



# EMDR

RIVISTA DI PSICOTERAPIA EMDR

ANNO XX  
SETTEMBRE 2022  
N 42

---

EMDR ITALIA

# Settembre 42

## Sommario

Lettera del Presidente	<b>1</b>
La Salute Mentale è un affare di tutti	<b>2</b>
EMERGENZA COVID-19 - Il lavoro con gli operatori sanitari in Azienda Sanitaria	<b>7</b>
Francesca e Riccardo, madre e figlio, profughi ucraini	<b>13</b>
Il contributo della terapia EMDR al trattamento della psicosi	<b>15</b>
EMDR e DEPRESSIONE - Prospettive attuali e future	<b>23</b>
“DALLA PANCIA AL CUORE”	<b>25</b>
Dare sollievo, fare prevenzione e promuovere la salute mentale in un contesto di guerra	<b>27</b>
Il ruolo dell’EMDR in medicina affrontare i sintomi psicologici e fisici	<b>31</b>
Recensioni	<b>33</b>
Progetto EMDR Europe Association (EMDREA) “EMDR Practitioner” (Psicoterapeuta esperto in EMDR)	<b>35</b>

# Lettera del Presidente

Cari colleghi,

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

Nella prima settimana di guerra, già molti colleghi hanno dato la disponibilità per dare supporto ai primi gruppi. Abbiamo dato la priorità al supporto di colleghi psicologi e terapeuti EMDR ucraini. In questo modo li abbiamo messi in condizione di risolvere le loro reazioni traumatiche, essendo anche loro delle vittime, e poi di dare supporto alla popolazione nei rifugi, nelle stazioni ferroviarie, ecc. Spesso chiedendo ai colleghi ucraini di cosa avessero bisogno, loro ci rispondevano che volevano formazione. Era la loro unica richiesta.... Abbiamo risposto concretamente a questa richiesta, organizzando formazione sul supporto psicologico in emergenza, su come trattare le vittime di stupri di guerra, di tortura, di lutti e perdite traumatiche, ecc. Uno dei temi più trattati è stato come lavorare con bambini e con le famiglie.

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

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

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

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

Di questi temi e di altri temi clinici si è parlato nel Congresso di EMDR Europe che si è tenuto a Valencia, a giugno. Molti colleghi di EMDR Italia erano presenti e molti altri hanno seguito online. La presenza italiana è stata molto significativa, anche in termini di presentazioni e di workshop. Il prossimo Congresso di EMDR Europe si terrà a Bologna dal 21 al 23 Giugno 2023, quindi potete cominciare a segnarvi questa data nella vostra agenda.

**Isabel Fernandez**

# La Salute Mentale è un affare di tutti (Mental Health is everyone's business), WHO 2020

**Isabel Fernandez**

Presidente EMDR Italia - Presidente EMDR Europe

Lo stato di salute mentale ha un effetto non solo sulle persone che hanno problemi mentali, ma anche sul loro lavoro e sulla produttività della società in generale. I programmi di salute mentale che l'Organizzazione Mondiale della Salute Europa (WHO/Europe) produce con gli Stati Membri e con altri partner sono focalizzati nello sviluppare ed implementare politiche nazionali di salute mentale e piani che riflettono la visione dell'OMS che è: **“Non c'è salute senza salute mentale”**.

Il Piano d'azione per la Salute Mentale 2013-2020 (European Mental Health Action Plan 2013–2020) fornisce le indicazioni, strumenti e basi per la promozione della salute mentale e per lo sviluppo di trattamenti e di servizi che seguano le fasi della vita delle persone. In particolare sottolinea come l'esposizione ad eventi stressanti in età evolutiva sia un fattore di rischio consolidato per l'insorgere di disturbi mentali che può essere prevenibile. Identifica come gruppi vulnerabili che possono essere esposti a stress e a stress traumatico i membri di famiglie che vivono in povertà, le persone con malattie croniche, i neonati ed i bambini esposti a maltrattamenti e trascuratezza, gli adolescenti esposti all'uso di sostanze, i gruppi di minoranza, gli anziani, le persone che vivono la discriminazione e le violazioni dei diritti umani, lesbiche, gay, bisessuali e transessuali, i detenuti e le persone esposte a conflitti, disastri naturali o altre emergenze umanitarie.

Per quanto riguarda l'emergenza umanitaria a cui siamo esposti in questa pandemia, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization, 2020a) ha chiaramente espresso la necessità di affiancare alle misure di contenimento del COVID-19 azioni di supporto del benessere psicologico per aiutare la popolazione ad affrontare lo stress generato da questa crisi. Per riuscire a prevenire e fronteggiare adeguatamente le difficoltà che potrebbero insorgere risulta quindi indispensabile seguire le linee guida internazionali affidandosi al supporto degli psicologi

WHO/Europe ha identificato cinque priorità per la salute mentale:

1. Il benessere della popolazione, supportando attività che promuovono il benessere psicologico e prevengono i disturbi mentali;
2. Dare empowerment agli utenti e ai caregivers in modo che i servizi rispondano ai loro bisogni, aspirazioni ed esperienze;
3. Sviluppo dei servizi, in particolare quelli territoriali e di comunità
4. Mantenere l'attenzione sulle disabilità mentali in Europa, focalizzandosi sulle condizioni delle persone con problemi mentali a lungo termine e lo sviluppo di supporto familiare e di servizi sul territorio
5. Informazione di alta qualità.

Infatti, ormai conosciamo bene cosa funziona nella promozione della salute mentale, così come nella prevenzione, nelle cure e anche nei trattamenti. La sfida è come implementare queste conoscenze e i trattamenti evidence based nel campo della psicoterapia.

## ***Adverse Childhood Experiences (ACE) study***

Lo studio ACE è uno dei più importanti studi epidemiologici americani che coinvolge più di 17000 partecipanti. L'obiettivo dello studio è stato quello di fornire analisi precise dell'effetto delle esperienze traumatiche vissute nei primi anni di vita rispetto all'insorgenza di patologie sia fisiche che mentali, ai costi dell'assistenza sanitaria e all'aspettativa di vita in età adulta. Lo studio ACE è frutto di una collaborazione tra il Centers for Disease Control and Prevention e il Kaiser Permanente.

I dati della ricerca, raccolti nel corso di un decennio, hanno dimostrato una forte relazione tra il livello di stress traumatico sperimentato durante l'infanzia e gravi deficit dal punto di vista fisico, mentale e del comportamento manifestati nel corso della vita.

***Che cos'è una Esperienza sfavorevole in età infantile (Adverse Childhood Experience - ACE)?***

Può essere classificata come ACE qualsiasi delle seguenti esperienze vissute all'interno del contesto familiare prima dei 18 anni:

1. Abuso fisico ricorrente
2. Abuso psicologico ricorrente
3. Abuso sessuale
4. Presenza di un una persona dipendente da alcol o da sostanze all'interno del nucleo familiare
5. Presenza di una persone incriminata per un reato all'interno della famiglia
6. Un membro della famiglia gravemente depresso, con disturbi mentali conclamati, istituzionalizzato o suicidario
7. Presenza di una madre che viene trattata in modo violento
8. Presenza di un solo o nessun genitore
9. Trascuratezza fisica
10. Trascuratezza emotiva

***Il concetto principale che sta alla base dello studio ACE è che eventi di vita stressanti o eventi traumatici vissuti durante l'infanzia possano portare a deficit dal punto di vista sociale, emotivo e cognitivo in adolescenza ed età adulta. Alcuni esempi possono essere rappresentati dalla messa in atto di comportamenti ad alto rischio, violenza, patologie, disabilità fino ad arrivare alla morte precoce.***

Le scoperte nel campo della neurobiologia dimostrano che un'intensa paura sperimentata durante l'infanzia possa interrompere lo sviluppo neurologico e possa alterare la normale struttura e le funzioni del cervello. Tali paure, pertanto, hanno un impatto cumulativo sullo sviluppo infantile.

Il cervello del bambino, infatti, è particolarmente vulnerabile allo stress. Quando esso si trova a vivere una situazione altamente stressante per un tempo prolungato l'ormone dello stress (cortisolo) viene rilasciato e compromette lo sviluppo normale sia del cervello che del sistema nervoso del bambino. Lo studio ACE dimostra che lo stress precoce è un fattore di rischio associato in modo molto marcato per i seguenti problemi di salute: Patologie cardiovascolari, Tumori, Malattie cardiovascolari, Pressione sanguigna alta, Ictus, Diabete, Incremento ponderale del peso e Obesità, Funzioni immunitarie ridotte.

***Tali dati, infatti, sostengono che sono stati spesi milioni di dollari per tutto tranne che per la vera soluzione al problema, cioè sulla terapia delle conseguenze di esperienze traumatiche. Esistono dei trattamenti terapeutici mirati, evidence based e relativamente brevi, come l'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), indicati dall'Organizzazione Mondiale della Salute (2013) e da linee guida internazionali come trattamento d'elezione per il trauma e lo stress.***

Il trattamento EMDR si colloca nella direzione di risolvere e neutralizzare le conseguenze di esperienze traumatiche. Secondo la ricerca alla base dell'EMDR, i risultati che ci si aspetta dopo il trattamento possono essere sintetizzati in:

- Focalizzarsi su come le passate esperienze traumatiche influenzino lo stato di salute attuale
- Fronteggiare i comportamenti potenzialmente pericolosi per la salute del soggetto
- Migliorare la salute fisica e mentale
- Migliorare il funzionamento generale del soggetto e la qualità della vita, promuovendo il benessere

Secondo uno studio pubblicato dalla Harvard University – Center of the Developing Child dal titolo “Childhood Trauma And Its Lifelong Health Effects More Prevalent Among Minorities, 2017, gli effetti dei traumi infantili persistono e sono associati alla malattia mentale e ai comportamenti legati a dipendenze in età adulta.

***Inoltre, i ricercatori affermano che potrebbe essere più efficace affrontare il trauma come un fattore***

### ***critico della salute pubblica.***

Questo studio è “probabilmente il test più rigoroso che abbiamo per confermare l’ipotesi che i traumi in età infantile abbiano questa forte influenza ed effetti sulla salute mentale dell’adulto, affermano gli autori.

Le persone che hanno vissuto traumi infantili hanno una probabilità di 1.3 di volte maggiore di sviluppare un disturbo psichiatrico rispetto a coloro che non hanno vissuto traumi e l’1.2 probabilità in più di sviluppare depressione o una dipendenza da sostanze.

Maggiore è l’esposizione al trauma a cui il soggetto è stato esposto in età infantile maggiormente saranno portati ad avere queste problematiche in età adulta.

Anche il DSM-5, Manuale Diagnostico ed Statistico per i Disturbi Mentali (2013) afferma che i sintomi nei criteri diagnostici sono parte di un repertorio relativamente limitato di risposte emotive a fattori stressanti interni ed esterni che sono generalmente mantenuti in un equilibrio omeostatico senza uno scompenso nel normale funzionamento.

***Quindi, negli ultimi anni e nella letteratura internazionale viene sempre più confermato il ruolo del trauma e dello stress nella psicopatologia. D’altra parte dobbiamo considerare che i costi dei disturbi mentali in Europa sono altissimi.*** Le statistiche più recenti sulla psicopatologia, indicano che in Europa si spendono (in miliardi di euro) : per i disturbi dell’umore 113.4; disturbi psicotici 93.9; dipendenze 65.7; disturbi d’ansia 74.4; disturbi di personalità 27.3; disturbi somatoformi 21.2; e disturbi alimentari 0.8 (Olesen et al., 2012).

***Secondo le ultime stime di Mental Health Europe, i disturbi mentali e l’abuso di sostanze sono quelli che contribuiscono di più al carico delle disabilità, con 175.3 milioni di euro annuali, costituendo il 22,9% della spesa nel campo della disabilità. Dato che il trauma e lo stress sono fattori di rischio e precipitanti per circa 52 disturbi mentali, poter lavorare sulle esperienze traumatiche con terapie mirate ed evidence based come EMDR, potrebbe neutralizzare e ridurre gli effetti a lungo termine e allo stesso tempo creare dei fattori di protezione. In questo modo si lavora per la prevenzione di disturbi mentali in età adulta, si migliora allo stesso tempo la qualità della vita di queste persone, si risparmia in termini di costi in servizi e in trattamenti farmacologici e di supporto per disturbi che possono essere cronici.***

Il trauma è un problema di salute pubblica. Per questo motivo i servizi e le politiche a livello di salute pubblica devono occuparsi in modo specialistico di questo aspetto, con trattamenti precoci focalizzati sul trauma, come l’EMDR, che è fortemente consigliato ed efficace in età infantile (Linee guida ISTSS, 2018). Bisogna tenere presente che in molti paesi Occidentali, i disturbi mentali sono la maggior causa di disabilità, responsabile del 30-40% di assenza per malattia e costa il 3% of PIL.

Quando i Ministeri e le istituzioni che si occupano di salute mentale si trovano davanti ad una pandemia come quella che abbiamo vissuto in questi mesi, sviluppano campagne di informazione pubblica per contenere, monitorare e raggiungere tutte le persone sul rischio. La stessa cosa si dovrebbe fare sugli effetti dello stress e della traumatizzazione, soprattutto in età infantile, che ha una diffusione generale, con effetti a breve e lungo termine.

### ***I costi a lungo termine legati allo stress traumatico e al PTSD***

Secondo autori e ricercatori molto importanti e conosciuti nel campo dello stress e dello stress traumatico, come van der Kolk (2015) e McFarlane (2009), una delle più grandi sfide nell’area dello stress traumatico, è stato rilevare come molti individui, nonostante fossero stati inizialmente in grado di affrontare un evento traumatico, nel tempo iniziarono a presentare dei sintomi di disagio.

La ricerca ha ampiamente documentato come lo sviluppo di un PTSD non sempre è correlato ad una prima diagnosi di un disturbo da stress acuto. Tuttavia, la maggioranza di coloro che hanno un disturbo acuto da stress, tenderanno a manifestare successivamente un PTSD. Ad esempio, dopo un evento da stress estremo (come i disastri collettivi e gli eventi critici che affronta la psicologia dell’emergenza), i sintomi spesso aumentano nei primi sei mesi e ulteriori avversità (conflitti o stress)

hanno un ruolo chiave nel successivo emergere di una psicopatologia.

La ricerca ha ampiamente documentato come lo sviluppo di un PTSD non sempre è correlato ad una prima diagnosi di un disturbo da stress acuto. Tuttavia, la maggioranza di coloro che hanno un disturbo acuto da stress, tenderanno a manifestare successivamente un PTSD. Ad esempio, dopo un evento da stress estremo (come i disastri collettivi e gli eventi critici che affronta la psicologia dell'emergenza), i sintomi spesso aumentano nei primi sei mesi e ulteriori avversità (conflitti o stress) hanno un ruolo chiave nel successivo emergere di una psicopatologia.

***Quindi, in un numero significativo di individui, il PTSD è un disturbo che inizialmente non si manifesta nella fase che segue il trauma. Non possiamo sapere chi lo svilupperà e il livello di gravità, per questo è importante intervenire con strumenti terapeutici riconosciuti e consigliati dalle linee guida internazionali come l'EMDR (Organizzazione Mondiale della Sanità, 2013). In questo modo si tolgono fattori di rischio, si rafforzano i fattori di protezione e si può fare una prevenzione importante a livello sanitario in ambito psicologico.***

L'insorgenza ritardata di un disturbo post-traumatico viene definito dal DMS 5 come un disturbo che soddisfa i criteri diagnostici per un PTSD, presente dopo un periodo di adattamento di almeno 6 mesi durante i quali i criteri diagnostici erano assenti oppure sottosoglia. L'esistenza di una tale forma ritardata di PTSD rivela come le esperienze traumatiche possano apparentemente restare relativamente dormienti e manifestarsi solo ad un dato momento nel futuro.

Infatti, ulteriori riscontri nella ricerca sembrano documentare che i sintomi sub-clinici mettono l'individuo a rischio di un'attivazione progressiva, oltre all'esposizione di ulteriore stress ambientale o al trauma. Il modello del rischio cumulativo suggerisce l'esistenza di una continua interazione tra esposizione allo stress precedente e successivi eventi di vita, che ovviamente non possiamo sapere quali saranno. Per questo motivo si ribadisce quanto è importante intervenire con metodi che lavorino agli stessi livelli in cui l'impatto dell'evento è avvenuto, evitando così il rischio di un progressivo accumulo. Il livello di stress a cui sono esposti molti gruppi e fasce di popolazione dopo disastri o situazioni particolarmente traumatiche, implica un complesso processo biologico, di reazioni profonde a livello neurofisiologico, non solo emotivo o cognitivo. La letteratura internazionale negli ultimi anni ci ha descritto come nelle settimane o mesi successivi all'evento, c'è un'interazione tra il disagio dell'individuo e la risposta neuro-ormonale al momento dell'evento traumatico. Per esempio, lo stress traumatico conduce ad una disgregazione del sistema glucocorticoide, assieme ad un'ampia gamma di altri neuropeptidi come il fattore di rilascio della corticotropina, la beta endorfina, neuropeptide Y e le catecolamine. Il cambiamento di queste reazioni neurofisiologiche e neurovegetative dopo un intervento semplice e breve come l'EMDR, è stato misurato in ricerche recenti, condotte dal CNR di Roma e dell'Università Tor Vergata e La Sapienza, confermando la sua efficacia come metodo di intervento psicologico in popolazioni che avevano vissuto esperienze da stress estremo. Per questo motivo, è importante dare l'opportunità alle persone di essere aiutate nel modo più sicuro ed efficace, con basi scientifiche e di ricerca, nonché con strumenti fortemente raccomandati dalle linee guida internazionali di molti paesi europei.

Il metodo EMDR e altri che si focalizzano sulle reazioni post-trauma hanno tutte queste caratteristiche, non usare questi metodi con le popolazioni esposte ad eventi critici, e dare per scontato che le reazioni da stress possono rientrare da sole, potrebbe significare non dare delle opportunità di favorire la salute mentale e prevenire le fasi che vivranno queste persone a medio e lungo termine.

Una delle ultime pubblicazioni su Plos One sull'efficacia dei trattamenti per il disturbo da stress-post-traumatico, indica l'EMDR non solo come uno dei più efficaci trattamenti, ma come quello che permette di risparmiare di più (Mavraneuzouli et al., 2020).

## **Bibliografia**

American Psychiatric Association (2004). *Practice Guideline for the Treatment of Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder*. Arlington, VA: American Psychiatric Ass. Practice Guidelines  
*EMDR given the same status as CBT as an effective treatment for ameliorating symptoms of both acute and chronic PTSD.*

Bleich, A., Kotler, M., Kutz, I., & Shalev, A. (2002). A position paper of the (Israeli) National Council for Mental Health: *Guidelines for the assessment and professional intervention with terror victims in the hospital and in the community*. Jerusalem, Israel.

*EMDR is one of only three methods recommended for treatment of terror victims.*

Department of Veterans Affairs & Department of Defense (2017). VA/DoD *Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress*. Washington, DC.[http://www.oqp.med.va.gov/cpg/PTSD/PTSD\\_cpg/frameset.htm](http://www.oqp.med.va.gov/cpg/PTSD/PTSD_cpg/frameset.htm)

*EMDR was one of three therapies given the highest level of evidence.*

Dutch National Steering Committee Guidelines Mental Health Care (2003). Multidisciplinary Guideline Anxiety Disorders. Quality Institute Health Care CBO/Trimbos Institute. Utrecht, Netherlands.

*EMDR and CBT are both treatments of choice for PTSD*

Felitti VJ, Anda RF, Norderberg D, et al. Relationship of childhood abuse to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study. *Am J Prev Med*. 1998; 14(4): 245-258.

INSERM (2004). *Psychotherapy: An evaluation of three approaches*. French National Institute of Health and Medical Research, Paris, France.

*Of the different psychotherapies, EMDR and CBT were stated to be the treatments of choice for trauma victims.*

International Society for Traumatic Stress Studies (2018) Practice Guidelines <http://www.istss.org/treating-trauma/new-istss-prevention-and-treatment-guidelines.aspx>.

EMDR therapy was given a strong recommendation as an effective and empirically supported treatment for PTSD in children, adolescents and adults

Mavraneuzouli et al., 2020. Cost-effectiveness of psychological treatments for post-traumatic stress disorder in adults, , 2020 /Plos OnePublished: April 30, 2020 -<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0232245>

SAMHSA's National Registry of Evidence-based Programs and Practices (2011). <http://legacy.nreppadmin.net/ViewIntervention.aspx?id=199>. The Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) is an agency of the US Department of Health and Human Services (HHS).

*This national registry (NREPP) cites EMDR as evidence-based practice for treatment of PTSD, anxiety and depression symptoms. Their review of the evidence also indicated that EMDR leads to an improvement in mental health functioning.*

Sjöblom, P.O., Andréewitch, S . Bejerot, S., Mörtberg, E. , Brinck, U., Ruck, C., & Körlin, D. (2003). Regional treatment recommendation for anxiety disorders. Stockholm: Medical Program Committee/Stockholm City Council, Sweden.

*Of all psychotherapies CBT and EMDR are recommended as treatments of choice for PTSD.*

The Therapy Advisor (2004-11): <http://www.therapyadvisor.com>

An European Mental Health Action Plan 2013–2020 (2015) - WHO Regional Office for Europe, Copenhagen, Denmark

NIMH sponsored website listing empirically supported methods for a variety of disorders. EMDR is one of three treatments listed for PTSD.

Teicher, M et al. (2017) Childhood Trauma And Its Lifelong Health Effects More Prevalent Among Minorities, Sept. 2017 . NPR Center of the Developing Child, Harvard University

van der Kolk, Mc Farlane A. et el. (2005). Stress traumatico. Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società delle esperienze intollerabili. Magi editore.

# EMERGENZA COVID-19

## Il lavoro con gli operatori sanitari in Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale, Polo Ospedaliero di Udine

**Dott. F. Campanella** (SOC Neurochirurgia, Terapeuta EMDR)

**Dott.ssa F. Fiorillo** (Centro Regionale Trapianti, Terapeuta EMDR)

**Dott.ssa E. Pascoli** (SOC Oncologia, Supervisore EMDR)

**Dr. P. Accolla** (Medico DPT Anestesia e Terapia Intensiva)

**Dr.ssa L. Regattin** (Direttore Sanitario ASUFC UD)

*Prima di raccontarvi la nostra esperienza, desideriamo nominare i colleghi che hanno lavorato con noi nella conduzione dei gruppi EMDR: Dott.ssa A. Comelli (Clinica di Psichiatria), Dott.ssa F. Feruglio (SOC Oncologia), Dott.ssa A. Granà (S.O.S. Unità Riabilitativa Turbe Neuropsicologiche Acquisite), Dott.ssa L. Saetti (Clinica di Psichiatria), Dott.ssa S. Venuti (SOC Oncologia).  
Dott.ssa M. Iacumin (tirocinante psicologa SOC Neurochirurgia ASUFC UD) per la collaborazione.*

### **Introduzione**

La psicotraumatologia fa riferimento al livello di assurdità come uno dei fattori che influenzano l'entità della risposta al trauma. Pensiamo a questo quando la mente torna all'inizio della Pandemia e a tutto ciò che da lì in poi è avvenuto. Tutti noi, professionisti e persone, abbiamo attraversato momenti in cui quello che stava accadendo sotto i nostri occhi, e si allargava in modo trasversale ad ogni ambito della nostra esistenza, può essere sembrato assurdo.

Questo elaborato nasce con lo scopo di raccontare la nostra esperienza di supporto emotivo agli operatori sanitari coinvolti nell'emergenza Covid-19. Un supporto che, grazie alla formazione e ai materiali forniti dall'Associazione EMDR, è iniziato da subito nei reparti in cui operiamo, attraverso attività di sensibilizzazione e psicoeducazione, ma che si è potuto strutturare in un modello operativo soltanto durante la seconda ondata.

Gli incontri si sono tenuti da aprile a settembre 2021, per un totale di 23 incontri, ai quali hanno partecipato 117 operatori sanitari su base volontaria. Sono state coinvolte tutte le figure professionali appartenenti alle unità operative di Terapia Intensiva, 118, Pronto Soccorso/Medicina d'urgenza, Malattie Infettive, Pneumologia Covid-19, fino ad un massimo di 16-18 operatori per ogni incontro. Questa prima fase è stata definita "fase pilota" e ha coinvolto solo le aree sopra elencate, ma il progetto ha voluto essere propedeutico alla stesura di un modello di intervento che possa essere valido anche in futuro. Anche slegato dalla Pandemia.

Questa fase pilota è stata accompagnata dalla supervisione costante dell'Associazione EMDR, sotto la voce e il cuore della dr.ssa Stefania Sacchezin, che ci ha permesso di muoverci sufficientemente sicure in un terreno tanto nuovo e doloroso.

### **Metodologia**

Ad ogni incontro è stato spiegato brevemente il modello dell'elaborazione adattiva dell'informazione e l'EMDR. Ogni partecipante poteva fare riferimento all'evento che più lo aveva disturbato legato alla Pandemia e sul ricordo scelto è stato chiesto di compilare la scheda IES-R (Impact of Event Scale-Revised: Horowitz et al, 1979).

Per il lavoro con gli operatori è stato utilizzato il protocollo EMDR-IGTP (Eye Movement

Desensitization and Reprocessing – Integrative Group Treatment Protocol) strutturato per il lavoro con i gruppi. L'EMDR-IGTP combina un protocollo di gruppo con una stimolazione bilaterale autosomministrata e usa le 8 fasi dell'EMDR (Maxfield, 2008). Il trattamento con EMDR-IGTP mira a facilitare la gestione e l'elaborazione del materiale traumatico presente dopo un evento, offrendo supporto e trattando il maggior numero di persone all'interno di uno stesso contesto. Come da protocollo, ad ogni partecipante è stata data disponibilità per un ciclo breve di incontri individuali (da 1 a 3).

### Analisi dei dati

Nel periodo tra Aprile e Settembre 2021 sono stati organizzati due incontri settimanali di supporto e sono stati così condotti per i primi tre mesi, con adesione piuttosto elevata (Fig.1). Nel periodo estivo, tenuto conto delle ferie degli operatori e del maggior controllo sulla situazione di emergenza sanitaria, l'adesione si è ridotta.

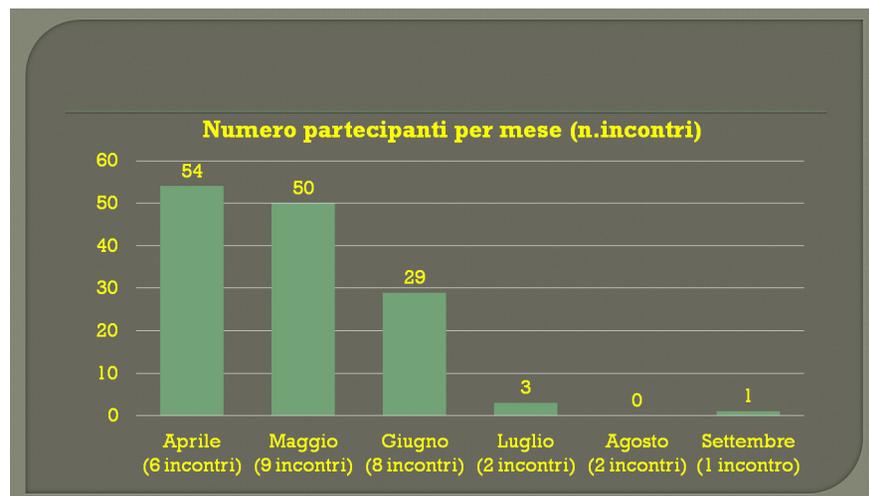


Fig. 1 PARTECIPANTI/MESE

Come già indicato, ai gruppi di supporto hanno partecipato un totale di 117 operatori sanitari delle diverse strutture impegnate nella gestione dell'emergenza Covid-19: Terapie Intensive, 118, Pronto-Soccorso/Medicina d'urgenza, Malattie Infettive, Pneumologia Covid-19.

Queste strutture sono state accorpate in 3 grandi macroaree: Area Primo Intervento, Area Semintensiva/Infettivologica ed Area Intensiva. La maggior adesione è stata dell'Area Primo Intervento con il 38.25% del personale che ha partecipato ad almeno uno degli incontri.

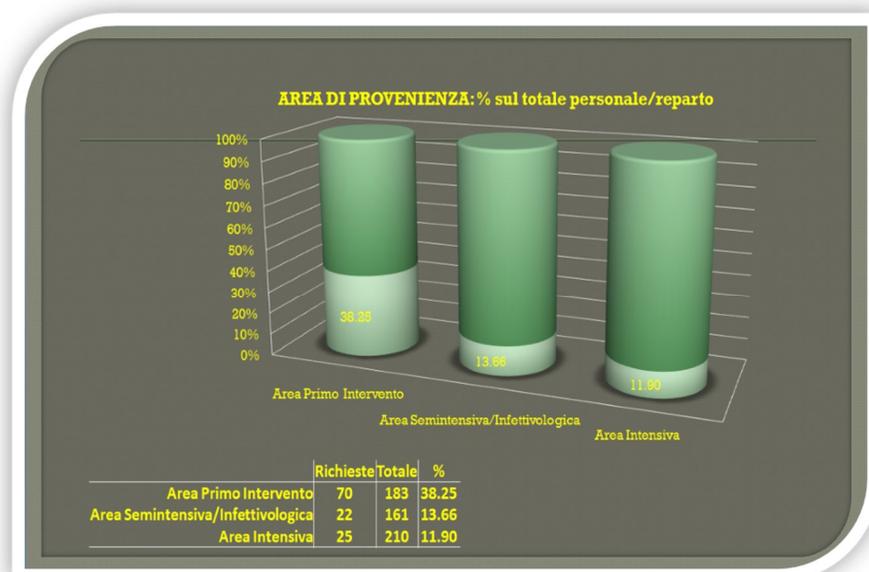


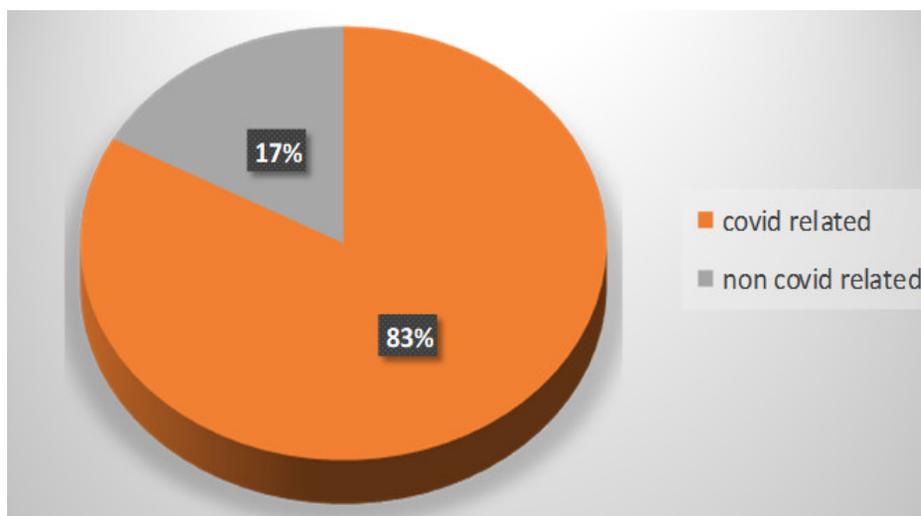
Fig. 2 AREA DI PROVENIENZA

### **Eventi target su cui hanno lavorato gli operatori sanitari**

Gli incontri di supporto offrivano la possibilità di lavorare su un evento traumatico legato all'emergenza Covid-19. Ciononostante, il 17% dei partecipanti ha chiesto di poter lavorare su eventi traumatici relativi all'esperienza lavorativa in generale, non collegata all'emergenza sanitaria in atto. Questo testimonia una quota importante di disagio psicologico acuto insorto nell'ambiente di lavoro e la necessità di tenerne conto in una prospettiva futura, poiché un evento non elaborato può prendere forma in reazioni post-traumatiche da stress, in alcuni casi a livelli degni di attenzione clinica.

Su 117 partecipanti in totale, 17 operatori (14.5%) hanno partecipato a più di un incontro. Tre operatori hanno partecipato a 3 incontri e uno a 4 incontri.

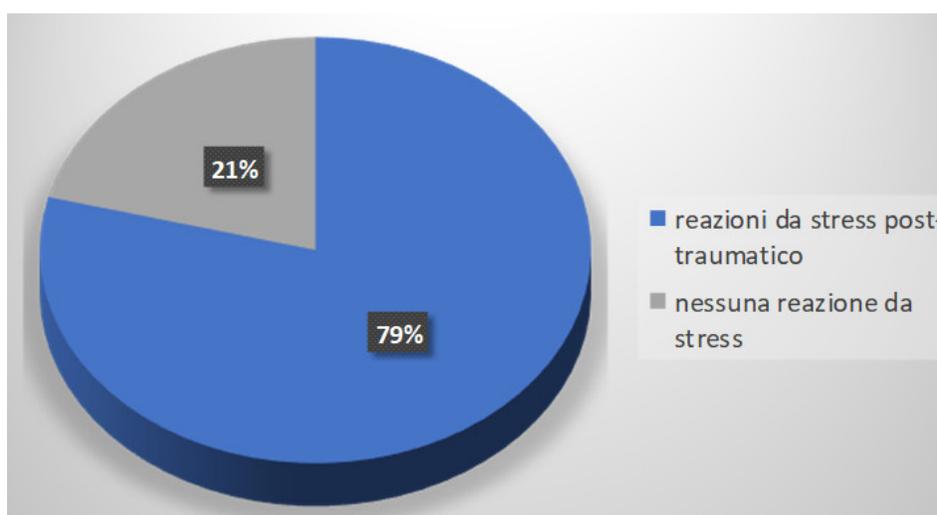
Fig.3 EVENTO TARGET



### **Strumenti di valutazione**

All'inizio di ogni incontro è stata somministrata la scala IES-R. Questo strumento valuta la presenza di sintomatologia assimilabile, secondo i criteri del DSM-IV, al disturbo post-traumatico da stress (PTSD). La scala valuta la presenza di sintomi di "intrusione" (il pensiero legato all'evento si ripresenta in modo involontario e persistente durante l'arco della giornata), "evitamento" (la persona adotta strategie comportamentali o psicologiche di evitamento del pensiero o di situazioni in grado di richiamarlo alla mente) e "iperarousal" (la persona sperimenta sintomi di iperattivazione e iper-reattività al ripresentarsi del ricordo traumatico). La scala ha permesso di valutare la prevalenza di reazioni da stress post traumatico nel gruppo di persone che ha partecipato agli incontri. In particolare per quanto riguarda l'area di Primo Intervento 1 operatore su 3 ha richiesto supporto e la prevalenza di reazioni da stress post traumatico è molto elevata (58%), con solo un 14% che non presenta alcuna reazione da stress.

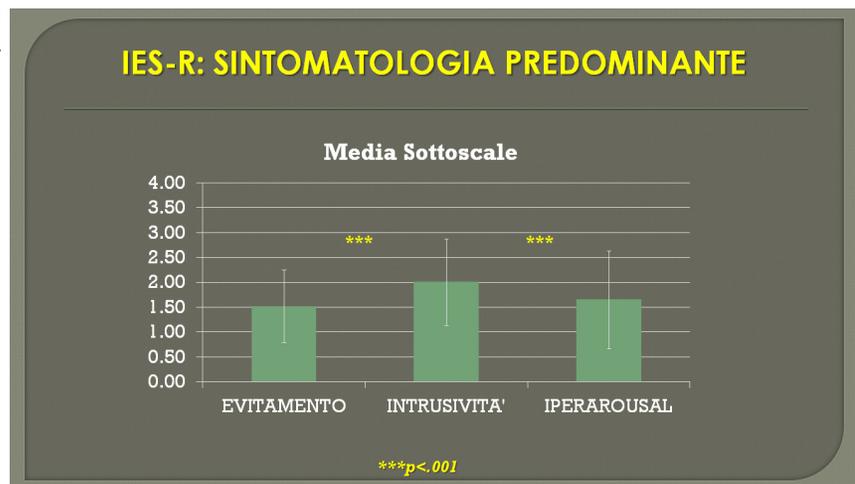
Fig. 4 Prevalenza delle reazioni da stress post traumatico



### Caratteristiche delle reazioni da stress post traumatico

Volendo comprendere più a fondo le caratteristiche con cui si manifestano le reazioni da stress post traumatico nel personale intercettato, abbiamo analizzato la prevalenza dei sintomi relativi a ciascuna delle 3 sotto-scale del reattivo IES-R. Abbiamo quindi analizzato i dati tramite procedura di analisi della varianza non-parametrica (Friedman ANOVA), evidenziando che i livelli riferiti in ciascuna sottoscala differivano in modo statisticamente significativo. Tramite analisi post-hoc (test di Wilcoxon con correzione di Bonferroni), si è potuto constatare come il sintomo prevalente sia quello dell'intrusività (il ripresentarsi, più meno involontariamente e in maniera persistente, dell'evento traumatico durante il corso delle giornate). I punteggi di intrusività si sono rivelati significativamente superiori sia rispetto a quelli della scala di evitamento (assumere comportamenti o strategie mentali atte a evitare il confronto con il pensiero o la situazione traumatica), sia rispetto a quelli della scala dell'iperarousal (iperattivazione fisiologica in reazione al ripresentarsi del pensiero o della situazione traumatica).

Fig. 5 SINTOMATOLOGIA



### Efficacia degli interventi

Abbiamo infine provato a trarre qualche indicazione sull'efficacia del trattamento fornito.

Una prima indicazione indiretta sull'efficacia dell'intervento viene dal dato iniziale sulla partecipazione: su 117 partecipanti, solo 17 sono tornati per un nuovo intervento di supporto. Le ragioni possono essere molteplici e non inquadrabili semplicisticamente in una scomparsa della sintomatologia. Sebbene insufficiente dal punto di vista metodologico e di affidabilità, il dato resta comunque suggestivo.

Un primo approccio alla valutazione dell'efficacia dell'intervento ha coinvolto l'analisi dei dati relativi ai livelli di distress esperiti dai partecipanti (S.U.D.: Subjective Units of Disturbance) all'inizio di ogni incontro, con quelli forniti al termine degli incontri. Come evidente dalla Figura 6, vi è una netta inversione nei punteggi: se a inizio incontro il 42.7% dei partecipanti riferiva livelli assai elevati di S.U.D. (tra 8/10 e 10/10) e solo il 4,5% riferiva livelli minimi (tra 0/10 e 2/10), alla fine di ciascun incontro, tale rapporto si invertiva nettamente, con il 30.9% dei partecipanti che riportava livelli di S.U.D tra 0 e 2, e solo il 10.9% che manteneva livelli di S.U.D elevati (tra 8 e 10).

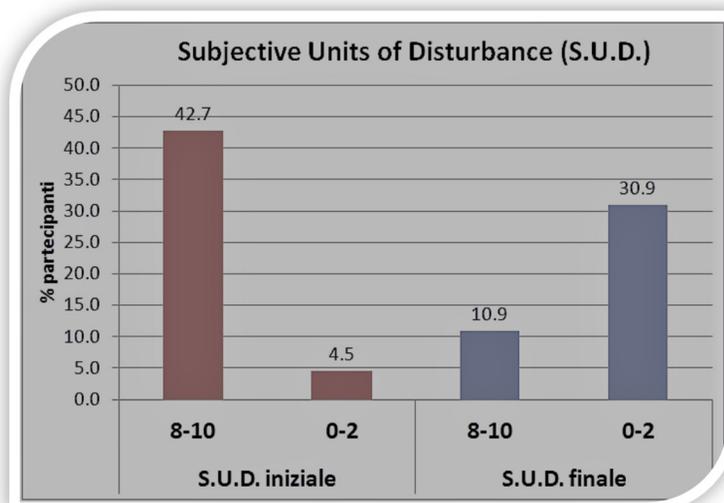


Fig.6 Efficacia immediata del trattamento EMDR: confronto tra S.U.D. iniziale e finale

La valutazione dell'efficacia a lungo termine ha coinvolto invece la rivalutazione alla scala IES-R riferita all'evento oggetto di trattamento, a distanza di qualche mese dall'intervento. I partecipanti sono stati ri-contattati con la richiesta di compilare nuovamente il Test allo scopo di verificare la presenza o meno di residua sintomatologia. I dati sono attualmente in fase di raccolta. Un primo feedback sugli effetti dell'intervento è emerso dalla valutazione dei punteggi alla Scala IES-R forniti dal sottogruppo che ha partecipato a più di un incontro (n=17). Vista l'esiguità del campione, i dati sono da considerarsi fortemente preliminari e soggetti a potenziali cospicue oscillazioni. In questa occasione i dati sono stati analizzati tramite una procedura di ANOVA a misure ripetute. Anche se l'effetto principale della condizione "intervento" non raggiunge la soglia di significatività, il dato interessante emerge comunque dall'analisi dell'interazione fra il fattore "intervento" e le diverse "sottoscale": in questo caso l'effetto mostra un forte trend (p=0.081) verso la significatività, che suggerisce che l'intervento possa aver inciso in modo diverso e selettivo su alcune delle dimensioni del disagio esperito dai partecipanti. In particolare si nota un significativo decremento dei punteggi selettivamente sulla scala dell'iperarousal (test post-hoc di Tukey: p=0.012). Il dato appare di rilievo sia per l'impatto che tale iperattivazione ha a livello fisico (si veda ad esempio in proposito lo studio di Kawamura et al, 2001),

sia perché congruente con quanto spontaneamente riportato da alcuni dei partecipanti che riferiscono come "le cose continuano ad accadere, come prima, ma io mi sento più tranquillo, sento che riesco a gestirle meglio".

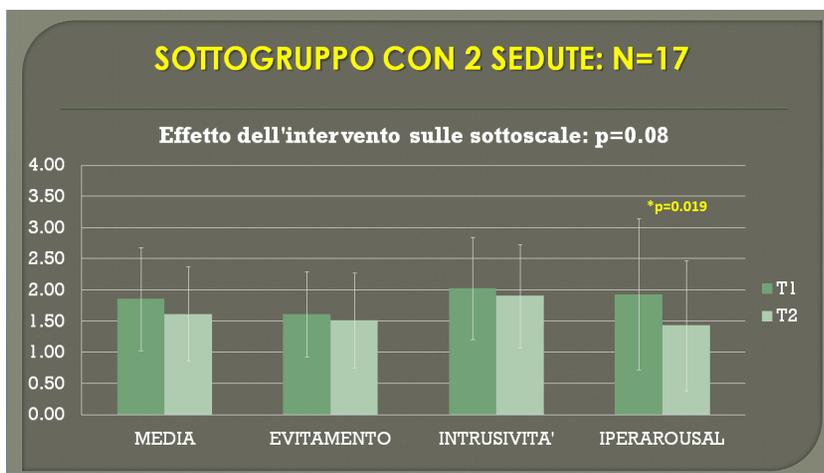


Fig.7 Effetti a lungo termine del trattamento

### Qualche riflessione sulle Risorse

Intervenire in una situazione di emergenza significa avere con essa un contatto: questi operatori hanno toccato il dolore e soprattutto ne sono stati toccati. La violenza di questo contatto e l'impatto che porta nelle proprie vite dipende da tanti e diversi fattori, personali, professionali e di contesto. La possibilità di elaborare attraverso il lavoro con l'EMDR permette l'integrazione di questo contatto all'interno dell'esperienza e della propria storia e permette il potenziamento di risorse a cui la persona, se traumatizzata, non riesce ad accedere. Al termine della fase di desensibilizzazione, ai partecipanti è stata data indicazione di scrivere sul proprio foglio di lavoro una "risorsa": qualcosa di positivo affiorato alla mente durante l'elaborazione, che è stato utile in questo periodo o che ha aiutato nell'affrontare le difficoltà legate alla gestione dei pazienti affetti da COVID 19.

Sono stati analizzati i fogli di lavoro dei gruppi di decompressione emotiva e tutti gli elementi portati dagli operatori sanitari sono riconducibili a 3 grandi ambiti:

- 1- i colleghi;
- 2- il paziente ed i familiari del paziente;
- 3- la propria famiglia e/o le proprie caratteristiche personali.

La verbalizzazione delle risorse ha spesso accompagnato la conclusione degli incontri e abbiamo potuto assistere in diretta a una trasformazione delle espressioni dei visi dei partecipanti. Come operatori di supporto, non siamo esclusi dalla traumatizzazione, e l'emergere delle loro risorse hanno alleviato anche la nostra fatica. Non avevamo immaginato il dono prezioso che avremmo ricevuto da questa esperienza.

La guida e la supervisione costante dell'Associazione EMDR è stata fondamentale, così come la sicurezza di lavorare con strumenti e protocolli validati. Il nostro gruppo di psicologi ospedalieri, pur provenendo da reparti diversi, si è stretto nel momento del bisogno e il file rouge che ci ha unito è stato proprio l'EMDR! Questo ha fatto nascere anche il desiderio, tra chi non lo era ancora, di diventare appunto terapeuta EMDR, così da implementare gli psicologi in forza, anche pensando al futuro.

### **Conclusioni**

Dal momento in cui è stato reso disponibile il servizio di supporto agli operatori impegnati nell'emergenza Covid-19, hanno chiesto aiuto 117 operatori su 554 in forze in reparti collegati direttamente all'emergenza sanitaria, pari al 21,1% del personale di tali unità (uno su cinque). Circa un operatore su tre (36.7%) degli operatori in forze nell'area Primo Intervento ha chiesto supporto, manifestando in più della metà dei casi (58%) una sintomatologia da stress post-traumatico. Quest'area è sembrata essere quella più colpita da distress psicologico in relazione all'emergenza in essere.

La prevalenza della sintomatologia grave da PTSD si è attestata su percentuali importanti (in media il 56%), con andamento simile nei vari reparti. Resta il fatto che, molto probabilmente, nei primi mesi del progetto hanno aderito in particolare gli operatori sanitari con maggior sofferenza psicologica. Sofferenza che, alla fine degli incontri, riusciva ad essere riletta come "reazione normale a un evento anormale", permettendo agli operatori una sensazione di maggiore leggerezza, di accoglienza, di accettazione e anche di riconoscimento per quanto avevano potuto comunque fare in una situazione tanto disperata.

Sempre rispetto alle reazioni da stress, il sintomo prevalente è risultato essere quello dell'intrusività, ovvero il ripresentarsi, più meno involontariamente, in maniera persistente, dell'evento traumatico durante il corso delle giornate. Questo può essere legato all'esposizione più o meno ordinaria di circostanze simili e ripetute nel tempo (effetto trigger, che riattiva l'esperienza traumatica). Il primo feedback significativo sull'efficacia dell'intervento è legato appunto alla diminuzione dell'iperattivazione fisiologica (iperarousal) collegata alla rievocazione dell'evento traumatico, che, tra i sintomi del PTSD, appare come uno dei più rischiosi in termini di conseguenze a lungo termine. E questo ci sembra un ottimo risultato.

Su 117 partecipanti agli incontri, soltanto 5 hanno richiesto degli incontri individuali (da 1 a 3 incontri). Gli operatori non erano preparati ad affrontare un'emergenza sanitaria di simile portata, ma hanno avuto la capacità di fronteggiare situazioni anche molto drammatiche, e grazie anche al lavoro con l'EMDR è stato possibile per loro avere un punto di incontro con se stessi e con il gruppo, per poi ripartire.

L'aspetto più importante, dal punto di vista operativo, che questa esperienza ha donato, è la possibilità di aver sperimentato (per noi) e mostrato (al sistema) un modello a cui i vari reparti possono attingere "a chiamata" per eventi particolarmente traumatizzanti per il personale.

Questi elementi rappresentano per tutti gli operatori dei dispositivi di protezione psicologici molto efficaci.

### **BIBLIOGRAFIA:**

- American Psychiatric Association. (2004). *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder*. Arlington,VA: Author.
- Asukai, N. Kato, H. et al. (2002). *Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of event scale-revised (IES-R-J)*. Journal of Nervous and Mental Disease. 190 (3): 175-182.
- Creamer, M. Bell, R. & Falilla, S. (2002). *Psychometric properties of the Impact of Event Scale-Revised*. Behaviour Research and Therapy. 41: 1489-1496.
- Kawamura, N. Yoshiharu, K. & Nozomu, A. (2001) *Suppression of Cellular Immunity in Men with a Past History of Post Traumatic Stress Disorder*. American Journal of Psychiatry. 158: 484- 486
- Maxfield, Louise. "EMDR treatment of recent events and community disasters." (2008): 74-78.
- Weiss, D. S., & Marmar, C. R. (1997). *The Impact of Event Scale—Revised*. In J. P. Wilson, & T. M. Keane (Eds.), *Assessing psychological trauma and PTSD: A handbook for practitioners* (pp. 399–411). New York: Guilford Press.

# Francesca e Riccardo, madre e figlio, profughi ucraini

**Caterina Gestri - Camilla Pazzagli**

Practitioner EMDR

Il presente breve resoconto nasce con l'intento di illustrare opportunità e criticità incontrate nell'utilizzo della terapia EMDR con una giovane mamma ucraina e suo figlio, che chiameremo con due nomi di fantasia, Francesca 34 e Riccardo, 12 anni, profughi in Italia a causa della guerra.

In tutto il territorio della provincia di Pistoia ci sono stati, nei mesi della primavera 2022, diverse iniziative volte a favorire l'esodo di donne e bambini dall'Ucraina afflitta dalla guerra, anche grazie all'opera di persone ucraine che lavoravano e risiedono nella provincia da anni.

Siamo state contattate dall'ex Presidente della Croce Rossa Italiana, sezione di Quarrata, e dal Dirigente della Scuola Media dell'Istituto Comprensivo Bonaccorso da Montenagno, per facilitare l'inserimento di Riccardo nella classe; ci siamo rese disponibili ad organizzare tre incontri alla presenza della madre e di un interprete. Gli incontri si sono svolti in una stanza dedicata all'interno della scuola.

Francesca e Riccardo sono stati ospitati in Italia da un parente della madre, residente a Quarrata.

Nel corso degli incontri vengono proposti la psicoeducazione, il posto al sicuro, gli esercizi di stabilizzazione, e lo story telling. L'interprete che ci viene assegnata è una psicologa ucraina residente nella provincia di Pistoia, Oksana P.

Al primo incontro, dopo le presentazioni, la madre dice all'interprete che ringrazia per l'opportunità, ma che questo colloquio sarà l'unico perché non intendono proseguire con gli altri due incontri offerti. Accettiamo e accogliamo la scelta; parliamo brevemente dell'efficacia dell'approccio Emdr nei trattamenti dei disturbi post-traumatici da stress, del funzionamento del cervello e degli effetti dei traumi secondo il Modello AIP, ma anche del ruolo delle risorse. Procediamo con l'installazione del posto sicuro e poi con la tecnica dell'abbraccio della farfalla e del grounding. Il lavoro dell'interprete è di fondamentale importanza per trasmettere ai partecipanti con una postura e un tono di voce accogliente, l'oggetto dell'incontro. Quando ci salutiamo la madre comunica all'interprete che vuole rivedere la propria scelta e che parteciperanno ai due incontri successivi.

Nel secondo incontro chiediamo se madre e figlio si sentono di raccontare cenni della loro storia in Ucraina e del viaggio verso l'Italia; entrambi accettano e raccontano, ciascuno per proprio conto e usufruendo del lavoro dell'interprete. Durante il racconto delle loro storie e anche durante la traduzione, eseguiamo la stimolazione bilaterale per entrambi con il metodo del tapping.

Più che immagini, emergono rumori e sensazioni corporee di chiusura, convinzioni negative di essere in pericolo di vita ed emozioni di paura. Attraverso alternanza di grounding e stimolazione bilaterale otteniamo un'elaborazione in positivo che li porta a ricordare momenti piacevoli nella loro casa.

Chiudiamo con il Posto al Sicuro.

Durante il terzo incontro Francesca e Riccardo raccontano di aver creato all'interno dell'armadio della loro camera un "angolo di Ucraina" con piccoli cibi e oggetti. Procediamo facendo emergere momenti positivi in Ucraina e in Italia, cercando insieme la cognizione positiva e la sensazione corporea associate e procediamo con la stimolazione bilaterale.

Nello specifico alla madre appare l'immagine della cucina gialla e verde del loro appartamento in Ucraina e si vede a cucinare un dolce con il figlio; prima ancora che l'interprete traduca, l'espressione di Riccardo cambia, gli occhi si illuminano e il viso diventa molto rilassato e specularmente la stessa cosa succede anche nel volto di Francesca. Noi procediamo rinforzando questa loro gioiosa connesio-

ne con il tapping, anche se, non avendo ancora la traduzione, non avevamo capito quale fosse l'immagine. Facciamo poi chiedere qual è la cognizione positiva, il cui significato era stato spiegato nel primo incontro, ed entrambi dicono "Sono al sicuro". Successivamente sollecitiamo la sensazione corporea che per Francesca è una leggerezza all'altezza del petto fino alle spalle e per Riccardo una sensazione di benessere che gli fa accarezzare la pancia come se avesse gustato un buon cibo. Andiamo avanti con la stimolazione bilaterale chiedendo di notare ciò che sentono nel corpo e cosa ciò dice loro di positivo su se stessi; si associano altre immagini in Italia come ad esempio quella del gioco a calcio nel campetto, di andare a mangiare insieme il gelato, e della loro camera con la "dispensa".

Alla fine dell'incontro Francesca ci comunica che a breve ritorneranno in Ucraina.

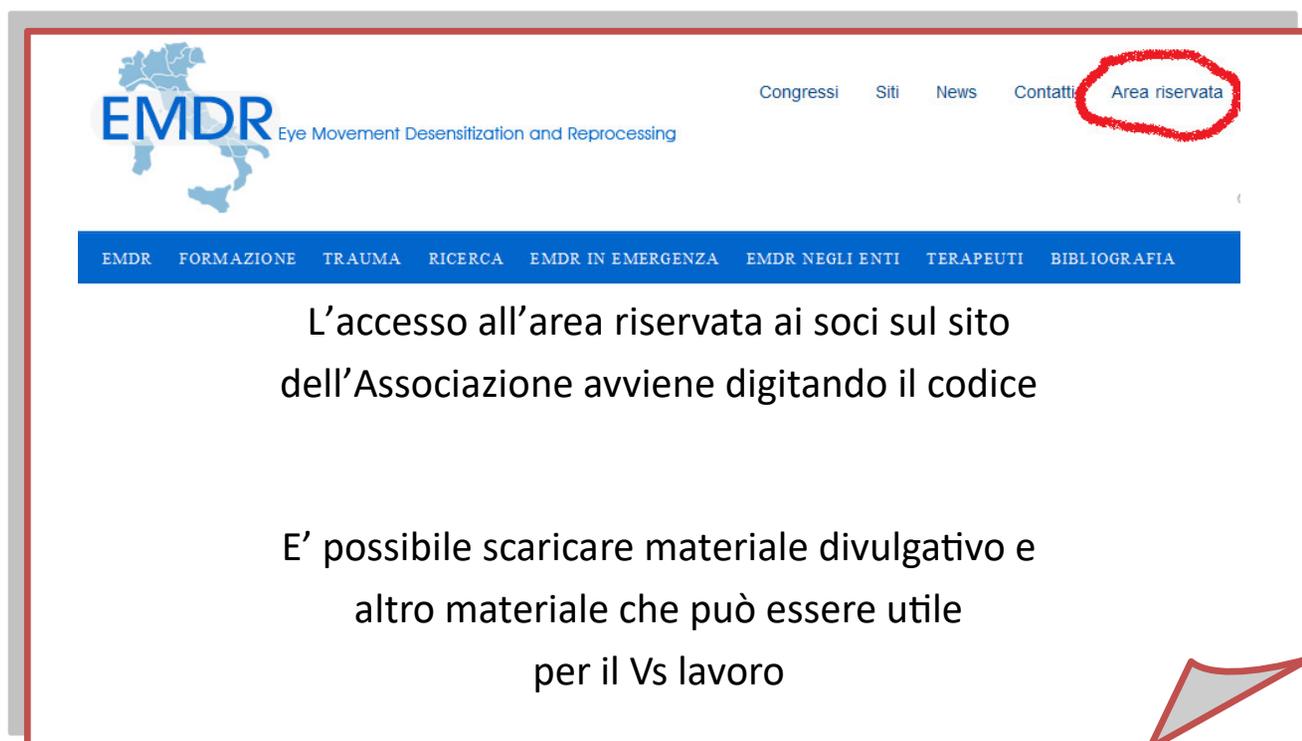
I saluti sono calorosi.

### Conclusioni

L'approccio EMDR sembra essere molto utile per produrre un'elaborazione strategica anche in situazioni drammatiche come la fuga dalla guerra ed anche quando l'intervento deve essere ridotto a pochi incontri. Riccardo e Francesca attraverso questo breve intervento cambiano la loro visione dell'essere in Italia.

Ci preme sottolineare l'importanza del ruolo dell'interprete nelle situazioni in cui è indispensabile. Il nostro lavoro ha potuto sicuramente avvantaggiarsi della preparazione della nostra interprete e ci chiediamo se possano essere utili delle linee guida da concordare con il traduttore quando la sua professione è in un altro ambito.

Crediamo che un punto di forza possa essere anche la presenza di due terapeuti; ci siamo, infatti aiutate nel seguire insieme madre e figlio, nel cogliere i momenti di grande connessione emotiva, nel mantenere la loro attivazione nella finestra di tolleranza e nel poter contemporaneamente cogliere ciò che l'interprete ci rimandava.



The image shows a screenshot of the EMDR website. At the top left is the EMDR logo with the text "Eye Movement Desensitization and Reprocessing". To the right of the logo are navigation links: "Congressi", "Siti", "News", "Contatti", and "Area riservata". The "Area riservata" link is circled in red. Below the navigation links is a blue horizontal bar with white text: "EMDR FORMAZIONE TRAUMA RICERCA EMDR IN EMERGENZA EMDR NEGLI ENTI TERAPEUTI BIBLIOGRAFIA". Below this bar, the text reads: "L'accesso all'area riservata ai soci sul sito dell'Associazione avviene digitando il codice". Further down, it says: "E' possibile scaricare materiale divulgativo e altro materiale che può essere utile per il Vs lavoro".

# IL CONTRIBUTO DELLA TERAPIA EMDR AL TRATTAMENTO DELLA PSICOSI

**Stefania Sacchezin**

Supervisore EMDR - Milano

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) è un approccio efficace per il trattamento dei disturbi causati da eventi particolarmente stressanti e da esperienze traumatiche. Il focus dell'EMDR è il ricordo dell'esperienza traumatica, in quanto vede i disturbi post-traumatici come il risultato di una codifica e di un immagazzinamento dell'esperienza traumatica in memoria in modo disfunzionale. Per questo motivo le emozioni, credenze e sensazioni negative e croniche che possono instaurarsi dopo un evento traumatico, sono concepite come il risultato del ricordo immagazzinato in memoria con una modalità disadattiva. E così quello che continua a far soffrire, non è più l'esperienza passata ma il suo ricordo e le informazioni traumatiche non elaborate rimaste in memoria. L'EMDR è caratterizzato dall'utilizzo della stimolazione bilaterale alternata, sia con movimenti oculari che con altre modalità di stimolazione alternata destra/sinistra, man mano che il paziente viene invitato a richiamare il ricordo dell'esperienza traumatica.

In questo modo, attraverso l'accesso al ricordo e la stimolazione bilaterale alternata, l'EMDR riattiva il naturale processo di elaborazione adattiva dell'informazione (Adaptive Information Processing - AIP) che era rimasto bloccato al momento dell'esposizione proprio a causa di meccanismi neurofisiologici e neurobiologici collegati a elementi sensoriali, cognitivi, emotivi e corporei del trauma.

Data la presenza del trauma come fattori di rischio di molteplici disturbi mentali, l'EMDR è una psicoterapia che viene utilizzata con efficacia in molti ambiti clinici. E' stata sviluppata da Francine Shapiro nel 1989 e dall'inizio questa terapia è incentrata sulla risoluzione dei traumi ed è stata avviata trattando per prima pazienti con disturbi da stress post-traumatico (DPTS). Nel corso degli ultimi trent'anni è stata ampiamente riconosciuta come trattamento d'elezione per la cura del DPTS ottenendo il massimo livello di riconoscimento sulla sua efficacia (Verardo e Fernandez, 2019).

## ***La terapia EMDR come metodo evidence-based***

L'utilizzo dell'EMDR è, infatti, in continua crescita, e allo stesso tempo, anche l'opportunità e la necessità di condurre un numero sempre maggiore di studi randomizzati con gruppi di controllo che sono quelli che nell'ambito della ricerca danno maggiori indicazioni sull'efficacia delle terapie. Ad oggi sono 44 gli studi randomizzati con gruppo di controllo che hanno valutato la terapia EMDR come strumento efficace per il trattamento del trauma. Questo ha portato la terapia EMDR ad essere un metodo evidence based, cioè basato su evidenze scientifiche e quindi un metodo altamente consigliato dell'Organizzazione Mondiale della Salute (2013), dall'American Psychiatry Association (2004), dal Ministero della Difesa U.S.A. (2017).

Il Disturbo da Stress Post-Traumatico è un disturbo psicologico altamente debilitante e ad andamento cronico. E' caratterizzato da ricordi traumatici intrusivi altamente angoscianti che fanno sentire il paziente come se stesse rivivendo l'esperienza. In uno studio recente è stato dimostrato non solo l'efficacia dell'EMDR nella cura dei sintomi post-traumatici, ma è risultato essere efficace anche nell'estinzione della paura ad essi associati (Wurtz H. et al., 2016).

I pazienti traumatizzati, che hanno sperimentato un'esperienza minacciosa, tendono a restare imprigionati nel rivivere il ricordo personificandolo ogni qualvolta si espongono a dei trigger; in questo caso il cervello riattiva il circuito dell'informazione bloccata causando un deficit nel circuito dell'adattamento funzionale. Attraverso il protocollo EMDR, con l'utilizzo della stimolazione, è possibile andare a sbloccare il circuito favorendo l'elaborazione del materiale residuo, origine del disagio nel presente.

L'EMDR ha negli anni ricevuto importanti riconoscimenti internazionali: nel 2000 viene inserito nelle linee-guida dell'International Society for Traumatic Stress Studies come la terapia con maggiori evidenze scientifiche; nel 2004 viene incluso nelle linee guida per il trattamento del PTSD del Veterans Health Affaire National Clinical Practice Guideline Council e del Ministero della Difesa USA con una valutazione "A" (fortemente raccomandato); sempre nel 2004 anche l'American Psychiatric Association ha evidenziato la sua efficacia; il Dipartimento di Salute del Governo degli Stati Uniti ha infine inserito l'EMDR fra i trattamenti consigliati non solo per il PTSD, ma anche per altri disturbi e per la promozione della salute mentale.

Altre psicoterapie focalizzate sul trauma per il disturbo da stress post-traumatico (PTSD) hanno dimostrato di essere efficaci, ma hanno anche notevoli tassi di non risposta e di abbandono. Un trattamento intensivo può portare ad una più rapida riduzione dei sintomi, può contribuire alla motivazione del trattamento e quindi alla riduzione del rischio di dropout. Uno studio di Zepeda Mendez et al (2018) ha cercato di studiare la fattibilità e l'efficacia preliminare di un trattamento ospedaliero intensivo di cinque giorni con EMDR associato allo yoga legato ai temi del trauma per 12 pazienti con PTSD. L'outcome primario era la gravità del sintomo PTSD misurata all'inizio del primo giorno di trattamento, alla fine del quinto giorno del trattamento e ad follow-up dopo 21 giorni. Sono stati calcolati indici di cambiamento clinicamente significativi. Dall'inizio del trattamento al follow-up i sintomi di PTSD sono migliorati in modo significativo in termini di PTSD e due dei pazienti non rispondevano più ai criteri per PTSD. Questo è uno dei primi studi a dimostrare che il trattamento intensivo con EMDR è fattibile ed è indicativo di un miglioramento affidabile dei sintomi di PTSD in un lasso di tempo molto breve. Questo studio è particolarmente interessante se si pensa ad una popolazione clinica con diagnosi di psicosi, dato che l'EMDR può essere applicato in modo efficace per risolvere gli aspetti post-traumatici di questi pazienti in un setting di ricovero o di comunità.

La pietra angolare della terapia EMDR è il suo modello unico di patogenesi e di cambiamento: il modello alla base che spiega i risultati dell'EMDR è quello dell'elaborazione adattiva delle informazioni (AIP) che ha trovato supporto ed è tuttora in fase di valutazione in diversi studi riguardanti la valutazione dell'importanza dei ricordi nella patogenesi di una serie di disturbi mentali oltre al PTSD: ansia, depressione, fobie, problemi sessuali, schizofrenia, ecc.

L'obiettivo dell'EMDR è accedere a questi ricordi e stimolare il sistema di elaborazione delle informazioni innato per aiutare a collegare questi ricordi con altri più positivi esistenti nella storia del paziente. Ciò comporta che i ricordi negativi divengano di natura neutra, senza più un arousal emotivo e neurovegetativo importante e quindi possano essere richiamati senza alcun tipo di stress significativo (Shapiro F. 2019). La crescente accettazione di idee che collegano l'origine di molti disturbi mentali alla formazione ed al consolidamento dei ricordi disfunzionali portano quindi alla formazione della teoria dei "ricordi patogeni". All'interno di questa teoria quindi, le memorie implicite disfunzionali sono considerate alla base di una varietà di disturbi mentali. La teoria dei "ricordi patogeni" sembra compatibile con il modello AIP della terapia EMDR, che offre strategie utili per accedere ed elaborare efficacemente questi ricordi portando ad un miglioramento e ad una risoluzione dei sintomi. In tal modo, pazienti affetti da disturbi basati su ricordi traumatici possono essere diagnosticati e trattati in maniera più efficace (M., Hase, et al. 2017).

Un sostanziale corpo di ricerche mostra che le esperienze di vita avverse contribuiscono alla patologia sia psicologica che fisica. In particolare 24 studi randomizzati con gruppi di controllo supportano gli effetti positivi della terapia EMDR nel trattamento del trauma e di altre esperienze di vita avverse. 7 di 10 studi hanno riportato che la terapia EMDR è risultata essere più rapida e/o efficace della terapia cognitivo-comportamentale focalizzata sul trauma. 12 studi randomizzati incentrati sullo studio dell'importanza dei movimenti oculari hanno rilevato rapide diminuzioni delle emozioni negative e/o la vividezza delle immagini disturbanti e altri 8 hanno riportato una varietà degli effetti sulla memoria. Infine, numerose altre valutazioni riportano che la terapia EMDR fornisce sollievo da un'ampia serie di disturbi somatici (Shapiro F., 2019). In particolare in uno studio si è verificato cosa cambiasse nel ri-

chiamo del ricordo a livello cerebrale in seguito ai movimenti oculari, i risultati hanno mostrato una riduzione dell'attività e la connettività nelle aree legate all'elaborazione emotiva. Inoltre, anche la parte destra dell'amigdala e l'attività della corteccia anteriore cingolata (ACC) è risultata essere significativamente più bassa dopo il richiamo dell'immagine con i movimenti oculari rispetto al gruppo di controllo e che quindi non utilizzava i movimenti oculari (Thomaes K., Engelhard I.M., Sijbrandij M., Cath D.C. Van den Heuvel O.A., 2016).

Ci sono vari studi che stanno cercando di spiegare come mai l'EMDR sia un trattamento così efficace per i traumi, tra cui lo studio delle onde lente che rappresenta un importante step per capire maggiormente i meccanismi alla base dell'EMDR. Secondo i risultati di questo studio le onde lente durante il sonno (Slow Wave Sleep) sembrerebbe avere un ruolo chiave nella consolidazione dei ricordi e nella riorganizzazione di reti funzionali distanti (distant functional networks), nello stesso modo in cui durante le sedute di EMDR e quindi i movimenti oculari permettono la rielaborazione e quindi "l'indebolimento" dei ricordi legati ad episodi traumatici e la consolidazione di nuove informazioni associate. Inoltre, sempre negli ultimi anni, le ricerche focalizzate sull'EMDR sono aumentate notevolmente e anche il neuroimaging rappresenta un importante strumento per indagare i correlati neurobiologici. Diversi studi in questo campo hanno dimostrato l'impatto dell'EMDR sulle regioni cerebrali corticali e sub-corticali coinvolti nel disturbo post-traumatico da stress (PTSD) attraverso una netta associazione tra la scomparsa dei sintomi e la normalizzazione delle funzioni corticali (Lansing et al. 2005, Pagani et al. 2007, Harper et al. 2009, Nardo et al. 2010, Pagani et al. 2012).

Una pubblicazione importante su Nature sull'EMDR, rivista scientifica con un Impact Factor di 41,5. è quello realizzato da Baek et al. (2019). Nature è una delle più antiche ed importanti riviste scientifiche esistenti, forse in assoluto quella considerata di maggior prestigio nell'ambito della comunità scientifica internazionale.

L'articolo consiste in uno studio sulle vie neuronali guidate dal superior colliculus (SC) che è il mediatore della riduzione della paura. Attraverso la stimolazione bilaterale alternata (tipica della terapia EMDR), in uno studio sui topi, si è raggiunto la riduzione della paura.

La stimolazione bilaterale alternata ha avuto l'effetto più significativo nel ridurre la paura e ha portato ad aumentare l'attività nel SC e nel talamo mediodorsale.

La stimolazione bilaterale ha eliminato l'attività delle cellule che codificano la paura e ha stabilizzato la neurotrasmissione inibitoria nell'amigdala basolaterale, attraverso un circuito inibitorio del talamo mediodorsale.

Insieme, questi risultati hanno rivelato un circuito neurale alla base di una strategia efficace per attenuare i ricordi traumatici. Questo studio potrebbe aver focalizzato alcuni meccanismi d'azione dell'EMDR e soprattutto ha confermato la sua efficacia.

### ***L'integrazione dell'EMDR in ambito clinico e nel trattamento delle psicosi***

L'EMDR è in sintesi uno strumento importante per l'elaborazione di quegli eventi di vita negativi che spesso rappresentano un importante fattore di rischio, di predisposizione e di esordio, o di scompensamento, nella depressione, nel disturbo di panico, ma anche nei disturbi fobici, ossessivi, in quelli del comportamento alimentare, nelle dipendenze, i disturbi bipolari e le psicosi. Tutto questo perché è un approccio valido per i traumi complessi che offre un'occasione per raggiungere velocemente la stabilizzazione clinica del paziente, tratta i ricordi traumatici completando il lavoro di integrazione attraverso la terapia. La ricerca ha dimostrato che le esperienze avverse infantili sono associate a disturbi dell'umore, disturbi d'ansia, abuso di sostanze e disturbi della personalità in età adulta (Afifi et al., 2011), ma ha anche rilevato che esiste una relazione tra esperienze di vita avverse e disturbi psicotici (Arseneault et al., 2011; Heins et al., 2011).

Quello che sappiamo è che molti pazienti con disturbi dell'area psicotica hanno subito esperienze traumatiche, e queste hanno contribuito a dar contenuto alla loro stessa psicosi. Inoltre lo sviluppo delle crisi e dei sintomi, che necessitano di trattamenti psichiatrici molto spesso lunghi e complessi, può causare in molti di questi pazienti una sintomatologia post-traumatica e, nel peggior caso si costituisca

un PTSD, i due quadri clinici andranno a sommarsi contribuendo a generare connessioni peggiorative dell'equilibrio generale e dell'adattamento.

Si ipotizza che i pazienti psicotici raramente vengono intervistati tempestivamente su quali esperienze traumatiche abbiano vissuto, e ciò comporta una sottostima della sintomatologia post-traumatica in questa popolazione. La ricerca mostra invece che esiste un'alta percentuale di pazienti psicotici (circa 50-98%) che hanno esperito dei traumi durante la vita. Molti autori hanno rilevato una presenza in percentuali differenti di abusi sessuali o fisici durante l'infanzia, sia nella popolazione femminile che in quella maschile. Il trattamento specifico della sintomatologia post traumatica in pazienti psicotici è quasi sempre stato omesso, favorendo il peggioramento o la cronicizzazione dei sintomi. Tuttavia l'utilizzo dell'EMDR offre un importante contributo proprio in questa direzione: nella risoluzione della componente post-traumatica. L'EMDR riduce i sintomi correlati come ansia, depressione e favorisce l'incremento dell'autostima nel paziente migliorando anche la compliance al trattamento stesso. Tutti questi aspetti sono stati approfonditi da alcuni autori soprattutto negli ultimi anni. Quello che può essere interessante sottolineare ulteriormente è come l'EMDR possa essere produttivo proprio per favorire e velocizzare la risoluzione della sintomatologia conseguente alla storia di malattia stessa; il paziente psicotico mantiene vividi i ricordi degli episodi delle crisi e del suo disturbo che costituiscono memorie traumatiche.

In uno studio realizzato per la valutazione dei vantaggi economici, oltre che sanitari del trattamento del trauma nelle psicosi, si è riscontrato che l'EMDR è uno dei trattamenti che ottimizza di più i costi. Lo studio si chiama *Health-economic benefits of treating trauma in psychosis*, de Bont et al. (2019). Questo ha una particolare rilevanza, dato che è stato stimato che 600'000 soggetti in Europa e 250'000 soggetti negli USA necessitano di un trattamento per la cura di un PTSD in comorbidità con una diagnosi di disturbo psicotico (Achim et al., 2011).

Questo studio, pubblicato sull'*European Journal of Psychotraumatology* ha valutato i costi all'interno di varie strutture di cura per il trattamento di pazienti con psicosi. In questo studio sono state messe a confronto l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), l'Esposizione Prolungata (PE) e la condizione di lista d'attesa ed è stato valutato il risparmio garantito da ciascuno di essi, la modificazione dei livelli di qualità di vita e il rischio di ricadute.

Queste valutazioni sono state fatte attraverso uno studio randomizzato controllato che includeva 155 soggetti. I pazienti sono stati trattati con EMDR (n=55), con la tecnica di Esposizione Prolungata (PE, n=53) o erano nella condizione di lista di attesa (n=47) e sono stati tutti valutati al T0, alla fine del trattamento (T1) ad un follow-up a 2 mesi dalla fine del trattamento (T2) e ad un follow-up a 6 mesi (T6).

Risultati: in confronto alla lista di attesa, i costi di un trattamento per paziente sono stati minori con EMDR (-1410 euro) rispetto al trattamento con PE (-501 euro). In più, l'EMDR e la PE hanno incrementato la qualità di vita dei pazienti e una probabilità maggiore del 26% di "perdere" la diagnosi di PTSD per quanto riguarda l'EMDR e del 22% per la PE.

La comorbidità tra psicosi e il disturbo da stress post-traumatico (stimata al 12%) non solo aumenta la sofferenza personale ma anche i costi per la società stessa. Questo è il primo studio fatto sugli aspetti economici dei trattamenti per il PTSD in pazienti con diagnosi di disturbo psicotico per lo sviluppo e l'implementazione delle linee guide. In altre parole, lo studio punta ad analizzare il costo effettivo delle terapie per il PTSD in pazienti con disturbo psicotico.

La cura del PTSD non è solo importante per i pazienti, ma anche per le loro famiglie e per la comunità in quanto, a livello globale, la psicosi (Read et al., 2005; Read et al. 2007; Onofri, 2012; Morrison et al., 2003; Mueser et al. 1998) e il PTSD (Bereber et al. 2012; Goodman et al. 1997) sono i disturbi più disabilitanti a livello personale e costosi a livello economico. L'impatto congiunto di entrambi i disturbi peggiora ulteriormente il decorso del disturbo e quindi aumenta maggiormente i costi (Stampfer, 1990).

In base a questi risultati possiamo quindi affermare che i trattamenti del PTSD in questi soggetti pos-

sa essere l'alternativa economica migliore, oltre ad essere consigliabile dal punto di vista clinico e della qualità della vita.

Infine, aggiungere un trattamento del PTSD al trattamento di routine in pazienti con psicosi e PTSD garantisce una riduzione dei fattori di rischio, rafforzamento dei fattori di protezione che portano ad un tasso maggiore di salute, una minore ricaduta di sintomi di PTSD e costi decisamente minori.

Oltre che alla risoluzione delle esperienze del passato l'EMDR può andare a ridurre il disagio conseguente al ricordo della crisi psicotica stessa. Molto spesso le prime manifestazioni, nella fase prodromica risultano collegate a forti sensazioni peri-traumatiche e post-traumatiche: angoscia, senso di vuoto, perdita del controllo sui propri pensieri, intrusione di sensazioni visive, cinestetiche, panico, paralisi. Ecco perché occorre lavorare tempestivamente anche su queste esperienze che andranno, se non integrate, a generare ulteriore materiale disturbante, abbassando il senso di controllo, aumentando l'impotenza verso la malattia ed esponendo il paziente ad alti livelli di stress. Tutto si sommerà esponenzialmente alle esperienze traumatiche del passato, alle situazioni evolutive, generando un sistema amplificato di paura e allerta. Utile quindi focalizzarsi sulla storia del disturbo considerando il ricordo degli episodi dell'esordio, i ricordi dei peggiori momenti della malattia, ricoveri traumatici come ricordi da poter trattare con EMDR in quanto serbatoi di raccolta di materiale molto disturbante.

### **CASE REPORT SU EMDR IN EPISODIO PSICOTICO BREVE: il trattamento della storia del disturbo**

*Francesca è una giovane paziente di 23 anni, studentessa universitaria di materie umanistiche che viene ricoverata in Italia a causa di uno scompenso avuto all'estero durante una vacanza studio. La paziente arriva direttamente dall'ospedale estero in cui è stata trattenuta per circa una settimana a seguito dell'episodio critico. Vengono riferite allucinazioni visive e sensoriali, eloquio disorganizzato, comportamenti disorganizzati per più di 3 giorni. Precedentemente non era noto alcun disturbo dell'umore o bipolare, né altri disturbi psicotici come schizofrenia. Lo stato non è attribuibile all'assunzione di alcuna sostanza, esami tossicologici negativi. In anamnesi remota emergono traumi dell'attaccamento. Francesca viene ospedalizzata per risolvere le sensazioni di angoscia e per fare un inquadramento psicodiagnostico. Residuano ancora pensieri ricorrenti e intrusivi sull'accaduto, immagini intrusive, sensazioni di terrore, ansia e sensazioni fisiche invalidanti. La paziente rivive in maniera continua durante il racconto dell'esperienza sensazioni, emozioni e pensieri intrusivi. Dopo la raccolta anamnestica dei traumi (fase 1), la fase di preparazione e una fase di stabilizzazione (3 colloqui complessivi), considerato lo stato generale della paziente, si è deciso di incominciare con l'elaborazione dell'evento disturbante collegato all'episodio psicotico attraverso utilizzo del protocollo EMDR. L'elaborazione dell'evento ha portato a sensazioni di sollievo, alla scomparsa delle intrusioni e al ripristino di una prospettiva cognitiva più costruttiva sull'episodio specifico. Si è ripristinata una sensazione di tolleranza e di accettazione circa l'episodio. Al termine della seduta Francesca dice con sollievo e calma, "io sono al sicuro, è passato". Durante l'elaborazione la paziente inizialmente ha ripercorso la stessa sensazione di perdita di controllo, con disturbo fisico elevato per poi sperimentare sollievo e stabilità. Nelle sedute successive, ad un follow up si è riscontrato che il risultato si manteneva e che Francesca dimostrava un grande beneficio fino alla risoluzione completa del disturbo.*

*A seguito di questo primo intervento sull'esordio psicotico si è quindi deciso di proseguire con l'elaborazione dei traumi passati attraverso la concettualizzazione di un piano di lavoro, che è stato realizzato in giorni continuativi durante il ricovero.*

*La paziente ha continuato con utilizzo EMDR riportando beneficio, sia perché si erano desensibilizzati e rielaborati i ricordi di esperienze traumatiche e relazionali precoci che l'avevano resa vulnerabile, sia perché man mano che si procedeva con il lavoro su questi ricordi, si rafforzavano le sue risorse e capacità. L'EMDR permette di lavorare in entrambi i sensi, neutralizzando l'effetto patogeno dei ricordi di esperienze traumatiche e rafforzando allo stesso tempo gli aspetti più positivi e costruttivi di esperienze in cui ha sentito supporto, protezione o in cui si è sentito capace e in grado di affrontare e superare delle difficoltà.*

## **CONCLUSIONI E LINEE GUIDA PER IL TRATTAMENTO**

La ricerca conferma le interazioni tra trauma, PTSD e psicosi. Non solo esperienze traumatiche definite con la "T" maiuscola come abusi, incidenti, malattie, catastrofi ma anche tutte le esperienze relazionali invalidanti provenienti da sistemi di attaccamento, o da modelli di riferimento evolutivo in periodi sensibili dello sviluppo cerebrale. Esperienze di vita avverse e sgradevoli sono fattori importanti per lo sviluppo della psicosi. Numerosi lavori mostrano che i sistemi familiari non funzionali hanno un ruolo fondamentale nell'insorgere di molti disturbi psicopatologici, così come eventi negativi vissuti in età evolutive sensibili (esperienze di umiliazione e fallimento) conducono a conseguenze sfavorevoli e durature. Questo alla luce del modello dell'elaborazione adattiva delle informazioni è dovuto al fatto che i ricordi non vengono integrati efficacemente restando immagazzinati con una mancata elaborazione degli elementi dell'esperienza. Tali considerazioni offrono una buona base per poter ipotizzare il trattamento delle psicosi con EMDR.

Il primo studio pubblicato risale al 2012 ad opera di van den Berg e van der Gaag e ha dimostrato che utilizzando EMDR sui traumi di questi pazienti si assisteva alla riduzione dei sintomi connessi a questi ricordi unitamente alla riduzione di alcuni sintomi psicotici. Come ulteriore credito due studi randomizzati con gruppi di controllo (De Bont, van Minner, de Jongh, 2013; van der Berg et al., 2015) hanno evidenziato che la terapia EMDR e la cognitivo-comportamentale focalizzata sul trauma risultano efficaci e sicure anche su questa popolazione clinica.

Unitamente a questa letteratura, che conferma la validità di proseguire nella direzione del trattamento del trauma, nei pazienti psicotici occorre trattare anche la storia del disturbo stesso. Molti episodi, soprattutto i primi (esordio) ed i peggiori, impattano sulla qualità di vita del paziente portando ad impoverirsi della capacità di reagire efficacemente alla malattia stessa, facendo subentrare, nel medio e nel lungo tempo, sensazioni di ansia, depressione, angoscia, panico e favorendo l'insorgere di una co-morbilità. Il trattamento precoce di questi eventi critici produce un decremento del livello di disturbo e una risoluzione della sintomatologia connessa alla storia dei ricordi della malattia.

In ultima analisi sicuramente il trattamento con EMDR nella terapia di questi pazienti rappresenta un importante vantaggio sulla possibilità di focalizzare aspetti salienti e potenziare i buoni risultati.

## **BIBLIOGRAFIA**

Achim, A. M., Maziade, M., Raymond E., Olivier, D., Merette, C., & Roy, M.A., (2011) How prevalent are anxiety disorders in schizophrenia? A meta analysis and critical review on a significant association. *Schizophrenia Bulletin*, 37, 811-821

Affi, T.O., Mather, A., Boman, J., Fleischer, W., Enns, W. E., McMillan, H., Sareen, J. (2011) Childhood adversity and personality disorders: Results from a nationally representative population-based study. *Journal of Psychiatry Research* 45, 814-822

Arseneault, L., Cannon, M, Fisher, H.L. Polanczyk, G. Moffitt, T.E. & Caspi, A. (2011). Childhood trauma and children's emerging psychotic symptoms: A genetically sensitive longitudinal cohort study. *Am J Psychiatry*, 168, 65-72.

Baek et al. (2019) Neural circuits underlying a psychotherapeutic regimen for fear disorders. *Nature* Volume 566, pages339-343

Bereber M., van der Vleugela°, van den Bergç D., Staringn A. B. P. Trauma, psychosis, post-traumatic stress disorder and the application of EMDR Trauma, psicosi, disturbo da stress post-traumatico e l'utilizzo dell'EMDR. *Supplemento alla Rivista di psichiatria*, 2012, 47, 2

De Bont P. A.J.M., van Minner A., de Jongh A. (2013). Treating PTSD in Patients With Psychosis: A Within-Group Controlled Feasibility Study Examining the Efficacy and Safety of Evidence-Based PE and EMDR Protocols. *Behavior Therapy*, 44, 717-730.

De Bont, Paul A.J. M., Berber M. van der Vleugel, David P.G. van der Berg, Carlijn de Roos, Joran Lokkerbol, Filip Smit, Ad de Jongh, Mark van der Gaag & Agnes van Minnen, 2019 – Health-economic benefits of treating trauma in psychosis - *European Journal of Psychotraumatology*

Goodman L, Rosenberg SD, Mueser KT, Drake RE. Physical and sexual assault history in women with serious mental

- illness: prevalence, correlates, treatment, and future research directions. *Schizophr Bull* 1997; 23: 685-96.
- Harper, M. L., Rasolkhani-Kalhorn, T., and Drozd, J. F. (2009). On the neural basis of EMDR therapy: insights from qEEG studies. *Traumatology* 15, 81–95. doi: 10.1177/1534765609338498
- Hase, M., Balmaceda, U. M., Ostacoli, L., Liebermann, P., Hofmann, A., (2017) The AIP model of EMDR Therapy and Pathogenic Memories. *Frontiers in Psychology* doi: 10.3389/fpsyg.2017.01578
- Heins et al. (2011). Childhood trauma and psychosis: A case-control and case-sibling comparison across different levels of genetic liability, psychopathology, and type of trauma. *Am J Psychiatry*, 168, 1286-1294.
- Lansing, K., Amen, D. G., Hanks, C., and Rudy, L. (2005). High-resolution brain SPECT imaging and eye movement desensitization and reprocessing in police officers with PTSD. *J. Neuropsychiatry Clin. Neurosci.* 17, 526–532. doi: 10.1176/appi.neuropsych.17.4.526
- Zepeda Mendez, M., Nidjam, M. J., ter Heide, F. J., van der Aa, N., Olf, M. (2018) A five-day inpatient EMDR treatment programme for PTSD: pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*, Vol. 9 1425575
- Morrison AP, Frame L, Larkin W. Relationships between trauma and psychosis: a review and integration. *Br J Clin Psychol* 2003; 42: 331-53.
- Mueser KT, Goodman LB, Trumbetta SL, et al. Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness. *J Consult Clin Psych* 1998; 66: 493-9.
- Nardo, D., Högberg, G., Looi, J. C. L., Larsson, S., Hällström, T., and Pagani, M. (2010). Gray matter density in limbic and paralimbic cortices is associated with trauma load and EMDR outcome in PTSD patients. *J. Psychiatr. Res.* 44, 477–485. doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.10.014
- Onofri A. EMDR in Psichiatria. Introduzione al Supplemento. Supplemento alla Rivista di psichiatria, 2012, 47, 2.
- Pagani, M., Högberg, G., Salmaso, D., Nardo, D., Sundin, Ö, Jonsson, C., et al. (2007). Effects of EMDR psychotherapy on 99mTc-HMPAO distribution in occupation-related post-traumatic stress disorder. *Nucl. Med. Commun.* 28, 757–765. doi: 10.1097/MNM.0b013e3282742035
- Pagani, M., Di Lorenzo, G., Verardo, A. R., Nicolais, G., Monaco, L., Lauretti, G., et al. (2012). Neurobiological correlates of EMDR monitoring - An EEG study. *PLOS ONE* 7:e45753. doi: 10.1371/journal.pone.0045753
- Read J, Hammersley P, Rudegeair T. Why, when and how to ask about childhood abuse. *Advances in Psychiatric Treatment* 2007; 13: 101-10.
- Read J, Van Os J, Morrison A, Ross C. Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand* 2005; 112: 330-5.
- Shapiro F. EMDR (2019) Il manuale Raffaello Cortina Editore.
- Stampfer HG. “Negative symptoms”: a cumulative trauma stress disorder? *Aust N Z J Psychiatry* 1990; 24: 516-28. 12.
- Thomaes K., Engelhard I.M., Sijbrandij M., Cath D.C. Van den Heuvel O.A., (2016). Degrading traumatic memories with eye movements: A pilot functional MRI study on PTSD. *European Journal of Psychotraumatology* 7: 31371
- van den Berg D. P.G, van der Gaag M. (2012) Treating trauma in psychosis with EMDR: A pilot study. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 43, Issue 1, 664-671
- van den Berg D.P.G., de Bont P.A., van der Vleugel, B.M., de Roos, C., de Jongh, A., Van Minnen, A. e van der Gaag, M. (2015). Prolonged Exposure vs Eye Movement Desensitization and Reprocessing vs Waiting List for Posttraumatic Stress Disorder in Patients with a Psychotic Disorder: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 72(3):259-267.
- Verardo A., Fernandez I. (2019) EMDR: modello e applicazioni cliniche. Hogrefe Editore
- Wurtz H. et al., (2016) Preventing long-lasting fear recovery using bilateral alternating sensory stimulation: a translational study. *Neuroscience* 32, 222-235

# EMDR e DEPRESSIONE

## Prospettive attuali e future

A cura di **Eugenio Gallina**

La depressione è uno dei disturbi mentali più comuni, con 300 milioni di persone affette nei paesi occidentali, ha conseguenze enormi sulla qualità della vita e comporta alti costi per la società. Per questo motivo, la depressione è stata definita dall'Organizzazione Mondiale della Sanità come la causa maggiore di disabilità a livello globale: i numeri parlano del 7,5% della popolazione mondiale nel 2015 (WHO 2017).

La psicoterapia e la terapia farmacologica possono migliorare i tassi di remissione della patologia ma i livelli di efficacia di questi trattamenti risultano essere limitati. Questo può essere dovuto a degli aspetti traumatici nella storia di vita di queste persone. Infatti, recenti ricerche indicano che il trauma ed altri eventi di vita sfavorevoli, possono potenzialmente essere dei fattori di rischio per lo sviluppo della depressione.

Dato che l'EMDR è considerato un trattamento efficace per la cura delle conseguenze a lungo termine di esperienze traumatiche, può dare un grande contributo per il trattamento della depressione.

Negli ultimi anni alcune ricerche si sono focalizzate proprio su questo aspetto, cercando di stabilire il livello di efficacia dell'EMDR nell'ambito della depressione. Uno studio randomizzato con gruppo di controllo attualmente in corso, dell'European Depression EMDR Network (EDEN) ci indica che l'EMDR contribuisce in modo significativo alla remissione dei sintomi della depressione. Questo studio costituisce un grande sviluppo nella ricerca sulla depressione. L'obiettivo della ricerca condotta dal Network EDEN è stato quello di valutare il livello di efficacia dell'EMDR e confrontarla con altre terapie e rispetto all'utilizzo di farmaci come gli antidepressivi. I primi risultati sono già stati pubblicati su riviste scientifiche come *Frontiers in Psychology* e confermano il livello di elevata efficacia dell'EMDR soprattutto in base ad un minore numero di sedute rispetto ad altre psicoterapie. Inoltre una systematic review (una revisione sistematica) di tutti gli studi pubblicati in questo campo, che includevano pazienti di qualsiasi età con una diagnosi di depressione maggiore è stata recentemente pubblicata. In questo caso sono stati presi in considerazione 7 studi pubblicati tra il 2001 e il 2016, 3 di questi hanno utilizzato un disegno di ricerca con gruppi di controllo mentre gli altri 4 erano dei randomized clinical trial (Carletto S. et al., 2017). Uno studio ancora più recente ha confrontato l'efficacia tra l'EMDR e la CBT in un campione di 82 soggetti con depressione cronica. Il trattamento consisteva in ±15 sedute individuali di EMDR o di CBT in aggiunta al trattamento farmacologico per un periodo complessivo di 6 mesi. I risultati hanno mostrato un tasso significativo di remissione dei sintomi depressivi in entrambi i gruppi. In particolare i punteggi della scala Beck Depression Inventory (BDI)-II hanno evidenziato un risultato significativamente più veloce nel gruppo EMDR (Ostacoli L. et al. 2018). Questo studio suggerisce quindi che l'EMDR potrebbe essere un trattamento praticabile ed efficace per ridurre i sintomi depressivi e migliorare la qualità della vita dei pazienti con depressione cronica, in un tempo relativamente breve.

Altri studi realizzati su popolazioni specifiche, come rifugiati, vittime di incidenti stradali e soggetti con malattie fisiche croniche o disturbi di personalità hanno evidenziato il contributo dell'EMDR nella remissione dei sintomi depressivi. Un esempio può essere lo studio svolto su un campione di 70 rifugiati siriani in cui i risultati hanno mostrato una significativa riduzione dei sintomi di PTSD e depressione ed inoltre, in seguito ad un follow-up a 5 settimane dal trattamento si è potuto verificare un mantenimento dei risultati (Acarturk C., Konuk E., Cetinkaya M., Senay I., Sijbrandij M., Gulen B., Cuijpers P., 2016).

Un altro studio molto recente, svolto nel 2017 su bambini dai 7 agli 11 anni con PTSD in seguito ad incidenti stradali, ha confermato che l'EMDR è una terapia efficace nei bambini per la riduzione dei

sintomi di depressione e dei livelli di stress (Matin Hassanzadeh Moghaddam, Javar Khalatbari, 2017). Gli stessi risultati sono stati raggiunti anche su altri campioni di soggetti vittime di altre tipologie di calamità (Jarero I., Artigas L., Hartung J., 2006) e su soggetti provenienti da diverse nazioni e culture come ad esempio i sopravvissuti all'attacco del 9/11 (Silver S. M., Rogers S., Knipe J., Colelli G., 2005) o i sopravvissuti al terremoto in Turchia del 1999 (Konuk E., Knipe J., Eke I., Yuksek H., Yurtsever A., Ostep S., 2006).

Svariati studi dimostrano che l'insorgenza della depressione è molto comune in soggetti che hanno malattie fisiche e croniche o altre patologie come ictus. In genere i sopravvissuti ad un ictus mostrano un'afasia espressiva (e quindi l'incapacità di pronunciare o scrivere parole nella propria lingua), limite che ostacola il trattamento della depressione attraverso la modalità tipicamente utilizzata in psicoterapia. L'EMDR invece non richiede una comunicazione verbale molto estesa con il terapeuta e questo fa dell'EMDR una modalità di trattamento ideale per pazienti afasici con problematiche legate alla salute mentale.

Uno studio ha presentato il primo caso riconosciuto di trattamento dell'afasia con EMDR, descrivendo il caso di una donna di 50 anni con una storia di depressione in seguito ad un ictus che ha coinvolto il lobo frontale laterale. Utilizzando il protocollo "Blind to therapist", che è una semplificazione del protocollo standard EMDR, dove il paziente non parla esplicitamente del ricordo target, ma lo pensa e si focalizza in lui durante la stimolazione bilaterale, il trattamento con EMDR ha permesso di migliorare con successo i sintomi depressivi e, sorprendentemente, l'afasia. Ciò conferma ulteriormente l'efficacia dell'EMDR per tutte quelle problematiche che implicano una menomazione della comunicazione espressiva e che quindi impediscono l'utilizzo di altre psicoterapie. (Dr. Jeffrey Guina, Wright Patterson, Cathryn Guina, 2018)

Un altro esempio è lo studio svolto su 31 soggetti con disturbo da sintomi somatici (SSD), disturbo molto debilitante che diminuisce significativamente la qualità della vita e causa un forte stress psicologico che in genere porta a sviluppare sintomi di ansia e depressione. Il gruppo sottoposto a terapia con EMDR ha mostrato un miglioramento significativo dopo solo 6 settimane di trattamento rispetto al gruppo sottoposto solamente a terapia farmacologica.

Quindi l'EMDR risulta essere una terapia molto promettente e può essere considerata la prima scelta d'intervento nel trattamento di SSD. L'efficacia dell'EMDR è stata valutata anche su un campione di 60 soggetti con depressione in seguito ad un infarto (Behnammoghadametal., 2015). I soggetti di questo campione sono stati sottoposti a 3 sedute settimanali di trattamento con EMDR della durata di 45-90 minuti per 4 mesi o sono stati assegnati ad un gruppo di controllo senza nessun intervento psicoterapeutico. Tutti sono stati valutati attraverso la BDI sia all'inizio che alla fine dello studio. Il gruppo trattato con EMDR ha mostrato differenze significative in positivo nei valori depressivi della BDI pre e post trattamento. Anche questi risultati confermano che l'EMDR è un trattamento efficace, utile e non-invasivo anche per i disturbi depressivi conseguenti ad un infarto.

Un altro studio, condotto sempre su soggetti sopravvissuti ad attacchi cardiaci, evidenzia che in seguito ad un trattamento con EMDR di 4 settimane è stata rilevata una riduzione dei sintomi legati al PTSD, della depressione e dei sintomi d'ansia associati (Arabia E. et al., 2011).

Infine, in uno studio randomizzato con gruppo di controllo sono stati messi a confronto la PE e l'EMDR in 85 partecipanti con disturbi psicotici in comorbidità con una diagnosi di PTSD. I risultati hanno mostrato effetti positivi nella valutazione clinica e soggettiva dei disturbi legati al PTSD, della depressione, dei pensieri paranoici ed una remissione dei disturbi schizofrenici; livelli che si sono poi mantenuti stabili anche in seguito ad un follow-up a 12 mesi. (David van den Berg, Paul A. J. M. de Bont, Berber M. van der Vleugel, Carlijn de Roos, Ad de Jongh, Agnes van Minnen and Mark van der Gaag, 2018).

In conclusione, è dimostrato che la terapia EMDR è un approccio promettente per il trattamento dei sintomi depressivi (Hase et al., 2015), anche quando avvengono in comorbidità con altre condizioni cliniche sia fisiche che mentali.

### **Bibliografia**

Investigating the Effectiveness of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) on Children with Post-Traumatic Stress Disorder (Traffic Accident) (HassanzadehMoghaddam, Dr Javad Khalatbari, 2016)

Comparison of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and Duloxetine Treatment Outcomes in Women Patients with Somatic Symptom Disorder (Onur Okan Demirci, Eser Sağaltıcı, Abdullah Yıldırım, Murat Boysan, 2017)

Wants Talk Psychotherapy but Cannot Talk: EMDR for Post-stroke Depression with Expressive Aphasia (Dr. Jeffrey Guina is with the Department of Psychiatry, Wright State University Boonshoft School of Medicine in Dayton, Ohio, and the 88th Medical Group, WrightPatterson Medical Center, Wright-Patterson Air Force Base in Ohio. Ms. Cathryn Guina is with the Neuroscience Institute Stroke Program, Kettering Memorial Hospital in Kettering, Ohio, 2018)

Comparison of Eye Movement Desensitization Reprocessing and Cognitive Behavioral Therapy as Adjunctive Treatments for Recurrent Depression: The European Depression EMDR Network (EDEN) Randomized Controlled Trial (Luca Ostacoli, Sara Carletto, Marco Cavallo, Paula Baldomir-Gago, Giorgio Di Lorenzo, Isabel Fernandez, Michael Hase, Ania Justo-Alonso, Maria Lehnung, Giuseppe Migliaretti, Francesco Oliva, Marco Pagani, Susana Recarey-Eiris, Riccardo Torta, Visal Tumani, Ana I. Gonzalez-Vazquez, Arne Hofmann, 2018)

EMDR for depression: a review of controlled studies (S. Carletto, L. Ostacoli, L. Calorio, F. Oliva, I. Fernandez, A, Hofmann, 2017)

Meta-analysis of interventions for post-traumatic stress disorder and depression in adult survivors of mass violence in low- and middle-income countries (Morina, N., Malek, M., Nickerson, A., & Bryant, R. A., 2017)

The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: results of a randomized controlled trial (Acarturk C, Konuk E, Cetinkaya M, Senay I, Sijbrandij M, Gulen B, Cuijpers P, 2016)

Eye movement desensitisation and reprocessing therapy v. stabilisation as usual for refugees: randomised controlled trial (Ter Heide FJ, Mooren TM, van de Schoot R, de Jongh A, Kleber RJ, 2016)

# “DALLA PANCIA AL CUORE”

## ELABORAZIONE DI UN LUTTO PERINATALE

Carissimi colleghi, vorrei condividere con voi una preziosa esperienza, l'utilizzo del metodo EMDR su un lutto perinatale. Come consulente in reparto di Ostetricia e Patologia Neonatale ho avuto modo di lavorare con pazienti che hanno subito tali perdite. Vi invio la lettera che mi è stata scritta da questa paziente, Viola. Una ragazza bella, tenace e tanto sfortunata. Arrivata d'urgenza per una rottura di utero alla 22<sup>a</sup> settimana di gestazione. Ha rischiato la vita e per salvare lei hanno dovuto sacrificare la sua piccola Ginevra. È stato un percorso difficile, ma affascinante nel contempo. Circa 20 sedute fra raccolta anamnesi, concettualizzazione ed elaborazione dell'evento. Da casa in ospedale fino al rientro senza la sua “pancia”.

Non aggiungo altro...

Delia Vismara

### “DALLA PANCIA AL CUORE”

#### ELABORAZIONE DI UN LUTTO PERINATALE

*Omissis..*

Tutto parte da quello che io chiamo: “il mio giorno zero”. Il 26 settembre 2021 è nata mia figlia, GINEVRA. IN questo giorno o meglio da quel giorno la mia vita è cambiata, si è completamente stravolta e mi ha completamente stravolto. Sono quelle situazioni talmente inaspettate e mai neanche lontanamente immaginate che quando ti accadono tutto cambia e la testa va in tilt. In quel giorno donne e uomini dai camici verdi, bianchi e azzurri mi hanno letteralmente “riportato con i piedi terra”. Uso poco il termine “salvato la vita”, non perché non sia cosciente, assolutamente, ma perché mi sembra così assurdo che sia andata proprio così, che sia successo proprio a me o forse perché mi fermo sempre a pensare a ciò che ho perso e non all'aver avuto una seconda opportunità.

Sarò sempre riconoscente a tutti quei medici che hanno fatto tutto il possibile per me, per noi. Avete creato per noi un piccolo nido ovattato pieno di cure, attenzioni, empatia, gentilezza ed amore. Poi, ad un certo punto, anzi fin dai primi momenti è comparsa questa donna, silenziosa, rispettosa, con uno sguardo carico di comprensione e dolcezza infinita: Tu. Io ho poche certezze nella vita, ma credo nel destino e tu eri scritta nel mio destino. Mi piace pensare che sei un regalo della mia Ginevra, che sia stata proprio lei a mandarti da me, perché sapeva che avrei avuto bisogno di un aiuto, di una come te con i “contro cazzi”. Tu non sei una di quelle che mi guarda con gli occhi smielati, raccontandomi di prendermi tutto il tempo di cui ho bisogno, anche infinito volendo, perché diciamocela tutta Delia, se fosse per me sarei ancora in piena disperazione. Invece tu mi hai dato tutti gli strumenti tali per poter andare avanti, mi hai consolata ed ascoltata tutte le volte di cui avevo bisogno, mi hai supportata e supportata, mi hai permesso di fermarmi quando non riuscivo ad andare avanti, ma soprattutto mi hai dato la spinta giusta quando credevi che sarei stata in grado di continuare. Hai creduto più te in me che io in me stessa. Io non avevo bisogno di quelle che ti guardano con gli occhi pieni di “pena”, io

avevo bisogno di te che mi dicevi sì quanto sarebbe stata dura, ma anche che avrei imparato a conviverti.

Grazie a te ho conosciuto l'EMDR, ho ricordato cose che credevo di aver rimosso e capito che ci sono altre “parti di me” che devo gestire e far convivere tra loro senza far prevalere l'una sull'altra.

Grazie a te ho trasformato i pensieri negativi in positivi, ho elaborato ed archiviato tutti i miei ricordi in maniera ordinata e corretta, ricordi a cui posso accedere in qualsiasi momento senza essere travolta dalla parte emotiva. Grazie a te ho trovato il “mio posto al sicuro”, ho imparato a scrollarmi le cose futili di dosso, perché le mie energie andavano e vano spese per altro, per curare me e per la mia Ginevra. Grazie a te ho creato la “mia squadra interiore” e non per niente tu ne sei il capitano.

Grazie a te ho imparato a gestire i “trigger” e a guardare le altre “pance” o le altre bambine senza “odiarle”, perché come dici tu: “in quelle pance non c'è la tua Ginevra”, “loro non sono la tua Ginevra”. Ma soprattutto la cosa più bella che ho imparato è ricordare mia figlia non solo come “dolore”, ma ricordarla per le cose belle, le emozioni belle che mi ha fatto provare e che nessun altro bimbo potrà darmi, perché io grazie a lei sono MAMMA per la prima volta.

Non dimenticherò mai il suono della tua voce quando mi chiesero se volessi vedere Ginevra. Quelle parole: “devi vederla è proprio bella”. Ti ho ascoltata e l'ho incontrata e avevi ragione, non potevo immaginare che quello sarebbe stato il ricordo più bello di lei. Ginevra mi ha reso madre, ma tu, cara la mia Delia, mi hai insegnato perfettamente questo difficile mestiere di mamma divisa tra cielo e terra.

Tra poco il nostro percorso si concluderà, io porterò con me tutti i tuoi insegnamenti, tutte le chiavi di lettura che mi hai dato, la tua formidabile EMDR, i tuoi consigli, le chiacchiere leggere e le risate.

*Omissis...*

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

## Il contributo della terapia EMDR

**Isabel Fernandez**  
Presidente EMDR Europa

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

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

Il 25 febbraio 2022, a due giorni dai bombardamenti per mano della Russia contro il territorio Ucraino, l'Associazione EMDR Europe con tutti e 38 i suoi stati membri si è attivata per intervenire a dare il proprio contributo a livello di supporto psicologico e fornire una guida su come intervenire in questa emergenza e come poter coprire tutte le diverse esigenze esistenti in ogni paese. Nella nostra lunga esperienza di lavoro in contesti di emergenza questa è sempre stata una nostra prerogativa, poiché il coordinamento dei terapeuti inter e intra gruppi è un aspetto fondamentale in contesti complessi e destabilizzanti come questi. Per fare questo, in una prima fase, sono stati organizzati corsi di formazione per il lavoro in emergenza svolti dai più grandi esperti europei nel lavoro in situazioni di crisi ed è stato importante creare materiale ad hoc in lingua per ogni paese, che ha permesso successivamente ai nostri clinici specializzati in pronto soccorso psicologico e supporto psicosociale di effettuare interventi di triage, di psico-educazione sulle più comuni reazioni da stress e di stabilizzazione in fase acuta, conducendo interventi di gruppo e individuali con protocolli EMDR eventi recenti. Inoltre, per tutto il tempo ed ancora oggi l'EMDR Europe sta seguendo ciascuna attività svolta attraverso riunioni settimanali in modo tale da riuscire a valutare le attività concrete svolte sul campo nei diversi paesi e a seguire passo dopo passo gli sviluppi, le diverse esigenze dei rifugiati e dei terapeuti, il numero di persone raggiunte e i risultati ottenuti. L'intervento EMDR è raccomandato da linee guida internazionali come ISTSS (International Society for Traumatic Stress Studies) come trattamento breve ed efficace, che può essere utile nella fase acuta del trauma. Secondo queste linee guida (2018), una sola sessione di EMDR può prevenire lo sviluppo di PTSD. C'è molta esperienza clinica e ricerca sull'EMDR in contesti di disastri di massa (terremoti, pandemie, attacchi terroristici, inondazioni, ecc.), disastri naturali e disastri causati dall'uomo. In questi contesti, l'intervento EMDR viene effettuato nel luogo del disastro e/o quando la popolazione esposta agli eventi traumatici viene raggiunta dai clinici. Questo tipo di intervento è conveniente, dà sollievo immediato e previene le conseguenze a lungo termine.

Possiamo quindi suddividere gli interventi svolti in tre grandi macrocategorie:

1. Attività a sostegno delle persone in Ucraina
2. Attività sulla frontiera/nei paesi di frontiera (Polonia, Romania, Slovacchia, Ungheria)
3. Attività attuate in tutto il resto del l'UE in aree che ospitano grandi comunità di rifugiati.

### **1. Attività a sostegno delle persone in Ucraina**

Per riuscire a raggiungere il maggior numero di persone possibile provenienti da ogni città abbiamo effettuato diversi seminari e workshop rivolti a clinici, psichiatri e psicologi ucraini che hanno coperto diverse tematiche, ad esempio su come trattare i bambini vittime di guerra, varie tecniche di stabilizzazione e supporto psicologico specializzato per l'elaborazione del trauma e del lutto, permettendoci di dare loro strumenti e competenze per lavorare con le vittime di guerra di torture e di violenza sessuale, di ogni età. Inoltre è stato fornito supporto psicologico online a psicologi e clinici ucraini, con l'obiettivo di stabilizzarli e facilitare l'elaborazione dei momenti più traumatici che hanno attraversato personalmente. Sono psicologi generali e la maggior parte di loro sono membri dell'Associazione EMDR Ucraina (specializzata in disturbo post-traumatico). Prendersi cura di loro facilita, di conseguenza, il loro intervento di pronto soccorso psicologico che possono fornire alla popolazione ucraina nelle comunità, quartieri, rifugi, ecc. Dall'inizio della guerra è stato effettuato almeno un gruppo al giorno (di circa 10/12 partecipanti), da esperti provenienti da paesi europei con il supporto linguistico di un interprete. La maggior parte di loro provengono da Kiev e Lviv, ma dal momento che la partecipazione è on-line si estende a molti altri luoghi. Questa è ancora un'attività in corso e che coprirà tutta la durata della guerra. Durante questi incontri sono stati utilizzati i protocolli EMDR per il trattamento dello stress traumatico in fase acuta originati da diversi autori: Ignacio Jarero (Messico), Elan Shapiro (Israele), Gary Quinn (Israele) e Roger Solomon (U.S.A.). Di seguito riportiamo una descrizione ed un riassunto di questi protocolli delle pubblicazioni scientifiche di questi autori in riviste peer-reviewed, supportandone l'efficacia attraverso dati provenienti da ricerche e studi.

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

Dall'inizio di questa emergenza, mentre i membri dell'EMDR Slovacchia e Polonia stanno lavorando al confine, coordinati con le altre ONG e le parti interessate che forniscono servizi di base ai rifugiati, stati organizzati diversi workshop (di cui 15 in programma) per polacchi, rumeni, slovacchi, ungheresi e psicologi della Repubblica Ceca focalizzati su come fornire il primo soccorso psicologico, consigli su come dare supporto nella fase acuta del trauma, come affrontare e ridurre le reazioni di stress acuto e promuovere la resilienza rivolti a tutti i terapeuti dei paesi vicini che stanno lavorando nei campi profughi sul confine, con l'obiettivo di fornire strumenti specifici ed efficaci per adattarsi al contesto di guerra. Alcuni seminari si concentrano sui bambini, altri sull'intervento di gruppo, sulle famiglie dei rifugiati o più in generale sul dolore. Inoltre, tutte le attività di sostegno ai confini dell'Ucraina come ad esempio, il pronto soccorso psicologico, la stabilizzazione, la facilitazione di un senso di sicurezza sono stati effettuati da un team di terapeuti divisi in squadre di 4/5 psicologi che si alternano esperti in psico-traumatologia e nell'utilizzo dell'EMDR in contesti di emergenza che, coordinati dall'Associazione EMDR Europe, hanno dato disponibilità a rimanere al confine per tutto il periodo necessario della fase acuta della guerra mentre i campi profughi continuano a ricevere ucraini in fuga dal conflitto. Ad oggi, più di 2 milioni di ucraini hanno già attraversato il confine polacco e molti di loro hanno ricevuto questo sostegno.

### **3. Attività attuate in tutto il resto dell'UE in aree che ospitano grandi comunità di rifugiati.**

Infine, è importante poter sottolineare tutto il lavoro svolto nel resto d'Europa dove, i membri delle varie Associazioni EMDR Nazionali, sono attivi in centri e reti di supporto in collaborazione con diverse ONG, Comuni, Ministeri dell'Istruzione di diversi paesi, scuole, chiese, enti di beneficenza facendo interventi di gruppo e individuali specializzati. L'Associazione EMDR Italia è stata molto attiva con circa 50 progetti portati avanti in collaborazione con molte istituzioni ed interlocutori. Un esempio fra tanti sono le partnership già esistenti con il Comune di Roma, Varese, Crema, con il Servizio Sanitario Nazionale di Milano (ATS Milano) e l'Hub per i rifugiati a Padova e a Roma dove sono presenti degli psicoterapeuti EMDR che accolgono i rifugiati, fornendo a loro e ai bambini supporto ed orientamento, spiegando ed affrontando le loro reazioni da stress dando loro un senso di sicurezza attraverso un primo soccorso psicologico. Inoltre stiamo sostenendo i cittadini ucraini che sono rimasti bloccati in

diversi paesi europei prima dello scoppio della guerra e che, avendo subito una traumatizzazione indiretta, hanno bisogno di aiuto. Tutte le Associazioni EMDR dei diversi paesi stanno annunciando questo servizio attraverso i social network e con le comunità ucraine già esistenti. Questo ha permesso di unificare gli sforzi e le risorse. Oltre a sostenere i rifugiati nei loro luoghi di alloggio è stato da subito importante dare un sostegno agli operatori sanitari e i volontari che lavorano nei centri e quelli che servono i rifugiati per prevenire lo stress da “compassion fatigue” che spesso compare nel personale che lavora in prima linea nelle emergenze. Per cui abbiamo fornito materiale psico-educativo e svolto degli incontri di decompressione e di debriefing con i gruppi di medici più esposti.

Un altro punto fondamentale è stato preparare le famiglie e le scuole disposte ad accogliere i rifugiati prima del loro arrivo, con webinar ed incontri di gruppo di orientamento. Abbiamo preparato volantini con consigli semplici e pratici da mettere in pratica, materiali disponibili sia in formato digitale sui siti ufficiali delle Associazioni che cartaceo per tutti i rifugiati (bambini e adulti), sulle reazioni allo stress, consigli su “cosa fare” per gestirli ed indicazioni di comportamenti da evitare, oltre che dei volantini su “come spiegare la guerra ai bambini” per riuscire ad affrontare questo tema educandoli alla pace. In seguito abbiamo sviluppato un programma per lavorare con le scuole di diversi paesi che ricevono bambini ucraini. Questo programma è rivolto sia ai genitori e insegnanti per imparare attraverso consigli e strategie come trattare con i bambini ucraini al fine di favorire una buona integrazione all'interno delle nuove classi scolastiche, sia ai bambini e agli adolescenti ucraini traumatizzati offrendogli un ciclo di EMDR in gruppi e/o individuale. In questo momento stimiamo almeno 10 scuole in ogni paese.

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

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

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

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

### ***Bibliografia***

*EMDR integrative group treatment protocol: A postdisaster trauma intervention for children and adults* - I Jarero, L Artigas, J Hartung. *Traumatology* 12 (2), 121-129

*The EMDR protocol for recent critical incidents: Application in a disaster mental health continuum of care context* - I Jarero, L Artigas, M Luber. *Journal of EMDR Practice and Research* 5 (3), 82-94

*The EMDR integrative group treatment protocol: Application with child victims of a mass disaster* - I Jarero, L Artigas, M Montero, L Lena. *Journal of EMDR Practice and Research* 2 (2), 97-105

*The EMDR integrative group treatment protocol: Application with adults during ongoing geopolitical crisis* - I. Jarero, L Artigas. (2010) *Journal of EMDR Practice and Research* 4 (4), 148

*The EMDR protocol for recent critical incidents: Follow-up report of an application in a human massacre situation* - I Jarero, S Uribe- (2012) *Journal of EMDR Practice and Research* 6 (2), 50-61

*EMDR individual protocol for paraprofessional use: A randomized controlled trial with first responders* - I Jarero, C Amaya, M Givaudan, A Miranda (2013) *Journal of EMDR Practice and Research* 7 (2), 55-64

*The EMDR integrative group treatment protocol: EMDR group treatment for early intervention following critical incidents* - I Jarero, L Artigas (2012) *European Review of Applied Psychology* 62 (4), 219-222

*The EMDR integrative group treatment protocol (IGTP)* - L Artigas, I Jarero, N Alcalá, T López Cano (2009) *eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols*.

*The EMDR integrative group treatment protocol (IGTP) for children* - L Artigas, I Jarero, N Alcalá, T López Cano (2014) *Implementing EMDR early interventions for man-made and natural disasters*

*An Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Group Intervention for Syrian Refugees With Post-traumatic Stress Symptoms: Results of a Randomized Controlled Trial* - Asena Yurtsever, Emre Konuk, Tuba Akyüz, Zeynep Zaf, Feryal Tükel, Mustafa Çetinkaya, Canan Savran and Elan Shapiro - *Front. Psychol.*, 12 June 2018 | <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00493>

*Evaluating the EMDR Group Traumatic Episode Protocol With Refugees: A Field Study* - Lehnung, Maria, Shapiro, Elan, Schreiber, Melanie, Hofmann, Arne - *Journal of EMDR Practice and Research*, Vol 11, Issue 3. DOI: 10.1891/1933-3196.11.3.129

*EMDR Treatment of Recent Trauma* - Shapiro, Elan, *Journal of EMDR Practice and Research*, Vol 3, Issue 3. DOI: 10.1891/1933-3196.3.

*EMDR and early psychological intervention following trauma. European Review of Applied Psychology*. Volume 62, Issue 4, October 2012, Pages 241-251

*Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy* - Solomon, R.M., Shapiro, F., & Laliotis, D. (in press). In Lehrer, PM and Woolfolk, RL, *Principles and Practice of Stress Management*, 4th edition, NY: Guilford Publications.

*EMDR Therapy Treatment of Grief and Mourning* - Solomon, R.M. & Hensley, B.J. (2020). in *Times of COVID-19 (Coronavirus)*. *Journal of EMDR Practice and Research*. Vol 14,(3)1-13. DOI: 10.1891/EMDR-D-20-00031

*Eye-Movement desensitization and reprocessing therapy* - Maxfield, L., Solomon, R. M., & Hurley, E. C. (2020). for PTSD. In L. F. Bufka, C. V. Wright, & R. W. Halfond (Eds.), *Casebook to the APA Clinical Practice Guideline for the treatment of PTSD* (p. 163–186). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/0000196-008>

*EMDR treatment of grief and mourning* - Solomon, R.M., (2018). *Clinical Neuropsychiatry* (2018) 15, 3, 173-186

*APA Handbook of Trauma* - Solomon, R. M. and Shapiro, F. (2017). *Psychology: Vol. 2. Trauma Practice*, S. N. Gold Copyright © 2017 by the American Psychological Association.

# Il ruolo dell'EMDR in medicina affrontare i sintomi psicologici e fisici

A cura di **Elisa Faretta**

Un numero crescente di ricerche sostengono che esperienze di vita avverse possono contribuire all'insorgenza di patologie sia psicologiche che mediche. Ci si è chiesto allora quale potesse essere il trattamento risolutivo per affrontare tali problematiche eterogenee. La comunità scientifica concorda nel ritenere l'EMDR la terapia elettiva per il trattamento del trauma, assunto ormai empiricamente validato. Le esperienze traumatiche possono essere svariate e, tra queste, possiamo includervi anche quelle vissute in ambito medico. I risultati terapeutici positivi rendono conto allora di un intervento terapeutico efficace con una vasta gamma di applicazioni.

Diverse sono le ricerche condotte su soggetti con disturbi e problematiche fisici, oltre che psicologici. Nello specifico sono ventiquattro gli studi randomizzati che dimostrano gli effetti positivi della terapia EMDR per il trattamento di traumi e di tutte quelle esperienze di vita, rilevanti clinicamente. Sette su dieci studi mostrano come l'EMDR sia la terapia più rapida e più efficace per il trauma, rispetto ad altre metodiche di intervento psicoterapeutico, come quello cognitivo comportamentale. E ancora, sono venti le ricerche scientifiche randomizzate focalizzate sull'efficacia dei movimenti oculari, su cui si basa la risolutività dell'EMDR, sottolineando il rapido abbassamento dei livelli di emozioni negative e della vividezza delle immagini disturbanti.

Un corpus sempre più ampio di evidenze empiriche mostrano, inoltre, come l'EMDR può portare sollievo anche ad una vasta gamma di disturbi somatici. Ne è un esempio il Disturbo da sintomi somatici (Somatic Symptom Disorders) [SSD]. Clinicamente tale disturbo incide significativamente sulla qualità di vita di un paziente a causa dello stress psicologico correlato e di sintomi ansiosi e depressivi di diversa entità.

In un studio rivolto a 31 soggetti con conclamata diagnosi di SSD, aventi stessa età, educazione e stato civile, si è cercato di valutare la validità del trattamento EMDR., attraverso un ciclo di trattamento di sei settimane. Ai partecipanti sono state somministrate diverse scale di valutazione: Somatization sub scale f the Symptom Checklist-Revised 90 (SCL-90), il Beck Anxiety Inventory (BAI), il Beck Depression Inventory (BDI) e la Short Form Health Survey (SF-36). Lo studio mostra un sostanziale miglioramento dopo 6 settimane di trattamento, evidenziandone l'efficacia per diversi disturbi psichici e fisici, nonché trattamento più consigliato per il Disturbo da sintomi somatici. Sempre in campo medico è stato dimostrato scientificamente che l'insorgenza della depressione è molto comune in soggetti che hanno avuto un ictus. I soggetti sopravvissuti all' ictus sono frequentemente colpiti da afasia espressiva, il che comporta incapacità nel pronunciare o scrivere parole nella propria lingua. L'afasia espressiva costituisce un limite per il trattamento della depressione attraverso le modalità tipicamente utilizzate dalla psicoterapia.

L'EMDR, anche in questo caso, riduce gli ovvi limiti correlati all'afasia espressiva in quanto non richiede una comunicazione verbale estesa. Questo aspetto rende conto di come sia il trattamento ideale per pazienti afasici con problematiche legate alla salute mentale e gli esempi sono molteplici. Di rilievo è il caso di una donna di 50 anni con una storia di depressione a seguito di un ictus che ha coinvolto l'arteria centrale della parte sinistra del cervello. In genere gli ictus che coinvolgono il lobo frontale hanno come conseguenza sia forme di depressione che specifica afasia espressiva: è stato dimostrato come il trattamento EMDR comporti un sostanziale miglioramento per entrambe problematiche. Tale esempio rende conto della flessibilità e dell'ampia applicabilità dell'EMDR, risultando un approccio risolutivo anche per tutte quelle problematiche legate alla salute mentale che implicano menomazione della comunicazione espressiva e che, per tal ragione, non possono essere trattate con psicoterapie tradizionali.

Gli studi scientifici che avvalorano l'efficacia dell'EMDR sono davvero molteplici. Ne riportiamo sinteticamente alcuni:

\* in una specifica ricerca sono stati presi in considerazione 60 soggetti con depressione a seguito di un infarto miocardico. I soggetti sono stati sottoposti a 3 sedute settimanali di EMDR di 45-90 min per 4 mesi, mentre alcuni di essi sono stati assegnati ad un gruppo di controllo a cui non è stato sottoposto nessun tipo di intervento psicoterapeutico. I partecipanti sono stati valutati secondo il Beck Depression Inventory (BDI), sia all'inizio che alla fine dello studio (pre e post esperimento). Il gruppo sperimentale sottoposto al trattamento con EMDR ha mostrato differenze significative nei valori depressivi indicati dall BDI e, correlativamente, una sostanziale differenza tra i valori emersi all'inizio e quelli alla fine dello studio. Questi risultati consentono di corroborare

ulteriormente l'efficacia dell'EMDR e evidenziarne la non invasività nel trattamento dei disturbi depressivi caratterizzati da pazienti colpiti da un infarto miocardico.

\* In un ulteriore studio randomizzato effettuato su un campione di 60 soggetti sottoposti ad amputazioni, sono state effettuate 12 sedute EMDR di un'ora per un periodo complessivo di un mese. Anche in questo caso l'EMDR si è rivelato essere un trattamento efficace per la riduzione dei dolori legati agli arti fantasma (Rostaminejad.A.et al., 2017).

\* Tra le diverse ricerche esemplificativa è anche quella condotta su soggetti sopravvissuti ad attacchi cardiaci potenzialmente letali. A seguito di un trattamento con EMDR per 4 settimane, è stata rilevata una riduzione del PTSD, della depressione e dei sintomi d'ansia correlati alla condizione medica specifica riportata (Arabia E. et al., 2011).

\* Una ricerca condotta su soggetti malati di cancro evidenzia come, a seguito di 8 sedute, l'EMDR è risultato un trattamento superiore a diverse tecniche di CBT (Capezzani et al., 2013). Uno studio effettuato su un campione di donne malate di cancro, ad esempio, dimostra un miglioramento soggettivo generale successivamente al trattamento intensivo di soli tre giorni, per due volte al giorno.

\* Studi specifici hanno preso in considerazione soggetti che soffrono di artrite idiopatica giovanile. Per la cura di questi soggetti in genere viene utilizzato il metotrexato. Tale medicinale ha però delle controindicazioni, in quanto deve essere interrotto frequentemente a causa dell'insorgenza di effetti collaterali di tipo gastrointestinale. Lo studio prospettico, condotto su 18 pazienti presentanti tale disturbo, ha valutato l'intolleranza al metotrexato, attraverso un questionario somministrato prima del trattamento, subito dopo, e quattro mesi successivi al trattamento stesso. I pazienti sono stati sottoposti a 8 sedute di EMDR per un totale di due settimane. Sia immediatamente dopo il trattamento, che nella rivalutazione a distanza di 4 mesi, si è potuto osservare una diminuzione esponenziale dei sintomi legati all'intolleranza al metotrexato e un miglioramento della qualità della vita dei pazienti. Il trattamento EMDR risulta ancora una volta risolutivo e in grado di migliorare la qualità di vita dei pazienti.

\* Uno specifico studio ha preso in considerazione 44 pazienti sottoposti a riabilitazione a seguito di disturbi cardiaci. I pazienti sono stati suddivisi in due gruppi randomizzati: il primo gruppo è stato sottoposto ad un trattamento di 4 sedute EMDR con cadenza settimanale e il secondo gruppo ad un trattamento di Esposizione Immaginativa (IE). L'EMDR è risultato essere efficace per la riduzione dei sintomi legati al PTSD, ai sintomi depressivi e ansiosi ed è risultato essere maggiormente performante rispetto all'EI.

\* Uno ulteriore studio si è concentrato, invece, su soggetti affetti da sindrome fibromialgica, malattia reumatica non articolare, con eziologia sconosciuta e caratterizzata da una particolare sintomatologia: dolore diffuso, più intenso in alcune regioni anatomiche, aumento della sensibilità al dolore e disturbi del sonno. A questi sintomi sono associate frequentemente forme di disagio psicologico. La correlazione tra sindrome fibromialgica e disturbi psichiatrici è nota e ricerche scientifiche hanno posto attenzione sulle conseguenze di questa problematica e sulla frequenza, in tali pazienti, di correlati traumi psicologici. In una ricerca, in particolare, sono stati presi in considerazione 7 pazienti dai 22 ai 41 anni (sei donne e un uomo) a cui è stata diagnosticata la sindrome fibromialgica, trattati successivamente con un ciclo di EMDR (5 o 8 sedute). In seguito al trattamento si riscontrano miglioramenti statisticamente significativi per i punteggi riportati dai pazienti in test quali il Pittsburg Sleep Quality Index, il Beck Depression Inventory e il Post Traumatic Diagnostic Scale. Un dato significativo è che a seguito del trattamento, solo un soggetto su sette soddisfaceva ancora i criteri per la Sindrome fibromialgica.

In conclusione un ampio corpus di studi scientifici mostrano l'efficacia, la flessibilità e l'ampia applicabilità dell'EMDR per il trattamento di diverse problematiche afferenti anche al campo medico, con risultati risolutivi e permanenti nella maggior parte dei casi.

### **Bibliografia**

Vi consigliamo di visitare, per articoli e pubblicazioni, il sito di :

- EMDR Institute di Francine Shapiro (USA) - <https://www.emdr.com/research-overview/>
- EMDR Europe Association - <https://emdr-europe.org/research/research-studies/>
- EMDR Italia - <https://emdr.it/index.php/bibliografia/>
- Francine Shapiro Library - <https://francineshapiribrary.omeka.net/>



Recensione a cura di L.M.



## ***Evoluzione dell'EMDR***

***Da tecnica ad approccio terapeutico integrato e integrabile***

*Loredana Musella*

In questo interessante testo l'Autrice evidenzia, sistematizza e favorisce una profonda comprensione di come l'efficacia della terapia EMDR derivi dall'averne un solido impianto teorico, metodologico e di ricerca.

Nel testo la collega sottolinea come questo modello integrato di terapia, sia integrabile alla maggior parte degli approcci terapeutici proprio perché condivide gli assunti fondamentali di tutte le metodologie psicoterapeutiche.

La duttilità ed efficacia dell'EMDR così come espresso nelle pagine del testo, sono da ricercare non solo nelle evidenze cliniche ma anche nelle recenti e fondamentali scoperte neurobiologiche che negli ultimi tempi hanno ulteriormente sottolineato la peculiarità dell'approccio. L'Autrice pone l'accento su come il lavoro sui ricordi attraverso la stimolazione bilaterale oculare che favorisce la desensibilizzazione e la rielaborazione del materiale mnestico immagazzinato in modo disfunzionale, renda questo approccio unico e differente da tutti gli altri interventi terapeutici.

In maniera molto dettagliata l'Autrice delinea come il solido impianto teorico e l'utilizzo della stimolazione bilaterale oculare nella terapia EMDR, ripristini l'equilibrio eccitatorio/inibitorio del sistema nervoso, favorendo l'interconnessione degli emisferi cerebrali e quindi i processi associativi che rendono possibile la rielaborazione dei ricordi immagazzinati in maniera disadattiva.

Nelle pagine di questo interessante libro emerge con grande chiarezza come il metodo avvalendosi di un protocollo molto ben dettagliato e strutturato, fornisce al clinico la possibilità di lavorare su più livelli: cognitivo, emotivo e percettivo-corporeo.

Le innumerevoli e attuali ricerche cui fa ampiamente riferimenti l'Autrice, mettono infatti in evidenza la necessità durante il percorso terapeutico, di un approccio in tal senso ovvero di un percorso che tenga conto anche delle memorie del corpo e dell'importanza della relazione terapeutica nell'intero percorso di cura.

Mente e corpo così come evidenziato, sono continuamente attenzionati nella terapia EMDR rappresentando il focus dell'intero processo. Le tracce mnestiche disturbanti divenendo target su cui lavorare, grazie alla stimolazione bilaterale attraverso i movimenti oculari, vengono desensibilizzate e rielaborate assumendo significati emotivamente meno impattanti e funzionalmente più integrabili alla propria storia di vita.

In tutti i capitoli del testo, la collega Musella mette in luce come e in quale momento del percorso terapeutico, le teorie di riferimento quali la teoria dell'attaccamento, la teoria della dissociazione strutturale, la teoria polivagale di Porges, i recenti studi sulla neurobiologia del cervello e il ruolo del corpo, trovino espressione all'interno della terapia EMDR.

In ogni capitolo infatti viene evidenziata con chiarezza argomentativa, come e quando le varie teorie di riferimento presentate si integrino al lavoro con l'approccio EMDR.

Il testo pertanto offre innumerevoli spunti di riflessione per il clinico e per qualsiasi persona che voglia avvicinarsi al metodo per comprenderne gli obiettivi e i meccanismi attraverso i quali la sua efficacia si delinea e rappresenta un importante contributo alla crescente letteratura sulla terapia EMDR.

Attraverso la lettura di questo prezioso libro il lettore sarà pertanto guidato verso una maggiore e più profonda conoscenza del metodo e delle sue innumerevoli possibilità applicative



Ivana Simonelli

Associazione EMDR Italia

## **Effetti long Covid e guerra in Ucraina: Come accogliere i pensieri e le emozioni dei bambini e dei ragazzi da 0 a 18 anni** **Protocollo di intervento dedicato alle scuole di ogni ordine e grado**

*Ivana Simonelli*

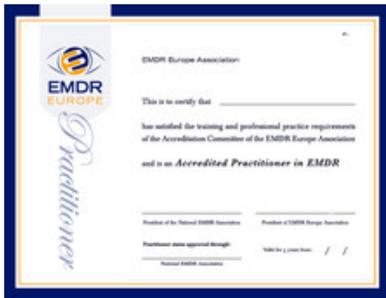
Il biennio 2020-22 è stato caratterizzato da eventi con importante impatto traumatico. Allo stato attuale, gli effetti Long Covid, l'esposizione alle notizie di guerra, l'accoglienza dei profughi, costituiscono elementi presenti anche nei contesti educativi e scolastici. Sezioni e classi hanno accolto o si preparano ad accogliere bambine, bambini, ragazze e ragazzi che, arrivando dall'Ucraina, hanno bisogno di trovare un posto al sicuro.

Partendo dai vissuti, dai pensieri e dalle emozioni dei bambini e dei ragazzi, l'Associazione EMDR Italia ha promosso la formazione di Psicologi, Educatori, Docenti del territorio nazionale. Il protocollo elaborato da Ivana Simonelli, è frutto delle indicazioni fornite nei seminari formativi. Esso risponde alle esigenze dei colleghi Psicologi chiamati ad occuparsi della consulenza e formazione dei docenti e degli educatori relativamente a quali parole, gesti, espressioni, azioni possono offrire gli adulti nei contesti educativi e scolastici di ogni ordine e grado. Presenta indicazioni utili e funzionali concentrandosi sulla possibilità di analizzare aspetti psicologici e fornire indicazioni psicopedagogiche specifiche. E' corredato di esempi, narrative pensate per le diverse fasce d'età e risposte alle possibili domande di docenti, bambini e ragazzi.

I temi rinvenibili:

- \* Come accogliere il vissuto traumatico degli adulti, dei bambini e dei ragazzi (Effetti Long Covid e Guerra in Ucraina);
- \* Quando e come parlare ai bambini e ai ragazzi nel contesto scolastico (infanzia-primaria-secondaria): esempi di risposta nel caso di domande mirate e narrative funzionali;
- \* Accogliere le emozioni: come utilizzare il Metodo Psicopedagogico Dillo con la Voce (DCLV);
- \* Il vissuto dei bambini e dei ragazzi profughi: possibili comportamenti nella criticità e nella traumatizzazione e modalità di intervento;
- \* Azioni implementabili prima dell'accoglienza in classe;
- \* Indicazioni per la quotidianità scolastica.

I ragazzi raggiungono i banchi di scuola, portando zaini di entusiasmo ma anche di pensieri e di fatiche. Energie da accogliere e contemporaneamente da canalizzare nell'ambiente dedicato all'apprendere. Le dimensioni emergenziali e post emergenziali della pandemia Covid-19 e lo scenario della guerra in Ucraina hanno portato e portano elementi nuovi nella relazione tra gli insegnanti, i bambini, i ragazzi. Pensieri, emozioni e comportamenti abbracciano la storia di tutti e di ciascuno. La mente dei grandi e dei piccoli può continuare ad apprendere, con l'energia per il futuro e la delicatezza del presente, nell'abbraccio tra cognizioni ed emozioni riconoscendo a ciascuna di loro intensa legittimazione, profondo rispetto e continua forza vitale.



# 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.



## EMDR Europe Research & Practice Conference 2023

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

### //// Keynote Speakers



#### **Boris Cyrulnik**

Biological and cultural narrative of resilience



#### **Isabel Fernandez**

The journey of EMDR in Europe in the last 8 years



#### **Jackie June ter Heide**

EMDR treatment for moral injury



#### **Luca Ostacoli**

The treatment of neglect at the core of depression



SEGRETERIA DI STATO

PRIMA SEZIONE – AFFARI GENERALI

Dal Vaticano, 29 luglio 2022

Gentile Signora,

in occasione dell'Udienza Generale di mercoledì 5 maggio scorso ha fatto pervenire al Santo Padre un piatto di ceramica artistica.

Papa Francesco, Che ha apprezzato il premuroso gesto e il gradito omaggio, desidera manifestare viva gratitudine e volentieri imparte a Lei e a quanti si sono uniti nel gentile attestato di ossequio la Benedizione Apostolica, chiedendo il favore di continuare a pregare per Lui.

La saluto cordialmente, augurando ogni bene nel Signore.

  
Mons. L. Roberto Cona  
Assessore

---

Gentile Signora  
Sig.ra Isabel FERNANDEZ  
Presidente  
Associazione EMDR Italia  
Via Umberto I, 65  
20814 VAREDO MB



## Associazione per l'EMDR in Italia

Via Umberto I, 65  
20814 Varedo (MB)

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

Member of  
EMDR Europe Association

