgenerazionali espliciti complessi.** Sono più difficili da trattare di quelli semplici perché comprendono una serie di traumi dello stesso genitore *tra loro interconnessi a partire dal primo*, oppure possono riferirsi a traumi materni e paterni che si condizionano reciprocamente.

- a. L'unica differenza con quelli semplici consiste nella necessità di una concettualizzazione più precisa e articolata.

**Traumi transgenerazionali impliciti semplici.** Sono molto difficili da trattare. Il paziente non ne è a conoscenza; riporta solo le reazioni emotive, ma non può legarle a nulla. Spesso il malessere fa credere ai pazienti di essere pazzi, soprattutto quando non sono presenti nella loro vita esperienze traumatiche così significative da giustificare il terrore che vivono<sup>5</sup>. Perché è complicato trattare un trauma transgenerazionale implicito?

- a. Perché essendo inconsapevole, anche cognitivamente per il paziente, l'accesso è difficile.
- b. Perché rappresenta un tabù familiare, oppure è fortemente dissociato nel genitore. In entrambi i casi è molto spaventoso per quest'ultimo.
- c. Il paziente mette in atto delle difese nei confronti del genitore traumatizzato (idealizzazione, minimizzazione, negazione...).
- d. Perché non sono per niente evidenti per noi terapeuti.

**Traumi transgenerazionali impliciti complessi.** Presentano le stesse difficoltà degli impliciti semplici con l'aggiunta del fatto che comprendono più traumi tra loro collegati a partire dal primo.

- Rispetto a quelli semplici, il paziente potrebbe avere ancora più paura, in quanto è presente una maggiore gravità del genitore.

## **PROPOSTA DI TRATTAMENTO DEL TRAUMA TRANSGENERAZIONALE<sup>6</sup>**

*L'ipotesi alla base di questo trattamento è che un paziente non riesce ad elaborare i comportamenti attuali disfunzionali perché è identificato con alcune parti traumatizzate del genitore. Quindi, bisogna innanzitutto elaborare il trauma transgenerazionale, dopo di che si passa a risolvere i comportamenti patologici attuali da esso dipendenti. Perciò si danno due target.*

Nella *concettualizzazione*, come primo intervento, richiediamo un *genogramma esteso*, che arrivi alla terza generazione e, laddove è possibile, anche alla quarta. Spieghiamo al paziente l'importanza di trattare un trauma transgenerazionale. Ci si può imbattere in forte scetticismo.

*Mi propongo, poi, il duplice target:*

1. **Il trauma transgenerazionale (Tt),**
2. **L'evento traumatico del paziente con il genitore (trauma dell'attaccamento), diretta conseguenza del trauma transgenerazionale.**

*Elaboriamo, quindi, sia le risposte emotive, cognitive, senso-motorie e comportamentali relative al Tt con cui il paziente si è identificato, che le risposte emotive, cognitive, senso-motorie e comportamentali al trauma dell'attaccamento, strettamente dipendente dal quello transgenerazionale.*

<sup>5</sup>“Quando ci troviamo di fronte a pazienti molto sintomatici che non hanno ricordi che sembrano connessi al disturbo, possiamo andare ad esplorare la storia traumatica familiare” (Fernandez & Verardo, 2019)

<sup>6</sup>Qualche autore ha proposto, in ambito EMDR, modalità di lavoro sui traumi transgenerazionali (Fernandez & Verardo, 2019) (Robinson, 2012, June).

Mentre per un trauma transgenerazionale esplicito semplice il passaggio dal target 1 al 2 è abbastanza immediato, non avviene lo stesso per i traumi complessi impliciti ed espliciti, che richiedono interventi molto più lunghi, con richiami al presente numerosi e frequenti, in quanto la dissociazione è maggiore. In questi ultimi casi il lavoro può durare mesi, è molto articolato, ma non lo tratterò nel presente articolo.

### **TARGET 1.**

*Il target 1 (trauma transgenerazionale) ha l'obiettivo di elaborare la parte/i dissociate (a seconda se si tratta di un trauma semplice o complesso), relative al momento dell'evento traumatico del genitore, con cui il figlio si identifica, cioè cosa il genitore ha vissuto durante l'evento e cosa il figlio prova rispetto ad esso. Rendendo consapevole e risolvendo l'identificazione dissociata, permette una gestione emotiva dell'evento e avvia il processo di separazione-individuazione del paziente.*

Quando parliamo di target 1 complesso potremmo avere più target da elaborare. Ad esempio: un genitore ha perso il proprio genitore (lutto); come conseguenza è dovuto andare a lavorare ancora bambino (trauma di dovere abbandonare la scuola); e poi è stato sfruttato dal datore di lavoro (trauma dell'abuso). Avremo, quindi, tre "target 1" da elaborare, "target 1a", "target 1b", "target 1c". Solo quando siamo di fronte a un Tt semplice, come quello che presenterò, parleremo di un unico target 1. Il modo di procedere per ogni target, è lo stesso. Nei casi complessi, è molto frequente che per portare a risoluzione il target 1a, quello da cui scaturiscono gli altri, cioè arrivare a SUD = 0 e VOC = 7, bisogna risolvere quelli successivi e poi ritornare al primo.

#### **Foglio di lavoro per il target 1: fase 3 e 4**

##### **Fase 3**

- \* *L'episodio traumatico è dato dal racconto del genitore, oppure (se gli elementi sono pochi) da come il paziente immagina l'episodio.*
- \* *L'immagine più brutta del racconto del genitore per il paziente*
- \* *CN: Cognizione negativa del paziente (rispetto all'immagine identificata come peggiore del racconto dell'episodio traumatico del genitore)*
- \* *CP: Cognizione positiva del paziente (rispetto all'immagine identificata come peggiore del racconto dell'episodio traumatico del genitore)*
- \* *VOC: Quanto vera, da 1 a 7, il pz sente la CP ora, rispetto all'immagine più brutta. (Spesso è sovrastimata)*
- \* *Emozione attuale del paziente rispetto all'immagine più brutta*
- \* *SUD: Intensità del disturbo del paziente, da 0 a 10, rispetto all'immagine più brutta, ora. (Spesso è sottostimata. Durante l'elaborazione aumenta).*
- \* *Dove e come nel corpo sente il disturbo.*

**Fase 4. (Desensibilizzazione) Emerge la CN del genitore relativa al proprio trauma.**

##### **COSA DOBBIAMO TENERE PRESENTE PER IL TARGET 1.**

- La scelta dell'evento a volte è immediata, come il momento della morte di un genitore. Altre volte, invece, richiede un'esplorazione accurata. Ad esempio, il lavoro con un mio paziente, il cui nonno era morto quando il padre aveva quattro anni, ha richiesto un'indagine più lunga, per focalizzare l'evento traumatico: quando una volta la nonna aveva espresso molta rabbia al padre, di 8 anni, per dovere mantenere economicamente la famiglia. Evidentemente l'uomo non aveva alcuna memoria del giorno della morte di suo padre, visto che aveva 4 anni, né in famiglia se ne parlava. La sofferenza invece faceva riferimento alle conseguenze di questo evento luttuoso, soprattutto ad un momento particolare.
- L'immagine più brutta è quella che il paziente vive come tale al momento del racconto, non quella che creda sia stata per il genitore al momento del trauma.
- La CN della fase 3 deve riferirsi a quello che il paziente prova relativamente all'immagine più brutta dell'evento traumatico del genitore<sup>3</sup>. Può succedere, soprattutto nei traumi impliciti o in

<sup>8</sup> A volte, anche questa CN può rappresentare una parte del paziente identificata con una del genitore successiva al trauma.

quelli espliciti vissuti con forte enfasi emotiva dal genitore, che il paziente riporti la CN del quest'ultimo, confondendola con la propria. Perciò, bisogna indagare bene.

- È necessario fare attenzione a che, nella fase 4, emerga la CN del genitore rispetto all'evento traumatico. E' su questa, infatti che il figlio si identifica profondamente con il genitore. Dalla letteratura, si evidenzia che già dai primi giorni di vita, il neonato è in grado di percepire gli stimoli dell'ambiente, costruendo dei modelli operativi interni (MOI), che costituiscono una rappresentazione di se stesso e della figura di accudimento (Bowlby, 1988). I MOI possono essere trasferiti da una generazione all'altra secondo diverse modalità; una di queste è data dai neuroni specchio. Come abbiamo detto precedentemente, per mezzo di questi ultimi, noi cogliamo lo stato emotivo e le intenzioni dell'altro, tendiamo ad averne la stessa postura ed eguali ritmi prosodici. Questi neuroni ci rendono anche simili nella negatività (Van Der Kolk, 2014). Quindi, il neonato, in situazioni traumatiche, non accede al normale processo di separazione/individuazione del Sé (Mahler, Pine, & Bergman, 1975); in questo caso, anche a livello cerebrale mancherebbero le normali integrazioni tra le diverse aree (Siegel, 1999). Perciò, affrontando un trauma transgenerazionale, dobbiamo avere come obiettivo quello di separare le rappresentazioni interne di sé e dell'altro, quindi, di differenziare le CN, le emozioni e sensazioni del genitore da quelle del figlio, iniziando a ripristinare i collegamenti a livello cerebrale, utili allo sviluppo di un Sé integrato. Senza l'elaborazione della CN del genitore non si arriva alla risoluzione del target 1.
- Prima di accedere alla CN del genitore, il paziente, di frequente, mette in atto difese: salta la seduta, mette in discussione la terapia; dice chiaramente che non ha voglia di parlarne, ecc. Si trattano questi comportamenti come difese (Knipe, 2015), con molta tolleranza. Questa fase può durare anche a lungo, soprattutto con i pazienti con difficoltà a leggere i propri stati interni o con quelli con traumi impliciti<sup>9</sup>. Solo nel caso in cui il paziente stia vivendo, in quel momento, un evento/trauma con CN che evoca quella del genitore al momento del proprio trauma, quest'ultima emerge molto più velocemente.
- A causa dell'identificazione, quando il paziente sperimenta la CN del genitore vive, in seduta, un momento molto doloroso (abreazione). Può cadere in un'angoscia profonda, terrorizzarsi; a volte potrebbe uscire dalla finestra di tolleranza. In questo caso è molto importante riportarlo nel qui e ora, con un grounding, facendogli notare che questa è solo una parte del Sé che si è identificata con il genitore. È utile installare risorse (Solomon, 2020): ad esempio, facendo focalizzare la CN disperante del genitore, si può chiedere quali risorse questi abbia utilizzato per sopravvivere al trauma ed essere riuscito a fare molte delle cose che fa. Si può procedere, chiedendogli cosa ha imparato da queste risorse del padre/madre e gliene si installano.
- Un lavoro che capita spesso di fare è quello tra le parti; la parte adulta del paziente parla alla parte bambina del genitore traumatizzato, prendendosene cura. Oltre a proteggere la sua parte bambina identificata con il genitore, consente una differenziazione tra il proprio Sé e il genitore, tra ora e allora, ripristinando il doppio focus.
- Frequentemente, per qualche seduta, il paziente fa riferimento a fatti riguardanti il suo presente, attinenti al trauma genitoriale; si tratta di vissuti di angoscia, paura, rabbia, percezioni di se stesso che appartengono al genitore rispetto al proprio trauma, con cui il paziente si è identificato. Iniziare a riconoscerle, una volta che ne ha ridotto la portata emotiva, oltre a tranquillizzarlo, consente l'avvio del processo di differenziazione/individuazione. La durata di questa elaborazione varia a seconda del paziente e del tipo di trauma transgenerazionale. Quando la consapevolezza dell'identificazione viene incarnata, si può tornare alla focalizzazione del ricordo, per potere continuare la desensibilizzazione.
- Una volta superato il momento doloroso, legato alla CN del genitore, la risoluzione della identificazione è a buon punto, relativamente alla parte dissociata in questione.
- Potrebbe esserci, in fase 5, qualche difficoltà con la VOC. Succede se il paziente, all'inizio, utilizza una CP idealizzata. Ciò riguarda particolarmente giovani pazienti o quei casi in cui la simbiosi è molto forte. In queste situazioni si può utilizzare una ristrutturazione cognitiva, per dare senso di realtà,

<sup>9</sup>Nei casi di traumi transgenerazionali più complessi, la CN del genitore può emergere, secondo una modalità non immediatamente evidente, come momenti di angoscia fuori dalla seduta, riacutizzazione dei sintomi. Un lavoro corretto la renderà esplicita.

oppure, in linea con il protocollo, si aiuta il paziente a valutare se la CP iniziale è ancora adatta o se preferisce modificarla. Fatto questo, quasi subito la VOC arriva a sette.

### **TARGET 2**

*Il target 2 (traumi dell'attaccamento correlati al trauma transgenerazionale) serve a superare i comportamenti adattivi disfunzionali del paziente, utili a proteggere il genitore dal proprio trauma, e di conseguenza se stesso. Solo grazie a questa elaborazione si può completare l'integrazione delle parti dissociate (EP) nel Sé adulto. Questa integrazione/differenziazione consente una maggiore autonomia.*

Nel target 1, il paziente ha elaborato i vissuti angoscianti del genitore con cui si è identificato, superando la dissociazione rispetto ad esso (le EP sono emerse e sono state integrate). Ha capito che alcuni suoi comportamenti sono simili a quelli del genitore. Ha, anche, iniziato a comprendere la differenza tra se stesso e l'altro. Però, non ha ancora individuato quel o quei comportamenti che mantengono le relazioni disfunzionali attuali, dovute al trauma dell'attaccamento, derivante dal trauma transgenerazionale. Tale comportamento /i che ne segue è protettivo del genitore rispetto al proprio trauma. Lavoriamo, perciò, su un evento/ricordo che rappresenta il trauma dell'attaccamento associato a quello transgenerazionale, da cui dipendono i comportamenti adattivi disfunzionali. Solo alla fine di questa elaborazione il blocco relativo al processo terapeutico verrà rimosso.

### **Foglio di lavoro per il target 2: fase 3.**

- ◇ *Evento/ricordo: può riguardare qualcosa che è accaduto con il genitore traumatizzato, ma anche con qualcuno che gli rassomiglia per caratteristiche, come un capo, un insegnante, un coniuge (deve esprimere il comportamento disfunzionale con CN, emozioni e sensazioni ad essa collegate). Si lavora sul presente o passato a seconda del caso (adolescente, pazienti molto dissociati, ecc.)*
- ◇ *CN: del paziente relativamente al nuovo evento; deve dipendere da quella del trauma transgenerazionale*
- ◇ *CP: del paziente*
- ◇ *VOC, Emozioni, SUD, e dove sente il disturbo del Corpo*

### **COSE DA TENERE PRESENTE PER IL TARGET 2.**

- Questo target riguarda sempre un trauma all'interno della storia tra genitore e paziente. È necessario che l'evento proposto contenga una CN e le emozioni che proteggono il genitore (relativamente al trauma transgenerazionale). Ad esempio, nel caso clinico che segue, trauma transgenerazionale esplicito semplice, per il target 2, la CN della paziente, nella fase 3, è "Non sono libera", in quanto la madre è molto richiedente da un punto di vista del rango (difesa narcisistica). La madre ha agito, nello stile di attaccamento, un tratto controllante rispetto alle performance della figlia, sin da piccolissima. Lo ha fatto perché la difesa legata al rango impediva alla donna di accedere al dolore dell'abbandono; la figlia, assecondando la madre, ne perpetuava la difesa.
- Come possiamo accedere all'evento e alla CN che proteggono il genitore dal trauma transgenerazionale? Se l'elaborazione è ben fatta, è frequente che sia lo stesso paziente a proporre un evento che la contenga. Questo può essere: un fatto accaduto nelle settimane successive alla chiusura del lavoro transgenerazionale; un ricordo affiorato; un sogno. Se l'evento traumatico del genitore è molto forte, il secondo evento potrebbe fare fatica ad emergere, per via delle difese. In questo caso, si può provare con un confronto tra le parti (Fischer, 2017), oppure utilizzando un lavoro bottom up.

### **CASO CLINICO**

Tratterò un trauma transgenerazionale semplice (Tt), di una paziente di lieve gravità.

Roberta ha 25 anni, studia legge, arriva in terapia per un ritiro sociale che dura da circa sei mesi, dopo l'interruzione di una relazione sentimentale. Si dice ancora molto addolorata per l'evento. Vive in un piccolo paese della provincia di Caserta. Sostiene che non è la prima volta che succede: per tre relazioni importanti è stata sempre lasciata, senza comprenderne il motivo. Fino a un anno prima la sua vita, però, era trascorsa abbastanza serenamente, senza particolari disagi. È primogenita di 3 figli e dall'albero genealogico emerge che sua madre, Dora, (ultima di cinque figli), era stata affidata a circa 3

anni, ad una zia (sorella della madre) che non riusciva ad avere figli. Era un'usanza considerata normale nei piccoli paesi della Campania, soprattutto tra le fasce sociali povere. Dora racconta a Roberta di essere stata trattata benissimo dagli zii adottivi, e che, nonostante da bambina questa cosa le sia pesata, aveva risolto tutto brillantemente. Oggi si sente una buona insegnante e una madre premurosa. Quando però parla dell'espressione del viso materno, Roberta la definisce fredda. In effetti Dora è molto centrata su cosa le figlie devono fare per essere capaci e realizzate (rango), ma è manchevole da un punto di vista affettivo: poca fisicità, poca empatia. Un altro problema, che Roberta porta in terapia, è il rallentamento degli studi. Fino alla laurea triennale tutto è andato benissimo. Ottima studentessa, alla pari con gli esami. Poi all'inizio della magistrale non riesce più a studiare, accumulando via via sempre più ritardo. Da rilevare che le altre due storie sentimentali, sebbene finite male, le aveva superate, con una discreta resilienza. Nell'ultimo anno, invece, prima con l'università poi con il fidanzato, le cose sembravano precipitare; si è sentita fragile e fallita. È emerso dalla SCID un tratto passivo/aggressivo e uno narcisistico; entrambi di bassa gravità. Lo stile di attaccamento farebbe pensare ad tratto evitante da parte della madre.

**Concettualizzazione.** Mi accorgo subito della forte simbiosi tra Roberta e la madre

I ricordi più brutti riguardano prevalentemente storie di separazioni o fallimenti: lutti familiari, perdite di amicizie, delusioni degli insegnanti, qualche cattivo voto, delusioni date ai genitori per comportamenti adolescenziali oppositivi. CN: "Non sono amabile/interessante"; "Non sono capace di risolvere tutto". Target relativi al processo terapeutico: superare l'isolamento e il procrastinare della laurea aumentando la percezione di amabilità e adeguatezza (CP: "Sono amabile/interessante"; "Sono capace (anche se non perfetta come vorrebbe mamma)". Perciò, partiamo dagli eventi più brutti: ultima rottura del fidanzamento e primo esame della magistrale in cui è stata bocciata. Con il floatback rivisitiamo alcuni eventi/ricordi dell'infanzia in cui si era sentita appesantita da sua madre, sempre troppo attenta ai risultati scolastici e sportivi, sentendosi spesso criticata per non avere ottemperato alle sue forti aspettative. Le sono mancati momenti di contatto fisico e sentirsi emotivamente sostenuta nelle difficoltà: "Mi dava solo consigli su come avrei potuto avere più successo!" Dopo un anno e mezzo di lavoro, nonostante tutti i target fossero stati portati a risoluzione, globalmente c'era stato un miglioramento, ma rimaneva una tendenza a stare da sola. Anche con gli uomini, riusciva ad avere degli incontri, ma poi con una scusa qualsiasi si defilava. Aveva ripreso gli studi, ma permaneva una qualche difficoltà. Ho quindi cominciato a riguardare la sua storia. Ho notato che la sintomatologia si era presentata all'inizio del percorso per la laurea magistrale. *Ho fatto un lavoro sulle difese ed è emersa la paura di separarsi dalla sua famiglia, in particolar modo dalla madre (perciò la laurea magistrale la spaventava).* Decido a questo punto di procedere con il lavoro sul trauma transgenerazionale, su cui era caduta già la mia attenzione.

#### **EVENTO-TARGET 1 (TRAUMA TRANSGENERAZIONALE)**

*Evento: Mamma viene affidata agli zii. Ha solo tre anni e credo si sentisse abbandonata dalla sua famiglia, sebbene continuasse a vederla spessissimo, perché abitavano vicino. Lei però mi ha detto che non era la stessa cosa, pensava di essere diversa dalle sue sorelle e fratelli.*

*Immagine più brutta: Mamma in un lettino in una stanza non sua, la prima sera a casa degli zii.*

*CN: Sono impotente (Come Roberta si sente pensando a questo target)*

*CP: Posso fare qualcosa (Cosa Roberta vorrebbe pensare di sé rispetto al target)*

*VOC: 2*

*EM: tristezza, per la solitudine della madre*

*SUD: 6, perché conosco bene la storia e mi ci sono abituata (sottovalutato)*

*Corpo: sento un peso nel petto*

Riporto solo piccoli passi tra i più significativi delle sedute.

*Inizialmente i toni affettivi sono bassi (tratto dissociativo), via via che procedo con i MO, entra in maggiori dettagli e inizia a contattare la tristezza, seguita da razionalizzazioni (difese) del tipo: "In effetti mamma è stata molto bene con gli zii; certamente meglio di come sarebbe stata a casa sua, quantomeno da un punto di vista economico".*

*In terza seduta dice che questo lavoro non serve a nulla (ancora difese). Staremmo perdendo tempo.*

È acqua passata; anche in famiglia ci si sente molto bene con i nonni adottivi e mamma è contenta di frequentarli. Decido di lavorare con la tecnica del “loving eyes” immaginando la madre da bambina in quel lettino: com'era vestita, cosa faceva, cosa provava (emozioni e postura). Via via che procedo con i MO, la voce di Renata comincia a strozzarsi e alla fine della seduta afferma: “Per quanti genitori sostitutivi un bambino possa avere, non è facile farsi una ragione del fatto che proprio i tuoi ti abbiano abbandonata. Questo mi rattrista molto (ora la tristezza è più incarnata)”.

*In quarta seduta* arriva molto agitata. Mi racconta di un sogno terribile fatto due notti precedenti, dopo il quale le è rimasta tantissima ansia. E' piccola. Sta facendo un bagno al mare con tutta la famiglia. Si allontana e va in difficoltà; la madre, per aiutarla, annega. La faccio stare sull'immagine più brutta: quando la madre va sott'acqua e non ne esce più e il padre urla che è morta. Il SUD, ora, è 10. (MO). Inizia a tremare poi a piangere (abreazione):

P: Non posso stare senza mamma.... Sarei impazzita se fosse successo veramente (tapping)

P: Penso a come deve essersi sentita mamma, quando sua madre l'ha abbandonata..... (piange)..... tra l'altro era così piccola e indifesa (tapping) (*emerge l'identificazione con il vissuto disperante, che la madre ha dissociato*)

P: Povera mamma...ora posso capirla veramente (piange...) (tapping a lungo, finché si calma)

Chiudo con il posto al sicuro, per stabilizzarla.

*All'incontro successivo* mi dice che aveva ricordato che la nonna adottiva, qualche anno prima, le aveva detto che la mamma piangeva spesso da bambina, chiedendo perché le sue sorelline con cui giocava non vivessero con loro. Le chiedo quale immagine del racconto della nonna adottiva la colpisce di più.

P: Quando mamma chiede alla nonna perché le sorelline non dormissero con lei (MO)

P: Credo non si sia sentita amata dai suoi genitori naturali...non si sia sentita degna del loro amore... io mi sarei sentita così...povera mamma (piange, abreazione)... (tapping)

*Siamo arrivati alla cognizione negativa della madre “Non sono amabile”, con cui la paziente si è identificata inconsapevolmente.* La lascio piangere e continuo il tapping fin quando non si calma. (Rimane in finestra di tolleranza perché il trauma materno non è molto grave). Chiudo con il posto al sicuro, per stabilizzarla.

Durante la settimana successiva ha un altro ricordo: la nonna adottiva le aveva anche detto che mamma Dora era stata un bambino molto obbediente...era un angelo!

*In sesta seduta* focalizziamo l'immagine di questa bambina obbediente. (MO)

P: “Forse un po' come lo sono io...Anche io sono obbediente!” (*l'identificazione tra i suoi comportamenti e quelli materni comincia a divenire consapevole.*)

In questa seduta e in quella successiva ci focalizziamo sul fatto di come Roberta sia sempre accondiscendente con tutti e come questa cosa a volte le pesi (*iniziale differenziazione dai comportamenti materni*). Mi aiuto anche con un lavoro tra le parti: la parte adulta di Roberta che parla alla parte bambina della madre che è sempre accondiscendente. La chiusura del lavoro la porta a dire:

P: Mamma è sempre stata obbediente per sentirsi amata... ma i genitori adottivi le avrebbero voluto bene comunque.

*In ottava seduta* Roberta torna al sogno di due settimane prima e mi dice:

P: “Mamma è morta per salvarmi, mentre sua madre l'ha abbandonata...(è tristissima) MO (*continua la differenziazione tra la sua esperienza e quella della madre e quindi dal trauma materno*)

Poi dopo alcuni step

P: “Ho sempre fatto di tutto per aiutarla, per farla sorridere, per farle compagnia, per farla sentire amata e importante...(MO).....cerco sempre di accontentarla” (MO)

P: Credo però che i nonni adottivi siano stati molto premurosi e che anche i suoi genitori naturali l'abbiano affidata per darle un avvenire migliore. Crescere cinque figli doveva essere molto complicato per una famiglia povera. Certamente mamma non avrebbe potuto studiare, come invece ha fatto. (MO). Voglio provare a parlare con mamma, affrontando la questione da questa nuova prospettiva, ora che mi sento più serena (MO)

*In nona seduta*, mi racconta dell'incontro della mamma, di come questa volta, commuovendosi, Dora abbia potuto sentirsi grata sia verso i genitori naturali, con i quali continua ad avere un buon rapporto, che con quelli adottivi. Azzeriamo il SUD. La VOC è 7: CP *"Si sono stata capace di aiutare mamma facendola riconciliare con il suo passato"*. Target raggiunto. Scansione corporea: corpo libero. (Superamento della CN identificate con la madre "Non sono amabile" e della CN rispetto alla madre "Sono impotente")

*Decima seduta*: rivalutazione e chiusura del target 1.

Il lavoro sul trauma transgenerazionale, l'ha aiutata a risolvere la dissociazione e quindi a differenziarsi dal trauma materno rispetto alle CN "Sono impotente rispetto al suo sentirsi non amabile". Bisogna ancora lavorare sul tratto passivo aggressivo, facendole sperimentare una rabbia assertiva, lavorando sui traumi dell'attaccamento tra Dora e Roberta.

Saltiamo una settimana per le mie vacanze invernali. Quando ci incontriamo, mi racconta che ha deciso di fare la babysitter per sentirsi più autonoma economicamente. Ha ripreso a studiare senza fatica. Sta meglio con gli altri, ma fa ancora fatica con gli uomini: "Succede qualcosa, per cui quando le relazioni diventano più stabili, divento insofferente e mi chiudo...ma non capisco perché. Vorrei evitare altri abbandoni!". Intanto provo a rinforzare il fatto che sta cercando un lavoro per sentirsi più autonoma (lo trovo utile per una maggiore differenziazione dalla madre). Non ci riesco; si rabbuia. Chiedo cosa stia succedendo: mi dice che teme che alla madre non piaccia la sua scelta di lavorare: Dora è convinta che le farebbe perdere tempo per laurearsi. Inoltre non ha bisogno di questo sostegno economico. "Come le dicevo, ho sempre provato ad accontentarla, per non farla sentire sola! Oggi questa cosa un po' mi pesa". Faccio un floatback per focalizzare un ricordo di quando abbia rinunciato a una sua scelta importante, per accontentare la madre.

#### **EVENTO/TARGET 2**

Questo target lega il trauma transgenerazionale a quello dell'attaccamento. Perciò, la sua cognizione negativa rappresenta la conseguenza di come il trauma materno abbia condizionato la vita di Roberta. Dora, che non aveva superato il trauma dell'abbandono, per non perdere il rapporto simbiotico con la figlia; l'aveva sempre ipercontrollata. Non essendo più identificata con il dolore materno, ora Roberta può guardarlo, gestendolo meglio. Il comportamento sotteso al nuovo evento, con CN, emozioni e sensazioni associate, mantiene la disfunzione attuale. La CP ne rappresenta il superamento. Se l'elaborazione di questo evento/ricordo è ben fatta, si procederà verso una maggiore autonomia, perché avrà integrato le parti dissociate della madre con cui si è identificata, per via di un'esperienza di attaccamento disfunzionale.

*Evento/ricordo: eravamo in soggiorno io e mamma, avevo 13 anni, ed espressi il desiderio di frequentare il liceo pedagogico, perché volevo insegnare, come mamma, nella scuola primaria. Mamma mi disse che avrebbe preferito il liceo classico, perché aveva per me aspettative più ambiziose. Ho ceduto dispiacutissima.*

*Il momento più brutto: Quando ho ceduto.*

*CN: Non sono libera di scegliere (altrimenti mamma non si sente amata da me)*

*CP: Sono libera di scegliere.*

*VOC: 1;*

*Emozione: tristezza (rabbia inconsapevole, mandibola serrata);*

*SUD: 10.*

*Corpo: petto, come un peso.*

*Il SUD ora non è sottovalutato, al contrario dell'evento precedente. È più capace di mentalizzare i suoi stati emotivi; cosa che migliorerà ancora durante questa nuova elaborazione.*

Lavoriamo sull'evento come da protocollo standard. Anche qui mi limiterò a focalizzare solo le elaborazioni più significative.

*In prima seduta: "Voglio molto bene a mamma...ma la rinuncia del liceo pedagogico mi è costata molto...Ho fatto molta fatica con il greco!". (MO)*

*In seconda seduta:* “Ero sempre affaticata...(MO)

*In terza seduta:* “Mamma si lamentava di vedermi così affaticata e sempre sui libri...(MO)...avrei voluto dirle “Non ti rendi conto che mi hai fatto fare un liceo non scelto io?!”... (Emerge rabbia consapevole verso la madre). (MO)

*In quarta seduta:* “Sono stata agitata tutta la settimana. *Mi sentivo fortemente in colpa (CN che sostiene quella dell'evento in questione)*, mi dicevo: “Sono un'ingrata, mia madre ha fatto la scelta migliore per me perché voleva che facessi meglio di lei ed io mi arrabbio. Se lo venisse a sapere, proverebbe molto dolore, si sentirebbe abbandonata anche da me!” (Solo l'elaborazione di questa CN potrà permetterle di accedere alla CP). Si abbatte fisicamente. (MO). Piange (abreazione) (tapping). Focalizziamo che questa è la sua parte bambina. La faccio confrontare con quella adulta: “Dirle qualche -No-, non significa necessariamente tradirla.” (Lavoro tra le parti). (MO)

*In quinta e sesta seduta* lavoriamo sulla difficoltà di dire dei -NO-; poi torna raccontando di avere molto riflettuto sulla possibilità di dire qualche -No- alla madre, tutto sommato nel lavoro precedente (target 1) ha constatato che Dora ha digerito l'abbandono infantile. (MO).

Roberta inizia ad uscire con un ragazzo e intraprende una relazione che spera diventi stabile.

*In settima seduta* mi dice che ha detto un -No- a una richiesta della madre, che si è un po' dispiaciuta; poi, però, Dora ha chiesto all'altra figlia e la cosa si è risolta. P: “Dottoressa ho capito che nessuno è indispensabile e questo mi ha risollevato”. Si rende anche conto che forse il blocco rispetto agli studi era dipeso dalla rabbia di aver dovuto rinunciare a fare la maestra. Ora però si sente contenta di quello che sta facendo, dice che vorrebbe provare il concorso in magistratura.

*In ottava seduta* arriva molto contenta. Racconta di aver parlato con la madre, di averle comunicato di volere cominciare a fare delle scelte sue, anche sbagliando un po'. Le aveva quindi raccontato del lavoro che stava per intraprendere. La madre l'aveva capita, era un po' preoccupata, ma non troppo.

*Nona seduta:* rivalutazione e chiusura del target 2.

### **CONCLUSIONI CASO CLINICO**

Nel lavoro sul trauma transgenerazionale abbiamo trovato le seguenti CN: fase 3 “Sono impotente” della paziente rispetto al trauma materno; fase 4, CN “Non sono amabile” (della madre, con cui Roberta si è identificata). Nel target 2, fase 3: CN “Non sono libera”. Segue in fase 4: CN “Sono colpevole”. Il loro razionale (target 1 e target 2) è: Roberta vive con il costante bisogno di accontentare la madre per farla sentire amabile; per questo non ha la libertà di scegliere, altrimenti si sente in colpa. Avere elaborato l'identificazione con il dolore della madre (target 1) e poi la colpa, ha permesso a Roberta di essere più libera e autonoma (target 2). Inoltre, l'elaborazione della CN materna le ha permesso di sentirsi amabile e avvicinarsi in modo più sereno agli altri.

Il lavoro sui target ha, quindi, consentito a Roberta un passo in avanti nel superamento: 1) Del tratto *narcisistico*: non deve più assolvere, in modo esclusivo, al bisogno di amabilità della madre; 2) Del tratto *passivo/aggressivo*: può ribellarsi alle aspettative eccessive di Dora, non più secondo una modalità passiva, ma al contrario decidendo di iniziare a scegliere e assumendosene la responsabilità; 3) Del ritiro sociale degli ultimi mesi, sentendosi amabile. Questo la rende più libera e sicura/capace. 4) Dello stile di attaccamento materno che presentava un tratto evitante, riuscendo a vivere una maggiore intimità con gli uomini.

### **SINTESI**

Per superare un blocco nel processo terapeutico può essere utile elaborare il trauma transgenerazionale (Tt). I traumi transgenerazionali possono essere di diverso tipo. In questo articolo ne cito uno “esplicito- semplice”. Nel trattamento di questi traumi si individuano due target, utilizzando il foglio di lavoro standard. Il primo riguarda l'evento del trauma transgenerazionale per elaborare l'identificazione e superare la dissociazione; il secondo, un evento/ricordo relativo a un comportamento disadattivo del paziente, dovuto allo stile di attaccamento con il proprio genitore, diretta conseguenza del trauma transgenerazionale. Nel fare questo è importante:

#### *Per il target 1*

Che il paziente abbia chiaro che l'immagine più brutta e la CN relativa al trauma transgenerazionale siano le sue.



- Che il paziente, durante l'elaborazione del trauma transgenerazionale, elabori anche la CN traumatica del genitore, con cui si è identificato.

*Per il target 2*

- Che l'evento/ricordo rappresenti un comportamento adattivo problematico attuale del paziente, dipendente del trauma transgenerazionale su cui abbiamo lavorato precedentemente.

## BIBLIOGRAFIA

- Bonasio, R., & Reinberg, D. (2010). Molecular signal of epigenetic states. *Science*.
- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. (1973). *Lealtà invisibili. La reciprocità nella terapia familiare intergenerazionale*. Ed. It., Roma: Astrolabio, 1988.
- Bowlby, J. (1988). *Una base sicura*. Ed. It., Milano: Raffaello Cortina, 1989.
- Fernandez, I., & Verardo, A. (2019). *EMDR Modello e applicazioni cliniche*. Firenze: Hogrefe.
- Fischer, J. (2017). *Guarire la frammentazione del Sé. Come integrare le parti di sé dissociate dal trauma psicologico*. Ed. It., Milano: 2017, Raffaello Cortina.
- Galimberti, U. (2018). *Nuovo Dizionario di Psicologia Psichiatria Psicoanalisi Neuroscienza*. Milano: G. Feltrinelli.
- Gallese, V. (2014). Neuroni specchio, simulazione incarnata e approccio relazionale in seconda persona alla cognizione sociale. Un nuovo punto di vista sull'intersoggettività. *Congresso Attaccamento e trauma*. Roma : Istituto di Scienze Cognitive.
- Gonzalez, A., & Mosquera, D. (2012). *EMDR e dissociazione: l'approccio progressivo*. Ed. It. Roma: Giovanni Fioriti, 2015.
- Knipe, J. (2015). *EMDR Toolbox: Teoria e trattamento del PTSD complesso e della dissociazione*. Ed. It. , Roma: Giovanni Fioriti, 2017.
- Mahler, M., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *La nascita psicologica del bambino*. Ed. It., Torino, 1978: Boringhieri.
- Rizzolatti, G., & Sinigaglia, C. (2019). *Specchi nel cervello. Come comprendiamo gli altri dall'interno*. Milano: Raffaello Cortina.
- Robinson, N. (2012, June). Legacy informed EMDR: Promote positive and desensitize negative core beliefs stemming from transgenerational and cultural sources. *Presentation at the 13th EMDR Europe Association Conference*. Madrid, Spain.
- Schore, A. (2003). *I disturbi del Sé. La disregolazione degli affetti*. Ed. It., Roma: Astrolabio, 2010.
- Shapiro, F. (2018). *EMDR Therapy, third Edition: Basic Principles, Protocols and Procedures*. Milano: Ed.It. Raffaello Cortina, 2019.
- Siegel, D. J. (1999). *La mente relazionale. neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Ed. It, Milano, 2001,; Raffaello Cortina.
- Solomon, R. (2020, maggio 14). La resilienza al tempo del COVID 19. Workshop in Live streaming: Associazione EMDR Italia.
- Van Der Kolk, B. (2014). *Il corpo accusa il colpo*. Ed. It. Milano, 2015: Raffaello Cortina.
- Van Ljzendoorn, M. (1995). Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: a meta-analysis on the predictive validity of adult attachment interview. *Leiden University, Psychological Bulletin, Vol.117, No.3, 387-403*.
- Yehuda, R., & Lehrner, A. (2018). Intergenerational transmission of trauma effects: putative role of epigenetic mechanisms. *World Psychiatry, volume 17, issue 3*.
- Zaccagnino, M. (2020, novembre 14). Il lavoro sulla genitorialità: protocollo di intervento EMDR. Workshop in Live streaming: Associazione EMDR Italia.



Purtroppo si registrano anche nuovi fenomeni come lo **Zoombombing**, ovvero le intrusioni durante le lezioni online, con l'invio di video osceni e violenze verbali rivolte ai docenti. Le cause dell'incremento sono da ricercarsi in un aumento del tempo trascorso in rete sia da parte dei minori sia degli adulti, causato da nuovi fenomeni quali la didattica a distanza e lo smart working.

## **CONSIDERAZIONI SULLA TERAPIA EMDR**

### **Psicoeducazione**

E' molto importante fornire indicazioni in merito alle conseguenze di un utilizzo scorretto della tecnologia. Spesso i genitori, nei momenti di interazione con i propri figli, vengono distratti dal cellulare. La mancanza di sintonizzazione produce conseguenze negative sul bambino, in termini di capacità di regolare le proprie emozioni e di sviluppare una sensazione di sicurezza.

Inoltre, i caregiver spesso utilizzano i mezzi tecnologici per sedare i bambini nei momenti di crisi. Questo rappresenta un fattore di rischio per lo sviluppo della dipendenza tecnologica. I genitori devono instaurare con il bambino una relazione che lo aiuti a trovare dentro di sé delle strategie per raggiungere uno stato di tranquillità e calma. Infine, i genitori devono essere informati rispetto all'importanza di supervisionare i propri figli nell'utilizzo dei dispositivi tecnologici, dato che il mondo della rete può esporre bambini e ragazzi a pericoli reali. I genitori, inoltre, non devono sottrarre ai figli il cellulare. Una punizione di questo genere, infatti, può avere delle conseguenze sulle relazioni sociali, così importanti per la costruzione dell'identità degli adolescenti.

### **EMDR con le vittime di cyberbullismo**

Attraverso l'approccio EMDR, le vittime possono essere aiutate a elaborare le esperienze di cyberbullismo subite. Inoltre, sarebbe importante un lavoro anche sui traumi del passato che hanno contribuito a installare in loro un vissuto negativo di disvalore. Queste valutazioni negative su di sé, così come la sensazione di non poter aver aiuto da nessuno, portano le vittime a finire nella "rete" del cyberbullismo. Il lavoro con l'EMDR permette di aumentare la propria autostima, la propria capacità di essere assertivi e di chiedere aiuto, prevenendo il rischio di finire in altri cicli di violenza o come vittime o come carnefici.

### **EMDR con gli autori di cyberbullismo**

Gli autori di cyberbullismo devono essere ascoltati per capire qual è il vantaggio che traggono dal mettere in atto prevaricazioni di questo tipo. Spesso gli autori hanno assistito a episodi di violenza familiare che hanno generato in loro un vissuto di bassa autostima. Il comportamento da cyberbullo diventa una corazza per non far intravedere la propria fragilità. Altre volte sono stati vittime in prima persona di cyberbullismo e diventano autori per avere il controllo della situazione.

Altrettanto traumatica può essere l'esperienza del cyberbullo che, in molti casi, ha perso il controllo di quello che inizialmente appariva come un banale scherzo o gioco online.

### **EMDR con gli spettatori di cyberbullismo**

Gli spettatori di cyberbullismo devono essere aiutati ad elaborare le esperienze traumatiche vissute. Il lavoro prevede l'elaborazione delle prevaricazioni subite, nel caso abbiano assunto il ruolo di difensore della vittima. Se, invece, sono rimasti impotenti di fronte alle prepotenze subite dai loro pari, potrebbero aver sviluppato dei sensi di colpa, su cui è importante lavorare. E' fondamentale indagare anche se questa incapacità di intervenire abbia origine da situazioni del passato, che hanno generato in loro l'idea di non poter chiedere aiuto.

## **Bibliografia**

Fernandez I., Maslovaric G., Galvagni M.V. (2011). *Traumi psicologici, ferite dell'anima. Il contributo della terapia con EMDR*. Liguori Editore, Napoli.

Iannaccone N. (a cura di). (2009). *Stop al cyberbullismo. Per un uso corretto e responsabile dei nuovi strumenti di comunicazione*. Edizioni La Meridiana, Bari.

Mastronardi C., Muser L. M. (2020). *Dai banchi di scuola alle aule dei tribunali. Bullismo, cyberbullismo e rischi connessi alle tecnologie*.

Pellai A. (2021). *Tutto troppo presto. L'educazione sessuale dei nostri figli nell'era di Internet*. De Agostini

# STUDIO SUI PROCESSI ESPERIENZIALI EMOTIVI NEGLI OPERATORI SANITARI COINVOLTI NELLA PRIMA FASE PANDEMICA DA CORONAVIRUS PERIODO MAGGIO/GIUGNO

*Arianna Mandrilli*



Il presente elaborato nasce con l'intento di illustrare la nuova situazione che l'attuale epoca ha posto di fronte al mondo intero: la Pandemia da Covid-19; approfondita dal punto di vista di chi, dal primo momento, è stato in prima linea nella lotta al virus. Viene presentato lo studio effettuato presso l'Ospedale E. Bassini di Milano, dove attraverso l'utilizzo della terapia EMDR, sono stati realizzati tre incontri di gruppo con gli Operatori Sanitari del reparto di Nefrologia e Dialisi al fine di creare uno spazio di decompressione, ascolto e insegnamento di nuove strategie per far fronte al periodo particolarmente stressante che da mesi ormai stavano vivendo.

L'approccio EMDR è riconosciuto dall'Organizzazione Mon-

diale della Sanità come molto efficace nel trattamento dei disturbi post-traumatici da stress. Sono molti decenni infatti che l'Associazione EMDR Italia risponde prontamente a situazioni emergenziali di ogni tipo. I più recenti interventi sono stati concentrati a supporto dell'emergenza da Covid-19, dove i Terapeuti con formazione EMDR hanno prestato il loro operato presso diverse strutture, inclusa quella presa in esame in questa sede. Mi sono soffermata sul modello di lavoro proposto da questa Associazione durante il primo lockdown: una locandina postata su un famoso Social Network presentava l'iniziativa del supporto psicologico telefonico da parte dell'Associazione EMDR Italia. Dopo alcune ricerche, l'allora studentessa universitaria all'ultimo anno di Magistrale, ha deciso di voler approfondire l'argomento, il quale poteva essere un'ottima base per la stesura della Tesi di Laurea. Ho contattato la Presidente dell'Associazione, Dott.ssa Isabel Fernandez, alla quale ho avuto modo di illustrare la mia idea di ricerca. A seguito della sua approvazione, sono stata indirizzata alla conoscenza della Dott.ssa Caterina Belvedere, pilota del progetto di sostegno psicologico rivolto agli Operatori Sanitari dell'Ospedale Milanese. Grazie alla collaborazione con la Dott.ssa C. Belvedere, ho potuto operationalizzare e studiare il percorso svolto nel periodo Maggio-Giugno 2020. In una situazione come quella determinata da una Pandemia, le reazioni emotive che ne derivano sono particolarmente intense, soprattutto per i Soccorritori e il Personale Sanitario, tanto da poter a volte rischiare di compromettere il funzionamento delle procedure operative.

Diverse sono le emozioni legate al virus che sono insorte in un periodo così difficile, ad esempio: -paura, di essere infettati, della perdita di controllo, dell'ignoto, del futuro;

- rabbia, che porta con sé il senso di frustrazione, aggravato dalle restrizioni alla libertà personale e stravolgimento della routine quotidiana; rabbia intesa anche come esito al vissuto d'impotenza;
- tristezza, provocata anche dall'isolamento forzato e dal divieto di far visita ai propri cari;
- disperazione, nel non vedere una fine, provocando stati di forte disorientamento e destabilizzazione, conseguenza sfociando in vissuti di stress, ansia o panico;
- vergogna e senso di colpa, qualora venga riscontrata una positività al Covid-19, unite a imbarazzo e umiliazione di essere portatori di una malattia che può danneggiare l'altro.

La società stessa, soprattutto durante la prima ondata pandemica, si è spesso dimostrata stigmatizzante nei confronti di chi risultava positivo al virus, determinando ancor più senso di solitudine e

mortificazione. Il riconoscimento delle proprie reazioni emotive è essenziale per attuare il processo di decompressione al fine di abbassare il livello di stress percepito. Gli Operatori Sanitari, infatti, sono costantemente esposti ad elevati livelli di attivazione, avvertendo la propria sicurezza continuamente minata dal pericolo in atto. La particolare esposizione vissuta in questi mesi ha fatto sì che i trascorsi di gran parte di queste persone sfociassero nell'attivazione di aspetti traumatici legati all'evento. Il trauma, spesso, porta il soggetto verso una direzione della sua vita probabilmente diversa da quella che avrebbe seguito.

Gli Operatori Sanitari che hanno combattuto, giorno dopo giorno, questa difficile e ancora attuale lotta contro il Coronavirus, hanno dovuto inoltre far fronte a una più marcata riorganizzazione della vita quotidiana familiare: il rientro a casa, con le conseguenti procedure di svestizione e sanificazione; la distanza mantenuta obbligatoriamente tra i membri dello stesso nucleo; la suddivisione degli spazi, con il vissuto derivante del senso di colpa per i possibili contagi. Anche la perdita improvvisa dei propri cari, senza, in molti, casi la possibilità di potergli stare accanto negli ultimi momenti della vita, risulta di estrema complessità per una rielaborazione degli effetti sulla psiche umana. Al dolore e alla frustrazione che questo contesto porta con sé, si accompagna spesso il senso d'impotenza e la disperazione per non aver nemmeno potuto porgere un ultimo saluto in modo dignitoso. Per il Personale Sanitario che ha vissuto la tragica esperienza di un lutto familiare in tempo di Covid-19, è stato un continuum senza fine, un ciclo lavoro-casa, casa-lavoro, in cui il tema della morte ha regnato silenziosamente e impetuosamente sovrano.

### *Obiettivi*

L'intervento proposto mira, attraverso l'utilizzo di tecniche psicoterapeutiche, a favorire un riadattamento strategico con l'obiettivo di una più profonda conoscenza dei propri stati interiori, un maggiore autocontrollo sulle situazioni e il superamento delle conseguenze negative emotive e cognitive che la situazione traumatica vissuta ha portato con sé.

### *Metodologia e materiali*

Il percorso presentato agli Operatori del reparto di Nefrologia e Dialisi, strutturato in tre incontri di gruppo (per questo definito di EMDR breve), vede il suo inizio nel Maggio 2020.

Gli incontri sono avvenuti a distanza di una settimana dal primo e di due settimane dal secondo.

Durante il primo incontro vengono sottoscritti il patto di riservatezza (per il rispetto della privacy) e il consenso informato; viene indetto il rispetto del turno di parola (affinché possa essere assicurato a ognuno il proprio spazio) e vengono somministrati la scheda anagrafica, la scala IES-R per la misura dell'impatto dell'evento (Impact of Event Scale, Horowitz e coll., 1979) e il Termometro delle emozioni. Queste due scale di misurazione verranno riproposte con una seconda somministrazione alla fine dell'ultimo incontro, con la finalità di osservare eventuali cambiamenti post-terapia. La scala IES-R indaga tre aree distinte, che sono:

l'evitamento, l'intrusività e l'iperarousal. Le possibilità di risposta vanno da 0 a 4 punti, dove per 0 si intende "per niente" e per 4 "estremamente". Il punteggio totale indica il livello di stress soggettivo, considerando un cut-off di 33. Il Termometro delle emozioni indaga la percezione personale in merito a stress, ansia, umore depresso, rabbia, disturbo del sonno, bisogno di aiuto, con valori attribuibili da 0 (nessuna) a 10 (estrema). Ultima scala proposta è la Post-Traumatic Growth Inventory-PTGI (Pietrantonio, 2006), che va ad indagare l'impressione soggettiva del cambiamento avvenuto dopo aver affrontato un percorso, in questo caso, con l'approccio EMDR. La scala fa riferimento appunto alla crescita posttraumatica che ognuno sente di aver raggiunto in quel determinato momento. Si compone di 21 items con modalità di risposta da 0 (nessun cambiamento) a 5 (cambiamento molto importante); gli items vanno a collocarsi rispettivamente su cinque dimensioni, ovvero: relazione con gli altri, nuove possibilità, forza personale, cambiamento nella spiritualità, apprezzamento per la vita.

### *Partecipanti*

43 sono i soggetti che hanno aderito al percorso, i quali sono stati successivamente divisi in diversi gruppi (in base alle normative vigenti sul contingentamento e alla disponibilità personale).

La composizione degli Operatori Sanitari riporta i seguenti parametri:

- ◇ identità di genere: 37 femmine e 6 maschi;
- ◇ età anagrafica suddivisa per fasce: 2 partecipanti con età compresa tra i 20 e i 30 anni, 5 con età compresa tra i 30 e i 40 anni, 18 con età compresa tra i 40 e i 50, 17 con età compresa tra i 50 e 60, 1 con età superiore a 60 anni;
- ◇ scolarità: 10 soggetti con Diploma di Scuola Superiore, 15 soggetti con corso post-Diploma Superiore, 9 soggetti con Laurea Triennale, 2 soggetti con Laurea Vecchio Ordinamento, 7 soggetti con Specializzazione;
- ◇ ruolo lavorativo: 4 partecipanti O.S.S., 30 partecipanti Infermieri, 1 partecipante Coordinatore Infermieri, 7 partecipanti Medici, 1 partecipante Medico Dirigente;
- ◇ numero dei familiari conviventi: 4 Operatori non hanno conviventi, 11 Operatori con 1 convivente, 14 Operatori con 2 conviventi, 13 Operatori con 3 conviventi, 1 Operatore con 4 conviventi. Del campione, hanno contratto positività al virus 3 membri su 43. Si è voluto prendere in considerazione, inoltre, al fine di una maggiore chiarezza rispetto al riscontro emotivo-traumatico della situazione, l'eventuale positività di parenti degli Operatori: 7 partecipanti hanno dichiarato di aver avuto parenti positivi al virus, dei quali 2 ne hanno vissuto il lutto.

#### *Struttura degli incontri*

Nel corso degli incontri di gruppo viene affrontata in primis la Psicoeducazione, con l'obiettivo di poter fornire ai partecipanti nozioni sul proprio funzionamento reattivo-emotivo e, conseguentemente, vengono spiegati esercizi pratici con metodo EMDR finalizzati alla desensibilizzazione, rielaborazione e stabilizzazione dell'esperienza traumatica. Tra le molteplici tecniche disponibili, vengono selezionate "l'abbraccio della farfalla", "il grounding" e "l'esercizio della polvere", in quanto tecniche che non si focalizzano sul respiro. Il respiro, infatti, assume una particolare accezione negativa in questa situazione: il Coronavirus colpisce nello specifico l'apparato respiratorio, di conseguenza è stato evitato l'uso di training focalizzati su di esso, svincolando così una riattivazione dei vissuti sconvolgenti in fase di stabilizzazione.

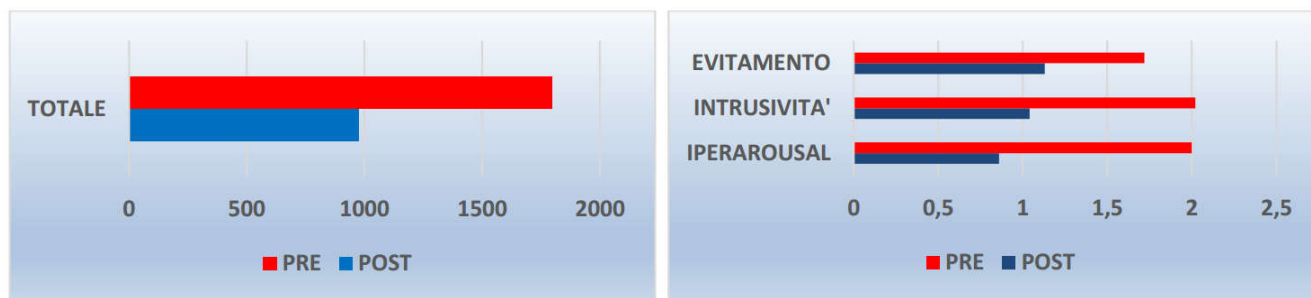
Gli Operatori Sanitari vengono invitati a turno a parlare di sé, di come hanno vissuto la situazione in prima persona, di come hanno reagito e come ancora sentono risuonare in loro l'argomento Covid-19. Il lavoro di desensibilizzazione e rielaborazione viene affrontato anche tramite la richiesta di pensare all'immagine peggiore di ciò che si è appena narrato, sentendo l'emozione arrivare nel corpo, dopodiché lasciar scorrere le immagini e le sensazioni senza aggrapparsi a nessuna di esse, come quando ci si trova su un treno in corsa e si guarda fuori dal finestrino il paesaggio che velocemente muta. Per installare ciò che si ha appreso viene proposta la ricerca del proprio punto di forza, mentalizzandolo. La percezione delle proprie risorse positive è un punto molto importante della terapia, perché fa sì che i soggetti si abituino a individuare gli stimoli favorevoli a loro disposizione per il superamento delle difficoltà che nel corso della vita si presentano. Il cambiamento del funzionamento psicologico che avviene a seguito di un trauma viene detto di "crescita post-traumatica", dove l'esperienza vissuta è quella di una profonda trasformazione che permette di sopravvivere alla nuova realtà. A chiusura dei tre incontri di gruppo, con lo scopo di avere una risultanza quantitativa rilevabile del cambiamento avvenuto, viene inoltre somministrata la scala per la misurazione della crescita posttraumatica "Post-Traumatic Growth Inventory-PTGI".

#### *Risultati*

Dall'analisi delle due somministrazioni avvenute in merito alla scala IES-R, è possibile porre un confronto tra il pre-terapia e il post-terapia, notando come in tutti e 22 items il livello di percezione tenda ad affievolirsi.

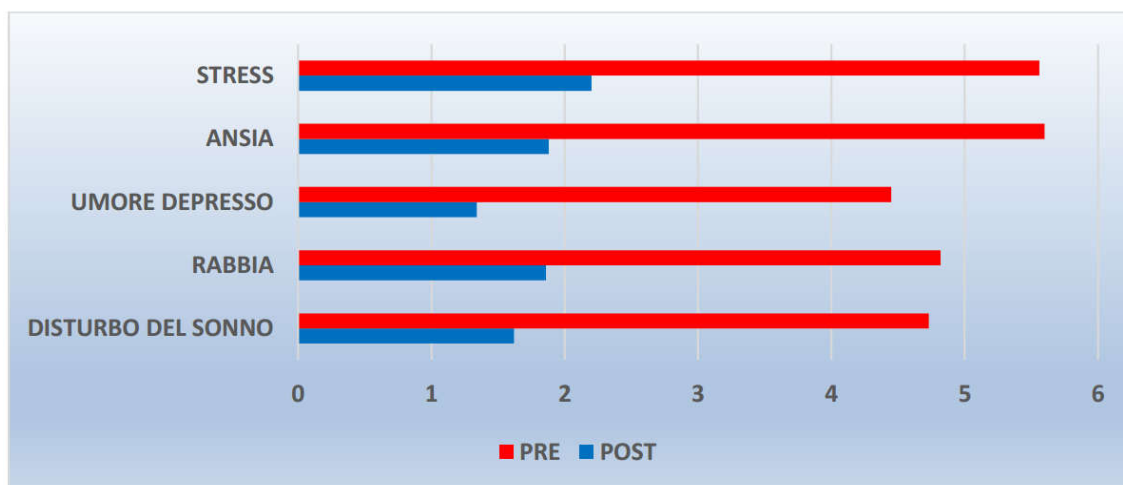
Dai risultati emersi dalla somma totale delle risposte è stato dimostrato un abbassamento della percezione dell'evento traumatico di quasi il 50% rispetto all'inizio (PT1=1799 M=42; PT2=977 M=23). In particolare, la subscale con una diminuzione dei punteggi più evidente risulta essere quella dell'"iperarousal", dove alla prima somministrazione recava punteggi alle risposte con media 2, mentre all'ultima misurazione è scesa a M=0.86: un calo dell'attivazione del 57%. Le domande

facenti capo a questa subscale che hanno avuto una maggiore inversione di tendenza sono state, ad esempio, “mi sono sentito irritabile ed arrabbiato”, “sono stato nervoso e mi sono spaventato facilmente”, “ho avuto difficoltà ad addormentarmi”. Per quanto riguarda la subscale “intrusività”, nella misurazione pre-trattamento i dati recavano risposte con una media di 2.02, mentre nella somministrazione post-trattamento la media delle risposte agli items diventa di 1.04: la diminuzione della percezione intrusiva soggettiva del trauma nel pensiero quotidiano è del 48%. Le domande afferenti a questa subscale che hanno dimostrato avere maggiore cambiamento sono state, tra le altre, “le immagini di esso mi entravano nella mente all’improvviso” e “ho provato ondate di forti emozioni relative ad esso”. In merito alla subscale “evitamento”, la misurazione pre-terapia segnava risposte con una media dei punteggi di 1.72, mentre nell’ultima somministrazione le risposte risultano avere  $M=1.13$ : il calo evidenziato è del 34%. La subscale “evitamento” è risultata essere quella con minor scostamento dei punteggi: una riflessione utile da proporre è sul termine non definito che questa situazione pandemica continua a trascinare con sé. Sicuramente risulta difficile evitare un evento ancora in corso, soprattutto vivendolo nella propria quotidianità.



Dall’operazionalizzazione dei dati provenienti dalle due somministrazioni della scala autovalutativa del Termometro delle emozioni, emergono significativi cambiamenti in positivo, in particolare:

- ◆ stress: nella prima somministrazione la percezione di esso si collocava con una media delle risposte di 5.56, che scende a 2.20 nella seconda misurazione;
- ◆ ansia: nella prima somministrazione la media delle risposte indicava una percezione del 5.60, che scende a 1.88 nella seconda misurazione;
- ◆ umore depresso: nella prima somministrazione la percezione di esso recava una media delle risposte del 4.45, mentre alla seconda misurazione la media scende a 1.34;
- ◆ rabbia: nella prima somministrazione la percezione di essa apportava una media dei valori descritti del 4.82, che scende a 1.86 nella seconda misurazione;
- ◆ disturbo del sonno: nella prima somministrazione la media dei punteggi indicati recava un valore di 4.73, mentre alla seconda misurazione la media scende a 1.62;
- ◆ -bisogno di aiuto: nella prima somministrazione la percezione di avere tale bisogno aveva una media delle risposte del 5.17, mentre alla seconda misurazione tale valore scende a 1.88.



Dall'esame dei dati sopra esposti il costrutto dell'ansia è percettivamente la sensazione più provata, ma diventa anche quella con maggiore miglioramento nella misurazione post-terapia EMDR ( $M=-3.72$ ). Per quanto riguarda l'analisi dei dati provenienti dalla somministrazione della scala PTGI (Post-Traumatic Growth Inventory), emerge una preponderanza delle risposte intorno ai valori 2 e 3 della scala ( $M=2.80$ ); la media per persona risulta collocarsi a 59 punti su un massimo totale di 105. Questi punteggi stanno ad indicare che il valore attribuito al percorso di crescita risulta approssimativamente del +43%.

La dimensione della forza personale risulta essere quella con maggiore percezione positiva di crescita, a seguire l'apprezzamento per la vita e le nuove possibilità. Si riscontrano risultati più alti alle domande "ho maggiore fiducia in me stesso" ( $M=3.45$ ), "sento di potermela cavare meglio nelle difficoltà" ( $M=3.50$ ), "ho scoperto di essere più forte di quello che credevo" ( $M=3.42$ ).

#### Conclusioni

Lo studio presentato definisce quanto l'approccio EMDR sia efficace nel produrre una sana elaborazione strategica anche nelle situazioni più impervie: soprattutto nelle scale in cui è stato possibile effettuare due misurazioni, si è osservata una considerevole riduzione del malessere percepito soggettivamente a fronte del raggiungimento di una condizione di miglioramento in tempi decisamente celeri. Stando ai risultati ottenuti, si evince esserci ancora un buon margine di miglioramento, nonostante l'ottimo risultato ottenuto in sole tre sedute con terapia EMDR. Il fattore "tempo trascorso dall'accaduto" sicuramente incide per la progressione verso un ritorno alla quotidianità. Sottolineo, ancora una volta, che la situazione presa in esame non è tutt'ora conclusa, rendendo difficile un distacco dall'accaduto. I risultati illustrano il raggiungimento di miglioramenti rispetto alle intrusioni sensoriali, agli stati ansiosi, ai livelli di attivazione, alle manifestazioni somatiche.

E' importante intervenire in maniera costante sulle azioni di supporto rivolte agli Operatori della Sanità: eventi con un elevato carico emotivo producono gravi reazioni e cambiamenti rispetto ai normali stati fisiologici, che se non prontamente e adeguatamente rielaborati possono sfociare in marcate destabilizzazioni personali.

Il profondo valore umanitario che il Progetto messo in campo dall'Associazione EMDR porta con sé, rende percepibile quanto impegno e dedizione vengono investiti nel supporto psicologico in situazioni emergenziali, ricoprendoli di un'estrema importanza.

La Pandemia ha portato tutti noi a riflettere sul senso della vita, e l'Associazione EMDR Italia, con il suo fondamentale contributo, ne è stata certamente parte attiva.



Congressi Siti News Contatti **Area riservata**

EMDR FORMAZIONE TRAUMA RICERCA EMDR IN EMERGENZA EMDR NEGLI ENTI TERAPEUTI BIBLIOGRAFIA

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

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



# STIMOLAZIONE BILATERALE ALTERNATA EFFETTO RALLENTY

**Gabriella Giovannozzi**

Supervisore EMDR - Firenze



Una parte importante del nostro lavoro di psicoterapeuti serve a stimolare la meta-riflessione del paziente e a portarlo ad una maggiore consapevolezza dei suoi processi mentali. Spesso il paziente che chiede aiuto alla psicoterapia lamenta una condizione di inconsapevolezza, si percepisce vittima di automatismi, non sa cosa gli sta succedendo e perché. È nostro il compito di aiutarlo a far chiarezza sulle cause della sua condizione di sofferenza e sui meccanismi che contribuiscono al suo mantenimento.

In questa prospettiva, quando lavoriamo in approccio EMDR, è importante non soltanto individuare i traumi che sono alla base del quadro sintomatico che il paziente propone. Importante è, anche, individuare come il cervello di quel paziente si è disorganizzato a partire da quei traumi, quali sono le sue aree di dis-funzionamento e quali sono i processi mentali disfunzionali

che concorrono al suo mantenimento. Allo stesso modo sarà utile conoscere dove il paziente funziona, quali sono le sue risorse e i processi mentali positivi che da esse si attivano. Come afferma la Laliotis (Laliotis D., 2021), non conta soltanto quello che è accaduto allora, conta anche quello che è accaduto dopo! Raccogliere il maggior numero possibile di dati relativi a questo quadro complesso, che include gli eventi di vita avversi e quelli positivi, nella storia del paziente, nonché gli aggiustamenti che ad essi sono seguiti, abbracciando il passato lontano, il passato recente e la fase attuale, e ordinarli, a partire dalla sintomatologia che il paziente ci propone, servirà a impostare una buona concettualizzazione del caso, permettendoci di individuare i punti e le aree su cui intervenire. Ci permetterà, cioè, di costruire un piano terapeutico mirato ed efficace.

Questo piano sarà aggiornabile sulla base dei nuovi dati che potranno emergere, nel corso della psicoterapia, man mano che cresce la consapevolezza del paziente e la sua disponibilità a collaborare. La concettualizzazione del caso, infatti, non è operazione solitaria di un terapeuta indottrinato. La concettualizzazione del caso è un processo condiviso fra un terapeuta in grado di orientarsi e di procedere con domande sempre più precise nel quadro sintomatico proposto e un paziente che filtra i dati che lui stesso produce.

Credo che due siano i passaggi fondamentali per iniziare questa raccolta di dati. Non serve far parlare a caso il paziente, che lasciato solo, potrebbe letteralmente inondare con la sua sofferenza e il racconto disordinato della sua vita le prime sedute.

Il primo passaggio di una buona concettualizzazione del caso è ottenere un'accurata descrizione da parte del paziente della sintomatologia che vuole risolvere. Dovremo far parlare il suo sintomo, conoscerne la storia, il punto di partenza, eventuali momenti di acutizzazione o remissione, i *trigger* attuali che hanno portato alla richiesta di aiuto. Dovremo, con domande precise, esplorare le convinzioni, le emozioni e sensazioni corporee ad esso correlate, individuare le aree di funzionamento che la sintomatologia ha compromesso, capire a cosa serve. Ricordiamoci che un sintomo è il miglior aggiustamento che quella persona è riuscita a trovare per far fronte alla condizione disfunzionale che stiamo cercando di inquadrare. Esplorandolo potremo risalire alla sua origine. È il sintomo, infatti, l'elemento prezioso che fornisce le tracce per risalire alle cause che lo hanno prodotto e, per questo, non ne va sprecato alcun dettaglio.

Il secondo passaggio di questo processo di emersione e riordino di dati è la messa a fuoco dell'obiettivo terapeutico che il paziente vuole raggiungere, la domanda a cui il lavoro che andremo a fare deve rispondere. Anche questo può essere un traguardo definitivo non facile da raggiungere. L'individuazione di questo obiettivo, infatti, coinvolge il tema complesso dei bisogni del paziente. Tema su cui, spesso, chi intraprende una psicoterapia non ha affatto le idee chiare, provenendo da situazioni che non hanno soddisfatto i suoi bisogni e non lo hanno, pertanto, abituato a riconoscerli. Spesso un paziente alle prime sedute è generico nella sua domanda di aiuto, parla di voler star meglio, di volersi liberare di stati d'animo negativi, usa in modo generico le etichette psichiatriche: non vuole l'ansia, non vuole la depressione, ma non sa identificare di che cosa ha bisogno, cosa gli serve per raggiungere l'agognato star bene. Spendere del tempo per fargli precisare la sua domanda può essere importante, per rendergli il contesto di accoglienza focalizzata sul suo bisogno, di cui è stato privato a suo tempo.

Si comprende da questi primi passaggi che ho descritto che la concettualizzazione del caso è un processo aperto, da affinare nel corso di una psicoterapia, per centrare sempre meglio l'obiettivo: comprendere il punto o i punti di partenza dello star male che vogliamo risolvere e come esso si è sviluppato, complicandosi fino alla fase attuale, che ha portato alla richiesta del nostro intervento. Il suo successo dipenderà dalla quantità e qualità dei dati emersi, cioè dalla capacità del terapeuta di ottenerli, riconoscerli e ordinarli e dalla disponibilità del paziente a fornirli.

Si comprende anche, da quanto affermato, che la concettualizzazione del caso è un processo mirato. Non è lasciar parlare il paziente a caso, per dargli l'impressione di accoglierlo. L'accoglienza sta nel creare l'ambiente sicuro e senza giudizio, perché il paziente, opportunamente guidato, possa produrre i suoi dati. D'altra parte una concettualizzazione del caso ben fatta ha già un impatto di cura. Essa disvela, ordina, crea alleanza terapeutica, da consapevolezza al paziente di quello che gli è accaduto e continua a accadergli. La concettualizzazione del caso in chiave di approccio EMDR serve ad individuare i traumi che poi andremo a processare, col protocollo *standard*, ma è essa stessa un inizio del processamento.

Quando lavoriamo in approccio EMDR, l'intera operazione terapeutica che stiamo facendo è in chiave EMDR, cioè è guidata dall'intuizione che è alla base del modello AIP, suo modello teorico di riferimento. Secondo questo modello la patologia e i sintomi che la rendono manifesta, sono l'effetto della perdita della naturale tendenza adattiva del cervello: tendenza che l'operazione terapeutica dovrà aiutare a ripristinare. In questo caso noi non stiamo, soltanto, usando l'EMDR come tecnica, per processare traumi specifici. Questo lo faremo, di tanto in tanto, utilizzando la memoria storica dell'EMDR, che ci ha insegnato che, entrando in modo mirato su alcuni residui mnestici irrisolti, facilitiamo quella riattivazione, ma dobbiamo essere consapevoli che stiamo compiendo un'operazione più larga. Stiamo riattivando un cervello che ha perso la sua funzionalità, stiamo rimettendo in moto un meccanismo inceppato, agendo di volta in volta come possiamo e con i mezzi che abbiamo. Per questo l'EMDR accetta l'integrazione da altre psicoterapie: l'EMDR non vuol perdere alcun contributo, prodotto dallo sforzo delle psicoterapie che lo hanno preceduto, che possa aiutare a ridare al paziente il suo funzionamento naturale. Ovviamente l'EMDR ha, anche, i suoi propri strumenti e le sue tecniche specifiche, ma non c'è una fase di preparazione e poi un intervento EMDR. L'operazione è una sola ed ha un unico scopo, quello di far ritrovare al cervello la sua naturale capacità adattiva.

In questa prospettiva ha senso utilizzare, la stimolazione bilaterale alternata, strumento specifico dell'EMDR, non solo durante la fase 4 del protocollo *standard*, ma, più in generale, sempre in modo mirato e preciso, in tutte le situazioni in cui vogliamo stimolare il cervello, cioè quando vogliamo attivare collegamenti, quando vogliamo rinforzare un collegamento positivo, quando vogliamo aumentare la consapevolezza del paziente: tutte le volte, cioè, che vogliamo espandere e/o rinforzare i dati che il paziente ci sta fornendo.

Come abbiamo affermato all'inizio, le descrizioni che i pazienti forniscono dei loro vissuti, delle loro reazioni emotive ed anche, più semplicemente, dei fatti loro accaduti sono, spesso, sbrigative e

povere di dettagli. Particolarmente nella prima fase del trattamento, è, spesso, scarsa la capacità del paziente di riflettere su quello che è realmente avvenuto dentro di lui, in risposta all'evento stressante che sta riportando. La narrazione risulta povera e sono omessi passaggi fondamentali per la sua comprensione. Un paziente, per esempio, potrebbe semplicemente riportare che qualcuno ha detto qualcosa e lui si è arrabbiato, oppure che è andato al lavoro e gli è presa l'ansia, che ha visto una certa persona ed è diventato triste. Potrebbe, cioè, raccontarci alcune situazioni *trigger* del suo malessere, dandoci l'inizio e la fine dell'episodio vissuto, ma omettendo quei passaggi intermedi che, effettivamente, hanno costruito la sua risposta di sofferenza. In questi casi, può essere utile, per aumentare la sua consapevolezza e la nostra conoscenza, utilizzare la tecnica che chiamerò Stimolazione Bilaterale Alternata Effetto Rallenty. Dopo avere scelto un evento di vita ritenuto dal paziente importante e da noi valutato significativo nel quadro patologico che sta emergendo, indagheremo l'eventuale tendenza a ripetersi di episodi dello stesso tipo. Individuata questa tendenza, cercheremo col paziente, a partire dall'episodio riportato, un episodio simile del lontano passato e un altro più recente. Il nostro obiettivo attuale è quello di allertare la consapevolezza del paziente sull'importanza di uno schema di comportamento che egli tende inconsapevolmente a riproporre. Potremo, eventualmente, in una fase successiva ritornare sui due episodi passati, per ripetere su di essi la tecnica che stiamo per descrivere e incrementarne l'effetto.

Raggiunta una qualche consapevolezza da parte del paziente sulla significatività dell'episodio riportato, lo inviteremo a raccontarcelo di nuovo, avvertendolo che, durante la narrazione, lo guideremo, interrompendolo di tanto in tanto, per aiutarlo con un po' di stimolazione bilaterale. Durante il racconto, infatti, lo fermeremo, tutte le volte che noteremo una qualche approssimazione e/o omissione, invitandolo ad esplorare in modo esaustivo il passaggio su cui lo abbiamo fermato, con l'aiuto della stimolazione e sollecitandolo con domande mirate, se necessario. Ovviamente la nostra attenzione sarà prevalentemente su eventuali passaggi interni che sono stati omessi nel racconto, senza trascurare dettagli esterni significativi, in particolare quelli che coinvolgono altri personaggi presenti nell'episodio. Supponiamo, per fare un esempio, che l'episodio di partenza sia: sono tornata a casa, ho salutato mio marito, non mi ha risposto, mi sono arrabbiata. Cominceremo dal primo passaggio (sono tornata a casa) invitando la paziente a esplorarne tutti i dettagli (la paziente era stanca, serena, triste, aveva particolari aspettative etc.). Se c'è bisogno il terapeuta intervorrà con domande precise, in questo caso, per indagare lo stato specifico di partenza della paziente. Poi passeremo al momento immediatamente successivo, per esplorare la situazione trovata appena entrata (c'era il televisore acceso, c'era silenzio, il marito era al computer, al telefono, stava lavorando, stava riposando etc.). Ricostruita con precisione la scena, indagheremo quale è stata la prima reazione della paziente (piacere, fastidio, imbarazzo etc.) per poi esplorare, sempre con domande mirate e un po' di stimolazione bilaterale alternata se la reazione provata è stata percepita dalla paziente o è rimasta sotto soglia. In questo secondo caso, sempre il più pericoloso, se non è venuta a galla e tanto meno è stata espressa, indagheremo con la paziente a cosa questa reazione ha portato, in quale parte del corpo è rimasta, eventualmente, bloccata. Allo stesso modo esploreremo eventuali dettagli concreti che potrebbero essersi verificati (eventuali segnali da parte del marito di essersi accorto del suo ingresso, per esempio, o altre possibili sue reazioni) e, man mano che emergono dati, esploreremo la reazione interna della paziente e la direzione verso cui è andata (verso l'esterno, verso l'interno, è stata percepita, espressa, si è bloccata etc.). Procederemo, in questo modo, fermando la paziente quando accelera impropriamente nel racconto, invitandola a esplorare, con l'aiuto della stimolazione bilaterale, tutto quello che può essere accaduto e che sta accadendo dentro di lei, mentre stiamo rievocando l'episodio, invitandola, man mano che emergono dettagli, a esplorare le eventuali ragioni dell'iniziale trascuratezza del suo racconto. Tutto questo con calma, quasi a rallentatore e, se possibile, esplorando di pari passo l'effetto nel corpo di quanto stiamo visitando, fino a raggiungere una ricostruzione, per quanto possibile esaustiva dell'accaduto. Il nostro obiettivo è quello di dilatare, aprendolo a fisarmonica, l'episodio di partenza, riportato in modo troppo misero per essere utilizzato

a pieno. È importante che il terapeuta proceda sicuro, fermo e capace di fermare il paziente con gentilezza autorevole tutte le volte che ritorna nella modalità di racconto affrettata. La stimolazione bilaterale alternata ci aiuterà a far approfondire al paziente i passaggi che egli tende ad omettere e produrrà su di essi possibili collegamenti. Se l'episodio è stato scelto appropriatamente, per la sua importanza nel quadro patologico che il paziente porta, questa esplorazione ci porterà elementi utili per chiarirci e chiarire al paziente il suo funzionamento in alcune situazioni significative per il suo malessere. Una volta terminata questa esplorazione a rallentatore, infatti, dopo aver rievocato col paziente i passaggi più importanti del percorso ricostruito, lo inviteremo a riguardarli per individuare i possibili errori da lui commessi, i passaggi che potevano essere cambiati o introdotti per rendere il suo comportamento più efficace. In questo modo la tecnica comincerà a produrre anche un effetto terapeutico, rinforzabile con la stimolazione bilaterale alternata.

Tornando al nostro esempio, potrebbe accadere che la paziente realizzasse di essere stata troppo affrettata nelle sue conclusioni, di non aver fatto abbastanza per farsi sentire e capire nelle sue intenzioni, di essersi ritirata troppo presto dalla comunicazione interattiva per chiudersi in una reazione solitaria e impotente, che l'avrebbe portata, poi, ad una rabbia inefficace. Possibili reazioni citate a titolo d'esempio, ma piuttosto frequenti. È interessante notare, infatti, che quando chiediamo al paziente di individuare i passaggi non adattivi del suo comportamento, spesso, sono proprio le reazioni passive le prime ad essere segnalate come pericolose.

A discrezione del terapeuta la procedura descritta potrà essere riproposta sui due episodi, quello del passato lontano e quello del passato recente precedentemente isolati, per evidenziare i comportamenti reiterati.

La tecnica della Stimolazione Bilaterale Alternata Effetto Rallenty stimola la meta-riflessione del paziente, rendendolo più capace di fornire e di riconoscere dati importanti per la spiegazione delle sue risposte di sofferenza. Abbastanza rapidamente, essa permette al terapeuta di raccogliere dati preziosi per la concettualizzazione del caso e fornisce al paziente una porta d'ingresso per conoscere ed eventualmente modificare alcuni suoi comportamenti. Ha, rispetto alla psicoeducazione, pur sempre utilizzabile, in particolare nelle prime fasi del trattamento, il vantaggio di non introdurre conoscenza, ma piuttosto attivare l'auto riflessione del cervello del paziente, perché egli possa trovare, in modo autonomo, le proprie soluzioni. Come tale essa è coerente con l'approccio EMDR. Utilizzabile, come abbiamo visto, per la raccolta dei dati, ossia per inquadrare il malessere del paziente, può avere, anche un effetto terapeutico, trovando applicazioni anche in fasi successive del trattamento, tutte le volte che può essere utile aiutare il paziente a riconoscere la qualità disadattiva di alcuni suoi comportamenti. In questa prospettiva può essere utile utilizzarla con i Disturbi di Personalità, in particolare con il Disturbo di Personalità Borderline, che spesso comporta inconsapevolezza da parte del paziente sulla qualità non adattiva di alcuni suoi comportamenti relazionali. Applicata, in particolare, su situazioni relazionali *trigger* del malessere, può aiutare a far riconoscere al paziente la sua porzione di responsabilità sull'esito negativo di quelle situazioni, segnando una svolta importante nel trattamento. Sappiamo, infatti, che il riconoscimento da parte del paziente della propria porzione di responsabilità nella costruzione del suo malessere è il passaggio che segna la svolta per un esito positivo del trattamento di questo tipo di disturbo.

#### *Bibliografia*

Lalot Deany, *The State of the Art of EMDR Therapy: from Technique to Psychotherapy*, Emdr Consultant's day, June, 10, 2021.

# Un approccio di terapia EMDR in pazienti ambulatoriali con disturbo di personalità narcisistico

## Uno studio esplorativo

**Gianpaolo Mazzoni<sup>1</sup> - Elisa Minissale<sup>3</sup>, Giulia Bertoli<sup>3</sup>,  
Giuli Aldi<sup>3</sup>, Niccolò Bardazzi<sup>3</sup>, Isabel Fernandez<sup>2</sup>**

<sup>1</sup>Supervisore EMDR Firenze - <sup>2</sup>Supervisore EMDR Milano - <sup>3</sup>Terapeuta EMDR



### Psicopatologia del Narcisismo, traumi di vita ed EMDR

Nel DSM-5 il disturbo narcisistico di personalità viene descritto come un pattern pervasivo di grandiosità, caratterizzato dalla necessità di ammirazione e dalla mancanza di empatia (American Psychiatric Association, 2013). Nel tempo, quindi, si è sviluppata una ricca letteratura a supporto dell'esistenza di diversi sottotipi di disturbo narcisistico di personalità (Akhtar & Thomson, 1982; Fossati et al. 2005; Gabbard, 1989; Kernberg, 1975; Miller & Campbell, 2008; Pincus & Lukowitsky, 2010; Pincus, Cain, & Wright, 2014; Russ, Shedler, Bradley, & Westen, 2008; Wink, 1991, 1992; Levy, 2012) o della possibilità che lo stesso soggetto possa sperimentare diversi stati mentali caratterizzati da vulnerabilità oltre che grandiosità (Dimaggio, Semerari, Falcone, Nicolò, Carcione, & Procacci, 2002; Horowitz, 1989; Young & Flanagan, 1998). Nel corso degli anni, la pratica clinica ha consentito di osservare l'esistenza d'individui con livelli elevati di narcisismo ma con variabilità emotiva che differiva dal prototipo del paziente narcisista. Questa forma, è stata identificata con diversi termini: vulnerabilità-sensibilità (Wink, 1991), narcisismo covert (Rose, 2002; Wink, 1991), narcisismo ipersensibile (Hendin & Cheek, 1997), narcisismo vulnerabile (Pincus & Lukowitsky, 2010), a pelle sottile (Akhtar & Thomson, 1982). All'opposto si trova, il narcisismo overt denominato anche grandioso, inconsapevole, esibizionista, a pelle spessa o fallico (Bateman, 1998; Britton, 2000; Cooper, 1981; Gabbard, 1989; Masterson, 1981; Rosenfeld, 1987; Wink, 1991). L'osservazione clinica è stata sostenuta anche da studi (Wink, 1991; Given-Wilson, McIlwain, & Warburton, 2011) che hanno individuato una distinzione statisticamente significativa fra le due forme di narcisismo covert e overt, definendole come costrutti indipendenti. Entrambe le forme tuttavia condividono alcuni deficit metacognitivi, che si esprimono nei sentimenti contrastanti di grandiosità e vulnerabilità che i pazienti affrontano sopprimendo l'uno o proiettando l'altro (Mc Williams, 1994). Questo suggerisce che, dietro la grandiosità del narcisismo overt, esiste un sé svuotato mentre il narcisista covert proietta la vulnerabilità emotiva e sopprime la pretesa ad avere diritto a qualcosa (Akhtar & Thomson, 1982; Broucek, 1991; Kohut, 1971). Freeman & Beck (1993) considerano il disturbo narcisistico di personalità come prodotto della combinazione di schemi disfunzionali relativi al sé, eccezionale e grandioso, al mondo, adorante e pronto ad un apprezzamento incondizionato, e al futuro, radioso e costellato di successi. Lo sviluppo di questi schemi sarebbe conseguenza di esperienze ripetute di elogio ed esaltazione eccessivi o, al contrario, di episodi di rifiuto ed emarginazione in grado di suscitare sentimenti di inferiorità, ricorso a fantasie compensatorie e un marcato senso di diversità rispetto agli altri. La struttura di personalità narcisistica può svilupparsi come tentativo di connessione coi genitori, per difendersi da emozioni post-traumatiche di abbandono e per interiorizzare le proprie figure di attaccamento che, secondo alcuni studi, presentano a loro volta tratti narcisistici (Mosquera, 2012). Anche nel caso in cui i genitori non mostrino tratti narcisistici evidenti, possono usare il figlio come compensazione per desideri frustrati o per sopperire al proprio senso d'inadeguatezza (Segrin, Woszidlo, Givertz, & Montgomery, 2013). Bambini, figli di genitori incapaci di rispecchiare e riconoscere l'esperienza interiore altrui, possono considerare la perfezione come unica strada per ottenere l'attenzione e mantenere la relazione. Il narcisismo quindi avrebbe una funzione compensatoria: il sentirsi speciale supplirebbe all'indifferenza e alla trascuratezza espressa dai genitori; pertanto l'ostentazione di un sé grandioso nasconderebbe un profondo senso d'indegnità (Stone, 1993) originatasi dal ripetuto trauma dell'abbandono emotivo (Kernberg, 1998). L'importanza dell'ambiente familiare viene riconosciuto e sottolineato anche da approcci terapeutici diversi dall'EMDR come il trattamento cognitivo-comportamentale (Young, Klosko, & Weishaar,

2007): spesso si tratta di contesti in cui il bambino esperisce profondi vissuti di solitudine e di mancanza di affetto. Anche fra i pari, possono essere vittime d'isolamento a causa di rifiuti ed esclusione. La coppia genitoriale non impone limiti e regole e appare permissiva rispetto a richieste materiali. Young sottolinea come il paziente di frequente sia stato oggetto di sfruttamento e manipolazione da parte delle figure di riferimento più attente ad appagare i propri bisogni che corrispondere emotivamente al figlio. Infatti in queste famiglie, l'accudimento è vincolato al compiacere i desideri dei genitori e al plasmarsi al loro modello ideale. Il legame è mantenuto al prezzo di un mancato riconoscimento di bisogni e qualità personali ritenute non accettabili dai genitori. Così si verrebbe a creare una dicotomia in base alla quale essere normale equivale ad essere ignorato e rifiutato mentre l'essere speciale significherebbe ricevere attenzione ma non affetto (Young et al., 2007). Il bambino può diventare oggetto di aspettative eccessive e non adeguate alle reali potenzialità subendo un enorme pressione emotiva. Alcuni autori ritengono che crescendo l'individuo generalizzerà gli apprendimenti avvenuti all'interno della relazione d'attaccamento a tutti i rapporti, creando i presupposti per il verificarsi di nuove esperienze traumatizzanti di abbandono e indifferenza (Shapiro, 2001).

La costruzione e mantenimento della relazione terapeutica può essere un compito complesso per i terapeuti che hanno in cura pazienti con disturbo narcisistico della personalità (Dimaggio & Semerari, 2003, Caligor et al., 2015; Ellison et al., 2013; Tanzilli et al., 2015). A tal riguardo Freeman e Beck (1993) sottolineano la necessità di porre grandissima attenzione alla relazione terapeuta-paziente al fine d'introdurre degli elementi correttivi: il terapeuta è invitato a eseguire un costante monitoraggio dei propri pensieri e a gestire le reazioni personali in risposta ai comportamenti del paziente. Numerose ricerche infatti hanno evidenziato che la distanza emotiva manifestata da questi pazienti (Freeman e Beck, 1993), l'evitamento di una relazione significativa col terapeuta per scongiurare il dolore del rifiuto (Young et al., 2007), nonché la presenza di numerosi deficit metacognitivi, la tendenza a riproporre cicli interpersonali disfunzionali o a percepire distanza relazionale, sentimenti di incapacità e inadeguatezza (Dimaggio & Semerari, 2003), portano spesso a interruzioni precoci del percorso psicoterapeutico. A questo esito contribuisce anche la difficoltà diagnostica: questi pazienti infatti si presentano spesso riferendo una sintomatologia di tipo depressivo e/o ansioso, tale da indurre il clinico ad un'errata diagnosi in fase di assessment (Dawood, & Pincus, 2018). A riguardo, l'approccio dell' Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) può essere considerato una terapia utile ed efficace per i disturbi gravi di personalità (Bergamen, 2014) e per la psicopatologia da traumi complessi (Onofri, 2012), come nel disturbo narcisistico della personalità (Bergman, 2014; Moschera, & Gonzalez, 2016), dimostrando bassi valori di drop-out (Wilson & Farrel, 2018). Infatti le dinamiche relazionali sembrano giocare un ruolo meno sbilanciato ed meno agonistico probabilmente grazie a una minor percezione di dipendenza e a un maggior livello di collaborazione fra paziente e clinico (Verardo, & Lauretti, 2020). Nella terapia EMDR, il terapeuta aiuta il paziente a comprendere le relazioni fra eventi e processi interni rendendo l'andamento meno conflittuale, dal momento che la risoluzione proviene dal paziente stesso e non dal terapeuta (Shapiro, 2019). L'instabilità emotiva è un altro aspetto riscontrato nei pazienti con disturbi di personalità, incluso il narcisismo. Infatti a causa dell'incapacità di gestire emozioni disforiche, sono possibili agiti (Mansfield, 1992). Nell'approccio EMDR, il grado di disforia provata dal paziente è modulata tramite la desensibilizzazione, ottenuta grazie alla rielaborazione delle fonti di disforia, la calibrazione dell'intensità dell'emozione disregolata attraverso la scelta ponderata dei target, lo sviluppo e l'installazione di risorse e attraverso l'insegnamento del contenimento emotivo e di abilità sociali (Shapiro, 2019). Come riportato da Miti e Onofri (2011), nell'EMDR ci si avvicina al dolore in condizioni di sicurezza in modo da consentire la temporanea disattivazione del sistema di attaccamento a favore dell'esplorazione e della collaborazione con il terapeuta. Inoltre, il clinico dirige l'intervento su un aspetto specifico dell'evento traumatico ("fractioned trauma work"): maggiore è la precisione con cui è definito il target, minore è il rischio che un'emozione dirompente infici l'elaborazione; oltre a ciò, focalizzandosi su un target discreto, è più probabile giungere a una completa soluzione aumentando la percezione di padronanza da parte del paziente.

La terapia EMDR inoltre ipotizza che il narcisismo, così come gran parte dei disturbi psicologici, sarebbe conseguenza di esperienze precoci negative come eventi traumatici singoli (Afifi, McMillan, Asmundson, Pietrzak, & Sareen, 2011) o situazioni più comuni in cui il bisogno di accudimento del bambino è stato ripetutamente frustrato (trauma per omissione) (Cohen, Tanis, Bhattacharjee, Nesci, Halmi, & Galynker, 2014). Il modello assume che questo genere di esperienze siano in grado di determinare non solo memorie immagazzinate disfunzionalmente degli eventi in questione, ma anche altri elementi patologici quali difese psicologiche e dissociazione. I percorsi esperienziali che portano allo sviluppo del narcisismo possono essere diversi, ma Mosquera (2015) riporta che il falso sé tipico del disturbo narcisistico non sarebbe altro che una difesa contro

memorie legate a traumi per omissione e a mancanza di coinvolgimento nella relazione. Quindi, nei pazienti narcisisti è spesso necessario intervenire su episodi traumatici precoci di trascuratezza emotiva (Bergman, 2014): in molti casi, infatti, nel corso dell'infanzia, l'indifferenza dei genitori ha portato il figlio ad aderire ai loro desideri e a soddisfare i loro bisogni nella speranza di stabilire un legame e ottenere vicinanza

### **EMDR per il narcisismo**

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

L'integrazione fra EMDR ed Ego State Therapy in un modello a fasi ha mostrato incoraggianti possibilità di successo per trattare le difese, gli schemi disfunzionali, i blocchi e le difficoltà di regolazione emotiva dei pazienti (Forgash, 2005; Paulsen, 1995, Bargman, 2014), aiutandoli a sviluppare sicurezza, stabilità, capacità di regolazione dei propri stati affettivi e facilitando la risoluzione di eventuali sintomi dissociativi. Inoltre un modello integrativo può agevolare il paziente nell'apprendere come soddisfare i propri bisogni riparando le ferite derivanti da attaccamenti disfunzionali oltre che nel recupero di stati dell'io rinnegati (Forgash & Copeley, 2014). Nel caso dei pazienti narcisisti, l'obiettivo del trattamento potrebbe essere, da una parte, il disinvestimento emotivo dal falso sé, dall'altra, aiutare la persona a sentirsi a proprio agio con se stesso. Di conseguenza, la terapia con questa tipologia di disturbo, non può che essere lenta e graduale; trattandosi di pazienti con diagnosi complesse, il trattamento deve fornire una stabilizzazione prima di affrontare le memorie traumatiche, implicando una fase preparatoria più lunga di quella prevista per pazienti con un singolo evento traumatico (Chu, 1998; Gold, 2000; Herman, 1992). Nella fase iniziale di raccolta dati è importante aiutare il paziente a sviluppare interesse circa le reazioni negative altrui rispettando le difese auto-idealizzanti per evitare di far emergere vergogna. Durante la preparazione, prima di identificare i ricordi disfunzionali, è necessaria una psico-educazione su sintomi, trattamento, dissociazione, sulla strutturazione delle diverse parti della personalità sviluppatasi in risposta ad un trauma e sulle strategie più efficaci per il controllo dell'ansia (Berman, 2014; Forgash & Copeley, 2014). Quando il paziente è in grado di leggere la propria situazione in modo più chiaro, s'introduce la stimolazione bilaterale finalizzata a obiettivi non traumatici, come difese o problemi relazionali. Inizialmente, il terapeuta EMDR si focalizza empaticamente su eventi facilmente identificabili da parte del paziente come episodi recenti in cui il falso sé non è stato validato dagli altri. Queste situazioni non necessariamente consentono un accesso diretto a esperienze traumatiche, tuttavia, il loro trattamento può essere funzionale alla relazione terapeutica e, quindi, in un secondo momento, al lavoro su episodi infantili di distacco, abbandono emotivo e/o abuso da parte dei genitori. Nel momento in cui il disagio causato da "ferite narcisistiche" recenti diminuisce, è possibile che il paziente inizi a spostare l'attenzione dai propri bisogni agli altri, accettando l'empatia come possibile soluzione alla carenza di feedback positivi da parte delle persone vicine. Parallelamente il paziente può sperimentare anche un cambiamento nella definizione di sé improntata a un maggior realismo. In questa fase, sono introdotte strategie di stabilizzazione come l'installazione di risorse o il lavoro su pattern di auto-cura (Gonzales & Mosquera, 2012; Mosquera & Gonzales, 2014). Nel momento in cui la persona comprende la distruttività dell'immagine personale idealizzata, s'indirizza l'intervento su ricordi positivi legati al falso sé, focalizzandosi su emozioni associate a memorie di rinforzi positivi dati dai genitori del paziente nel momento in cui, da bambino, si mostrava speciale o adeguato alle aspettative (Gonzales & Mosquera, 2012; Mosquera & Gonzales, 2014). Solamente dopo aver lavorato su diversi episodi esemplificativi di come sia nata l'idealizzazione difensiva e dopo che il paziente ha acquisito un maggior senso di controllo nell'affrontare memorie dolorose, si procede alla rielaborazione del trauma legato a memorie nucleari (Mosquera, 2012). Nel caso di ambienti familiari abusanti o caratterizzati da *neglect*, è possibile che il paziente presenti una grave divisione nella struttura di personalità (Afifi et al., 2011; Bennett, 2006; Lyons-Ruth et al., 2006; Mosquera, 2012; van der Hart et al., 2006) con una scissione amnesica fra stati del sé positivi e idealizzati e stati del sé associati a ricordi di abbandono e abuso. Essere coscienti dei diversi stati del sé (un sé grandioso, un bambino vulnerabile, un protettore aggressivo) e delle memorie che attivano queste parti, può aiutare i pazienti narcisisti a capire la struttura personologica sottostante e il piano di interventi e, nel caso di una relazione terapeutica solida, queste memorie possono essere trattate con procedure EMDR standard. Nell'eventualità in cui, però ci fosse in comorbidità anche un disturbo dissociativo o una dissociazione fra parti della personalità, l'intervento dovrà essere impostato secondo un approccio progressivo (Gonzales & Mosquera, 2012; van der Hart et al., 2013).

## Obiettivo

Alla luce di quanto riportato e osservato in letteratura, lo scopo del presente studio è osservare le differenze nei sintomi depressivi, ansiosi e nell'impatto di esperienze traumatiche, in un gruppo di pazienti ambulatoriali con disturbo narcisistico della personalità, trattati con psicoterapia EMDR.

I risultati attesi sono una riduzione della sintomatologia ansiosa e depressiva riferita dai pazienti.

## Metodo

### • Partecipanti

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

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

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

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

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

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

### • Misure

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

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

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

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

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

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

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

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

### • Trattamento: Protocollo EMDR con Narcisisti

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

Per il trattamento di pazienti con disturbi di personalità, è stato utile compiere una serie di adattamenti che



hanno previsto l'integrazione fra EMDR ed Ego State Therapy (Begman, 2014; Mosquera, 2012; Mosquera, & Knipe, 2015) (Tabella 1) allo scopo di implementare le abilità di regolazione emotiva e di intervenire sulle difese, i sintomi dissociativi e le credenze disfunzionali.

Il risultato di quest'operazione integrativa è stato un modello in fasi il cui obiettivo generale è consentire al paziente narcisista di compiere un disinvestimento da un falso sé a favore dell'accettazione del sé reale. Si tratta di un intervento progressivo e graduale che richiede il prolungamento della fase preparatoria allo scopo di ottenere una stabilizzazione più solida che permetta di affrontare con minor disagio il trattamento di ricordi nucleari. Come nel protocollo EMDR standard (Shapiro, 2019), si lavora sulle cause scatenanti del disturbo attuale (trigger), memorie passate e modelli per l'attuazione di azioni future adeguate.

Per introdurre il paziente alle procedure, è necessario assumere come target iniziali trigger attuali o ferite narcisistiche recenti: così facendo si evita un accesso diretto prematuro alle esperienze nucleari infantili e si garantisce una maggior sicurezza emotiva evitando minacce alla relazione terapeutica.

Una volta che il paziente ha raggiunto un aumento di empatia e una percezione di sé più realistica (Berman, 2014), ci si concentra sugli eventi passati: inizialmente si lavora su memorie cui sono associate, in modo disfunzionale, emozioni positive che hanno costituito la base dell'idealizzazione narcisistica impedendo l'accesso a ricordi negativi di abuso o di mancato coinvolgimento genitoriale. Solo dopo aver elaborato diversi episodi alla base delle strategie idealizzanti, si processano le memorie nucleari (Mosquera, 2012; Mosquera, & Knipe, 2015). Dopo aver lavorato sui trigger presenti e sugli eventi passati, per completare il trattamento e consolidare i miglioramenti raggiunti, s'interviene sull'implementazione di modelli comportamentali futuri.

*Protocollo di Intervento EMDR sintetizzato fase per fase per il disturbo di personalità narcisistico*

Fase 1: Raccolta della storia: anamnesi, esordio ed evoluzione dei sintomi e storia di attaccamento.

Identificazioni degli episodi di vita predisponenti la personalità e la sintomatologia attuale.

Fase 2: Concettualizzazione del caso alla luce della Teoria AIP dell'EMDR integrata con Teoria degli stati dell'io.

Preparazione – fase in cui si interviene sulle strategie difensive del paziente attraverso:

A) Interventi psicoeducativi

B) Introdotta la stimolazione bilaterale per intervenire su target non traumatici

C) Strategie di stabilizzazione

D) Lavoro sulle memorie positive idealizzate

E) Lavoro sulle parti del sé e sulla dissociazione

F) Lavoro per la costruzione di un Piano di lavoro individuando i ricordi traumatici e gli episodi di vita con attenzione ad attivare il "Vero sé fragile"

Fase 3 Assessment - S'individua l'episodio target alla volta; identificando la cognizione negativa a esso associata; data la tipologia di pazienti e le difficoltà presentate, inizialmente si può accettare un pensiero negativo centrato sugli altri prima di passare a una cognizione autocentrata. Si stimola poi il paziente a verbalizzare uno stato desiderato formulando una cognizione positiva che però non deve essere un'affermazione di superiorità. Di seguito, si guida la persona a misurare la validità (VoC) della cognizione positiva, a riconoscere l'emozione associata all'evento target e a stimarne il grado di disturbo (SUD). È necessario valutare la coerenza espressa dal paziente fra le varie fasi poiché le risposte potrebbero essere espressione delle diverse parti del sé.

Fase 4: Desensibilizzazione - Si procede alla stimolazione bilaterale con movimenti oculari, tapping o suoni invitando il paziente a osservare ciò che avviene alle immagini disturbanti, alle cognizioni negative, alle emozioni e alle sensazioni associate al target. Si deve tener presente che le informazioni adattive che emergono non necessariamente vengono esperite come positive dal paziente narcisista: poiché l'intervento è finalizzato a passare dall'idealizzazione ad un senso di sé più realistico, possono affiorare fragilità e vulnerabilità mal tollerate dal narcisista.

Fase 5: Installazione - Si cerca di aumentare il livello di credibilità della cognizione positiva del paziente per poi legarla all'evento target. Nel caso in cui il paziente narcisista dovesse riconoscere la cognizione positiva inizialmente espressa come irrealistica, il terapeuta lo guiderà nella ricerca di un'affermazione più consona.

Fase 6: Scansione corporea - Si identificano le tensioni residue e si verifica che le sensazioni fisiche percepite non indichino l'apertura di un nuovo canale e che il paziente sia in grado di contenere e gestire qualsiasi eventuale nuova informazione emergente prima di terminare la seduta.

Fase 7: Chiusura - Attraverso procedure di chiusura, anche a costo di non completare l'elaborazione di un target, si riporta il paziente ad una condizione di equilibrio emotivo prima che la sessione si concluda.

Fase 8: Rivalutazione - All'inizio di ogni seduta, si verifica il mantenimento degli effetti raggiunti in modo da definire, in caso di necessità, ulteriori sessioni di consolidamento. Infatti, nel caso in cui, fra una sessione e l'altra, si riscontrasse un ritorno a un sé idealizzato, bisognerebbe prendere in considerazione l'esistenza di eventi target aggiuntivi da processare.

- **Analisi statistiche**

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

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

## Risultati

### Statistiche descrittive

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

Tabella 2 *Confronto alle scale cliniche pre e post-trattamento EMDR. Test di Wilcoxon per campioni dipendenti*

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

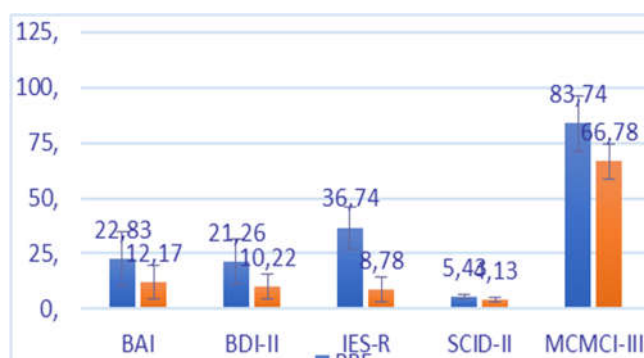


Figura 1. ,  
Scale cliniche: Pre-Post trattamento

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

## Discussione

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

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

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

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

Possiamo quindi evidenziare come il tasso di drop-out sia stato relativamente basso, suggerendo che il trattamento EMDR, limitando gli aspetti difensivi largamente presenti nel campione trattato (es. la paziente E.S verbalizza ripetutamente dopo la stimolazione bilaterale: *"ma cosa dovrei sentire...non mi sembra che cambi proprio nulla...bo tutto uguale..."*; M.D dichiara nel corso delle prima sedute: *"non ho voglia di raccontarmi"*) e le difficoltà relazionali (es. la paziente G.I afferma durante la prima seduta di valutazione: *"non è giusto che non vengo apprezzata e riconosciuta dalla mia manager...quella donna è davvero una pazza..."*; L.A afferma con area sfidante verso il suo terapeuta: *"e' proprio sicuro che questo strano trattamento possa aiutarmi a sentirmi meglio? E' proprio sicuro che tutto questo casino si possa risolvere muovendo semplice-*

mente gli occhi..”) e di elaborazione manifestate dai pazienti con disturbo narcisistico della personalità, possa definirsi come un intervento terapeutico applicabile, utile (Il paziente A.M verbalizza: “*lavorare su questi ricordi penso che possa essere per me un supporto per poter crescere*”, “*non mi sento più inadeguato come quel piccolo Antonio che ero e quando venivo martorizzato da mio zio e bullizzato dai compagni e dal Professo di Filosofia*” e la paziente F.S afferma: “*adesso sento di poter avere un rapporto di confronto con il capo del mio ufficio..*”) ed alquanto efficace (Figura 2).

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

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

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

### **Conclusioni**

Complessivamente lo studio seppur di tipo esplorativo appare promettente, avendo rilevato una riduzione della sintomatologia dopo la fine del trattamento (Tab. 2, Fig. 1), un discreto livello di compliance dei partecipanti rispetto al trattamento erogato e moderati livelli di droup-out (5 su 28 soggetti). Tali outcome possono far pensare, senza alcuna pretesa di generalizzabilità dei risultati ad un possibile e maggior utilizzo della psicoterapia EMDR anche con pazienti complessi affetti da disturbi di personalità narcisistico e relazioni di attaccamento spesso insicure (Young et al., 2007; Mosquera, & Gonzalez, 2014), e non soltanto come intervento focalizzato per il PTSD (Shapiro, 2019). La possibilità di poter agire sui ricordi di episodi traumatici collocati nel periodo sensibile della vita dei pazienti (Schore, 2016; Lanius et al., 2010) mediante un trattamento orientato all’EMDR riadattato in modo specifico (Bergman, 2014; Mosquera, 2012; Mosquera, & Knipe, 2015) potrebbe essere realizzabile sia in centri clinici privati, sia all’interno di servizi pubblici e comunità terapeutiche. Sarebbero auspicabili futuri lavori di ricerca con campioni controllati-randomizzati e con un gruppo di controllo, dove poter approfondire l’effetto di un simile trattamento nel lungo periodo e con un follow-up dopo la conclusione del percorso di psicoterapia EMDR.

# QUANDO UN FIGLIO NON ARRIVA....

## L' EMDR PER IL TRATTAMENTO DELLE COPPIE CON DIFFICOLTA' DI PROCREAZIONE

### EMDR e MAP Protocol (Medical Assisted Procreation)

**Laura Corvaglia**

Practitioner EMDR - Lecce

**Paola Serravezza**

Supervisore EMDR - Lecce



*“Da dove sono venuto?  
Dove mi hai trovato?”  
Domandò il piccolo a sua madre.  
E lei tra il pianto e il riso  
e stringendolo al petto gli rispose:  
“Tu eri un desiderio nascosto nel mio cuore, bambino mio.  
Tu eri nelle bambole della mia infanzia,  
in tutte le mie speranze,  
in tutti i miei amori, nella mia vita,  
nella vita di mia madre,  
tu hai vissuto.  
(Rabindranath Tagore)*

Per molte coppie la capacità di concepire e diventare genitori rappresenta un qualcosa di profondamente radicato nella definizione e identificazione della propria identità che spesso determina il significato dell'esistenza. La nascita dei figli rappresenta spesso uno dei fondamenti attorno a cui la coppia si fonda. La crisi nasce nel momento in cui la capacità di generare un figlio viene meno. La diagnosi di infertilità o l'incapacità di ottenere una gravidanza, pur in assenza di cause organiche apparenti, rappresenta un evento particolarmente traumatico, perché incide sulle aspettative della coppia. Proprio per questo le informazioni legate a tale esperienza, poiché fortemente dolorose rischiano di rimanere congelate e immagazzinate in maniera disfunzionale all'interno delle reti mnestiche del paziente, generando sofferenza e rappresentando un vero e proprio trauma per la coppia. Affrontare inoltre, il problema dell'infertilità di per sé mette a dura prova la coppia. I percorsi di procreazione medico-assistita sono spesso lunghi e costellati da esami clinici, alcuni dei quali invasivi e costosi. La PMA da un punto di vista pratico, prevede la somministrazione nella donna a partire dal ciclo mestruale di iniezioni quotidiane ad orari stabiliti a base ormonale, che permettono una maggiore produzione di follicoli, la cui crescita viene monitorata attraverso ecografie ripetute a giorni alterni e prelievi del sangue. Questi una volta maturi vengono prelevati in anestesia totale con una procedura che si chiama pick up. Una volta prelevati vengono coltivati in laboratorio con il seme del partner o di un donatore, al fine di produrre il maggior numero possibile di embrioni, che, nel caso in cui si formino, saranno poi trasferiti in utero non appena idonei, di solito 2/3 giorni dopo il pick up. Dopo circa 12 giorni, si valuta l'avvenuto attecchimento e quindi l'inizio o meno di una gravidanza. Si può comprendere come, visto l'iter, la durata e la volubilità del percorso che è molto difficile sia esente da sentimenti di attesa, ansia e frustrazione.

Le emozioni possono essere diverse. È normale un certo grado di paura e di confusione. Inoltre, quando diversi tentativi falliscono, il senso di fallimento è intenso e i ripetuti tentativi andati male possono rappresentare dei veri e propri eventi traumatici per la coppia, che possono causare prematuri drop-out. La vita sessuale della coppia inoltre, può venire notevolmente compromessa sia dalle procedure specifiche della PMA, che prevedono dei periodi di astinenza dai rapporti sessuali, sia dallo

può compromettere il benessere di coppia, ponendo il corpo, proprio per lo stress e la fatica esperita in condizioni psicofisiche non ideali per l'accoglimento di una nuova vita e per lo sviluppo di un legame sicuro con il futuro nascituro. In quest'ottica, si colloca l'utilizzo di un protocollo EMDR specifico, come terapia elettiva per la cura non solo degli aspetti traumatici legati alle problematiche della fertilità, ma anche per tutti quegli avvenimenti e traumi "T" o "t" legati al problema attuale e che possono incidere sulla possibilità stessa di procreare, a causa dell'influenza che cognizioni disfunzionali possono avere sui livelli di stress e quindi sull'equilibrio neuroendocrino del soggetto. Inoltre, l'EMDR, come già sperimentato e validato ampiamente dalla ricerca nei casi di patologie organiche, contribuisce notevolmente a ridurre l'impatto traumatico che la diagnosi di sterilità esercita sulla persona e sulla famiglia. Nonché, agire sul trauma e sull'impatto dello stress che le tecniche di procreazione medicalmente assistita comportano, può favorire l'eventuale raggiungimento dell'obiettivo riproduttivo stesso.

#### STADI DEL TRATTAMENTO PER IL FRONTEGGIAMENTO DELLA DIAGNOSI DI INFERTILITA' EMDR e MAP Protocol (Medical Assisted Procreation)

L'EMDR e il MAP Protocol utilizzano una sintesi dei protocolli EMDR che permette di trattare nello specifico le coppie che si sottopongono a percorsi di procreazione medicalmente assistita.

In assenza di gravi traumi pregressi si prevede un ciclo di 7-12 sedute EMDR sulle coppie, al fine di ridurre fortemente lo stress legato alle tecniche di PMA, favorendo il successo delle stesse, limitando quindi i drop out delle cure e agendo sulla riduzione dello stress, al fine di creare inoltre le condizioni migliori di holding e accoglimento di un nuovo bambino, arginando futuri traumi dell'attaccamento. Inoltre, qualora la diagnosi di infertilità sia irreversibile, si aiuta la coppia a scegliere strade alternative per diventare genitori oppure a prospettare la propria vita di coppia senza figli.

Questo protocollo prevede una serie di azioni specifiche:

- Assessment - SCHEDA ANAMNOSTICA PER L'INFERTILITA' e costruzione della relazione terapeutica. Si indaga:

- ⇒ *Storia di infertilità*, ci riferiamo a problemi organici, (momento della diagnosi, precedenti gravidanze e interruzioni di gravidanza volontarie o spontanee, ecc.), nonché all'impatto emotivo, sociale e familiare di tali eventi e di come sono stati vissuti eventuali tentativi di procreazione medico assistita e i relativi fallimenti.
- ⇒ *Storia della propria sessualità* sia rispetto al proprio passato (prima esperienza sessuale, presenza di abusi sessuali, tabù familiari rispetto al sesso, ricordi sulla sessualità dei propri genitori, ecc.), sia sull'impatto che la storia di infertilità ha avuto sulla vita sessuale con il proprio partner.
- ⇒ *Storia Familiare*, presenza di parti o gravidanze vissuti in maniera traumatica o disturbante, esperienze di abbandono o rifiuto da parte della propria famiglia, presenza di fratelli minori e ricordi sulla loro nascita, esperienze di role reversal, ecc.
- ⇒ *Storia familiare attuale*, storia di coppia, clima emotivo, risorse di coppia, come vivono entrambi i membri se la diagnosi di infertilità riguarda un solo membro della coppia, ecc.

Con un'attenta anamnesi si andrà a costruire una mappatura dei traumi, partendo dai trigger attuali, andando a trattare in particolare quelli relativi al problema della ridotta fertilità.

Importante indagare quindi, in particolar modo la presenza di aborti pregressi, abusi, molestie intra ed extrafamiliari, ospedalizzazioni, esperienze mediche particolarmente traumatiche, lutti, traumi dell'attaccamento, ecc.

- ◇ Individuare le cognizioni negative relative
- ◇ Mappare le risorse (Individuali e di coppia)
- ◇ Posto al Sicuro
- ◇ Concettualizzazione e piano di trattamento
- ◇ Intervento:
  - \* Installazione di risorse e posto al sicuro

- \* Protocollo EMDR sui “t” e “T” del passato attivati dalle difficoltà riproduttive attuali.
- \* EMDR Recent Birth Trauma Protocol (Cattaneo, M. Chiorino, V. Roveraro, S. 2017), applicato però sulla situazione attuale rispetto a infertilità, secondo il MAP protocol
- Potenziali target da trattare:
  1. Diagnosi di sterilità;
  2. Eventuali complicanze (es. gravidanze extrauterine, aborti e perdite perinatali in seguito a PMA);
  3. Fallimenti di PMA, che possono rappresentare dei veri e propri “T” e sono vissuti in particolare dalle donne come dei veri e propri aborti.

### EMDR e MAP Protocol

Si interviene su più livelli:

PASSATO: là dove possibile e in particolare sui propri vissuti della genitorialità e della maternità ;

PRESENTE: momento della diagnosi di sterilità; eventuali gravidanze extrauterine, aborti e fallimenti dei percorsi di PMA e nelle situazioni sine causa sul vissuto del proprio senso di impotenza e mancanza di controllo

FUTURO: costruire nell’immaginario uno scenario possibile di successo, desensibilizzando i momenti previsti di difficoltà, al fine di alimentare il senso di fiducia rispetto sia al raggiungimento dell’obiettivo procreativo, sia rispetto all’eventuale accettazione nel caso di fallimento.

#### Passato

T. *“Identifichiamo i ricordi rilevanti del suo passato, le situazioni del presente e le paure per il futuro che abbiano a che fare con il problema dell’infertilità. E’ molto probabile che questi aspetti della sua storia possano inficiare o ridurre la sua probabilità di restare incinta, andando ad agire sull’assetto ormonale, a causa dello stress che queste stesse esperienze pregresse o questi vincoli, possono provocare. Le farò delle domande per comprendere meglio se è così, altrimenti lavoreremo sul presente”.*

Può essere, ovviamente che le coppie che vivono simili esperienze non abbiano particolari esperienze traumatiche alle spalle, ma di per sé la difficoltà di procreare rappresenta un’esperienza di vita avversa tale da creare traumatizzazione, in tal caso è necessario lavorare in particolare su tali esperienze e le implicazioni che comportano.

Individuare cognizioni negative: *“Quando pensa alla sua difficoltà nel restare incinta, quali sono le parole negative che si dice su di sé?”.*

(Fare Footback utilizzando la cognizione negativa che emerge)

N.B. Se emergono target passati, trattarli con il protocollo EMDR standard.

Una volta desensibilizzati passate al presente.

I target t dell’attaccamento possono avere un forte impatto, soprattutto se si teme di riprodurre gli stessi schemi genitoriali ed un legame con un figlio simile a quello disfunzionale con i propri (o con uno dei due) genitori e con convinzioni negative su se stessi come "sarei un cattivo genitore"

#### Presente

Quando si lavora sul presente e su tutti quegli eventi collegati al problema di fertilità, è opportuno trattare la donna in presenza del partner e qualora siano coinvolti entrambi nel processo traumatico, potrebbe essere utile per il partner maschile l’autostimolazione bilaterale come l’abbraccio della farfalla. I ripetuti fallimenti in seguito a percorsi di PMA, rappresentano spesso per la coppia momenti fortemente traumatici, che accompagnano cognizioni negative, quali (*“Non ce la faremo mai/Sono/ siamo incapaci/ Mi sento fallito/a”*). I fallimenti infatti, possono essere trattati come TARGET da elaborare. L’EMDR e il MAP Protocol insieme all’EMDR Recent Birth Trauma Protocol applicato ai percorsi di PMA, ci permetterà di aiutare il/la paziente ad affrontare i vari cicli di PMA e i vari fallimenti o eventi traumatici (es. aborti, peggioramento condizioni organiche, ecc.) avvenuti durante il percorso di ricerca di una gravidanza:

Narrativa *“Racconti a voce alta iniziando da... (poco prima dell’inizio del percorso di PMA, quando ha cominciato le stimolazioni ormonali, le prime ecografie), fino ad arrivare ad ora (esame per la rilevazione della gravidanza positivo o negativo)...”*

Mentre il paziente parla noi facciamo BLS e possiamo far ripetere più volte la narrativa.

**Google Search:** *“Ora, nella sua mente faccia una scansione dell’intera storia che concerne ..... alla ricerca dei momenti più disturbanti fino ad ora. Noti quello che accade e si fermi quando individua il primo. Io continuerò con la BLS.”* In questo modo individuiamo i singoli target con cui fare **Assessment e riprocessamento** (uno alla volta).

Le **cognizioni negative** nel caso di problemi di infertilità, possono essere diverse per l’uomo e per la donna, e possono essere più specifiche rispetto alle cognizioni negative più comuni, in quanto la donna in particolare può avere difficoltà a differenziare se stessa dell’eventuale feto, nel caso di gravidanza in seguito a PMA, anche a seconda delle esperienze traumatiche specifiche vissute per arrivare alla gravidanza.

Molto comuni sono infatti cognizioni negative quali:

	<b>COGNIZIONE NEGATIVA</b>	<b>COGNIZIONE POSITIVA</b>
<b>AUTO-DIFETTOSITÀ E RESPONSABILITÀ</b>	Sono marcia/o	Sono sana/o
	Sono debole	Sono forte
	Sono colpevole	Non è colpa mia
	Sono una donna diversa	Sono una donna come tutte le altre
	Non ho fatto abbastanza	Ho fatto quello che potevo
	Il mio corpo non funziona	Il mio corpo <b>può</b> funzionare
	Non me lo merito (di diventare genitore)	Me lo merito
<b>SICUREZZA</b>	Il mio bambino è in pericolo (nel caso di gravidanza in seguito a PMA)	Adesso il mio bambino è al sicuro
<b>MANCANZA DI CONTROLLO E IMPOTENZA</b>	Non ho il controllo	Ora ho il controllo
	Sono impotente	Posso fare delle scelte
	Non posso sopportarlo	Posso sopportarlo

### *Futuro*

Il modello futuro può essere utilizzato per aiutare la coppia a non abbattersi ai primi fallimenti e a recuperare le risorse emotive necessarie per fronteggiare nuovi tentativi di PMA e inoltre, a fronteggiare un’eventuale gravidanza con serenità e senso di sicurezza.

T. *“Vorrei che lei immaginasse se stesso/a nella situazione temuta (es. la prossima volta che farete la PMA).*

.....  
T. *“Come pensa si sentirebbe?”*

.....  
T. *“Cosa le piacerebbe poter dire di positivo su di sé, in una simile situazione?”*

.....  
Si possono usare dei “videotape” brevi, per permettere alla coppia di proiettarsi nei prossimi 3 mesi, utilizzando il tapping come SBL, durante la narrazione.

I videotape verranno suddivisi in step, proprio per permettere alla coppia di fronteggiare momento per momento sia i fallimenti e i nuovi tentativi di PMA, che un’eventuale gravidanza, al fine di arginare sentimenti eccessivi di ansia e angoscia. Per esempio, qualora l’obiettivo riproduttivo venisse raggiunto, si aiuta la coppia e la donna in particolare a fronteggiare i vari momenti della gravidanza, esami clinici previsti, momenti particolarmente delicati, ecc., a seconda della fase della

gravidanza in cui si trova. Sovente compaiono dei congelamenti emotivi, per cui sorge il timore di lasciarsi andare emotivamente, credendo positivamente che la gravidanza possa andare bene, per cui solo verso la fine la coppia realizza di aspettare un bambino e che questa volta arriverà davvero. Ciò ovviamente potrebbe incidere negativamente sulla costruzione di un legame sicuro con il proprio bambino. È importante inoltre considerare tutta la fatica del dopo, quando magari c'era l'illusione di aver già dato abbastanza, pensate per esempio ad una gravidanza difficile o un parto prematuro o ad un allattamento difficile.

*“Vorrei che immaginasse se stesso/a nei prossimi 3 mesi della sua vita. Come pensa si sentirebbe?”*

Si chiede al paziente di passare dalla scena singola della situazione temuta all'immagine di un film, rispetto alla sua capacità futura di affrontare le situazioni; un film con un inizio, una parte centrale ed una fine, che si esplica pensando alle parole positive che la persona vorrebbe potersi dire di sé (*“es. sono capace, sono forte, posso farcela”, ecc.*).

T. *“Ora le chiedo di chiudere gli occhi e proiettasse un film mentale in cui immagina se stesso mentre, nel futuro relativo ai prossimi 3 mesi, fa fronte con efficacia a situazioni tipo ..... (indicare la situazione temuta) e con il suo nuovo senso di..... (formulare cognizione positiva), immagini di fare un salto nel futuro. Immagini se stesso che fa fronte a QUALSIASI SFIDA che intralci il suo cammino. Si assicuri che il film abbia un inizio, una parte centrale e una fine. Prenda nota di ciò che vede, pensa, sente e vive come esperienza corporea. Mi dica se incappa in qualche blocco. Se così dovesse accadere, apra semplicemente gli occhi in modo che io lo sappia.*

I blocchi che emergono verranno trattati come Target con Stimolazioni bilaterali, interventi integrativi cognitivi, informazioni, domande, risorse, ecc.

Se il paziente riesce a proiettare tutto il film dal principio alla fine con un senso di fiducia e di soddisfazione, chiedetegli di proiettare di nuovo tutto il film dal principio alla fine e poi eseguite BLS.

T. *“Ok. Proietta di nuovo il tuo film mentale dal principio alla fine. Vada avanti così”.*

Fate BLS

Se invece la coppia si trova in una condizione irreversibile di sterilità, è necessario, dopo aver lavorato sull'elaborazione del lutto della mancata genitorialità ed eventuali target collegati, fare il videotape del futuro della vita di coppia senza figli.

In questa fase, particolare attenzione va posta anche ai timori che la coppia si sfaldi e agli sbilanciamenti che si creano se uno dei due è il portatore della causa della sterilità di coppia.

### **Caso clinico**

Luca e Chiara sposati da 3 anni, e dallo stesso periodo sono alla ricerca di un figlio. La coppia appare tesa, lo sguardo di Chiara è preoccupato, angosciato e Luca all'apparenza difeso e distaccato.

La loro storia di infertilità riporta 2 anni di esami clinici, nei quali sono stati riscontrati piccoli problemi organici, ma che una volta risolti non hanno spiegato le cause del mancato concepimento.

La coppia si è sottoposta a 2 inseminazioni intrauterine, la seconda ha portato ad una gravidanza extrauterina, non scoperta subito e che ha causato un ricovero d'urgenza e l'asportazione di una tuba. Questo avvenimento è stato vissuto in maniera estremamente traumatica, poiché totalmente fuori da qualsiasi controllo, nonché doloroso e pericoloso in termini di salute fisica per Chiara.

La coppia, nonostante l'impatto traumatico dell'evento decide subito di riprovare a concepire un bambino in maniera naturale, poiché sapere di poter ottenere una gravidanza, nonostante il temporaneo esito negativo gli fornisce maggiore speranza, nonostante l'evidente stato di stress e stanchezza esperito, anche in termini fisici da Chiara prima e da Luca di conseguenza.

La prima consulenza arriva dopo questo avvenimento, su richiesta soprattutto di Chiara a causa di un'ansia eccessiva che gli crea problemi di insonnia e non gli permette di mollare il controllo su tutto ciò che riguarda la possibilità di concepire. Chiara infatti è estremamente condizionata in molte attività quotidiane. La sua alimentazione segue regole rigide, al fine di mantenere basso l'indice glicemico, nemico di una buona fertilità, i rapporti intimi sono tesi e mirati ai giorni di maggiore



fertilità, con evidenti ripercussioni sulla serenità di coppia. Chiara inoltre riferisce un eccessivo controllo nel tentativo di evitare stress che possa inficiare negativamente nei tentativi di procreare (evitamento nell'uso eccessivo dell'auto, di sforzi fisici eccessivi, sport, viaggi, ecc.), che paradossalmente la sottopongono ad un estremo stato di tensione e iperarousal.

La coppia ci riferisce di vivere molto male gli infiniti fallimenti, di sentirsi frustrati e impotenti.

*Nella storia della propria sessualità* non sono presenti esperienze traumatiche né per Chiara né per Luca, anzi riferiscono che prima di cercare di avere un bambino la loro vita intima fosse estremamente soddisfacente. Attualmente la coppia si descrive come priva di entusiasmo, poco intima anche emotivamente e la loro vita è spesso costellata da litigi dove si fa molta fatica ad esternare il dolore per tutta questa situazione, che pare stia nuocendo gravemente alla coppia.

*Nella storia Familiare*, invece troviamo un attaccamento ambivalente per lei e uno stile di attaccamento evitante per lui. In particolare nella storia di Chiara rispetto alla sua nascita, emergono ricordi relativi alla madre, che si lamentava del fatto che fin da subito nella gravidanza di Chiara ci fossero stati dei problemi e di come questo le avesse creato tanto fastidio.

Dopo aver raccolto tutte le informazioni necessarie, siamo intervenuti con l'EMDR su più livelli:

**PASSATO:** in presenza del marito, abbiamo lavorato con Chiara su un target del passato, fino a desensibilizzarlo:

I.P. Madre che parlando della sua gravidanza difficile mentre era in attesa di Chiara, in tono sarcastico le dice: "Hai dato fastidio fin dal primo momento".

C.N. Sono colpevole / C.P. Non è colpa mia

E. Angoscia / VOC: 2 / Localizzazione Corporea: Gola

**PRESENTE:** sempre in presenza del marito abbiamo lavorato:

1. sulla gravidanza extrauterina, in particolare desensibilizziamo il momento in cui il medico le dice "Signora dobbiamo asportare una tuba";
2. sui fallimenti dei vari tentativi di PMA, in particolare sull'espressione "compassionevole" (così lo definisce Chiara) della biologa che davanti al referto clinico negativo dice "Mi spiace negativo". Qui ci soffermiamo soprattutto sul senso di impotenza e mancanza di controllo.

**FUTURO:** costruiamo nell'immaginario uno scenario possibile di successo, desensibilizzando i momenti previsti di difficoltà. In questa fase anche il marito attraverso l'abbraccio della farfalla si autostimola bilateralmente.

Chiara si sofferma sull'angoscia dell'attesa prima di sapere se gli embrioni si sono formati, poi sulla paura di prendere l'aereo nel viaggio di ritorno dalla clinica per paura che questo possa sfavorire l'attecchimento dell'embrione e infine su un nuovo eventuale esito negativo. In questa fase installiamo cognizioni positive quali "Ce la posso fare", "Siamo forti", "Sono sana" e "Non è colpa mia"

L'obiettivo in questa fase è di alimentare il senso di fiducia rispetto sia al raggiungimento dell'obiettivo procreativo, sia rispetto all'eventuale accettazione nel caso di fallimento.

Questo ha permesso di ritrovare innanzitutto una sintonia di coppia, che funzionasse come una squadra e non alimentasse i vissuti di dolore e solitudine che sia Chiara che Luca avevano sperimentato, nonché la forza per tentare nuovi cicli di PMA, in particolare 3 di secondo livello, terminati con una gravidanza ormai quasi portata a termine. Chiara partorirà tra 2 settimane.

Durante la gravidanza abbiamo effettuato 2 altre sedute EMDR, in particolare su una minaccia d'aborto all'inizio della gravidanza e poi su un rischio di parto prematuro alla 20esima settimana di gestazione. Nella costruzione di questo protocollo, di nuovo le potenzialità, l'estesa applicabilità dell'EMDR e le sue infinite sfaccettature ci portano come operatori della mente umana a infiniti spunti di lavoro, ma anche a permetterci di diventare parte del processo che porta ad una genitorialità sicura e responsabile e alla nascita di una nuova vita.

# Il tempo dell'EMDR ed il tempo degli adolescenti: l'intervento precoce in adolescenza come fattore inderogabile di cura con l'utilizzo dell'EMDR.

**Simonetta Spiridigliozzi<sup>1</sup>**

Terapeuta EMDR



## ***Il lavoro con gli adolescenti: una sfida al setting.***

Il lavoro con gli adolescenti comporta per i terapeuti un continuo infrangere le regole del setting, un continuo adattare modalità di lavoro per poter portare a termine un percorso terapeutico. Per essere terapeuti di adolescenti è necessario essere “elastici”, “dinamici”, “veloci”.

Cosa significano questi aggettivi? Elastico perché? Spesso, prima di iniziare una seduta il terapeuta riorganizza mentalmente il materiale dell'incontro precedente e a grandi linee si prepara ad un continuum naturale della terapia. Con gli adolescenti è necessario essere pronti a

cambiare prospettiva senza ancorarsi rigidamente a procedure, che seppur virtuose, in quel momento risultano obsolete. In una parola: è necessario essere elastici, prendere le forme necessarie a quel preciso momento. Gli adolescenti infatti, vestono i “medesimi problemi” con sfumature emotive sempre diverse, sempre intense, che mettono a soqquadro ogni equilibrio di chi con loro interagisce. Dinamico, gli adolescenti sono dinamici in quanto il loro tempo è sospeso tra l'essere orfani dell'infanzia, profughi nel presente e lontani dal futuro. Devi saperli seguire rapidamente quando diventano bimbi che cercano la mamma, quando protestano i propri spazi e quando sentono che il futuro non ci sarà per loro. Infatti, tutto succede con una rapidità che stravolge l'essere “adulto” stabile del terapeuta. Veloci, davanti ad un adolescente sembra sempre di essere davanti ad un timer, sei sempre in ritardo, sei sempre troppo prolisso, sei sempre out. L'intervento deve essere conciso, mirato ed efficace. L'attenzione dell'adolescente è a tempo e tu terapeuta sei sempre a rincorrere quel tempo. Detto ciò, quando le prime volte tentavo di proporre ad adolescenti le procedure EMDR, sicura dell'utilità in quel preciso caso, mi ritrovavo sistematicamente a perdere l'occasione di cavalcare l'onda emotiva che mi avrebbe portato in tutto il mondo del ragazzo. Dall'amigdala che risponde in modo esagerato a quel preciso evento, all'ippocampo che racconta il contesto in cui l'evento accadeva, fino alle aree corticali che dicono cosa si è detto di sé.

Tutto perso perché la terapeuta è stata noiosa, prolissa e non ha saputo inserirsi in quel “timing”. Nasce l'esigenza di portare “a casa” il risultato anche facendo qualche modifica al protocollo. Come? Cavalcando l'onda dell'emozione e riordinando dopo.

## ***Intercettare il tempo: la storia di Anna***

Anna viene in terapia portata dalla madre perché piange sempre e non sa perché piange. Nella sua vita vi è stato un evento traumatico, la morte del papà, quando lei aveva 7 anni. La morte è sopraggiunta dopo una lunga malattia che aveva sequestrato l'intera famiglia in una dimensione di vita certamente non adatta a bambini, quali erano Anna e sua sorella di 3 anni più grande. Anna, ricorda la mamma, non reagì male al lutto, non diede particolari problemi, era una bambina tranquilla e solare.

<sup>1</sup> Docente di Cognitività dell'Età Evolutiva — Università degli Studi di Roma Tor Vergata

Oggi, riferisce sempre la mamma: "io sono esausta non so più come aiutarla e soprattutto non capisco cosa è successo di tanto grave da determinare una reazione così forte che non ha avuto neanche alla morte del padre". E' vero, il discorso della mamma è logico, ma i clinici sanno che in adolescenza vi è una rieditazione di tutto ciò che è stato immagazzinato sin dall'infanzia. E' un periodo di grandi cambiamenti e di grande vulnerabilità. Il pruning neuronale che avviene in questa età e gli assetti ormonali che in questo periodo si definiscono rappresentano un'ulteriore fragilità del soggetto.

Tutto ciò che nell'infanzia è stato vissuto in modo traumatico, ma che non ha avuto conseguenze grazie ad equilibri ambientali ed affettivi che hanno offerto supporto e sicurezza, in adolescenza, in situazioni che richiamano lo stesso tipo di vulnerabilità, si ripresenta. Alla morte del papà Anna, era stata protetta dallo stretto legame che si era venuto a creare tra la madre e la sorella, avendo assunto quest'ultima, il ruolo di co-genitore.

Cercando nella storia recente di Anna cosa possa aver suscitato una reazione così intensa e depressiva non si individua nulla di particolare evidenza traumatica ma, la cronologia degli eventi familiari suggerisce un'ipotesi. Infatti, Anna ha cominciato a sentirsi così da 3 anni. Alla domanda: "come era tre anni fa la tua vita?" La risposta è: "uguale ad ora". Effettivamente Anna fa le stesse cose, stessa scuola, stessi professori, stessi amici, insomma, nulla di evidentemente cambiato. La riflessione è che se Anna avesse individuato qualcosa, un "primum movens", si sarebbe già da sola data una spiegazione. Quindi è necessario cercare altrove, in eventi che lei non correla con se stessa. Seguendo quest'ipotesi di lavoro la s'invita a fare un tuffo con la memoria a tre anni fa, come entrare in un appartamento e guardare nelle varie stanze. Dopo un po' che perlustrava nelle stanze della memoria di tre anni fa, si accorge che in quell'anno, effettivamente, un cambiamento c'era stato: sua sorella era partita per l'università. Qui possiamo notare come la capacità di associare e dare particolare spessore emotivo a questo evento, dipende dall'aver selezionato nella memoria dichiarativa rappresentazioni mentali ed emotive riguardo alle separazioni ed alle relative emozioni. "E' come se, ma diverso". Mi separo da mio padre che muore e non lo vedrò più, mi separo da mia sorella che invece rivedrò. Le manifestazioni emotive possono essere le stesse ma, l'intensità è diversa in relazione alle conseguenze. L'intensità può essere diversa solo se il nostro apparato neurofisiologico, nella fattispecie l'amigdala, non ha registrato il "separarsi" come un estremo pericolo.

In questo caso la risposta di allora alla perdita del papà deve aver avuto una reazione all'ansia di tipo "resa" e "dissociativa", con i relativi riequilibri creati dai neurotrasmettitori che si attivano in tali frangenti, quali attivazione dei sistemi dopaminergici mesolimbico e mesocorticale con secondaria liberazione di neuromodulatori peptidergici, come gli oppioidi endogeni. Questi neuromodulatori regolano la soglia del piacere e del dolore ed il processamento delle informazioni sensoriali. La internalizzazione di un circuito di risposta a "separazioni", produce una rieditazione della stessa modalità in ogni frangente che richiami, per qualche aspetto, le separazioni. La "via breve" (informazione – talamo – amigdala) viene cioè attivata ad ogni stimolo sensoriale che produca sensazioni come quelle già vissute. La dissociazione permette la riduzione dell'attenzione alla minaccia esterna ed aumenta l'attenzione al mondo interno. Infatti, Anna riferisce le sensazioni ma, non focalizza le minacce che suscitano tali reazioni.

Il suo sistema neurofisiologico risponde alla separazione con allarme, perché ha imparato che è un pericolo per cui bisogna allarmarsi. Oggi, come allora, si attivano meccanismi che le fanno sentire che "non ce la può fare" a sopportare la scuola, gli amici, il mondo. Oggi, come allora, ha bisogno di qualcuno regoli il suo umore, ridandole la sicurezza che tutto andrà bene. All'epoca della morte del papà, la sorella aveva contribuito a restituire alla famiglia la sicurezza fungendo da supporto alla madre ma, tre anni fa, quando la sorella se ne va all'università, lei rimane sola a supportare una madre vissuta come fragile. Una madre fragile si può perdere e di conseguenza si può rimanere soli. - Anna non ce la fa a sentire il peso di dover sostenere sua madre e non ce la fa a rassicurarsi che tutto andrà bene. Sempre cercando nelle stanze della memoria, associa anche il fatto che, sempre tre anni fa, la sua tata storica se ne va per sposarsi. Tutti vanno verso il loro futuro e lei rimane lì, sola, abbandonata con una madre più spaventata di lei. In questi colloqui Anna recupera memoria di eventi importanti

nella sua vita ma, non sembra coglierne né la valenza emotiva né il collegamento con il suo stato attuale. Infatti, quando ad un certo punto, si sorprende di aver ricordato cose a cui non pensava più da tempo, sostiene comunque che non hanno prodotto cambiamenti nella sua vita. “Normale”, “Uguale” questi aggettivi vengono spesso usati dagli adolescenti per descrivere le loro esperienze interiori. E' normale che mia sorella vada all'Università ed è stato uguale a prima anche senza di lei. Inoltre, comincia a sentire inutile quel che sta facendo in terapia, avverte, come per tutti gli adolescenti, che il treno va e lei non riesce a salirci ed il terapeuta divaga: lei vuole rimanere nel presente. Sebbene Anna non individui in quella cronologia nessun significato, ciò è evidente per il terapeuta. Per la paziente assumono significato cognitivo di una maggiore consapevolezza nella narrazione autobiografica ma, non ancora, dal punto di vista emotivo.

Volendo applicare l'EMDR potremo dire che abbiamo trovato dei target “inutilizzabili” poiché, l'aspetto dissociativo non ci permette di accedere all'intensità del disturbo. Infatti, alla domanda: “quanto ti disturba ripensare a quel periodo?” - la risposta – “no niente, normale mi disturba molto poco”. L'esperienza terapeutica con adolescenti ci insegna che, l'adolescente, anche con minori aspetti dissociativi non è disposto a guardare indietro.

*Guardare indietro perché, come affermato all'inizio, nel passato l'adolescente “c'è” con parti infantili che agiscono senza che ne sia consapevole ma chiedere scientemente di riflettere osservare e collegare è difficile per lui farlo, in quanto il presente è urgente e richiede tutte le attenzioni.*

Un ragazzo particolarmente esplicito, che aveva sofferto per la morte della nonna, alla richiesta di valutare quanto lo disturbava quel ricordo rispose: “non lo so e non lo voglio sapere è da sfigati rivangare queste cose”. Nonostante che, ci abbia già detto che dalla morte della nonna “cosa ha pensato di negativo di se” è che è uno sfigato” ciò non può essere utilizzato perché non è disposto a seguire il protocollo e la scala di disturbo.

Per lui come per Anna, così come per molti altri pazienti, la strada è un po' più tortuosa ma, l'importante è sempre raggiungere l'obiettivo dell'elaborazione del trauma.

Anna arriva al terzo colloquio come al solito smagrita, spettinata con gli occhi gonfi, sembra un uccellino caduto dal nido. Si siede rassegnata che nulla la può aiutare, non parla. Alla richiesta di come si sente risponde: “stanca, ho dormito poco perché mi veniva da piangere e ho piatto tanto”. Nel colloquio si comincia ad intuire che, la sera precedente, era stata a casa di amici con il suo gruppo. Cercando di capire le dinamiche del gruppo, le pongo alcune domande sui suoi amici e dalle sue reazioni si evince il suo coinvolgimento con una ragazza.

Nel descrivere questa amica comincia a piangere in silenzio e non riesce più a parlare. Si decide allora di cavalcare la famosa onda dell'emozione. Comincio a tamburellare sulle sue mani poggiate sulle gambe ed intervallo con la richiesta di fare un bel respiro. Comincia a smettere di piangere a quel punto le chiedo di seguire le mie dita. Comincia ad ogni interruzione di MO (movimenti oculari) a dire qualcosa della sua amica fino a definire il rapporto speciale che ha con lei, al limite della confusione tra l'essere amica o fidanzata. Proseguendo con i MO comincia a parlare della paura di non avere più le attenzioni di questa amica, perché, essendo questa amica lesbica, le sembrava che si stesse interessando ad una altra ragazza.

Durante il processo si stupisce che stia così male anche se è solo un'idea che si “possa interessare all'altra” a quel punto provo a concettualizzare.

Trigger – La serata con gli amici nella quale sente lontana l'amica.

Immagine - il volto di Ele che guarda Livia

Cognizione negativa – non ce la posso fare

Cognizione positiva – io ce la posso fare

VOC – 1

SUD – 10

Localizzazione – in gola.

Ovviamente stiamo lavorando nella rete associativa relativa agli eventi traumatici che hanno a che

fare con abbandoni e separazioni ma, stiamo partendo da dove lei può partire e oserei dire da dove la maggior parte degli adolescenti può partire. Il trigger attuale che tuttavia sta a noi individuare.

Percorrendo quel canale associativo Anna comincia dopo set di MO a ricordare quando, dopo che la sorella era partita, la madre comincia a stare male e lei è sola in casa. Si spaventa, chiama l'autoambulanza e la salva. Ancora associazioni di questo tipo fino ad arrivare alla morte del papà.

Quel che s'intende affermare è che quando si ha una buona concettualizzazione del caso che ci permetta di aver chiaro qual è l'informazione e l'emozione disfunzionale e quale costrutti sul sé ha prodotto, possiamo utilizzare Target che non sono la prima volta, ma che hanno contenuti della prima volta e che ci portino alla "prima volta".

*Molto spesso, infatti, quando tento con un adolescente di introdurre la domanda "quando ti sei già sentito così nel passato?" il più delle volte ho perso seduta stante la loro attenzione e motivazione.*

Anna, comincia a stare bene già dalle prime sedute EMDR, piange di meno e la madre la vede più serena. Questo ci induce a pensare che il processo è iniziato ed il nodo comincia ad allentarsi, la gola è più distesa, si "rimuove" verso l'esterno sociale e ne individua la piacevolezza. Decide di partire con gli amici e sta bene in vacanza.

Quel che è successo di particolare rilevanza terapeutica, oltre allo stare meglio, è che Anna ha capito, semplicemente invitandola, dopo la stimolazione con MO, a riepilogare quello che era accaduto in seduta, che la sua difficoltà di oggi è legata al passato e che quindi se andrà nel passato i suoi rapporti sociali miglioreranno. (Mi vergogno di essere così lagnosa, pesante, nessuno mi vorrà). Si è creata cioè una forte motivazione, che le ha permesso di vedere il terapeuta e la terapia come una mano tesa che l'aiuta a salire sul treno in corsa. Normalmente la continuità terapeutica con l'adolescente è sempre incerta. Spesso salutando il paziente adolescente alla fine della seduta il terapeuta non sa se lo rivedrà tra una, due o tre settimane o anche dopo mesi o anni. Avendo esperienza clinica con adolescenti mi sono trovata molto spesso in terapie con tempi davvero "bizzarri" ma ciò possiamo affermare che è parte della fenomenologia adolescenziale. L'utilizzo nella mia pratica clinica della terapia EMDR e questa modalità iniziale di applicarlo ha di fatto azzerato questo problema, direi piuttosto, al contrario, sono loro, gli adolescenti, che chiedono di venire anche più di quel che propongo e al ritorno dalle vacanze chiedono conferma del loro appuntamento. Il tempo dell'adolescente ed il tempo dell'EMDR sono perfettamente sincroni.

Il primo vive l'urgenza del presente intenso, veloce, inderogabile, il secondo si inserisce lavorando sulle urgenze e sul passato strettamente associato al presente e inoltre, viaggia velocemente come serve in evolutiva.

### **Il circuito della ricompensa**

Vorrei sottolineare questo aspetto della velocità dell'intervento in evolutiva. Facendo anche il più semplice e scontato esempio dell'intervento nei disturbi dell'apprendimento possiamo notare che, se da quando viene segnalato il problema, passano anche solo dei mesi noi sappiamo che poi parleremo non solo di DSA ma anche, probabilmente, di disturbo oppositivo, di ansia, di difficili relazioni nella famiglia. Quindi un problema che può essere circoscritto genera a cascata una infinità di ulteriori sofferenze. In pochi mesi.

Il tempo in evolutiva è importante perché il processo di crescita è dinamico, non aspetta. Nell'adolescente ciò è maggiormente importante proprio per il compito evolutivo di questa fase. E' un periodo molto creativo e molto difficile. Tutti gli assetti della personalità in questa fase possono essere ho peggiorati o migliorati. La via neutra rimanere "uguali a prima" è poco probabile e quando avviene correla con problematiche nella vita futura in una forma di ricerca del sé in periodi anacronistici. Avviene in questa fase una modificazione trasformativa in tutti i campi: dalla percezione del proprio corpo, alla rappresentazione dell'immagine corporea fino alle relazioni d'oggetto interiorizzate. Il tutto utilizzando una biologia neuronale diversa da quella adulta. Nell'adolescente infatti, è molto attivo il circuito della ricompensa. Un network che interessa vari comparti specializzati in diverse aree del cervello che sono interconnesse per mezzo di lunghi fasci di fibre nervose. In particolare l'area

tegmentale ventrale (VTA) carica di neuroni che producono un neurotrasmettitore: la dopamina. Questa convogliata al nucleus accumbens, una volta liberata, produce esperienze di gratificazione e di piacere. In relazione a ciò i processi decisionali adolescenziali, a carico della corteccia prefrontale, sono condizionati da scelte che producano effetti immediati a differenza dell'adulto che sceglie in base alle potenziali conseguenze negative di una decisione. Dunque la corteccia prefrontale degli adolescenti non riesce nel compito della pianificazione a lungo termine della ricompensa. Per questo motivo le risposte adattive che gli adolescenti attivano in seguito ad esempio ad un break-down psicologico, possono essere anche molto pericolose come tagliarsi, cercare la rissa, guidare a velocità, assumere sostanze psicotrope. Insomma farsi male purché al momento si senta sollievo. Quanti ragazzi finiscono la sera in discoteca a cercare la rissa solo perché qualcuno li ha sfiorati? Cercano la rissa che produrrà adrenalina e li farà sentire forti. La rabbia ed il dolore che li pervade potranno essere espressi senza confini: quando ci si picchia vince chi è più arrabbiato. Un ragazzo, Gianni, con una situazione familiare molto difficile a causa di genitori separati molto litigiosi, vive il primo significativo trauma con la mamma che lo "butta fuori di casa" a 12 anni. Successivamente vive con il papà (che lavora di notte e dorme il giorno) e la nonna paterna. Anche qui come per Anna, Gianni trova un equilibrio grazie alle affettuose cure della nonna. Il trauma è tuttavia lì, silente e lo induce a pensare di sé di essere una "brutta persona" e soprattutto di essere uno "sfigato" che nessuno vuole.

Va comunque avanti nella sua vita per lo più scontento e facile a rabbuiarsi. A 16 anni la nonna muore e per un periodo lui non riesce più a dormire. Per aiutarlo il papà lo porta da un neurologo che risolve la questione prescrivendogli degli ansiolitici. Inizia un periodo di grande sofferenza in cui falsifica le ricette e diventa dipendente da psicofarmaci che mischia con alcool e droghe nel tentativo di stordirsi dal dolore. Inoltre, comincia a picchiarsi ferocemente ad ogni serata che frequenta, arrivando ad essere temuto da tutti i coetanei per la sua ferocia.

Fino a quando una sera lo picchiano in venti e lui rimane a terra con varie parti del corpo fratturate. Alle ferite emotive, avvenute già da tempo, si aggiungono dunque quelle del corpo.

Il tempo, di nuovo il tempo, se il neurologo avesse letto la sua storia avrebbe potuto capire la potenziale catastrofe che stava realizzando all'interno di quel ragazzo con la scomparsa della nonna. Poteva capire che tutti quei comportamenti disfunzionali servivano a ricreare una situazione in cui "non sento che sono debole", "non sento che sono solo" attivando tutto un sistema neurofisiologico che porta ad anestetizzare il dolore, a dissociare e soprattutto a preservare il senso del sé: "non sono uno sfigato".

### ***Il tempo recuperato grazie all'EMDR***

L'intervento con questo Gianni arriva tardi e quando viene attivato è urgente. Il ragazzo non ha tempo, deve andare via (minacciato da un gruppo di malavitosi), è in pericolo. Non vuole stare lì a rivangare la madre, il padre il patrigno, l'insegnante e chissà chi, vuole stare nel presente. Lavorare con L'EMDR sulla sua rabbia, lo ha portato prima al tremendo dolore della nonna e poi all'orrore di una madre che non ti vuole ed infine alla debolezza del padre che non lo ha saputo proteggere. Comincia a capire che la vergogna, che profondamente lo pervade, è una emozione che farebbero bene a provare molti adulti che nella sua vita si sono comportati male con lui bambino.

### ***Conclusioni***

I casi clinici riportati in questo scritto mostrano da una parte un adolescente con una difficoltà non ancora scompensata, Anna, che sebbene con fatica mantiene la frequenza scolastica, il gruppo di amici e nel complesso mostra una sorta di funzionamento adattivo. Nell'altro caso, Gianni, invece, si è intervenuti dopo lo scompenso che ha portato molte difficoltà nell'adattamento, nell'assetto della personalità e soprattutto tantissime sofferenze. In entrambi i casi tuttavia l'intervento con l'EMDR ha permesso di uscire rapidamente da situazioni caratterizzate da una forte emotività espressa permettendo l'accesso a tempi e luoghi di cura prima impossibilitati dall'urgenza emotiva.

Come già sottolineato precedentemente l'EMDR come tecnica che aiuta la riprocessazione delle informazioni in forma adattiva ben si presta a questa urgenza nell'ambito dell'intervento in adolescenza. Dopo poche sedute infatti, si interrompe il rischio di importanti crolli emotivi ed è possibile lavorare terapeuticamente senza dover ricorrere necessariamente a ricoveri ed intense terapie farmacologiche. Concludo con le parole di una mia paziente di 15 anni, dette dopo una seduta EMDR molto coinvolgente "ecco adesso quel ricordo è asciutto non fa più male".

### **Bibliografia**

- Bleiberg E.,(2001) Il trattamento dei disturbi di personalità nei bambini e negli adolescenti. Un approccio relazionale Giovanni Fioriti Editore
- Bressa Maria G., (2012) Reduci dell'adolescenza . Prospettive psicobiologiche, cliniche e socio-educative Franco Angeli Editore
- Fernandez I., Maslovaric G., Veniero Galvagni M., Traumi psicologici, ferite dell'anima. Il contributo della terapia con EMDR.Napoli, Liguori Editore
- Liotti G., Farina b., (2011) Sviluppi traumatici Cortina Milano
- Kandel Eric R.; ( 2015) Principi di neuroscienze Casa Editrice Ambrosiana
- Kemberg P., Weiner Allan S., Bardestein K. (2000) I disturbi di personalità in bambini e adolescenti Giovanni Fioriti Editore
- Knipe J., EMDR Toolbox . Teoria e trattamento del PTSD complesso e della dissociazione. Giovanni Fioriti Editore
- Pasini A., Casagrande M. Can (2007)epone, Spagna A, Rosa C, Dimaggio, G., et al. (2017) Dysfunctional personality traits in adolescence: effects on alerting, orienting and executive control of attention.
- Shapiro,F.(2000) EMDR Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari. Milano Mc Graw- Hill
- Siegel D. (2013) Il terapeuta consapevole. Guida per il terapeuta al Mindsight e all'integrazione neurale. Sassari: Istituto di Scienze Cognitive Editore
- Van der Kolk B.A,(2015) Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche Milano Raffaello Cortina Editore
- Van der Kolk (2008) "Il disturbo traumatico dello verso una diagnosi razionale per bambini cronicamente traumatizzati". In Caretti V. Craparo G. (a cura di ), Trauma e psicopatologia. Astrolabio Ed.
- Verardo Anna R. "Attaccamento traumatico: Ritorno alla sicurezza. Il contributo dell'EMDR nei traumi dell'attaccamento in età evolutiva" Giovanni Fioriti Editore

# EMDR DI GRUPPO RIVOLTO AGLI OPERATORI COINVOLTI NELL'EMERGENZA COVID-19

## La risposta dell'ASST di Lecco nei presidi ospedalieri.

Roberta INVERNIZZI, Elisa FOGLIATO, Marta CARENINI, Pietro ALFIERI, Carmen BALDI, Laura DE CAPITANI, Chiara LANFRANCHI, Mariagrazia MASINI, Chiara PALEARI, Rossana REGAZZONI, Alice SACCHI, Vittorio RIGAMONTI

*Unità di crisi COVID-19. psicologi ASST Lecco*

**Enrico FRISONE**

*Direttore Socio-Sanitario ASST di Lecco*



<sup>1</sup>

***Abbiamo attraversato la tempesta con RISOLUTEZZA e con la FORZA dell'unità tra di noi e la forza di ognuno. Adesso che la CALMA è tornata, ci meritiamo un po' di SERENITA'***  
*[Medico in area critica, seconda ondata emergenziale]*

### INTRODUZIONE

Quando all'inizio del 2020 ci siamo trovati come comunità e come Servizi a far fronte all'emergenza di sanità pubblica di interesse internazionale per l'epidemia da nuovo coronavirus (COVID-19) pandemico (World Health Organization WHO, 2020a; 2020b), abbiamo assistito a una riorganizzazione dei presidi ospedalieri volta a contenere e a gestire l'emergenza epidemiologica. I luoghi di cura, dai reparti agli ambulatori fino agli uffici amministrativi, hanno subito trasformazioni significative a livello strutturale, organizzativo e assistenziale. I cambiamenti più significativi hanno riguardato la vita professionale e personale degli operatori sanitari (WHO, 2020c; 2020e; Giusti et al., 2020) e di tutti gli operatori che a vario titolo nei presidi ospedalieri si sono trovati a lavorare in contesti di incertezza, impotenza e mancanza di controllo, condizioni aggravate dall'esposizione al rischio di contagio personale, delle loro famiglie e dei colleghi e che potevano indurre con alta probabilità un esordio di burnout (Liu et al., 2020; Ornell et al., 2020; Ran et al., 2020). In considerazione dell'impatto che le emergenze sanitarie hanno sulla salute mentale degli operatori, molti sono stati gli eventi che hanno rappresentato fattori di rischio per lo sviluppo di reazioni da stress in tutti coloro che nei presidi ospedalieri hanno impattato più da vicino questa emergenza sanitaria, i front line responders (CSTS, 2020; Homewood Health, 2020; OMS, 2020c; IASC, 2020; Rapporto ISS COVID-19, 22/2020; Rossi et al., 2020; Tran et al., 2020). In particolare, l'essere stati esposti a una traumatizzazione diretta, oltre che vicaria (Brady et al., 1999; Sinclair e Hamill, 2007), e l'essere stati vittime a più livelli (Mitchell, 1983; Taylor e Frazer, 1981; Iacolino e Cervellione, 2019) di una emergenza senza precedenti hanno reso gli operatori molto vulnerabili. A ciò si è aggiunto il rischio di stigmatizzazione (WHO, 2020d). Prevenire le conseguenze sulla salute mentale ha rappresentato, pertanto, fin da subito una preoccupazione importante per coloro che andavano strutturando interventi di sostegno psicologico nei presidi ospedalieri rivolto agli operatori sanitari in risposta alla pandemia (De Mei et al., 2020; Invernizzi et al., 2020a, 2020b; OMS, 2020e).

All'interno dell'ASST di Lecco gli psicologi della Unità Semplice Dipartimentale di Psicologia Clinica hanno condiviso fin dall'inizio della prima ondata emergenziale l'urgenza di dare una risposta il più possibile efficace e basata sull'evidenza, consapevoli che questa emergenza sanitaria andava rappresentando per tutti una sfida alla resilienza psicologica. A Marzo 2020 è stata costituita una Unità di Crisi psicologica formata da 20 psicologi, 14 dei quali con formazione EMDR, che hanno attivato con la supervisione gratuita dell'Associazione EMDR Italia interventi a più livelli rivolti ai malati di COVID-19, agli operatori sanitari malati di COVID-19 e a quelli presenti all'interno dei presidi ospedalieri. È stata privilegiata la terapia con EMDR raccomandata per il trattamento del Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD) (ISTSS, 2018) e riconosciuta dall'OMS (2016) come terapia elettiva e avanzata nelle emergenze sanitarie per la gestione dei disturbi specifici legati allo stress. Nello specifico degli

<sup>1</sup> Torneremo ad abbracciarci, Elisa Fogliato, 2021—Tela posta in Rianimazione Ospedale A. Manzoni Lecco



interventi rivolti agli operatori dei presidi ospedalieri, sono stati organizzati interventi di gruppo con EMDR-IGTP (Jarero e Artigas, 2014) adattati all'emergenza COVID-19 e con utilizzo della autostimolazione bilaterale rappresentata dall'abbraccio della farfalla. La scelta di trattare tempestivamente e precocemente, a partire dall'inizio della prima ondata emergenziale e a seguire fino alle ondate successive, tutti gli operatori che ne facevano richiesta ha risposto a una scelta professionale ed etica di Health Care in sanità pubblica che considera destinatari dell'intervento immediato e urgente qualsiasi operatore si trovi a lavorare in una emergenza sanitaria, mettendo a rischio non solo la sua salute fisica, ma anche quella psichica.

Il presente lavoro, che si inserisce in una più ampia ricerca condotta a livello nazionale dall'Associazione EMDR Italia, ci permette di fare una riflessione importante sull'efficacia degli interventi psicologici attivati a favore dei front line responders, gruppo vulnerabile e esposto allo sviluppo di stress traumatico, ma anche risorsa assolutamente vitale nei nostri presidi ospedalieri nell'emergenza COVID-19.

### **METODO e STRUMENTI**

Gli interventi psicologici attivati hanno coinvolto tutti gli operatori dei due presidi ospedalieri dell'ASST di Lecco (Lecco e Merate). Gli operatori che hanno fatto richiesta volontaria di un supporto psicologico di gruppo sono stati trattati con EMDR-IGTP (Jarero e Artigas, 2014) adattato all'emergenza Covid-19; sono state svolte tre sedute in piccoli gruppi di tre/quattro operatori nel rispetto delle regole di distanziamento.

In totale sono stati trattati più di 300 operatori tra le due ondate emergenziali.

Sono state analizzate le seguenti aree attraverso specifici strumenti:

- Fattori socio-demografici, lavorativi e clinici: Scheda Anagrafica. La Scheda riporta i dati personali (nome, età, sesso, titolo di studio), la composizione del nucleo familiare, l'organizzazione dal punto di vista abitativo durante l'emergenza sanitaria (isolamento o meno), la presenza di figli minori e la loro collocazione durante i periodi di lockdown (se affidati ad altri o meno), l'aver contratto il virus, l'aver avuto familiari ammalati o deceduti per COVID-19, qualifica professionale, reparto di provenienza prima/durante/post emergenza, contatti con pazienti COVID-19, lavoro in area "sporca" o "pulita", reclutamento nelle diverse ondate emergenziali;
- sintomi post-traumatici: Impact of Event Scale-Revised - IES-R (Weiss e Marmar, 1997; Pietrantonio et al., 2003).
- crescita Post-Traumatica: Post-Traumatic Growth Inventory - PTGI (Tedeschi e Calhoun, 1996; Prati e Pietrantonio, 2014). Si tratta di un questionario sulla crescita post-traumatica che misura i cambiamenti personali e interpersonali legati a un evento avverso.

### **DISCUSSIONE e PROSPETTIVE**

Il lavoro ha permesso di valutare l'efficacia del trattamento con EMDR-IGTP rivolto agli operatori dei presidi ospedalieri durante l'emergenza COVID-19.

Sia nella prima che nella seconda ondata emergenziale i valori all'inizio della terapia sono stati più elevati di quelli post trattamento. Gli esiti positivi dell'intervento suggeriscono che il trattamento con EMDR-IGTP di gruppo in emergenza può essere un percorso efficace per fornire un trattamento precoce volto a prevenire il rischio di sviluppare un PTSD; in particolare abbiamo osservato che gli operatori trattati precocemente in prima ondata hanno tratto maggiori benefici.

La seconda ondata ha comportato un maggiore affaticamento degli operatori, che presentavano un rischio maggiore di sviluppare un PTSD per la presenza di immagini e vissuti traumatici non elaborati legati alla prima ondata emergenziale e aggravati dalla presenza di numerosi trigger nella nuova ondata. Nello specifico, gli operatori trattati in seconda ondata hanno mostrato una condizione iniziale di iperarousal significativamente superiore caratterizzata da ipervigilanza, irritabilità, problemi di memoria e concentrazione, disturbi del sonno e risposte esagerate di startle. Quello che abbiamo osservato nella pratica clinica sono state marcate reazioni fisiologiche in risposta a trigger riattivatori dell'esperienza traumatica vissuta in prima ondata e non elaborata (immagini della zona sporca e pulita, teli di separazione, presidi di protezione, spostamento da reparti covid free a reparti covid o di area critica, immagini disturbanti e traumatiche legate alla relazione con i malati e a eventi di morte).

Tutti gli operatori sono migliorati e hanno beneficiato dell'intervento psicologico in emergenza. Contrariamente a quanto ci saremmo aspettati, l'aver lavorato in area critica, piuttosto che in altri reparti, non ha avuto un

effetto significativo né sulla condizione iniziale né sulla differenza tra la condizione iniziale e quella successiva al trattamento, sia in prima che in seconda ondata. Ciò suggerisce che gli operatori dei presidi ospedalieri sono stati ugualmente esposti all'emergenza sanitaria forse anche per il fatto di averla vissuta e condivisa in una condizione significativa di prolungato isolamento dal resto della comunità. Il trattamento con EMDR ha pertanto prodotto cambiamenti rapidi e profondi indipendentemente dalla durata dell'esposizione all'emergenza sanitaria COVID-19 e dal reparto di appartenenza.

L'EMDR ha aiutato molti operatori ad alleviare la sofferenza emotiva legata al ripetersi del rivivere ricordi dell'esperienza emergenziale traumatica in immagini, suoni (come il "rumore" dei caschi) e sensazioni fisiche (vestizione), ripristinando il naturale processo di elaborazione e la sensazione di avere il controllo.

Nella seconda ondata emergenziale, chi si è ammalato di COVID-19 mostra all'inizio del trattamento un marcato evitamento degli stimoli associati all'evento traumatico che possiamo spiegare con riferimento agli aspetti di traumatizzazione sia vicaria che diretta. Se gli aspetti di evitamento possono essere letti in parte come adattivi per far fronte alla situazione lavorativa, essi rappresentano di fatto un fattore di rischio come sintomo post traumatico. Ci siamo pertanto chiesti se l'intervento psicologico con EMDR possa aver contribuito a ridurre un esordio di burnout negli operatori trattati.

Gli operatori hanno mantenuto nel tempo il cambiamento a seguito del trattamento con EMDR-IGTP, nonostante la prolungata esposizione all'emergenza e la possibilità di ritraumatizzazione all'inizio di una nuova ondata emergenziale. Possiamo pensare, pertanto, che gli operatori trattati in prima ondata siano "entrati" nella seconda meno vulnerabili e più resilienti.

Inoltre gli operatori trattati in prima ondata hanno raggiunto nel post trattamento un valore sotto soglia per rischio di sviluppare PTSD, rispetto a quelli trattati in seconda ondata che sono rimasti sopra soglia nonostante il miglioramento di tutti gli indici. Ciò ha confermato l'importanza di offrire precocemente e tempestivamente un intervento agli operatori in emergenza, prevenendo il fatto che arrivino ad avere valori troppo elevati alla IES-R pre trattamento indicativi di sintomi post-traumatici e di un maggior rischio di sviluppare PTSD.

**Alla luce di quanto emerso, il trattamento con EMDR-IGTP a tutela e supporto della salute mentale e del benessere degli operatori sanitari nell'emergenza COVID-19 ha significativamente dimostrato la possibilità di rafforzare la loro resilienza e mitigarne la vulnerabilità.**

Il lavoro svolto durante l'emergenza Covid-19 ha portato alla costituzione di una Unità di Crisi psicologi permanente all'interno dell'ASST di Lecco al fine di dare una risposta psicologica tempestiva all'emergenze in ambito sanitario.

Ad oggi l'Unità di Crisi è intervenuta all'interno del reparto di Pediatria attivando interventi di EMDR-IGTP di gruppo a favore degli operatori sanitari che si sono trovati a fronteggiare all'inizio della seconda ondata emergenziale un incremento importante di ricoveri di adolescenti con problematiche psichiatriche (tentativi di suicidio e autolesionismo, comportamenti dirompenti e disturbi del comportamento alimentare), quella che gli operatori stessi hanno definito "una emergenza dentro l'emergenza". Riteniamo che questa prospettiva sia un primo risultato di quella "crescita postraumatica" che questa emergenza sanitaria ha prodotto all'interno della nostra Unità Operativa Semplice Dipartimentale di Psicologia Clinica (UOSD di Psicologia Clinica ASST Lecco), rendendo anche noi più resilienti e meno vulnerabili.

# INTERVENTO DI EMERGENZA SU TRE INCONTRI IN COLLABORAZIONE CON IL SERVIZIO DI SALUTE MENTALE

**Cristina Santoro**

Terapeuta EMDR - Napoli



## **Introduzione**

Il 4 aprile domenica delle palme, una festività già resa particolare dall'emergenza coronavirus, la città di Caserta si sveglia, con un'altra tragica notizia. All'alba, un bambino di 4 anni, muore all'ospedale nonostante un delicato intervento chirurgico nella notte. Il bambino, nel pomeriggio del sabato, dopo essere salito su un tavolino, sul quale era solito disegnare, posizionato accanto alla finestra, mentre la madre si era allontanata per andare in cucina, perde l'equilibrio e cade nel vuoto. L'incidente avviene, per una pura casualità in una palazzina adiacente al Servizio di Salute Mentale dell'ASL di Caserta e per tanto il primo soccorso psichiatrico/psicologico avviene all'interno del Servizio. La collega psichiatra che prende in carico la coppia genitoriale in totale emergenza, dopo un primo colloquio, decide di fare una prescrizione farmacologica alla madre del piccolo, che appare subito in un totale stato di shock. Il giorno seguente, vengo immediatamente contattata per collaborare con la collega psichiatra che aveva fatto il primo contatto. Nell'incontro preliminare che ho con lei, quest'ultima mi informa sui fatti accaduti e sulle riflessioni emerse. Il colloquio che aveva svolto con entrambi i genitori aveva fatto emergere fin da subito una situazione molto preoccupante, in quanto la madre del bambino era apparsa in uno stato di dissociazione post-traumatica. Apprendo che in ospedale, alla notizia del decesso, la madre aveva perso i sensi e, al risveglio attuando una scissione del ricordo, si comporta come se fosse stata ancora in attesa di notizie per un miglioramento delle condizioni di salute del figlio. Pur trovandoci nel periodo di emergenza COVID, per cui il supporto psicologico è solo telefonico, in questa circostanza, data la gravità, decido di accogliere in sede la coppia e, con le dovute precauzioni, di lavorare con entrambi.

## **Primo colloquio: preparazione / stabilizzazione**

Nella prima parte del colloquio (preparazione) per stabilire un rapporto di fiducia e una buona alleanza terapeutica con la coppia, mi presento spiegando i motivi e le modalità dell'intervento che andiamo a svolgere (EMDR). In particolare chiarisco che utilizzerò strumenti di lavoro che avranno l'obiettivo di aiutarli a superare questo momento di grave stress, a gestire e ad affrontare un'esperienza così dolorosa.

Per offrire un ulteriore contenimento, chiedo ad entrambi se si sentono tranquilli e al sicuro in quel momento con me nella stanza. Allo stesso tempo chiedo di visualizzare questo sentirsi al sicuro (grounding) facendo loro radicare bene i piedi a terra associando gli esercizi di respirazione. Comincio così a sollecitare la madre a narrare ciò che è accaduto ad alta voce, (applicazione del protocollo eventi recenti) mentre entrambi iniziano una stimolazione bilaterale (battito della farfalla). Dal racconto mi rendo subito conto che la madre del piccolo è ferma all'attimo prima della comunicazione del decesso e quindi in attesa di notizie per poterlo rivedere. E' molto evidente uno stato di dissociazione post-traumatica, sulla quale non ritengo intervenire, ma rivolgendomi al marito, chiedo di narrare anch'egli l'episodio traumatico. Quest'ultimo pur essendo consapevole del risvolto drammatico, omette, per paura di far male alla moglie, la parte relativa alla comunicazione del decesso e, nonostante emerga il suo notevole disagio, collude con lo stato dissociativo della moglie. Emergono comunque emozioni negative e un forte dolore e su questo continuiamo a lavorare con le stimolazioni e con esercizi di stabilizzazione, faccio sentire la mia presenza con un abbraccio che chiedo al

marito di fare alla moglie da parte mia. Nella parte finale della seduta riusciamo a fare un pensiero positivo, senza ricorrere ad un posto al sicuro che in quel momento mi rendo conto difficile da trovare. Il pensiero positivo che emerge su mia sollecitazione riguarda la madre della signora che era stata male alcuni anni prima ma, in quella occasione era riuscita a trovare risorse per superare il momento.

### ***Secondo colloquio: psico-educazione al padre***

Nel secondo colloquio che viene fissato dopo due giorni, si presenta solo il marito spiegando che la moglie dopo una notte insonne, nonostante i farmaci prescritti dalla collega, si era addormentata in mattinata e che non aveva ritenuto opportuno svegliarla. Pertanto svolgo un colloquio solo con lui centrando il focus della discussione sulla gestione della paura di comunicare alla moglie la dura realtà. Emergono fantasie e paure suicidarie da parte della moglie e su questo lavoriamo (stimolazione bilaterale), la pesantezza di reggere da solo il suo dolore e quello della moglie, essendo la famiglia tutta in Romania. Il colloquio si chiude con una serie di prescrizioni su come affrontare la comunicazione con la moglie e sul pensiero positivo di poter riportare nella propria terra il proprio bambino.

### ***Terzo colloquio: mio figlio è diventato un angelo (inizio dell'elaborazione del lutto)***

Il terzo colloquio si apre con una frase da parte della madre: "mio figlio è diventato un angelo".

Dal quel momento, attraverso un pianto continuo, senza che io potessi fare alcuna domanda, la signora riparte dalla narrazione dell'episodio traumatico (stimolazione bilaterale) con particolari relativi a quella che poi è diventata, l'immagine più disturbante, ovvero il momento in cui la madre nel ritornare dalla cucina vede il figlio sbilanciarsi dalla finestra e la caduta nel vuoto. Attraverso poche parole e con la gestualità del movimento lascia intendere che quella immagine è nella sua mente impressa con tutta la sofferenza di chi non è riuscita ad arrivare in tempo per afferrare e salvare il figlio. Il dolore forte e l'eccessiva attivazione non producono nessuna CN, pertanto intervengo in aiuto chiarendo che altre persone che come loro si sono trovate in situazioni simili, hanno riferito di sentirsi impotenti o di non aver fatto abbastanza. A questo punto, accettando il suggerimento, chiedo cosa le piacerebbe pensare di lei, ma la difficoltà di trovare una CP è molto forte quanto quella negativa e quindi anche in questo caso suggerisco che forse vorrebbe sentirsi di potercela fare. La VOC pertanto è molto bassa e il SUD è molto alto. Emergono dolore e paura che sente come pressione al petto. Si susseguono alcuni set di stimolazione e mi rendo conto che saranno necessarie ancora molte sedute prima che il disturbo possa attenuarsi, quindi il mio principale pensiero è quello di chiudere bene la seduta con un posto al sicuro rappresentato dal ritorno in Romania per portare con sé il suo bambino e riabbracciare la sua famiglia. Si chiude la seduta.

### ***Riflessioni***

Il setting in cui si è svolto questo intervento, di per sé già di emergenza, avviene in un contesto di straordinario allarme sanitario determinato dalla pandemia COVID, che imponeva limitazioni di distanziamento e contatto. Un secondo aspetto che alimentava il carattere emergenziale, era la possibilità che la coppia dovesse partire da un momento all'altro per la Romania condizionando l'intervento terapeutico negativamente. Altro aspetto importante aver deciso di mantenere un setting terapeutico di coppia, permettendo alla signora, con il supporto anche del marito come parte consapevole, di aiutarla nel superamento dello stato dissociativo.

Tuttavia, nonostante gli aspetti ostacolanti dettati dal momento e la necessità di lavorare ancora molto prima che il disturbo potesse attenuarsi, l'efficacia dell'intervento EMDR in tre colloqui ha portato ad un superamento dello stato dissociativo e alla possibilità nel terzo colloquio, da parte della signora, di poter accedere al dolore e alla sofferenza del suo lutto e dare al marito la possibilità anch'egli di lasciarsi andare al dolore che fino ad allora non aveva vissuto condividendolo con lei perché inaccessibile. La coppia lasciando nei giorni successivi un messaggio di gratitudine per l'aiuto ricevuto ci informa che si è trasferita in Romania.



## **EMDR DI GRUPPO. Insieme verso il BenEssere**

**A cura di Giada Maslovaric**

Ed. Apertamenteweb

Uno dei grandi sviluppi dell'applicazione della terapia EMDR è stata la creazione di un protocollo di gruppo.

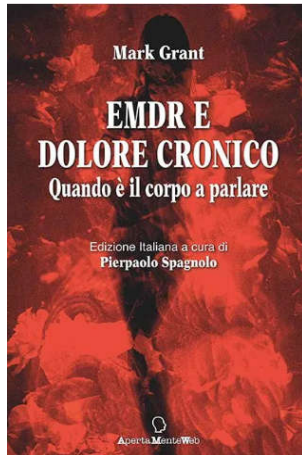
L'incontro con l'EMDR di gruppo ha aperto nuove prospettive di cura estendendone e talvolta addirittura potenziandone i benefici già noti nella terapia individuale. Infatti il gruppo favorisce lo sviluppo di relazioni, la nascita di legami identificativi, la creazione di una cultura comune ma, poiché il gruppo è contemporaneamente un intero ed un contenitore, le sue possibilità curative,

riabilitative e trasformative vanno ben oltre il superamento del senso di alienazione, dell'isolamento e della possibilità di condividere il proprio disagio con altre persone. Come sottolinea Isabel Fernandez, nella prefazione del manuale "questi processi realizzati in gruppo hanno un valore aggiunto, perché spesso i vissuti traumatici fanno sentire le persone sole, vulnerabili e difettose. L'elaborazione di gruppo permette invece una normalizzazione delle emozioni, delle immagini, delle sensazioni nel momento stesso in cui l'individuo si sente, finalmente parte di un tutto e di una comunità, riducendo la vergogna post-traumatica ed il senso di inadeguatezza soggettiva".

"EMDR di gruppo Insieme verso il BenEssere" a cura di Giada Maslovaric ci mostra tutto questo e descrive in maniera competente e scientifica le innumerevoli applicazioni e possibilità del protocollo EMDR di gruppo in diversi contesti, sia in ambito emergenziale che psicoterapeutico.

Questo tipo di lavoro è stato introdotto nel 1997 grazie ad autori come Jarero et al. (1999) che iniziarono ad adattare il protocollo individuale al lavoro di gruppo, quando, di fronte ad una grave emergenza che coinvolse milioni di persone in Messico, idearono un nuovo protocollo: "l'EMDR-Integrative Group Treatment Protocol" (EMDR-IGTP), un intervento specifico per tutti i bambini coinvolti in quel disastro ambientale. Dal 1997 in avanti il protocollo è stato utilizzato in condizioni di disastri di massa in molti paesi del mondo, sia con minori sia con adulti, sia nel format originale, che con un protocollo specifico adattato a seconda dei contesti e delle circostanze specifiche (Hoffmann, Becker & Marshall, 2000; Korkmazlar-Oral & Pamuk, 2002; Fernandez et al., 2004; Gelbach & Davis, 2007; Wilson, Tinker, Zaghrou-Hodali, Ferdoos & Dodgson, 2008). In particolare, questo manuale non solo riporta tantissime di queste esperienze sia in ambito emergenziale, sia clinico, sia in settings differenti e per popolazioni specifiche ma ci fornisce anche le più attuali e innovative strategie e modalità terapeutiche dell'EMDR declinate e riorganizzate con grande creatività in ambito emergenziale, rendendo questo testo unico nel suo genere. Ciò permette ai colleghi interessati ad approfondire questo ambito, di apprendere le modalità di applicazione dell'EMDR in gruppo, ed al contempo di ripercorrere la storia dell'Associazione EMDR Italia in tutti questi anni di cui Giada Maslovaric è stata una delle protagoniste. Come sottolineato dall'autrice, le cui parole mi piace ricordare qui, "Questo libro racchiude la forza di ogni gruppo di persone che ho accompagnato verso il benessere attraverso l'abbraccio della farfalla. Non solo. Il lavoro corale che emerge dal contributo di tanti psicoterapeuti ancora una volta rappresenta la resilienza di comunità che può emergere da una colleganza cooperativa che rema insieme esplorando nuovi sentieri verso il benessere." E a proposito dell'importanza e della forza del gruppo, che riporto la frase di John Miur spesso citata dalla Maslovaric "Non c'è un solo frammento isolato in tutta la natura, ogni frammento fa parte di un'unità armoniosa".

Grazie quindi a Giada Maslovaric che attraverso questo manuale ci conduce in un percorso ricco di testimonianze e di progetti realizzati scaturito dalla sua formazione e da quella di tantissimi colleghi che ci fanno toccare con mano le enormi potenzialità di uno strumento come l'EMDR di gruppo.



## **EMDR E DOLORE CRONICO - Quando è il corpo a parlare**

**Mark Grant**

Ed. ApertaMenteWeb

Mark Grant, l'autore del libro, è un pioniere nel campo del trattamento del dolore cronico. Con il suo lavoro ha perseguito il miglioramento della salute e del benessere di moltissimi pazienti, integrando efficacemente diverse tecniche terapeutiche con l'EMDR e dimostrando alcuni dei motivi per cui l'EMDR può costituire un efficace trattamento per il dolore cronico.

Il manuale può essere diviso in tre diverse parti, la prima inizia con la descrizione della natura del dolore e quindi il rapporto che ha col trauma e i

meccanismi con cui il trauma può alimentarlo, il ruolo del cervello in questo processo, la ricerca sull'EMDR e il rationale che sta alla base dell'EMDR come trattamento per il dolore.

Gestire il dolore non significa solamente controllarlo; i pazienti che soffrono di questo disturbo si presentano tipicamente con una complessa interazione di problemi tra cui la presenza di un PTSD, difficoltà di regolazione emotiva, problemi di identità ecc.

La seconda parte descrive in maniera accurata il protocollo EMDR per il trattamento del dolore cronico. Questa sezione include ampie informazioni sulle fasi di raccolta anamnestica, assessment e preparazione al trattamento EMDR del dolore cronico, e mostra come indagare tutti gli aspetti necessari per valutare le persone che soffrono di dolore cronico, come individuare i target per il trattamento EMDR, come affrontare le situazioni di "blocco", come utilizzare la stimolazione bilaterale per ridurre il dolore e come installare risorse e modelli futuri. Sarà presentata la "cometa per la concettualizzazione del caso" un modello specifico per visualizzare la costellazione di problemi che è possibile trovare in ogni paziente che soffre di dolore cronico. Infine saranno descritte delle strategie aggiuntive specifiche per quei pazienti che sperimentano un dolore continuo (EMDR+) o per quei pazienti che non sono in grado di beneficiare dell'EMDR (EMDR-).

Nella terza sezione è possibile trovare delle risorse utili per l'assessment, la pianificazione del trattamento e l'applicazione del protocollo per il dolore, compreso un foglio di lavoro abbreviato del protocollo. Inoltre questa parte contiene un test il "Pain Risk Factors Questionnaire" che permette di valutare rapidamente il contributo di tutti quei fattori "non fisiologici" che possono influire sul dolore dei pazienti e molte dispense e fogli di lavoro ideati per aiutare i pazienti a capire il proprio dolore, aumentare la loro capacità di auto-cura, dormire meglio e gestire meglio gli aspetti fisici ed emotivi del loro dolore. Tutti questi strumenti sono presentati in un formato che li rende facili da fotocopiare e consegnare ai pazienti.

Attraverso questo testo è possibile scorgere la visione ricca di speranza e di ottimismo dell'autore, che ci illustra in maniera chiara e lineare le modalità con cui l'EMDR può risultare utile ed efficace per molti pazienti affetti da dolore cronico, mostrandoci come aiutarli ad affrontare gli aspetti psicologici e traumatici collegati ad esso per promuovere una remissione parziale o completa del dolore. In questo modo, i pazienti sono supportati nella comprensione del loro stato di malattia e nella gestione delle loro problematiche, creando fattori di protezione, oltre ad eliminare quelli di rischio. La traduzione impeccabile è stata realizzata dal nostro collega Pierpaolo Spagnolo, che ha dato un valore aggiunto all'edizione italiana.



FrancoAngeli

## Ricordi traumatici. Vecchi dubbi, nuove certezze

A cura di **Marinella Malacrea**

Ed. Franco Angeli

La tesi che il lavoro psicoterapeutico alteri i ricordi del paziente e, pertanto, renda impossibile risalire alla verità fattuale, vede frequentemente contrapporsi il mondo della psicologia clinica e della psicologia giuridica, la quale, nel trattare esperienze traumatiche che possano configurarsi come reato, in primis l'abuso sessuale, ripropone il tema dei falsi ricordi traumatici.

Questo volume, curato da Marinella Malacrea, neuropsichiatra infantile e psicoterapeuta, si pone da una prospettiva che, esaminando la letteratura internazionale più accreditata degli ultimi 20 anni sulle conseguenze post traumatiche delle Adverse Childhood Experiences (ACE) offre al lettore la panoramica, del tutto convergente, circa le acquisizioni della ricerca e della clinica sul funzionamento mentale del disturbo post traumatico complesso, ufficialmente riconosciuto dall'ICD-11 (C-PTSD, Complex PTSD) e sulle caratteristiche specifiche della memoria post traumatica, nonché su obiettivi e criteri per il trattamento.

Gli autori rilevano che alcune conoscenze obiettive di cui oggi disponiamo sui danni neurobiologici che conseguono a esperienze traumatiche, specie se croniche, sono ormai indiscutibili. Guardando gli esiti di esperienze traumatiche valutati attraverso le neuroimmagini risulta comprovato che l'esposizione al trauma altera struttura e funzionalità cerebrale e a cascata molte funzioni somatiche. Queste multiformi alterazioni finiscono per condizionare essenzialmente il sistema di difesa deputato a regolare il circuito della reazione alla minaccia.

Facendo il punto sull'ambito della cura, il volume riporta come l'interesse degli psicoterapeuti si è andato via via spostando dai contenuti ai processi mentali e neurobiologici, abbandonando, così, completamente il problema dei falsi ricordi, ritenuto irrilevante alla luce della sofferenza del paziente, dei sintomi dissociativi, delle espressioni prodotte dalla memoria somatica e da quella procedurale, che parlano della sua esperienza sfavorevole più di quanto non possano farlo racconti episodici spesso inaccessibili alla vittima stessa.

Oltre a tirare le fila dei nuovi saperi e dedicato un focus sui processi dissociativi, gli autori prendono in esame gli studi che, peccando di una lettura semplificata e superficiale del funzionamento della memoria relativa ad esperienze traumatiche, sostengono l'argomentazione secondo cui questa funzionerebbe allo stesso modo sia in situazioni neutre che emotivamente cariche. Analizzano, analogamente, gli studi sperimentali neurobiologici sulla connettività neurale durante la stimolazione dei ricordi traumatici, i quali mostrano una mancata integrazione tra le strutture cerebrali, come se si creasse un blackout che attiva risposte troncoencefaliche e blocca le informazioni senza possibilità di elaborazione da parte delle strutture superiori. Questi ultimi appaiono molto incoraggianti per il lavoro psicologico che punta al ripristino dei processi integrativi, in particolare quando si procede in modalità bottom-up. Parimenti, dovrebbero indurre ad una maggiore cautela i sostenitori della tesi sul rischio degli interventi psicologici di indurre falsi ricordi, che annoverano, tra gli approcci più "insidiosi" da questo punto di vista, l'EMDR, cui viene attribuito l'effetto di ridurre la vividezza del ricordo e per conseguenza di ciò, ma senza alcuna prova oggettiva a sostegno, di determinare una maggiore suscettibilità alla suggestionabilità da parte del terapeuta. Resta valido per tutti, psicologi giuridici e clinici, l'imperativo di approfondire ed aggiornare costantemente le proprie conoscenze senza chiusure ideologiche.



## EMDR E PSICOSOMATICA - Il dialogo tra mente e corpo

*Elisa Faretta*

Ed. Edra

L'autrice ci fornisce in questo libro "una sorta di arsenale" da utilizzare nella stanza di terapia con soggetti affetti da disturbi psicosomatici. Questi soggetti vivono uno stato di costante incertezza circa le cause del loro problema e questo genera ulteriore stress, configurando un circuito disfunzionale nel quale lo stress diviene causa ed effetto della condizione di sofferenza. Visto la ricchezza degli argomenti trattati si apriranno solo alcune finestre sui temi oggetto di studio. Considerate le sue caratteristiche, questo manuale risulterà particolarmente utile per gli psicoterapeuti che siano già formati in EMDR. La prefazione è a cura di Roger Solomon. Questo libro, afferma R. Solomon, è un valido aiuto per i clinici e per i pazienti che soffrono di malattie psicosomatiche fisiche e sarà di stimolo per future ricerche nell'ambito." L'autrice dedica particolare attenzione alla fase di concettualizzazione del caso ed al piano terapeutico. Ragion per cui, alla fine della fase 1, (protocollo standard EMDR) il terapeuta integra le informazioni raccolte in una concettualizzazione del caso stabilendo gli obiettivi terapeutici realistici, i possibili target della terapia che si sviluppano a partire dai dati relativi agli eventi più lontani nel tempo connessi alla diagnosi psicologica. L'autrice sottolinea il ruolo fondamentale dell'alleanza terapeutica evidenziando, come i pazienti con sintomi somatici o patologie gravi sono spesso sfiduciati e vulnerabili e sentono la necessità di fare affidamento sul terapeuta per recuperare la capacità spesso perduta durante l'esperienza della malattia e di poter contare su qualcuno. In effetti le principali caratteristiche della relazione paziente-terapeuta, in queste prime fasi, sono l'equilibrio e la cooperazione e sembrerebbe che l'atteggiamento più appropriato per il terapeuta è quello di essere il mediatore e un co-leader (Dworkin, 2010). Relativamente ai pazienti con disturbo da sintomi somatici, si è riscontrato che di solito giungono tardivamente all'osservazione del professionista della salute mentale, generalmente quando hanno già alle spalle una lunga carriera "medico chirurgica", Non di rado dopo che sono state escluse patologie di ordine somatico più spesso per il manifestarsi di altri disturbi psichici in particolare di quelli d'ansia e del tono dell'umore (Conti, 1999). Interessante l'approfondimento della sindrome dell'intestino irritabile sempre più diffusa. Ricordando che l'intestino è il nostro secondo cervello. Nel libro, Elisa Faretta dedica uno spazio importante alla fibromialgia, che potremmo definire come il male del secolo. Nella fibromialgia si assiste ad un aumento della sensibilità al dolore centrale ed è associata ai disturbi affettivi e cognitivi. Una delle ipotesi eziopatologiche e che la fibromialgia possa derivare da stress prolungato che impatta sulla modulazione dei circuiti cerebrali delle emozioni tramite l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e il sistema nervoso simpatico. Così i sintomi psicologici o psichiatrici possono anticipare e rivestire un ruolo causale della comparsa del dolore e della disabilità. Di grande interesse, è il tema della neurobiologia del dolore che consente di indagare sulle intersezioni somatiche ed emotive della sofferenza. L'autrice regala ai suoi lettori, l'accesso al protocollo EMDR per il dolore cronico spiegato con grande semplicità e chiarezza rispecchiando appieno lo stile comunicativo immediato ed accessibile dal quale si denota grande esperienza e preparazione scientifica. Interessante anche l'esplorazione della rispondenza del dolore da arto fantasma e la psicoterapia EMDR. L'approccio EMDR, si dimostra essere così uno strumento molto efficace nell'ambito della medicina psicosomatica oltre che nelle sue numerose altre applicazioni. L'autrice afferma che per essere efficace il lavoro terapeutico con pazienti affetti da disturbi psicosomatici deve necessariamente integrare mente e corpo ed per questo che il modello dell'AIP che fornisce l'inquadramento teorico dell'approccio EMDR costituisce un riferimento particolarmente appropriato entro cui strutturare l'intervento psicoterapeutico con i pazienti.





## PROGETTO EMDR EUROPE “EMDR PRACTITIONER” PSICOTERAPEUTA ESPERTO IN EMDR

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

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

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

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

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



## **Criteri per il Ri-Accreditamento EMDR Europe Association**

I Practitioner/Terapeuti Esperti in EMDR devono richiedere il ri-accredimento alla loro Associazione EMDR Nazionale ogni cinque anni.

Il Ri-Accreditamento consentirà al Practitioner di continuare a far parte dell'elenco dei Practitioner/Terapeuti Esperti in EMDR del sito della loro Associazione EMDR Nazionale. Il sito di EMDR Europe Association (EMDREA) ha i link di tutti i paesi membri quindi si è visibili a tutti gli altri paesi.

Il ri-accredimento del Practitioner garantisce che applica regolarmente l'EMDR nella sua pratica clinica e affronta le problematiche e i disturbi del paziente sulla base del modello dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione (AIP).

La richiesta di ri-accredimento deve includere:

- Essere in regola con le quote associative annuali dell'Associazione Nazionale (Associazione EMDR Italia)
- Prova di aver acquisito 50 crediti EMDR/AIP nel corso dei 5 anni trascorsi dall'ultimo accreditamento (10 crediti per anno). Gli eventi che danno crediti sono la partecipazione a:
  1. *Conferenza Annuale di EMDR Europe (10 crediti)*
  2. *Congresso dell'Associazione EMDR Italia (10 crediti)*
  3. *Seminari specialistici organizzati da EMDR Italia per i soci (2 o 3 crediti)*
  4. *Seminari specialistici organizzati da EMDR Italia per i Practitioner (5 crediti)*

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

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

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

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



## Associazione per l'EMDR in Italia

Via Umberto I, 65  
20814 Varedo (MB)

Member of  
EMDR Europe Association

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

