

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

EMDR

RIVISTA DI PSICOTERAPIA EMDR

**ANNO XXII
FEBBRAIO 2024
N 45**

EMDR ITALIA

Febbraio 45

Sommario

Lettera del Presidente	1
IL RUOLO DEL TERAPEUTA EMDR	2
“Quando l’Istituzione è traumatizzata” Gli interventi in Emergenza dopo il Suicidio di uno studente a scuola.	5
“Un gruppo per dire “Io posso” EMDR e terapia di gruppo in clinica neuropsichiatrica	10
La prospettiva EMDR sui Disturbi Specifici dell’Apprendimento: aspetti neurobiologici, emotivi e contesto ambientale	16
EMDR Italia Andamento canali social gennaio 2023 - dicembre 2023	21
Intervento Emdr con la coppia genitoriale	23
Selezione di articoli pubblicati di recente sull’EMDR	28
Interventi umanitari di supporto psicologico specialistico Anno 2023	35
Congresso EMDR Europe Association—Dublino 2024	36
Progetto EMDR Europe - Practitioner	37

Lettera del presidente

Carissime colleghe e colleghi, il 2024 sta dando l'inizio al nostro 25 esimo anniversario come Associazione. E' passato un quarto di secolo da quando la terapia EMDR è entrata a far parte del nostro bagaglio professionale in Italia, cambiando il nostro modo di lavorare e le nostre vite professionali. Sono stati anni in cui, grazie alle tante ricerche, studi e applicazioni cliniche abbiamo compreso il funzionamento del sistema alla base dell'EMDR e sempre più l'EMDR è stato riconosciuto come lo strumento più accreditato nel campo del trauma. La terapia EMDR è sempre più diffusa e riconosciuta in Italia grazie al lavoro costante e attento di ognuno di noi nei diversi ambiti, contesti e popolazioni cliniche.

Sempre più Associazioni, Enti e Istituzioni richiedono l'intervento con EMDR; sono infatti ormai molte le collaborazioni e convenzioni sul territorio nazionale dove i terapeuti EMDR intervengono con grande professionalità.

L'Associazione è un punto di riferimento professionale e formale, supportato e tutelato non solo dal Direttivo, ma anche dai soci e di questo abbiamo conferma quotidianamente. Tutti insieme abbiamo lavorato per consolidare la sua identità, storia, continuità e coerenza che ha dimostrato negli ultimi 25 anni.

Siamo molto grati, entusiasti ma soprattutto orgogliosi del viaggio che abbiamo fatto insieme.

Per celebrare tutto questo, quest'anno ci riuniremo in un congresso nazionale a Rimini l'11-12-13 Ottobre dal titolo: "25 anni di terapia EMDR: Innovazione e Ricerca", evento che vedrà illustri relatori sia nazionali che internazionali come Olivier Piedfort-Marin (Svizzera), Sarah Dominguez (Australia) e Debra Wesselmann (U.S.A.). Il programma dettagliato verrà comunicato nel mese di Giugno. Il convegno sarà gratuito per tutti i soci.

Isabel Fernandez



11-12-13 OTTOBRE 2024

25 ANNI DI TERAPIA EMDR in ITALIA

**Innovazione
e Ricerca**

**PALACONGRESSI
DI RIMINI**
Via della Fiera 23
Rimini (RN)

INTERVERRANNO
Olivier Piedfort-Marin (Svizzera)
Sarah Dominguez (Australia)
Debra Wesselmann (U.S.A.)



IL RUOLO DEL TERAPEUTA EMDR

Gabriella Giovannozzi

Supervisore EMDR - Firenze

Viene ripetuto spesso che il terapeuta EMDR deve parlare poco.

Le ragioni di questo suggerimento sono diverse. Innanzitutto troppe parole distraggono, portano nella dimensione cognitiva, facendo allontanare dagli aspetti emotivi corporei della processazione.

È importante che la seduta EMDR sia concentrata, focalizzata sul disturbo e su tutti gli aspetti della sua soluzione. Le poche parole mirate del terapeuta aiutano a mantenere questa focalizzazione.

Questo discorso è tanto più importante nella fase 3 e 4 dell'intervento EMDR, cioè nelle fasi più direttamente dedicate alla processazione. Nella fase 3 del Protocollo Standard, per esempio, sarà bene che il terapeuta si attenga alle domande indicate nel foglio di lavoro, senza divagazioni e rispettandone l'ordine non casuale. Nella fase 4, esplicitamente dedicata alla processazione, il terapeuta dovrà essere molto attento a non fare interventi che inquinino il percorso.

Questa raccomandazione, tuttavia, non vale, soltanto, per queste due fasi, perché la processazione non avviene soltanto in fase 3 e 4. Piuttosto essa viene preparata, avviata, promossa-facilitata attraverso la SBA e poi conclusa nelle diverse fasi dell'intervento. Tutto l'intervento EMDR è impostato sulla processazione e durante l'intero intervento EMDR, sarà importante che il terapeuta parli poco e selezioni le sue domande in modo mirato, mantenendo e facendo mantenere al paziente la concentrazione e rispettando il percorso che il cervello del paziente ha intrapreso.

Il terapeuta EMDR non deve, infatti, interferire nella processazione, dirigendola e forzandola verso direzioni da lui stabilite. *Trust the process* era intitolato il Congresso EMDR di Vienna 2011, ed è questo un concetto chiave dell'EMDR. L'EMDR non aggiunge sapere, ma asseconda il percorso che il cervello del paziente sceglie, per risolvere il proprio disturbo. Riprendendo un'osservazione di Zaccagnini, l'EMDR non parte da teorie *a priori*. Non ha una conoscenza di partenza a cui allineare la conoscenza del paziente. Dopo aver scoperto l'impatto clinico della SBA, la Shapiro non ha, su questo, costruito una teoria. Piuttosto si è preoccupata, sulla base di osservazioni e riscontri empirici, di affinare un metodo rispettoso del cervello e del suo modo di funzionare (Zaccagnini Enrico, 2023).

A questo punto ci potremmo domandare: qual è il ruolo specifico del terapeuta EMDR? Quello di individuare i *target*? Oppure, una volta che li ha individuati, quello di procurare la SBA, intervallandola appropriatamente con la domanda "che cosa nota"? O quello di direzionare l'attenzione del paziente, invitandolo a stare su quanto, di volta in volta, emerge? Non basta: Il terapeuta EMDR ha un ruolo molto più importante e molto più impegnativo. Il terapeuta EMDR deve essere un catalizzatore del processo che il cervello del paziente inizia nella prima seduta e percorre, nel corso della psicoterapia, fino allo scioglimento del disturbo. Tanto più il paziente sarà in difficoltà, cioè con poche risorse adattive, tanto più il terapeuta dovrà farsi carico di facilitare quel percorso, aiutando il paziente a sciogliere gli ostacoli che ne inceppano il flusso.

Mi è capitato spesso vedendo i video di sedute EMDR (fasi 3 e 4) condotte da colleghi in supervisione di osservare due errori opposti. A volte il terapeuta parla troppo, provocando i rischi di cui parlavamo. La seduta EMDR diventa una chiacchierata con SBA, perdendo completamente la sua essenziale qualità esperienziale. Esiste, però, anche il rischio contrario: il terapeuta non parla affatto, si limita a ripetere "stia su quello" e ad andare avanti con la stimolazione, abbandonando il paziente anche quando è in difficoltà. La fiducia nel processo diventa, in questo caso, una sorta di *epoquè* da parte del terapeuta, una sospensione di giudizio che lascia il paziente in balia della sua patologia.

Credo che sia essenziale per evitare questi due rischi che, in ogni momento della terapia, il terapeuta EMDR sappia che cosa sta facendo e che cosa sta facendo il paziente.

Le scelte del terapeuta, mai casuali, devono essere sempre giustificate e giustificabili, sulla base dei dati proposti dal paziente. Non scelgo a caso gli interventi da proporre, ogni intervento sarà scelto sulla base non di un dato, ma, per quanto è possibile dell'incrocio di più dati che un paziente mi porta e l'opportunità della sua applicazione sarà confermata o meno, sulla base della risposta che il paziente restituisce.

Prendiamo come esempio la situazione più comune che si può presentare al terapeuta EMDR: la scelta di un *target*. Non basterà aver individuato un *target* da manuale. Dovrò incrociare quel dato col disturbo che il paziente mi chiede di risolvere. Dovrò verificare che quel disturbo sia correlato a quel *target*. Altrimenti, forse non farò del male al paziente, ma sicuramente non sarò efficace sul problema su cui mi sta chiedendo aiuto. Per fare questa verifica, dovrò conoscere quel disturbo nei dettagli - la sua storia, il fattore precipitante, i *trigger* che lo attivano, le risorse che lo leniscono etc. -, per poter riscontrare corrispondenze e collegamenti col *target* selezionato. Sarà importante avere scomposto il disturbo nelle sue componenti - cognitiva, emotiva e corporea - per verificare la correlazione di quelle componenti col *target* che abbiamo individuato. Se il disturbo del paziente è collegato, per esempio, alla CN "sono in pericolo", dovrò ritrovare la stessa convinzione o, per lo meno, una convinzione che insiste sulla stessa area - in questo caso la sicurezza - in correlazione al *target* che sto scegliendo. L'individuazione, attraverso la CN, dell'area di compromissione su cui il disturbo e l'episodio intercettato insistono mi darà, a sua volta, accesso alla individuazione delle risorse da rinforzare o eventualmente attivare, per facilitare la processazione. Restando sul nostro esempio, se un paziente è fortemente compromesso nell'area della sicurezza, potrebbe essere opportuno, prima di iniziare a lavorare su quel *target*, prendersi cura di rimetterlo in una condizione di sicurezza e/o essere pronti a riportarlo in quella condizione se la processazione si blocca. La difficoltà a trovare situazioni positive rassicuranti, piuttosto che scoraggiarci, ci darà una conferma in più dell'opportunità di lavorare su quell'area.

C'è una domanda che il terapeuta EMDR dovrebbe tenere sempre presente: perché quell'evento ha avuto su quel paziente un impatto traumatico? Sappiamo che non sempre un evento difficile si traduce in trauma. Se troverò risponderne con temi di attaccamento o altro, accaduto prima, che giustifichi la vulnerabilità a quell'evento traumatico, avrò motivi in più per giustificare al paziente la scelta di lavorare su quello. Userò questi elementi per attivare l'interesse del paziente sul *target*, per aumentare la sua meta-riflessione su quanto gli è accaduto e gli sta accadendo e quindi per fargli maturare quello che è il dato più importante da incrociare con i precedenti: la sua motivazione a lavorare su quel *target*. Se il paziente non è interessato, se non vuole andarci, è inutile tentare, non ci sono le condizioni per farlo. Dovrò cambiare *target* in quanto non ho trovato per la sua scelta giustificazione necessaria oppure, se ho elementi a sostegno della sua importanza, dovrò lavorare ancora per aumentare i collegamenti e, con essi, la consapevolezza del paziente, fino a ottenere la sua autorizzazione a lavorare su quello.

Naturalmente la comprensione e conoscenza sottile del metodo EMDR, da parte del terapeuta, la consapevolezza dei suoi obiettivi - primo fra tutti attivare processazione - sarà essenziale perché egli sappia intercettare e connettere i dati specifici che lo guidino verso decisioni terapeutiche giustificate e giustificabili al paziente.

Si comprende, da quanto detto, l'importanza di portare a termine in modo accurato e appropriato le fasi 1 e 2 del protocollo EMDR, fasi iniziali mirate alla raccolta dei dati e alla stabilizzazione del paziente. Fasi essenziali per avviare la processazione, individuarne gli snodi centrali (i *target*) e acquisire i dati per poterla agevolare in caso di bisogno. Riproponiamo la nostra domanda di partenza, in specifico riferimento a questa parte del trattamento: qual è il ruolo specifico del terapeuta EMDR nelle fasi 1 e 2? Se lo guardiamo dalla prospettiva della quantità di parole che il terapeuta deve spendere, possiamo domandarci: deve il terapeuta EMDR affannarsi a rassicurare e spiegare o deve stare in silenzio, lasciando che il paziente si racconti? Nessuna delle due: il terapeuta EMDR deve fare in modo sintetico e preciso poche domande e interventi mirati, per aiutare il paziente a fare ordine nel suo disordine

iniziale, ponendosi, sin dall'inizio, nel ruolo di catalizzatore della riattivazione del processo naturale adattivo che si è patologicamente bloccato nel cervello del paziente. Se il paziente è venuto da noi vuol dire che da solo non ce la fa. Se il paziente è venuto da noi ha un disturbo su cui chiede di essere aiutato. Io dovrò partire da quel disturbo, mirando le mie domande sugli elementi che mi servono per individuarne le cause e per rintracciare le risorse funzionali alla sua soluzione. Il disturbo attuale del paziente è la traccia da seguire, le sue cause sono i residui disfunzionali non processati di eventi passati, le risorse, da selezionare in riferimento al disturbo, sono il patrimonio positivo di esperienze elaborate, di cui il paziente dispone. Tanto più riuscirò attraverso le mie domande/interventi a fare ordine, a portare chiarezza, tanto più condurrò la mia indagine in modo esperienziale, cioè facendo esperire al paziente quello che sta emergendo, tanto più egli uscirà alleggerito già dalle prime sedute. Per questo è importante che il terapeuta parli poco e che le sue domande siano mirate. Il terapeuta sempre aperto a nuovi dati e alla revisione dei suoi punti di arrivo provvisori deve sapere cosa sta cercando e mirare le sue domande in modo preciso. Il paziente, d'altra parte, deve sentire quello che sta emergendo. Non è una ricerca solo cognitiva, tant'è vero che, in qualche caso, potrò facilitarla con un po' di SBA, usata in queste prime fasi, sia per facilitare i collegamenti sia per rinforzare possibili risorse. Non entriamo nell'equivoco che rispettare e accogliere il paziente voglia dire lasciarlo parlare. Questo lo esporrebbe, soltanto, al rischio di essere travolto dal suo stesso racconto, ventilando la sua storia infelice. Al contrario un'indagine attenta, mirata ad intercettare le informazioni effettivamente utili, produrrà ordine e contenimento, avviando, già dal primo incontro, il processo di cura.

L'EMDR è partito come tecnica per la risoluzione del trauma. Tuttavia, i risultati ottenuti con questa tecnica, dimostratasi efficace, ci hanno fatto comprendere che l'EMDR è molto di più. Esso può essere considerato oggi, a pieno titolo, un approccio psicoterapeutico completo che sa affrontare e risolvere la condizione patologica complessiva in cui un cervello si è bloccato, a seguito di traumi e non solo. Van der Kolk ha osservato che uno dei problemi relativi al trauma e che si frappone alla sua guarigione, è quello che egli chiama "effetto domino": un trauma può richiamare altri traumi e, a sua volta, può diventare l'anello debole che rende traumatico l'impatto con nuove difficoltà che si incontrano (van der Kolk, Beesel A., 2007). Credo che possiamo estendere l'osservazione di van der Kolk al disfunzionamento del cervello patologico nel suo intero. La patologia, che si esprime attraverso il disturbo, non è altro che il risultato di un percorso disfunzionale intrapreso dal cervello a seguito di *input* negativi diversi - in particolare quelli traumatici - che si sono incrociati e combinati con la sua struttura di partenza, fino alla costruzione della condizione disfunzionale attuale. Quanto più il terapeuta EMDR sarà capace, partendo dal disturbo attuale, di ripercorrere a ritroso quel percorso disfunzionale, tanto più saprà orientarsi nel quadro patologico complessivo. Attingendo in modo sempre più mirato, man mano che la chiarezza aumenta e con essa la possibilità di processazione, al serbatoio di informazioni che il paziente porta arriverà a disporre di un numero sempre maggiore di dati, che lo metteranno in grado di sapere sempre meglio cosa fare e cosa sta facendo il paziente. Condizione fondamentale quest'ultima, per poter garantire al paziente la giusta assistenza quando la processazione si blocca. In questo caso il ruolo del terapeuta sarà di nuovo quello di catalizzatore del processo interrotto. Attingendo a quei dati, attraverso domande o suggerimenti che spostino l'attenzione del paziente, focalizzata sul blocco, egli contribuirà a creare la condizione favorevole per il riavvio spontaneo della processazione.

Bibliografia

- Van der Kolk Bessel A., *Stress traumatico, Gli effetti sulla mente, sul corpo e sulla società, delle esperienze intollerabili*, Edizioni Scientifiche Ma.Gi., Roma 2007)
- Zaccagnini Enrico, *Circular EMDR, Epistemological validity of the EMDR approach and its possible extension to the use of the sleeping brain data*, Congresso Europeo EMDR, Bologna 2022.

“Quando l’Istituzione è traumatizzata”

Gli interventi in Emergenza dopo il Suicidio di uno studente a scuola.

Elisabetta Graziano

Supervisore EMDR - Genova

Il fenomeno del suicidio in età adolescenziale negli ultimi due anni ha avuto un tragico incremento, costituisce la seconda causa di morte dopo gli incidenti stradali, ma soprattutto si evince una tendenza a sottostimare il fenomeno a causa dello stigma sociale.

I dati relativi al suicidio sono sottostimati perché è un argomento che sgomenta, terrorizza e spesso nelle famiglie della vittima entra in modo preponderante la vergogna, alimentata da variabili culturali e religiose che ne impediscono la corretta catalogazione, succede infatti che il decesso venga denunciato e registrato come incidente stradale o investimento.

Come terapeuti dell’Associazione EMDR ci è già successo di intervenire, all’interno di una scuola, dove un genitore di uno studente si era suicidato ma vista la dinamica della morte poco chiara i parenti hanno cercato di non far trapelare l’ipotesi del suicidio, inaccettabile per la loro religione, causando un triste silenzio intorno alla vicenda.

Noi terapeuti sappiamo quanto una verità nascosta e incongruente generi delle dinamiche psicologiche che possono andare a complicare l’elaborazione di un tale evento.

Tra le cause di morte, in giovane età, il suicidio è quello che più difficilmente porta ad una elaborazione del lutto fisiologica, in quanto entrano in atto tanti fattori che ne complicano il percorso di elaborazione. E’ una ferita per gli adulti (i genitori, gli insegnanti) e per i ragazzi. Nella mente di chi resta, rimane l’incredulità, lo shock, ed al di là della morte stessa, è proprio la violenza dell’atto, improvviso e inaspettato, che complica ulteriormente la rielaborazione dell’accaduto.

E’ un gesto che genera sgomento, senso di colpa per non essersi accorti ed il dolore che ne consegue diventa intollerabile e spesso c’è la ricerca di un colpevole o di una responsabilità poiché questo permette di avere un senso di padronanza. E’ quindi estremamente difficile fronteggiare un evento come questo quando avviene all’interno delle mura scolastiche: un evento tragico che esplode proprio nel luogo dove i ragazzi dovrebbero essere al sicuro.

La Scuola

Quando il suicidio avviene dentro le mura scolastiche le reazioni emotive sono forti, complesse e coinvolgono tutti, dal preside agli insegnanti al gruppo degli alunni e alle loro famiglie. L’apparente mancanza di senso sconvolge tutti e in ciascuno si fanno spazio pensieri, domande, e reazioni talvolta controproducenti.

Gli adulti possono essere spaventati, temere l’emulazione da parte dei loro figli, non sanno spesso se sia più utile parlare di quello che è successo oppure omettere, negando o mettere in atto comportamenti iperprotettivi. Intorno alla tematica del suicidio c’è ancora l’idea ricorrente che parlare non faccia bene e che possa causare fenomeni analoghi, quindi difficilmente gli adulti ne parlano con i propri figli. Il preside e gli insegnanti possono sentirsi sopraffatti soprattutto se hanno assistito all’evento o perché particolarmente vicini all’alunno che si è tolto la vita.

La reazione istituzionale può essere differente a seconda della modalità con la quale viene eseguito il gesto, talvolta il dirigente può temere una responsabilità della scuola o una rivalsa da parte dei genitori della vittima e capiamo che a quel punto l’istituzione non è proiettata a proteggere i ragazzi poiché è coinvolta nel trauma e spaventata per le conseguenze legali. In alcune scuole abbiamo assistito ad interventi di chiusura, nessuna comunicazione esterna, nessun intervento nel gruppo dei

ragazzi, di fatto una reazione analoga a quella delle famiglie dei pazienti suicidari che si chiudono in loro stesse per la vergogna e la paura. Di fronte ad una situazione così drammatica è indispensabile intervenire il prima possibile per aiutare la scuola a mettere in atto una serie di interventi utili a tutti. Purtroppo, nonostante l'OMS abbia pubblicato nel 2014 un report "Preventing Suicide a Global imperative" con lo scopo di incoraggiare interventi per la prevenzione del suicidio nelle scuole, ad oggi non ci sono interventi di prevenzione strutturati in ogni scuola, così come non esistono interventi per il post.

Le scuole arrivano a richiedere l'aiuto da parte dei professionisti in modo autonomo, perché magari una madre conosce il professionista esterno o la nostra Associazione, ma spesso l'intervento arriva dopo le 24 ore e non possiamo aiutare l'istituzione nella comunicazione alle famiglie e agli studenti. E' importante intervenire perché dobbiamo aiutare l'istituzione traumatizzata, la scuola, ad elaborare in modo sano l'accaduto e prevenire comportamenti emulativi nei ragazzi ma anche comportamenti disfunzionali negli adulti. L'EMDR è un prezioso alleato che ci permette non soltanto un lavoro sui traumi già accaduti ma anche un intervento preventivo per favorire il processo naturale del nostro cervello. Normalmente in terapia noi lavoriamo con EMDR con ricordi già consolidati nella nostra rete mnestica, li trattiamo e li elaboriamo, mentre in emergenza viaggiamo al contrario, lavoriamo cioè prima che un ricordo venga consolidato e che possa portare con sé convinzioni disturbanti o altri fattori di rischio che minano una completa elaborazione. Un ricordo per essere consolidato nella nostra memoria impiega circa un mese, per questo è bene intervenire il prima possibile.

L'importanza dell'intervento nelle prime 24 ore

Generalmente il nostro intervento avviene dopo un paio di giorni, dopo che il dirigente scolastico e i professori hanno già dato la comunicazione alle famiglie e agli alunni.

La comunicazione è molto importante e deve essere chiara senza contenere inutili dettagli, evitando un telefono senza fili con più versioni che creano confusione e senso di angoscia. Un racconto ricco di particolari genera comunque, nella mente di chi lo ascolta, delle immagini mentali dell'accaduto che se non vengono processate possono traumatizzare la persona. Più il nostro intervento è precoce, più possiamo aiutare un flusso di comunicazione efficace che non rischia di ritraumatizzare.

Il nostro primo compito come terapeuti EMDR è di aiutare gli adulti a reggere ad essere solidi per poter aiutare i ragazzi, attraverso interventi psicoeducativi mirati.

Quando veniamo in contatto con un preside o un rappresentante dei docenti è molto importante capire come siano andati i fatti, se ci sono docenti o allievi maggiormente esposti all'evento e di conseguenza più esposti a futuri comportamenti di disagio. Questo ci permette di pianificare l'intervento in modo più efficace possibile. Le prime 24 ore sono importantissime perché è una fase delicata quella della trasmissione della notizia che, assieme alla psicoeducazione sulle reazioni peritraumatiche dell'evento, rimane indispensabile per stabilizzare e normalizzare le reazioni delle persone. Dobbiamo aiutare gli adulti a fronteggiare l'evento in modo da essere un valido contenitore emotivo per i ragazzi, cosa molto complicata se gli adulti o i docenti sono traumatizzati a loro volta perché magari hanno vissuto un evento simile in famiglia oppure se sono stati presenti e hanno assistito all'accaduto. E' tutta una comunità ad essere sommersa dall'evento traumatico.

Come intervenire con EMDR

Dal momento in cui veniamo contattati dobbiamo fare un'approfondita analisi di come sono avvenuti i fatti, quali sono i soggetti maggiormente esposti e le persone o studenti a rischio per precedenti vulnerabilità. E quest'analisi è molto complessa e delicata perché va fatta, talvolta, con la persona più esposta, colui che ha assistito che, come già capitato, è proprio il dirigente scolastico. La raccolta d'informazioni deve avvenire facendo molta attenzione a garantire anche la sicurezza della persona esposta. Questa fase ci permette di strutturare il lavoro che spesso prevede l'utilizzo dell'EMDR come prevenzione secondaria e in alcuni casi per rielaborare il trauma.

La potenzialità dell’ EMDR in contesti emergenziali è quello di poter raggiungere tutta la comunità delle persone attuando interventi di gruppo e singoli.

Primo Step “Critical Incident Stress Orientation (CISO).

Il CISO è il primo intervento che viene fatto nelle scuole. In genere, si fa con gli adulti, genitori e insegnanti proprio per spiegare le reazioni fisiologiche legate allo stress di un evento così drammatico, quali possono essere reazioni che ci aspettiamo e quali sono degne di maggiore attenzione.

Generalmente gli incontri si fanno fuori dall’orario scolastico e per favorire una maggiore adesione, talvolta, vengono fatti con la doppia modalità in presenza e on line.

Aiutiamo gli adulti ad essere “Adulti efficaci” e a rispondere ai bisogni dei figli riconoscendo quali segnali di disagio sono degni di nota, inoltre diamo loro la possibilità di contattarci qualora ci fosse bisogno di un intervento più approfondito.

Questo passaggio è fondamentale perché se aiutiamo gli adulti indirettamente aiutiamo i ragazzi, gli adulti devono diventare la risorsa che contiene psichicamente i ragazzi ma anche coloro che possono cogliere ed intercettare il disagio.

Dobbiamo fornire risorse e un senso di padronanza agli adulti.

Gruppi Terapeutici EMDR

Viene pianificato l’intervento di gruppo che , nelle scuole, normalmente prevede un gruppo composto dai docenti , un gruppo dei genitori e la classe dove è avvenuto il decesso. Si cerca di formare dei gruppi omogenei in modo da tutelare le persone più esposte o presenti al momento per queste persone , si può scegliere di fare un intervento individuale poiché l’elaborazione in gruppo può essere complessa. Una volta formati i gruppi per ciascuna persona viene compilata una scheda di triage psicologico per capire se ci sono delle vulnerabilità pregresse o fattori che possono complicare l’elaborazione. Fatto questo, prima di iniziare l’intervento, viene somministrata la scala IES che indaga se sono presenti sintomi da stress posttraumatico; la scala riviene somministrata nuovamente alla fine dell’intervento per valutare l’andamento e l’efficacia del nostro intervento.

Per concludere, viene utilizzato il protocollo EMDR IGTP all’interno di ogni gruppo, un protocollo molto efficace e facile da usare nei contesti di gruppo poiché non prevede la condivisione dei contenuti.

Il protocollo è stato progettato per l’utilizzo in gruppo già dopo poche ore dall’accaduto ed è indicato per ridurre i sintomi peritraumatici, facilitare le espressioni delle emozioni dolorose e dei comportamenti che provocano sentimenti di vergogna, offrire empatia e migliorare la sensazione del paziente di essere in grado di padroneggiare gli elementi angoscianti.

L’IGTP è nato come protocollo per l’infanzia ma è stato utilizzato in molteplici contesti operativi sia nella sua forma originaria (Jarero 2006) sia con adattamenti per adeguarsi a particolari circostanze (Fernandez 2004, Gelbach e Davis 2007, ecc). I pazienti che fanno parte del gruppo non devono fornire informazioni o condividere i propri vissuti e questo ne facilita , non solo la somministrazione, ma permette di applicarlo sia agli adulti che ai bambini. E’ stato utilizzato per aiutare migliaia di sopravvissuti in tutte le parti del mondo dimostrando di essere più efficace di qualsiasi altra terapia di gruppo (Jarero 2008). Normalmente i gruppi terapeutici sono composti da 20/25 persone e sono condotti da un terapeuta assieme ad altri due co-terapeuti che valutano l’andamento dell’intervento e aiutano le persone che presentano difficoltà. Possono esserci difficoltà nell’elaborazione o momenti di forte abreazione ed è quindi indispensabile l’aiuto dei co-terapeuti al fine di non interrompere l’elaborazione del gruppo ed aiutare le persone in difficoltà. Vengono previsti, generalmente, tre incontri dopodiché, se ci sono persone bisognose o con vulnerabilità pregresse che si sono riattivate in seguito al trauma, è previsto un percorso individuale. L’obiettivo del nostro intervento è favorire un processo fisiologico di guarigione riorganizzando tutti quegli elementi, spesso frammentati e portatori di malessere, tipici di eventi così soverchianti.

L’EMDR è un’ottima opportunità per la rielaborazione di lutti complicati, si basa sul modello teorico dell’AIP (Shapiro 2000) e nasce come modalità di trattamento per i Sintomi da Stress Traumatico.

Viene utilizzato in ambito emergenziale, come già detto in precedenza, proprio in modo preventivo impedendo che soggetti più a rischio più esposti per loro vulnerabilità possano andare incontro ad un blocco dell’elaborazione dell’accaduto e sviluppare sintomi psichici.

Il Nostro intervento presso una scuola media del territorio genovese.

Come Team Emergenza Genova siamo intervenuti a seguito di un tentato suicidio di una alunna della classe terza. L’alunna, durante l’ultima ora di lezione, ha tentato di defenestrarsi mentre un insegnante ha tentato di trattenerla, nonostante la ragazza sia riuscita a lanciarsi la prontezza dell’insegnante ne ha impedito il decesso.

I compagni di classe hanno assistito attoniti alla scena mentre la preside dell’istituto era presente quando la ragazzina è caduta, le è stata vicino soccorrendola e portandola con i militi in ospedale. Mentre tutto ciò accadeva i genitori iniziavano ad arrivare, per prendere gli alunni, ignari di quello che succedeva all’interno della scuola ma vedendo ambulanze e macchine della polizia.

Nel frattempo la notizia è arrivata su i social con gran clamore e ancora prima che ci fosse il tempo che la scuola potesse dare un annuncio ufficiale.

Il nostro intervento è stato possibile dopo 5 giorni dall’accaduto e abbiamo dovuto pensare ad un intervento che prendesse in considerazione la complessità del caso. Abbiamo deciso, dopo aver parlato con la preside, di fornire un supporto individuale per la dirigente e per l’insegnante poiché maggiormente esposte all’accaduto. E’ soprattutto in questi casi che il dirigente scolastico può trovarsi in forte difficoltà sia per lo shock che consegue all’essere stata presente all’atto sia per tutti quei vissuti di responsabilità che possono derivare da un gesto del genere in orario scolastico e tra le mura della scuola.

L’istituzione deve reggere l’impatto rispondendo ai genitori e agli allievi in modo solido e adeguato quindi per questo siamo partiti subito da loro per poi allargare il nostro lavoro ai genitori e agli allievi. Come già detto prima, più lavoriamo con gli adulti e più aiutiamo i ragazzi: se i genitori riescono a parlare dell’accaduto senza nascondersi in versioni non veritiere riescono a creare uno spazio di ascolto e di dialogo per permettere a quello che è successo di essere elaborato e compreso. Non siamo riusciti a raggiungere la ragazzina e la sua famiglia perchè i genitori si sono rifiutati in quanto già seguiti, ma il lavoro con l’intera comunità fa sì che indirettamente venga aiutata anche la piccola. Trasmettere elementi di psicoeducazione agli adulti e agli studenti favorirà, assieme all’elaborazione EMDR, un modo efficace per riaccoglierla in classe senza far calare un silenzio omertoso sull’accaduto o la sensazione di vergogna che spesso accompagna il tema del suicidio.

Cosa Auspichiamo per il Futuro.

Esperienze come questa ci fanno capire l’importanza del nostro intervento nelle scuole e quanto sarebbe opportuno velocizzare i tempi e diffondere nelle scuole l’importanza della gestione delle situazioni di crisi. All’estero esistono delle unità di Crisi per ogni scuola che si occupano, con l’aiuto di psicologi, di come gestire la crisi, come comunicare alle famiglie e aiutare gli alunni più fragili e che possono risentire di un evento così sconvolgente. Pensiamo a quanto sarebbe utile formare, per ogni scuola, un team sensibile alla tematica del trauma e soprattutto fornire gli strumenti necessari per lavorare accanto a noi psicologi dell’emergenza.

Si potrebbe pensare di

- ⇒ Fare un lavoro preventivo attrezzando gli adulti a fronteggiare le situazioni di emergenza, fornendo psicoeducazione e inoltre utilizzare, con loro, il protocollo RDI di LEEDS per installare risorse.
- ⇒ Intervenire tempestivamente aiutando e coordinandosi con un ipotetico Centro di Crisi interno alla Scuola, aiutando la scuola a comprendere i rischi e le conseguenze di un evento traumatogeno.
- ⇒ Elaborare con EMDR l’accaduto con il protocollo IGTP di gruppo
- ⇒ Seguire i casi che risultano vulnerabili o bisognosi di trattamento prolungato.

L’EMDR è uno strumento prezioso che può essere applicato anche per rinforzare , attraverso il protocollo RDI di LEEDS, le risorse negli adulti e nei ragazzi in modo da ampliare quei fattori protettivi che sono utili nella prevenzione suicidiaria. Se l’istituzione scuola diventa in grado di creare un clima di sicurezza, senso di appartenenza e clima positivo rinforza i fattori preventivi esterni che possono proteggere i ragazzi vulnerabili a mettere in atto degli agiti o a manifestare comportamenti patologici.

Il protocollo RDI può essere utilizzato in ambito gruppale, permettendo di raggiungere un numero elevato di persone, è di facile utilizzo e prevede poche sedute e lo possiamo usare sia con gli adulti che con i ragazzi.

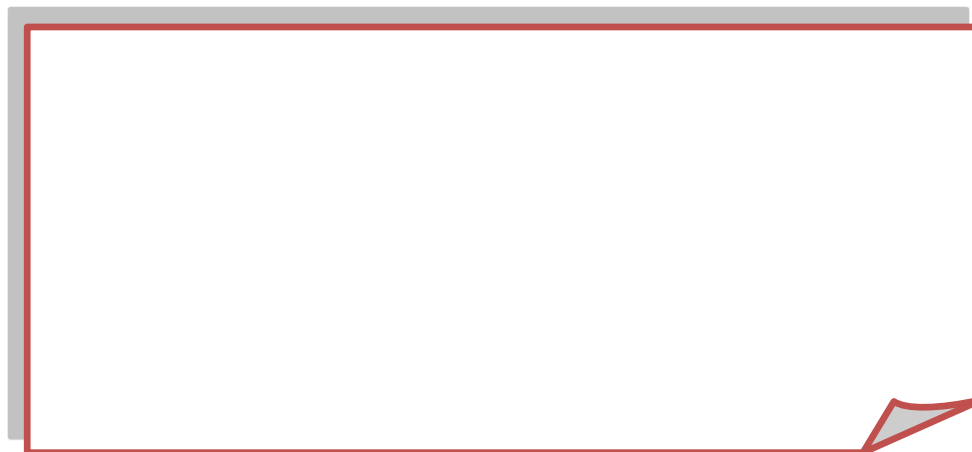
Per concludere ci auspichiamo, per il futuro, un intervento con le scuole più strutturato e non solo sull’urgenza del momento in modo da poter lavorare sul fronte preventivo e sulla riduzione del danno.

BIBLIOGRAFIA

Marilyn Luber - “I protocolli terapeutici dell’EMDR” - Gianni Fioriti Editore,2015.

Roger Solomon, Lutto ed EMDR - Raffaello Cortina editore 2022

M.Pompili, P. Girardi - “Manuale di suicidologia” - Pacini Editore 2015



“Un gruppo per dire “Io posso” EMDR e terapia di gruppo in clinica neuropsichiatrica

Alessandro Cerutti

Practitioner EMDR - Torino

In questo articolo descriverò il lavoro di consolidamento delle risorse personali con il metodo EMDR in un gruppo terapeutico svolto nella clinica neuropsichiatrica Ville Turina Amione, a S. Maurizio Canavese (TO). Il campione su cui ho misurato l'efficacia dell'aiuto della terapia EMDR è composto dai primi 100 pazienti di questa esperienza. Gli utenti che afferiscono alla clinica presentano principalmente disturbi dell'umore, della personalità, d'ansia, psicosi e disturbi dell'alimentazione. A volte sono in comorbilità con abuso di alcool o sostanze. Il ricovero può durare fino a quaranta giorni, eventualmente prorogabile per un ulteriore periodo di tempo. Gli ospiti sono seguiti da un'equipe multidisciplinare. Molti utenti non pensano di possedere risorse personali ai fini di un recupero attivo e responsabile della propria crisi, possono vivere il ricovero con iniziale atteggiamento passivo e attendista, a volte come un rifugio o una tregua dalla realtà, qualche volta persino come possibilità per regredire ad una condizione di dipendenza incondizionata. Spesso alcuni ripetono: “non ce la farò”. Invece il ricovero deve essere un'occasione di crescita e di presa di coscienza delle proprie potenzialità per innescare un processo attivo di recupero, che restituisca all'ospite il merito del proprio miglioramento, per dirsi: “io posso” provarci a stare meglio. Il supporto delle risorse personali è dunque un aspetto fondamentale di qualsiasi intervento psicologico centrato sulla crisi, di una “psicoterapia transitoria” (S. Michelini, M. Gasseau, 2003) che ha poco tempo per esprimersi e che deve pertanto circoscrivere il focus e massimizzare l'efficacia. Come practitioner EMDR e gruppoanalista mi sono chiesto se la forza del trattamento EMDR congiuntamente a quella della terapia di gruppo potessero ottimizzare il trattamento. Così è nato “Io posso”, un incontro di gruppo settimanale della durata di un'ora e mezza per sostenere gli ospiti verso gli obiettivi di cura, uno spazio di incontro per motivarsi alla cura di sé partendo dal sostegno di cinque risorse. Ogni gruppo è focalizzato sul consolidamento di una risorsa: il ciclo completo è dunque composto di cinque incontri. E' un gruppo aperto: ad ogni incontro i pazienti non sono necessariamente sempre gli stessi. Non può che essere così, il turn over degli utenti della struttura è elevato: qualcuno riesce dunque a partecipare a tutto il ciclo, altri invece soltanto a due, tre incontri, qualcuno persino solo ad uno, prima della dimissione. L'intervento grupपालe permette tuttavia di offrire una prima efficace forma di aiuto al numero maggiore di utenti possibili e di far conoscere loro le potenzialità della psicoterapia e dell'EMDR, utilizzato qui nella versione per l'installazione delle risorse e non in quella per la desensibilizzazione e rielaborazione del trauma, su cui lavoro in setting individuale con i pazienti che lo necessitano. M. Balbo (2020) descrive molto bene l'utilizzo dell'EMDR per lavorare con le risorse e sullo stato desiderato in gruppi motivazionali finalizzati alla perdita di peso per persone con disturbi alimentari di obesità.

Ho scelto di selezionare utenti quasi tutti già seguiti in psicoterapia individuale presso la clinica e di comporre un gruppo di massimo 8 pazienti ogni volta, numero consigliato da G. Maslovaric (2020) per la declinazione grupपालe della terapia EMDR.

L'attività del gruppo si compone di due parti: nella prima parte chiedo ai partecipanti di cercare e attivare le proprie risorse (con intervento EMDR di installazione delle risorse), nella seconda parte proviamo insieme ad utilizzarle per il processo di cura (con intervento gruppo analitico).

Mi sono chiesto quanto l'EMDR potesse aiutarmi a far emergere nei partecipanti la consapevolezza delle risorse personali come primo passo di un processo terapeutico di gruppo focalizzato sulla

motivazione al trattamento per la gestione della crisi. Con un questionario autosomministrato ho dunque misurato la variazione della percezione di consapevolezza della risorsa dopo l'intervento EMDR.

Attivare emozioni positive con utenti gravi

Come scrivono I. Fernandez, G. Maslovaric, M. V. Galvagni (2011), “l'EMDR può essere utilizzato per esplorare e ottimizzare le risorse, riattivando aspetti emotivi e di consapevolezza che qualcosa di buono, forte e capace è già dentro alla persona”.

E' stato dimostrato che concentrarsi su emozioni positive è molto utile per affrontare situazioni di crisi. Secondo alcune ricerche, ad esempio, nei giorni immediatamente successivi all'attacco al World Trade Center più le persone erano in grado di concentrarsi su emozioni positive, più erano capaci di riprendersi dall'attacco (Fredrickson, 2003). Se infatti le emozioni negative possono avere un ruolo adattivo nel motivare all'azione (come scappare in caso di pericolo), quelle positive favoriscono capacità cognitive e comportamentali di avvicinamento al prossimo, di esplorazione dell'ambiente, di espressione di modalità di pensiero creative (Isen, 1990).

Rinforzare le risorse e cercare gli aspetti positivi di quanto un paziente esprime è considerato necessario anche da I. Yalom (1997) quando scrive della conduzione di gruppi terapeutici specializzati, come quelli che si svolgono durante i brevi ricoveri nei reparti di psichiatria.

Tuttavia lavorare su aspetti positivi con alcuni pazienti gravi può essere particolarmente difficile, almeno secondo la mia esperienza, perché taluni possono interpretarlo come una forzatura, persino come un pericolo: non è possibile lasciare lo stato di allarme difensivo, quando si è spaventati o molto sofferenti, per accedere a sensazioni positive. Oppure ancora l'accesso a stati mentali positivi può essere vissuto come illusorio, anticipatore di successivi stati d'animo angoscianti, altre volte persino immeritato o sbagliato perché la sofferenza è sentita in qualche modo come giusta. D. Mosquera e A. Gonzalez (2016) descrivono bene alcuni di questi aspetti, ad esempio per l'elaborazione della cognizione positiva con pazienti borderline gravi per i quali propongono una procedura specifica.

Ho pertanto ritenuto opportuno, e mi è sembrato molto utile, assicurare sempre ogni utente sul significato del lavoro del gruppo e “patteggiare” con tutti i partecipanti una solida alleanza: rinforzare le risorse positive non è un modo di negare la sofferenza (che alcuni hanno impellenza di raccontare), ma di consolidare le potenzialità individuali per affrontarla con più capacità nella terapia individuale o in altre attività terapeutiche e riabilitative della clinica. Ho inoltre invitato gli utenti a valorizzare anche piccole variazioni positive, durante la procedura EMDR, nonché ad associare infine una parola o frase positiva relativamente modesta, magari introdotta dal verbo “posso”, piuttosto che frasi imperative e doverizzazioni di difficile realizzazione.

Il lavoro con EMDR: il potenziamento di cinque risorse

Ho scelto cinque risorse (Tabella 1) che, in base all'esperienza maturata con gli utenti della clinica neuropsichiatrica, ho ritenuto utili ai fini della riabilitazione.

La tecnica utilizzata in gruppo per svolgere la procedura EMDR del protocollo di installazione delle risorse è quella dell' “abbraccio della farfalla” già utilizzata per i gruppi svolti in situazioni di emergenza collettiva con EMDR: la stimolazione bilaterale dei movimenti oculari, che permette il dialogo tra i due emisferi cerebrali, è sostituita dunque dall'incrociare le braccia e, poggiando le mani sulle stesse (la mano destra sulla spalla sinistra e viceversa), alzarle dando dei piccoli colpi alternati.

Tabella 1. Le cinque risorse potenziate con EMDR

Risorsa	Obiettivo
La calma	La capacità di percepire la calma: “io posso riuscire a calmarmi”/“posso avere più controllo di me stesso”/“posso vivere qualche emozione positiva”
L'autostima	La capacità di riconoscere le proprie qualità e di stimarsi: “Io valgo”/“io sono capace di ...”/“io ho delle qualità positive”
Le relazioni	La capacità di ricavare soddisfazione dalle relazioni: “io non sono solo”/“io posso essere amato e apprezzato da qualcuno”/“io posso essere accettato”

La padronanza **La capacità di superare esperienze avverse:** "io posso farcela"/ "io sono capace di superare difficoltà"/ "di prendere l'iniziativa e raggiungere obiettivi"

L'aiuto **La capacità di chiedere aiuto e la consapevolezza dell'utilità del ricovero in corso:** "io posso fare esperienze utili di cura"/ "io sono capace di curarmi e chiedere aiuto"/"io posso stare meglio"

La procedura di installazione della risorsa avviene in modo standard, con la conduzione e le istruzioni del conduttore e non è interrotta da interventi particolari. L'unica variazione alla procedura che ho ritenuto di dover effettuare riguarda la limitazione della proiezione in uno scenario futuro specifico, preferendo fermarmi all'installazione di una frase utile autoriferita. Per la gravità della condizione degli utenti disposti in un assetto gruppale, l'applicazione della risorsa allo scenario futuro è risultata complessa e avrebbe prolungato il gruppo oltre la tolleranza di alcuni di loro. La necessità di aiutare ciascuno ad individuare uno scenario specifico e realistico di applicazione e, nel caso, condividerlo in gruppo, mi è parsa di particolare difficoltà. Non escludo affatto però che si possa completare il protocollo, magari selezionando meglio i partecipanti. Per ora ho pensato di limitarmi ad aiutarli a trovare la risorsa target e rinforzarla con le stimolazioni bilaterali della procedura EMDR, utilizzando la dinamicità del gruppo, nella seconda parte dell'incontro, per socializzare l'esperienza e svolgere elaborazioni collettive relative alla gestione della crisi. Il disegno delle associazioni tra i set di SBL avviene su un foglio diviso in quattro quadranti che permette di visualizzare il proprio lavoro per poterlo valutare con accuratezza oltre che per riconoscerlo e fissarlo meglio.

Verificato che ogni partecipante abbia disegnato e valutato efficace il ricordo di un'esperienza passata connessa alla risorsa target, con le relative sensazioni fisiche ed emozioni, ad esempio riguardo il proprio luogo calmo (più semplice da installare per alcuni rispetto al tipico luogo sicuro), dopo alcune SBL con la procedura EMDR dell'abbraccio della farfalla, i partecipanti disegnano da soli cosa hanno notato. A seguire, guidati dal conduttore, ripetono individualmente altre brevi SBL e disegnano l'associazione successiva. Alla fine invito ogni utente a trovare una parola da associare - come da protocollo standard per l'installazione della risorsa - oppure, se possibile, una frase autoriferita ispirata dal lavoro svolto: "con questa risorsa, cosa avreste bisogno di dirvi, in questo momento, per affrontare questa fase difficile della vostra vita?". Scritta la frase nell'ultimo quadrante del proprio foglio, svolgono ancora alcune SBL per rinforzarla. Solitamente la frase di ciascun partecipante possiede adesso un potente fattore emozionante: ciascun paziente sa bene cosa deve dirsi, cosa ha bisogno di sentirsi dire, a volte meglio del terapeuta. Ho vissuto molto stupore e molte emozioni in questo punto del gruppo e questo mi ha confortato sulla necessità di credere e valorizzare le risorse che ogni persona possiede, anche nelle fasi più travagliate e complesse della propria esistenza. Ho ascoltato parole commosse e visto finalmente persone sbloccare emozioni importanti quando sono riuscite a parlare a se stesse. Invito ogni persona a svolgere questo passaggio con gentilezza verso di sé e senza eccessive pretese, anche soltanto pochi secondi di questa operazione sono preziosissimi. So bene che si tratta di un passaggio delicatissimo e a volte difficilissimo per chi non è mai riuscito a *vedersi*, perché mai stato *visto*, e a parlarsi, specie con atteggiamento di cura. Ma posso dire di essere rimasto sorpreso dalla capacità della maggior parte delle persone di riuscire a farlo. Solitamente dopo questa fase dell'attività i partecipanti si ritrovano piacevolmente emozionati, come rivitalizzati dalla sensazione di aver riscoperto qualcosa di utile dentro di sé. Adesso sono pronti per usarlo in gruppo.

Il lavoro con il gruppo: appropriarsi insieme del percorso di cura

Prima e dopo la procedura di installazione della risorsa (valutata dal questionario) utilizzo l'efficacia del gruppo rispettivamente per preparare il clima di lavoro e lo sviluppo di una cornice di sicurezza, poi per potenziare e valorizzare l'elaborazione svolta con EMDR costruendo un'esperienza di partecipazione collettiva focalizzata sulla risorsa esplorata.

Nella seconda parte dell'incontro, pertanto, l'utilizzo delle dinamiche gruppali sono risultate molto utili. Chiedo ai membri, seduti in cerchio, di condividere il lavoro svolto con EMDR, se vogliono mostrare i loro disegni e spiegare le associazioni sviluppate, fino al significato della frase finale. Chiedo ai partecipanti di commentare il lavoro ascoltato. E' qui che si sviluppano i fattori terapeutici dell'intervento gruppeale con cui gli utenti utilizzano le proprie risorse, ora potenziate e rese più consapevoli dopo l'EMDR. Le immagini di ciascuno, cariche di emozioni e di profondità, sono amplificate dalla condivisione e incontrano l'ascolto e il rispecchiamento degli altri, si attivano processi di identificazione, di sintonizzazione e di empatia (Lo Verso, 1999) che aggiungono valore al percorso di ognuno. Le energie sviluppate sono messe in rete e diventano patrimonio di tutti, come per contaminazione positiva. In alcuni casi ho chiesto ai partecipanti se sentivano che la propria frase potesse essere di aiuto anche ad altre persone nel gruppo, nel caso di provare a indicare a quale persona specificamente: sentirsi pensati e capiti da qualcuno è già un'importante leva terapeutica. In altri casi ho chiesto al gruppo se si sentiva di suggerire una frase a qualcuno che non era pienamente soddisfatto di quella elaborata. Il gruppo, come una carezza materna, un contenitore emotivo per sensibilità molto delicate, riesce quasi sempre ad essere un terapeuta eccellente e le emozioni espresse grazie all'EMDR ne sono un collante. Si attivano così utili associazioni sulle problematiche personali e su come affrontarle. In questa fase posso aggiungere qualche intervento psicoeducativo o rinforzare alcune considerazioni svolte dai membri del gruppo per potenziare l'efficacia e l'utilità della risorsa discussa ai fini della riabilitazione e del raggiungimento di obiettivi di maggiore benessere.

Marta, Graziella e tutti gli altri

Nell'incontro dedicato alla padronanza, Marta (i nomi sono di fantasia) ha lavorato sull'attivazione di questa risorsa per riuscire a diventare più autonoma. Marta è stata ricoverata dopo aver trascorso un lungo periodo chiusa in casa con la madre malata, accudita fino all'ingresso di questa in una struttura per anziani. E' la loro prima separazione, Marta si sente depressa e soffre di acuti episodi di ansia. A volte si procura dei tagli alle braccia per interrompere la sua sofferenza. Il legame con la mamma è una dipendenza patologica, è stato per tutta la sua vita una regressione ad una sicurezza perduta a 7 anni, quando lo zio ha abusato di lei. Così ha traumatizzato il suo percorso di crescita, definitivamente bloccato subito dopo la laurea, quando numerosi attacchi di panico hanno interrotto ogni tentativo di ingresso effettivo nell'età adulta. Un giorno, straziata dall'accudimento devoto della madre sofferente che iniziava a non riconoscerla più, sente arrivare di nuovo l'ansia acuta. Ma invece di pensare di ingoiare tutti i farmaci come ha già fatto, Marta fa una scelta per lei insolita: esce di casa e poi va al bar a prendersi un caffè. E' questa la scena da cui sceglie di partire per svolgere la procedura EMDR. Dopo alcune SBL sente una strana forza nelle mani, dopo altre SBL disegna il ricordo di un vestito a fiori che si mise tanti anni fa per una cena di compleanno con un uomo che non è mai pienamente diventato il suo compagno, infine si dice "posso provare a essere me stessa" che valuta molto positivamente dopo ulteriori SBL. Anche se le fa paura, sta pensando di accettare quella struttura residenziale offerta dal suo servizio di salute mentale perché lì potrà davvero tentare di crescere. Tutti approvano. Commenta infine che le ha fatto bene sentire che anche altre persone hanno passato momenti difficili come i suoi e che come lei stanno provando a superarli: la condivisione dell'universalità delle esperienze umane è un fattore trasformativo importante nella terapia di gruppo (Yalom, 1997). Graziella ringrazia Marta, si è riconosciuta nella sua storia, lei non dipende da una mamma, ma dall'alcool. Forse non pensa di avere un valore come persona: prova a dirselo per una volta "tu vali" commuovendosi e pensando a quando ha superato la solita vergogna ed ha parlato in gruppo del suo problema di dipendenza incontrando l'incoraggiamento di tutti. Ora pensa che inizierà finalmente un percorso al servizio di alcolologia. Spinti dalla forza del gruppo, altri utenti raccontano le esperienze di padronanza su cui hanno lavorato che, amplificate dall'ascolto collettivo, diventano ancora più coscienti. Nello stesso incontro, infine, i partecipanti socializzano alcune strategie per affrontare i periodi più acuti del loro malessere. Concludiamo ricordando che anche quando si è sofferenti si possiedono risorse per aiutare se stessi e gli altri, come esperito in gruppo

La valutazione del supporto dell'EMDR

In ogni incontro, attraverso un semplice questionario, ai partecipanti del gruppo è richiesto di valutare la variazione nella percezione della risorsa dopo aver svolto il lavoro EMDR. Specifico che il questionario non coincide con la valutazione VoC dell'installazione dell'esperienza positiva target, ma riguarda quanto il soggetto riesca a percepire, in quel momento, una variazione nella consapevolezza di risorse che pensava assenti o troppo deboli. Sempre su una scala da 1 a 7, dunque, prima di iniziare il lavoro con EMDR (T1) il soggetto indica quanto sente attualmente di possedere la risorsa oggetto dell'incontro di lavoro, ad esempio la capacità di stimare qualcosa di positivo di se stesso (autostima). Dopo il lavoro con EMDR sul ricordo di un'esperienza positiva connessa alla risorsa (T2), il soggetto rivaluta la percezione della risorsa, sulla stessa scala. La Tabella 2 riporta gli esiti della rilevazione. Le prime due colonne della tabella indicano il numero di soggetti che al tempo T1 e al tempo T2 hanno la percezione di possedere la risorsa solo in modo debole o molto debole (valori da 1 a 4) e il numero di soggetti che hanno la percezione in quel momento di poter esperire la risorsa in modo solido o molto solido (valori da 5 a 7). La terza colonna della tabella indica il valore medio in merito alla percezione rilevato al tempo T1 e al tempo T2. Come si può notare dalla tabella, emerge un consistente rafforzamento al tempo T2 rispetto al tempo T1 della percezione di ciascuna delle risorse considerate. Per ciascuna risorsa infatti si verifica al tempo T2 un sensibile incremento del numero di soggetti che percepisce di poter riuscire a possedere la risorsa in modo solido o molto solido e uno speculare decremento del numero di soggetti che sente di possedere la risorsa solo in modo debole o molto debole, con un evidente aumento del valore medio.

Ad esempio per quanto riguarda la percezione della capacità di calmarsi, il numero di coloro che hanno dato una valutazione da 1 a 4 è sceso da 54 unità al tempo T1 a 15 unità al tempo T2, mentre il numero di coloro che hanno dato una valutazione da 5 a 7 è salito da 17 unità al tempo T1 a 56 unità al tempo T2, con una differenza pari a 39 unità su un totale di 71 soggetti che hanno partecipato al gruppo centrato su quella risorsa. La media delle valutazioni è a sua volta passata da un valore di 3,58 al tempo T1 ad uno di 5,61 al tempo T2, con un incremento di 2,03 punti. Cambiamenti positivi di analoga portata si osservano in rapporto alle altre quattro risorse. Tutte le differenze sono statisticamente significative (test chi quadro: $p < 0,01$)

Tabella 2.
Gli esiti della
rilevazione

		N. soggetti con valori da 1 a 4	N. soggetti con valori da 5 a 7	Valore medio attribuito alla percezione della risorsa
Calma (71 soggetti)	T1	54	17	3,58
	T2	15	56	5,61
	Differenza T2-T1	-39	+39	+2,03
Relazioni (64 soggetti)	T1	40	24	3,97
	T2	7	57	6,03
	Differenza T2-T1	-33	+33	+2,06
Autostima (64 soggetti)	T1	40	24	3,56
	T2	16	48	5,52
	Differenza T2-T1	-24	+24	+1,95
Padronanza (65 soggetti)	T1	43	22	3,83
	T2	7	58	5,88
	Differenza T2-T1	-36	+36	+2,05
Aiuto (41 soggetti)	T1	24	17	4,02
	T2	6	35	5,61
	Differenza T2-T1	-18	+18	+1,59

Conclusioni

Coniugando l’approccio EMDR con quello gruppooanalitico, ho verificato l’efficacia del primo nel risvegliare e consolidare risorse individuali che molti utenti non pensano di possedere e che diventano così disponibili per un lavoro di gruppo sulla motivazione al trattamento e sulla gestione della crisi, come per altri lavori terapeutici che possano esercitarle, rafforzarle e impegnarle ai fini della riabilitazione. La consapevolezza delle proprie risorse è infatti un aspetto importante della partecipazione attiva al proprio percorso di cura. In questo modo un ricovero non è mai solo una pausa, ma diventa una crescita, e la crisi può essere l’innesco di un processo, piccolo o grande, di cambiamento.

In più di 20 anni di lavoro come psicologo e gruppooanalista, posso dire che questo gruppo è uno dei più efficaci ed emozionanti che io abbia condotto.

Bibliografia

- Balbo M., *EMDR e gruppi motivazionali per la perdita di peso*, in Maslovaric G. (a cura di), *EMDR di gruppo. Insieme per il BenEssere*, ApertaMente Web, 2020, Roma
- Fernandez I., Maslovaric G., Galvagni M.V., *Traumi psicologici, ferite dell’anima. Il contributo della terapia EMDR*, Liguori Editore, Napoli, 2011
- Fredrickson, B. L., Tugade, M. M., Waugh, C. E., & Larkin, G. R., *What good are positive emotions in crisis? A prospective study of resilience and emotions following the terrorist attacks on the United States on September 11th, 2001*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 2003
- Gasseau M., Michelini S., *Psicoterapia di gruppo nel servizio psichiatrico di diagnosi e cura*, Franco Angeli, 2003, Milano
- Isen A. M., *The influence of positive and negative affect on cognitive organization: Some implications for development*. In N. L. Stein, B. Leventhal, & T. Trabasso (Eds.), *Psychological and biological approaches to emotion*, Lawrence Erlbaum Associates, 1990
- Lo Verso G., *Fattori terapeutico-trasformativi nei gruppi clinici: un possibile inquadramento*, in *Attualità in Psicologia*, 17, 1999
- Maslovaric G., *EMDR di gruppo: la storia dell’abbraccio della farfalla*, in Maslovaric G. (a cura di) *EMDR di gruppo. Insieme verso il BenEssere*, ApertaMente Web, 2020, Roma
- Mosquera D., Gonzalez A., *EMDR e disturbo borderline di personalità*, Giunti, 2016, Milano
- Yalom I. (1997), *Teoria e pratica della psicoterapia di gruppo*, Bollati Boringhieri, 2005, Torino

La prospettiva EMDR sui Disturbi Specifici dell'Apprendimento: aspetti neurobiologici, emotivi e contesto ambientale

Maria Zaccagnino
Supervisore EMDR - Milano

I Disturbi Specifici dell'Apprendimento (DSA) fanno parte dei disturbi del neurosviluppo, un gruppo di patologie neurologiche e psichiatriche lifetime con esordio tipico nel periodo dello sviluppo.

L'eziologia dei DSA include vari fattori, biologici, genetici, epigenetici e ambientali, che influenzano le capacità del soggetto di elaborare informazioni verbali e non verbali provenienti dal contesto in modo efficiente (1).

I DSA comprendono:

- Dislessia, specifico disturbo nell'automatizzazione (velocità) e nella correttezza della lettura;
- Disortografia, specifico disturbo nella correttezza della scrittura, processo di trascrizione tra fonologia e rappresentazione grafemica della parola;
- Disgrafia, specifica difficoltà nella realizzazione manuale dei grafemi;
- Discalculia, specifica debolezza nella strutturazione cognitiva delle componenti di cognizione numerica (subitizing, meccanismi di quantificazione, comparazione, seriazione, strategie di calcolo mentale) o debolezza specifica nelle procedure esecutive (lettura, scrittura e messa in colonna dei numeri) e nel calcolo.

Il DSA rappresenta una neurodivergenza, un funzionamento cerebrale atipico non patologico con fenotipi cognitivi e neuronali differenti dalla maggior parte della popolazione (2; 3).

Caratteristiche fondamentali dei DSA riguardano il criterio di discrepanza e di specificità: il disturbo riguarda il dominio specifico di apprendimento interessato in assenza di ritardi dello sviluppo generali. I DSA, infatti, non sono meglio giustificato da ritardo dello sviluppo generale, deficit intellettivo, sensoriale, motorio o neurologico e non sono attribuibili a condizioni di svantaggio socio-economico, linguistico e culturale, istruzione inadeguata e significative problematiche psicosociali (1).

Il DSA comporta prestazioni al di sotto di quanto atteso e per età e scolarità e viene solitamente diagnosticato nei primi anni di scolarizzazione. In casi più lievi il disturbo può essere diagnosticato in adolescenza o età adulta, quando le richieste ambientali superano le capacità del soggetto di far fronte alle difficoltà. Il rendimento scolastico/accademico/lavorativo può essere, quindi, carente o adeguato, ma raggiunto con elevato sforzo e impegno.

I DSA possono presentarsi in comorbidità con altri disturbi del neurosviluppo o della sfera psichica, come disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD), disturbi della condotta, disturbo oppositivo provocatorio, disturbi d'ansia e depressione (4; 5).

È ormai noto che soggetti con DSA presentano quadri neuropsicologici ed emotivi tipici.

Relativamente agli aspetti neuropsicologici a dislessia e discalculia possono essere associate difficoltà attentivo-esecutive, di memoria di lavoro uditiva, elaborazione fonologica, ridotte abilità spaziali e velocità di elaborazione delle informazioni. Le difficoltà di bambini con diagnosi in comorbidità sarebbero maggiori rispetto ai bambini con singola diagnosi (6; 7; 8).

Per quanto concerne la sfera emotiva, i processi di apprendimento sono strettamente connessi alle emozioni: quando il soggetto apprende, colloca nella memoria le informazioni semantiche associate all'emozione con cui è stata elaborata. Se, quindi, il soggetto ha appreso una certa informazione in un contesto di paura, ansia o senso di colpa, ciò andrà ad influire sulla sua capacità di ricordare e rievocare le informazioni memorizzate, facendogli rivivere le stesse emozioni e consolidando così tale circuito disfunzionale. Si parla in questo caso di "cortocircuito emozionale", che blocca e ostacola l'apprendimento (9).

Insuccessi scolastici ripetuti e richieste scolastiche sempre più complesse possono portare i ragazzi con DSA a sperimentare un senso di frustrazione e inadeguatezza continua, fattori che favoriscono la formazione della cosiddetta "impotenza appresa" (10). Soggetti con DSA tenderebbero ad assumere un atteggiamento rinunciatario, che favorirebbe l'attribuzione esterna dei successi e interna degli insuccessi e alimenterebbe l'immagine di sé negativa (11).

In base alla gravità del disturbo, alle risorse personali e ambientali, i DSA sono frequentemente associati a problematiche emotive e socio-relazionali, come difficoltà a controllare e gestire i vissuti emotivi, problematiche comportamentali e di capacità di posticipare la gratificazione (11; 12; 13; 14).

Nelle diverse fasi di sviluppo soggetti con DSA possono presentare ridotti livelli di autostima e autoefficacia, possono sperimentare vissuti di vergogna, senso di vulnerabilità e di inadeguatezza fino a sintomi di ansia e depressione legati alle difficoltà di apprendimento e sociali (2; 11; 15; 16).

Anche l'età della diagnosi svolge un ruolo significativo. In età adulta la diagnosi si inserirà in una narrazione già caratterizzata di significati personali e sfumature emotive, sviluppatasi anche a seguito delle esperienze scolastiche e relazionali con i pari, i docenti e la famiglia e dai successi o insuccessi prestazionali. Queste dinamiche, quindi, contribuiranno alla costruzione del senso di sé e del mondo che ogni individuo forma durante la sua esperienza di sé con gli altri (17).

DINAMICHE RELAZIONALI, FAMILIARI E ASPETTI TRAUMATICI

Le esperienze educative e relazionali influenzano la percezione e la costruzione del concetto di sé in divenire. Le esperienze negative che i soggetti con DSA possono vivere a scuola includono forme di violenza e reazioni di rabbia da parte di insegnanti e genitori, trattamento discriminatorio, supporto inadeguato, abbandono, umiliazione, esclusione e bullismo da parte dei pari, vissuto di essere sbagliati (18; 19). Questi soggetti potrebbero, quindi, sviluppare un'immagine di sé disfunzionale che dal contesto scolastico si estende ai vari ambiti di vita del bambino (20; 21).

È stato dimostrato che soggetti con dislessia possono sviluppare un Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), semplice, se ci riferiamo a un singolo evento traumatico, e complesso, in relazione all'esposizione continua e prolungata a eventi traumatici (19; 22; 23; 24).

Le persone con DSA possono sperimentare sintomi da PTSD, come evitamento di ciò che potrebbe condurre a senso di fallimento e vergogna (e.g. evitare di pensare al problema per affrontarlo in maniera funzionale), pensieri angoscianti e intrusivi legati alle esperienze negative (e.g. preoccupazioni circa la carriera lavorativa, anche quando già occupati), percezione di minaccia presente (19; 25; 26).

Il DSA potrebbe essere considerato traumatico anche per i genitori di soggetti con DSA (27). Genitori di figli con dislessia presentano maggiori livelli di ansia rispetto ai genitori di figli senza DSA (28). In particolare, le madri mostrano alti livelli di stress, ansia e depressione per le problematiche emotive del figlio, per le difficoltà nell'ottenere i supporti e le difficoltà nella comunicazione con i docenti, che spesso sono descritti come "non cooperativi" (29; 30; 31; 32). I genitori possono percepire di avere un "figlio difficile" e lo stress cronico e continuo può portare ad uno stile genitoriale disfunzionale, ad un attaccamento insicuro (32; 33; 34). Al contrario, supporto familiare e interazioni positive nel contesto familiare, scolastico e sociale svolgono un ruolo protettivo per l'autostima e il benessere del soggetto (15; 35; 36).

Un altro fattore da considerare è la familiarità del disturbo. Il rischio di sviluppare un DSA, infatti, è significativamente più alto nei parenti di primo grado di individui con queste difficoltà di apprendimento rispetto a parenti di primo grado di individui senza queste difficoltà (1). Non è raro che nella pratica clinica nel corso del colloquio di assessment emerge che un genitore si riconosca nelle difficoltà del figlio senza possedere, tuttavia, una diagnosi. La mancata diagnosi potrebbe esacerbare le difficoltà emotive, minando il concetto di sé in assenza di una spiegazione delle proprie difficoltà di apprendimento. I vissuti e l'atteggiamento del genitore connessi al contesto di apprendimento si intrecciano con lo sviluppo del figlio e i ricordi traumatici irrisolti potrebbero affiorare alla mente del genitore mentre è intento a rispondere alle richieste di cura e accudimento del figlio (37). Se non

adeguatamente elaborati, questi ricordi traumatici irrisolti potrebbero condurre ad una trasmissione transgenerazionale del trauma.

A fronte dei dati emersi appare necessario sviluppare piani di intervento adeguati che comprendano i diversi ambiti di vita del bambino e le figure genitoriale e educative.

PRESA IN CARICO DEL BISOGNO E APPROCCIO EMDR

Un primo passo per la tutela dello studente con DSA è stato fatto dall'emanazione delle legge 170 del 2010, che nell'articolo 2 presenta tra gli obiettivi alcuni punti cardine: favorire il successo scolastico e garantire una formazione adeguata e promuovere lo sviluppo delle potenzialità; ridurre i disagi relazionali ed emozionali; incrementare la comunicazione e la collaborazione tra famiglia, scuola e servizi sanitari durante il percorso di istruzione e di formazione; assicurare eguali opportunità di sviluppo delle capacità in ambito sociale e professionale. Dalla legge 170/2010 si evince, inoltre, la necessità di costruire un piano di lavoro condiviso con le diverse figure, coinvolte anch'esse nella presa in carico dello studente DSA. La legge 170/2010, infatti, stabilisce anche la necessità di formazione per i docenti (art. 4) e misure per la famiglia (art. 6), come orari di lavoro flessibile per consentire al genitore di assistere il figlio con DSA nelle attività scolastiche (38).

A seguito di un'accurata valutazione neuropsicologica e psicologica eseguita in équipe multidisciplinare, che mette in luce punti di debolezza e risorse dello studente e colga le dinamiche familiari e relazionali, è necessario formulare un piano di cura personalizzato. Il piano di lavoro deve prevedere la presa in carico dello studente e della famiglia e, se necessario, coinvolgere i docenti. Pertanto, in base al profilo funzionale dello studente, alle dinamiche familiari e relazionali in cui lo studente è inserito, l'intervento dovrebbe integrare i vari aspetti cognitivo, emotivo, psicologico e potrebbe essere rivolto alle seguenti aree: potenziamento delle abilità strumentali o delle abilità carenti, potenziamento del metodo di studio, formazione e sensibilizzazione di docenti e familiari, supporto alla genitorialità, intervento psicoeducativo, intervento psicoterapeutico sulle problematiche emotive e comportamentali legate al DSA rivolto al minore e ai genitori.

A fronte dei dati emersi in letteratura circa l'impatto psicologico del DSA e dei fattori stressanti anche di natura traumatica a cui il soggetto e la sua famiglia sono esposti, l'EMDR rappresenta l'approccio terapeutico di elezione nella cura di bambini e adolescenti con questo disturbo. Parlando lo stesso linguaggio del trauma, l'EMDR permette di accedere alle memorie traumatiche in modo diretto, poiché lavora allo stesso livello neurofisiologico in cui i ricordi di questi eventi sono rimasti bloccati (39). E' ampiamente dimostrato che l'EMDR è un metodo efficace per trattare le problematiche legate al PTSD in bambini e adolescenti, oltre che negli adulti, e consente di ottenere risultati in tempi ridotti, impedendo quindi che gli effetti negativi del trauma si protraggano in età adulta (40; 41).

L'intervento psicoterapeutico con EMDR rivolto a bambini con DSA e alle loro famiglie sarà articolato in due parti distinte dedicate al genitore e al bambino. Affinché si possa agire in modo efficace sul malessere manifestato dal bambino potrebbe essere utile che il bambino e i genitori (o almeno un genitore) affrontino il percorso di cura contemporaneamente; in questo modo sarà possibile creare le condizioni ottimali per una presa in carico mirata, puntuale efficace ed in modo integrato.

Nel lavoro con il genitore è opportuno indagare la storia del genitore, con particolare attenzione alla storia di attaccamento e scolastica, valutare i vissuti del genitore rispetto al disturbo del figlio, le dinamiche relazionali genitore-bambino nei momenti in cui si manifestano le difficoltà, i fattori di rischio e mantenimento. Prima di lavorare sull'installazione delle risorse e sulla desensibilizzazione, appare fondamentale porre attenzione anche alle risorse del bambino e fornire un intervento psicoeducativo sul DSA, sulle implicazioni psicologiche e sugli aspetti traumatici.

Analogamente, il lavoro con il bambino sarà focalizzato anch'esso sulla raccolta della storia di attaccamento e alla comprensione, attraverso domande specifiche, delle difficoltà riguardanti l'area scolastica e dell'apprendimento. Una particolare attenzione, soprattutto per quanto riguarda il lavoro con i bambini, sarà riservata all'identificazione e lavoro con le risorse, che dovrà poi usare per gestire le difficoltà relative al DSA. Un ruolo importante è svolto dal lavoro con le parti: con i bambini più

grandi è utile il concetto di “squadra” o di “aiutanti”, che potrà impersonificare e usare nei momenti diversi di difficoltà scolastiche; con i bambini più piccoli, invece, è utile usare storie con personaggi animali. E ormai noto tra i clinici che l’approccio EMDR è applicabile anche ai Disturbi Specifici dell’Apprendimento, lavorando sugli aspetti traumatici legati al contesto di apprendimento del genitore e del bambino. Si favorisce, quindi, la comprensione del significato, anche relazionale, di alcuni sintomi/comportamenti, la relazione genitore-bambino e lo sviluppo delle risorse di ciascuno. Negli ultimi tempi sta crescendo l’interesse scientifico circa l’applicazione dell’EMDR nel contesto scolastico e si stanno sviluppando progetti di ricerca al fine di dimostrare come un approccio integrato che si occupi anche delle fragilità legate agli aspetti traumatici possa aiutare il bambino con DSA e la sua famiglia.

BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association. DSM 5. American Psychiatric Association. 2013 May 27;70.
2. Sorscher, N. (2022). Psychotherapy with Patients with Neurocognitive Impairments. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 21(1), 72-89.
3. Goldberg, H. (2023). Unraveling Neurodiversity: Insights from Neuroscientific Perspectives. *Encyclopedia*, 3(3), 972-980.
4. Visser, L., Kalmar, J., Linkersdörfer, J., Görden, R., Rothe, J., Hasselhorn, M., & Schulte-Körne, G. (2020). Comorbidities between specific learning disorders and psychopathology in elementary school children in Germany. *Frontiers in psychiatry*, 11, 292.
5. Darweesh, A. M., Elserogy, Y. M., Khalifa, H., Gabra, R. H., & El-Ghafour, M. A. (2020). Psychiatric comorbidity among children and adolescents with dyslexia. *Middle East current psychiatry*, 27, 1-9.
6. Lonergan, A., Doyle, C., Cassidy, C., MacSweeney Mahon, S., Roche, R. A., Boran, L., & Bramham, J. (2019). A meta-analysis of executive functioning in dyslexia with consideration of the impact of comorbid ADHD. *Journal of Cognitive Psychology*, 31(7), 725-749.
7. Peters, L., de Beeck, H. O., & De Smedt, B. (2020). Cognitive correlates of dyslexia, dyscalculia and comorbid dyslexia/dyscalculia: Effects of numerical magnitude processing and phonological processing. *Research in Developmental Disabilities*, 107, 103806.
8. Agostini, F., Zoccolotti, P., & Casagrande, M. (2022). Domain-general cognitive skills in children with mathematical difficulties and dyscalculia: A systematic review of the literature. *Brain Sciences*, 12(2), 239.
9. Lucangeli, D. (2019). Cinque lezioni leggere sull'emozione di apprendere. Edizioni Centro Studi Erickson.
10. Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness; On depression, development, University, University Park. and death*. San Francisco: Freeman.
11. Ventriglia, L., Storace, F., & Capuano, A. (2017). *DSA e strumenti compensativi: una guida critica*. Carocci Faber.
12. Kistner, J. A., & Torgesen, J. K. (1987). Motivational and cognitive aspects of learning disabilities. In *Advances in clinical child psychology* (pp. 289-333). Boston, MA: Springer US.
13. Fletcher, J. M., Lyon, G. R., Fuchs, L. S., & Barnes, M. A. (2018). *Learning disabilities: From identification to intervention*. Guilford Publications.
14. Clara Bombonato, Maria Chiara Di Lieto, Paola Cristofani, Silvia Spoglianti, Annamaria Chilosì, Chiara Pecini, *Funzionamento esecutivo dei ragazzi con Disturbo Specifico di Apprendimento secondo la percezione dei genitori. Indagine con il questionario BRIEF-2*, in "Psicologia clinica dello sviluppo, Rivista quadrimestrale" 2/2020, pp. 285-301, doi: 10.1449/97004.
15. Brunswick, N., & Bargary, S. (2022). Self-concept, creativity and developmental dyslexia in university students: Effects of age of assessment. *Dyslexia*, 28(3), 293-308.
16. Stringer S.J., Morton R.C., Bonikowski M.H. (1999), "Learning disabled students: using process writing to build autonomy and self-esteem", in *Journal of Instructional Psychology*, vol. 26 (3), pp. 196-200.
17. Guidano, V. (1992). *Il sé nel suo divenire. Verso una terapia cognitiva post-razionalista*. Bollati Boringhieri.
18. Skinner, T. (2011). Dyslexia, mothering and work: Intersecting identities, reframing, 'drowning' and resistance. *Disability and Society*, 26 (2), 125–137. doi:10.1080/09687599.2011.543859
19. Alexander-Passe, N. (2015). Investigating post-traumatic stress disorder (PTSD) triggered by the experience of dyslexia in mainstream school education. *Journal of Psychology & Psychotherapy*, 5(6), 1-10.
20. Lawrence, D. (1996). *Enhancing Self-Esteem in the Classroom* (2nd ed.). London, England: PCP Ltd.
21. Marsh, H. W., & Craven, R. G. (2006). Reciprocal effects of self-concept and performance from a multidimensional perspective: Beyond seductive pleasure and unidimensional perspectives. *Perspectives on psychological science*, 1(2), 133-163.
22. Scott R (2004) *Dyslexia and Counselling*. London, Whurr.

23. Alexander-Passe N (2010) *Dyslexia and Depression: The Hidden Sorrow*. Nova Science, New York.
24. Alexander-Passe N (2009) *Dyslexia, Gender and Depression: Research Studies*. In: *Women and Depression*. Hernandez P and Alonso S (Eds.), Nova Science, New York.
25. McNulty MA (2003) *Dyslexia and the Life Course*. *Journal of Learning Difficulties* 36: 363-381.
26. Grossman, E. S., Hoffman, Y. S., & Shrira, A. (2022). Learning based PTSD symptoms in persons with specific learning disabilities. *Scientific Reports*, 12(1), 12872.
27. Elliott, J. & Nicolson, R., with Davis, A. (2016). *Dyslexia: Developing the debate*. London: Bloomsbury.
28. Snowling, M.J. & Melby-Lervag, M. (2016). Oral language deficits in familial dyslexia: A meta-analysis and review. *Psychological Bulletin*, 142 (5), 498–545.
29. Karande, S., Kumbhare, N., Kulkarni, M. & Shah, N. (2009). Anxiety levels in mothers of children with specific learning disability. *Journal of Postgraduate Medicine*, 55 (3), 165–170. doi:10.4103/0022-3859.57388
30. Snowling, M.J., Muter, V. & Carroll, J. (2007). Children at family risk of dyslexia: A follow-up in early adolescence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 48 (6), 609–618. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01725.x
31. Earey, A. (2013). Parental experiences of support for pupils with dyslexia: Ignoring the effect on parents. *Support for Learning*, 28 (1), 35–40. doi:10.1111/1467-9604.12013.
32. Delany, K. (2017). The experience of parenting a child with dyslexia: An Australian perspective. *Journal of Student Engagement: Education Matters*, 7(1), 97-123.
33. Bonifacci, P., Montuschi, M., Lami, L. & Snowling, M.J. (2014). Parents of children with dyslexia: Cognitive, emotional and behavioural profile. *Dyslexia*, 20 (2), 175–190. doi:10.1002/dys.1469
34. Karande, S. & Kuril, S. (2011). Impact of parenting practices on parent–child relationships in children with specific learning disability. *Journal of Postgraduate Medicine*, 57 (1), 20–30.
35. Wilmot, A., Pizzey, H., Leitao, S., Hasking, P., & Boyes, M. (2023). Growing up with dyslexia: Child and parent perspectives on school struggles, self-esteem, and mental health. *Dyslexia*, 29(1), 40-54.
36. Giovagnoli, S., Mandolesi, L., Magri, S., Gualtieri, L., Fabbri, D., Tossani, E., & Benassi, M. (2020). Internalizing symptoms in developmental dyslexia: A comparison between primary and secondary school. *Frontiers in psychology*, 11, 461.
37. Zaccagnino, M., & Cussino, M. (2013). EMDR and parenting: A clinical case. *Journal of EMDR Practice and Research*, 7 (3), 154-166.
38. Legge 8 ottobre 2010, n. 170 Nuove norme in materia di disturbi specifici di apprendimento in ambito scolastico. (10G0192) *Gazzetta Ufficiale* N. 244 del 18 Ottobre 2010.
39. Zaccagnino, M., Callerame, C., & Fernandez, I. (2022). *Terapia EMDR. Attaccamento, concettualizzazione del caso e lavoro con le parti del Sé*. Erickson editore.
40. Teke, E., & Avşaroğlu, S. (2022). Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy for children and adolescents with post-traumatic stress disorder. *Journal of School and Educational Psychology*, 2(1), 1-12.
41. Karadag, M., Gokcen, C., & Sarp, A. S. (2020). EMDR therapy in children and adolescents who have post-traumatic stress disorder: A six-week follow-up study. *International journal of psychiatry in clinical practice*, 24(1), 77-82

EMDR Italia

Andamento canali social gennaio 2023 - dicembre 2023

Risultati strabilianti!

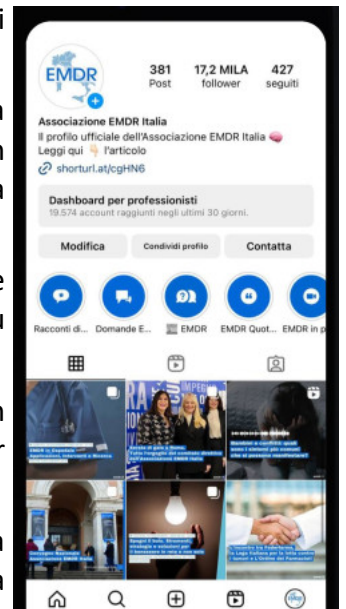
Il documento mostra l'andamento e le performance dei profili social dell'Associazione EMDR Italia nel corso degli ultimi 12 mesi.

I risultati ottenuti sono veramente buoni: mostrano una crescita organica costante nel tempo, data da un numero di follower Instagram sempre in aumento, e da altre metriche che segnano un sempre più alto interesse da parte degli utenti online a interagire con i contenuti proposti.

Impression (numero totale di volte in cui i contenuti sono stati visti) e Copertura (numero di persone raggiunte) sono ottimi, mostrando come su due persone che guardano i nostri contenuti, uno interagisce con gli stessi.

Importante è considerare che questa crescita è finora stata fatta tutta in modo organico, ovvero senza investire delle piccole somme di budget per spingere maggiormente i contenuti.

A partire dall'estate 2023 abbiamo preso in gestione anche la pagina Facebook, pertanto nel documento vengono riportati anche i dati relativi a questo canale.



Qualche numero | Profilo Instagram

1.495.988 Impression

Il n. totale di volte in cui i contenuti sono stati visualizzati

209.790 Copertura

Il n. totale di persone in target raggiunte

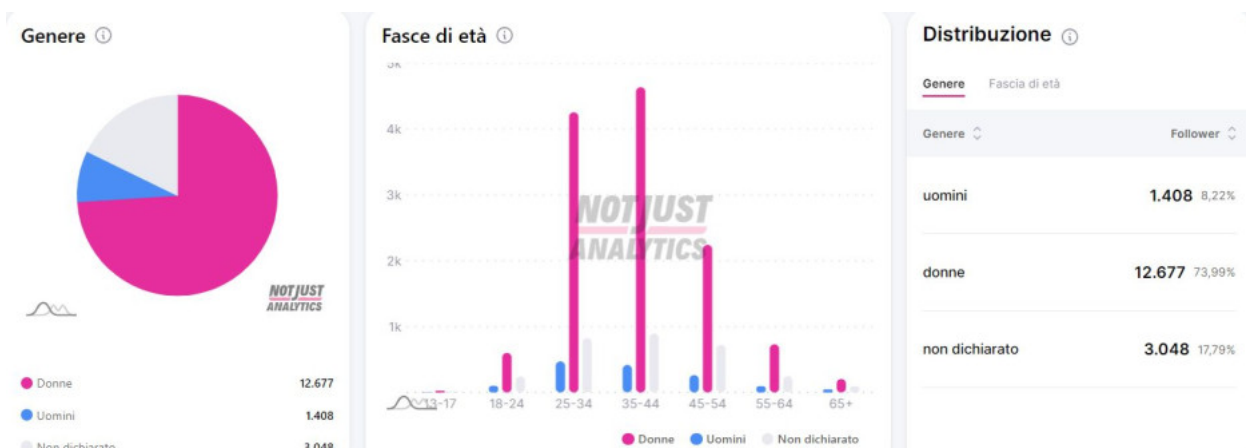
23.345 Visite al profilo

Il n. totale di volte in cui gli utenti hanno visitato il profilo Instagram

17.287 Follower

Il n. totale di follower, aggiornato alla fine del mese di dicembre

17.287 Follower totali sul profilo



Da dove ci seguono?

Geolocalizzazione dei follower



Distribuzione

Nazione	Regione	Città
Italia		
Spagna		
Iran		
Svizzera		
Argentina		

Nazione	Follower
Italia	16.216 93,80%
Spagna	128 0,74%
Iran	88 0,51%
Svizzera	73 0,42%
Argentina	56 0,32%

Il 93% dei nostri follower proviene dall'Italia.

Seguono altre piccole realtà europee e non, con percentuali però molto basse.

Qualche numero | Pagina Facebook

272.305 Copertura

Il n. totale di persone in target raggiunte

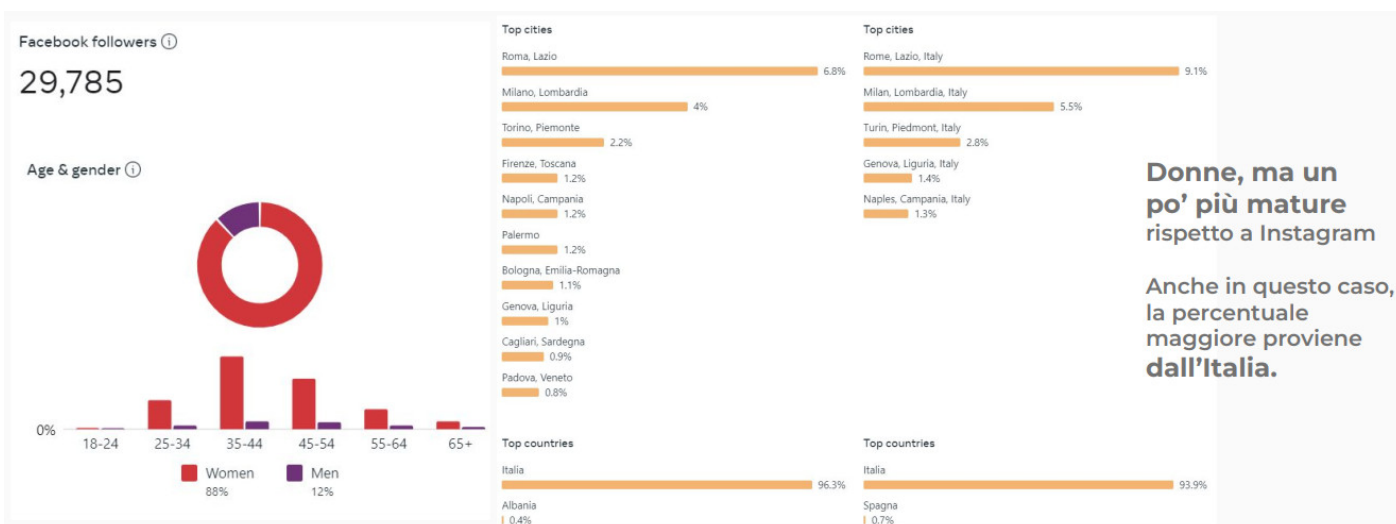
24.025 Mi Piace sulla Pagina

Il n. totale di persone che hanno messo Mi Piace alla pagina Facebook

29.785 Follower

Il n. totale di follower sulla pagina Facebook, aggiornato alla fine del mese di dicembre

Chi ci segue? Da dove?



Intervento Emdr con la coppia genitoriale

Adele Commisso

Supervisore EMDR – Milano

Premessa

La nascita di un bambino desiderato, è sempre vissuta come un evento gioioso. Ma l'esperienza della gravidanza è sempre soggettiva e accompagnata da timori oltre che dalla speranza di un liete fine.

Se un bambino è pensato e rappresenta un progetto di coppia condiviso, nasce nella sicurezza che lo predispone a un buono sviluppo e attaccamento sicuro.

Ma l'amore e il pensiero positivo di accogliere una vita, all'interno di un grembo, di una buona relazione e di una casa, in aggiunta all'impegno di entrambi i genitori a farla sviluppare, a volte non è sufficiente perché tutto vada bene.

Il caso clinico che presento riguarda una giovane coppia, che si è trovata ad affrontare alla nascita del primo figlio e in seguito a delle complicanze alla nascita, la terapia intensiva per il nascituro.

La richiesta d'aiuto arriva dopo due anni, per un malessere non tanto invalidante nel quotidiano, quanto in alcune circostanze precise. Chi chiama è la madre, che chiamerò Anna, e chiede esplicitamente un trattamento con EMDR perché ne ha sentito parlare. Si chiede se è possibile che ciò che hanno vissuto in passato condizioni ancora il loro presente. Riferisce di essere facilmente irritabile con la figlia nel momento del pranzo, o quando sente rumori come quello di un aspirapolvere che le ricorda il monitor della terapia intensiva. Anche certe immagini alla televisione di bambini sofferenti in ospedali sono per il padre disturbanti, perché immediatamente ritorna indietro nel tempo.

Anna vorrebbe con il marito un secondo figlio, ma visto la prima esperienza ha qualche timore.

Primo incontro: la richiesta di aiuto.

Anna accetta un primo incontro di consultazione insieme al marito che chiamerò Paolo.

Ciò che li porta da me, dicono insieme è nostra figlia! E Anna specifica: l'ansia intorno alla terapia intensiva. Così su mio invito iniziano la loro prima narrativa, che risulterà organizzata in modo cronologico, con un inizio spontaneo a un mese prima della nascita e che si concluderà con il ritorno a casa della loro piccola, che chiamerò Elisa.

Elisa oggi sta bene fisicamente, ed è stata seguita in ospedale e monitorata in questi due con controlli periodici, nei quali è stato osservato una crescita continua e rispettosa delle tappe evolutive. I momenti del pasto però risultano molto faticosi per i genitori che sperimentano rabbia, inadeguatezza e spossatezza nell'interagire con lei.

Sia il tempo trascorso che la salute della loro bambina hanno permesso ad entrambi, l'inizio dell'elaborazione dell'evento, ma non sembra completamente risolto. Il corpo di Anna porta ancora traccia dello stress vissuto, mentre lei ne parla.

Anche il sonno è disturbato soprattutto quello di Paolo che spesso sogna che Elisa viene rapita. L'evento della terapia intensiva (T), appare già contenuto in un tempo ben definito nelle loro menti, ordinato, ma non sempre coerente emotivamente ed integrato. Più per Anna, che per Paolo. In generale i loro vissuti di impotenza e angoscia sono gli stessi, ma in relazione a momenti target differenti. Anche il modo di riportare i momenti più disturbanti sono diversi evidenziando i loro ruoli e funzionamenti individuali. Paolo riesce a essere più in controllo, razionale e descrittivo, più consapevolmente evitante rispetto alle emozioni: " ...le metto sotto il tappeto organizzo il quotidiano, progetto il futuro e guardo avanti...". Per Anna invece spesso le emozioni vengono espresse con le lacrime, una contenuta agitazione motoria, a volte nelle mani, che si appoggiano alla gola, con il rossore del volto o il tremore della voce. Spesso fatica a mettere in parole quel che sente arrivare, resta in silenzio a prendere tempo e per trovare il coraggio di esplicitare quello che il suo corpo già mostra.

Li ascolto e accolgo la sofferenza osservando anche il rispetto reciproco, la presenza silenziosa di Paolo mentre Anna piange e gli chiede di restare come presenza rassicurante. Esprime, alla fine del primo

colloquio il desiderio di iniziare il trattamento perché si sente “... *troppo piena di emotività, distratta, con poca attenzione in quel che faccio, come sospesa in bolla...*”. Anche Paolo vuole prendersi il tempo insieme ad Anna per parlare di quello che hanno vissuto, per capire cosa farsene di questa esperienza; lui che non si ferma mai ad ascoltarsi, decide che è arrivato il momento di concederselo, senza scappare.

Alla fine del primo incontro, ho raccolto una narrativa organizzata per momenti target di entrambi, che rappresenterà la traccia del mio piano di lavoro, che mette in evidenza quanto quel passato ancora condizioni non solo il presente, ma anche il loro sogno futuro di un secondo figlio.

Preparazione della coppia all’EMDR

Nel secondo incontro esploro la loro storia di coppia, che nasce 9 anni prima, in piena giovinezza in una situazione di vacanza al mare, che sarà grande risorsa per Paolo, anzi il suo posto al sicuro. Finiti gli studi, si incontrano mentre si stanno realizzando in autonomia nel mondo del lavoro. Lui si innamora di lei che è *un piccolo vulcano, ispirazione e coraggio*. A lei, lui piace, perché è *galante attento, organizzato, uno con cui è facile parlare*.

Lei sembra ancora molto condizionata dalle aspettative della sua famiglia di origine, mentre lui appare più distaccato dalla sua, e rivendica con amorevole fermezza: “*siamo noi gli adulti e la storia la scriviamo noi due, ora!*”.

Non approfondisco le loro storie personali, perché non è quello che mi chiedono in questo momento, decido quindi di accoglierli come coppia e di lavorare su ciò che li ha portati da me, sul loro T grande. Propongo un breve intervento con EMDR, riconoscendo come l’uno sia di supporto all’altro, e ci sia tra loro rispetto, comprensione e non giudizio. Inoltre hanno vissuto lo stesso evento fortemente stressante, ed elaborarlo permetterà loro di raggiungere i seguenti obiettivi terapeutici, che condividiamo:

- sentirsi più stabili e sicuri individualmente nel presente
- sentirsi rafforzati e maggiormente uniti come coppia
- migliorare la relazione con la loro bambina.

Con una breve psicoeducazione riconosco l’esperienza della terapia intensiva come un evento traumatico, e la presenza ancora oggi di una sintomatologia post traumatica, sollecitata dai trigger, sopra esposti. Rilevo infatti sintomi di evitamento (non parlare di quanto accaduto, non passare nella strada dell’ospedale, ...), di intrusività (pensarci senza volerlo fare ...), di allerta (irritabilità, pianto, ansia, senso di colpa, paura, ipervigilanza).

Presento l’EMDR di gruppo, nel rispetto delle loro individualità, proponendo l’esercizio del posto al sicuro. Utilizzando il disegno, invito a rappresentare su un foglio il posto al sicuro e propongo come autostimolazione bilaterale (SBL) l’abbraccio della farfalla, offrendomi come modello. Per Paolo è facile seguire le indicazioni, ma non per Anna che si attiva dopo la prima SBL. Rispondo a questa prima difficoltà sostenendola con la voce e mantenendo lo sguardo, mentre propongo un esercizio di grounding per orientarla nel presente. Invito nello stesso tempo Paolo a continuare con l’abbraccio della farfalla. Una volta riuscita a recuperare uno stato di calma ripropongo il posto sicuro, suggerendo ad Anna il tapping sulle ginocchia in sostituzione della prima autostimolazione. Entrambi riescono a trovare il loro posto sicuro prima della fine della seduta.

La prima narrativa: inizio della rielaborazione

Il racconto a due voci, ha inizio con quella di Anna, dall’ultimo controllo medico a 38 settimane di gravidanza, e quando i medici vedendo che la bambina non cresceva e decidono di indurre il parto. Era già un mese che era stata allettata a letto, preciserà Paolo e lui si prendeva cura di lei.

“... *resto 5 ore in pronto soccorso e quando Elisa nasce l’ ho vista tra le mie gambe e poi più ... non respirava bene quindi l’hanno portata via e messa in una culla termica sono rimasta da sola per 20 minuti ... pensavo a lui dicendomi sono sicura che lui verrebbe a dirmi se qualcosa non fosse andato bene ... l’unico pensiero era ... è nella culla termica ... sono passata dalla gioia infinita (viso accaldato e rosso) alla preoccupazione ...hanno detto dobbiamo intubarla ...*”

“*Sono iniziati così 35-36 giorni lunghi e difficili (interviene Paolo)... ho preso in affitto una casa vicino*

all'ospedale per non lasciarla sola ... ho lavorato da lì ... ci davamo il cambio ... insospeso ... qual è il lascito di questa cosa?... (tono di voce alterato)... ricordo il fastidio dei genitoriche chiedevano in continuazione, volevano sapere; ecco mi è rimasta questa ipersensibilità ...anche quando guardo il TG e vedo storie simili”.

“Tornavo per il pranzo (riprende Anna) piangevo... mangiavo con lui ... poi lui andava in ospedale tornava ... piangeva e di nuovo il cambio ... giorni di tensione (lacrime sul viso, mani che sudano e si agitano)

(Paolo che si gita pur mantenendosi composto sulla poltrona)“ ... la percezione di essere piccolissima forza in quel reparto dove i medici, (dice Anna), sono stati tecnici e non umani in certimomenti ... io incapace di dare supporto agli altri genitori, io stessa sono un medico, mi dispiace (piange)... un turbinio di emozioni attraversate... lì in sala tira latte ...”

(Paolo) “tu cucciolo lì dentro, ... soli su questa terra con l'enorme sensazione che nessuno ti capisca e un grosso impegno da genitori da gestire.... con i genitori che volevano essere chiamati e aggiornati e lo stress del lavoro, del quotidiano che comunque andava avanti e doveva essere gestito, causando un accumulo di stress”

“Quando i medici dicono che devono studiare la situazione e capire quando far respirare in autonomia la bimba (Anna ancora piange)... è stato come un'ascia sul petto ... mi hanno detto distare tranquilla?!?! ... dovevano capire, studiare la situazione (ride) iniziai a tempestare di telefonate amici e colleghi per capire sul piano tecnico cosa sarebbe successo... in quel momento è stato troppo per me volevo solo scappare andare via di lì ...ho telefonato a Paolo”.

“Un altro momento terribile è quando poi ho scoperchiato la culla termica, tornando il giorno dopo, e non l'ho trovata...l'avevano spostata in un altro lettino dove respirava in maniera autonoma e senza mascherina. Sono andata in loop (l'ansia riemerge in forma di agitazione in tutto il corpo ... nella gola e anche per Paolo nel petto)”.

Raccontano, poi con più calma che per le 24 ore successive la piccola Elisa ha respirato da sola e l'attenzione della mamma è stata sui monitor per controllare la respirazione della sua piccola. Dopo qualche giorno sono tornati a casa, contenti, affaticati e in allerta per iniziare a gestire il loro quotidiano. Insicuri come tutti i neo genitori, hanno avuto bisogno di tempo per poter trovare il loro equilibrio, imparare a regolarsi e sintonizzarsi con la loro bambina che cresceva, ma che ha continuato a rendere i momenti dei pasti, infinitamente lunghi e sfinenti, in una vera lotta di potere. Anna e Paolo, in questi due anni, sono divenuti genitori iperprotettivi ed eccessivamente accondiscendenti, pensando la loro piccola come fragile e di se stessi di essere inadeguati.

La processazione e risoluzione del trauma

Riconosciute le risorse della coppia e la loro sufficiente stabilizzazione, ho pensato di procedere all'elaborazione del trauma seguendo l'adattamento di G. Maslovaric e I. Fernandez (2015) dell'EMDR-IGTP (Interactive Group Treatment Protocol for Adult).

In seguito alla fase I di raccolta delle informazioni e la fase II di preparazione all'EMDR, come sopra descritto, sono seguiti a intervallo settimanale, altri 3 incontri di elaborazione e un quarto incontro di chiusura, come segue:

1. incontro con EMDR gruppo sul target più disturbante e installazione di una risorsa
2. incontro con EMDR di gruppo su altro target disturbante e installazione della risorsa individuale
3. incontro sui triggers e installazione di risorsa individuale
4. incontro di chiusura con installazione di risorsa di coppia e nuova narrativa da poter raccontare ad Elisa

L'elaborazione a quattro quadranti, attraverso il disegno è proceduta da fase IV a fase VII del protocollo, in modo non verbale nel rispetto delle singole individualità, portando sempre in ogni incontro a un calo del SUD e alla possibilità di installare una risorsa.

Sia Anna che Paolo a fine incontro, sono riusciti a verbalizzare un proprio pensiero o vissuto non solo avendo aumentato la connessione con se stessi, ma rinforzando quella di coppia.

Tra una seduta e l'altra, con un feedback di aggiornamento iniziale, in fase VIII di rivalutazione, si è potuto constatare la diminuzione progressiva dei sintomi, il recupero di una maggiore lucidità e concentrazione per Anna, in particolare. Anche i sogni, in forma di angoscia e incubo, che rimandavano alla perdita di Elisa, non si sono più presentati permettendo così un maggior riposo. Più sorridenti e più complici Anna e Paolo sono riusciti anche a riorganizzarsi nell'ora dei pasti con Elisa, con un atteggiamento di maggior contenimento emotivo per ognuno di loro. Con sguardo complice in un momento di crisi, hanno deciso durante una cena di dire basta, ai "capricci" della figlia, dicendosi che non sarebbe morta di fame se quella sera non avesse finito il suo pasto. Hanno iniziato così a trovare con lei modi e parole più adeguati e sintonici per gestire l'irritabilità, sentendosi in grado di poter gestire con maggior pazienza le normali crisi di crescita.

Analizzando il lavoro clinico, attraverso la visione dei loro disegni è stato possibile riconoscere come la processazione di ogni target scelto da ognuno di loro, e diverso, abbia permesso l'emergere di pensieri o immagini positive, divenendo così risorse sia individuali che di coppia.

Quelle di Anna, sono: *libertà - creazione -nuovo - natura -Paolo - -io - famiglia - protezione* Quelle di Paolo, invece: *posto al sicuro - fortuna - consapevolezza - resilienza - alla fine ci è andata bene - azione - fare qualcosa.*

Nell'incontro di chiusura la coppia è stata invitata a rappresentare ancora graficamente, ma insieme, ciò che si portavano a casa dal nostro lavoro con EMDR, trovando la sintesi tra le loro singole risorse: *tranquillità felicità famiglia* per definire la risorsa di coppia: siamo *una famiglia fortunata*. È stato facile e creativo per Anna, dopo il breve confronto con Paolo, identificare l'immagine che potesse rappresentarli e partendo dal suo posto al sicuro, un albero, hanno scelto quello del loro giardino. Il disegno della loro famiglia sotto la chioma del loro albero si completava con la cognizione positiva, che ho installato ad entrambi.

Ho infine suggerito di raccontarsi quanto hanno vissuto, col ne di scrivere insieme una narrativa per poterla eventualmente condividere con Elisa, conoscendo che anche lei aveva vissuto direttamente e indirettamente un fortissimo stress alla nascita. Ipotizzando anche che la rabbia imprevedibile che spesso la piccola agiva nell'ora dei pasti, poteva avere proprio una radice in quella esperienza nella fatica iniziale con la sua mamma, perché entrambe erano state separate.



~~Paolo~~ è una bambina
viva e sorprendente.
Anche se ancora non
parla si sa spiegare
molto bene ... e piano
non riesce a farsi
capire si acchiama.
He attimo s'è il
fanciullo che ha
dimostrato di saperlo
anche e superare
anche nelle separare
difficili con grande
resilienza.

fi-

ri-

e

Accettano con emozione ed ecco la narrativa per Elisa.

"... sai Elisa, sei nata in una notte di gennaio con grande attesa di mamma e papà ed è stata subito gioia e ci siamo stretti tutti e tre molto forte. Facevi fatica a respirare e così siamo diventati subito una famiglia forte e unita per affrontare con te quel periodo difficile, da cui siamo usciti molto più forti di prima e, felici, ti abbiamo portato a casa..."

Considerazioni conclusive.

Con fiducia la coppia si è fatta guidare nel processo elaborativo, riuscendo sempre più a rilassare la propria muscolatura, a regolare il respiro, a sciogliere il dolore con il pianto, maturando sempre più consapevolezza e regolazione emotiva.

Sia Anna che Paolo riconoscono a fine intervento clinico che è stato “difficile, freddo e triste ritornare a quel momento di vita ...lungo ... ma ora è un ricordo più distaccato”.

Grazie alle risorse della coppia e ancora all'EMDR che ha permesso di riattivare il loro sistema di guarigione interno , mi è stato possibile curare le loro ferite, accompagnandoli dal senso di impotenza e smarrimento verso una maggiore sicurezza sia personale che reciproca. Nel salutarmi condividono timidamente la gioia di aspettare un secondo figlio, che cercavano da un po' e non arrivava. Sono la prima a saperlo, e Anna mi chiede un abbraccio donandomi tutta la sua gratitudine e chiedendomi di poter tornare in prossimità del prossimo parto.

BIBLIOGRAFIA

Giannantonio M. (2009) *Psicotraumatologia, Fondamenti e strumenti operativi*, Torino, Centro Scientifico Editore

Yule W. (2000) *Disturbo post-traumatico da stress*, Mc Graw-Hill, Milano

Shapiro F., a cura di Fernandez I. (2000) *EMDR Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari*, Mc Graw-Hill, Milano

Shapiro F., Silk Forrest, (1997) *EMDR Una terapia innovativa per il superamento dell'ansia, dello stress e dei disturbi di origine traumatica*, casa Editrice Astrolabio, Roma

Fernandez I., Maslovaric G., Galvagni V. M., (2011), *Traumi psicologici, ferite dell'anima*, Liguori Editore
Maslovaricand Fernandez (2015) “*Utilizzo dell'EMDR di gruppo*”. Acts of the works hopheld in collaboration with the Italian EMDR Association.

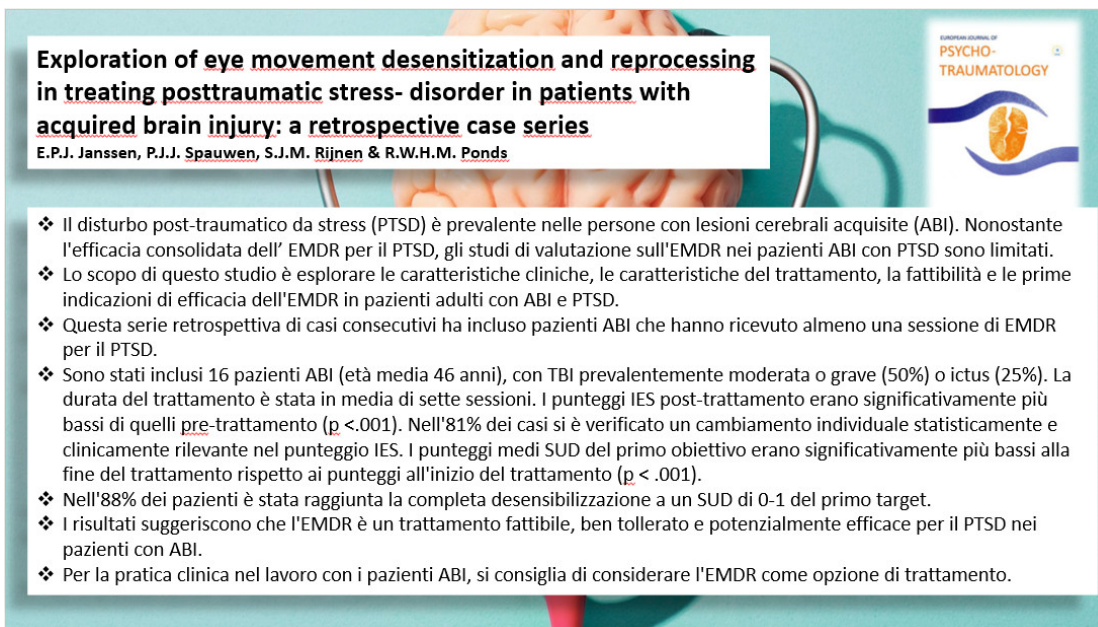
Artigas, L., Jarero, I., Mauer, M., LópezCano, T., & Alcalá, N. (2000). “*EMDR and traumatic stress after natural disasters: Integrative treatment protocol and the butterfly hug.*” In Poster presented at the EMDRIA Conference, Toronto, Ontario, Canada.

Selezione di articoli pubblicati di recente sull'EMDR

Quelli che abbiamo scelto hanno una grande applicazione clinica e una grande significatività per quanto riguarda l'efficacia. Troverete studi fatti con pazienti con problemi neurologici, con anziani, con adolescenti, con donne con fobie del parto, con pazienti con diagnosi di disturbo bipolare, ecc. Di particolare rilevanza la pubblicazione di Sarah Dominguez sul trauma come fattore transdiagnostico e sulla conseguente utilità di includere la terapia EMDR nel trattamento di molti disturbi mentali

EMDR e LESIONI CEREBRALI. Il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) è prevalente nelle persone con lesioni cerebrali acquisite (ABI). Janssen e colleghi (2023) suggeriscono come l'EMDR sia un trattamento fattibile, ben tollerato e potenzialmente efficace per il PTSD nei pazienti ABI. Per la pratica clinica nel lavoro con i pazienti ABI, si consiglia di considerare l'EMDR come trattamento d'elezione.

Per leggere l'articolo completo: <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2264117>




Exploration of eye movement desensitization and reprocessing in treating posttraumatic stress- disorder in patients with acquired brain injury: a retrospective case series
E.P.J. Janssen, P.J.J. Spauwen, S.J.M. Rijnen & R.W.H.M. Ponds

EUROPEAN JOURNAL OF PSYCHO-TRAUMATOLOGY

- ❖ Il disturbo post-traumatico da stress (PTSD) è prevalente nelle persone con lesioni cerebrali acquisite (ABI). Nonostante l'efficacia consolidata dell' EMDR per il PTSD, gli studi di valutazione sull'EMDR nei pazienti ABI con PTSD sono limitati.
- ❖ Lo scopo di questo studio è esplorare le caratteristiche cliniche, le caratteristiche del trattamento, la fattibilità e le prime indicazioni di efficacia dell'EMDR in pazienti adulti con ABI e PTSD.
- ❖ Questa serie retrospettiva di casi consecutivi ha incluso pazienti ABI che hanno ricevuto almeno una sessione di EMDR per il PTSD.
- ❖ Sono stati inclusi 16 pazienti ABI (età media 46 anni), con TBI prevalentemente moderata o grave (50%) o ictus (25%). La durata del trattamento è stata in media di sette sessioni. I punteggi IES post-trattamento erano significativamente più bassi di quelli pre-trattamento ($p < .001$). Nell'81% dei casi si è verificato un cambiamento individuale statisticamente e clinicamente rilevante nel punteggio IES. I punteggi medi SUD del primo obiettivo erano significativamente più bassi alla fine del trattamento rispetto ai punteggi all'inizio del trattamento ($p < .001$).
- ❖ Nell'88% dei pazienti è stata raggiunta la completa desensibilizzazione a un SUD di 0-1 del primo target.
- ❖ I risultati suggeriscono che l'EMDR è un trattamento fattibile, ben tollerato e potenzialmente efficace per il PTSD nei pazienti con ABI.
- ❖ Per la pratica clinica nel lavoro con i pazienti ABI, si consiglia di considerare l'EMDR come opzione di trattamento.

EMDR e ADOLESCENTI con DISTURBO DI PANICO. Inci Izmir e colleghi (2023), hanno condotto uno studio che mostra l'efficacia dell'EMDR negli adolescenti con Disturbi di Panico. Inoltre, il presente studio suggerisce che l'EMDR può rappresentare una tecnica di intervento efficace negli adolescenti per proteggerli dalle ricadute e superare la paura di attacchi futuri.

Per leggere l'articolo completo: <https://doi.org/10.1177/13591045231184757>



Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy in Adolescents With Panic Disorder: A Twelve-Week Follow-Up Study

Sage Journals

Sevim Berrin Inci Izmir¹, Ümran Korkmazlar², Eyüp Sabri Ercan³

- ❑ Lo scopo di questo studio è indagare l'efficacia del trattamento EMDR in adolescenti con disturbo di panico (PD). Questo studio è composto da 30 adolescenti con PD senza agorafobia, di età compresa tra i 14 e i 17 anni
- ❑ La terapia EMDR è stata applicata per 12 settimane, una sessione alla settimana.
- ❑ La media basale del punteggio totale PAS è diminuita da 40,06 a 13,13 alla quarta settimana e a 1,2 alla fine della 12a settimana di trattamento.
- ❑ Inoltre, il punteggio BAI è diminuito significativamente da 33,67 a 13,83 alla quarta settimana e a 5,31 alla fine della dodicesima settimana di trattamento.
- ❑ Nel complesso, i risultati sottolineano l'efficacia dell'EMDR negli adolescenti con PD, suggerendo che l'EMDR può rappresentare una tecnica di intervento efficace per il PD negli adolescenti per proteggere dalle ricadute e superare la paura di attacchi futuri.

EMDR e DISTURBO BIPOLARE. I pazienti con disturbo bipolare sono spesso esposti a eventi traumatici che peggiorano il decorso della malattia. Hogg e colleghi (2023) hanno pubblicato il primo studio multicentrico RCT per testare l'efficacia di una psicoterapia aggiuntiva focalizzata sul trauma nel ridurre i tassi di ricaduta. L'EMDR è risultato significativamente superiore alla terapia di supporto al follow-up di 12 mesi in termini di riduzione dei sintomi depressivi, dei sintomi maniacali e di miglioramento del funzionamento.

Per leggere l'articolo completo: [10.31234/osf.io/s5hrf](https://doi.org/10.31234/osf.io/s5hrf)

EMDR therapy vs. Supportive Therapy as adjunctive treatment in trauma-exposed bipolar patients: a randomized controlled trial.

Bridget Hogg^{a,d}, Joaquim Radua^{a,e}, Itxaso Gardoki-Souto^{a,c}, Marta Fontana-McNally^{a,b}, Walter Lupo^a, María Reñares^{d,h,k}, Esther Jiménez^{a,h,i}, Mercè Madre^{l,n}, Laura Blanco-Presas^{m,o}, Romina Cortizo^{p,q}, Anna Massó-Rodríguez^r, Juan Castaño^s, Isabel Argila^{m,n}, José Ignacio Castro-Rodríguez^r, Mercè Comes^l, Cristina Macías^{a,q,s}, Roberto Sánchez-González^{b,d,q,t}, Estanislao Mur^{h,q}, Patricia Novo^{u,v}, Adriane R Rosa^{w,x}, Eduard Vieta^{a,h,i}, Frank Padberg^r, Victor Pérez-Solà^{b,d,q,t}, Alicia Valiente-Gómez^{a,b,d}, Ana Moreno-Alcázar^{a,b,d,s} and Benedikt L. Amann^{a,b,d,t,y}

- I pazienti con disturbo bipolare (BD) sono spesso esposti a eventi traumatici che peggiorano il decorso della malattia.
 - Questo studio multicentrico RCT ha incluso 77 pazienti con BD e sintomi legati al trauma.
- I partecipanti sono stati randomizzati a 20 sessioni di terapia EMDR oppure a 20 sessioni di terapia di supporto (ST).
- L'esito primario era il tasso di ricadute a 24 mesi, mentre gli esiti secondari erano i miglioramenti dei sintomi affettivi e traumatici, del funzionamento generale e del deterioramento cognitivo, valutati al basale, dopo il trattamento e al follow-up a 12 e 24 mesi.
- L'EMDR è risultato significativamente superiore alla ST al follow-up di 12 mesi in termini di riduzione dei sintomi depressivi, dei sintomi maniacali e di miglioramento del funzionamento.
 - Non c'è stata alcuna differenza significativa nell'abbandono del trattamento.
- **È importante notare che la focalizzazione sugli eventi traumatici non ha aumentato le ricadute o gli abbandoni, suggerendo che il trauma psicologico può essere affrontato in modo sicuro in una popolazione con BD utilizzando questo protocollo.**

EMDR e PTSD negli ANZIANI. Negli anziani, il PTSD è associato a una riduzione dell'apprendimento verbale e a disfunzioni esecutive. Uno studio di Gielkens e colleghi (2023) ha esaminato la fattibilità del trattamento EMDR per migliorare le prestazioni cognitive negli adulti anziani con PTSD. Il funzionamento cognitivo della memoria e dell'attenzione è aumentato dopo il trattamento EMDR. Per leggere la ricerca completa: DOI: [10.1177/08919887231207639](https://doi.org/10.1177/08919887231207639)

A First Exploration: Can Eye Movement Desensitization and Reprocessing Improve Cognition in Older Adults With Posttraumatic Stress Disorder?



Ellen M J Gielkens^{1,2}, Gina Rossi², Sebastiaan P J van Alphen^{1,2,3}, Sjacko Sobczak^{1,4,5}

Negli anziani, il PTSD è associato a una riduzione dell'apprendimento verbale e a disfunzioni esecutive. Pertanto, è stata esaminata la fattibilità del trattamento EMDR per migliorare le prestazioni cognitive negli adulti anziani con PTSD. Inoltre, si è studiata la correlazione pre-trattamento con i fattori di rischio spesso concomitanti per il declino cognitivo (problemi di sonno, disturbi depressivi, inattività fisica, eventi traumatici infantili).

22 pazienti con PTSD in cerca di trattamento (60-84 anni) con sessione settimanale di EMDR di un'ora per 3, 6 o 9 mesi. Il funzionamento cognitivo della memoria e dell'attenzione è aumentato negli adulti anziani con PTSD dopo il trattamento EMDR.



È stato pubblicato uno studio pilota di Gahnfelt e colleghi (2023) che valuta la fattibilità di un programma di trattamento intensivo di 8 giorni per il PTSD grave in un contesto sanitario pubblico svedese. Questa sfida è stata affrontata combinando EMDR, educazione fisica, attività fisica e psicoeducazione. Il risultato interessante è stato la perdita della diagnosi al 100% a 3 mesi di follow-up. Per leggere l'articolo completo: [10.3389/fpsy.2023.1200411](https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1200411)

The image shows a snippet of a research article from Frontiers in Psychiatry. The title is "Is it safe enough? A pilot feasibility study of an 8-day intensive treatment for severe PTSD" by Hannes Gahnfelt, Per F. G. Carlsson, and Christina Blomdahl. A highlighted box contains a recommendation: "Sulla base di questi risultati positivi, si raccomanda di condurre ulteriori ricerche con campioni più ampi. Se si rivelerà sicuro ed efficace, il programma di trattamento di 8 giorni potrebbe essere un'importante aggiunta all'assistenza sanitaria psichiatrica." To the right, a list of bullet points summarizes the study's findings: 11 participants completed the treatment with symptom reduction; 100% diagnosis loss at 3-month follow-up; no adverse events or suicidal thoughts; and no treatment dropouts.

EMDR e ASD con FOBIA SPECIFICA. È stato pubblicato un case report di Firat e colleghi (2023) dove si illustra come l'applicazione dell'EMDR su bambini con disturbo dello spettro autistico con fobia specifica possa migliorare significativamente la qualità della vita sia dei bambini sia delle loro famiglie. Per leggere l'articolo completo: <https://doi.org/10.24869/psy.2023.440>

The image shows a case report article from Psychiatria Danubina. The title is "AUTISM SPECTRUM DISORDER AND SPECIFIC PHOBIA. TREATMENT WITH EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING: REPORT OF TWO CASES" by Sumeyra Firat, Serdar Atik, and Sabri Herguner. The authors' credentials are listed below the title. The article is dated 2022. A highlighted box contains the text: "Il trattamento di condizioni di comorbidità, come la fobia specifica, in pazienti con disturbo dello spettro autistico (ASD) può migliorare significativamente la qualità della vita sia dei bambini con ASD sia delle loro famiglie. Alcuni sintomi dell'ASD, come la difficoltà a esprimere sentimenti e pensieri e la maggiore sensibilità agli effetti collaterali dei farmaci dovuta a uno sviluppo anomalo, possono complicare il trattamento della fobia specifica nei bambini con ASD. Poiché l'EMDR non richiede molta espressione verbale e può essere adattato all'età e all'autismo, è un approccio pratico per il trattamento delle fobie specifiche nei pazienti con ASD. Questi case report hanno anche dimostrato che l'EMDR può essere utilizzato per trattare efficacemente le fobie specifiche nei bambini con ASD." To the right, a link is provided to read the full article: <https://doi.org/10.24869/psy.2023.440>

È stata pubblicata revisione di EAPEN (2023) dove si concettualizzano i fondamenti teorici dell'efficacia dell'EMDR rispetto al PTSD e ai Disturbi da Uso di Sostanze, esaminando i correlati neurali di entrambe le condizioni. Per leggere l'articolo completo:

<https://ijip.in/articles/brain-based-changes-and-therapeutic-effectiveness-of-the-eye-movement-desensitisation-and-reprocessing-approach-a-mini-review/>

The International Journal of **INDIAN PSYCHOLOGY** 31 luglio 2023

Per leggere l'articolo completo:
<https://ijip.in/articles/brain-based-changes-and-therapeutic-effectiveness-of-the-eye-movement-desensitisation-and-reprocessing-approach-a-mini-review/>

Brain-Based Changes and Therapeutic Effectiveness of the Eye Movement Desensitisation and Reprocessing Approach: A Mini Review

Nitya Ann Eapen^{1*}

L'approccio EMDR, sviluppato da F. Shapiro, è stato considerato una delle opzioni terapeutiche più efficaci per il PTSD. Questa mini-revisione concettualizza i fondamenti teorici dell'efficacia dell'EMDR rispetto al PTSD e ai Disturbi da Uso di Sostanze (SUD), esaminando i correlati neurali di entrambe le condizioni. La teoria dell'elaborazione adattiva dell'informazione (AIP) proposta da Shapiro vede la patologia come il prodotto di un'elaborazione disadattiva dell'informazione che porta alla sua memorizzazione in una forma disadattiva, che si manifesta all'esterno come rivivere un'esperienza traumatica. Un'altra teoria che spiega il processo dell'EMDR è l'ipotesi REM, secondo la quale la stimolazione bilaterale derivante dai movimenti oculari innesca un processo di consolidamento della memoria molto simile a quello che si verifica durante il sonno REM. Inoltre, ci sono prove che dimostrano risultati promettenti per l'EMDR come approccio al trattamento delle SUD. Tuttavia, l'EMDR come approccio terapeutico funziona in modo più efficace quando ci sono ragioni traumatiche sottostanti, come i ricordi intrusivi, per l'uso di sostanze.

Una revisione sistematica della letteratura (Driessen et al., 2023) pubblicata su The Lancet mira a valutare l'uso e l'efficacia della terapia EMDR in pazienti adulti trattati in ambito medico. L'EMDR è risultato adeguato a ridurre i sintomi in quasi tutti gli studi inclusi.

Per leggere l'articolo completo: https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4495140

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment in the Medical Setting: A Systematic Review

20 Pages • Posted: 3 Jul 2023

THE LANCET

Helen Pieterl Antonie Driessen
Erasmus University Rotterdam (EUR) - Department of Psychiatry

Sid Morsink
Erasmus University Rotterdam (EUR) - Department of Psychiatry

Jan Busschbach
Erasmus University Rotterdam (EUR) - Department of Psychiatry

Witte J.G. Hoogendijk
Erasmus University Rotterdam (EUR) - Department of Psychiatry

Leonieke W. Kranenburg
Erasmus University Rotterdam (EUR) - Department of Psychiatry

Per leggere l'articolo completo:
https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=4495140

Questa revisione sistematica della letteratura mira a valutare l'uso e l'efficacia della terapia EMDR in pazienti adulti trattati in ambito medico. 89 studi sono stati inclusi e classificati in 14 settori medici: dolore, oncologia, neurologia, ostetricia, otorinolaringoiatria, reumatologia, cardiologia, ginecologia, odontoiatria, dermatologia, medicina polmonare, medicina interna, nefrologia e unità di terapia intensiva. Inoltre, sono stati inclusi tre studi incentrati su disturbi fisici persistenti.

L'EMDR è risultato adeguato a ridurre i sintomi in quasi tutti gli studi inclusi (87/89). Solo due studi, nell'ambito della ginecologia, hanno segnalato l'assenza di effetti benefici o che gli effetti benefici non si sono mantenuti nel tempo. In particolare, la comparsa di eventi avversi è stata raramente menzionata.

In un capitolo dell'Oxford Academic, Dominguez (2023) scrive nell'ambito della salute mentale. Ad oggi, infatti, si sta passando da un sistema basato sulla diagnosi a un modello transdiagnostico. Le prove suggeriscono che la terapia EMDR è un approccio transdiagnostico efficace, in quanto affronta direttamente questi fattori predisponenti e perpetuanti. In quanto psicoterapia transdiagnostica, la terapia EMDR è ulteriormente supportata dall'evidenza dell'applicazione efficace a varie popolazioni nell'arco della vita, al di là del disturbo da stress post-traumatico.

Per leggere il capitolo completo: <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780192898357.013.18>

OXFORD
ACADEMIC

Per leggere il capitolo completo:
<https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780192898357.013.18>

CHAPTER 20 Aprile 2023

EMDR Therapy as a Transdiagnostic Psychotherapy

S. K. Dominguez

Nell'ambito della salute mentale, si sta passando da un sistema basato sulla diagnosi a un modello transdiagnostico. In questo capitolo, la terapia EMDR viene proposta come intervento transdiagnostico in grado di superare le sfide dell'attuale sistema. Un modello transdiagnostico richiede un protocollo unificato con una base teorica applicabile a tutte le psicopatologie. Le esperienze avverse, le cognizioni disadattive e la disregolazione emotiva sono fattori eziologici e di mantenimento fondamentali in tutte le condizioni di salute mentale. Di conseguenza, le prove suggeriscono che la terapia EMDR è un approccio transdiagnostico efficace, in quanto affronta direttamente questi fattori predisponenti e perpetuanti. In quanto psicoterapia transdiagnostica, la terapia EMDR è ulteriormente supportata dall'evidenza dell'applicazione efficace a varie popolazioni nell'arco della vita, al di là del disturbo da stress post-traumatico. Questa più ampia adozione potrebbe migliorare la prognosi di un'ampia gamma di individui. Si suggeriscono ricerche per studiare le modifiche necessarie per gruppi specifici di popolazione e l'applicazione ad altri problemi di salute al di fuori della salute mentale.

EMDR e DERMATITE ATOPICA. Uno studio pilota di de Veer e colleghi (2023) mostra come il prurito e il comportamento di grattarsi (disturbo comune nella dermatite atopica) dopo il trattamento EMDR ha mostrato un'efficacia moderata nella diminuzione del comportamento e nella sensazione di prurito.

Per leggere l'articolo completo: <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1101935>

frontiers | Frontiers in Medicine 4 aprile 2023

Reducing scratching behavior in atopic dermatitis patients using the EMDR treatment protocol for urge: A pilot study


Per leggere l'articolo completo:
<https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1101935>


Mathijs R. de Veer^{1,2*}, Rick Waalboer-Spuij², Dirk Jan Hijnen², Do Doeksen³, Jan J. Busschbach¹ and Leonieke W. Kranenburg¹

Il prurito, e quindi il comportamento di grattarsi, è un disturbo comune nella dermatite atopica. L'effetto del trattamento secondo il protocollo di trattamento EMDR per l'urgenza del comportamento di grattarsi nei pazienti affetti da dermatite atopica ha mostrato un'efficacia moderata, in quanto l'esigenza di grattarsi è fluttuante.

È stata pubblicata una review di Burkhart e colleghi (2023) dove gli interventi più comunemente attuati, per i bambini e gli adolescenti colpiti da disastri naturali e biologici, sono stati la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), la terapia cognitivo-comportamentale focalizzata sul trauma (TF-CBT) e l'EMDR.

Per leggere l'articolo completo: <https://doi.org/10.3390/children10061017>





5 giugno 2023

Review

A Scoping Review of Trauma-Informed Pediatric Interventions in Response to Natural and Biologic Disasters

Kimberly Burkhart ^{1,*}, Neel Agarwal ², Sehyun Kim ², Mandy Neudecker ³ and Carolyn E. Ievers-Landis ¹

Gli obiettivi specifici di questa review sono identificare gli interventi psicosociali utilizzati in risposta a disastri naturali/biologici, riferire l'efficacia degli interventi, descrivere i limiti e fornire raccomandazioni di trattamento e indicazioni future.

Dei 45 studi estratti, 28 riguardavano disastri naturali e 17 disastri biologici, la maggior parte dei quali relativi alla pandemia di COVID-19.

Gli interventi più comunemente attuati sono stati la terapia cognitivo-comportamentale (CBT), la terapia cognitivo-comportamentale focalizzata sul trauma (TF-CBT) e l'EMDR.

Complessivamente, si è registrata una riduzione significativa dei sintomi di stress post-traumatico, angoscia, ansia e depressione, indipendentemente dal fatto che il partecipante abbia ricevuto CBT, TF-CBT o EMDR.

Per leggere l'articolo completo:

<https://doi.org/10.3390/children10061017>

EMDR e PAURA DELLA RECIDIVA DEL CANCRO. È stato pubblicato uno studio di Bruin e colleghi (2023). Lo scopo dello studio è stato di indagare l'efficacia dell'EMDR per la paura della recidiva del cancro (FCR) nei sopravvissuti al cancro al seno e al cancro coloretale. I risultati sembrano promettenti per la terapia EMDR come trattamento potenzialmente efficace per la FCR. Per leggere l'articolo completo: <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2203427>

EUROPEAN JOURNAL OF PSYCHOTRAUMATOLOGY
2023, VOL. 14, NO. 2, 2203427
<https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2203427>





CLINICAL RESEARCH ARTICLE OPEN ACCESS [Check for updates](#)

Efficacy of eye movement desensitization and reprocessing therapy for fear of cancer recurrence among cancer survivors: a randomized single-case experimental design

J. Bruin^a, Y. R. van Rood^b, K.C.M.J. Peeters^c, C. de Roos^d, R. Tanious^e, J.E.A. Portielje^f, H. Gelderblom^f and S.C.H. Hinnen^a

Lo scopo del presente studio è indagare l'efficacia dell'EMDR per la paura della recidiva del cancro (FCR) grave nei sopravvissuti al cancro al seno e al cancro coloretale.

L'analisi visiva e il calcolo dell'effect size di Tau-U sono stati eseguiti per il questionario giornaliero sulla FCR. Il punteggio medio ponderato di Tau-U è stato di .63 (p<.01) tra il basale e il post-trattamento, indicando un grande cambiamento, e di .53 (p<.01) tra il basale e il follow-up, indicando un cambiamento moderato. I punteggi della Cancer Worry Scale (CWS) e Fear of Cancer Recurrence Inventory, versione olandese (FCRI-NL) sono diminuiti significativamente dal basale al follow-up.

I risultati sembrano promettenti per la terapia EMDR come trattamento potenzialmente efficace per la FCR.


05 Maggio 2023

Per leggere l'articolo completo:

<https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2203427>

EMDR e PAURA DEL PARTO. È stato pubblicato uno studio di Baas e colleghi (2023) che evidenzia come una delle terapie utilizzate per trattare la paura del parto è la terapia EMDR. Le donne trattate con EMDR hanno dimostrato una probabilità \approx sette volte inferiore di richiedere un' induzione del travaglio senza indicazione medica rispetto alle donne del gruppo di controllo.

Per leggere l'articolo completo: <https://doi.org/10.1111/aogs.14628>

ORIGINAL RESEARCH ARTICLE  17 Giugno 2023

How safe is the treatment of pregnant women with fear of childbirth using eye movement desensitization and reprocessing therapy? Obstetric outcomes of a multi-center randomized controlled trial

Per leggere l'articolo completo:
<https://doi.org/10.1111/aogs.14628>

Melanie A. M. Baas^{1,2} | Claire A. I. Stramrood³ | Lea M. Dijkstra⁴ | Joost W. Vanhommerig⁵ | Ad de Jongh^{6,7} | Mariëlle G. van Pampus¹

Le donne in gravidanza con paura del parto presentano un rischio elevato di un'esperienza negativa del parto, di disturbo da stress post-traumatico legato al parto e di esiti perinatali negativi come parto pretermine, basso peso alla nascita e depressione post-partum.
Una delle terapie utilizzate per trattare la paura del parto è la terapia EMDR.
Le donne trattate con EMDR hanno dimostrato una probabilità sette volte inferiore di richiedere un'induzione del travaglio senza indicazione medica rispetto alle donne del gruppo di controllo.
Non ci sono state altre differenze significative tra i gruppi per quanto riguarda gli esiti materni o neonatali, la soddisfazione o l'esperienza del parto. **Conclusioni:** La terapia EMDR in gravidanza non ha effetti negativi sulla gravidanza o sul feto. Pertanto, i terapeuti non dovrebbero essere riluttanti a trattare le donne in gravidanza con paura del parto utilizzando la terapia EMDR.

Interventi umanitari di supporto psicologico specialistico Anno 2023

Le richieste di intervento fino al 31/12, da parte di scuole, ASL, Comuni, Ospedali e rappresentanti di varie comunità e gruppi, sono state 95. Con questi 95 interventi umanitari attivati, abbiamo potuto raggiungere 3000 persone circa, tra sopravvissuti, famigliari di vittime, famigliari di sopravvissuti, gruppi di genitori, di maestri e professori, di popolazione in generale.

Natura degli interventi attivati

19 sono Supporto psicologico Causa decesso di genitori (o parenti stretti) richiesti da comunità scolastiche

12 sono Supporto psicologico a causa di eventi climatici di forte entità (alluvioni, frane, ecc.)

19 sono Supporto a varie comunità e famiglie causa di suicidi (di adulti e minori)

15 sono Supporto psicologico a causa del decesso per incidenti stradali

10 sono Supporto post Decesso di varia natura

9 sono Supporto e sostegno causa traumi familiari

11 sono Supporto post incidenti di varia natura / violenze domestiche/ molestie

Vogliamo ringraziare le colleghe e i colleghi

*Cristiana De Luca, Biancaluna Renzoni, Caterina Paturzo,
Stefania Sacchezin, Elisabetta Graziano, Paola Comito, Noemi Grappone,
Simona Rezzola, Paola Serravezza, Sonia Collaro, Laura Corvaglia,
Oscar Miotti e Matteo Marini*

per aver organizzato, coordinato e supervisionato la maggior parte di questi interventi.

Loro sono stati i colleghi che hanno guidato i team di terapeuti che sono intervenuti sul campo.

Vogliamo soprattutto **ringraziare i 70 colleghi** che hanno avuto un ruolo fondamentale, recandosi sul campo e nei posti dove erano avvenuti gli eventi, dimostrando di saper aiutare con competenza persone che stavano vivendo esperienze estreme in fase acuta. Grazie a tutti per aver dato sollievo e aver fatto prevenzione secondaria.



EMDR Europe Workshop Conference 2024

Pathways to Peace with EMDR
7 - 9 June 2024
Convention Center Dublin, Ireland

Keynote Speakers



Bethany Brand

Guiding Dissociative Clients to Find Solid Ground



Gus Murray

Healing the Legacy of Transgenerational Trauma
with EMDR Therapy



Michael Paterson

Sink or swim - a lived experience of the Northern
Ireland conflict

The Convention Center Dublin

Spencer Dock, North Wall Quay,
Dublin 1, D01 T1W6, Ireland

Associazione per l'EMDR in Italia

Via Umberto I, 65
20814 Varedo (MB)

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

Member of
EMDR Europe Association

