

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

EMDR

RIVISTA DI PSICOTERAPIA EMDR

**ANNO XXII
SETTEMBRE 2024
N 46**

EMDR ITALIA

Settembre 46

Sommario

Lettera del Presidente	1
La scala EARLY come utile strumento di fase 1 per pazienti con trauma relazionale precoce	2
EMDR e pazienti evitanti Diario clinico di un paziente evitante	9
“Un gruppo per dire “lo posso” EMDR e terapia di gruppo in clinica neuropsichiatrica	10
Integrazione tra EMDR e Psicoterapia Cognitiva dell’Autismo senza Compromissione intellettiva e del linguaggio Un caso clinico per lo sviluppo di una light Guideline	14
Esperienze sfavorevoli infantili Aggiornamenti bibliografici	25
Intervento di emergenza nel novarese per il suicidio di una adolescente	29
Intervento di emergenza EMDR in una comunità colpita dalla Tragica morte di due giovani assassinati per errore Con 11 colpi di arma da fuoco	37
Attività formative fino a dicembre 2024	39
Progetto EMDR Europe - Practitioner	40

Lettera del presidente



Il 2024 è un anno molto speciale per la nostra Associazione, dato che abbiamo raggiunto il nostro 25° anno di storia. Ripercorrendo questi anni, capiamo quanto è stato importante il lavoro in rete che abbiamo realizzato per poter sviluppare una realtà così complessa e piena di iniziative e attività in molti campi.

Questo quarto di secolo è passato velocemente e guardando il nostro presente troviamo che la terapia EMDR è entrata in modo capillare 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 dei meccanismi alla base dell'efficacia dell'EMDR. Negli ultimi anni l'EMDR è stato riconosciuto sempre di più come lo strumento più accreditato nel campo del trauma, nel nostro paese e a livello internazionale. Il fatto che la terapia EMDR sia sempre più diffusa e riconosciuta in Italia è grazie al lavoro costante e attento di ognuno di noi nei diversi ambiti, contesti e popolazioni cliniche.

L'Associazione è un punto di riferimento professionale e formale, creato 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. Per questo motivo siamo molto grati, entusiasti ma soprattutto orgogliosi del viaggio che abbiamo fatto insieme.

Questa è anche la base da cui ripartire per i prossimi anni, dove vedremo sicuramente la terapia EMDR ancora più presente nel Servizio Sanitario Nazionale, nei vari servizi, consultori, ospedali, dato che è stata dichiarata una terapia "cost-effective", diventando così un'ottima risorsa per il servizio pubblico. I nostri soci, altri terapeuti, i pazienti, le istituzioni che già conoscono e hanno potuto vedere la sua efficacia, sicuramente continueranno a diffondere l'importanza di avere il supporto della terapia EMDR. Quando abbiamo iniziato nel 1999 la rete e la diffusione era tutta da costruire, adesso possiamo partire da una base molto concreta, stabile e piena di risorse. Per questo motivo i prossimi anni saranno sicuramente ancora più stimolanti e fondamentali per il contributo dell'EMDR al benessere e alla salute mentale.

Non possiamo che ringraziare tutti i soci, i membri del Comitato Direttivo che si sono susseguiti negli anni, i supervisori, i trainer e tutte le persone che hanno supportato l'Associazione EMDR Italia in modi diversi, diretta e indirettamente. Grazie a tutti di aver fatto parte di questo viaggio entusiasmante e incredibile della terapia EMDR in Italia.

Isabel Fernandez

La Scala EARLY come utile strumento di Fase 1 per pazienti con trauma relazionale precoce

Cristiana De Luca¹- Luisa Ladduca

¹Supervisore EMDR - Padova

Il trauma relazionale precoce e il suo ruolo nello sviluppo della psicopatologia adulta

Come dimostrato dallo studio pionieristico di Felitti (1998) sulle Adverse Childhood Experiences (ACEs), un'infanzia segnata da esperienze avverse incrementa significativamente il rischio di sviluppare in età adulta patologie non solo psichiatriche ma anche fisiche, in proporzione diretta alla precocità, alla quantità e alla gravità delle esperienze traumatiche vissute.

Come terapeuti esperti nel trattamento del trauma siamo abituati a ricevere nei nostri studi clienti con varie problematiche mediche, spesso sine causa, ed una costellazione svariata di sintomi psichici quali ansia, depressione, problemi alimentari e comportamenti di abuso, che creano quadri sempre più complessi anche dal punto di vista diagnostico richiedendo quindi interventi altrettanto complessi e ragionati.

Spesso in queste situazioni il contesto familiare è esso stesso teatro dei traumi, dove sono proprio le figure di attaccamento primario (genitori o altri caregiver), che dovrebbero fornire sicurezza e protezione, la fonte del pericolo e dello stress (Liotti & Farina, 2011). Questo può manifestarsi sia attraverso comportamenti di abuso e maltrattamento (fisico, emotivo e sessuale), che sono sia per noi che per i pazienti più facili da individuare; sia in modo più sottile attraverso cure inadeguate, mancanza di contenimento ed omissioni, come il neglect, la deprivazione affettiva e la mancanza d'amore, che sono più difficili da identificare ma altrettanto disorganizzanti.

La complessità aumenta quando il bambino, crescendo, si affaccia anche ad altri contesti sociali, come la scuola e il gruppo dei pari, che a loro volta possono rivelarsi stressanti o traumatizzanti. Spesso viene dato meno rilievo a queste esperienze extrafamiliari, ma la ricerca ci conferma quanto invece siano cruciali nello sviluppo della psicopatologia (Affuso et al., 2014; Onofri et al., 2016).

In generale l'esposizione a stress prolungato e la mancanza di adeguato contenimento durante fasi cruciali dello sviluppo possono condurre alla formazione di stili di attaccamento insicuri o disorganizzati (Bowlby, 1989). Sebbene non immediatamente evidenti ad un osservatore esterno, i traumi relazionali precoci influenzano profondamente la capacità dell'individuo di gestire le relazioni interpersonali in età adulta, anche quella col terapeuta, causando alta sensibilità all'abbandono, mancanza di fiducia, ambivalenza ma anche disregolazione emotiva e comportamentale, dissociazione e altre manifestazioni associate a quadri di PTSD complesso (Liotti & Farina, 2011). In aggiunta questi individui, per proteggersi dai vissuti soverchianti del trauma, strutturano meccanismi difensivi di vari tipi che possono rendere il percorso terapeutico faticoso o addirittura ostacolarlo.

Le sfide iniziali nel lavoro clinico con il trauma

Va da sé che con questi pazienti, il lavoro terapeutico è estremamente impegnativo e richiede tempo, pazienza e delicatezza, nonché una formazione specifica sul trauma relazionale precoce.

Proprio i meccanismi difensivi sviluppati come protezione dal trauma possono ostacolare il percorso terapeutico già dalla Fase 1 della terapia EMDR, in cui dobbiamo raccogliere la storia clinica del paziente e identificare i traumi principali. Nello specifico, i pazienti, nel tentativo di proteggersi dalla sofferenza connessa alle memorie traumatiche, possono mettere in atto difese di evitamento o di controllo, impedendo così un pieno accesso ai ricordi. Anche di fronte a domande dirette e specifiche, possono apparire sfuggenti, idealizzare o minimizzare le proprie esperienze, o addirittura non ricordare eventi significativi. La narrazione della loro storia appare spesso frammentata e incoerente, con difficoltà a collocare gli eventi in una linea temporale. Tutto questo può essere ulteriormente ostacolato dalla presenza di sintomi dissociativi, che rappresentano l'ultima ratio delle difese contro il trauma.

In questa fase, inoltre, è difficile costruire una solida alleanza terapeutica, che dovrebbe essere la base della psicoterapia, perché proprio a causa dei traumi dell'attaccamento, questi pazienti incontreranno notevoli difficoltà nel creare un legame sicuro con noi, manifestando fobia dell'attaccamento, paura del rifiuto, diffidenza nonché intense emozioni di vergogna, paura e rabbia, con un alto rischio di drop out.

I pazienti con trauma relazionale precoce devono quindi affrontare molte resistenze e difese prima di riuscire a

costruire una narrazione coerente della propria vita, integrare le varie parti frammentate del sé e sviluppare un attaccamento sicuro, che rappresentano quindi l'obiettivo finale della terapia più che il punto di partenza.

L'utilizzo di strumenti per la valutazione dello sviluppo traumatico: la Scala EARLY

Per agevolare il paziente in questa fase, è cruciale fornire strumenti adeguati che permettano l'identificazione delle esperienze traumatiche, rispettando al contempo il timing del paziente e le sue difese. A tal fine, abbiamo deciso di tradurre la Scala EARLY (Early Trauma Inventory), un inventario sviluppato nel 2019 dal team di ricerca guidato da Gonzalez e Mosquera, che costituisce, dal nostro punto di vista, un metodo valido e affidabile di Fase 1 per identificare i traumi infantili e adolescenziali in contesti non solo familiari ma anche extra-familiari significativi.

L'EARLY rappresenta una versione ampliata della Scala EFI (Scala delle Esperienze Familiari nell'Infanzia), che già conosciamo (Gonzalez et al., 2010), in cui si esplorano non solo le esperienze avverse familiari ma anche le esperienze positive di cura e la possibile presenza di meccanismi difensivi che possono alterare le risposte e quindi la validità dello strumento.

L'interpretazione dei risultati è facilitata dalla suddivisione della scala in più sezioni, ciascuna delle quali valuta specifici aspetti della vita del paziente.

Nello specifico:

- 1- La prima sezione (**EARLY-G**) valuta la presenza di eventi traumatici e/o stressanti di carattere generale in contesti sia intra che extra-familiari, considerando avvenimenti come i lutti, il trauma della madre, gli abusi sessuali, il bullismo, gli abusi psicologici da parte degli insegnanti, il divorzio dei genitori, l'adozione, la crescita lontano dai genitori, i cambiamenti di residenza, l'emigrazione e l'abuso da parte del partner.
- 2- La seconda sezione (**EARLY-FP**) indaga le esperienze positive di cura in ambiente familiare, esplorando dimensioni quali la capacità dei caregiver di esprimere affetto e offrire supporto emotivo, la qualità della comunicazione familiare e il grado in cui il paziente si è sentito accolto e accettato dalle figure di riferimento.
- 3- La terza sezione (**EARLY-FN**) identifica esperienze avverse all'interno della famiglia, in particolare: la trascuratezza emotiva, l'iperprotezione, l'abuso fisico, l'esposizione a situazioni problematiche in casa, l'inversione di ruolo, la presenza di richieste elevate imposte dall'ambiente familiare, l'abuso emotivo.

Per finire, la scala EARLY-FN contiene cinque item di controllo che possono essere indicativi di scarsa affidabilità delle informazioni fornite a causa di idealizzazione, atteggiamenti difensivi o difficoltà nel ricordare il periodo oggetto di valutazione o scarsa compliance.

Presentiamo di seguito la versione italiana dello strumento insieme alle istruzioni per la sua interpretazione. Ci auguriamo che possa essere utile ai colleghi e ci riserviamo di sperimentarlo ulteriormente per valutarne l'efficacia e l'affidabilità, condividendo in futuro le nostre impressioni e risultati a riguardo.

Bibliografia

- Affuso, G., Bacchini, D., Aquilar, S., De Angelis, G., & Miranda, M. C. (2014). Esposizione alla violenza in contesti multipli e sintomi post-traumatici da stress: Uno studio con adolescenti. *Maltrattamento e Abuso All'infanzia* : 16, 2, 2014, 13–33. <https://doi.org/10.3280/MAL2014-002002>
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura: Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. [https://doi.org/10.1016/S0749-3797\(98\)00017-8](https://doi.org/10.1016/S0749-3797(98)00017-8)
- Gonzalez, A., Mosquera, D., & Leeds, A. M. (2010). *Family Experiences in Childhood Scale (FECS)*.
- Gonzalez-Vazquez, A. I., Mosquera-Barral, D., Leeds, A. M., & Santed-German, M. A. (2019). Initial validation of an instrument to evaluate early trauma: The EARLY Scale. *European Journal of Trauma & Dissociation*, 3(4), 229–233. <https://doi.org/10.1016/j.ejtd.2019.04.003>
- Liotti, G., & Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici: Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa* (Psicologia clinica e psicoterapia, 231). Raffaello Cortina Editore.
- Onofri, A., Onofri, M., & D'Adamo, G. (2016). Le esperienze sfavorevoli infantili: Come affrontare il trauma in psicoterapia : il ruolo dell'EMDR. *Psicobiettivo: Rivista Quadrimestrale Di Psicoterapie a Confronto*: XXXVI, 1, 2016, 17–37. <https://doi.org/10.3280/PSOB2016-001002>

La scala EARLY

(Gonzalez-Vazquez et al., 2019)

Istruzioni per gli intervistatori

Le domande presentate di seguito contengono item relativi al **trauma relazionale precoce** (*early trauma*). È importante essere consapevoli del fatto che rispondere a queste domande può risultare molto difficile per le persone gravemente traumatizzate. L'intervistatore deve tenere presente che i pazienti potrebbero essere riluttanti a comunicare il proprio disagio, il quale potrebbe non essere immediatamente evidente. La persona potrebbe apparire a proprio agio, ma nel rispondere alla scala potrebbe venire sopraffatta da ricordi che non è pronta a gestire. È responsabilità del terapeuta o dell'intervistatore scegliere il momento adeguato per far rispondere il paziente a queste domande, oltre a fornire il contenimento e il supporto necessari (durante e dopo la compilazione). Questa scala non deve essere utilizzata come screening di routine senza la supervisione del clinico, soprattutto in popolazioni con alti livelli di traumatizzazione.

Alcune persone hanno vissuto con diversi caregiver in periodi differenti. Per scopi clinici, può essere interessante compilare la scala delle esperienze familiari per ciascun periodo. Se invece la scala viene somministrata per scopi di ricerca, è opportuno che la persona risponda sul periodo dell'infanzia e dell'adolescenza (dalla nascita fino al compimento dei 18 anni) nel suo insieme.

La scala EARLY si compone di tre sezioni:

EARLY-G: composta da 14 domande con risposte dicotomiche (sì/no), su **eventi generali intra ed extra-familiari**. Non bisogna calcolare un punteggio, ma è utile per verificare la presenza di alcuni eventi abbastanza comuni che potrebbero aver segnato la storia di vita del paziente.

EARLY-FP: scala delle **esperienze positive di cura nell'ambiente familiare**. È strutturata come unico fattore e include 19 item, valutati su una scala Likert che va da 0 a 10. Il punteggio si ottiene sommando gli item e dividendo per il numero di item.

EARLY-FN: scala delle **esperienze familiari avverse**, composta da 44 item valutati su una scala Likert che va da 0 a 10. Si suddivide in 7 sottoscale. Il punteggio di ciascuna sottoscala si ottiene sommando gli item corrispondenti e dividendo per il numero di item.

1- **Trascuratezza emotiva (TE):** item 1, 8, 16, 23, 30 e 37.

2- **Iperprotezione (IP):** item 2, 9, 17, 24 e 38.

3- **Abuso fisico (AF):** item 3, 11, 18, 25 e 32.

4- **Assistere a problemi in casa (PC):** item 4, 12, 19, 26 e 33.

5- **Inversione di ruolo (IR):** item 5, 13, 20, 27, 34 e 39.

6- **Alti livelli di richiesta (LR):** item 6, 14, 21, 28, 31 e 35.

7- **Abuso emotivo (AE):** item 7, 10, 15, 22, 29 e 36.

Gli **item di controllo (C)** corrispondono agli ultimi cinque item della sottoscala EARLY-FN: 40, 41, 42, 43, 44. Vanno esaminati singolarmente per valutare la possibile presenza di idealizzazione, atteggiamento difensivo o difficoltà a ricordare il periodo che si sta valutando.

I punteggi ottenuti nelle scale EARLY-FP ed EARLY-FN non vanno confrontati con dei cut-off, ma ci danno una guida per identificare alcune aree della storia di attaccamento del paziente che potrebbe essere utile esplorare in terapia. Le informazioni ottenute possono aiutarci ad individuare target specifici per l'applicazione del protocollo standard EMDR.

Nome:

Età:

Data:

Istruzioni per la compilazione della scala

La prima parte di questa scala contiene domande su diversi eventi che potrebbero essersi verificati nella tua vita dalla nascita fino al compimento dei 18 anni. Rispondi a tutte le domande segnando con un cerchio "No" o "Sì". Per favore, non lasciare nessuna domanda senza risposta. Se hai qualche dubbio, chiedi all'esaminatore.

EARLY-G

EG1	Nel periodo compreso tra i due anni prima e i due anni dopo la tua nascita, tua madre ha avuto dei problemi seri o è morta una persona importante per lei.	No	Sì
EG2	Sei stato adottato.	No	Sì
EG3	Uno dei tuoi genitori se n'è andato via di casa (a causa di divorzio, separazione o abbandono).	No	Sì
EG4	Hai cambiato città diverse volte durante l'infanzia o l'adolescenza.	No	Sì
EG5	Hai trascorso parte della tua infanzia in un collegio o in un istituto (per almeno un anno o più).	No	Sì
EG6	C'è stata qualche tipo di attività sessuale o condotta sessuale inappropriata con genitori, persone che si prendevano cura di te o familiari con cui avevi un legame significativo (comprese situazioni in cui sei stato toccato o incoraggiato a toccare il corpo in modo inappropriato oppure in cui l'altro tentava qualsiasi forma di approccio sessuale).	No	Sì
EG7	Ti sei sentito forzato ad avere un'esperienza sessuale con qualcuno al di fuori della tua cerchia familiare (ad esempio, qualcuno più grande di te di almeno cinque anni, oppure, anche se con un'età simile, una persona che esercitava un forte controllo su di te o ti minacciava).	No	Sì
EG8	La tua famiglia ha affrontato problemi economici significativi, spesso mancavano beni essenziali come cibo, vestiti o materiali scolastici.	No	Sì
EG9	È morta una persona importante per te.	No	Sì
EG10	Sei stato vittima di aggressioni, pressioni, minacce o hai subito derisioni e rifiuto significativo (esclusione sociale) da parte dei tuoi compagni di scuola in varie occasioni, per un periodo prolungato di mesi o addirittura anni.	No	Sì
EG11	Un insegnante ti sgridava, ti infliggeva punizioni fisiche, ti insultava, ti diceva che non valevi niente, ti ridicolizzava o ti umiliava spesso davanti ad altre persone.	No	Sì
EG12	Sei emigrato da un altro paese.	No	Sì
EG13	Nell'adolescenza hai avuto una relazione con qualcuno che ti maltrattava emotivamente e/o fisicamente.	No	Sì
EG14	Sei stato cresciuto da persone diverse dai tuoi genitori biologici e hai avuto pochissimo o nessun rapporto con i tuoi genitori biologici per anni.	No	Sì

EARLY-FP

Questa parte delle domande si riferisce esclusivamente al contesto familiare, in particolare alle persone che si sono prese cura di te dalla nascita fino al compimento dei 18 anni. Se, per qualsiasi motivo, non sei stato cresciuto dai tuoi genitori, rispondi alle domande facendo riferimento alle persone con cui sei cresciuto. Rispondi riferendoti esclusivamente alla famiglia con cui hai vissuto, non ai parenti con cui avevi una relazione meno stretta. Se non sei sempre stato accudito dalle stesse persone, rispondi alle domande facendo riferimento agli adulti con cui sei cresciuto che ritieni abbiano avuto una maggiore influenza sulla tua vita e sulla tua personalità, sia in senso positivo che negativo. Se hai dubbi, rivolgiti all'esaminatore per capire come compilare la scala.

Per rispondere, segna un numero da 0 a 10 indicando il grado in cui la frase rappresenta la tua esperienza

Non ha nulla a che vedere
con la mia esperienza

Coincide totalmente
con la mia esperienza

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

FP1	Nella mia famiglia mi dimostravano frequentemente quanto mi volessero bene.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FP2	Mi gratificavano quando facevo bene le cose.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FP3	Nella mia famiglia mi facevano sentire importante e speciale.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FP4	Nella mia casa si rideva e ci divertivamo.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FP5	A casa mia solitamente ci scambiavamo baci e abbracci, l'affetto si dimostrava fisicamente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FP6	Posso dire che nella mia famiglia sapevano godersi la vita.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FP7	Nella mia famiglia mi supportavano quando commettevo degli errori o mi uscivano male le cose.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FP8	Mi sono sentito molto amato da piccolo.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FP9	Mi sono sentito rispettato da piccolo.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FP10	La mia famiglia si preoccupava per me e mostrava interesse quando mi succedeva qualcosa.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FP11	A casa mia si parlava di sentimenti apertamente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FP12	Quando avevo qualche problema lo raccontavo non appena tornavo a casa.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FP13	Quando avevo qualcosa di importante da raccontare mi sentivo ascoltato.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FP14	Nella mia famiglia volevano che fossi quello che ero e che facessi quello che facevo.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FP15	A casa mia i problemi si risolvevano in modo tranquillo.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FP16	Da piccolo ho sentito che le mie preoccupazioni interessavano agli altri.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FP17	Mi hanno insegnato ad apprendere dagli errori, quando sbagliavo mi spiegavano in che modo fare le cose.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FP18	La mia famiglia mi spronava a risolvere i problemi autonomamente anche se comunque potevo contare sul loro appoggio se ne avevo bisogno.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FP19	Mi sentivo protetto dalla mia famiglia.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EARLY – FNNon ha nulla a che vedere
con la mia esperienza

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Coincide totalmente
con la mia esperienza

FN1 TE	Sebbene i miei genitori o le persone che si prendevano cura di me fossero presenti in casa, tuttavia a livello emotivo era come se non ci fossero.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN2 IP	Mi proteggevano in modo eccessivo.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN3 AF	Mi picchiavano o mi maltrattavano fisicamente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN4 PC	Nella mia casa c'erano grida costantemente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN5 IR	Da bambino ero io a dovermi occupare dei miei genitori o della mia famiglia.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN6 LR	Sentivo che mi volevano bene solo quando mi comportavo bene o ero obbediente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN7 AE	Mi confrontavano sempre con i miei fratelli o altri bambini.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN8 TE	Da piccolo mi sentivo invisibile in molte occasioni.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN9 IP	Nella mia famiglia si preoccupavano in modo eccessivo per me.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN10 AE	Mi sono sentito ridicolizzato dalla mia famiglia nell'esprimere un'idea o un'emozione.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN11 AF	Mi picchiavano senza alcun motivo.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN12 PC	Nella mia famiglia discutevano molto tra loro a tal punto che non potevano occuparsi di me.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN13 IR	Ho dovuto assumermi responsabilità maggiori rispetto a quelle consone alla mia età.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN14 LR	Sentivo che mi prestavano attenzione solo quando ottenevo buoni voti o spiccavo in alcune attività.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN15 AE	Mi reputavano spesso inutile, stupido, cattivo, superficiale o cose simili.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN16 TE	Nessuno si rendeva conto di quello che mi succedeva o di come mi sentivo.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN17 IP	La mia famiglia era solita risolvere i miei problemi al posto mio.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN18 AF	Mi picchiavano se facevo qualcosa di sbagliato.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN19 PC	Ho assistito frequentemente a un membro della mia famiglia ubriaco.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN20 IR	Ho imparato ad occuparmi di me stesso da quando ero piccolo (cucinare, fare le faccende domestiche, etc.).	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN21 LR	Per molto tempo ho cercato di essere il bambino "perfetto".	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN22 AE	Alla mia famiglia non piaceva come ero fatto.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN23 TE	Nella mia famiglia erano più preoccupati dei loro bisogno piuttosto che dei miei.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Non ha nulla a che vedere
con la mia esperienza

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Coincide totalmente
con la mia esperienza

FN24 IP	Ero il bambino preferito dei miei genitori, sia rispetto ai miei fratelli sia agli altri bambini.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN25 AF	Uno dei miei genitori o una delle persone con cui sono cresciuto era una persona davvero molto violenta.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN26 PC	La persona che mi accudiva è stata gravemente depressa o turbata nella mia infanzia.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN27 IR	Io dovevo occuparmi dei miei fratelli.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN28 LR	Dovevo sempre guadagnarli l'affetto della mia famiglia.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN29 AE	Mi rimproveravano per tutto.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN30 TE	A casa mia non ho mai potuto raccontare le cose peggiori che mi sono successe da piccolo.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN31 LR	A volte mi sentivo confuso su quello che sentivo poiché gli adulti mi dicevano che sentivo qualcosa di diverso.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN32 AF	Mi punivano ingiustamente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN33 PC	Ho assistito a situazioni in cui una persona della mia famiglia si procurava danni fisici.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN34 IR	Gli adulti mi raccontavano i loro problemi.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN35 LR	Nonostante non facessi nulla di male, ero tenuto a chiedere scusa frequentemente.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN36 AE	Qualunque cosa facessi, non era mai abbastanza per la mia famiglia.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN37 TE	Quando andavo a casa dei miei amici pensavo: perché non può essere così la mia famiglia?	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN38 IP	Qualcuno della mia famiglia si metteva a piangere o si mostrava arrabbiato se io non mi sentivo bene.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN39 IR	Nella mia famiglia diventavano nervosi e ansiosi nonostante io mi prendessi cura di loro e cercassi di non farli preoccupare.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN40 C	Un bravo figlio non parla mai male dei suoi genitori.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN41 C	Ricordo poco della mia infanzia dopo i 5 anni o comunque ho delle lacune di memoria.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN42 C	Non mi sento bene a parlare con altre persone di ciò che succedeva nella mia famiglia.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN43 C	Ci sono molte cose della mia infanzia e della mia famiglia che non posso e non voglio raccontare a nessuno.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
FN44 C	La mia infanzia è stata meravigliosa, non ho nessun ricordo negativo.	0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

EMDR E PAZIENTI EVITANTI

Diario clinico di un paziente evitante

Ovvero: come andare al nocciolo della questione

Mariangela Luzzi

Supervisore EMDR - Como e Lugano

I pazienti con supposto **Stile di Attaccamento Insicuro/Evitante** (che chiamerò da qui in poi, per semplificare, 'pazienti evitanti'), come evidenziato nell'articolo contenuto in questa rivista nel settembre 2023 e di cui vi riporto una sintesi, rappresentano una bella sfida per l'EMDR.

Essendosi strutturati su legami con figure genitoriali percepite come distanti, inarrivabili e fredde, o invasive al punto tale da indurli a ritirarsi, il loro perno identitario ruota attorno al **"non sentire"**. Sono "costituiti" da una sorta di anestesia della percezione di sé, degli altri, delle emozioni e delle sensazioni, che è come una coltre di neve che si posa su tutti gli aspetti del vivere rendendo il proprio paesaggio interno ed esterno piatto ed ovattato. Ne consegue che frequentemente non hanno una motivazione intrinseca al cambiamento, vengono in terapia su suggerimento/indicazione di altri, spinti dall'insorgenza di sintomi acuti che non sanno come affrontare e rispetto ai quali mai immaginerebbero un legame con la propria parte psico-emotiva.

Altri **indicatori clinici** importanti sono: idealizzare l'infanzia unitamente a riferire un vuoto di ricordi; farsi trasportare dal flusso degli eventi senza determinarli; rifuggire i conflitti; minimizzare le risonanze emotive; riportare reazioni dorso-vagali. E ancora: scarso senso di continuità interna; scarsa tolleranza delle emozioni positive; posizionamento in "contro-accudimento" verso le figure di attaccamento con esito spesso fallimentare; bisogno di una giusta distanza nelle relazioni e necessità di avere una possibilità almeno mentale di via di fuga; investimento nella performance. Espressioni verbali frequenti dei pazienti possono essere: "normale, va tutto bene, niente, non so, non mi disturba, non voglio disturbare, per me è uguale, mi dica Lei".

Se procediamo con l'EMDR in modo "tradizionale" e teniamo un setting con frequenza fissa, sarà molto difficile agganciare il paziente, individuare i target ed elaborarli.

È quindi necessario in **fase 1 e 2**, usare uno specifico approccio che "riscaldi la struttura", che porti progressivamente la persona a "sentire". A tal fine è opportuno utilizzare strategie ad hoc quali: psico-educazione specifica sugli stili di attaccamento, domande che aprono connessioni sul sentire/non sentire, uso di metafore, decentramento percettivo, rispecchiamento, ipotizzazione, esplorazione di target impliciti, alfabetizzazione emotiva, uso di brevi set di BLS quando il paziente fa piccole connessioni spontanee.

Una volta raggiunto questo obiettivo, necessario per il proseguimento della psicoterapia, il paziente sarà maggiormente in grado di leggere in termini emotivi la sua storia e di percepire aspetti disturbanti nei propri vissuti. Rispetto alla **definizione del piano terapeutico** è più utile partire da quello che il paziente sente di più, anche se si tratta di ricordi recenti, così come fare float back "in azione" ossia mentre si elabora uno specifico target. Per quanto riguarda le fasi **fase 3 e 4**, è necessario considerare prima, di che tipo di "t" stiamo parlando. I ricordi da individuare e trattare saranno in buona parte **traumi da OMISSIONE**, dovremo cioè andare a cercare insieme al paziente non tanto quello che è successo di disturbante nella sua storia (poiché spesso "non è successo niente"), ma ciò che avrebbe dovuto accadere (nei termini di attaccamento sicuro) e non è accaduto. Questo è il disturbo prioritario per i pazienti evitanti.

Per affrontare i target ed in particolare i "t" da omissione, ho strutturato una modalità che definisco **elaborazione "costruttiva dei target"** in quanto non si esaurisce col protocollo standard. Nei pazienti evitanti il protocollo standard agisce bene sulla desensibilizzazione, meno sulla rielaborazione poiché non avendo i pazienti avuto accesso a "file" di sintonizzazione nell'attaccamento e non avendo esperito la base sicura, la loro rielaborazione manca di connessioni "fondative" e non porta nel tempo a cambiamenti significativi nella vita ma ad avere più consapevolezza e a sentire un po' di più. Con gli evitanti, semplificando, "non basta togliere il disturbo" ossia azzerare il SUD, bisogna "dare" ossia installare nella parte conclusiva dell'elaborazione del target (a SUD azzerato o diventato molto basso), il **"file" dell'attaccamento sicuro 'Ideale'** andando ad assolvere tramite la parte adulta che ha risorse (o con una procedura più articolata che ho elaborato e che coinvolge anche le figure di attaccamento originarie e che tratterò in altra sede), il bisogno del paziente in quello specifico target. A questo punto si riprende il protocollo standard fino alla scansione corporea conclusiva.

L'esito della psicoterapia a lungo termine sarà quindi un approssimarsi all'attaccamento sicuro guadagnato.

Fine del riassunto dell'articolo EMDR E PAZIENTI EVITANTI: diario clinico di un paziente evitante ovvero 'cosa ci faccio come terapeuta con l'EMDR se il paziente non sente niente e dice che è tutto normale?' – Rivista di Psicoterapia EMDR Anno XX settembre 2023 n.44 EMDRItalia – M. Luzzi.

Ciò premesso, in questo articolo, vorrei andare al nocciolo della questione

Chiediamoci: qual è la natura del nucleo primario nell'attaccamento? Qual è la ferita che ha marchiato il paziente, che ha fatto sì che noi lo supponessimo evitante, che gli ha anestetizzato il 'sentire', che lo ha reso 'impermeabile' alle emozioni? Qual è il dolore a cui non accede?

Se andiamo indietro, all'infanzia e ancora prima al periodo preverbale, qual è l'origine del tutto?

Ci è chiaro che con una figura genitoriale distante o estremamente invasiva, il bambino impara a sua volta a distanziarsi. Ma come accade? Usiamo la moviola per arrivarci.

È nella natura di ogni cucciolo attaccarsi, e anche il nostro, fa d'istinto dei movimenti verso il genitore. E cosa succede? Succede che gli slanci non sortiscono un successo pieno. Il bambino si trova davanti un genitore che nei fatti è inarrivabile, o perché non disponibile (lontano emotivamente, di una distanza percepita come siderale, assorbito dal suo mondo, non strumentato verso la sintonizzazione col bambino), o perché cronicamente ipercritico e 'insoddisfacibile'. Ma questo lo vedremo dopo.

Il bambino, a questo punto, cade per la prima volta dal paradiso.

Dava per scontata la simbiosi col genitore, si aspettava la prosecuzione del mood vissuto dentro la pancia della mamma. Non solo scopre che non è più così, il che già basterebbe, ma intuisce anche che non c'è più nulla di gratis.

E qui cade per la seconda volta.

Come ogni bravo bambino suole fare, si sforza sempre di più di attaccarsi, mettendosi istintivamente nella posizione del contro-accudimento, del bambino che cerca di occuparsi emotivamente del genitore, che prova ad intercettare i bisogni dell'adulto e si sforza di esaudirli riuscendoci parzialmente (in questo caso riceve un rinforzo che lo fa continuare) o non riuscendoci e rimanendo quindi frustrato. Inizia ad esperire quello che aveva già intuito, ossia che l'attaccamento non è più un diritto di fabbrica, né un dono incondizionato. Diventa qualcosa da conquistarsi per merito, ha un prezzo da pagare, che è quello di mettersi in secondo piano, dare la precedenza al genitore, confidando, anzi essendo certo, che ciò porterà al riconoscimento ed all'assolvimento dei propri bisogni di contatto e di relazione da parte del caregiver. Al tempo stesso, il cucciolo si è messo in una 'mission impossible' per postulato (poiché il bambino, essendo piccolo, pur volendolo, non ha i mezzi per occuparsi del genitore 'nel modo in cui dovrebbe occuparsi per'), ma il nostro cucciolo ancora non lo sa (e spesso neanche il bambino diventato adulto e neanche divenuto adulto adulto).

È qui che ahimè si verifica la terza caduta dal paradiso, nel momento in cui constata di continuare a sentirsi solo nonostante tutti gli sforzi. È una solitudine infinita, abissale, senza confini.

'Quindi Marlena torna a casa che il freddo qui si fa sentire. Quindi Marlena torna a casa che ho paura di sparire'. (Torna a casa - verso canzone Maleskin - 2018)

E così ahimè accade. Ed è da qui in poi che il cucciolo inizia a tirare i remi in barca, a ritrarsi progressivamente, a cambiare operazione, passando dall'addizione alla sottrazione. È qui che impara a mimetizzarsi con le cose, a non sentire, a eclissarsi, a volersi dimenticare di essere, a non esistere, a sparire.

E se identifichiamo bene i target, se abbiamo fatto tutto il 'riscaldamento', impiegando le strategie proposte nell'articolo di settembre, in tutte le stagioni, eccole qui le Cognizioni Negative fondative della struttura evitante: 'non esisto', 'non ci sono', a volte anche 'sono morto'. Essere o non essere: questo è il primo problema. La prima questione è dunque ontogenica.

Il secondo problema, da cui derivano le CP e CN 'secondarie', è: 'sono normale' o 'non sono normale' (nucleo che si manifesta quando c'è consapevolezza sul 'non sentire') e 'merito' o 'non merito' (nucleo che va a braccetto col contro-accudimento e con l'amore condizionato. Da lì al buttarsi a capofitto nella performance, è la cosa più facile).

Se invece abbiamo affrettato le cose e abbiamo trattato il nostro paziente nel nostro solito modo clinico, dovremo nel migliore dei casi accontentarci della CN: 'è colpa mia'. Ciò sta ad indicare che siamo in una fase di totale non consapevolezza in cui l'io del paziente, per reagire al vuoto di sintonizzazione, prova a diventare onnipoten-

te e ad addossarsi colpe non sue per sentire qualcosa e per avere un minimo di controllo. Ma ogni cosa a suo tempo.

Le **CN più superficiali** sono quindi rappresentate da clusters di colpa, inadeguatezza, difettosità.

Le **CN più profonde** riguardano il non essere visti per sé stessi né percepiti nei propri bisogni, non essere considerati, fino a non esistere.

Ecco allora la tragedia che nessuno vede, men che meno il nostro paziente, il quale nel frattempo è diventato sempre più ignaro di sé stesso: è la ferita per non potersi attaccare davvero alla figura materna o alle figure di attaccamento primario, con un conseguente stato di solitudine che lo catapulta ai confini dell'universo.

Il nucleo profondo al quale non è facile accedere è permeato dal **dolore per il mancato/incompiuto attaccamento e da un senso di solitudine tale da essere annichilente**.

Proprio lui che gli altri reputano distaccato, che emotivamente non fa due più due, cela un dolore infinito. Ed è di questo che bisogna rendere il paziente consapevole!

Il dolore dell'omissione. Il dolore per quello che non è successo e avrebbe dovuto accadere.

Non è facile accedere alla ferita del mancato attaccamento. È lo strato più interno della verza. Ci si arriva dopo aver sfogliato e trattato tutti i target possibili. 'Ma come', mi chiederete, 'non erano emersi solo quattro target in croce da trattare?'. 'Eh, no', rispondo io, 'questo sarebbe accaduto nella preistoria, se avessimo chiesto i target al paziente nei primi colloqui, ma siccome noi ci siamo avvalsi di tutto l'armamentario che vi ho riassunto, così non è andata'. Dovete anzi sapere, che una volta che il paziente evitante diventa consapevole di quello che è e non è accaduto nella sua storia e una volta che inizia a sentire di più, i target spuntano spontaneamente e diventano infiniti quantitativamente. Il paziente cioè, a quel punto diventa prolifico e ha una **'fame di target'**.

Ora vuole vivere nel setting terapeutico tutto quello che non ha vissuto/avuto, senza lesinare.

Per darvi un'idea, col mio paziente evitante 'storico', a cui non smetterò di essere grata per il mondo clinico che mi ha aperto, ci siamo accostati dopo circa due anni di psicoterapia EMDR settimanale (che ha retto bene, ma questo io me lo spiego col fatto che proveniva da una pregressa psicoterapia decennale ad orientamento analitico che gli ha fornito strumenti e consapevolezza per cui le fasi EMDR 1 e 2 non sono state particolarmente difficoltose) al nucleo di ferita profonda. Facendo un po' di calcoli, se conteggiamo quarantacinque sedute all'anno circa per due anni, togliamo una stima del quaranta per cento di sedute dedicate a concettualizzazione e a target del presente (più numerose decisamente le seconde delle prime), deduco che avremo dedicato almeno cinquantaquattro colloqui all'attaccamento che vuol dire aver elaborato una sessantina di target (perché a volte abbiamo trattato più ricordi nello stesso incontro).

Torniamo un attimo alla sua storia, anzi alla vita del paziente prima delle psicoterapie e/o dei percorsi di autoconsapevolezza, perché questo mi dà modo di fare un affondo sulla costruzione del processo identitario. Col passare del tempo, dicevamo, il paziente è diventato sempre più ignaro di sé stesso. Che identità si è formata quindi? Qual è la **natura dell'io**?

Per definirla, userò il criterio della 'coesione interna' (che è mediamente debole nei pazienti evitanti): si dispiega lungo un continuum che va dall' 'lo coartato' all' 'lo diffuso' all' 'lo evanescente'. Da ciò derivano una serie di implicazioni cliniche che richiedono setting flessibile e ruolo proattivo del terapeuta. Nel paziente con supposto Stile di Attaccamento Sicuro prevalente, il continuum va dall' 'lo integro' all' 'lo aggregato' all' 'lo coeso'.

L'io coartato: vi è un eccesso di chiusura, le difese sono molto rigide, il paziente è bloccato e non si pensa. Se viene in terapia fa scena muta. È un blocco di marmo.

L'io diffuso: il paziente è mimetico, è 'ovunque' e in nessun posto insieme, fa fatica a percepirsi ma si pensa. Potrebbe andare spesso in trasferta, dividersi tra più lavori o vivere sparso in più case, sentendosi a proprio agio. Vive a intermittenza, 'annacquato', è un acquerello. Ha più appartenenze, segue più direzioni nella propria vita, senza sentirle sue fino in fondo.

L'io evanescente: in questo caso slittiamo verso la completa trasparenza (nel senso di invisibilità) e la non esistenza. L'io è talmente volatile che è sulla soglia dello scomparire. Il paziente vive sulla sua nuvoletta, a tre metri dalla realtà. Vive poco. È vagante, si perde. Non ha una direzione da seguire, si lascia trasportare dall'aria e dalle correnti. Considerata la debole coesione dell'io del paziente evitante, sarà necessario cercare di 'ancorarlo', concretizzare il più possibile il mondo interno, in modo che possa 'stare' nello studio del terapeuta e non sgusciare via con pretesti vari.

Per identificare e trattare i target, ho constatato che è utilissimo l'utilizzo frequente dell'**EMDR SandTray** (approccio SandTray Therapy—Ana Gomez in "Terapia EMDR integrazione degli interventi in età evolutiva, trauma complesso, attaccamento e dissociazione). Contribuisce in modo significativo al far sì che il target 'prenda corpo', diventi 'un fatto', acquisti consistenza e sia quindi elaborabile pienamente.

Passiamo ora all'analisi di un **caso clinico**. Prendiamo un paziente rappresentativo, il mio 'paziente storico'

Giovanni – nome di fantasia chiaramente- per meglio comprendere la ferita originaria dell'evitamento.

La dinamica chiave della storia di attaccamento di Giovanni era la seguente: figura materna impegnata a regolare perennemente le preoccupazioni e le piccole ma continue disregolazioni emotive del marito, che avevano la precedenza sui bisogni dei figli; padre ansioso che trasmetteva inconsapevolmente ai figli una visione catastrofica della vita unita ad aspettative che gli stessi dovessero aderire ai percorsi (di studio, di sport, di carriera..) da lui predisposti, pena la depressione. Qui apro una parentesi: la sorella maggiore di Giovanni da giovane adulta ha iniziato a soffrire di depressione maggiore mentre lui se l'è cavata con dei tratti depressivi adolescenziali che si sono mimetizzati con i problemi dell'adolescenza e sono perciò passati in secondo piano anche perché lui, a differenza della sorella, ha capito il meccanismo e si è adeguato ai voleri del padre.

La domanda di terapia di Giovanni era la seguente: risolvere sintomi psicosomatici da lui ritenuti di lieve entità ma che lo disturbavano molto (respiro che si blocca, sbadiglio a metà, fastidio allo stomaco...).

Esempi di target trattati inerenti alla ferita primaria di attaccamento emersi dopo aver trattato tutti i target di attaccamento sia con figura materna che paterna (specifico che dopo aver trattato i target passati e presenti, i sintomi migliorano ma non si risolvono):

Il paziente arriva in seduta riportando una riacutizzazione dei sintomi stessi. Prendiamo l'immagine peggiore, facciamo l'assessment, il float-back e tornando indietro, Giovanni torna alla depressione preadolescenziale del periodo delle medie (già trattata), specificando però che ora ripensandoci la cosa che lo disturba di più, è non essere stato capito dalla madre.

- target: 'io in cucina che piango e mia sorella che fa notare alla mamma che sono di là e che piango e la mamma che viene in cucina ma non è in grado di supportarmi di capirmi, di aiutarmi'.

Immagine peggiore: madre di là che non vede.

Consegna: 'cosa accade dentro di te in relazione al comportamento della mamma'.



Giovanni (attraverso l'utilizzo della sand tray): 'il dinosauro è la mia parte che non ha strumenti (descrive le zampe anteriori come monche); mi sento come questa mummia: sono bloccato, non riesco a muovermi, a fare nulla e non capisco perché; mia madre non riesce ad aiutarmi ed io sto talmente male che sto morendo dentro, mi sento imprigionato e capisco ora che questa è la parte che origina i sintomi come fossero un help -insight pazzesco che sottolineo-.

Segue desensibilizzazione.



Consegna successiva: 'ora rappresenta la scena ideale, ovvero: qual è il bisogno di Giovanni del ricordo?'

Giovanni: 'Di avere un adulto che sa gestire la situazione. Qui metto il bambino maghetto che è la mia parte piccola che va bene, che ha risorse e potenzialità e qui ho messo questo poliziotto perché ci vuole qualcuno che faccia ordine'.

Lavoro con EMDR tra le parti: pendolazione (nella sand-box muovere una bacchetta tra le parti in modo da sollecitare SBL nel paziente) tra parte maghetto bambino e dinosauro, tra maghetto e mummia, poi tra maghetto e morte e poi tra poliziotto e maghetto..

Il target va a zero, installiamo CP e facciamo la scansione corporea.

Dopo questo target, nella seduta successiva dice:

- **è come se non avessi mai vissuto l'amore di mia mamma** (sensazione della madre che lo 'tradisce', non porta mai a compimento l'amore perché dà precedenza al padre - **ecco qui palesata la ferita per il mancato, incompiuto attaccamento**).

A seguire: individuazione di target in cui l'amore non è stato vissuto, uso del protocollo standard finché il SUD non si abbassa significativamente e successivamente uso dell'"Ideale" (consegna: 'bene, ora focalizziamoci sull'amore della mamma'). Vengono così svolti diversi target ideali di assolvimento dei bisogni di Giovanni bambino, ragazzino da parte della madre supportata dalla parte adulta con le risorse del paziente.

Successivamente, nell'ultima fase della terapia abbiamo potuto affrontare dei target sul presente e su scenari futuri con il protocollo standard.

Integrazione tra EMDR e Psicoterapia Cognitiva dell'Autismo senza compromissione intellettiva e del linguaggio: Un caso clinico per lo sviluppo di una LIGHT GUIDELINE

Maria Marino* - Annamaria Scapicchio°

*Scuola di Psicoterapia Cognitiva, SPC - Practitioner EMDR

°Supervisore EMDR - Napoli

Positionary statement (nota delle autrici):

Esiste una notevole pluralità di opinioni sull'uso del "Person First Language" (PFL) o dell' "Identity First Language" (IFL), e ci sono argomentazioni a sostegno di entrambe le scelte all'interno di questo dibattito.

In questo lavoro, abbiamo scelto di utilizzare un linguaggio "Identity first" (IFL).

Pertanto, nel testo verrà utilizzata la dicitura "persona autistica" piuttosto che "persona con autismo".

Questo, in relazione al fatto che l'autismo è una caratteristica centrale e fondativa dell'individuo, che ne definisce l'identità e che non può essere separata dalla persona.

Inoltre, l'uso di un linguaggio "person first" ("persona con autismo") può supportare visioni stigmatizzanti e relative a caratteristiche percepite come negative o diminutive della persona.

Il linguaggio identity first è, infine, coerente con la più ampia prospettiva della neurodiversità e della neurodivergenza, che vede l'autismo prima di tutto come l'espressione di una differenza neurologica, più che come una condizione intrinsecamente patologica (Vivanti, 2020; APA, 2023).

Riassunto:

L'Autismo (o Disturbo dello Spettro Autistico, ASD) è una condizione neurodivergente che si manifesta nell'infanzia. L'ASD presenta differenze caratteristiche (o difficoltà) nell'interazione e nella comunicazione sociale e modelli di comportamento e interessi ristretti, ripetitivi e stereotipati (APA, 2013; APA 2023). È una condizione oggi molto frequente (Bajo et al., 2018). La severità e l'impatto delle caratteristiche centrali dell'ASD possono variare molto. Così, alcune persone autistiche presentano tratti marcati, disabilità intellettiva e deficit comunicativi e altre, invece, caratteristiche più sottili, che spesso vengono identificate e riconosciute in adolescenza o in età adulta. Sono, queste ultime, le condizioni oggi definite "Autismo senza compromissione intellettiva e del linguaggio" (DSM 5 e 5 -TR, APA 2013, 2023), prima conosciute come "sindrome di Asperger" (DSM IV TR). In questi casi, i tratti autistici si manifestano in modo più sfumato, con atipie sottili nella cognizione sociale e nello stile relazionale, e con una maggiore vulnerabilità dei processi di regolazione emotiva e sensoriale (Attwood, 2019; Marino, 2024).

Le persone autistiche manifestano una maggiore vulnerabilità psicopatologica (Attwood, 2019; Marino, 2024), con elevata incidenza di diversi quadri psicopatologici, tra i quali anche il Disturbo Post Traumatico da Stress (PTSD) e sintomi correlati a trauma, (Hossain et al., 2020; Fisher et al., 2023). Nella ricerca e nella clinica c'è oggi un crescente interesse nel comprendere la relazione tra trauma, PTSD e autismo.

I sintomi correlati a trauma sembrano molto presenti nell'autismo: dal 2% al 17%, rispetto al 3% nei soggetti neurotipici (Rumball, 2019), e spesso sottostimati. Le persone autistiche presentano molti fattori di rischio per una maggiore esposizione a esperienze traumatiche e a traumi relazionali. Inoltre, è verosimile che ci sia una specificità autismo correlata, in relazione alla traumaticità esperita per alcuni eventi. È ipotizzabile che le persone autistiche siano spesso esposte a situazioni direttamente o indirettamente traumatiche, anche in relazione alla maggiore vulnerabilità dei processi di elaborazione sensoriale emotiva e cognitiva, espressa nell'autismo. (De Prince, 2005; Mazefsky et al., 2013; Culatta et al., 2017; Rumball, 2019).

Questo rende necessario individuare la presenza di sintomi traumatici laddove presenti, anche al fine anche di elaborare o rinforzare strategie di lavoro terapeutico sul trauma nell'autismo, in relazione alle specifiche caratteristiche di questa neurodivergenza in relazione alle differenze nello stile di elaborazione delle informazioni.

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing; Shapiro, 1989) è una terapia *bottom – up* in 8 fasi,

basata sul modello adattivo dell'elaborazione delle informazioni (AIP), che utilizza tecniche di stimolazione bilaterale, utili a riattivare il processo di elaborazione delle informazioni memorizzate in modo disfunzionale a livello neurofisiologico. Il lavoro è scandito in fasi, a partire dal riconoscimento degli episodi più significativi nella sintomatologia espressa dal paziente, e dalla loro identificazione come *target* correlati a specifici elementi cognitivi, emotivi e sensoriali, sui quali si lavorerà con la stimolazione bilaterale fino alla loro elaborazione e risoluzione, in termini di disagio percepito e di cognizioni negative correlate (Shapiro, 2019).

Inizialmente utilizzato come trattamento per persone affette da Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD), l'EMDR si è evoluto come un approccio integrato, dimostrando la sua efficacia non solo con il PTSD ma anche con una molteplicità di disturbi psicopatologici e con le condizioni correlate ai tratti relazionali.

Tra le terapie di elezione per il PTSD, l'EMDR presenta elevate evidenze di efficacia (WHO, 2013; Navarro et al., 2016; NICE, 2018; Manzoni et al., 2021;).

Nonostante ciò, i dati relativi a EMDR e autismo, ad oggi, sono esigui.

Tuttavia, i risultati degli studi presenti sono indicativi della possibilità e dell'efficacia dell'utilizzo dell'EMDR con persone autistiche (L.-v. Buuren et al, 2019; Fisher, 2023; Leuning et al., 2023; Firat et al., 2023;) e dell'utilità di elaborare strategie e protocolli dedicati.

Viene qui presentato il caso clinico di una giovane paziente autistica (Autismo senza compromissione intellettiva e del linguaggio associata) con caratteristiche di comorbidità relative a un disturbo di ansia socio-prestazionale e alla presenza di schemi patogeni e sintomi correlati a traumi di tipo relazionale.

Verranno discussi il rationale, la formulazione e il lavoro sul caso, basati sul modello di psicoterapia cognitiva adattata all'Autismo in integrazione con l'utilizzo dell'EMDR, quest'ultima, sulla base dei dati presenti in letteratura in merito all'adattamento del protocollo EMDR nell'Autismo.

Questo caso clinico può rappresentare il primo *step* per il successivo sviluppo di una linea guida pratica per l'applicazione di EMDR nella terapia con persone autistiche.

Parole chiave: EMDR, Autismo, Neurodivergenza, Psicoterapia Cognitiva

Introduzione:

L'autismo è una neurodivergenza. Viene definito come una condizione del neurosviluppo caratterizzata da anomalie dell'interazione socio - comunicativa e del comportamento (i cosiddetti «*core symptoms*», che rendono «riconoscibile» questa condizione).

Le caratteristiche «centrali» dell'autismo sono fortemente correlate e mediate da differenze nei processi di elaborazione delle informazioni, nelle funzioni esecutive e nella regolazione emotiva e sensoriale, con maggiore vulnerabilità (Marino, 2024).

Tali caratteristiche e, i processi connessi, possono manifestarsi in modo più profondo o in modo più sfumato, con anomalie socio-comunicative e comportamentali minori, livello intellettivo nella norma o superiore, e sottili differenze nei processi di elaborazione e regolazione delle informazioni (Attwood, 2019; Marino, 2024)

Questa condizione «più sfumata» viene ad oggi definita «autismo senza compromissione del linguaggio e dell'intelligenza associata» (DSM 5 e DSM 5- TR. APA, 2013; 2022)

Nell'autismo senza compromissione intellettiva e del linguaggio, nel corso dell'adolescenza e in età adulta le manifestazioni «*core*» possono diventare estremamente sottili, mentre rimangono più evidenti le differenze nei processi di elaborazione e regolazione delle informazioni, con predisposizione al sovraccarico cognitivo, emotivo e sensoriale, e conseguente maggiore vulnerabilità e incidenza di difficoltà di regolazione (Attwood, 2019; Fung et al., 2021, Marino, 2024).

Gli elementi relativi ai processi sopra citati, rappresentano dei *target* importanti sul piano teorico e clinico, per la comprensione e formulazione del caso e per il lavoro psicoterapeutico, anche in relazione alla scelta di strategie e protocolli.

Le persone autistiche, anche in relazione alle sopra menzionate differenze nei processi di elaborazione e regolazione delle informazioni, manifestano una maggiore vulnerabilità psicopatologica, con elevata incidenza di condizioni in comorbidità (Attwood, 2019; Marino, 2024).

Tra queste, anche il disturbo post-traumatico da stress (Hossain et al., 2020 Fisher et al., 2023).

Oggi, nella clinica e nella ricerca, c'è un crescente interesse a comprendere la relazione tra trauma e autismo.

I sintomi correlati a trauma sono molto rappresentati nell'autismo: dal 2 al 17%, rispetto al 3% di prevalenza nei soggetti neurotipici (Rumball, 2019; Fisher et al., 2023).

Le persone autistiche presentano maggiore rischio di incorrere in situazioni avverse e minore capacità di *coping* nel fronteggiamento di situazioni stressanti. È verosimile che debba essere considerata, nella

vulnerabilità allo stress e nelle strategie di fronteggiamento, una specificità autismo correlata. (De Prince, 2005; Mazefsky et al., 2013; Culatta et al., 2017; Rumball, 2019). Tale specificità potrebbe riguardare le caratteristiche sensoriali e il sistema di elaborazione delle informazioni, sia rispetto a una maggiore vulnerabilità al sovraccarico e a una più intensa risposta allo stress, che rispetto all'effetto peggiorativo degli stessi fattori stressanti sui processi di metacognizione sociale (comprendere e interagire con l'inefficienza altrui) e di regolazione emotiva, già atipici nell'autismo. Anche alla luce dell'insieme di tali caratteristiche, le persone autistiche sono più vulnerabili all'esposizione e alle conseguenze psico-sociali di eventi traumatici (L.v Buuren et al., 2019; Fisher et al., 2023). Inoltre, la percezione della propria «diversità» rende le persone autistiche più fragili e maggiormente esposte a episodi avversi nei contesti interpersonali e sociali, fin dall'età evolutiva (Attwood, 2019).

La maggiore vulnerabilità aumenta l'incidenza di stress cronico, di sintomi di ansia e di depressione, e può influenzare negativamente la capacità di gestire eventuali *stressor* futuri, aumentando il rischio di ri-vittimizzazione o ri-traumatizzazione (Attwood, 2019; L.v Buuren et al., 2019).

L'elevata prevalenza di sintomi correlati a traumi nell'autismo (Rumball, 2019; Fisher et al., 2023) suggerisce l'utilità di applicare protocolli di intervento sul trauma e sulla sintomatologia correlata, focalizzati e specifici, al fine di supportare e riavviare un processo di elaborazione funzionale delle informazioni relative alla memoria traumatica, di sviluppare nuove strategie di *coping* e di ridurre l'aumentata vulnerabilità al rischio di ri-vittimizzazione e ri-traumatizzazione (L.v Buuren et al., 2019).

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing; Shapiro, 1989) è una terapia *bottom – up* in 8 fasi, basata sul modello adattivo dell'elaborazione delle informazioni (AIP), che utilizza tecniche di stimolazione bilaterale, utili a riattivare il processo di elaborazione delle informazioni memorizzate in modo disfunzionale a livello neurofisiologico, in seguito agli eventi traumatici. Il lavoro è scandito in *step*, a partire dal riconoscimento degli episodi più significativi nella sintomatologia espressa dal paziente e dalla loro identificazione come *target* correlati a specifici elementi cognitivi, emotivi e sensoriali, sui quali si lavorerà con la stimolazione bilaterale fino alla loro elaborazione e risoluzione in termini di disagio percepito e di cognizioni negative correlate (Shapiro, 2019).

Inizialmente utilizzato come trattamento per persone affette da Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD), l'EMDR si è evoluto come un approccio integrato, dimostrando la sua efficacia non solo con il PTSD ma anche con una molteplicità di disturbi psicopatologici e con le condizioni correlate ai traumi relazionali.

Tra le terapie di elezione per il PTSD, l'EMDR presenta elevate evidenze di efficacia (WHO, 2013; Navarro et al., 2016; NICE, 2018; Manzoni et al., 2021).

Ad oggi, nonostante l'aumentata vulnerabilità al trauma, i dati relativi all'utilizzo dell'EMDR nella psicoterapia per l'autismo sono esigui, l'integrazione dell'EMDR nella psicoterapia per l'autismo ancora poco utilizzata, e non sono state ancora elaborate linee guida operative e generalizzabili in protocolli condivisi.

I dati ad ora disponibili, tuttavia, sono incoraggianti e indicativi della possibilità e dell'efficacia dell'utilizzo dell'EMDR con persone autistiche (Fisher, 2023).

Sembra utile delineare, ai fini della successiva presentazione del caso clinico, alcune ipotesi esplicative della difficoltà di integrazione dell'EMDR nel lavoro psicoterapeutico con l'autismo; basandoci sulla letteratura clinica e scientifica sulla neurodivergenza e sull'integrazione tra terapia EMDR e autismo, di seguito mettiamo in luce alcune delle possibili spiegazioni.

Una prima area di difficoltà può riguardare le caratteristiche neurodivergenti in sé: le persone autistiche manifestano frequentemente peculiarità nello stile narrativo, in particolare in relazione alla narrazione episodica, così come difficoltà nei processi metacognitivi e sensoriali coinvolti nel riconoscimento di stati mentali problematici o di condizioni stressanti (monitoraggio, caratterizzazione, Alessitimia, propriocezione, alterazioni sensoriali e processi di integrazione). Sono rilevanti, inoltre, difficoltà specifiche a interpretare le intenzioni altrui. Tali difficoltà sono correlate da un lato a differenze nello stile pragmatico e di inferenza sociale - con consapevolezza tardiva della potenziale pericolosità di talune circostanze; d'altra parte, tali caratteristiche possono essere anche secondarie alla «normalizzazione» di ripetute esperienze avverse.

Quanto sopra delineato in termini di processi e di caratteristiche specifiche, può avere naturalmente un impatto sulla narrazione e sulla capacità della persona autistica di riconoscere e di riportare, nel dialogo terapeutico, i vissuti relativi ad esperienze consapevolmente «etichettate» come traumatiche o impattanti - che spesso non vengono riconosciute, «etichettate» e quindi condivise, o che la persona non «sa» come esprimere, in termini di racconto, all'interno del dialogo clinico. La possibilità di condividere esperienze così impattanti, può essere inoltre compromessa dall'intensità emotiva esperita, e dall'interferenza di tale sovraccarico sui processi di regolazione cognitiva e metacognitiva, anche in relazione alla capacità dialogica (Attwood, 2019; Fung et al.,

2021; Marino, 2024). Altre variabili incidenti nella difficoltà a utilizzare l'EMDR in integrazione al lavoro con l'autismo, sono relative alla presenza o meno di esperienza specifica da parte del terapeuta nel lavoro con le persone autistiche e nel lavoro con EMDR, che spesso non coesistono (Fisher et al., 2023).

Inoltre, la letteratura evidenzia la rilevanza dei *bias* del terapeuta rispetto all'applicabilità dei protocolli EMDR nel lavoro con l'autismo, dovuti alla percezione di una maggiore vulnerabilità delle persone autistiche, percepita come un indicatore sfavorevole rispetto ai requisiti di stabilità e sicurezza richiesti per l'applicazione del protocollo EMDR (L. – v Buuren et al., nel 2019).

Eppure, gli studi riportati concordano sull'efficacia e l'applicabilità dell'EMDR nel lavoro con l'autismo.

L.-v Buuren et al. (2019) e Fisher et al. (2023), evidenziano come la terapia EMDR sia un approccio utilizzabile ed efficace nel lavoro con pazienti autistici che soffrono di sintomi post-traumatici, anche relativi a traumi relazionali, condizioni complesse che riguardano esperienze traumatiche di natura interpersonale, che avvengono all'interno di un contesto relazionale di riferimento significativo, spesso coinvolgendo le figure di attaccamento e la storia precoce del soggetto (Farina e Liotti, 2011).

I lavori degli autori, sia gli studi clinici che le revisioni, evidenziano, dopo l'applicazione dell'EMDR, sia una riduzione della sintomatologia correlata a trauma che degli aspetti sintomatologici co-morbidi

L'utilizzo dell'EMDR sembra correlato anche miglioramenti nelle competenze di attenzione al contesto sociale, questi ultimi verosimilmente secondari al sollievo dallo stress, e alla conseguente diminuzione del sovraccarico dovuto agli elementi trauma correlati (L-v Buuren et al, 2019; Fisher et al., 2022; Fisher, 2023; Leuning et al., 2023; Firat et al., 2023).

Un aspetto fondamentale, infine, anche considerando le difficoltà sopra menzionate nell'utilizzo dell'EMDR nell'integrazione al lavoro psicoterapeutico con l'autismo, riguarda la mancanza di procedure condivise e protocolli dedicati all'utilizzo dell'EMDR nel lavoro terapeutico con persone neurodivergenti.

Questo aspetto risulta di particolare rilevanza, considerando le esigenze specifiche delle persone autistiche, legate alle loro caratteristiche sensoriali, metacognitive, e all'impatto del sovraccarico nei processi di elaborazione delle informazioni e sul lavoro terapeutico.

Fisher et al. (2023), in due *survey study*, ribadendo i risultati positivi sull'utilizzo e l'efficacia dell'EMDR nel lavoro psicoterapeutico focalizzato sul trauma con le persone autistiche, evidenziano alcune caratteristiche ricorrenti, sottolineate dai terapeuti intervistati che hanno applicato il protocollo EMDR nel loro lavoro terapeutico con l'ASD:

- Un diffuso utilizzo di adattamenti del protocollo alle esigenze specifiche del paziente, anche in relazione a caratteristiche specificamente autismo-correlate.
- L'osservata mancanza di protocolli e di procedure standard e specifiche per l'ASD e l'opinione unanime sull'utilità di formulare procedure condivise.
- L'importanza di focalizzare le strategie e gli adattamenti del protocollo su una formulazione su misura del caso clinico.
- La necessità di formazione specifica sull'EMDR e sull'ASD e di supervisione.

Questi ultimi elementi si aggiungono alle potenziali difficoltà sottese all'utilizzo dell'EMDR nella terapia con le persone autistiche. D'altra parte, queste stesse difficoltà sottolineano anche la grande possibilità che si aprirebbe nel lavoro psicoterapeutico con le persone con autismo, se si elaborassero protocolli specifici per l'utilizzo dell'EMDR nell'autismo, da utilizzare nel lavoro sulle esperienze traumatiche e da integrare nella formulazione del caso.

Caso clinico:

Presentiamo il caso clinico di una giovane donna di 23 anni, autistica, con la quale è stato fatto un lavoro di psicoterapia cognitiva integrato con l'utilizzo dell'EMDR su specifici *target*, connessi a episodi traumatici di natura relazionale.

L. ha intrapreso la psicoterapia quando era adolescente, in seguito alla diagnosi di Disturbo dello spettro Autistico ("Autismo senza compromissione intellettiva e del linguaggio, livello di gravità 1"), correlato a specifiche difficoltà di apprendimento (disgrafia), del controllo esecutivo e a marcata ansia socio-prestazionale.

Parallelamente alla conoscenza e alla costruzione di una buona relazione e alleanza, nella prima fase di lavoro ci siamo focalizzate sull'individuazione di schemi e credenze patogene, e sugli obiettivi di vita della paziente, questi ultimi relativi al sentirsi accettata e inclusa, all'area dell'espressione spontanea, dell'autonomia e del senso di competenza e di efficacia personale e sociale. Progressivamente, in linea con i bisogni di L. e con le

indicazioni in merito al lavoro sulla consapevolezza di diagnosi, in relazione all'età e alla fase di vita presenti in letteratura (Attwood e Gray, 2014) abbiamo integrato alla formulazione del caso gli elementi relativi alle caratteristiche neurodivergenti, data la loro rilevanza nel funzionamento interno del disturbo, quali variabili indipendenti (Marino, 2024). Questo, nel tempo, ha portato a un lavoro basato sulla consapevolezza della propria neurodivergenza e sulla capacità di gestirla, anche nel rapporto con gli elementi di vulnerabilità psicopatologica, in particolare in relazione all'ansia sociale e prestazionale.

Di seguito, una rappresentazione grafica di alcuni elementi del profilo interno, successivamente argomentati:

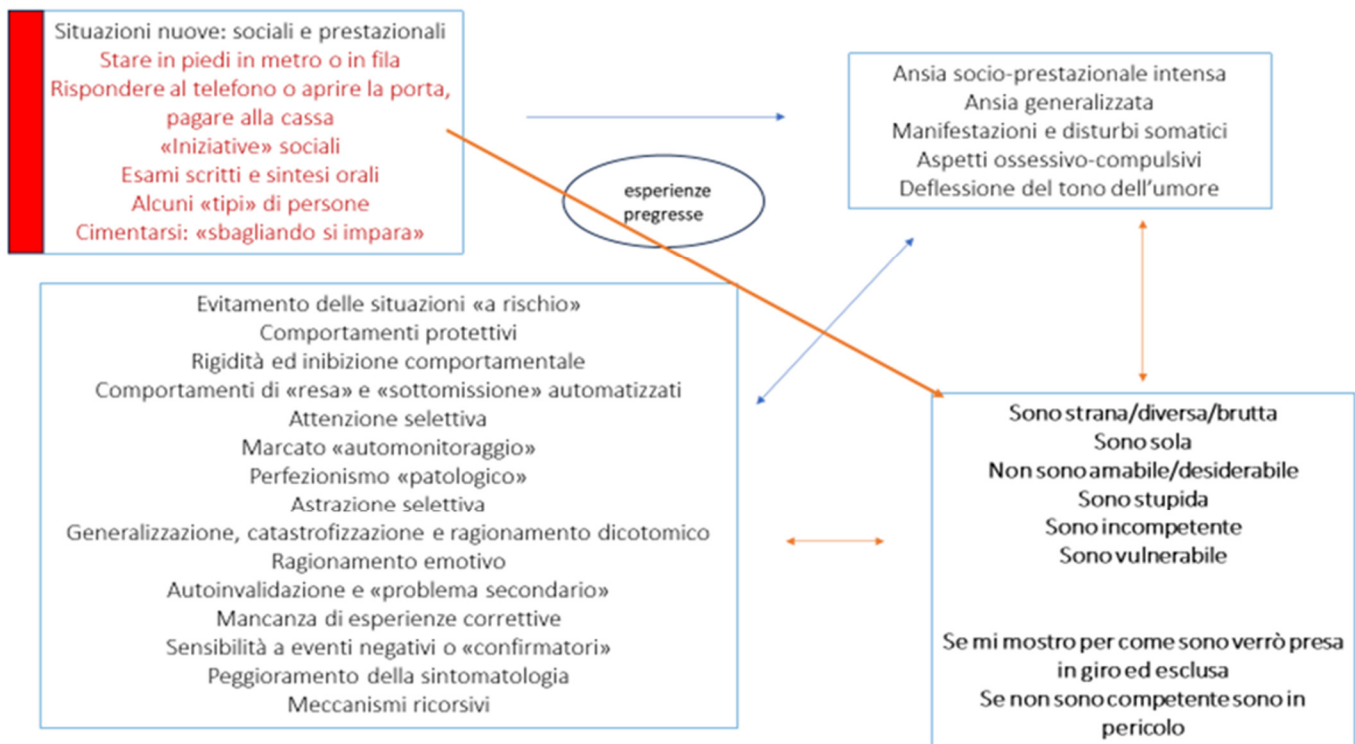


Figura 1

Situazioni nuove, di esposizione sociale e/o suscettibili di giudizio «prestazionale», generavano nella paziente anche a causa dell'influenza di esperienze negative pregresse- una forte risposta di allarme con evitamenti, comportamenti protettivi e inibizione, o atteggiamento interpersonale di allineamento all'opinione altrui, con scarsa consapevolezza dei propri bisogni o sacrificio.

La reazione emotiva e comportamentale, coerente con un *appraisal* negativo e di minaccia delle situazioni sociali e prestazionali, era mediata da numerosi *bias* e processi cognitivi disfunzionali, ai quali erano sottesi schemi e credenze negative appartenenti al dominio dell'auto-difettosità, dell'amabilità, della sicurezza, del controllo delle scelte e dell'autonomia.

L'influenza dei meccanismi ricorsivi a circolo vizioso e della forte autocritica, insieme alla percepita impotenza nel modificare la propria situazione, contribuivano a generare sintomi somatici e deflessione del tono dell'umore.

In relazione alla sopra menzionata influenza delle caratteristiche neurodivergenti, intese come differenze nello stile di elaborazione delle informazioni, e all'idea di fondo che i processi neurodivergenti lavorino insieme agli schemi e alle credenze patogene come variabili indipendenti (V.I.), (Marino, 2024), nella psicoterapia è stato gradualmente integrato un lavoro sull'identificazione, la consapevolezza e la gestione delle proprie caratteristiche neurodivergenti, soprattutto quelle relative ai processi metacognitivi, personali, enterocettivi, sensoriali ed esecutivi, influenti per la regolazione emotiva e i comportamenti sociali e interpersonali.

Questo ha aiutato non solo in termini di consapevolezza e gestione diretta, ma anche in relazione a una maggiore consapevolezza dell'impatto di tali caratteristiche sugli schemi patogeni e sull'espressione della sintomatologia correlata.

Progressivamente, anche attraverso la rimodulazione delle credenze patogene e a una graduale esposizione alle situazioni temute, seguita da un controllo dei fatti basato su una lettura realistica degli esiti negativi e positivi, si

è arrivati: a una maggiore consapevolezza personale e a una riduzione della percezione negativa della propria diversità, che ha acquistato una nota di maggiore chiarezza e gestibilità; a una modulazione consapevole dei comportamenti sociali, con maggiore padronanza dell'autoregolazione e autocontrollo del carico; a una riduzione dell'intensità, della pervasività e dell'automatismo degli schemi patogeni, con riduzione dell'ansia, del perfezionismo e dell'inibizione.

Segue una rappresentazione grafica del lavoro di integrazione fra schemi patogeni e variabili relative a processi e caratteristiche neurodivergenti:

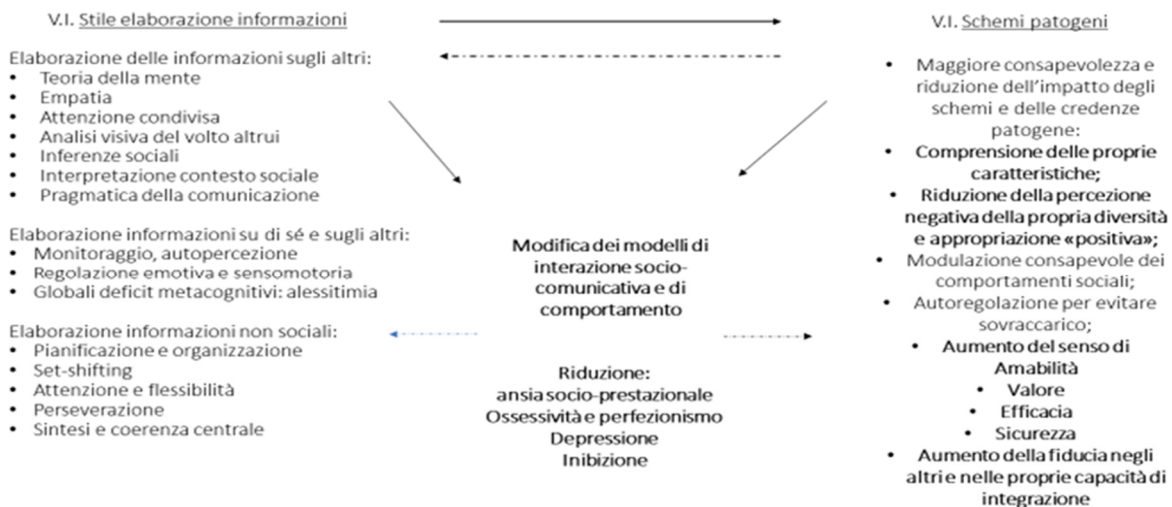


Figura 2

Questa fase di lavoro ha contribuito a sostenere una profonda conoscenza, da parte di L., del proprio autismo e a sviluppare una gestione consapevole delle caratteristiche correlate, contribuendo a significativi cambiamenti cognitivi, metacognitivi e comportamentali.

Il lavoro terapeutico ha mantenuto un andamento positivo fino a che il termine dell'università e l'emersione di nuovi obiettivi, relativi a radicali cambi nello stile di vita, hanno portato alla riemersione degli schemi patogeni e di una acuta sofferenza emotiva.

I fattori di "squilibrio" ruotavano intorno al progetto di un cambio di vita legato a un trasferimento all'estero, accuratamente progettato insieme alla paziente.

Subito dopo il trasferimento, L. avverte una intensa paura, un forte senso di vulnerabilità ed inefficacia personale, percependo l'impossibilità a badare a sé stessa in modo autonomo, fronteggiando le difficoltà e gli imprevisti di una vita indipendente e lontano da casa.

Per L., rapidamente, si confrigura l'impossibilità di rimanere all'estero anche un solo minuto di più. Così, decide di rientrare al più presto.

Al ritorno, con la paziente, sono stati identificati alcuni eventi concreti (il viaggio lungo e scomodo, la prolungata e complessa esposizione a tanti stimoli, e la rapidità nel doversi adattare alle esigenze situazionali nel corso del viaggio), che hanno contribuito, data anche la vulnerabilità specifica della paziente, ad aumentare il sovraccarico e lo stress, incrementando le difficoltà metacognitive e di regolazione emotiva e comportamentale, con ulteriore aumento della risposta di allarme e di paura rispetto alle situazioni nuove, e conseguente peggioramento delle competenze di fronteggiamento e *coping*.

Di ritorno dall'estero, con grande rammarico, urgenza e marcato senso di inefficacia personale, L. raccontava di quanto le normali incombenze che la attendevano lì, e che avevamo previsto e "gestito" a distanza, la avessero spaventata, soprattutto in relazione a imprevisti e variazioni, e di come avesse maturato la convinzione che, prima di affrontare una situazione nuova *"...bisogna essere competenti e autonomi al 100%, perché ogni incertezza può essere pericolosa"*.

La narrazione della paziente rivelava la presenza di convinzioni rigide, rispetto a un adeguato senso di autonomia e competenza e rispetto all'impossibilità di chiedere aiuto o di sbagliare senza esporsi a conseguenze dannose: *"L'incompetenza e l'incertezza sono sempre pericolose. In caso avessi bisogno di aiuto e non sapessi esattamente cosa fare, non posso fidarmi di nessuno o affidarmi a qualcuno. Tantomeno posso esprimermi"*

liberamente. Posso contare solo su di me, quindi l'unica soluzione è essere completamente autonomi e indipendenti. Se non ci sono queste condizioni di assoluta autonomia e competenza, nulla è fattibile."

Nel corso del dialogo terapeutico, L. mostrava una buona capacità di messa in discussione critica e costruttiva della propria reazione e di identificare i fattori contingenti e il loro peso. Al contempo, si era sentita travolta da emozioni così intense, da essere impossibilitata a utilizzare le strategie precedentemente costruite in terapia.

Questa esperienza l'aveva spaventata molto, facendole perdere fiducia nelle capacità acquisite, riacutizzando la presa delle credenze e degli schemi patogeni, e compromettendo la sua capacità di sostenere e di adattarsi alle nuove situazioni, o contingenze, e di gestirle sul posto (lettura e firma del contratto, stipula contratti utenze, cambio inquilini, ingresso al campus di studi).

L'analisi di quanto accaduto ha messo in luce un insieme di reazioni, da parte di L., estremamente intense, non mediate, e connotate da forte attivazione emotiva e sensoriale.

Tali aspetti, hanno suggerito la presenza di elementi di natura traumatica sottostanti la risposta della paziente e, quindi, l'utilità di lavorare con strategie esperienziali maggiormente adatte alla reazione espressa, e prevalentemente focalizzate su un lavoro *bottom up*, utilizzando il protocollo EMDR.

Dopo aver introdotto e spiegato il lavoro, dando molto spazio a informazioni chiare e alla componente logica e psicoeducativa, per l'individuazione e la scelta dei *target* siamo partite dalla parte percepita come peggiore e maggiormente influente dell'episodio che ha «causato» il rientro a casa.

Abbiamo utilizzato la conoscenza delle caratteristiche neurodivergenti di L. per una accurata formulazione del caso, in relazione all'integrazione e alle scelte di adattamento dell'EMDR.

L. ha individuato come momento peggiore quello della firma del contratto e *"...l'immagine di me che non so cosa fare, che ho paura di sbagliare e di trovarmi in un guaio e di non poter chiedere aiuto o informazioni al consulente, per timore di essere «criticata», o che ne sapesse meno di me"*.

Mantenendo l'attenzione allo stato e al carico emotivo e mentale della paziente, sulla base di questo ricordo, si è lavorato con il *floatback* per individuare, nel passato di L., l'evento o gli eventi connessi emotivamente, chiedendo alla paziente di soffermarsi sull'immagine individuata e sulle sensazioni associate, e di andare indietro con la mente, cercando di tornare alla prima volta in cui avesse sperimentato queste sensazioni.

L. ha individuato due *target*, risalenti a episodi familiari vissuti nel corso della sua infanzia, sui quali si è lavorato per evidenziare le caratteristiche correlate in termini di sensazioni corporee, emozioni e cognizioni negative:

1. Evento Target: *"Ho circa 5 anni, sono in auto con mia madre, per raggiungere un posto sconosciuto ad entrambe..."*

Immagine peggiore: *"Noi che ci perdiamo e la faccia nervosa e spaventata di mamma che chiede a me cosa dobbiamo fare ed io piccola sul sedile";*

Cognizione negativa: *"Sono in **pericolo**, sono incapace, non ho il controllo e non posso fidarmi"* (dominio cognizioni: autodifettosità; **sicurezza**; controllo);

Cognizione positiva: Sono al sicuro; VoC: 3; SUD:8 (VoC = Validità della cognizione; SUD = Unità soggettive di disturbo)

Emozioni: *"Ho paura, sono in panico e in confusione";* Sensazioni: *"Mi scoppia il cuore e il torace"*.

2. Evento Target: *"Ho circa 5-6 anni, mentre chiamo mamma lei diventa improvvisamente irascibile, senza motivo e mi sgrida. Papà per farla «calmare» mi dice di chiederle scusa..."*

Immagine peggiore: *"Io che vado da papà fiduciosa e lui che non mi difende ma mi dice «scusati, così le passa»..."*;

Cognizione negativa: **"Non posso fidarmi di nessuno e non posso esprimermi"** (domini: controllo; **sicurezza**);

Convinzione positiva: Posso scegliere di chi fidarmi e posso esprimermi liberamente; Voc: 3; SUD: 7

Emozioni: *"Ho paura, mi sento triste, sola, ho paura e timore...sono anche arrabbiata..."* Sensazioni: *"Caldo e peso al petto e voglia di piangere."*

Le cognizioni negative emerse e connesse ai target passati sono coerenti con quelle evidenziate più sopra nel testo come variabili indipendenti nella formulazione del caso di L.

Nel corso della definizione dei *target*, si è deciso di rimanere tolleranti rispetto alla coesistenza di più convinzioni negative, senza insistere per portare la paziente a isolarne una sola, come da protocollo classico. Tale decisione è stata basata sul ragionamento clinico e motivata dal bisogno, date le caratteristiche della paziente, di mantenere un buon equilibrio tra attivazione, carico emotivo e cognitivo, e fluidità dell'elaborazione delle informazioni necessaria per un buon lavoro con EMDR, evitando un eccessivo carico di stress alla paziente. Tale decisione si è mostrata un adattamento strategico funzionale nell'ambito dell'integrazione tra EMDR e psicoterapia cognitiva dell'autismo ed è in linea con i dati presenti in letteratura (Fisher et al., 2023).

Nella definizione del *target* e nella successiva elaborazione, è stato il clinico a prestare attenzione ai processi cognitivi, emotivi e sensoriali connessi alla convinzione maggiormente significativa (evidenziata in grassetto), lavorando di conseguenza e sulla base dei cambiamenti comportamentali notati in fase di elaborazione.

L'integrazione con l'EMDR ha consentito l'accesso a ricordi passati significativi, nei quali la paziente ha sperimentato una connessione tra incompetenza - fisiologica al momento dei fatti - e paura, mancanza di controllo e impossibilità a confidare su un riferimento come fonte di sicurezza (la mamma, più spaventata di lei, che chiedeva aiuto a lei).

Nel secondo *target* si evidenzia la connessione, nell'esperienza della paziente, tra comportamento spontaneo e reazione imprevedibile e rabbiosa dell'altro, esperienza condizionante rispetto alle credenze relative ai domini del controllo e della sicurezza.

Questi eventi hanno contribuito a creare nella paziente una eccessiva paura delle situazioni incerte, e un timore irrazionale rispetto alle aspettative e agli standard su quanto una persona debba essere competente e autonoma per poter affrontare le situazioni, impedendole di sperimentarsi e di vivere con relativa tranquillità imprevisti ed errori, confidando nella possibilità di riparare e che "sbagliando si impara".

L'evento della firma del contratto, in una situazione così delicata e nuova, aveva rappresentato quindi un *trigger*, riattivando le esperienze traumatiche correlate e sottostanti, scatenando l'intensa reazione di L.

Individuati i *target*, la loro relazione e il loro impatto sul presente, le successive fasi di desensibilizzazione e rielaborazione con l'EMDR sono state contestualizzate nel lavoro sull'autismo, e considerando il rapporto tra caratteristiche autistiche e risposta al trauma, coerentemente con la formulazione del caso e la letteratura tematica.

Sono stati individuati degli adattamenti specifici, relativi alla scelta di dare maggiore spazio alla psico-educazione e a momenti di chiarificazione, utilizzando anche materiale visivo (schede grafiche, mappe, risorse), in linea con lo stile di elaborazione delle informazioni specifico della paziente.

Sempre alla luce di una formulazione del caso specifica in relazione alle caratteristiche di regolazione tipiche della neurodivergenza, per favorire una adeguata modulazione dell'intensità emotiva, si è deciso di alternare sedute di stimolazione a colloqui frontali di «commento», permettendo di monitorare, in modo cooperativo e condiviso, il carico di stimoli da elaborare, cercando di mantenere un buon equilibrio tra il benessere di L. e l'utilizzo e la regolazione delle capacità di sintesi e di integrazione necessarie al processo di elaborazione in corso. Per andare incontro, inoltre, alle esigenze relative alle caratteristiche attentive e sensoriali di L. si è preferito utilizzare il *tapping* (somministrato dal clinico) in integrazione alternata al *butterfly hug* (gestito, con la guida del clinico, in auto-stimolazione da parte della paziente), piuttosto che la stimolazione oculare bilaterale, che risultava gravosa in termini di *focus* attentivo e di carico sensoriale.

I *target* sono stati individuati e condivisi con la paziente alla luce del profilo interno di funzionamento e in integrazione con l'utilizzo dell'EMDR, anche in relazione all'impatto che l'autismo può avere su fattori collegati alla percezione e all'elaborazione dell'esperienza traumatica (sensorialità, sovraccarico, *overwhelming*, metacognizione).

Nel corso dell'elaborazione, il lavoro con l'EMDR ha portato a una modifica profonda delle sensazioni e delle emozioni correlate agli aspetti di trauma relazionale non elaborati, che erano stati potentemente risollecitati dai *trigger* che le situazioni vissute nel viaggio avevano rappresentato, soprattutto in relazione agli schemi di autonomia, competenza, controllo e sicurezza connessi.

La narrazione di L. è cambiata considerevolmente, con una modifica dei parametri associati ai *target*, e un impatto positivo, generalizzato anche sulle sue capacità nel presente: *“Mi sto preparando per riprovarci e ho sempre paura. Ma ho capito che è normale essere spaventati per le cose nuove e che, anche se non mi piace proprio per niente sentirmi inesperta, questo è inevitabile in molte circostanze e non è pericoloso. Il mio autismo non sempre mi aiuta, perché mi stresso facilmente, e quando sono stanca molte sensazioni e situazioni mi sembrano impossibili e terrificanti. Ma ho imparato meglio a collegare i vari aspetti di me e a prendermene cura, e ogni giorno mi conosco di più. Sto facendo cose molto più difficili di quando ero adolescente, ed è anche giusto che sia spaventata. Ma so di non essere più quella bambina confusa e bloccata e che posso occuparmi di me e dei miei bisogni. Posso contare su di me e me ne sento fiera”*

Il lavoro *bottom up* con l'EMDR ha modificato profondamente le credenze patogene e le informazioni emotive e sensoriali collegate alle esperienze traumatiche. È stata questa modifica, più radicale e profonda, a generare un cambiamento apprezzabile nel comportamento di L., con impatto positivo anche sulle capacità di fronteggiare situazioni nuove nel presente, rispetto alle quali L. mostra maggiore tranquillità, strategie di *coping* più fluide, più orientate all'esplorazione spontanea e meno influenzate dal senso di vulnerabilità e

sfiducia; anche i comportamenti di evitamento e di ipercontrollo, così come le reazioni di inibizione, resa o fuga sono conseguentemente ridotti: *“Ora non mi sento più sola e senza aiuto. Ho capito che quella paura così forte era un ricordo, ero io che ricordavo senza saperlo. Adesso è come se potessi vedere, ogni volta che una situazione nuova mi spaventa, quella parte di me piccola e spaventata e me ne posso occupare. Non so bene come sia successo, ma qualcosa è radicalmente cambiato dentro di me. La sensazione più bella è sentirmi più sicura, capace di reagire. È un bellissimo traguardo per me.”*

L'insieme di questi cambiamenti sembra, inoltre, aver inciso anche sulla capacità della paziente di gestire con consapevolezza, ancora maggiore, le caratteristiche autismo correlate potenzialmente più «incidenti» nello stress e nella risposta psico-sociale a eventi avversi o stressanti, con più attenzione ai processi e alle strategie volte al monitoraggio e al controllo del sovraccarico e della vulnerabilità emotiva, a favore di una migliore tenuta dei processi metacognitivi e delle manovre di fronteggiamento.

Conclusioni:

L. prosegue il suo lavoro in psicoterapia, continuando a lavorare su obiettivi di vita e di realizzazione personale, sempre più orientati all'indipendenza, all'autonomia e all'espressione dei propri desideri. Il consolidamento delle risorse acquisite attraverso il lavoro con l'EMDR viene costantemente monitorato nel percorso terapeutico.

Nel caso clinico presentato, l'integrazione dell'EMDR su *target* specifici, ha facilitato un cambiamento profondo, generale e stabile, riducendo l'impatto e la pervasività delle credenze patogene, diminuendo ulteriormente l'espressività sintomatologica e modulando ulteriormente, da parte della paziente, la gestione consapevole delle caratteristiche neurodivergenti, in particolare per la comprensione degli aspetti rilevanti rispetto alla percezione e alla reazione a esperienze avverse, e al loro effetto nel lungo termine, se non elaborate. In linea con quanto evidenzia la letteratura (L. – v Buuren et al, 2019; Fisher, 2023; Leuning et al., 2023; Firat et al., 2023;), l'EMDR si conferma come un protocollo efficace per il lavoro su traumi relazionali con persone autistiche, favorendo l'elaborazione e il superamento di credenze patogene e impattando positivamente sulle capacità di gestione consapevole delle proprie caratteristiche neurodivergenti, in relazione al loro ruolo nella risposta allo stress.

Per quanto concerne lo specifico lavoro su questo caso clinico, a parere di chi scrive, l'efficacia dell'integrazione dell'EMDR è stata modulata da diversi adattamenti, elaborati sulla base delle caratteristiche neurodivergenti della paziente e sulla specifica formulazione del caso.

- Il primo adattamento è stato relativo alla scelta, in termini strategici e di ragionamento clinico, di effettuare il lavoro di consapevolezza sulle caratteristiche neurodivergenti prima di applicare l'EMDR. La fase psico-educativa e psicoterapeutica di lavoro sull'autismo, sulla consapevolezza, sulla costruzione e sulla condivisione con la paziente di un profilo interno integrato, ha consentito, infatti, diversi cambiamenti, indispensabili a creare il terreno adatto all'integrazione del successivo lavoro con l'EMDR: un aumento delle capacità di monitoraggio, della capacità di identificare la valenza traumatica di alcune esperienze e del loro contributo nella costruzione di significati e di temi di vita; un aumento delle capacità di narrazione, anche rispetto alla propria storia di vita; una maggiore regolazione emotiva e comportamentale; una maggiore capacità di sintesi, di integrazione e connessione fra gli eventi e fra i vari aspetti del proprio funzionamento; una migliore capacità di comprensione del proprio funzionamento «globale».

Questa evoluzione ha avuto un impatto importante sulla possibilità di utilizzare l'EMDR, in quanto ha contribuito a creare una maggiore capacità, da parte di L., di identificare e di condividere eventi significativi, risorsa indispensabile per individuare i *target*, consentendo in tal modo anche una migliore “collocazione” dell'integrazione del lavoro con l'EMDR, sia come contesto che in termini di *timing*.

- In secondo luogo, l'insieme di tali processi ha permesso di personalizzare ulteriormente il trattamento, adottando delle strategie e delle variazioni specifiche nel protocollo, per contestualizzare l'applicazione dell'EMDR sempre in relazione al lavoro sull'autismo, selezionando ulteriori adattamenti, utili a mantenere un equilibrio «virtuoso» tra carico di informazioni e processi di integrazione ed elaborazione, tra i quali: dare molto spazio alla fase psicoeducativa; facilitare l'utilizzo di materiale visivo: (schede grafiche; mappe; risorse); alternare sedute di stimolazione con l'EMDR a colloqui; valutare il carico emotivo, cognitivo e sensoriale nel corso degli incontri e sempre in modo cooperativo con la paziente; optare per un tipo di stimolazione bilaterale alternativo ai movimenti oculari e in linea con le caratteristiche attentive e sensoriali della paziente (*tapping* -> *butterfly hug*); individuare i *target* e collocarli nel profilo interno di funzionamento della paziente, anche in relazione all'impatto che l'autismo può avere su fattori collegati alla percezione e all'elaborazione dell'esperienza traumatica; condividere informazioni sul rapporto tra

caratteristiche neurodivergenti, schemi patogeni ed elaborazione dei traumi e peculiarità di questa dinamica nell'ASD.

In conclusione, a parere di chi scrive, nel lavoro psicoterapeutico con l'autismo, utilizzare l'EMDR successivamente a una fase di lavoro specificamente focalizzata sulla psicoeducazione e sulla consapevolezza della neurodivergenza, e selezionare adattamenti specifici all'utilizzo del protocollo, sembra aumentare l'efficacia e la *compliance*, nella relazione terapeutica e nei risultati terapeutici, aumentando anche l'effetto positivo dell'EMDR in relazione al *timing* specifico in cui si decide di integrarlo nel lavoro terapeutico, rispetto a una introduzione standard del protocollo fin dalle prime fasi della terapia.

Sembra quindi più utile, sia in termini di ragionamento clinico che rispetto alle strategie di intervento, che il *timing* di inserimento dell'EMDR nella terapia con persone autistiche venga valutato sulla base della formulazione del caso e - da quanto si può evincere in base alle conoscenze che abbiamo sulla neurodivergenza e dagli elementi generalizzabili di questo *case report* - che vada applicato dopo una fase di lavoro specificamente focalizzata sull'autismo.

Ad oggi, i dati relativi all'utilizzo dell'EMDR nella psicoterapia per l'autismo sono ancora esigui, l'integrazione di EMDR ancora poco utilizzata, e non sono state ancora elaborate linee guida operative generalizzabili in protocolli condivisi (L. - v Buuren et al, 2019; Fisher, 2023; Leuning et al., 2023; Firat et al., 2023).

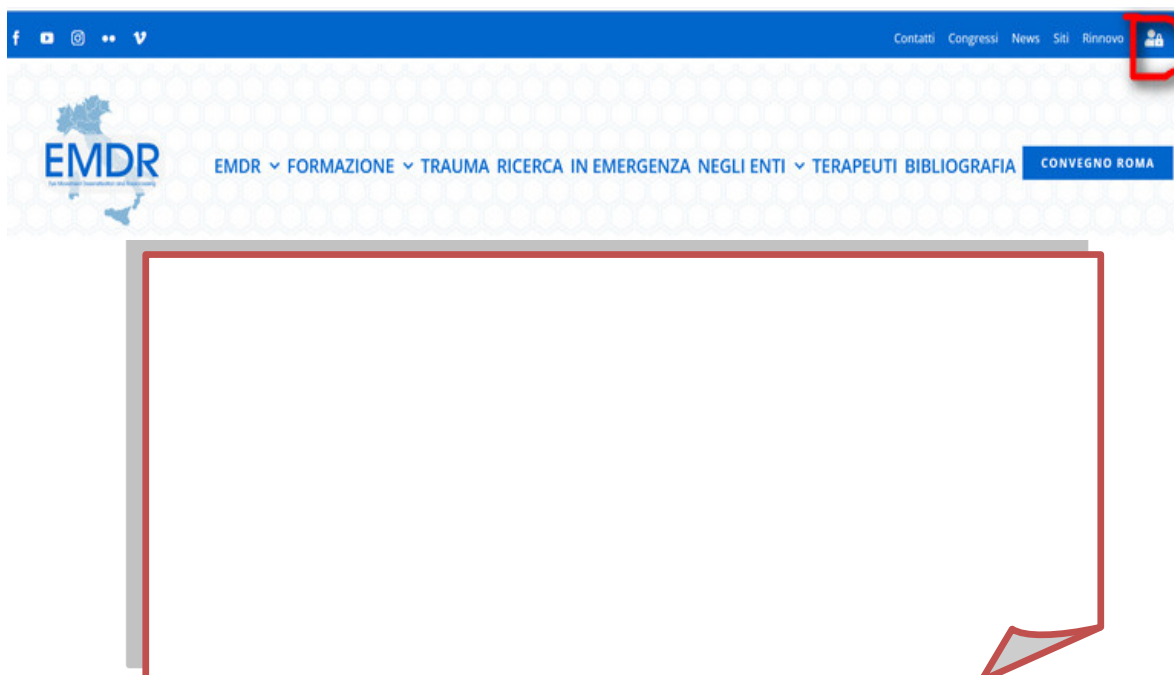
Il caso clinico descritto potrebbe rappresentare, nell'intento delle autrici, il primo *step* per il successivo sviluppo di una linea guida pratica per l'applicazione dell'EMDR nella terapia con persone autistiche, e per la raccolta di dati ed elementi utili alla successiva generalizzazione e formulazione di un protocollo condivisibile.

Consapevoli dei limiti di un *case report* nel fornire elementi generalizzabili per la pratica clinica, sappiamo che il ragionamento basato sulle evidenze, insieme a una formulazione del caso attenta e "sartoriale", aiuta a raccogliere informazioni che speriamo potranno, nel tempo, convergere in nuove evidenze e in procedure sistematizzate e condivisibili, utili a migliorare il lavoro psicoterapeutico e i modelli di intervento integrati tra EMDR e psicoterapia cognitiva nel lavoro con persone nello spettro autistico. Lo sviluppo del protocollo di intervento è in corso d'opera, e ulteriori dati verranno prodotti per valutare la possibilità e l'utilità di una sua generalizzazione come modello di intervento.

Bibliografia

- American Psychological Association – APA, 2023. Inclusive language guide (2nd ed.).
<https://www.apa.org/about/apa/equity-diversity-inclusion/language-guidelines.pdf>
- American Psychiatric Association - APA, 2022, Edizione Italiana, Raffaello Cortina (2023). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition - Text revision – DSM 5 – TR.
- American Psychiatric Association - APA, 2013, Edizione Italiana, Raffaello Cortina (2014). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fifth edition - DSM 5.
- Attwood T. (2008). *The Complete Guide to Asperger's Syndrome*, Jessica Kingsley Publishers. Edizione italiana a cura di Moscone D. e Vagni D. (2019). *Guida completa alla sindrome di Asperger*, Edizioni Edra.
- Attwood T. e Gray C. (2014). *Gli devo dire che è Asperger? Strategie e consigli per spiegare la diagnosi di spettro autistico alla persona, alla famiglia e alla scuola*. Edizioni Armando.
- DePrince, A. P. (2005). Social cognition and revictimization risk. *Journal of Trauma & Dissociation* 6(1), 125–141.
<https://doi.org/10.1300/J229v06n0108>.
- Farina, B., Liotti G. (2011) Dimensione Dissociativa e Trauma dello Sviluppo. *Cognitivismo Clinico* 8,1,3-17.
<https://doi.org/10.36131/>
- Firat, S., Atik, S., & Herguner, S. (2023). Autism Spectrum Disorder And Specific Phobia. Treatment With Eye Movement Desensitization And Reprocessing: Report Of Two Cases. *Psychiatria Danubina*, 35(3), 440–444.
<https://doi.org/10.24869/psyd.2023.440>
- Fisher N., Patel H., van Diest C., Spain D. (2022) Using eye movement desensitisation and reprocessing (EMDR) with autistic individuals: A qualitative interview study with EMDR therapists. *Psychol Psychother Theory Res Pract.* 2022;95:1071–1089 <https://doi.org/10.1111/papt.12419>
- Fisher N., Van Diest C., Leoni M. and Spain D. (2023). Using EMDR with autistic individuals: A Delphi survey with EMDR therapists. *Autism* 27(1): 43–53 <https://doi.org/10.1177/13623613221080254>.
- Fung L.K. (2021). American Psychiatric Association Publishing. Neurodiversity. From Phenomenology To Neurobiology And Enhancing Technologies.
- Hossain M., Khan N., Sultana A., Ma P., Lisako E., McKyer J., Ahmed H.U., Purohit N. (2020). Prevalence of comorbid psychiatric disorders among people with autism spectrum disorder: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *Psychiatry Res* 287:112922. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.112922>.

- Leuning, E. M., van den Berk-Smeekens, I., van Dongen-Boomsma, M., & Staal, W. G. (2023). Eye Movement Desensitization and Reprocessing in adolescents with autism; Efficacy on ASD symptoms and stress. *Frontiers in psychiatry*, 14, 981975. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.981975>
- Lobregt-van Buuren E., Sizoo B., Mevissen L., De Jongh A. (2019). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy as a Feasible and Potential Effective Treatment for Adults with Autism Spectrum Disorder (ASD) and a History of Adverse Events. *J Autism Dev Disord* 49(1):151-164. <https://doi.org/10.1007/s10803-018-3687-6>.
- Manzoni M., Fernandez I., Bertella S., Tizzoni F., Gazzola E., Molteni M., Nobile M. (2021). Eye movement desensitization and reprocessing: The state of the art of efficacy in children and adolescent with post traumatic stress disorder. *J Affect Disord* 1:282:340-347. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.088>
- Marino M. (2024). Autismo e psicoterapia in età adulta. Modelli e strategie di intervento cooperativo e focalizzato sulla consapevolezza, Edizioni Franco Angeli
- Mazefsky C.A., Herrington J., Siegel M., Scarpa A., Maddox B.B., Scahill L., White S.W. (2013). The role of emotion regulation in autism spectrum disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 52(7):679-88. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.05.006>.
- Navarro P.N., Romero L.R., Wanden-Berghe R.G., Moreno-Alcázar A., Gomez A.V., Lupo W., García F., Fernández I, Pérez V., Amann B.L. (2018). 25 years of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): The EMDR therapy protocol, hypotheses of its mechanism of action and a systematic review of its efficacy in the treatment of post-traumatic stress disorder. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Engl Ed)* 11(2):101-114. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2015.12.002>
- NICE - National Institute for Health and Care Excellence guideline [NG116], (2018).
- Rumball F., Happé F., Grey N. (2020). Experience of Trauma and PTSD Symptoms in Autistic Adults: Risk of PTSD Development Following DSM-5 and Non-DSM-5 Traumatic Life Events. *Autism Res* 13(12):2122-2132. <https://doi.org/10.1002/aur.2306>.
- Shapiro F. (1989). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* Volume 20, Issue 3, Pages 211-217 [https://doi.org/10.1016/0005-7916\(89\)90025-6](https://doi.org/10.1016/0005-7916(89)90025-6).
- Shapiro F. (2019). EMDR. Il manuale. Principi fondamentali, protocolli e procedure. Nuova Edizione. Raffaello Cortina Editore.
- Vivanti G. (2020). Ask the Editor: What is the Most Appropriate Way to Talk About Individuals with a Diagnosis of Autism? - *Journal of Autism and Developmental Disorders* <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04280-x>
- WHO – World Health Organization (2013). Guidelines for the management of conditions specifically related to stress. WHO Library Cataloguing-in-Publication Data



ESPERIENZE SFAVOREVOLI INFANTILI

Aggiornamenti bibliografici

a cura di

MARINELLA MALACREA

Supervisore EMDR - Milano

Nel campo delle Esperienze Sfavorevoli Infantili, è ancora utile continuare il lavoro di aggiornamento bibliografico avviato anni fa presso il Centro TIAMA di Milano. Sul sito www.marinellamalacrea.it vengono messe a disposizione periodiche rassegne ragionate per titoli delle pubblicazioni più rilevanti su riviste internazionali dedicate. Le sintesi in italiano degli articoli citati possono essere trovate con una semplice ricerca sul sito, accanto a una 'biblioteca storica' sullo stesso tema.

È stata completata la revisione dei primi tre trimestri e gli ultimi tre del 2023 della rivista "Trauma Violence and Abuse" (<https://journals.sagepub.com/home/tva>), che ha mostrato una ricchezza di contenuti interessanti superiore a quella delle classiche riviste del settore, come "Child Abuse and Neglect", "Child Maltreatment", e "Journal of Child Sexual Abuse". Sono stati selezionati in totale **32 articoli** attinenti al tema del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia, i cui abstract e, in alcuni casi, una sintesi più ampia saranno presenti sul sito.

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) riveste un ruolo fondamentale in questo contesto, essendo una delle terapie più efficaci per il trattamento dei traumi legati alle esperienze sfavorevoli infantili. La disponibilità di aggiornamenti bibliografici permette di integrare continuamente nuove evidenze scientifiche e metodologie terapeutiche, migliorando così gli approcci terapeutici adottati.

Le rassegne periodiche aiutano i professionisti a rimanere informati sui più recenti sviluppi e a rafforzare l'efficacia dell'EMDR, favorendo una diagnosi accurata, interventi terapeutici mirati e il supporto ai caregiver e agli operatori coinvolti.

Qui sono riportati gli aggiornamenti di maggio e giugno 2024 presenti sul sito.

Maggio 2024

Sono stati selezionati 21 articoli attinenti al tema del maltrattamento e dell'abuso all'infanzia. Segue una descrizione ragionata degli articoli, elencati per sottotemi e con segnalazione in grassetto degli articoli che sono risultati particolarmente interessanti.

*Un gruppo di articoli mette a fuoco **approfondimenti di tipo diagnostico**:*

Langevin, R., Marshall, C., Wallace, A., Gagné, M. E., Kingsland, E., & Temcheff, C. (2023). Disentangling the Associations Between Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Child Sexual Abuse: A Systematic Review. *Trauma, violence & abuse, 24(2)*, 369–389. <https://doi.org/10.1177/15248380211030234>

Bérubé, A., Turgeon, J., Blais, C., & Fiset, D. (2023). Emotion Recognition in Adults With a History of Childhood Maltreatment: A Systematic Review. *Trauma, violence & abuse, 24(1)*, 278–294. <https://doi.org/10.1177/15248380211029403>

Meinck, F., Neelakantan, L., Steele, B., Jochim, J., Davies, L. M., Boyes, M., Barlow, J., & Dunne, M. (2023). Measuring Violence Against Children: A COSMIN Systematic Review of the Psychometric Properties of Child and Adolescent Self-Report Measures. *Trauma, violence & abuse, 24(3)*, 1832–1847. <https://doi.org/10.1177/15248380221082152>

Savopoulos, P., Bryant, C., Fogarty, A., Conway, L. J., Fitzpatrick, K. M., Condrón, P., & Giallo, R. (2023). Intimate Partner Violence and Child and Adolescent Cognitive Development: A Systematic Review. *Trauma, violence & abuse, 24(3)*, 1882–1907. <https://doi.org/10.1177/15248380221082081>

*Un secondo gruppo si occupa a vario titolo di **interventi protettivi e terapeutici**:*

Pierce, Z. P., & Black, J. M. (2023). The Neurophysiology Behind Trauma-Focused Therapy Modalities Used to Treat Post-Traumatic Stress Disorder Across the Life Course: A Systematic Review. *Trauma, violence & abuse, 24(2)*, 1106–1123. <https://doi.org/10.1177/15248380211048446>

Hallett, N., Garstang, J., & Taylor, J. (2023). Kinship Care and Child Protection in High-Income Countries: A Scoping Review. *Trauma, violence & abuse, 24*(2), 632–645. <https://doi.org/10.1177/15248380211036073>

Wichmann, M. L., Pawils, S., Richters, J., & Metzner, F. (2023). School-Based Interventions for Child and Adolescent Victims of Interpersonal Violence. *Trauma, violence & abuse, 24*(3), 1743–1762. <https://doi.org/10.1177/1524838021078892>

Nell'articolo sopracitato vengono proposti e messi a confronto vari tipi di interventi trauma informed applicati in strutture educative sia con l'apporto di figure psicologiche dedicate e in tempi extra curricolari, sia integrate nell'attività educativa. Grande spunto di riflessione per tutti quei contesti non terapeutici in cui tuttavia una prospettiva centrata sul trauma potrebbe apportare contributi significativi di benessere per le vittime.

Sousa, M., Andrade, J., de Castro-Rodrigues, A., & Gonçalves, R. A. (2023). The Effectiveness of Psychological Treatment in Adult Male Convicted for Sexual Offenses Against Children: A Systematic Review. *Trauma, violence & abuse, 24*(3), 1867–1881. <https://doi.org/10.1177/1524838021082080>

Meuleman, E., Sloover, M., & van Ee, E. (2023). Involving a Significant Other in Treatment of Patients With PTSD Symptoms: A Systematic Review of Treatment Interventions. *Trauma, violence & abuse, 24*(3), 2034–2044. <https://doi.org/10.1177/1524838021082939>

Gewirtz-Meydan, A., & Opuda, E. (2023). The Sexual Fantasies of Childhood Sexual Abuse Survivors: A Rapid Review. *Trauma, violence & abuse, 24*(2), 441–453. <https://doi.org/10.1177/15248380211030487>

Un terzo gruppo di articoli si occupa dei caregiver dei minori maltrattati e abusati, con risultati del tutto concordanti a conferma di quanto già è noto da tempo:

Lombardi, B. N., Jensen, T. M., Parisi, A. B., Jenkins, M., & Bledsoe, S. E. (2023). The Relationship Between a Lifetime History of Sexual Victimization and Perinatal Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, violence & abuse, 24*(1), 139–155. <https://doi.org/10.1177/15248380211021611>

Henriksen, L., Kisa, S., Lukasse, M., Flaathen, E. M., Mortensen, B., Karlsen, E., & Garnweidner-Holme, L. (2023). Cultural Sensitivity in Interventions Aiming to Reduce or Prevent Intimate Partner Violence During Pregnancy: A Scoping Review. *Trauma, violence & abuse, 24*(1), 97–109. <https://doi.org/10.1177/15248380211021788>

Suomi, A., Bolton, A., & Pasalich, D. (2023). The Prevalence of Post-Traumatic Stress Disorder in Birth Parents in Child Protection Services: Systematic Review and Meta-analysis. *Trauma, violence & abuse, 24*(2), 1032–1046. <https://doi.org/10.1177/15248380211048444>

Lotto, C. R., Altafim, E. R. P., & Linhares, M. B. M. (2023). Maternal History of Childhood Adversities and Later Negative Parenting: A Systematic Review. *Trauma, violence & abuse, 24*(2), 662–683. <https://doi.org/10.1177/15248380211036076>

Il quarto gruppo di articoli pone l'attenzione sugli operatori che stanno a contatto con situazioni di violenza:

Crivatu, I. M., Horvath, M. A. H., & Massey, K. (2023). The Impacts of Working With Victims of Sexual Violence: A Rapid Evidence Assessment. *Trauma, violence & abuse, 24*(1), 56–71. <https://doi.org/10.1177/15248380211016024>

Dheensa, S., McLindon, E., Spencer, C., Pereira, S., Shrestha, S., Emsley, E., & Gregory, A. (2023). Healthcare Professionals' Own Experiences of Domestic Violence and Abuse: A Meta-Analysis of Prevalence and Systematic Review of Risk Markers and Consequences. *Trauma, violence & abuse, 24*(3), 1282–1299. <https://doi.org/10.1177/15248380211061771>

Segnalo in particolare questo articolo in quanto apre una prospettiva diversa da quella, ovvia, che prevede un impatto traumatico sul 'soccorritore', ma delinea anche le condizioni che potrebbero trasformare il rischio in una opportunità. Credo che tanti di noi che scelgono di lavorare su questi temi possano salutare con sollievo questa prospettiva. Sentirne delineate le condizioni, anche se non ci sono grandi novità, può rafforzare gli ope-

ratori a richiedere i supporti opportuni.

Tsirimokou, A., Kloess, J. A., & Dhinse, S. K. (2023). Vicarious Post-traumatic Growth in Professionals Exposed to Traumatogenic Material: A Systematic Literature Review. *Trauma, violence & abuse*, 24(3), 1848–1866. <https://doi.org/10.1177/15248380221082079>

*Un ultimo gruppo di articoli prende in speciale considerazione il fenomeno dello **sfruttamento sessuale commerciale dei minori**. Si tratta di una fascia di vittime con bisogni multipli e complessi, in cui non raramente famiglia e rete esterna diventano complici, ma credo che siano ancora poche le realtà attrezzate per rispondere adeguatamente al fenomeno:*

Godoy, S. M., Perris, G. E., Thelwell, M., Osuna-Garcia, A., Barnert, E., Bacharach, A., & Bath, E. P. (2023). A Systematic Review of Specialty Courts in the United States for Adolescents Impacted by Commercial Sexual Exploitation. *Trauma, violence & abuse*, 24(3), 1344–1362. <https://doi.org/10.1177/15248380211061403>

Baird, K., & Connolly, J. (2023). Recruitment and Entrapment Pathways of Minors into Sex Trafficking in Canada and the United States: A Systematic Review. *Trauma, violence & abuse*, 24(1), 189–202. <https://doi.org/10.1177/15248380211025241>

Prior, A., Shilo, G., & Peled, E. (2023). Help-Seeking and Help-Related Experiences of Commercially Sexually Exploited Youth: A Qualitative Meta-Synthesis. *Trauma, violence & abuse*, 24(3), 1693–1711. <https://doi.org/10.1177/15248380221074333>

Giugno 2024

*Un gruppo di articoli mette a fuoco **approfondimenti di tipo diagnostico**:*

Georgieva, S., Tomás, J. M., Navarro-Pérez, J. J., & Samper-García, P. (2023). Systematic Review and Critical Appraisal of Five of the Most Recurrently Validated Child Maltreatment Assessment Instruments from 2010 to 2020. *Trauma, violence & abuse*, 24(4), 2448–2465. <https://doi.org/10.1177/15248380221097694>
Purtroppo, gli strumenti valutativi presi in considerazione nello studio non mettono a fuoco il funzionamento post traumatico, ma soltanto la descrizione degli eventi avversi.

Pierce, Z. P., & Black, J. M. (2023). Stress and Susceptibility: A Systematic Review of Prenatal Epigenetic Risks for Developing Post-Traumatic Stress Disorder. *Trauma, violence & abuse*, 24(4), 2648–2660. <https://doi.org/10.1177/15248380221109792>
Questo secondo articolo ipotizza che ci siano componenti epigenetiche prenatali che condizionano lo sviluppo o meno di una reazione da stress post traumatico durante la vita.

*Un gruppo di articoli si occupa degli **esiti delle ESI**. Segnalerei gli ultimi due, in grassetto. Il primo che porta la firma anche di Colin Ross, mette a fuoco la relazione tra ESI e dissociazione, tema ancora oggetto di contestazioni; il secondo mette in luce le conseguenze di una forma di maltrattamento di solito meno indagata, cioè il maltrattamento psicologico.*

Fung, H. W., Chien, W. T., Lam, S. K. K., & Ross, C. A. (2023). The Relationship Between Dissociation and Complex Post-Traumatic Stress Disorder: A Scoping Review. *Trauma, violence & abuse*, 24(5), 2966–2982. <https://doi.org/10.1177/15248380221120835>

Xiao, Z., Murat Baldwin, M., Wong, S. C., Obsuth, I., Meinck, F., & Murray, A. L. (2023). The Impact of Childhood Psychological Maltreatment on Mental Health Outcomes in Adulthood: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Trauma, violence & abuse*, 24(5), 3049–3064. <https://doi.org/10.1177/15248380221122816>

Li, M., Gao, T., Su, Y., Zhang, Y., Yang, G., D'Arcy, C., & Meng, X. (2023). The Timing Effect of Childhood Maltreatment in Depression: A Systematic Review and meta-Analysis. *Trauma, violence & abuse*, 24(4), 2560–2580. <https://doi.org/10.1177/15248380221102558>

Matte-Landry, A., Grisé Bolduc, M. È., Tanguay-Garneau, L., Collin-Vézina, D., & Ouellet-Morin, I. (2023).

Cognitive Outcomes of Children With Complex Trauma: A Systematic Review and Meta-Analyses of Longitudinal Studies. *Trauma, violence & abuse*, 24(4), 2743–2757.

<https://doi.org/10.1177/15248380221111484>

Wang, S. J., Chang, J. J., Cao, L. L., Li, Y. H., Yuan, M. Y., Wang, G. F., & Su, P. Y. (2023). The Relationship Between Child Sexual Abuse and Sexual Dysfunction in Adults: A Meta-Analysis. *Trauma, violence & abuse*, 24(4), 2772–2788. <https://doi.org/10.1177/15248380221113780>

*Due articoli si occupano della **percezione delle vittime, bambini o adulti, quando rendono testimonianza, specie in ambito legale, rispetto alla loro esperienza di vittimizzazione**. Benché i contenuti non diano informazioni decisive, mi è sembrato utile segnalare almeno l'attivarsi di uno sguardo intorno all'impatto della testimonianza sulle vittime e circa l'attenzione da avere nei loro confronti*

Wyles, P., O'Leary, P., & Tsantefski, M. (2023). Bearing Witness as a Process for Responding to Trauma Survivors: A Review. *Trauma, violence & abuse*, 24(5), 3078–3093

<https://doi.org/10.1177/15248380221124262>

Field, N., & Katz, C. (2023). The Experiences and Perceptions of Sexually Abused Children as Participants in the Legal Process: Key Conclusions From a Scoping Literature Review. *Trauma, violence & abuse*, 24(4), 2758–2771. <https://doi.org/10.1177/15248380221111463>

*Un ultimo articolo riguarda la **coesistenza di violenza tra partner intimi e maltrattamento sui bambini**. Benché la ricerca riguardi Paesi a basso o medio livello socioeconomico, ritengo che avere confermato questa associazione come significativa sia interessante anche per il nostro Paese.*

Pearson, I., Page, S., Zimmerman, C., Meinck, F., Gennari, F., Guedes, A., & Stöckl, H. (2023). The Co-Occurrence of Intimate Partner Violence and Violence Against Children: A Systematic Review on Associated Factors in Low- and Middle-Income Countries. *Trauma, violence & abuse*, 24(4), 2097–2114.

<https://doi.org/10.1177/15248380221082943>

Intervento di emergenza nel novarese per il suicidio di una adolescente

Claudia Rampi¹ - Alessia Pecoraro² - Cristina Gilioli²

Sara Andreini² - Roberta Cavestri

¹Supervisore - Novara - ²Practitioner

Abstract

In seguito al suicidio di una diciottenne, è stato avviato un intervento di tipo emergenziale che ha previsto l'applicazione dei protocolli EMDR-IGPT e R-TEP. Hanno collaborato cinque terapeute EMDR e, in aggiunta, una psicoterapeuta e una psichiatra EMDR del Centro di Salute Mentale territoriale. I risultati mostrano l'efficacia dell'intervento con una diminuzione dei valori misurati alla Impact of Event Scale Revised.

Introduzione

Il normale processo di lutto include l'accettazione della perdita come qualcosa di definitivo e la sopportazione del dolore che l'accompagna. Tale percorso è complicato quando la morte è inaspettata o cruenta, riguarda una persona giovane o se la vita finisce per scelta personale. In questi casi i superstiti sono del tutto impreparati e possono essere sopraffatti da emozioni e cognizioni soverchianti. La letteratura sulla psicologia del suicidio è estremamente vasta e comprende una serie di argomenti, tra cui i fattori di rischio, le modalità di prevenzione e la gestione del trauma e del dolore relativi al suicidio di una persona cara. Da una ricerca epidemiologica del 2022 emerge che il suicidio rappresenta la terza causa di morte più frequente tra i giovani di 15-29 anni, dopo gli incidenti stradali e i tumori. Gli studi psicologici indagano anche la stigmatizzazione inerente al suicidio e come questa possa influenzare il processo di elaborazione del lutto e la ricerca di aiuto. Le persone vicine alla vittima possono sviluppare sensi di colpa o vergogna, impulso ad isolarsi, tendenza ad evitare l'argomento (Jordan, McIntosh, 2011). L'evento luttuoso può, dunque, configurarsi come un vero e proprio evento traumatico. Secondo il modello del Trauma Center di Boston (Solomon, 2002; Fernandez, 2002) le fasi generali del trauma sono fondamentalmente sei. All'allarme del primo momento, segue una fase di shock che, in genere, dura qualche giorno. Dopo lo shock subentra l'impatto emotivo, la presa di consapevolezza dell'accaduto, in cui niente è più come prima. La mente si attiva per ristabilire un nuovo equilibrio, trovare strategie di coping, dare un significato all'accaduto e rielaborare sia emotivamente che cognitivamente l'evento. Seguono, l'accettazione o risoluzione, fase in cui gli individui realizzano di non poter controllare tutto ma di riuscire a gestire le proprie emozioni e comportamenti rispetto a ciò che accade e, infine, l'apprendimento a convivere con l'accaduto. Per facilitare l'elaborazione del trauma è possibile intervenire precocemente. Sono diverse le modalità con cui è possibile sostenere le vittime coinvolte a vari livelli nell'evento critico, tra queste vi è la realizzazione di un intervento psicoeducativo che abbia come finalità la promozione della consapevolezza sui problemi di salute psico fisica che possono conseguire all'evento luttuoso, la costruzione di reti di supporto, il sostegno alla comunità e l'identificazione di stati patologici che necessitino di trattamenti gruppal o individualizzati. L'intervento EMDR in emergenza tiene in considerazione questi ed altri aspetti e concettualizza un intervento "ideale" che, applicato alla situazione concreta, si traduce nel miglior intervento "reale" possibile, procedendo attraverso alcune fasi. La prima riguarda la raccolta di informazioni, come ad esempio il livello di esposizione al trauma, le dinamiche di gruppo e tutte le conoscenze utili al fine di progettare l'intervento. In questa fase vengono stabiliti i tempi, i modi, i luoghi e le persone coinvolte. Si procede con la psicoeducazione e a seguire con le fasi di assesment, desensibilizzazione, installazione, scansione corporea, chiusura e rivalutazione, come da EMDR-Integrative Group Treatment Protocol (per quanto riguarda l'intervento grupपाल) o da Recent-Traumatic Episode Protocol (per quanto riguarda gli interventi individuali).

L'intervento nel novarese

L'intervento è stato richiesto a seguito del suicidio di una ragazza diciottenne che si è tolta la vita gettandosi sotto un treno mentre il gruppo di amici la aspettava ad una festa in un'abitazione nelle vicinanze dei binari. Rapidamente sono accorsi sul luogo dell'evento i familiari della ragazza, gli amici raggiunti dai loro genitori e gli abitanti della zona. I membri del piccolo paese di millecinquecento abitanti in provincia di Novara hanno descritto la circostanza con un termine univoco: "impietriti". L'immagine è davvero un "fermo immagine", in cui il tempo, le possibilità, i punti di vista, i pensieri, le azioni si fermano. A complicare questa situazione, il decesso improvviso di un giovane dello stesso paese, avvenuto il giorno precedente in circostanze ancora da appurare al momento del suicidio della ragazza. I due si conoscevano e pare che la ragazza fosse rimasta colpita dal decesso del giovane, al punto da citare quel fatto in uno scritto lasciato ai suoi famigliari. In questo ultimo messaggio la giovane tende ad assumersi totalmente la responsabilità della scelta di mettere fine alla propria vita, cercando di discolpare i suoi cari e dichiarandosi dispiaciuta per non essere riuscita ad "essere adeguata", lasciando aperti interrogativi e promuovendo sentimenti di colpa intensi e conflittuali.

Nella piccola comunità il clima è luttuoso. Le famiglie dei due ragazzi si conoscono. In attesa delle autopsie dell'uno e dell'altra, nella chiesa parrocchiale del paese viene organizzata una veglia di preghiera. Tutta la comunità si stringe intorno

alle famiglie, come un grande abbraccio, anche se questa stretta vicinanza a tratti esita in pettegolezzi e giudizi che alimentano fatiche cognitive e dinamiche disfunzionali.

Materiali e metodi

Nella giornata della richiesta dell'intervento sono stati contattati i colleghi EMDR del territorio formati in emergenza. Dopo alcuni giorni, si è svolta la prima riunione di team, durante la quale sono stati definiti, progettati e calendarizzati gli interventi che hanno coinvolto una supervisor, quattro terapeute EMDR e, in aggiunta, due terapeute EMDR del Centro di Salute Mentale territoriale. In parallelo è stata effettuata un'attenta analisi dello scenario per identificare le tipologie di vittime coinvolte (Taylor, Frazier, 1981) e le risorse attivabili localmente, tra cui gli organi istituzionali e la parrocchia. Sono stati individuati come potenziali beneficiari dell'intervento, diversificato in funzione della tipologia di vittime coinvolte, i familiari, il gruppo di amici stretti di pari età, altri conoscenti, i soccorritori, il personale ferroviario e la cittadinanza locale.

Come primo step, si è programmato un incontro di psicoeducazione realizzabile ad una settimana dall'evento. Sono stati poi calendarizzati tre incontri di gruppo, a frequenza settimanale, con successivo follow-up a distanza di un mese. È stata attivata, inoltre, la possibilità di percorsi individuali per i familiari e accessi facilitati ai Servizi territoriali di Psicologia delle Cure Primarie e Centro di Salute Mentale aperti alla cittadinanza coinvolta. Per ciascun intervento è stata predisposta una breve raccolta anamnestica, al fine di valutare eventuali traumi pregressi e patologie in corso, e la somministrazione degli strumenti Impact of Event Scale - Revised (IES-R) e Termometro delle Emozioni in tre tempi: prima dell'inizio dell'intervento (T0), dopo la fine dello stesso (T1) e al follow-up (T2). In quest'ultimo incontro è stata prevista anche la somministrazione della Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI). Di seguito andremo a dettagliare la metodologia utilizzata e ad illustrare e discutere le osservazioni qualitative e i dati quantitativi.

CRITICAL INCIDENT STRESS ORIENTATION (CISO)

Nell'ambito del Critical Incident Stress Management (CISM), protocollo di prevenzione e trattamento delle reazioni psicologiche potenzialmente traumatiche a fronte di eventi critici, si è progettato il Critical Incident Stress Orientation (CISO), un incontro psicoeducativo di supporto alla comunità avente tra gli obiettivi dare informazioni su come riconoscere e gestire i sintomi peritraumatici rispetto ad un evento critico e identificare risorse e strategie per fronteggiare il momento di crisi. L'incontro si è svolto ad una settimana dall'evento presso una sala messa a disposizione dall'amministrazione comunale ed è stato accolto favorevolmente dalla comunità. La partecipazione all'incontro è stata considerevole, circa sessanta persone, se si tiene conto della piccola comunità coinvolta. Nel corso della serata si è percepito il desiderio dei presenti di ritrovarsi per stringersi insieme in uno spazio di condivisione. La fase informativa iniziale è stata d'aiuto perché ha permesso ai partecipanti di conoscere le reazioni fisiologiche allo stress, normalizzando alcuni vissuti e comprendendo come affrontarli. È stato descritto il progetto di intervento, analizzando i bisogni emergenti e tenendo conto delle risorse disponibili. Già in quella sede si è delineata una dinamica grupppale che ha reso possibile la formazione di un nucleo di giovani coesi e di un altro di adulti; è stata proposta, inoltre, la possibilità ai familiari della vittima di essere supportati individualmente. Al termine dell'incontro è stato importante il contributo del padre della vittima, che ha ringraziato per l'aiuto ricevuto sino a quel momento e si è fatto portavoce di un bisogno sia personale che collettivo, invitando i giovani e la collettività ad accogliere l'opportunità di supporto messa in campo dall'Associazione EMDR Italia. Il suo intervento ha sciolto l'imbarazzo e la tensione e ha tolto la comunità da uno stato di freezing generale. Si è proceduto, già in quella circostanza, alla registrazione delle adesioni al supporto di gruppo e alla diffusione di un volantino psicoeducativo che potesse informare anche i non presenti della progettazione in atto.

EMDR- INTEGRATIVE GROUP TREATMENT PROTOCOL (EMDR-IGPT)

Il protocollo EMDR-Integrative Group Treatment Protocol, di Ignacio Jarero e Lucina Artigas, è stato ideato nel 1997 quando l'Uragano Pauline devastò la costa occidentale del Messico, provocando centinaia di morti e migliaia di sfollati, con l'obiettivo di garantire supporto psicologico al massimo numero di persone possibili. Inizialmente progettato a favore dei bambini, è risultato efficace anche per gruppi di adulti, sia nella sua forma originaria che in successivi adattamenti (Fernandez et al., 2004). L'EMDR-IGPT integra il Protocollo Standard EMDR (Shapiro 1995, 2001) con un modello di terapia di gruppo (Artigas et al., 2000) e utilizza prevalentemente la modalità di stimolazione bilaterale alternata (BLS) autosomministrata nota come "abbraccio della farfalla". È applicabile sia in fase acuta, fino a tre mesi dall'evento, che successivamente in fase cronica. I suoi vantaggi riguardano la facilità del setting, la possibilità di intervento nei momenti immediatamente successivi all'evento critico e l'ottimizzazione di tempi e di risorse, essendo richiesto un numero di terapeuti inferiore al numero di soggetti trattati. Inoltre, consente di identificare coloro che necessitano di maggior assistenza e avranno quindi bisogno di un intervento individualizzato. Nell'intervento effettuato nel piccolo comune del novarese, sono stati formati due gruppi omogenei: gli adolescenti, amici del paese, cresciuti con la ragazza, che la sera dell'evento attendevano la vittima, e gli adulti, amici e conoscenti della famiglia; ogni gruppo è stato facilitato da una conduttrice e una co-conduttrice EMDR formate in emergenza. L'intervento si è articolato in tre incontri a cadenza settimanale più un incontro di follow-up a distanza di un mese. Prima e dopo il trattamento EMDR, così come al follow-up, è stato somministrato il test psicodiagnostico per la valutazione dei disturbi post-traumatici Impact of Event Scale Revised (Daniel S. Weiss & Charles R. Marmar, 1996) e il Termometro delle Emozioni, autovalutazione semplificata del livello di intensità dei vissuti su scala da 0 a 10. Il protocollo, in entrambi i gruppi, ha avuto inizio con la somministrazione di una breve scheda anamnestica per valutare la

presenza di eventi traumatici progressi. Oltre alla psicoeducazione sul trauma, è stato illustrato il modello AIP attraverso la metafora della "digestione" delle memorie traumatiche. Le terapeute si sono offerte come modello per apprendere la stimolazione bilaterale e si è proceduto con una prima stabilizzazione. Per la preparazione i partecipanti sono stati guidati in un esercizio di respirazione ed è stato spiegato l'esercizio del posto al sicuro e, grazie all'ausilio di lavagne, si è potuta mostrare la preparazione dei materiali, fogli divisi in 4 riquadri. Il primo incontro ha avuto luogo a dodici giorni dall'evento, diversi partecipanti erano ancora sotto shock e facevano fatica a realizzare l'accaduto.

RECENT-TRAUMATIC EPISODE PROTOCOL (R-TEP)

Il Protocollo degli Eventi Recenti, di Elan Shapiro e Brurit Laub, è un protocollo individuale ideato per un intervento precoce a seguito di un evento traumatico, cioè prima che possa avere luogo il consolidamento del ricordo, con gli obiettivi di favorire una integrazione adattiva dell'esperienza traumatica, promuovere una reazione per fronteggiare positivamente la situazione e costruire un atteggiamento resiliente. Questo protocollo parte dal presupposto che l'episodio Traumatico, T-Episode, comprenda molteplici target di immagini disturbanti, eventi o altre esperienze, in un continuum traumatico che parte dall'episodio traumatico stesso e arriva al presente, includendo i pensieri disturbanti che riguardano il futuro.

Tra gli elementi caratterizzanti il protocollo vi sono: il concetto di T-Episode, che permette un inquadramento temporale in termini di continuum, il meccanismo del Google Search, che consiste nell'esplorare l'intero episodio per identificare i molteplici target all'interno del T-Episode e l'elaborazione Telescopica, che concerne la possibilità di regolare le associazioni durante la desensibilizzazione, andando da un EMD, che si focalizza direttamente e ripetutamente sul target ad un EMDR Contenuto che consente le associazioni attinenti all'episodio traumatico attuale fino alla possibilità di passare all'EMDR standard, che consente che abbiano luogo tutte le possibili associazioni.

Il R-TEP è stato utilizzato negli incontri individuali, avvenuti principalmente su proposta degli operatori alle vittime di secondo livello, maggiormente coinvolte. Sono state previste sei sedute con somministrazione della Scala IES-R e del termometro delle emozioni prima e al termine dell'intervento. Tutti i destinatari hanno beneficiato del lavoro con EMDR, mostrando un decremento dei sintomi di evitamento, intrusività e iperarousal alla Scala IES-R e un abbassamento delle emozioni di rabbia, umore depresso, ansia, stress, delle difficoltà legate al sonno e del bisogno di aiuto, misurati con il Termometro delle emozioni.

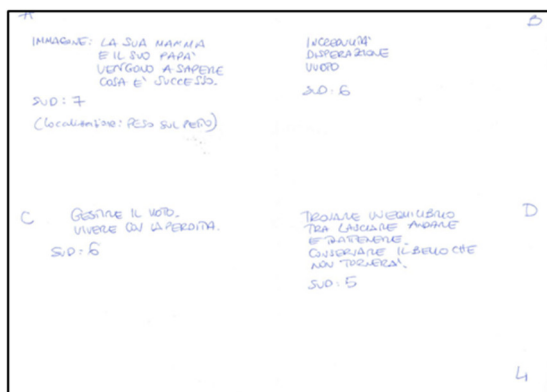
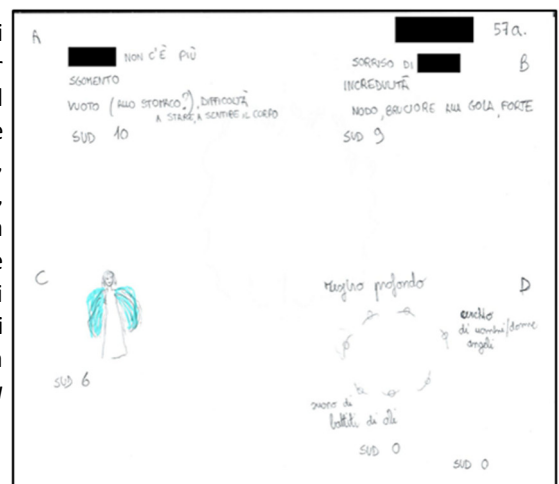
RISULTATI: OSSERVAZIONI QUALITATIVE E QUANTITATIVE

EMDR - INTEGRATIVE GROUP TREATMENT PROTOCOL

I: Gruppo Adulti

Il gruppo adulti è composto da genitori di amici della vittima e da concittadini conoscenti del nucleo familiare coinvolto. Appare fin da subito coeso e senza conflitti interni. Nel primo incontro durante la fase di preparazione i partecipanti esprimono le loro difficoltà e aspettative, come ad esempio riuscire a riprendere una vita "normale", potendo passare in alcuni luoghi senza sentirsi sopraffatti da emozioni intense e sensazioni fisiche disturbanti, riprendere i ritmi fisiologici di sonno e veglia, non sentirsi più terrorizzati per i propri figli.

Per quanto riguarda la scelta del primo target da rielaborare gli adulti si concentrano sul momento in cui hanno appreso la notizia. La maggior parte dei partecipanti è ancora invasa dall'immagine traumatica del corpo martoriato, dell'ultimo passo, del "fagotto sui binari", che si è ricostruita nella mente. Alcuni, accorsi sul luogo dell'incidente, ricordano le grida dei propri figli. Prevalgono sensazioni di sgomento, vuoto infinito, incredulità e rabbia (fig. a lato). Al termine della compilazione dei quattro quadranti emergono sensazioni di sollievo e comprensione ("lei ora è in pace") individuate nel corso della fase di desensibilizzazione. Alcuni ricordano il sorriso della vittima, altri si sentono sostenuti dal gruppo che ha fatto da contenitore emotivo alla rielaborazione: "mi sembrava di essere dentro un grande abbraccio più grande, mentre sentivo il picchietto delle mani di tutti".



Nel secondo incontro si nota in prevalenza l'immedesimarsi nel dolore dei familiari, essendo loro stessi madri e padri di ragazzi della stessa età della vittima, nel tentativo di dare un senso ad un gesto per loro incomprensibile (fig. a lato). Prevalgono sensazioni di tristezza, di maggiore consapevolezza che "è lei che ha deciso", di comprensione. Gli adulti al termine del processo di desensibilizzazione arrivano ad esprimere parole quali: "ineluttabilità", "insieme", "rispetto", "conforto", "era amata ed ha dato amore".

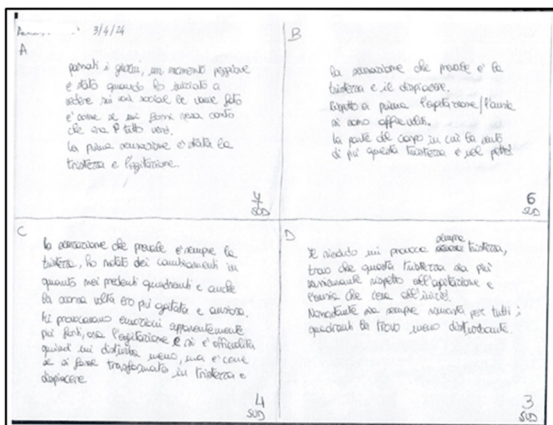
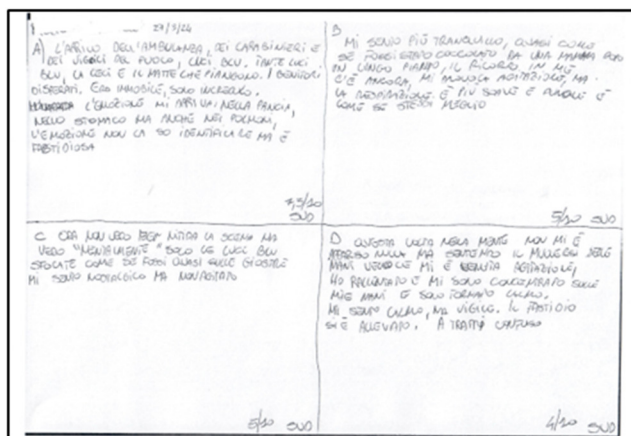
Nel terzo incontro ci si è soffermati sui trigger nel presente, differenti per i partecipanti (fig. a lato). Alcuni riportano come disturbanti l'ora del treno (che rievoca sensazioni di attesa), ripercorrere la strada che costeggia la ferrovia, sentire il passaggio a livello che suona, incontrare i genitori della vittima. Ci si è avviati verso la fase conclusiva grupitale rafforzando quella che per molti è stata una sensazione di sollievo.



Nell'incontro di follow-up il gruppo riferisce un netto miglioramento rispetto ai livelli di iperarousal, sente venir meno l'urgenza di "buttare fuori tutto indistintamente", si fanno strada un contatto con il dolore più intimo e raccolto, l'accoglienza dei vissuti di perdita e vuoto, la costruzione di un nuovo modo per sentirsi connessi alla vittima. Il gruppo pare muoversi nella direzione di trovare un modo per passare "dall'amare in presenza" all'amare in assenza".

II: Gruppo Adolescenti

Il gruppo degli adolescenti è composto da ragazzi e ragazze coetanei della vittima. È un gruppo di giovani che si conoscono fin da bambini, molto coeso, solidale e proattivo. Fin dal primo incontro si respira una sensazione di unione, stima e affetto reciproco. Per quanto riguarda la scelta del primo target da rielaborare, la maggior parte individua come momento più disturbante quello in cui viene appresa la brutta notizia. Nei quadranti prevalenti l'uso della narrazione scritta, solo qualche partecipante utilizza il disegno. Coloro che hanno scoperto la notizia per primi, uscendo in strada, rappresentano o descrivono la scena del luogo dell'incidente, dove le immagini peggiori sono soprattutto le luci accecanti dei mezzi di soccorso e la vista degli adulti e dei familiari distrutti dal dolore. Prevalente nei ragazzi un senso di vuoto, di disperazione (fig. a lato). Al termine della compilazione dei quattro quadranti, alcuni ragazzi riportano come aspetto positivo individuato nel corso delle fasi di desensibilizzazione una sensazione di sollievo, altri riferiscono qualche ricordo di momenti felici trascorsi con la vittima.



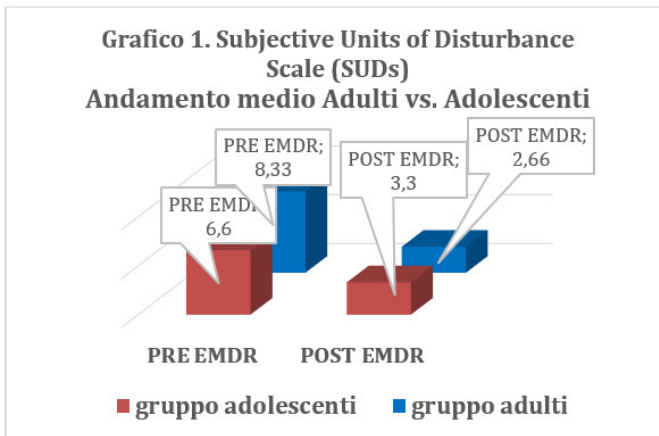
Nel secondo incontro si nota una differenza nella scelta del target tra gli amici più stretti, coloro che la attendevano per festeggiare e che sono accorsi per primi sul luogo dell'incidente e gli altri amici, che hanno appreso la notizia solo successivamente e non hanno partecipato ai primi attimi dopo la scoperta del suicidio. Questi ultimi hanno scelto dei target diversi legati a episodi successivi, come ad esempio la visita ai familiari o la visione delle foto sui social (fig. a lato), mentre i ragazzi che sono stati sul luogo dell'incidente mostrano di sentire questo momento ancora come disturbante. Notano particolari diversi della scena, spostando il focus su altri dettagli, come il pianto dei familiari o la reazione degli altri ragazzi. Qualcuno inizia a provare sensi di colpa per non aver compreso il malessere dell'amica, come un ragazzo che riporta come particolarmente disturbante la visione dei tagli sulle braccia qualche settimana prima.

Una ragazza molto amica della vittima, colei che ha scoperto per prima l'accaduto insieme al fratello della vittima, ha tremori e giramenti di testa e non riesce a proseguire la stimolazione con l'abbraccio della farfalla. L'ansia e il senso di colpa legati al fatto di essere arrivata troppo tardi e di non essere riuscita a fermarla in tempo la destabilizzano. La co-conduttrice, pertanto, le si avvicina e usa la stimolazione individuale del tapping per permetterle di proseguire il processo di elaborazione. In questo secondo incontro per qualcuno il processo di desensibilizzazione porta ad un abbassamento del SUD anche a livelli di 1 o 2, ma per gli amici più stretti il SUD iniziale si è alzato rispetto al primo incontro e si abbassa solo di uno o pochi punti al completamento dei quadranti.

Nel terzo incontro solo un ragazzo sceglie di lavorare ancora sul target iniziale che percepisce disturbante: fin dal primo incontro è rimasto molto turbato dalle sensazioni sonore, come le sirene dei mezzi di soccorso e le grida delle persone. Nei vari quadranti il SUD riesce a scendere da 7 a 3 e compaiono sensazioni di tranquillità e ricordi positivi con l'amica. Tutti gli altri partecipanti lavorano invece sui trigger nel presente, ognuno in base alla sua esperienza e ai suoi vissuti. Alcuni, che abitano vicino alla stazione o prendono quotidianamente il treno, riportano come disturbante il fischio dello stesso, che provoca in loro un sussulto e agitazione. Al termine delle sessioni solo le ragazze che chiederanno un percorso individuale

hanno ancora un SUD intorno al 5-6, mentre tutti gli altri riportano un SUD pari a zero o comunque valori bassi. Tutti riescono a concludere positivamente l'incontro riportando ricordi piacevoli dell'amica, quali i momenti sereni trascorsi insieme o il suo sorriso e la sua risata. L'esercizio finale di scansione corporea (togliere la polvere su di se) piace molto ai ragazzi, che sorridono scambiandosi sguardi complici e affettuosi, grati a sé stessi e al gruppo per il lavoro svolto.

III: SUD (Subjective Units of Disturbance Scale)

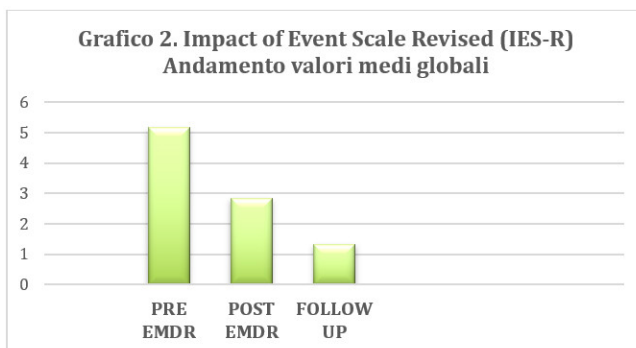


Circa il livello medio della SUDs, l'andamento tra i due gruppi non si discosta particolarmente, anche se gli adulti sembrano aver trovato maggiore beneficio dal trattamento con una diminuzione percentuale della SUDs del 70% circa, a fronte di una riduzione nel gruppo adolescenti del 50%.

Il gruppo adolescenti sembra avere vissuto dunque l'esperienza di "sopravvivere al suicidio", mentre il gruppo adulti quella di un'"esposizione al suicidio" (Jordan e McIntosh, 2011). I giovani conoscevano intimamente la vittima e hanno vissuto il suo suicidio in modo maggiormente traumatico rispetto agli adulti che, pur avendo assistito alla tragedia o essendo venuti a conoscenza della morte, avevano una conoscenza superficiale o indiretta della ragazza. (Andriessen e Krisinska, 2012). I giovani erano tutti vittime di II tipo (con alti livelli di coinvolgimento emotivo,

impotenza e senso di colpa) e alcuni di loro hanno espresso vissuti ambivalenti e in alcuni casi il senso di un torto subito ma anche il rammarico per un mancato intervento che avrebbe potuto evitare l'evento.

IV: Impact of Event Scale Revised (IES-R)



Con riferimento all'Impact of Event Scale Revised (IES-R), dopo la somministrazione EMDR di gruppo il valore medio iniziale di 5,17 è diminuito a un valore medio di 2,84 ed è sceso ulteriormente a 1,33 a distanza di un mese nel follow-up. Questi valori sembrano testimoniare l'efficacia del metodo.

Avendo diviso i partecipanti in due gruppi omogenei per età, vicinanza emotiva e relazione amicale con la vittima, si osserva che nel gruppo degli adolescenti il valore medio iniziale di 5,5 diminuisce dopo la somministrazione del protocollo EMDR-IGPT a un valore di 3, che scende ulteriormente a 0,74 nel follow-up. Anche nel gruppo degli adulti si registra una diminuzione con valori medi di partenza di 4,94, post EMDR di

2,71 e al follow-up di 1,36. Globalmente, pertanto, non si rilevano particolari differenze tra i due gruppi e per entrambi il trattamento ha avuto esiti positivi.

Anche con riferimento alle sub scale dell'Impact of Event Scale Revised (IES-R), i due gruppi sono sostanzialmente paragonabili. L'unica differenza rilevabile riguarda la sub scala di Evitamento che nella prima misurazione, confrontando i due gruppi, era mediamente più elevata nel gruppo degli adolescenti mentre per gli stessi, al follow-up, è risultata mediamente inferiore rispetto al gruppo adulti.

V: Termometro delle Emozioni

L'andamento delle emozioni è pressoché simile nei due gruppi tranne che per l'ansia e la rabbia. La prima sembra caratterizzare tipicamente il gruppo degli adolescenti e, pur avendo visto un decremento, permane più alta anche dopo il follow-up. Al contrario, la rabbia che già alla prima misurazione era più bassa nel gruppo degli adolescenti, ha avuto un forte decremento al follow-up. Inoltre, i giovani riferiscono livelli più alti di ansia, mentre nel gruppo degli adulti sembra prevalere la rabbia. Sarebbe interessante dar seguito a queste osservazioni con ulteriori studi con campioni più numerosi, dunque statisticamente significativi.

VI: Post-Traumatic Growth Inventory (PTGI).

Al questionario sulla Crescita Post traumatica i due gruppi hanno mostrato andamenti differenti. Il gruppo adulti ha ottenuto punteggi mediamente più elevati rispetto ai giovani, in particolare nella dimensione *relazione con gli altri*, seguito (in ordine di intensità percepita) dalle dimensioni *apprezzamento della vita*, *nuove possibilità* e *forza personale*. Tutti i partecipanti hanno riconosciuto gli incontri di gruppo come un luogo prezioso dove, accomunati dall'aver vissuto lo stesso trauma, hanno potuto sperimentare un rispecchiamento corale dei propri vissuti pur nella diversità della fase che stavano attraversando, in un clima di accettazione e assenza di giudizio. Questo ha permesso di alimentare un processo di vicinanza solidale anche al di fuori della rete di mutuo sostegno preesistente: la piccola comunità, già unita in partenza, si è connessa

ancora di più e ha dato seguito ad una serie di iniziative commemorative e di promozione sociale degne di nota che andremo ad illustrare nelle conclusioni.

RECENT-TRAUMATIC EPISODE PROTOCOL

Nei paragrafi successivi saranno riportati i passaggi più significativi di alcuni dei percorsi individuali attivati, osservazioni qualitative che testimoniano il buon esito del Protocollo Eventi Recenti utilizzato in fase acuta.

VII: Il padre

Il padre della giovane deceduta, estremamente provato dal trauma, si è avvalso fin da subito di un supporto individuale. Accorso la notte dell'evento sui binari, era stato soccorso dai sanitari a seguito di un malore. E' stato lui a dover riconoscere la salma. Nel corso del primo incontro riporta che all'imbrunire, *"quando inizia a fare scuro"*, inizia a sentirsi poco concentrato (il suicidio è accaduto di notte), dice anche che si accorge che progressivamente dimentica le cose, è sbadato e distratto. La stabilizzazione viene fatta con l'installazione di una sensazione positiva, di forza e radicamento (lui che corre durante una gara sentendo la forza nelle gambe che lo sostengono). Alla IES-R somministrata all'inizio il punteggio è molto alto. Si procede con la narrazione dell'episodio attraverso la Stimolazione Bilaterale tattile e la conseguente individuazione dei target da rielaborare: immagine intrusiva della figlia contro al treno, arrivo ai binari con mancato riconoscimento in obitorio. Sono emerse le seguenti convinzioni negative: *"sono responsabile"*, *"sono sopraffatto"*, *"sono paralizzato"*, *"sono impotente"*, *"ho paura di dimenticarla"*, sostituite nel corso della rielaborazione da convinzioni positive: *"posso sollevarmi dal senso di colpa"*, *"posso trovare la forza"*, *"posso reagire"*, *"posso farcela"*, *"lei sarà sempre parte di me"*. Con il susseguirsi delle sedute si riducono i sintomi dissociativi e intrusivi. Il padre inizia a sentire il vuoto della perdita all'interno della casa, ad esempio al momento dei pasti; *"Sto realizzando che non tornerà più, noi ci siamo ancora, noi remiamo insieme"*. Ha iniziato a sognarla serena in scene di vita familiare. Ricorda di averla vista incupita nel momento in cui aveva appreso del decesso di un coetaneo occorso il giorno prima del suicidio. Nell'ultimo incontro la cognizione positiva relativa a tutto l'evento è *"non possiamo essere nella mente dell'altro, noi ci siamo ancora e andiamo avanti"* pensando a tutta la famiglia, riferito a sé stesso *"vado avanti"*. La IES-R, somministrata al termine delle sessioni di EMDR Protocollo Eventi Recenti, evidenzia una sensibile riduzione nel punteggio totale.

VIII: Il fratello

Il fratello ottiene alla IES-R, somministrata prima del trattamento nella subscale Evitamento, un punteggio sopra la media e ancora maggiore che nella subscale Intrusività. Le strategie maggiormente messe in atto di fronte all'evento sono infatti quelle evitanti: *"Ho cercato di non pensarci"*, *"Ho cercato di non lasciarmi sconvolgere quando ci ho pensato"* sono gli item con punteggi più alti. Il lavoro con EMDR per lui è rivelatore perché lo aiuta - come lui stesso riferisce - a *"lasciarsi andare"* e lasciare spazio alle emozioni troppo controllate. Nelle sedute con il Protocollo Eventi Recenti individua immediatamente gli episodi più disturbanti e li riporta in ordine cronologico, arrivando da solo ai trigger nel presente. La prima immagine riferita risale a qualche minuto prima del suicidio e sono le parole stizzite della sorella che lo manda via quando lui cerca di farla salire in macchina per accompagnarla alla festa. È questa un'immagine che lo riempie di sensi di colpa e che si accompagna al pensiero che avrebbe potuto fare qualcosa per fermarla. Attraverso i set di EMDR piano piano nel corso della seduta il ragazzo arriva a sentire che *"non poteva farci niente"*. Si lavora poi sull'immagine di qualcosa visto in mezzo ai binari, dove lui inizia a riferire al rallentatore la scena tanto carica emotivamente. Interessante è anche l'elaborazione dell'immagine successiva di lui che - dinanzi al treno fermo - urla disperato chiedendo cosa sia successo ma nessuno gli risponde. La CN di impotenza, che gli suscita tanta rabbia, percepita nella gola, viene elaborata nel momento in cui, durante i set, riemerge un ricordo dimenticato: la presenza di una persona che gli ha risposto. Il ragazzo è meravigliato di questa consapevolezza, si rilassa in volto e il nodo in gola si scioglie. È poi lui a portare trigger del presente: il letto vuoto e il silenzio. Riemergono ancora le CN di impotenza in questa solitudine, che sente prima come un *"nodo alla gola molto forte"*, poi come *"una morsa allo stomaco"* e successivamente un *"vuoto allo stomaco"*. Durante i set le sensazioni fisiche si sciolgono e arriva piano piano un senso di leggerezza, finché negli ultimi set arriva a dire: *"E' come se ci fosse tanta nebbia. Il percorso mi aiuta a fare chiarezza, che poi mi rimane"*. Il giovane arriva da solo a pensare al futuro. Porta un episodio di depersonalizzazione accaduto negli ultimi giorni, il timore che possa capitare di nuovo, la paura di perdere il controllo e farsi del male come accaduto alla sorella. Il percorso, oltre ad aiutarlo nell'elaborazione degli episodi più dolorosi, gli ha permesso - come lui stesso sottolinea e riconosce - una crescita interiore e una maggiore consapevolezza di sé stesso (*"non mi permetto mai di non stare bene, se c'è qualcosa che non va scatta subito l'allarme"*), nonché l'accettazione delle sue parti più fragili, tanto da scegliere come CP per questo episodio: *"Sono umano anch'io"*, riferendosi alla possibilità di accettare, accogliere ed esprimere tutte le sue emozioni, anche le più sconvolgenti e destabilizzanti. Nell'ultima seduta il giovane lavora su un sogno dei giorni precedenti in cui sono riemersi vissuti di impotenza e arriva a rielaborarlo sempre con uno stato d'animo di accettazione e con la frase positiva *"Posso accettare il destino"*. Il percorso EMDR si conclude con la cognizione positiva relativa a tutto l'evento: *"Merito di essere felice"*. Inizia a raccontare dei suoi recenti successi scolastici, della fidanzata e dei suoi progetti futuri: c'è una spinta positiva verso la vita e verso il futuro ma non più, come all'inizio del percorso, dettata dal bisogno di negazione ed evitamento, quanto dalla consapevolezza che il dolore si può attraversare e dal dolore si può ripartire.

IX: Le amiche

È stata seguita in trattamento individuale anche un'amica della vittima, che era fuori zona la notte del decesso e ha appreso

la notizia in solitudine, lontana dal gruppo e da figure di supporto emotivo. In questa situazione è apparso da subito evidente come per lei l'assenza del gruppo dei coetanei vicini, del confronto immediato con loro è stato un fattore di rischio che ha complicato il vissuto traumatico. La sua elaborazione parte dal target: comunicazione del suicidio. In quel frangente ha avuto una crisi di agitazione psicomotoria, era sola in una stanza e si è sentita completamente sopraffatta. La cognizione negativa *"non posso sopportarlo"* accompagnata da senso di colpa, nel corso della desensibilizzazione vira verso la convinzione positiva *"posso affrontarlo"*. Nell'incontro successivo domina la rabbia per il gesto compiuto, e un'accentuata reattività verso il prossimo. Dalla cognizione negativa *"perdo il controllo"* passa alla cognizione positiva *"posso gestirlo"*. Nell'ultimo incontro riporta un sogno, come spesso accade nel riavviare l'elaborazione dell'evento traumatico: *"Sono ad una festa con lei e balliamo, ci scattano una foto e quando la guardo lei non compare nell'immagine"*. Inizia ad arrivare il dolore della perdita e la realizzazione del vuoto lasciato: c'è tristezza. L'amica le manca, ma pian piano inizia ad adattarsi all'accaduto, come convinzione positiva su tutto l'episodio arriva *"posso farcela, posso andare avanti"*. L'intervento è stato molto efficace, come dimostrato dalla diminuzione dei punteggi alla IES-R. Un'altra amica della vittima, dopo aver partecipato al ciclo EMDR-IGTP degli adolescenti, ha usufruito degli incontri individuali e completato l'elaborazione della notte traumatica affrontando il target relativo al momento in cui ha portato la "bad new" agli altri, familiari e amici. Una volta sbloccato l'ultimo frammento traumatico ha potuto affrontare il dolore della perdita, il vuoto, ma è anche riuscita a sentire la vicinanza dell'amica in una nuova forma: *"mentre ballavo durante la gita mi è sembrato per un attimo che lei stesse ballando con me, è stato bello perché da quando è successo non ero più riuscita a sentirla vicina"*. Nel riferirlo porta un senso di sollievo, come se sentisse di aver avviato un nuovo inizio.

DISCUSSIONE

La raccolta dei dati quantitativi e qualitativi evidenzia che tutti i partecipanti hanno tratto beneficio dagli interventi.

Nel protocollo di gruppo si sono registrate delle lievi differenze tra i due gruppi di adulti e adolescenti. Per quanto riguarda la misura dell'unità soggettiva di disturbo sono gli adulti ad avere un maggior decremento che si attesta intorno al 70%. I valori medi che permangono intorno al valore 3 della SUD al follow-up potrebbero essere sostenuti dal motivo non chiaro della morte, come una non comprensione della scelta soggettiva di porre fine alla propria esistenza, "non chiusura" del cerchio traumatico. Per quanto riguarda la IES-R gli adolescenti sembrano aver tratto maggior beneficio in riferimento alla diminuzione della sub scala dell'Evitamento. Questo calo farebbe ipotizzare una sorta di "autorizzazione ad entrare in contatto", derivante dallo spazio di accoglienza gruppele nel quale i giovani sembrano uscire da uno spazio di isolamento emotivo per accedere ad una condivisione dei vissuti dove anche l'indicibile trova la possibilità di essere espresso.

Al termometro delle emozioni adulti e adolescenti hanno mostrato andamenti simili con questa divergenza: gli adulti si sono descritti come maggiormente arrabbiati, mentre tra gli adolescenti l'emozione predominante è l'ansia. Il follow-up ha rilevato una globale riduzione dei valori in tutte le dimensioni. Rispetto alla crescita post-traumatica, rilevata solo al follow-up, sono gli adulti quelli che sembrano riuscire con più facilità ad incamminarsi verso l'apprendimento e la crescita post traumatica. La letteratura riporta che la crescita post traumatica possa essere favorita dalla presenza di alcuni fattori predisponenti, tra cui tratti personologici (in particolare estroversione ed ottimismo) e la tendenza ad utilizzare uno stile di coping attivo (Prati, Pietrantoni, 2009), aspetti non esplorabili tra i partecipanti. In riferimento agli interventi individuali offerti alle vittime di secondo tipo, tutte hanno riferito un globale beneficio, rilevato anche alla IES-R i cui valori sono scesi vistosamente. Il lavoro con EMDR ha consentito di attenuare la pervasività dei sentimenti di colpa, dolore, rabbia e impotenza e di avviare strategie di coping più funzionali, grazie alla mobilitazione di risorse interne ed esterne: ciò ha facilitato il progressivo adattamento alla realtà della perdita e l'individuazione di nuove modalità di connessione emotiva con la giovane. È sempre doloroso sopravvivere alla morte di una persona cara, a maggior ragione se violenta, improvvisa e autodeterminata come nell'evento descritto. Il suicidio, infatti, si differenzia dagli altri tipi di lutto anche per i "processi sociali" che circondano i sopravvissuti, in quanto ha un impatto dirompente sul sistema familiare (Jordan J.R., McIntosh, J.L., 2011) e sulla collettività. La giovane età della vittima ha complicato ulteriormente il quadro, andando ad infrangere le credenze e le aspettative implicite sull'esistenza, sul futuro, sulla vita. Negli eventi critici analoghi a quello descritto, l'intervento in fase acuta è ancora più indicato in quanto, lavorando su reti mnestiche traumatiche ancora in fase di consolidamento, facilita l'elaborazione adattiva degli aspetti traumatici (AIP). Inoltre, il lavoro di integrazione dell'evento nella storia familiare risulta fondamentale per prevenire il PTSD e ridurre il rischio di trasmissione transgenerazionale del trauma.

CONCLUSIONI

Questo lavoro non ha pretese di esaustività e non riporta dati che abbiano una significatività statistica. Vuole narrare un'esperienza intensa di lavoro sul campo e cercare di estrapolare spunti di riflessione, di stimolo a future esplorazioni. Vuole anche essere testimonianza di un intervento che ha portato beneficio alla comunità e arricchimento alle terapeute che, avendo lavorato in un team collaborativo e non giudicante, hanno fornito il proprio apporto con disponibilità e passione. In conclusione, è utile condividere un progetto scaturito dal drammatico evento descritto, indicativo di un processo di resilienza collettivo. I familiari e gli amici della ragazza hanno deciso di realizzare dei braccialetti in sua memoria, riportanti questa significativa incisione: *"La tua risata riempirà i nostri cuori"*. Con il ricavato della loro distribuzione è stata progettata dal fratello, e successivamente costruita, un'Altalena dei sogni accessibile





a tutti in un luogo caro alla ragazza, con l'auspicio che amici e famiglie possano trascorrervi ore serene in suo ricordo, ammirando, dondolandosi, le montagne che lei amava e continuare a guardare verso l'orizzonte, verso i loro sogni, come lei avrebbe voluto.

Il "team di protezione emotiva" è stato invitato all'inaugurazione che ha previsto una funzione religiosa, la benedizione dell'altalena e un rinfresco al quale hanno partecipato circa un centinaio di persone di tutte le età. Il messaggio che il parroco e i familiari hanno voluto trasmettere alla comunità è stato il seguente: "Continue a vivere, continue a sognare".

Un'ultima considerazione concerne l'aumento di accessi al servizio di supporto psicologico che si è manifestato nei mesi successivi ai trattamenti e pare deporre a favore del buon esito degli interventi terapeutici e delle azioni di sensibilizzazione intraprese nell'aumentare la consapevolezza e disponibilità delle persone a prendersi cura di sé e delle proprie emozioni. Degno di nota, a tal

riguardo, in concomitanza con le nuove elezioni degli organi politici locali, la costituzione di un presidio psicologico a disposizione della popolazione introdotto fra i punti della campagna elettorale, tema di cui si è fatta portatrice una delle partecipanti all'intervento emergenziale.

BIBLIOGRAFIA

- Andriessen K. (2012). *Essential questions on suicide bereavement an postvention*, Int. J. Environ. Res. Public Health
- Bailo P., Rampi C., Giachino G., Maslovaric G. (2016). *Emergency Intervention for sudden mourning in a high school of North Italy*, Poster Convegno EMDR Aia
- Capraro G. (2013). *Il Disturbo Post-Traumatico da Stress*, Carocci Editore, Roma
- Fernandez I., Verardo A.R. (2019). *Emdr: modello e applicazioni cliniche*, Hogrefe, Firenze
- Fernandez I., Solomon R. (2002). *Corso di formazione sul Debriefing e tecniche di gestione dello stress*, Milano.
- Jayawickreme E., Blackie L. E. R. (2014). *Post-traumatic growth as positive personality change: Evidence, controversies and future directions*. European Journal of Personality, 28(4), 312–331
- Jayawickreme E., Blackie L. E. (2016). *Exploring the psychological benefits of hardship: A critical reassessment of posttraumatic growth*. Springer
- Jarero I. N., Artigas L., Luber M. (2011). *The EMDR Protocol for Recent Critical Incidents: Application in a Disaster Mental Health Continuum of Care Context*, Journal of EMDR Practice and Research, 5(3), 82-94
- Jordan J.R., McIntosh J. L. (2011). *Grief after suicide: Understanding the consequences and caring for the survivors*. Routledge/Taylor & Francis Group
- Luber M. (2015). *I protocolli terapeutici dell'EMDR*, Giovanni Fioriti editore, Roma
- Martini F. (2008). *Archeologia del paleolitico*, Carocci Editore, Roma
- Onofri A., La Rosa C. (2015). *Il lutto. Psicoterapia cognitiva e EMDR*, Giovanni Fioriti Editore, Roma
- Osservatorio Medicina di Genere (2022). *Il suicidio in Italia*.
- Parkes C.M. (2001). *Bereavement: studies of grief in adult life*, Ed. Taylor e Francis, Philadelphia
- Prati G., Pietrantoni L. (1996). *Optimism, social support, and coping strategies as factors contributing to post-traumatic growth: a meta-analysis*. Journal of Loss and Trauma, 14, 364-388
- Rando T.A. (1993). *Treatment of complicated mourning*, Research Press, Champaign, Illinois
- Shapiro F., Forrest M. (1977). *EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress and trauma*, Basic Books, New York
- Shapiro F. (2013). *Lasciare il passato nel passato. Tecniche di auto aiuto nell'EMDR*, Trad. Casa Editrice Astrolabio, Roma
- Taylor A. J. W., Frazer A.G. (1981). *The stress of post-disaster body handling and victim identification*, "Journal of Human Stress", 8
- Tedeschi R., Calhoun L. (2004). *Posttraumatic growth: conceptual foundations and empirical evidence*. Psychological Inquiry, 15(1), 1-18
- Van Der Kolk B. (2025). *Il corpo accusa il colpo*, Raffaello Cortina Editore, Milano
- Worden J. W. (1996). *Children and Grief: when a parent dies*, Guilford, New York

Intervento di emergenza EMDR in una comunità colpita dalla tragica morte di due giovani assassinati per errore con 11 colpi di arma da fuoco

**Sonia Collaro¹ - Giuseppina De Luca² - Loredana Gaudio²
Ornella Pasqua² - Tiziana Vecchiarini²**

¹Supervisore - Napoli - ²Practitioner

I fatti

Nella notte del 28-29 ottobre 2021, un evento tragico ha scosso la città di Portici (NA), quando un individuo ha perpetrato un duplice omicidio nei confronti di Tullio Pagliaro e Giuseppe Fusella presumendoli ladri mentre, in realtà, stavano semplicemente parcheggiando l'auto di fronte alla sua abitazione. L'episodio sconcertante è avvenuto nel comune di Ercolano confinante con il comune di Portici. Entrambi i giovani, Tullio di 27 anni e Giuseppe di 26, erano ragazzi per bene e senza precedenti penali. Tullio lavorava nell'azienda di famiglia, appassionato di tennis, frequentava il circolo della città, mentre Giuseppe stava per laurearsi in Scienze Motorie. La brutalità dell'omicidio, caratterizzato da ben 11 colpi di arma da fuoco pari ad uno scenario di guerra, ha suscitato grande sgomento nelle due comunità coinvolte.

La richiesta

Il sindaco di Portici e le istituzioni locali hanno prontamente offerto supporto alle famiglie delle vittime, incluso il coinvolgimento dell'Associazione EMDR Italia per fornire assistenza psicologica d'emergenza.

L'intervento

Sonia Collaro, supervisore EMDR, ha guidato l'iniziativa, coordinata sul territorio dalla collega Ornella Pasqua e coadiuvata da un gruppo di colleghe che hanno aderito all'iniziativa. Sono stati effettuati degli incontri preliminari tra il gruppo di lavoro in emergenza sia per la condivisione delle modalità operative di lavoro sia per la conoscenza del caso. Considerata la delicata natura dell'evento, sono stati organizzati incontri individuali con le famiglie delle vittime ed il gruppo di amici più stretti. Gli incontri si sono svolti sia presso una struttura messa a disposizione dal Comune sia presso gli studi professionali delle colleghe che hanno partecipato all'intervento.

Delle due famiglie colpite dalla tragedia, soltanto i genitori di una delle due vittime hanno aderito all'iniziativa. L'altra famiglia ha rifiutato ogni forma di sostegno istituzionale.

Gli incontri individuali (4/5) si sono tenuti seguendo il protocollo Eventi Recenti in cui sono stati effettuati:

Stabilizzazione e grounding - Psicoeducazione - Interventi a livello cognitivo - Installazione Posto al sicuro -
Terapia EMDR per affrontare la situazione traumatica - Installazione di risorse

Gli interventi sono stati adattati alle esigenze individuali, con l'obiettivo di favorire il processo di elaborazione del lutto ed il recupero emotivo. Il coinvolgimento attivo della comunità e la collaborazione tra professionisti hanno contribuito al successo dell'iniziativa. I primi incontri hanno coinvolto i genitori di una delle due vittime. Il padre è stato preso in carico dalla collega Giuseppina de Luca, che ha lavorato presso una struttura comunale. "In un primo momento ho effettuato sia la raccolta delle informazioni circa il papà colpito dalla tragedia sia la raccolta di informazioni dell'evento tragico. In una seconda fase ho effettuato la preparazione dello stesso, fase fondamentale e propedeutica al lavoro di elaborazione.

Il signor A. descriveva le sue reazioni dopo il grave incidente quali la sensazione di essere dentro un film (senso di irrealtà), problemi del sonno, pensieri intrusivi per quello che era accaduto al figlio e alla sua famiglia, difficoltà di concentrazione.

Nella terza fase ho illustrato la teoria soggiacente l'EMDR e l'uso del metodo per le emergenze. Durante questo primo momento sono state insegnate al padre una serie di tecniche di rilassamento e installato il posto al sicuro.

Utilizzo Protocollo EMDR per Eventi Recenti: il padre ha raccontato l'episodio traumatico con BLS e si è identificato il target disturbante attraverso il Google Search dell'episodio. Il signor A. ha identificato come target più disturbante il momento in cui, recatosi al comando stazione della polizia, ha trovato la moglie in lacrime.

Dopo il secondo incontro il sig. A. non ha voluto proseguire gli incontri motivando che voleva proseguire da solo da quel momento in poi".

La madre è stata presa in carico dalla collega Tiziana Vecchiarini. "Durante il primo incontro, la signora ha manifestato una dualità emotiva, evidenziando il bisogno di essere ascoltata e compresa riguardo alla drammatica perdita del figlio a causa di colpi di pistola, ma anche la necessità di sospendere il pensiero su tale evento insopportabile. Ho adottato un approccio delicato di estrema sensibilità e rispetto per il profondo dolore della madre, proponendo un contatto fisico mediante tapping prolungato per offrire sollievo.

Nel corso di quattro incontri, la madre ha rivissuto la vita del figlio, la loro relazione madre-figlio e momenti di vita

quotidiana, utilizzando immagini e video dal proprio cellulare. A causa dell'intensa angoscia della signora, non è stato possibile individuare il Safe Place o pensieri rassicuranti, né risorse adeguate. È stato fondamentale lavorare ai bordi della finestra di tolleranza emotiva e intervenire durante le fasi di ipoarousal con movimento fisico e grounding, al fine di recuperare l'ingaggio sociale. Nel terzo incontro la signora ha riferito di aver sperimentato momenti di profondo malessere in ambito domestico, riuscendo tuttavia a autoregolarsi come aveva appreso nei primi due incontri con l'EMDR, aumentando così la sua tolleranza al disagio. L'elaborazione degli eventi ha rivelato una particolare sensibilità verso episodi marginali e trascurabili che la signora ha presentato come fonte di angoscia, quasi per avvicinarsi gradualmente alle fasi più traumatiche. Durante l'ultimo incontro, la signora ha scelto di focalizzare l'attenzione sul suo arrivo al comando di polizia, lentamente dopo diverse BLS (stimolazioni bilaterali) è stato possibile osservare un'apprezzabile riduzione del disturbo. (SUD) Durante il processo dell'elaborazione del trauma, è emerso un significativo timore costante del giudizio sociale mentre la paziente si impegnava in attività quotidiane come fare la spesa. Per affrontare questa sfida, ho utilizzato tecniche di autostimolazione bilaterale e ho avviato un confronto con la collega Ornella Pasqua, riconoscendo questi elementi come cruciali per gestire il carico emotivo associato al trattamento."

La Dott.ssa Loredana Gaudio, psicologa/psicoterapeuta, EMDR practitioner ha lavorato presso il suo studio professionale con una giovane amica dei ragazzi, che aveva un legame profondo con uno di loro. "E. è entrata nel piccolo spazio di aiuto offertole mostrando una grande sofferenza, sembrando aspettare con desiderio contenimento ed elaborazione. Abbiamo lavorato insieme nell'arco di quattro incontri, in particolare attraverso il posto sicuro e il protocollo EMDR breve per eventi recenti. E. ha colto pienamente e con profonda fiducia la possibilità di essere aiutata e nell'arco breve degli incontri, è sembrata giovare di un certo sollievo nel dolore che spesso si riattivava. È risultato inoltre di grande significatività nel suo caso svolgere una psicoeducazione sul trauma, che le ha permesso di poter riconoscere riattivatori traumatici e proprie risposte e gradualmente di poter tornare in sicurezza. Poter partecipare nel mio piccolo all'elaborazione di un trauma collettivo nel nostro territorio ha rappresentato per me una possibilità significativa come terapeuta EMDR ed è con gratitudine che ho accolto E.; la stessa gratitudine l'ho ritrovata nella stessa ragazza, travolta da tanti ricordi e da tanta sofferenza relativa all'impatto di una perdita violenta e improvvisa".

La collega Ornella Pasqua ha fornito assistenza alla madre di uno degli amici di Tullio e Giuseppe nel proprio studio. Il figlio avrebbe dovuto essere presente quella sera con loro, ma, non avendo ottenuto il permesso di congedo dal servizio militare, non è riuscito a raggiungere i suoi amici. Madre e figlio hanno entrambi lottato con il peso di questa mancanza e il senso di sopravvivenza del figlio. Dopo aver cercato aiuto per se stessa, la madre ha incoraggiato il figlio a intraprendere un percorso simile, ma lui ha declinato. "La signora riportava sintomi di ansia, difficoltà nel dormire, pensieri frequenti circa l'accaduto, tanto da non riuscire a svolgere le attività di vita quotidiana. Dopo la fase di stabilizzazione, psicoeducazione ed installazione del posto sicuro, abbiamo lavorato sull'immagine intrusiva che la signora riferiva di avere spesso in mente. L'immagine era rappresentata dal luogo dove i due ragazzi sono stati uccisi. La signora, oltre a conoscerlo perché abita poco distante, si era recata sul posto il giorno dopo la tragedia. L'emozione era la tristezza, e la cognizione negativa "sono impotente" con un SUD pari a 10 ed una sensazione forte sentita per tutto il corpo. La CP "ho delle scelte/posso fare qualcosa" con una VOC pari a 2. Al termine del primo incontro il sud si era abbassato a 5 e la signora riferiva di sentirsi meglio.

Al secondo incontro la signora riferisce che durante la settimana si era sentita meglio ed era riuscita a svolgere con più serenità le attività di vita quotidiana. Rinforzo le risorse e continuiamo a lavorare sull'episodio. Il Sud era sempre 5. La signora riferisce che le sono venuti in mente degli altri particolari, come il palo della luce della strada e lo stesso manto stradale. Lavoriamo su questi particolari ed al termine dell'incontro la signora riesce ad elaborare completamente il ricordo con un SUD pari a 0. Nel terzo incontro la signora riferisce di essere stata ancora meglio in settimana, di aver dormito con più facilità, di non aver pensato spesso all'evento ma di avere un pensiero ricorrente "perché lo ha fatto?" che non riusciva a scacciare dalla mente. Lavoriamo su questo. L'emozione, stavolta, era la rabbia, con la cognizione negativa "non posso sopportarlo" ed un SUD pari a 10. La CP "posso sopportarlo" con una VOC pari a 3. Al termine di questo incontro di stimolazione bilaterale, il SUD cala a 5. Nel quarto incontro la signora riferisce di essersi sentita ancora meglio in settimana. Ritornando al pensiero, il SUD era calato a 3. Al termine dell'incontro la signora riesce a completare il lavoro di elaborazione. Nel quinto ed ultimo incontro, rinforzo tutte esperienze positive che la signora riportava: regolarità nel dormire, capacità di svolgere le azioni di vita quotidiana, sensazione di maggiore serenità, un vissuto di normale dispiacere dovuto sia all'evento accaduto, sia nel vedere la sofferenza del figlio. Riflettiamo anche sull'utilità che hanno avuto gli incontri per la signora, che manifesta contentezza e soddisfazione per aver superato uno stato di blocco e malessere nel quale si trovava".

Conclusioni

Dall'esperienza riportata da ciascun professionista coinvolto in quest'intervento di emergenza EMDR, si evince l'importanza di intervenire precocemente, con approcci standardizzati ed evidence-based (EMDR) in situazioni ad impatto drammatico e traumatico sia sulla popolazione più ampia sia sulle persone più direttamente coinvolte, come in questo caso i familiari o le persone affettivamente vicine alle vittime. Con pochi incontri, circa 3/4, grazie alla stimolazione bilaterale sulla narrativa degli eventi, tutti i soggetti trattati hanno mostrato un evidente diminuzione del livello del disturbo (SUD) ed un orientamento del pensiero verso l'elaborazione adattiva dell'evento traumatico (lutto del figlio o dell'amico assassinato ingiustamente). Qualche mese più tardi, il Sindaco ha convocato un incontro presso la Casa Comunale con il gruppo di lavoro d'emergenza, durante il quale ha consegnato una targa di riconoscimento riflettendo anche sull'opportunità di sviluppare ulteriori progetti di prevenzione rivolti a minori e famiglie

nuovi -

eventi 2024

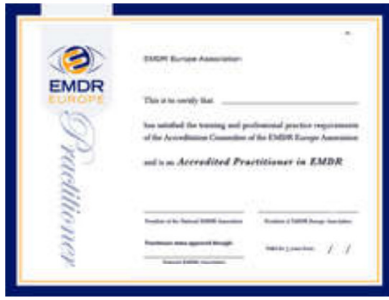
Sabato **Alberto Pellai**
26.10 Preadolescenza ovvero l'età
dello tsunami

Sabato **Micaela Barnato**
09.11 **Furio Ravera**
Il trattamento della
dipendenza attraverso la
terapia EMDR

Sabato **Elisa Faretta**
23.11 EMDR nel disturbo di panico -
dalla teoria alla pratica clinica

Sabato **Ana Gomez**
14.12 La violenza verso se stessi e
verso gli altri nei bambini e
adolescenti

PER ISCRIZIONI
EMDR.IT/FORMAZIONE/ALTRI CORSI



PROGETTO EMDR EUROPE “EMDR PRACTITIONER” PSICOTERAPEUTA ESPERTO IN EMDR

CRITERI DI RI-ACCREDITAMENTO

Trovate di seguito i criteri per il ri-accreditamento stabiliti da EMDR Europe.
E' necessario inviare una autocertificazione con indicato

1. di essere membro dell'Associazione in regola con le quote associative.
2. la richiesta di rinnovo della certificazione su carta intestata con firma autografa
3. la dichiarazione di aver acquisito, nei cinque anni, almeno 50 CPD (Continuing Personal Development)
4. Per quanto riguarda il punto 4 (f) dei criteri di EMDR Europe, l'Associazione EMDR Italia ha scelto di riconoscere come crediti CPD (Continuing Personale Development) per il rinnovo dell'accREDITAMENTO quelli sotto elencati:

A. attività formative avanzate.

L'Associazione organizza gratuitamente per i propri soci ogni anno un alto numero di seminari avanzati. Ogni giornata di seminario eroga normalmente 7/8 CPD (1 ora=1 CPD). Per il rinnovo sono necessari 10 CPD per anno, quindi una o due giornate di formazione avanzata coprono già il numero annuale richiesto per il rinnovo.

B. congressi EMDR nazionali ed europei. Il congresso annuale di EMDR Europe Association eroga 14 CPD. Il congresso nazionale di EMDR Italia assegna 1 CPD per ogni ora. Quindi per esempio partecipare ad un congresso di EMDR Italia si possono ricevere fino a 16 CPD

C. eventuali ore di supervisione svolte a cui si è preso parte dopo il conseguimento del Certificato di Practitioner/Terapeuta Esperto in EMDR

Vi ricordiamo che la richiesta deve essere inviata, trascorsi cinque anni dalla data riportata sul certificato, per mail a segreteria@emdritalia.it

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

