



EMDR

RIVISTA DI PSICOTERAPIA EMDR

**ANNO XXIII
FEBBRAIO 2025
N 47**

EMDR ITALIA

Febbraio 47

Sommario

Lettera del Presidente	1
25 Anni di Terapia EMDR in Italia	2
Il bullismo	9
EMDR per lo Shock culturale negli Expat	11
Il lavoro con i bambini: un approccio al trattamento dei traumi relazionali con la terapia EMDR	21
Integrazione tra l'utilizzo del Test di Rorschach e l'elaborazione dei sogni nella Psicoterapia EMDR	27
Verso una Sintesi delle Conoscenze sulle Esperienze Sfavorevoli Infantili (ESI): Una Rassegna Bibliografica Ragionata	29
Relazione intervento gruppo classe Istituto "ETTORE FIERAMOSCA" di Barletta	37
Recensione: Emozioni a colori	39
Progetto EMDR Europe - Practitioner	40

Lettera del presidente



Come Società Scientifica abbiamo davanti un anno pieno di attività, di ricerca e di espansione. Abbiamo pianificato un calendario di formazioni avanzate rivolte a tutti i soci, mentre alcune saranno specifiche per quelli che hanno già raggiunto il certificato di EMDR Europe Accredited Practitioner. In questo modo possiamo differenziare alcuni temi sull'applicazione dell'EMDR a seconda del livello di esperienza e di specializzazione dei colleghi.

Come Associazione cerchiamo di dare la possibilità a tutti di ottenere questa certificazione, promuovendo e agevolando le supervisioni, per esempio formando Supervisor in diverse città, per avvicinare la figura del EMDR Europe Accredited Consultant/Supervisore EMDR ai soci. Vi invitiamo quindi a contattare un Supervisore e a completare le 20 ore minime di Supervisione (oltre ai vari requisiti descritti sul sito emdr.it e in questa rivista) per avere questo certificato. Questo permetterà all'Associazione di inserire insieme al vostro nome sul sito anche il titolo di EMDR Practitioner. Appartenendo a EMDR Italia, tutti i nostri soci lo possono indicare nei loro Curriculum Vitae, anzi inserire tra i vari titoli che si è affiliato alla Società Scientifica EMDR Italia, dà ulteriore risalto alla propria professionalità e ai propri titoli.

La nostra Associazione fa parte anche della FISM (Federazione Italiana Società Mediche), un'altra Società Scientifica, quindi si può indicare anche che si è affiliati a questa Società, per avere ulteriori titoli. Vi suggeriamo quindi di inserire queste informazioni sulle vostre presentazioni professionali e/o curriculum vitae.

Nel 2024 abbiamo avuto un'ulteriore crescita di soci, arrivando a più di 10.500 colleghi che fanno parte dell'Associazione. Siamo molto felici che i colleghi rinnovino ogni anno, che ci sia una buona "retention" e che si aggiungano nuovi soci. Questa continua crescita ha dato sempre più impulso alla terapia EMDR e al suo prestigio e diffusione.

E questo permette anche di raggiungere sempre più pazienti che possono beneficiare dell'EMDR per sbloccare dei meccanismi disfunzionali, per avere sollievo, per risolvere dei sintomi, per neutralizzare gli effetti di esperienze dolorose e traumatiche, per avere più consapevolezza sui propri processi, per rafforzare le loro risorse e capacità e per promuovere la loro crescita come persone. Vediamo ripetutamente nei nostri pazienti come nei processi terapeutici diventano delle persone migliori, nonostante le sofferenze e le grandi e piccole ferite che hanno subito e come migliora la loro qualità di vita a livello emotivo, relazionale e di funzionamento.

Questi sono gli aspetti che ci motivano ad andare avanti e a lavorare sempre in modo instancabile come Associazione, come Comitato Direttivo e come psicoterapeuti, nonostante le difficoltà, le sfide e le complessità che ci si presentano.

E' un grande fattore di protezione per tutti noi continuare a fare questo cammino insieme, scoprendo ogni volta quanto è forte e resiliente la comunità professionale di EMDR Italia.

Isabel Fernandez

25 anni di terapia EMDR in Italia

Isabel Fernandez

Presidente Associazione EMDR Italia

La storia

La terapia EMDR ha ottenuto risultati significativi in Italia negli ultimi 25 anni, con un entusiasmo crescente per le opportunità che già dall'inizio era chiaro che offriva. Il percorso di sviluppo di questa terapia nel paese si può dividere in alcuni momenti fondamentali.

Nel febbraio del 1999, si è tenuto il primo corso di formazione in Italia, condotto da Roger Solomon.



Successivamente a quel corso, è stata fondata l'Associazione, che ha visto tra le socie fondatrici Marina Balbo, Giovanna Colciaghi, Fiorenza Costantini, Anna Maria Dedivitiis, Anna Lorenzetti, Rossana Manenti, Marika Romanini e Isabel Fernandez.

Francine Shapiro, la pioniera della terapia EMDR, nel 1999 visitò l'Italia (foto) per presentare la sua metodologia durante un congresso di terapia cognitivo-comportamentale tenutosi a Napoli. Questo ha dato un ulteriore impulso alla diffusione dell'EMDR nel nostro paese.

Fin da subito, l'obiettivo dell'Associazione è stato chiaro: aiutare i pazienti, riconoscendo che l'EMDR fosse una terapia in grado di raggiungere diverse popolazioni vulnerabili. Parallelamente, era necessario supportare i membri dell'Associazione nella loro crescita professionale, oltre a promuovere la diffusione della terapia su tutto il territorio nazionale.

Quindi, l'Associazione EMDR Italia ha sin dall'inizio sviluppato una chiara visione riguardo alla sua missione: fare in modo che l'EMDR diventasse una terapia di prestigio, riconosciuta a livello accademico, scientifico e nel campo della salute mentale. I principi su cui si fondava questa visione hanno guidato l'organizzazione fin dal suo inizio e sono stati alla base di tutti i progetti successivi.

I colleghi dei primi Consigli Direttivi hanno definito quelli che erano gli obiettivi principali della Associazione e che sono quelli che hanno sempre guidato i successivi Consigli Direttivi:

- Essere un modello di eccellenza.
- Mantenere un approccio aperto e inclusivo.
- Promuovere una rete di colleghi a livello nazionale, con la consapevolezza che non bastasse un numero limitato di professionisti per raggiungere questi traguardi, l'Associazione si è impegnata a costruire una rete che coprisse tutto il territorio nazionale.

Per farlo, è stato necessario un forte impegno nella ricerca, sia riguardo ai disturbi trattabili tramite EMDR sia sui suoi meccanismi di azione. È stata inoltre posta particolare attenzione alla formazione, con l'obiettivo di mantenere standard elevati e garantire un continuo aggiornamento delle competenze professionali dei soci, così da esplorare tutte le potenzialità della terapia soprattutto in ambito clinico.

Fin da subito, l'Associazione ha riconosciuto l'importanza di poter dare molto in contesti umanitari ed è diventata una parte molto attiva in questo campo. Pur non essendo un'associazione specificamente focalizzata sulla psicologia dell'emergenza, EMDR Italia è stata coinvolta in numerosi interventi, con i primi risalenti al 2000, in risposta a traumi collettivi. In queste situazioni critiche, particolare attenzione è stata dedicata ai bambini e alle persone più gravemente colpite dagli eventi traumatici collettivi.

In parallelo, sono stati sviluppati rapporti con numerose istituzioni, tra cui università, servizi sanitari, ospedali, forze dell'ordine, scuole e altre realtà pubbliche e private.

E' importante sottolineare che questi obiettivi, che erano stati fissati fin dall'inizio, sono stati effettivamente raggiunti, confermando che la visione iniziale è stata quella giusta per orientare l'impegno dell'Associazione e per costruire la sua identità nel panorama nazionale.

Tutto quello che è stato costruito in questi 25 anni è dedicato a Francine Shapiro, che ha reso tutto questo possibile. La sua creazione della terapia EMDR ha costituito la base su cui si è costruito il successo dell'Associazione EMDR in Italia, un viaggio che ha visto una continua esplorazione e crescita. L'impegno e la determinazione con cui sono stati affrontati i vari step del percorso sono motivo di orgoglio per tutti coloro che hanno contribuito al progetto nel corso di questi anni.

Bisogna considerare che da sempre l'Associazione ha nutrito un sogno incrollabile: diffondere l'EMDR in modo che chiunque avesse bisogno potesse accedere a questo trattamento altamente efficace. L'obiettivo principale era permettere a tutte le persone di beneficiare dell'EMDR, garantendo supporto e trattamento per coloro che ne avevano bisogno.

Le sfide iniziali, tuttavia, sono state numerose. L'EMDR era una terapia sconosciuta, e l'Associazione si è trovata a dover lavorare intensamente per costruire credibilità e far conoscere il trattamento. Era necessario spiegare i suoi benefici, supportandoli con le conoscenze disponibili all'epoca, inclusa la ricerca scientifica. Tuttavia, la ricerca sull'EMDR non era ancora così sviluppata come oggi, e ciò ha comportato difficoltà nel diffondere l'approccio.

Un ulteriore ostacolo è stato rappresentato dalle critiche, che all'inizio erano particolarmente numerose. Una parte della comunità professionale non accolse positivamente questa nuova terapia, cercando in vari modi di ostacolarne la diffusione, mettendo difficoltà in pubblicazioni, presentazioni e iniziative. Nonostante ciò, l'Associazione ha continuato a perseverare, sostenuta dalla consapevolezza che la scienza, e in particolare l'efficacia dell'EMDR, non potevano essere fermate.

Con coraggio e determinazione, l'Associazione ha superato questi ostacoli. Guardando indietro, oggi sembra incredibile che ci siano stati così tanti impedimenti. All'epoca, l'EMDR veniva vista con diffidenza, quasi come una minaccia da parte di alcuni, ma il valore della terapia è stato gradualmente riconosciuto. Fino ad arrivare, con il tempo a diventare una delle terapie più richieste, con un crescente numero di professionisti desiderosi di essere formati e una maggiore visibilità nella comunità scientifica e terapeutica. Il percorso per raggiungere questi traguardi è stato lungo e impegnativo, ma alla fine l'EMDR è riuscita a guadagnarsi il posto che merita nella pratica clinica e nella ricerca.

Oggi, l'EMDR è ampiamente riconosciuto e integrato in numerosi approcci terapeutici. In molte scuole di psicoterapia e tra terapeuti di diverse discipline, l'EMDR è ormai incluso come parte del percorso formativo. Questo successo è il risultato di un impegno costante, che non ha ceduto alle difficoltà iniziali e di una determinazione che ha permesso di proseguire sulla giusta strada.

L'importante, sin dall'inizio, è stato non scoraggiarsi e continuare a lavorare con tenacia, convinti dei benefici dell'EMDR, che venivano confermati quotidianamente nel lavoro con i pazienti.

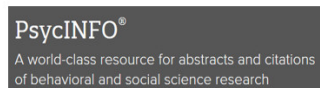
La ricerca, il trauma e gli interventi emergenziali

Per rispondere alle sfide iniziali, la chiave è stata la ricerca. L'Associazione ha sempre supportato la ricerca con grande impegno, lavoro e un elevato standard di competenza. Con il passare del tempo, man mano che la conoscenza della terapia cresceva, aumentava anche la professionalità e comprensione dell'EMDR da parte dei terapeuti formati, permettendo di fornire trattamenti di sempre maggiore qualità. Un aspetto fondamentale nel percorso dell'Associazione è stata la continua crescita collettiva.

Tutti, professionisti e pazienti, hanno contribuito a questo processo. I pazienti, in particolare, sono stati tra i migliori insegnanti: il loro vissuto ha permesso di ampliare la comprensione della terapia e ha contribuito alla diffusione dell'EMDR.

L'EMDR è infatti diventato un linguaggio condiviso tra colleghi di approcci diversi, che pur mantenendo teorie e metodi distinti, hanno trovato nell'EMDR una risorsa comune e integrabile.

Nel corso degli anni, l'Associazione ha mantenuto un costante impegno verso la ricerca, supportando



ELSEVIER



e incoraggiando la pubblicazione di oltre 100 articoli da parte di autori e ricercatori italiani. Attraverso il sostegno dell'Associazione, sono state fornite linee guida, risorse e fondi per facilitare progetti di ricerca, che poi venivano pubblicati.

Ad oggi, sono stati pubblicati 77 articoli su diverse riviste scientifiche, molte delle quali sono facilmente reperibili in motori di ricerca come *PubMed*, ecc.

Alcuni articoli pubblicati su edizioni speciali di *Frontiers in Psychology* hanno raggiunto un totale di circa 720.000

visualizzazioni, confermando l'impatto significativo della ricerca supportata dall'Associazione.

Un altro punto cruciale nel percorso di crescita dell'EMDR è stato il ruolo del trauma. Nel 1999, il concetto di trauma non era ancora così sviluppato come lo è oggi. Sebbene esistesse una vasta letteratura sul trauma, questo non veniva ancora considerato come un fattore di rischio trasversale, un elemento transdiagnostico in grado di influire su una varietà di disturbi psicologici.

Nel corso degli anni, però, il concetto di trauma è evoluto, e l'Associazione ha giocato un ruolo attivo in questa evoluzione, contribuendo a diffondere una cultura sul trauma che oggi è molto più radicata in campo clinico. Sebbene non sia stata l'unica a promuovere questa visione, l'Associazione ha avuto una parte importante nella crescita della consapevolezza sul trauma e sul suo ruolo nelle diverse patologie, un tema che ora è ampiamente trattato in numerosi corsi e conferenze.

All'inizio, però, l'attenzione al trauma non era affatto scontata. Nel corso degli ultimi 25 anni, si è assistito ad un'evoluzione significativa nella comprensione del trauma e del suo impatto sul cervello e sulla psicopatologia. Si è esplorato, attraverso la ricerca e la pratica clinica, gli effetti del trattamento con EMDR e analizzato la complessità del trauma. Per arrivare a questo punto, è stato necessario sviluppare un sistema di formazione avanzata che coprisse diversi ambiti di applicazione dell'EMDR, nei diversi disturbi, fino ad arrivare a riconoscere il suo ruolo transdiagnostico.

La risposta alle esigenze delle comunità colpite da eventi traumatici è stata costante e tempestiva. Seguendo la storia del nostro paese, intervenendo in situazioni di crisi legate ai grandi terremoti, alle alluvioni, ai suicidi e ai lutti traumatici nelle scuole, nonché in eventi più recenti come il naufragio di Cutro, siamo stati sempre presenti per dare sollievo e fare prevenzione secondaria. Inoltre, l'Associazione ha risposto alle necessità delle vittime di femminicidi e infanticidi, e si è impegnata nel supporto a bambini, soccorritori e personale ospedaliero durante la Pandemia.

La risposta alle emergenze è stata rapida e diretta: quando si verificano eventi drammatici, l'Associazione è prontamente contattata per fornire supporto con terapeuti EMDR ed ogni volta, EMDR Italia ha risposto con disponibilità, ascoltando le situazioni e adattandosi ai cambiamenti dello scenario. Nonostante la complessità degli eventi, l'approccio è sempre stato pratico, con buon senso e integrità.

Nel corso di questi anni, sono stati realizzati oltre 1.500 interventi, raggiungendo più di 30.000 persone. In ogni occasione, si è sempre trovata un collega disponibile per il supporto, che si trattasse di un collega impegnato negli interventi diretti o di chi forniva supervisione, supporto da remoto, o qualcuno che documentava l'attività attraverso articoli e pubblicazioni. Questo lavoro di squadra è stato uno degli aspetti più significativi del percorso, testimoniando l'importanza della collaborazione e dell'impegno collettivo in ogni fase dell'assistenza e della formazione.

Tutto ciò è stato possibile grazie alla convinzione che anche le ferite più profonde possano guarire, che sia possibile offrire un servizio utile alla comunità e che il lavoro in rete rappresenti una risorsa

fondamentale. Questa visione ha contribuito a definire l'identità dell'Associazione e ha alimentato la passione che caratterizza il lavoro quotidiano, portando a risultati tangibili e soddisfacenti.

Il terapeuta EMDR

Il duro lavoro, la convinzione nei principi e la disponibilità a mettersi in gioco sono stati e continuano ad essere aspetti fondamentali per il successo.

I feedback e i risultati che vengono costantemente raccolti confermano che è possibile fare la differenza e che il contributo dato è significativo. Grazie a questo impegno, è stata forgiata l'identità del terapeuta EMDR: una figura solida, che crede profondamente nel proprio lavoro e che agisce con

competenza ed efficacia. La stima e il rispetto reciproco tra colleghi sono diventati tratti distintivi di questa comunità, alimentando il senso di collaborazione e di forza che la caratterizza. Se si crede nel proprio lavoro, si crede anche nelle persone con cui si collabora. Oggi, il terapeuta EMDR è una figura affermata e richiesta, non solo da chi è formato in EMDR, ma anche da chi proviene da altri ambiti professionali e riconosce il valore di questa terapia per il trattamento di pazienti e comunità.

L'EMDR è ormai una realtà consolidata e credibile, ampiamente riconosciuta.

Tutto questo ha inizio con la formazione. I primi terapeuti, al loro arrivo nel corso di formazione, si sentono

spesso insicuri, ma sono anche consapevoli che stanno intraprendendo un percorso importante. Nel corso della formazione e sotto la supervisione, vengono tutti incoraggiati a non temere, a dare ai propri pazienti l'opportunità di elaborare il trauma in un contesto sicuro e supportato, con la certezza di ricevere costante assistenza attraverso supervisioni, confronti e discussioni.

Nel corso degli anni, la formazione avanzata è diventata una componente essenziale del percorso. Coloro che partecipano ai corsi sono invitati a far parte dell'Associazione, seguendo i principi che sono stati indicati da EMDR Europe. Un'alta percentuale di partecipanti si associa durante i corsi, condividendo e promuovendo questi principi. Inoltre, molti professionisti decidono di continuare il loro percorso formativo, investendo in supervisione e contribuendo alla crescita professionale continua. La rete di supervisor si è sviluppata notevolmente ed è presente in tutte le regioni.

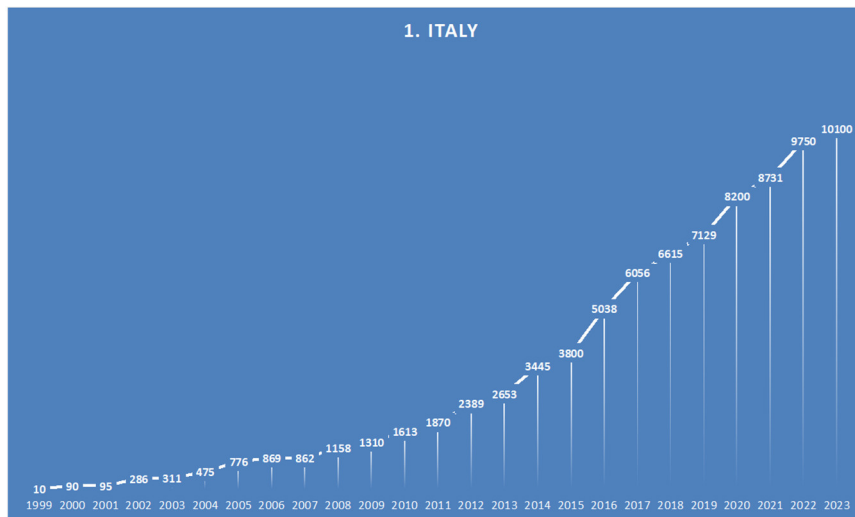
L'esperienza accumulata ha insegnato una lezione fondamentale: *non si sa mai di cosa si è capaci finché non lo si prova.*

Questa consapevolezza è stata acquisita lungo il cammino, costruendo passo dopo passo ciò che oggi si rappresenta. La crescita dell'associazione è stata costante, sebbene inizialmente più lenta. Successivamente, con l'aumento della visibilità attraverso il passaparola tra colleghi, il contributo alla ricerca, le presentazioni nei convegni e altre iniziative, si è verificata una rapida accelerazione.

Fino a dicembre 2023, i dati hanno registrato un totale di 10.100 soci, segno di una storia costruita con dedizione, giorno dopo giorno, anno dopo anno.



La nostra storia la possiamo capire se guardiamo indietro, con uno sguardo al passato, per poter continuare a viverla in avanti.... EMDR Italia ha creato la propria storia, un giorno alla volta, anno dopo anno



In occasione del venticinquesimo anniversario, è fondamentale fare una riflessione sul percorso compiuto, comprendere da dove si proviene e prepararsi ad affrontare il futuro, continuando a scrivere questa storia.

Collaborazioni

Un altro aspetto determinante del percorso dell'Associazione è stato il lavoro con le istituzioni. Numerose sono state le collaborazioni con enti come il Ministero degli Interni, in particolare con la Polizia di Stato, per la quale è stato dato il contributo alla stesura delle linee guida per l'emergenza. L'Associazione ha anche collaborato con i Carabinieri, il Ministero della Difesa e le Forze Armate in progetti di formazione e supporto.

In ambito sanitario, EMDR Italia è registrata presso il Ministero della Salute e partecipa attivamente alla loro Consulta, collaborando con le principali società scientifiche. Inoltre, ci sono state importanti collaborazioni con il Ministero degli Affari Esteri, con l'obiettivo di assistere le famiglie di italiani rapiti all'estero. Attualmente, è in corso una collaborazione con la Prefettura di Milano, mirata a supportare le vittime di femminicidi e i minori coinvolti in questi eventi traumatici.

L'Associazione mantiene numerosi legami con gli ordini professionali, inclusi l'Ordine Nazionale e gli ordini regionali, partecipando ai gruppi di lavoro e tavoli tematici.

È membro della Federazione delle Società Scientifiche di Psicologia e della Federazione Italiana delle Società Mediche (FISM), il che ne accredita ulteriormente il valore all'interno della rete scientifica nazionale. In aggiunta, l'Associazione ha intrapreso collaborazioni con gli ordini professionali degli avvocati e con altre associazioni di psicoterapia.

È presente in diversi ambiti, tra cui ospedali e reparti specializzati in disturbi alimentari e oncologia, dove i professionisti dell'associazione contribuiscono con ricerche e progetti. Inoltre, è stato offerto supporto a case di accoglienza per minori, e molti comuni si rivolgono all'Associazione richiedendo un terapeuta EMDR per la gestione di casi complessi nei loro servizi.

Gli interventi psicologici umanitari offerti dall'associazione sono altamente richiesti, così come le attività di formazione, supervisione e supporto in situazioni di emergenza. La collaborazione con il Servizio Sanitario Nazionale e con numerose ASL, AST, ASST ha permesso di offrire supporto tempestivo in caso di necessità.

Tra le iniziative di maggiore rilevanza, si evidenzia l'intervento nelle carceri, come quello effettuato presso la Casa Circondariale di San Vittore a Milano, e progetti per l'avvio di una convenzione con degli aeroporti. È stata anche fornita assistenza a seguito dell'alluvione dell'Emilia-Romagna, in collaborazione con i servizi e con la Regione Emilia Romagna. Inoltre, sono state stabilite importanti partnership con la Regione Lombardia, diverse ONG e numerosi comuni, che frequentemente

richiedono interventi e supporto. A livello regionale, sono in corso collaborazioni con l'assistenza sanitaria del Piemonte (Azienda ZERO) e con ospedali e servizi psicologici, che stanno integrando l'EMDR nei loro reparti e gli ospedali che ne hanno sperimentato l'efficacia sono i primi a promuovere la sua diffusione sul territorio.

L'introduzione della terapia EMDR nei programmi formativi di numerosi master universitari dimostra come l'approccio stia acquisendo un riconoscimento crescente.

L'Associazione ha sempre partecipato attivamente a congressi e conferenze scientifiche, presentando ricerche e approfondendo le applicazioni cliniche dell'EMDR. La divulgazione scientifica viene anche realizzata attraverso i media, con la pubblicazione di articoli su giornali, interviste televisive e la partecipazione a concorsi pubblici e privati. Il riconoscimento dell'EMDR da più punti di vista ha portato a numerosi premi e riconoscimenti a livello nazionale, regionale e locale, da parte delle istituzioni e del governo.

Le richieste di collaborazione giungono con frequenza settimanale alla segreteria dell'Associazione, da parte di nuove istituzioni e progetti che desiderano integrare l'EMDR. Ogni richiesta rappresenta una conferma della continua crescita di EMDR Italia e del riconoscimento crescente della terapia EMDR come risorsa preziosa per la salute mentale e il benessere collettivo.

Non solo in Italia

Nel frattempo, l'espansione della terapia EMDR e della ricerca non si è limitata all'Italia. Anche in altri paesi la terapia è cresciuta, e l'Associazione ha condiviso le proprie esperienze, contribuendo così alla diffusione del trattamento.

Per 8 anni, l'Associazione ha guidato EMDR Europe come EMDR Italia, apportando un contributo rilevante al movimento globale. Attualmente, l'Associazione è alla guida della International Society for EMDR Therapy, un'organizzazione che coinvolge più di 80 paesi nei vari continenti, ampliando ulteriormente l'impatto della terapia su scala internazionale.

Grazie a questo approccio, sono state supportate la nascita e lo sviluppo di numerose associazioni internazionali, come EMDR Cuba, EMDR Bulgaria, EMDR Polonia, EMDR Portogallo, EMDR Lituania, EMDR Iran e EMDR Albania, contribuendo così all'espansione dell'EMDR in contesti diversi e globali.

Passato, Presente e Futuro

L'Associazione ha sempre lavorato per rafforzare e proteggere la sua struttura, con i risultati visibili oggi, ma è consapevole che ci sono ancora aree da migliorare. Vista la complessità della nostra organizzazione, continuiamo a impegnarci per rendere la nostra attività sempre più efficace. Non solo abbiamo protetto l'Associazione dagli attacchi iniziali, ma anche dalle difficoltà che sono emerse nel corso degli anni. Ogni fase storica porta con sé nuove sfide, e nonostante i 25 anni di esperienza, è fondamentale continuare a rafforzare l'Associazione per proteggerla da ogni possibile minaccia.

Tutto ciò è stato possibile grazie ai membri del consiglio direttivo che si sono succeduti nel corso degli

Abbiamo capito che insieme potevamo fare qualsiasi cosa, cose che gli altri non riuscivano. I nostri valori sono stati comunità, passione e l'importanza di trattare gli altri come ognuno vorrebbe essere trattato.

anni: Marina Balbo, Giovanna Colciaghi, Anna Maria De Divitiis, Isabel Fernandez, Marika Romanini, Michele Giannantonio, Tommaso Farma, Elisa Faretta, Anna Rita Verardo, Titti Labate, Bruna Maccarrone, Antonio Onofri, Micaela Barnato, Michela Monfredo, Paola Comito e Paola Serravezza. I membri hanno lavorato instancabilmente come una squadra, in sinergia con la segreteria, per costruire ciò che l'Associazione è diventata oggi.

L'Associazione ha avuto un gruppo straordinario, composto non solo dal Consiglio Direttivo e dalla segreteria, ma anche dai Trainer e Supervisor che hanno accompagnato i colleghi sin dai primi momenti, dai Practitioner che hanno investito tempo ed energie

per ottenere la certificazione, contribuendo così a rafforzare il prestigio della terapia EMDR, e dai Soci che hanno dato molto per rendere l'Associazione sempre più forte. Infine, anche dai pazienti, che con la loro esperienza hanno diffuso spontaneamente l'efficacia della terapia EMDR.

Per chi ha dedicato la propria dedizione e passione a questa terapia, essa rappresenta un "full-life" job, non solo un lavoro a tempo pieno.

Gestire un'organizzazione di tale portata e complessità comporta una sfida quotidiana, ma piuttosto che affaticarsi, questa esperienza continua a essere fonte di energia e motivazione. Nonostante le difficoltà, il lavoro resta stimolante grazie alla collaborazione e alla condivisione. È fondamentale mantenere la vigilanza, poiché ci saranno sempre tentativi di divisione e di sfruttamento delle paure per minare l'identità collettiva. Tuttavia, queste difficoltà sono sempre state superate, e ricordare chi si è e da dove si proviene è essenziale per preservare l'identità e proteggerla da chi può cercare di comprometterla. Infine, come

evidenziato, l'integrazione con altri modelli si è rivelata efficace, consentendo di affrontare il futuro con ottimismo. Il futuro, pur essendo un concetto mentale, spinge a proiettare lo sguardo avanti, mantenendo però i legami con il presente. Tuttavia, ci sono aspetti rilevanti da considerare per il futuro della terapia EMDR in Italia. È fondamentale diventare una parte sempre più strutturata all'interno delle istituzioni e mantenere una visibilità costante, in particolare nei confronti dei pazienti. La ricerca dovrà proseguire, concentrandosi su disturbi come la depressione, i disturbi alimentari e l'ansia, aree in cui si stanno sviluppando ricerche significative per far diventare un giorno l'EMDR una terapia evidence based per questi disturbi. Allo stesso tempo, è essenziale preservare l'identità della terapia, che rappresenta il nucleo centrale delle attività, evitando che venga confusa con altre tecniche o approcci. La terapia EMDR continuerà a evolversi, diventando sempre più articolata e completa, e si rafforzeranno le collaborazioni con la comunità professionale e il territorio, mantenendo un impegno costante.

L'obiettivo è continuare a essere un'Associazione prestigiosa, trasparente e ben dotata di risorse.

Tuttavia, il futuro non è garantito: dipenderà dalla capacità di adattarsi e rispondere ai cambiamenti. Come in passato, si continuerà a promuovere flessibilità, democraticità e apertura, valori che hanno orientato la crescita.

Un full life job
Un lavoro
a vita piena



“È il tempo che hai dedicato alla tua rosa che ha reso la tua rosa così importante”

Antoine de Saint-Exupéry



Grazie a Francine per averci dato il dono di curare e dare sollievo.

Lei continua a vivere in ogni seduta di EMDR che ognuno di noi fa a un paziente.

Ogni volta che raggiungiamo unSUD di zero e una VOC di 7 con scansione corporea libera di tensione

IL BULLISMO

Cristina Mastronardi

Supervisore EMDR - Varese

Definizione, tipologie e protagonisti

Il bullismo si caratterizza per tre aspetti fondamentali. L'**asimmetria**, ovvero una situazione in cui l'autore dei gesti di prevaricazione presenta una forza fisica o psicologica maggiore rispetto alla sua vittima. La **persistenza**, ovvero il fatto che i comportamenti di prevaricazione si ripetano nel corso dei mesi o degli anni. Questo criterio temporale permette di distinguere un singolo episodio di prevaricazione da un quadro di bullismo. Infine, l'**intenzionalità**, ovvero il fatto che le azioni siano volte a ferire la vittima o da un punto di vista fisico o da un punto di vista psicologico (Olweus, 1996; Formella & Ricci, 2010).

Il bullismo si può manifestare in diversi modi. Tra quelli più conosciuti, vi è il **bullismo verbale** e il **bullismo fisico**. Nel primo caso la vittima è aggredita con parole offensive volte a minacciare o a deridere la stessa. Nel secondo caso, invece, l'azione offensiva è perpetrata attraverso azioni violente come calci, spintoni, stratonamenti. Nella categoria del bullismo fisico rientrano anche azioni volte ad appropriarsi o a danneggiare oggetti altrui. Un'altra forma di bullismo, molto diffusa ma meno conosciuta, è il **bullismo indiretto**, che prevede l'isolamento della vittima, la diffusione di calunnie sul suo conto e l'esclusione dal gruppo. Il bullismo indiretto è molto difficile da rilevare. Tuttavia, per le sue caratteristiche, è quello che lascia conseguenze più gravi in chi ne è vittima. Questo perché per i preadolescenti e gli adolescenti, il contesto sociale è "ossigeno" e venirne privati equivale ad una sofferenza enorme.

Infine, vi è il **cyberbullismo**, che è una forma di bullismo messa in atto tramite l'utilizzo dei mezzi tecnologici.

Tra i protagonisti del bullismo vi sono gli attori. Il **leader**, colui che pianifica e mette in atto le prevaricazioni. A volte il leader è solo la mente e il braccio lo sono i **gregari**, ovvero coloro che partecipano alle prepotenze sotto la guida del leader. Infine, vi sono i **sostenitori**, cioè coloro che non prendono parte attivamente alle prevaricazioni, ma che le sostengono con cori, incitamenti e risate.

Poi ci sono le vittime. La **vittima passiva** che non provoca il proprio aggressore e la **vittima provocatrice** che, in qualche modo, provoca il proprio aggressore fino a farlo reagire con violenza. Infine, vi è la **vittima-bullo**, che può essere vittima in alcuni contesti e bullo in altri. Poi ci sono gli astanti, ovvero coloro che assistono. Tra gli astanti possiamo classificare gli **spettatori neutrali**, ovvero coloro che restano a guardare senza proteggere la vittima e i **difensori della vittima**, che intervengono per difendere la vittima con tutti i rischi del caso (Buccoliero & Maggi, 2017).

Le vittime provocatrici sono molto spesso bambini e ragazzi che hanno instaurato un attaccamento disfunzionale con i genitori e che pretendono un rapporto esclusivo con i compagni. E' importante lavorare con questo tipo di vittime, andando a elaborare i traumi relazionali che hanno vissuto.

La vittima-bullo può essere vittima in alcuni contesti ed essere bullo in altri, anche per un meccanismo di compensazione. Ad esempio potrebbe essere vittima a scuola e autore a casa nei confronti dei propri fratelli. E' molto importante tener conto di questa plasticità nel comportamento dei bambini e dei ragazzi, altrimenti il rischio che corriamo è di metter loro delle etichette e di non riuscire a prendere in considerazione altri punti di vista. Un esempio potrebbe essere quello del genitore che non prende in considerazione che suo figlio sia vittima a scuola, perché a casa "è così prepotente". Allo stesso modo bambini e ragazzi che sono stati vittime di bullismo possono diventare essi stessi autori. Anche in questo caso il genitore può negare che il proprio figlio sia autore perché pensa che "nessuno vorrebbe far provare all'altro cose che l'hanno fatto soffrire". Purtroppo, sappiamo che non è così. Sappiamo che le vittime diventano, spesso, carnefici se non hanno rielaborato i loro vissuti. Ecco perché è importante lavorare con l'EMDR.

Il ruolo del trauma e la terapia EMDR

Molte vittime di bullismo e cyberbullismo hanno vissuto dei traumi, hanno una bassa autostima e pensano di se stessi: "io non valgo", "io non sono amabile", "io non sono all'altezza". Oppure provano un senso di impotenza (*helplessness*) e pensano di se stessi: "io sono impotente", "io non sono in grado di difendermi" oppure "io non posso chiedere aiuto". Anche gli autori di bullismo hanno una bassa autostima. Lo dicono i bulli stessi. Quando, raramente, affrontano un percorso di psicoterapia oppure quando tentano di motivare il loro comportamento,

perché additati dalle vittime nel corso di un laboratorio di prevenzione all'interno delle scuole. Molto spesso raccontano di essere stati loro stessi vittime nel passato e di essersi messi una corazza da "bulli" per poter controllare la situazione e per gestire la paura di essere nuovamente bullizzati. Altri raccontano che viene loro "naturale" comportarsi in questo modo perché hanno sempre vissuto in contesti dove la violenza e la prevaricazione erano all'ordine del giorno. I modelli di comportamento a cui sono stati esposti hanno creato un imprinting da cui è difficile prendere le distanze, se non attraverso un percorso di psicoterapia.

E' molto importante individuare i traumi, nella maggior parte dei casi legati all'attaccamento, che hanno costituito un fattore di rischio che ha condotto i bambini e i ragazzi verso il divenire vittime o autori di bullismo. Individuare ed elaborare questi traumi attraverso un percorso di psicoterapia permette l'interruzione del ciclo di violenza, in cui sono rimaste intrappolate le vittime. E' altresì importante lavorare con gli autori di bullismo per comprendere il vantaggio che hanno nel mettere in atto questi comportamenti e dove lo hanno imparato.

Negli ultimi anni, tuttavia, le vittime sono sempre di più bambini e ragazzi che non hanno vissuto traumi e che sono cresciuti in una famiglia con un buon equilibrio psicologico. Essi diventano vittime di bullismo perché appartengono a minoranze etniche o religiose. Oppure vengono prese di mira perché sono omosessuali, bisessuali o transessuali. O ancora perché studiano, perché ascoltano musica classica, perché non si fanno le canne oppure perché abbattano alcuni stereotipi di genere. Ne sono un esempio le ragazze che giocano a calcio o i ragazzi che fanno danza classica.

Ogni qualvolta si parla di bullismo si ha a che fare con esperienze traumatiche. Il trauma o è la causa del bullismo nel senso che ha predisposto la persona a divenire vittima o autore oppure è la conseguenza degli atti subiti o messi in atto o a cui si è assistito. Non è solo l'essere vittima che crea un trauma, anche il riconoscere di aver prevaricato su altri o anche aver assistito, come nel caso degli spettatori. E' molto importante, in tutti questi casi, fare un percorso di psicoterapia EMDR.

Riferimenti bibliografici

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (2014), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. DSM-5*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- BOUQUIÉ, G.M. (2016), *Bullismo e cyberbullismo*. Maggioli Editore, Rimini.
- BUCCOLIERO, E., MAGGI, M. (2017), *Contrastare il bullismo, il cyberbullismo e i pericoli della rete*. FrancoAngeli Editore, Milano.
- COUYOUMDJIAN, A., BAIOTTO, R., DEL MIGLIO, C. (2006), *Adolescenti e nuove dipendenze. Le basi teoriche, i fattori di rischio, la prevenzione*. Laterza Editore, Bari.
- DI DIODORO, D. (2015, 19 ottobre), Adolescenti, la grande "potatura": come (e perché) la mente cambia. *Corriere della Sera*. Disponibile da <https://www.corriere.it/>
- FORMELLA, Z., RICCI, A. (a cura di) (2010), *Il disagio adolescenziale. Tra aggressività, bullismo e cyberbullismo*. Editrice LAS, Roma.
- FERNANDEZ, I., MASLOVARIC, G., GALVAGNI, M.V. (2011), *Traumi psicologici, ferite dell'anima. Il contributo della terapia con EMDR*. Liguori Editore, Napoli.
- GUERINI ROCCO, S. (2016), *Fenomeno Pro Ana. Una nuova generazione di disturbi alimentari*. Nulle die Editore, Enna.
- IANNACCONE, N. (a cura di) (2009), *Stop al cyberbullismo. Per un uso corretto e responsabile dei nuovi strumenti di comunicazione*. Edizioni La Meridiana, Bari.
- LAVENIA, G. (2019), *Mio figlio non riesce a stare senza smartphone*. Giunti EDU, Firenze.
- MANCA, M. (a cura di) (2016), *Generazione Hashtag. Gli adolescenti dis-connessi*. Alpes Italia, Roma.
- MANCA, M., PETRONE, L. (2014), *La rete del bullismo. Il bullismo nella rete*. Alpes Italia, Roma.
- MASTRONARDI, C., RASA, E. (2016), "Con occhi nuovi. EMDR e disabilità: un nuovo sguardo al futuro". In BREBBIA, G., MINAZZI, F. (a cura di), *La persona down. Incontro con il futuro*. Mimesis Edizioni, Milano, pp.253-261.
- MASTRONARDI, C., VIGORELLI, M., FARMA, T., FERNANDEZ, I. (2009), "Valutazione psicologica e neurobiologica di un trattamento di psicoterapia con EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing): il caso di Maria". In VIGORELLI, M. (a cura di), *Laboratorio didattico per la ricerca in psicoterapia*. Raffaello Cortina Editore, Milano, pp.405-415.
- PELLAI, A., TAMBORINI, B. (2017), *L'età dello tsunami. Come sopravvivere a un figlio preadolescente*. De Agostini, Novara.
- PELLAI, A. (2015), *Tutto troppo presto. L'educazione sessuale dei nostri figli nell'era di Internet*. De Agostini, Novara.
- PORTELLI, C., PAPANTUONO, M. (2017), *Le nuove dipendenze. Riconoscerle, capirle e superarle*. Edizioni San Paolo, Milano.
- RUGGIU, V. (2016, 23 agosto), Body shaming: sui social una donna su due vittima di insulti per le forme fisiche. *La Repubblica*. Disponibile da <https://www.repubblica.it/>
- SHAPIRO, F. (2000), *EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari*. McGraw-Hill Italia, Milano.
- TONIONI, F. (2014), *Cyberbullismo. Come aiutare le vittime e i persecutori*. Arnoldo Mondadori Editore, Milano.
- VAN DEN BRAAK, S., MUNTZ, T., WOUTERSEN, E., AMSTERDAMMER, D. (2019, 8/14 novembre), Gioca, dormi, gioca. *Internazionale*, pp.38-44.

EMDR PER LO SHOCK CULTURALE DEGLI EXPAT

Stefania Mezzullo

Practitioner EMDR - Roma



In questo articolo verranno delineati sinteticamente i riferimenti teorici per integrare il modello AIP nel trattamento dello shock culturale degli expat. Un tema che coinvolge un vasto pubblico che ogni anno si trasferisce in contesti culturali diversi, per motivi di studio o di lavoro. Trasferimenti a tempo determinato o indeterminato, per lunghi o brevi periodi, che possono avere ripercussioni significative non solo sui diretti interessati ma anche sui familiari, sia al seguito che rimasti in patria. Sebbene gli expat siano spesso percepiti come categoria privilegiata, un'osservazione più approfondita evidenzia il rischio di sviluppare sintomi assimilabili al PTSD e sottolinea l'importanza di un intervento clinico mirato.

Cosa si intende per shock culturale

Il termine "Culture Shock" è stato introdotto dall'antropologo K. Oberg (1960), richiamando i precedenti studi di Lysgaard (1955), per descrivere il forte disagio che si può sperimentare a contatto con una cultura straniera.

Oberg scrive:

"...lo shock culturale è caratterizzato dall'ansia provocata dalla perdita dei segni e simboli delle relazioni sociali a noi familiari. Questi segni comprendono gli svariati modi in cui ci orientiamo nelle situazioni di vita quotidiana..."

Nel tempo, le teorie sull'adattamento interculturale si sono sviluppate in due principali direzioni:

1) il filone classico (Berry, 1970; Bennett, 1977; Taft, 1977), si concentra sugli aspetti negativi del processo migratorio, osservando lo shock culturale come "processo fluttuante" che ostacola l'adattamento interculturale del sojourner;

2) il filone più recente (Ady 1995; Kim, 2001), si focalizza sull'importanza dell'adattamento interculturale per lo sviluppo personale. Pertanto, lo stress generato da un ambiente nuovo è visto come un'opportunità per sviluppare risorse adattive. In condizioni ottimali, il sojourner può sviluppare le risorse per affrontare il processo stress-adattamento-crescita che favorisce l'integrazione interculturale (Simmala, 2008).

Entrambi gli orientamenti, seppure con prospettive diverse, evidenziano la complessità dell'adattamento culturale e rilevano la necessità di un approccio multidimensionale che consideri variabili cognitive, comportamentali, fenomenologiche, psicologiche e socioculturali (Black et al. 1991; Georgas et al. 2004). In condizioni avverse, l'emigrazione può generare ripercussioni negative sulla salute psicofisica della persona, e, conseguentemente, sul servizio di salute pubblico. (David L. Sam, John W. Berry, 2006).

Anche la recente letteratura concorda su un approccio multidimensionale e individua i fattori che influiscono su un comportamento adattivo raggruppandoli in tre differenti aree: individuale, socioculturale ed eco-ambientale.

- Individuale: conflitto di identità, competenza interculturale (empatia e apprendimento culturale, senso di comunità e appartenenza), intelligenza emotiva, tolleranza all'incertezza, autoefficacia percepita.
- Socioculturale: sicurezza, distanza culturale, stereotipi, pregiudizi, discriminazione, disuguaglianza di genere.
- Eco-ambientale: influenze istituzionali, condizioni climatiche e catastrofi naturali. (Yu Han et al.2022; Gail M. Ferguson et al. 2023).

Fasi dello shock culturale: la curva a "U" e la "W"

Oberg (1954) ha descritto quattro stadi del processo di adattamento culturale, generalmente rappresentato come una curva a "U". Un periodo iniziale molto positivo seguito da un periodo di crisi, a cui seguono, se le condizioni sono favorevoli, una fase di recupero e una di adattamento. Studi successivi (Elisabeth Marx 1999) hanno evidenziato un modello con maggior dinamicità, rappresentato come una curva a "W", in cui le fasi positive e di crisi si alternano ripetutamente tra momenti di entusiasmo e di sconforto, prima di raggiungere la fase di integrazione.

Le fasi del processo di adattamento culturale comprendono:

- Luna di miele: entusiasmo iniziale
- Crisi – shock culturale: frustrazione e disorientamento
- Recupero – strategia di acculturazione, conoscenza della nuova cultura
- Adattamento: integrazione

Shock culturale inverso

L'adattamento in fase di rimpatrio risulta simile a quello di espatrio, per il peso dei cambiamenti che entrambi comportano. Se l'80% degli espatriati si trasferisce in un paese in cui non era mai stato, il 100% dei rimpatriati torna in un paese che ritiene di conoscere bene. Ciò genera aspettative ben definite che possono scontrarsi con una realtà molto diversa. Non cambia solo l'ambiente esterno ma anche il proprio modo di essere.

Le aspettative deluse, lo stress di un ulteriore cambiamento -quando a fatica ci si è ambientati nella cultura straniera- insieme alla perdita, nella maggior parte dei casi, di un vantaggioso status economico-sociale, possono provocare nella fase di rimpatrio una nuova spirale di problemi adattivi. Si può sperimentare la sensazione di sentirsi stranieri a casa propria, percepire confusione di identità e disorientamento nelle relazioni interpersonali, formali e informali. (Black et al. 1992).

Acculturazione

Per "acculturazione" si intende il cambiamento del proprio modello culturale quando si entra in contatto con individui o gruppi di culture diverse. È un processo evolutivo, multidimensionale e multifattoriale che coinvolge, a livello individuale e collettivo, valori e relazioni sociali, istituzionali e politiche (Georgas et al. 2004).

John W. Berry (1970) propone un modello bidimensionale che osserva due fattori principali: il grado di mantenimento della cultura di origine e l'adozione di quella ospitante. L'interazione di questi fattori, consentono di individuare quattro tipologie di adattamento.

- Integrazione: mantenere la propria cultura e accettare la nuova.
- Assimilazione: abbandonare la cultura d'origine e adottare pienamente quella ospitante.
- Separazione: mantenere la propria cultura e respingere quella straniera.
- Emarginazione: chiudersi nel ritiro sociale, isolandosi sia dalla propria cultura sia da quella ospitante.

L'acculturazione viene influenzata dal contesto specifico; da variabili sociali (culturali, politiche, economiche), individuali (tratti di personalità, strategie di coping, motivazione, competenza culturale), situazionali (distanza culturale, contatto con i connazionali e con la popolazione ospitante). Alle variabili individuali appartengono anche le esperienze vissute, compresi traumi non elaborati che, quando non riconosciuti e trattati, possono ostacolare l'adattamento, generare senso di perdita, impotenza, fallimento e contribuire alla vulnerabilità emotiva.

Lutto migratorio

Il lutto migratorio descrive la sofferenza che si sperimenta nel distacco dal proprio ambiente culturale e può avere profonde conseguenze psicologiche. L'esperienza migratoria comporta inevitabilmente una forma di lutto, caratterizzato dalla perdita parziale -anche se non sempre definitiva- di elementi fondamentali della propria vita: famiglia, terra, lingua, cultura, status sociale, appartenenza al gruppo e sicurezza.

Queste perdite possono rimanere irrisolte e generare svariati sintomi -depressione, ansia, isolamento sociale, somatizzazioni- che richiamano gli studi di Joseba Achotegui (2002, 2020) sulla "Sindrome di Ulisse".

Il lutto migratorio non riguarda solo la perdita di persone o luoghi significativi, ma coinvolge anche aspetti identitari profondi. Quando la perdita dei significati culturali del proprio paese o del proprio status socio-economico, non può essere elaborata, si possono manifestare conflitti o deficit identità.

In queste circostanze l'approccio EMDR per il lutto, che integra le 6 fasi "R" di Rando nel protocollo standard (Roger Solomon, 2022), facilita l'elaborazione delle perdite multiple, la possibile riattivazione di traumi pregressi, e la ricostruzione di un nuovo senso di sé in relazione al nuovo contesto culturale o all'eventuale declassamento socio-economico.

Rielaborazione attraverso **le 6 "R" di Rando** (Rando, 1993):

1. Rendersi conto della perdita.
2. Reagire alla separazione.
3. Rammentare e riesperire.
4. Rinunciare ai vecchi attaccamenti.
5. Riadattarsi per progredire.
6. Reinvestire nel nuovo contesto.

Identità e cultura

Nel trattamento dello shock culturale, il concetto di identità può essere chiarito facendo riferimento alla teoria psicosociale di Erik Erikson (1946). L'identità è lo sviluppo del senso del Sé come struttura organizzata e differenziata. La sua caratteristica di unicità e continuità permette di rimanere la stessa anche di fronte ai cambiamenti della vita. È una continua rielaborazione dell'immagine di Sé, dinamica e fluida nel tempo, che si crea e si sviluppa con l'esplorazione e l'integrazione di esperienze familiari, sociali e culturali.

Un cambiamento implica l'alterazione di un Sé ben noto a favore di un nuovo Sé ancora sconosciuto. L'integrità dell'individuo dipende dalla stabilità con cui si affrontano le esperienze della vita, ci si adatta al cambiamento, si sviluppa la consapevolezza di una nuova identità. In alcune circostanze, tale trasformazione può generare sensazioni di angoscia e depressione che oppongono una rigida resistenza al processo di adattamento causando un deterioramento mentale ed emozionale. I Grinberg hanno definito questo fenomeno "morte psichica" descrivendo due principali problemi relativi all'identità: il deficit e il conflitto. (Grinberg e Grinberg 1992; Leong, Ward 2000). Il deficit di identità si manifesta quando la persona non riesce ad individuare i propri valori e vede compromessa la capacità di stabilire e perseguire obiettivi significativi. Il conflitto di identità, invece, emerge dalla difficoltà di conciliare le diverse componenti di Sé.

Nel caso del trasferimento in un altro paese, il confronto con una realtà diversa dalle aspettative, l'impatto con un differente sistema culturale e la perdita dei legami affettivi, possono generare una fragilità identitaria soprattutto quando i cambiamenti significativi non vengono adeguatamente elaborati e tollerati.

Teoria dell'attaccamento con orientamento culturale

Una prospettiva culturale della teoria dell'attaccamento è un ulteriore strumento per comprendere il processo di adattamento. Si fonda su un'analogia tra le risposte adattive in un contesto culturale e le modalità di attaccamento sviluppate dai bambini nei confronti dei caregiver. Un attaccamento sicuro nella cultura di origine può sostenere la gestione dell'ansia da separazione e dello stress di acculturazione in un nuovo contesto (Hong et al. 2013).

Il concetto di "attaccamento culturale" (Hong et al. 2000) nasce da un'elaborazione delle teorie di John Bowlby e Mary Ainsworth sul ruolo fondamentale della relazione bambino-caregiver per lo sviluppo umano. La modalità di attaccamento con la figura di riferimento influisce sulla salute mentale, sulla regolazione emotiva e sulle relazioni interpersonali nel corso della vita. Le esperienze di attaccamento della primissima infanzia formano un sistema di aspettative e credenze, su sé stessi e sugli altri, che guida le relazioni significative nell'età adulta (modelli operativi interni – MOI). I MOI sono strutture mentali che consentono di interpretare gli eventi, fare previsioni e creare aspettative sulla vita relazionale.

Un attaccamento sicuro consente di chiedere supporto e sentirsi protetti in situazioni non familiari (come l'incontro con sconosciuti) e di accettare il conforto nelle situazioni di stress (come la separazione). Consente pertanto di costruire relazioni significative senza la paura di essere abbandonati. Al contrario, un attaccamento insicuro, limita la capacità di ricevere conforto in situazioni di stress e induce all'evitamento delle relazioni intime a causa dell'ansia di essere abbandonati.

Secondo gli studi di Hong e collaboratori, che espandono la teoria dell'attaccamento ad un contesto interculturale, i gruppi sociali possono fungere da base di attaccamento, offrendo supporto emotivo e protezione, analogamente al legame con le figure di accudimento. In questo contesto, i gruppi sociali possono essere vissuti come accoglienti o rifiutanti. Questo fenomeno è strettamente legato alla formazione di stereotipi, pregiudizi, discriminazioni. Gli esseri umani hanno un bisogno innato di connessioni interpersonali e sociali e un profondo senso di appartenenza. Nickerson (2023) enfatizza il valore clinico di includere "connessione" e "appartenenza" nel dominio delle credenze negative e positive nella terapia EMDR.

Misurare lo shock culturale

La costruzione di una scala di misurazione richiede una chiara definizione della natura e della portata dei fenomeni studiati. La complessità del fenomeno migratorio rende difficile definirne l'estensione e i confini necessari per una raccolta sistematica di dati. Questo genera un circuito chiuso in cui la misurazione richiede comprensione e la comprensione richiede misurazione. Nonostante siano trascorsi più di sessant'anni dalla formulazione della teoria dello shock culturale, manca una scala di misurazione standardizzata per misurarlo. Tuttavia il "Cultural shock questionnaire" di Mumford (1998) si è rivelato uno strumento adatto ad osservare la tensione psicologica, il senso di perdita e i sentimenti di rifiuto, sperimentati nel processo migratorio. Gli item del questionario fanno riferimento ai sei aspetti dello shock culturale individuati da Taft (1977):

1. La tensione dovuta allo sforzo necessario per adattarsi psicologicamente.
2. Il senso di perdita e sentimenti di deprivazione riguardo alle relazioni, allo status sociale, alla professione e agli oggetti personali.
3. Il rifiuto, sia subito sia espresso, da e verso i membri della nuova cultura.
4. La confusione nei ruoli, nei valori, e nel senso di identità personale.
5. Sorpresa, ansia, disgusto, indignazione di fronte alle differenze culturali.
6. La sensazione di impotenza nell'affrontare efficacemente le sfide del nuovo ambiente.

Shock culturale e trauma

L'immersione in un ambiente estraneo può provocare disorientamento sul piano psicologico e sociale, e può trasformarsi da disagio temporaneo in stress cronico. Se questo disagio non viene affrontato in modo adeguato, può configurarsi come un trauma complesso, con origine e natura diversi dal PTSD, ma con sintomi simili e con cui può anche interagire (Silove et al., 2017). Per trauma complesso si intende l'esposizione ripetuta a stress grave e prolungato che genera comportamenti disfunzionali. Pur non trattandosi di un disturbo psichiatrico -riconosciuto da criteri diagnostici accertati- lo shock culturale condivide con il PTSD stress intenso, sintomi di iperattivazione, ansia, evitamento, irritabilità, confusione, e disconnessione dal contesto e dalla propria identità. In entrambi i casi in un ambiente minaccioso o percepito tale, il livello di stress supera le capacità di coping e innesca sintomi traumatici. (Hinton & Lewis-Fernandez, 2011).

L'impatto dello shock culturale può intensificare i sintomi del PTSD e aumentare la vulnerabilità delle persone con traumi pregressi. (Nickerson A. et al., 2011).

Integrazione del modello AIP allo shock culturale

Secondo il modello di elaborazione adattiva dell'informazione (AIP – Adaptive Information Processing) l'essere umano possiede un'innata capacità di elaborare le informazioni in modo adattivo. Il cervello organizza gli stimoli esterni in reti neurali interconnesse, che rappresentano la memoria costituita da conoscenza, esperienze ed emozioni. Questa struttura influenza la percezione di sé e degli altri, e, conseguentemente, la risposta agli eventi quotidiani. Un evento avverso non adeguatamente supportato può generare gravi stati emotivi (impotenza, disperazione, autodenigrazione) che vengono immagazzinati in modo disturbante, fuori dalla collocazione spazio-temporale originaria, dando origine a credenze negative cristallizzate. Queste credenze, ancorate a un'emotività disturbante, possono alimentare comportamenti automatici di difesa (attacco, fuga, freezing) non funzionali nel contesto attuale.

Nel processo migratorio, eventi stressanti collegati all'acculturazione, alla perdita dei propri riferimenti, alla ridefinizione dell'identità sociale, alla sicurezza geopolitica, possono riattivare credenze negative collegate a traumi non elaborati che ostacolano il processo di adattamento. Con il trattamento EMDR il terapeuta aiuta il paziente a riconoscere queste credenze disfunzionali e a collegarle all'evento traumatico ad esse collegato.

Rivivendo l'esperienza traumatica, in un setting sicuro e strutturato, il paziente può -grazie alla stimolazione bilaterale- ridurre la carica emotiva negativa legata all'evento. Questo processo aiuta a rielaborare l'esperienza, permettendo al paziente di guardare all'evento con maggiore stabilità emotiva e di conservarlo in una prospettiva più funzionale che favorisca l'integrazione di convinzioni più adattive e il rafforzamento delle risorse personali. Nel contesto migratorio ciò può aiutare a percepire l'esperienza non come una difficoltà insormontabile, ma come un'opportunità di crescita e di arricchimento personale. L'assunto di base dell'AIP è che il paziente possiede le risorse necessarie per il proprio recupero, pertanto il terapeuta non interferisce con la riformulazione dell'evento negativo ma nutre un profondo rispetto delle capacità interiori e lo guida a trovare l'accesso alle proprie risorse. Il ruolo del terapeuta EMDR non è dunque consigliare strategie per superare il trauma ma guidare il paziente a sperimentare la propria capacità di elaborare le informazioni per renderle adattive e funzionare meglio. Un approccio incentrato sul cliente e profondamente rispettoso delle capacità interiori di adattamento, aiuta il paziente a fidarsi delle proprie risorse interiori e, di conseguenza, del metodo EMDR stesso (Shapiro, 2018).

Il protocollo culturalmente orientato

Francine Shapiro (2018), promotrice del valore culturale nella pratica clinica, sottolinea che l'EMDR risulta efficace quando le procedure vengono adattate al paziente e alla sua identità culturale, piuttosto che seguite rigidamente. La competenza culturale diventa quindi una risorsa essenziale per costruire ponti tra identità diverse, in un mondo sempre più globalizzato. Seguendo questo orientamento, Mark Nickerson (2023), invita i clinici a sviluppare specifiche caratteristiche sintetizzate nell'acronimo ASK (Attitude, Skills, Knowledge) per contribuire a consolidare l'EMDR come strumento culturalmente orientato.

- **Attitudine (Attitude):** rispetto delle diversità e valorizzazione delle culture. Riflettere sul proprio background culturale, adottare un atteggiamento di umiltà e curiosità verso le esperienze dei pazienti.
- **Competenze (Skills):** utilizzo di una “lente culturale” per costruire alleanze terapeutiche culturalmente sensibili.
- **Adottare linguaggio e metafore** culturalmente compatibili, provare rispetto ed empatia verso le vittime di discriminazione.
- **Conoscenza (Knowledge):** acquisizione delle conoscenze per comprendere le specifiche realtà culturali di ogni paziente. Conoscere norme, valori, credenze e identità culturale, per facilitare la sintonia e la fiducia con il paziente.

Essere terapeuta “ASK” è una scelta da alimentare costantemente per “...esplorare l’identità culturale, affrontare gli effetti del trauma e delle avversità basati sulla cultura (CBTA - Culturally Based Trauma and Adversity), smantellare il pregiudizio e ispirare l’azione sociale”.

Per “trauma e avversità culturali” (CBTA) si fa riferimento allo stress, alla svalutazione dell’identità culturale, allo shock psicofisiologico interiorizzato a causa del contesto sociale. Per identificare i ricordi target relativi al trauma culturale, Nickerson propone un raggruppamento in 10 temi socioculturali: oppressione, discriminazione; migrazione, acculturazione, asilo; esclusione sociale; stigmatizzazione, identità culturale e sociale; pregiudizio; povertà, mancanza di risorse; guerre e disastri naturali, conflitto intraculturale; eredità culturale.

TEMA	POSSIBILI TARGET
oppressione e discriminazione	stereotipi, razzismo, micro-aggressioni*,
migrazione, acculturazione, asilo	stress da adattamento; perdita delle radici
esclusione sociale minaccia alla connessione di un gruppo (in-group/out-group)	essere ignorati, licenziati, invisibili; solitudine; non essere incluso
stigmatizzazione (piuttosto che essere ignorata una persona viene individuata come indesiderata “non normale” “diverso”)	essere trattati come “non normali”; sentirsi dire “sei malato” “sei un perdente”; essere svergognati; oggettificati sessualmente
identità culturale e sociale (etnia, genere, età, orientamento sessuale, classe sociale)	discriminazione, bullismo; conflitto di identità; paura di essere sé stessi
pregiudizio sociale implicito o esplicito (micro-aggressioni*)	senso di colpa; vergogna
povertà, mancanza di risorse	difficoltà di sopravvivenza;
guerre, disastri naturali, crimini di odio	esperienze traumatiche, paura, impotenza;
conflitto intraculturale (in-group)	interiorizzazione dei messaggi oppressivi;
eredità culturale (generazionale)	maltrattamenti, schiavitù, razzismo,

* Le micro-aggressioni sono comportamenti sottili, non riconosciuti come atti discriminatori, che comunicano messaggi denigranti e alimentano dubbi interiori sul proprio valore.

Se differenziare i temi aiuta ad individuare gli aspetti principali del trauma culturale, è altrettanto fondamentale riconoscere e valorizzare i punti di forza e le opportunità basate sulla cultura stessa (Culturally Based Strength and Opportunities – CBSO). Oltre a valutare il CBTA, è necessario sviluppare i CBSO, ossia le abilità, le conoscenze e le risorse che facilitano, a chi ha sperimentato il trauma culturale, trovare guarigione e forza. Questo processo può essere avviato attraverso domande mirate volte ad esplorare: cosa è stato utile in passato per affrontare un trauma culturale; quali persone hanno fornito sostegno nelle esperienze di acculturazione, discriminazione, pregiudizio o traumi culturali.

Messaggi culturali interiorizzati e credenze negative.

Nickerson propone una lente culturale anche per individuare le credenze negative alimentate da messaggi e/o oppressioni culturali interiorizzati. Integra una quarta categoria, in aggiunta a quelle standard (responsabilità/autostima, potere/controllo e sicurezza), che riflette il bisogno di connessione/appartenenza. Questo bisogno, fondamentale soprattutto in contesti nuovi, include aspetti come accettazione, appartenenza, amicizia, supporto e fiducia, che possono essere compromessi da esperienze di discriminazione o altre forme di esclusione.

Sulla base degli studi di Williams, Teeomm K (2012), Nickerson ha raggruppato i vari domini in una tabella (2023 Tab.6.1 pp.97-98) di cui si riporta un'interpretazione sintetica.

RESPONSABILITA'/ AUTOSTIMA	POTERE/CONROLLO
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Dubbi su adeguatezza e competenza (sensazione di inferiorità e fallimenti) ▶ Attribuzione della superiorità del gruppo (credenze di invincibilità e conflitti emotivi) ▶ Sottomissione al gruppo dominante (passività e desiderio di emulazione) ▶ Critiche e invalidazione interiorizzate (identità negative del proprio gruppo) ▶ Sintomi fisici e comportamentali (disturbi fisici, ideazioni suicidarie, abuso sostanze) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Paura di agire o affermare sé stessi (dipendenza emotiva, mancanza di autonomia) ▶ Sottomissione al gruppo dominante (mancanza di ribellione) ▶ Emozioni negative intense (rabbia, impotenza, confusione identitaria) ▶ Comportamenti autodistruttivi o dipendenze (automedicazione per affrontare il disagio) ▶ Conflitti sul potere personale (paura della propria autodeterminazione)
SICUREZZA	CONNESSIONE/APPARTENENZA
<ul style="list-style-type: none"> ▶ Percezione di vulnerabilità (pericolo costante, paura della violenza o del giudizio) ▶ Vigilanza e sfiducia (verso il gruppo di appartenenza e verso l'esterno) ▶ Sintomi emotivi e mentali (ansia, panico, preoccupazione, disturbi mentali) ▶ Comportamenti distruttivi (violenza fisica, emotiva, verbale, ostilità nel gruppo) ▶ Rifiuto di mostrare debolezza (identità di vittima o sofferenza) 	<ul style="list-style-type: none"> ▶ Alienazione e isolamento (all'interno del gruppo e verso l'esterno) ▶ Dualità dell'identità (non appartenenza, desiderio di emulare il gruppo dominante) ▶ Mancanza di sicurezza emotiva (sentire di non essere amati o non accettati) ▶ Comportamenti distruttivi o autolesionisti ▶ Rifiuto o esclusione di altri (difficoltà nella fiducia e nella costruzione di legami)

* Riferimento: Williams, Teeomm K., (2012). Understanding internalized oppression: A theoretical conceptualization of internalized subordination. Open Access Dissertations, 627. https://scholarworks.umass.edu/open_access_dissertations/627

La perdita di connessione sociale e la difficoltà nell'instaurare legami di fiducia con gli altri sono tra le conseguenze più dolorose di un processo di adattamento critico. Nel trauma culturale, le norme sociali del paese ospitante possono radicare credenze negative che minano la visione di sé e la connessione con gli altri, influenzando profondamente il benessere e l'adattamento dell'individuo.

Queste credenze negative possono manifestarsi in diversi modi:

- identità culturale compromessa: la propria identità culturale può essere percepita come inferiore o inadeguata rispetto alla cultura dominante;
 - percezione di esclusione: esperienze di discriminazione o di non appartenenza a un gruppo sociale possono portare a una profonda sensazione di isolamento;
 - difficoltà nel ricostruire la fiducia: le esperienze di esclusione o oppressione sociale possono compromettere la fiducia negli altri e pertanto ostacolare la formazione di relazioni interpersonali significative;
 - senso di inadeguatezza: aspettative elevate da parte della cultura dominante possono essere percepiti come messaggi di inferiorità e generare convinzioni di non essere competenti;
 - perdita del senso di sicurezza: senso di instabilità e vulnerabilità a causa dell'isolamento sociale.

Targeting del pregiudizio – Cognizioni esternalizzate (CNE - CPE)

Un ulteriore contributo fornito da Nickerson riguarda la Cognizione Negativa Esternalizzata (CNE) per affrontare gli eventi legati a pregiudizi, stereotipi e atteggiamenti ostili. A differenza delle Cognizioni Negative (CN) che identificano credenze autoreferenziali (es. "non sono abbastanza") le CNE si riferiscono a credenze distorte verso gli altri, che alimentano atteggiamenti discriminatori (es.: "le persone di quella cultura non sono affidabili").

La CNE rappresenta una credenza negativa proiettata all'esterno, che descrive il modo in cui il paziente interpreta il comportamento degli altri nei suoi confronti. Si tratta di una percezione di rifiuto, esclusione o ostilità che talvolta, ma non necessariamente, è legata a pregiudizi, proiezioni o narrazioni generalizzate, più o meno consapevoli, che possono limitare l'accessibilità alla memoria traumatica. Pertanto, così come vengono identificate e desensibilizzate le CN autoreferenziali, è fondamentale portare alla luce anche eventuali CNE per rendere la memoria completamente accessibile all'elaborazione del trauma. I messaggi culturali interiorizzati possono generare CN e CNE. Ad esempio, una donna che identifica la maternità come un dovere, potrebbe sviluppare una CN "sono sbagliata se non desidero figli". Questo potrebbe alimentare una CNE "le donne che non vogliono figli sono egoiste". È importante affrontare il tema con sensibilità, sia nel caso di pregiudizi inconsapevoli che possono causare disagio o vergogna, generati dalla dissonanza rispetto ai propri valori e all'immagine di sé desiderata. Sia nel caso di pregiudizi evidenti e radicati, poiché la persona potrebbe percepire come legittimi stereotipi diffusi e comunemente accettati senza tener conto della loro infondatezza.

L'obiettivo in terapia è aiutare il paziente a riconoscere che queste credenze si basano su modelli cognitivi distorti. Successivamente, è fondamentale individuare e installare una Credenza Positiva Esternalizzata (CPE), funzionale e adattiva, seguendo un approccio simile a quello utilizzato per le CN.

Elementi per la concettualizzazione del caso.

Lo shock culturale, secondo la prospettiva del modello AIP, può riattivare traumi non elaborati che generano comportamenti disfunzionali e limitanti per il processo di adattamento.

L'EMDR culturalmente orientato affronta sia il trauma personale (trascuratezza, abusi, lutti, eventi catastrofici) sia il trauma culturale (legato a dinamiche di acculturazione, stereotipi, pregiudizi e discriminazioni). Sebbene siano distinti, questi traumi si interconnettono e il trauma culturale, in particolare, richiede un'attenzione al contesto in cui vengono interiorizzati i valori, le identità culturali e le esperienze di oppressione, micro-aggressioni e conflitti identitari. Per affrontare questi temi, che possono generare disagio o essere considerati non problematici, Nickerson sottolinea l'importanza di ottenere il consenso esplicito del paziente, ponendo domande del tipo: "Sei d'accordo se faccio alcune domande sulle tue esperienze sociali e culturali?"; "Ti sei mai sentito seriamente incompreso o mal giudicato in relazione alla tua identità/cultura sociale?"; "Hai qualche ricordo precoce di essere stato incluso o escluso da un gruppo in base alla tua razza/etnia, classe sociale, sesso, abilità/aspetto fisico e così via?"; "Attualmente subisci micro-aggressioni sociali (insulti, commenti denigratori, ecc.)?"; "Hai avuto difficoltà legate all'assimilazione in un'altra cultura?".

Nelle fasi iniziali del protocollo (1 e 2) -essenziali per preparare il paziente- è fondamentale integrare nella raccolta anamnestica, la sua storia culturale e individuare:

La fase dello shock culturale in cui è bloccato:

- Luna di miele: aspettative motivazioni e idealizzazioni
- Crisi: stress, distanza culturale, pregiudizi, lutto migratorio, conflitto di identità, traumi attuali, traumi pregressi
- Recupero: strategia di acculturazione (integrazione, assimilazione, separazione, isolamento) che può essere influenzata dalla percezione del supporto sociale e dalle risorse culturali interne.
- Adattamento: integrazione degli aspetti positivi delle diverse culture in un sé stabile (identità multicultural)

Traumi attuali e pregressi:

- Traumi attuali: dovuti a una minaccia reale (conflitti bellici, violenza, calamità naturali)
- Traumi pregressi: riattivati da una minaccia percepita (rifiuto o esclusione, attaccamento insicuro)

Impatto del trauma

- Shock acuto: ansia, attacchi di panico, dissociazione
- Shock prolungato: rischio di PTSD, stress cronico, ipervigilanza, difficoltà relazionali

Variabili migratorie

- Strategia di acculturazione: separazione, assimilazione o isolamento
- Conflitti identitari: ambiguità di appartenenza, conflitto identità individuale e collettiva
- Stereotipi, pregiudizi, micro-aggressioni: rifiuto, vergogna
- Lutto migratorio: isolamento, perdita rete sociale, lingua, cultura, status, sicurezza

Identificare e valorizzare le risorse culturali:

- Strategie efficaci utilizzate in passato per superare le difficoltà di adattamento
- Supporto ricevuto in situazioni difficili

- Simboli, luoghi o attività che favoriscono speranza e guarigione
- Ruolo positivo del gruppo di appartenenza

PROTOCOLLO EMDR PER LO SHOCK CULTURALE

Fase 1-2: Raccolta anamnestica – Preparazione e stabilizzazione

- Identificazione dei sintomi
 - Storia dei sintomi (esordio, trattamenti precedenti, pensieri intrusivi, iperarousal) – Eventuali condizioni biologiche
 - Eventi significativi precedenti ai sintomi
 - Lista 10 eventi migliori e 10 eventi più stressanti - linea del tempo
 - Fase dello shock culturale nel presente (luna di miele, crisi, recupero)
 - Eventi del passato, fattori scatenanti attuali (triggers), bisogni futuri
- Anamnesi familiare – storia personale
 - Storia personale (famiglia di origine)
 - Storia di attaccamento
 - Storia familiare attuale
 - Obiettivi terapeutici
- Valutazione culturale
 - Influenze culturali familiari (storia migratoria)
 - Strategia di acculturazione: assimilazione, separazione, marginalizzazione, integrazione
 - Conflitto o deficit di identità sociale: ambiguità di appartenenza, valori contrastanti
 - Stereotipi e pregiudizi: esperienze di rifiuto, discriminazione o vergogna
 - Lutto migratorio: perdita di rete sociale, status, riferimenti culturali o sicurezza
- Psicoeducazione
 - Informazioni sul metodo EMDR e consenso informato
 - Informazioni fattori chiave della migrazione
 - Focalizzare le risorse per l'adattamento e per la stabilizzazione (capacità di resilienza, supporto sociale, risorse spirituali e simboliche)
 - Stimolazione bilaterale – Segnale di stop- Installazione posto sicuro
 - Piano terapeutico (obiettivi, target sul passato, presente, futuro)

Fase 3: Assesment.

- Identificazione del target – Immagine peggiore
- CN: (“non sono accettato”)
- CNE: (“non vengo accettato perché sono diverso”; “gli altri mi respingono”)
- CP: (“sono accettabile così come sono”)
- CPE: (“posso imparare dagli altri e offrire loro uno scambio culturale”)
- Valutazione: VOC – emozioni – SUD – Sensazioni fisiche

Fase 4: Desensibilizzazione

- Immagine – stimolazione bilaterale

Fase 5-Installazione

- Installazione credenze positive CP e CPE

Fase 6: Scansione corporea per verificare eventuali tensioni residue

Fase 7: Chiusura

- Assicurarsi che il paziente sia stabilizzato e fornire tecniche di autoregolazione

Fase 8: Rivalutazione per monitorare i progressi

- Valutare i progressi e gli effetti del trattamento

IL CASO DI ANNA

Anna, donna italiana di 38 anni, vive in Olanda da 10 anni con il marito italiano e una figlia di 3 anni. All'arrivo in terapia, soffriva di ansia generalizzata con attacchi di panico, depressione, isolamento sociale. Era frustrata dalla difficoltà nel trovare un lavoro gratificante e risentiva del tradimento del marito con una donna olandese. Si sentiva esclusa, sfiduciata nelle relazioni sociali e incapace di integrarsi nella cultura locale.

➤ Storia familiare: la madre era sempre triste e indaffarata nelle faccende domestiche. Non aveva tempo per giocare con lei. Era passiva di fronte ai tradimenti del padre (“gli uomini sono fatti così”). Il padre era fuori casa tutto il giorno per lavoro. Il poco tempo che lo vedeva era svalutante. Non si è sentita mai incoraggiata di

fronte alle difficoltà.

➤ Esperienze traumatiche:

- controllo e punizione materni;
- padre offensivo sia riguardo la sua intelligenza (“lascia stare, queste cose non fanno per te”; “sei proprio come tua madre, non capisci mai niente”), sia sull’aspetto fisico (“non ti lamentare se non trovi un fidanzato, sembri una sciattona”; “hai preso proprio il naso di tua madre, speriamo che non abbia preso anche la sua testa); madre vittima passiva;
- Valutazione culturale:
- Storia migratoria: I suoi avi erano tutti nati e vissuti nel paese di origine e avevano sempre diffidato degli stranieri. Anna era la prima della famiglia ad aver lasciato il paese. Non avrebbe mai pensato di dover emigrare. Al contrario, alcuni familiari del marito erano già emigrati e si sentivano migliori e più emancipati. Consideravano provinciale la cultura italiana. Anna sognava una vita migliore all’estero.
- Stereotipo di genere (le donne portano il peso con sacrificio silenzioso; gli uomini sono infedeli perché così è la loro natura);
- Autostima legata alla capacità di mantenere unita la famiglia;
- Esperienza migratoria inizialmente positiva, strategia di assimilazione. Successivamente, percezione di sfruttamento e giudizio verso gli italiani (“gli olandesi sono freddi e razzisti”; “non posso fidarmi”); poi giudizio negativo verso i connazionali (“pensano solo ai soldi”). Strategia di marginalizzazione
- Conflitto identitario: divisa tra due culture non si sentiva appartenere né all’Italia né all’Olanda. Identità sociale fallimentare a causa della svalutazione professionale.
- Lutto migratorio: Anna soffre per la perdita dei legami familiari e sociali in Italia, della sicurezza economica e dello status sociale. Ciò è aggravato dalla difficoltà nel costruire una rete sociale in Olanda. Le mancano le sue passeggiate con le amiche. Vorrebbe tornare a “casa” e andare in locali e posti che pensava fossero rimasti immutati. Aveva una visione anacronistica del suo paese.

Elaborazione e progressi terapeutici

Il percorso terapeutico si è concentrato su diverse aree critiche, passando dalla stabilizzazione dei sintomi all’elaborazione dei traumi e del lutto migratorio, fino all’installazione di risorse per favorire l’integrazione e l’autonomia.

- Stabilizzazione dei sintomi. Tecniche di gestione dello stress, ansia e stabilizzazione attacchi di panico. Sono stati ordinati cronologicamente gli eventi più disturbanti e con il float back sono stati individuati i ricordi traumatici relativi a svalutazione, discriminazione di genere e dinamiche familiari disfunzionali.
- Elaborazione dei traumi: sono stati individuati i ricordi collegati alle credenze negative
CN: “non valgo”, “sono una persona di seconda classe”, “non sono una buona moglie”, “la mia opinione non conta”. Con la stimolazione bilaterale queste credenze si sono evolute in
CP: “io valgo”; “sono importante per mio marito”; “posso essere ascoltata”.
- Elaborazione del lutto migratorio: seguendo il modello delle 6 R di Rando, Anna ha riconosciuto e affrontato le sue perdite, riorganizzato i ricordi dolorosi e sviluppato un nuovo legame con il paese d’origine e quello ospitante.
CN: “non posso ricreare ciò che avevo”, “non troverò mai la stessa felicità di prima;
CP: “posso costruire una nuova vita”;
Anna ha anche attribuito la sofferenza a fattori esterni con
CNE: “mi hanno tolto tutto ciò che contava per me”.
CPE: “appartengo sia al mio paese sia a quello straniero”
- Sono stati individuati i ricordi collegati alle credenze relative alla cultura ospitante
CNE: “gli olandesi sono razzisti”; “le donne olandesi non hanno valori”
CPE: “posso avere uno scambio con la cultura olandese”; “ognuno è libero di essere come desidera”.
- Installazione delle risorse. Man mano che la terapia andava avanti Anna ha potuto consolidare le risorse interne e a sviluppare maggiore autonomia nelle scelte relazionali e professionali. Ha deciso di avviare un’attività autonoma valorizzando le competenze acquisite in Italia. Questo le ha permesso di integrare la sua identità italiana con quella del paese straniero e le ha permesso di consolidare la fiducia in sé e nelle sue relazioni.

Nota: Il caso clinico è stato presentato in modo molto sintetico, poiché il tema trattato è ancora relativamente nuovo. In questa fase, si è scelto di dare maggiore rilievo agli aspetti teorici, al fine di fornire un inquadramento

più completo del fenomeno e delle implicazioni terapeutiche. L'approfondimento del caso clinico potrà essere sviluppato ulteriormente in lavori futuri.

BIBLIOGRAFIA

- Achotegui Loizate J. (2002). La depresion en los inmigrantes: una perspectiva transcultural. Ediciones Mayo, Barcelona
- Achotegui J. (2020) El síndrome de Ulises contra la deshumanización de la migración. Ned ediciones
- Adler, P. (1975). The Transitional Experience: An Alternative View of Culture Shock. *Journal of Humanistic Psychology*, 15, 13-23
- Ady, J. C. (1995). Toward a differential demand model of sojourner adjustment. In R. Wiseman (Ed.) *Intercultural communication theory* (pp. 92-114). Thousand Oaks, CA: Sage
- Bennett, J. (1977). Transition shock: Putting culture shock in perspective. In N. Jain (Ed.), *International intercultural communication annual* (Vol. 4, pp. 45-52). Falls Church, VA: Speech Communication Association.
- Berry, J. W. (1970). Marginality stress and ethnic identification in an acculturated aboriginal community. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 1, 239-252.
- Black, J. S., Mendenhall, M., & Oddou, G. (1991). Toward a comprehensive model of international adjustment: An integration of multiple theoretical perspectives. *Academy of Management Review*, 16, 291-317
- Black J.S. (1992). Coming home: the relationship of expatriate expectations with repatriation adjustment and job performance. *Human Relations*, 45, 2, pp. 113-136.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation*. New York, NY: Basic Books.
- David L. Sam, John W. Berry (2006) *Acculturation and health. The Cambridge Handbook of Acculturation Psychology*. Cambridge University Press, New York.
- Erikson, E. H. (1946). Ego Development and Historical Change: Clinical Notes. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2(1), 359-396.
- Gail M. Ferguson, José M. Causadias, and Tori S. Simenec (2023). Acculturation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 19, 381-411
- Georgas J., F.J.R. van de Vijver, Berry J.W. (2004). The ecocultural framework, ecosocial indices, and psychological variables, in cross-cultural research. *Journal of cross-cultural psychology*, 35, 1, pp. 74-96
- Grinberg L., Grinberg R. (1992). *Identità e cambiamento*. Armando Armando, Roma
- Hinton, D. E., & Lewis-Fernández, R. (2011). The cross-cultural validity of posttraumatic stress disorder: Implications for DSM-5. *Depression and Anxiety*, 28(9), 783-801.
- Hofstede G., McCrae R.R. (2004). Personality and culture revisited: linking traits and dimensions of culture. *Cross-cultural research*, 38, 1, pp. 52-88
- Hong, Y.-y., Morris, M. W., Chiu, C.-y., & Benet-Martínez, V. (2000). Multicultural minds: A dynamic constructivist approach to culture and cognition. *American Psychologist*, 55(7), 709-720.
- Hong Ying-y, Yang Fang, Ying Yang, Desiree Y. Phua (2013) Cultural Attachment: a new theory and method to understand cross-cultural competence. *Journal of cross-cultural psychology* 44(6) 1024-1044
- Kim, Y. Y. (2001). *Becoming Intercultural: An Integrative Theory of Communication and Cross- Cultural Adaptation*. London: Sage Publications, Inc.
- Leong C.H, Ward C. (2000). Identity conflict in sojourners. *International Journal of Intercultural Relations*, 24, 6, pp. 763-776
- Lysgaard, Sverre (1955). "Adjustment in a foreign society: Norwegian Fulbright Grantees Visiting the United States". In *International social science bulletin*, 7, pp. 45-50
- Marx E. (1999). *Breaking through culture shock*. Nicolas Brealey Publishing, London
- Mumford D.B. (1997) The measurement of culture shock. *Soc. Psychiatry Psychiatr Epidemiol* n.33: 149-154. Sprigner-Verlag 1998
- Nickerson Angela., Bryant, R. A., Steel, Z., Silove, D., & Brooks, R. (2011). The impact of fear for family on mental health in a resettled Iraqi refugee community. *Journal of Psychiatric Research*, 45(4), 431-437.
- Nickerson Mark (2023) *Cultural competence and healing culturally based trauma with EMDR therapy*, 2nd edition. Springer publishing.
- Oberg K. (1960). Cultural Shock: adjustment to new cultural environments. *Practical Anthropology*, 7, pp. 177-182
- Rando, T.A. (1993) *Treatment of complicated mourning*. Research Press, Champaign, IL
- Shapiro, F. (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy, Third Edition: Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York, NY: Guilford Press.
- Silove, D., Ventevogel, P., & Rees, S. (2017). The contemporary refugee crisis: An overview of mental health challenges. *World Psychiatry*, 16(2), 130-139.
- Simmala B. (2008). "Cross-Cultural Adjustment of Asian International Graduate Students in the United States: Theorizing from the Literature," *Adult Education Research Conference*. <https://newprairiepress.org/aerc/2008/papers/64>
- Solomon R.M. (2022) *Lutto e EMDR. Dalla diagnosi all'intervento clinico*. Raffaello Cortina Editore
- Taft R. (1977). Coping with unfamiliar cultures. In Warren N. (Ed.), *Studies in cross-cultural psychology* (Vol. 1, pp. 121-153)
- Yu Han, Greg J. Sears, Wendy A. Darr, Yun Wang (2022) *Facilitating Cross-Cultural Adaptation: a meta-analytic review of dispositional predictors of expatriate adjustment*

Il lavoro con i bambini: un approccio al Trattamento dei Traumi Relazionali con la Terapia EMDR

Eleonora Romanini – Federica Biancucci

Practitioner EMDR

Riassunto

Nella psicoterapia moderna diviene sempre maggiormente prioritario il trattamento dei traumi nei bambini: è noto infatti come esperienze traumatiche possono avere un impatto profondo e duraturo sullo sviluppo emotivo e psicologico del bambino. La terapia E.M.D.R. (Desensibilizzazione e Rielaborazione tramite i Movimenti Oculari) si è dimostrata uno degli strumenti più efficaci nel trattamento dei traumi dell'età evolutiva anche se di natura relazionale ("t"). Questo approccio terapeutico che utilizza stimolazioni bilaterali (oculari, tattili, uditive) per favorire la rielaborazione dei ricordi traumatici, è stato adattato alle esigenze specifiche dei minori, utilizzando tecniche creative come il gioco simbolico, il disegno e altre modalità non verbali. Un aspetto centrale del trattamento è l'inclusione dei care-giver, fondamentale per facilitare un recupero completo, soprattutto quando i traumi sono legati a dinamiche familiari disfunzionali. Il caso clinico di Bea, una bambina trattata con EMDR, illustra come l'EMDR possa portare a miglioramenti significativi nel benessere psicologico e nelle dinamiche familiari, facilitando un recupero emotivo e relazionale.

Introduzione

Numerose ricerche mostrano come i bambini vittime di traumi possono sviluppare da adulti disturbi mentali importanti che hanno un impatto sulla loro qualità di vita (1). Parlare di esperienze traumatiche significa considerare non solo esperienze gravi e destrutturanti come un abuso sessuale o un terremoto (T) ma anche altre esperienze apparentemente minori ("t") che determinano però sintomi evidenti e non suscettibili di cambiamento spontaneo.

La vulnerabilità dei bambini e la loro incapacità di comprendere appieno gli eventi traumatici rende difficile l'elaborazione consapevole del trauma, e quelli relazionali sono particolarmente complessi, poiché coinvolgono le figure di attaccamento primarie del bambino e incidono direttamente sulla sua capacità di formare legami emotivi sani. L'influenza di tali eventi sullo sviluppo psico-emotivo è ben documentata da numerosi studi scientifici, che mostrano come esperienze avverse precoci possano compromettere la regolazione emotiva e sociale, portando a disturbi di ansia, depressione e difficoltà nei rapporti interpersonali (Merrick et al., 2017). Il modello AIP (Adaptive Information Processing), su cui si fonda l'EMDR, sostiene che i traumi non elaborati si cristallizzano nel sistema nervoso, impedendo una normale elaborazione delle emozioni e dei ricordi. L'EMDR aiuta a "sbloccare" questi ricordi disfunzionali, permettendo al bambino di integrarli in modo adattivo e positivo nel proprio processo di crescita (Shapiro, 2001). La terapia EMDR ha rappresentato una rivoluzione rispetto ai metodi tradizionali, che si basano prevalentemente su tecniche verbali, ma la difficoltà dei bambini nell'esprimere in forma linguistica il trauma e nel comprendere a pieno i propri sentimenti, rende necessaria l'adozione di tecniche che vadano oltre la parola. Il Trattamento EMDR in età evolutiva

I traumi relazionali nei bambini sono eventi che alterano la loro percezione del mondo, minando la sicurezza e la fiducia verso le figure di attaccamento quali i genitori, tutori o altri familiari. Questi traumi possono derivare da esperienze di abuso, trascuratezza, separazioni traumatiche o conflitti familiari. L'EMDR, inizialmente sviluppato per il trattamento di traumi negli adulti, è stato adattato con successo all'età evolutiva, grazie alla sua capacità di trattare il trauma attraverso modalità non verbali che sono più facilmente comprensibili e accessibili a un pubblico infantile.

All'interno del percorso, l'EMDR permette al bambino di elaborare le esperienze traumatiche in modo sicuro e protetto, senza dover necessariamente verbalizzare l'evento. Questo aspetto è particolarmente utile quando il bambino non ha ancora le competenze verbali necessarie per affrontare temi dolorosi.

Le tecniche di stimolazione bilaterale, come i movimenti oculari, vengono utilizzate per facilitare l'elaborazione dei ricordi traumatici e ridurre l'intensità emotiva legata a questi ricordi; inoltre, la terapia con EMDR si adatta a ogni bambino, permettendo l'integrazione di modalità creative, come il disegno, il gioco simbolico, e altre attività che favoriscono l'espressione emotiva (Hase et al., 2017).

Strumenti di Lavoro con i Minori

Il lavoro terapeutico con i bambini richiede un approccio altamente flessibile, che integri tecniche che vadano oltre la semplice verbalizzazione. Tra gli strumenti principali che il terapeuta EMDR può utilizzare con i bambini troviamo:

1- Gioco simbolico

Il gioco è uno degli strumenti più potenti a disposizione del terapeuta per aiutare i bambini a elaborare emozioni complesse e traumi. Il gioco simbolico permette al bambino di rappresentare eventi traumatici modo distaccato, riducendo il rischio di rivivere il trauma in modo diretto. Le attività di gioco includono l'uso di bambole, costruzioni, o scenari di fantasia che consentono di esternare il conflitto senza doverlo verbalizzare esplicitamente. Questo tipo di gioco è stato riconosciuto come uno strumento terapeutico fondamentale nella psicologia infantile (Axline, 1964).

2- Tecniche di visualizzazione

Una delle tecniche utilizzate con i bambini è la creazione di un "Posto Sicuro". Questo luogo immaginario diventa uno spazio protetto dove il bambino può rifugiarsi ogni volta che si sente sopraffatto dalla paura o dall'ansia. Il terapeuta guida il bambino nella creazione di questo Posto attraverso immagini mentali positive e rassicuranti, permettendo così al bambino di sentirsi sicuro mentre esplora e rielabora i suoi ricordi traumatici (Shapiro, 2001).

3- L'uso delle storie e dei racconti

Anche le storie possono essere utilizzate per rappresentare simbolicamente i traumi e le difficoltà emotive del bambino. L'uso di racconti mitologici o fiabe permette al bambino di mettere distanza tra sé e il trauma, elaborando il conflitto in modo simbolico e allegorico. Questo approccio narrativo è stato ampiamente documentato come uno degli strumenti più efficaci per il trattamento dei disturbi post-traumatici nei bambini (Lovett, 1999).

4- L'uso del disegno

Il disegno è uno degli strumenti più facili e flessibili per aiutare il bambino a visualizzare le emozioni e gli eventi e ad elaborarli: può essere utilizzato per creare figure di supporto o per osservare il cambiamento e l'evoluzione dell'elaborazione nel corso delle sedute.

Implicazioni Epigenetiche e Trasmissione Intergenerazionale del Trauma

Il trauma non solo influisce sul benessere psicologico dei singoli, ma può anche avere implicazioni epigenetiche, ossia può modificare l'espressione dei geni attraverso meccanismi che alterano la metilazione del DNA. Yehuda et al. (2005) hanno evidenziato come i traumi psicologici possano influenzare l'espressione genica, rendendo le generazioni future potenzialmente più vulnerabili a disturbi psichiatrici.

La trasmissione intergenerazionale del trauma è un fenomeno complesso che può perpetuarsi attraverso comportamenti, attaccamenti disfunzionali e modelli familiari, l'EMDR può agire come un potente strumento di interruzione di questo ciclo, trattando non solo il trauma della persona, ma influenzando positivamente anche le generazioni future. Ne è rappresentativo il caso documentato da Keller et al. (2020), in cui un trattamento EMDR condotto su una madre con forte ansia ha migliorato significativamente la sua relazione con il figlio neonato, riducendo la trasmissione di comportamenti ansiosi e creando un ambiente emotivamente più sicuro.

Il Coinvolgimento Genitoriale nel percorso con i minori

Un aspetto cruciale del trattamento dei traumi relazionali in età evolutiva è il coinvolgimento dei genitori o dei care-giver, i quali hanno un ruolo fondamentale nel processo di guarigione, poiché sono i principali coregolatori emotivi del bambino. Va inoltre considerato che il trauma vissuto dal bambino può essere legato anche a difficoltà nelle dinamiche familiari. In questi casi, l'EMDR non solo lavora con il piccolo paziente, ma può includere anche il trattamento delle figure di attaccamento, al fine di interrompere i cicli disfunzionali intergenerazionali (McKelvey et al., 2008).

Il trattamento EMDR può essere effettuato separatamente con i genitori per aiutarli ad affrontare il proprio trauma, e contemporaneamente con il bambino, creando un ambiente familiare più stabile e sicuro. Il

coinvolgimento dei care-giver migliora l'efficacia della terapia, poiché questi sono in grado di comprendere meglio le esigenze del bambino e di rispondere in modo più sano e supportivo alle sue emozioni (McKelvey et al., 2008).

Il lavoro con E.M.D.R: caso clinico

Si presenta il caso clinico di una bambina di sette anni, Bea (nome di fantasia) con la quale è stato effettuato un percorso di psicoterapia con EMDR per elaborare specifici target connessi ad episodi traumatici di natura relazionale. I genitori di Bea contattano lo studio in quanto molto preoccupati perché la bambina da circa un anno presenta una sintomatologia ansiosa per la quale non riesce più a dormire nel suo letto, ha paura del buio ed è molto agitata. Come da Protocollo, viene effettuato un primo colloquio con i genitori per approfondire la storia di Bea.

Protocollo EMDR per l'età evolutiva: il primo incontro con i care-giver

Il primo incontro con i genitori ha avuto lo scopo di raccogliere informazioni sul contesto familiare e sul vissuto emotivo di Bea. Primogenita, con una sorella minore di 3 anni, i genitori sono uniti nel descrivere una bambina molto gioiosa, allegra e sveglia fino ad un anno fa, quando improvvisamente si sono presentate alcune paure che non aveva mai avuto (del buio, della morte, di non svegliarsi e del vomito), oltre che sintomi psicomatici ricorrenti quali mal di pancia e mal di testa: le visite mediche eseguite dal pediatra non hanno ritrovato alcun riscontro organico per questi sintomi. Seguendo il protocollo EMDR vengono approfonditi gli eventi che stavano accadendo nel periodo antecedente i sintomi ed emerge che nello stesso periodo si erano verificati fatti importanti che coinvolgevano anche la famiglia: era deceduta la nonna paterna (persona di grande riferimento familiare), una maestra delle elementari aveva presentato atteggiamenti molto bruschi con la classe e Bea aveva avuto un episodio molto forte di vomito dopo aver mangiato della pizza. Viene approfondita la storia della bambina, della gravidanza e del parto, della crescita emotiva oltre che fisica ma fortunatamente non emergono altri eventi di rilievo. I genitori riferiscono che, nonostante sia passato un anno, loro stessi hanno grosse difficoltà a parlare della morte della nonna e che Bea ha vissuto la perdita con grande difficoltà a causa del legame strettissimo che aveva con lei. Come sappiamo, l'assenza di un'elaborazione adeguata del lutto da parte dei care-giver, ha una influenza sui figli, infatti Bea, proprio da quel periodo, inizia a manifestare una serie di sintomi somatici come mal di testa e mal di pancia tipici di un disagio emotivo non espressamente verbalizzato.

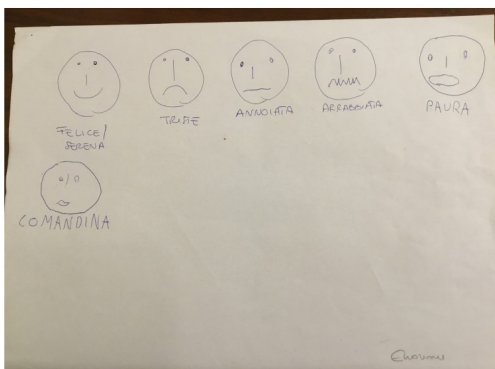
Piano di Lavoro

Dopo aver effettuato la concettualizzazione del caso, si psicoeduca sull'EMDR, sul concetto di traumatizzazione e viene concordato con i genitori l'utilizzo del metodo con Bea. Dal momento che i familiari stessi non hanno elaborato completamente la perdita della nonna paterna, viene proposto un primo intervento di elaborazione EMDR per loro, tuttavia, nonostante la fiducia e l'ascolto attento, i genitori non sono in grado al momento di affrontare questo percorso. Viene accettato però di effettuare sugli adulti di riferimento alcuni interventi di psicoeducazione sul tema della perdita, per offrire a Bea un ambiente per quanto possibile più confortevole e dove possa sentirsi autorizzata ad esternare le sue emozioni.

Incontro con Bea e installazione di Risorse

Il primo incontro con la bambina è pensato per stabilire un rapporto di fiducia e sicurezza e, su richiesta della minore stessa, entra in studio da sola mentre i genitori rimangono in sala d'attesa. Bea è molto sveglia, facilmente accessibile e da subito esprime il desiderio di mandare via le paure che la fanno soffrire. La minore viene invitata a disegnare "un posto sicuro", un luogo immaginario dove si sentisse al sicuro e protetta e disegna un acquario pieno di pesci colorati: questa immagine è stata utilizzata nei momenti di

stress o paura, sia in studio durante le sessioni di terapia, sia a casa quando la bambina stessa ne sentiva la necessità. Durante i primi incontri Bea ha disegnato anche i suoi supereroi: il padre e la madre, che sono risultati per lei figure positive di sostegno.



Metodologia

Viene deciso di continuare a utilizzare il disegno per aiutare la bambina a lavorare meglio sulla parte emotiva, definendo le principali emozioni negative esperite in relazione ad alcuni eventi "t" e "T".

Bea identifica alcune situazioni dolorose che vengono inserite nel Piano di Lavoro come gli eventi che necessitano di essere trattati con EMDR :

- a. La morte della nonna paterna
- b. La paura del vomito
- c. La maestra che urla in classe

Il lavoro di rielaborazione sui traumi

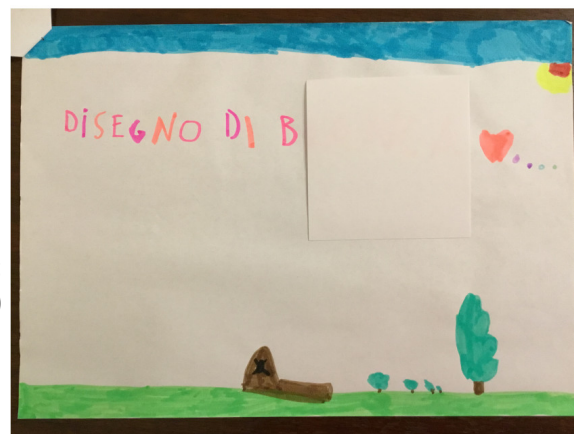
a. Il lutto della nonna

Come emerge dagli incontri di concettualizzazione del caso con i genitori e con la bambina, l'obiettivo principale del trattamento è il lutto della nonna paterna, ovvero l'evento "T" che Bea non è riuscita ad elaborare. Il trauma è stato trattato utilizzando il metodo EMDR con stimolazione bilaterale oculare e tattile (tapping e abbraccio della farfalla), l'utilizzo di disegni e il rafforzamento del "Posto Sicuro". Bea ha cominciato a visualizzare la nonna e a raccontare le emozioni legate alla sua morte. Durante le sessioni, Bea ha manifestato un senso di tristezza profonda, ma ha anche iniziato a parlare della nonna in modo più positivo focalizzandosi sui ricordi felici mentre l'elaborazione procedeva.



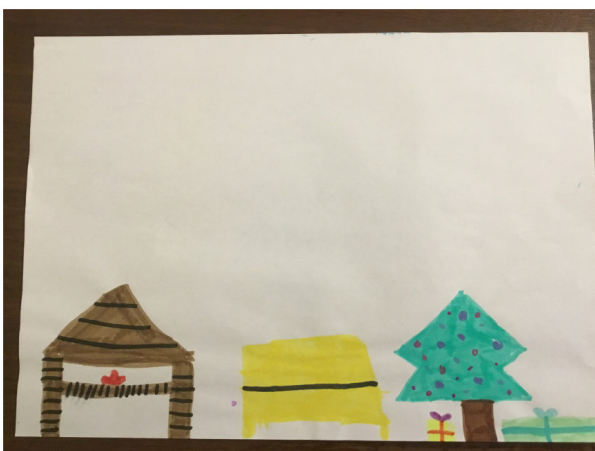
Disegno 1 Consegna:

fai un disegno che rappresenti come ti senti quando pensi alla nonna".



Disegno 2. Consegna :

"se pensi ora alla nonna cosa senti?" (disegno intermedio)



Disegno 3.

In assenza di disagio e sensazione di corpo "libero" (Bea dice "disegno il prossimo Natale senza la nonna")

Un momento importante e' stato quando Bea ha espresso il desiderio di portare con sé il ricordo della nonna, pensando al primo Natale senza di lei, chiedendo di fare un disegno in cui la nonna era comunque presente dentro di lei. La stimolazione bilaterale ha aiutato a ridurre l'intensità emotiva del ricordo traumatico permettendo a Bea di rielaborarlo. A seguito dell'elaborazione la bambina ha mostrato segnali importanti di miglioramento : ha iniziato a dormire nel proprio letto senza più paura, a muoversi nella notte per andare in bagno senza chiamare la madre e a sentirsi più sicura nella sua routine quotidiana. Nei mesi seguenti inoltre i genitori riferiscono con stupore che la bambina ha iniziato anche ad andare a dormire dalle amiche senza alcuna difficoltà .

b. La paura del vomito

Il percorso prevedeva anche il trattamento dell'ansia collegata alla paura del vomito: grazie all'utilizzo dell'EMDR, Bea è stata guidata a visualizzare il momento peggiore rispetto al vomito della pizza.

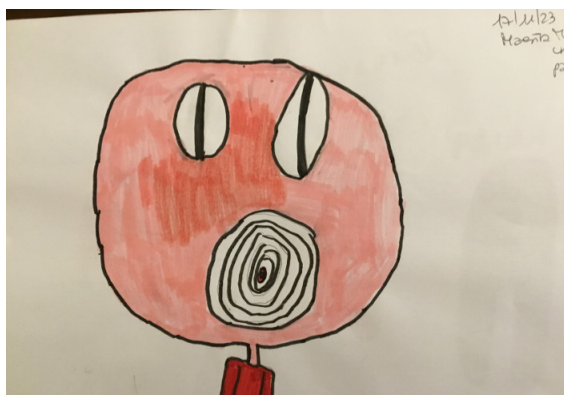
Disegno 1. Consegna: "disegna il momento peggiore"



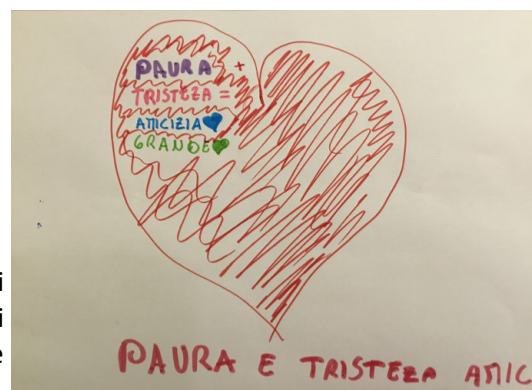
Disegno al termine dell'elaborazione in assenza di disagio e sensazione di corpo libero.

c. L'esperienza scolastica

L'ultimo passaggio del Piano di Lavoro ha riguardato il suo vissuto traumatico legato alla scuola, dove Bea aveva subito più episodi di umiliazione della maestra, esperienze che le avevano lasciato un forte senso di inadeguatezza e di paura di sbagliare.



Disegno 1:
Consegna "disegna come ti senti rispetto alla maestra"



Disegno 2:
disegno realizzato in assenza di disagio e sensazione di corpo libero . Riflessione di Bea "posso sentire le emozioni perché sono normali, a scuola gli amici mi vogliono bene e sono al sicuro"

La tecnica del disegno è stata utilizzata anche per rappresentare l'esperienza scolastica ; grazie ad essa e con il supporto della stimolazione bilaterale, Bea ha potuto lavorare sulla paura e sulla vergogna di essere giudicata, arrivando a vedere quei vissuti sotto una nuova luce. Al termine dell'elaborazione, la bambina ha iniziato a parlare della maestra in modo più distaccato, riconoscendo le emozioni senza farsi sopraffare da esse e sentendosi finalmente al sicuro.

Termine del percorso

Bea ha mostrato notevoli miglioramenti: oltre a quelli precedenti già elencati, i genitori riferiscono che Bea è più serena e parla della nonna con tranquillità . A seguito del lavoro effettuato sugli atteggiamenti della maestra, la madre riferisce inoltre che la bambina al mattino va a scuola senza alcuna difficoltà e, nonostante la maestra ancora abbia atteggiamenti scontroso, Bea racconta gli episodi senza entrare in allarme.

Follow-up

Ai successivi due follow-up, rispettivamente effettuati dopo sei mesi e dopo un anno, i genitori riferiscono che la bambina è serena e riesce a mantenere le conquiste emotive e comportamentali precedentemente raggiunte.

Conclusioni

La tutela del benessere emotivo dei bambini deve essere primaria così come deve essere primario l'intervento sui traumi che possono influenzare una crescita equilibrata e serena. È importante focalizzare l'attenzione non solo sui traumi di grande impatto ma anche sui traumi di natura relazionale che non si risolvono in modo spontaneo. Il metodo EMDR adattato per minori si è dimostrato uno strumento efficace per trattare entrambi i traumi con ottimi risultati. L'impiego di strumenti specifici per bambini quali l'uso di tecniche non verbali, il coinvolgimento familiare e un percorso di rielaborazione e strutturato delle esperienze traumatiche si è dimostrato essenziale per garantire il successo terapeutico. Nel caso clinico, i genitori sono stati coinvolti attraverso sessioni psicoeducative per comprendere meglio il trauma e sostenere il processo terapeutico: la regolazione emotiva effettuata sui caregiver ha permesso di consolidare i progressi della bambina anche in ambito familiare, favorendo così un cambiamento significativo, profondo e duraturo e permettendo il definitivo ripristino del benessere emotivo e comportamentale. Questo caso insieme ad altri è materiale prezioso per tutelare davvero tutti i bambini perché rendere un bambino sereno significa costruire un adulto sano e resiliente.

Bibliografia

1. Merrick MT, Ports KA, Ford DC, Afifi TO, Gershoff ET, Grogan-Kaylor A. Unpacking the impact of adverse childhood experiences on adult mental health. *Child Abuse Negl.* 2017 Jul;69:10-19. doi: 10.1016/j.chiabu.2017.03.016.
2. Hase M, Balmaceda UM, Ostacoli L, Liebermann P, Hofmann A. The AIP Model of EMDR Therapy and Pathogenic Memories. *Front Psychol.* 2017 Sep 21;8:1578. doi: 10.3389/fpsyg.2017.01578.
3. Karadag M, Gokcen C, Sarp AS. EMDR therapy in children and adolescents who have post-traumatic stress disorder: a six-week follow-up study. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2020 Mar;24(1):77-82. doi: 10.1080/13651501.2019.1682171.
4. Kalf, D.M. (2003). *Sandplay: A Psychotherapeutic Approach to the Psyche.* Routledge.
5. Lovett, B. (1999). The Use of Stories and Metaphors in Trauma Work with Adolescents. *Journal of Child Psychotherapy*, 25(3), 219-238.
6. Shapiro, F. (2001). *EMDR: The Breakthrough Therapy for Overcoming Anxiety, Stress, and Trauma.* Basic Books.
7. McKelvey, R. S., Briere, J., & Harris, K. (2008). EMDR and Intergenerational Trauma: Case Studies and Interventions. *Family Therapy Journal*, 39(4), 532-546.

Integrazione tra l'utilizzo del Test di Rorschach e l'elaborazione dei sogni nella Psicoterapia EMDR

Mariarosa Mercanti

Supervisore - Milano

Nel presente articolo, presenterò un lavoro clinico con un paziente con traumi preverbal, usufruendo dell'integrazione di utilizzo del test di Rorschach e del lavoro clinico sul sogno nella terapia EMDR.

PSICOTERAPIA EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

E' una terapia in otto fasi nata negli anni '80 ideata da Francine Shapiro, 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. La Terapia EMDR è stata inizialmente utilizzata in pazienti affetti da Disturbo Post traumatico da Stress, ma successivamente nell'arco di quasi un trentennio si è evoluta come un approccio integrato nel campo dei disturbi psicopatologici. 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 (F. Shapiro, 2019).

IL TEST DI RORSCHACH

Il test di Rorschach e' un test proiettivo di personalità ideato dallo psichiatra svizzero Hermann Rorschach nel 1921. E' uno degli strumenti proiettivi più noti in psicologia e psichiatria, e nel corso degli anni ha prodotto una vasta quantità di letteratura. E' basato sull'interpretazione delle risposte da parte del paziente in seguito alla visione di una serie di macchie d'inchiostro simmetriche in bianco e nero e a colori . Ogni tavola è stata progettata per stimolare interpretazioni soggettive, aiutando a rivelare conflitti inconsci, emozioni, modalità di pensiero e meccanismi di difesa. Per ognuna è stata fatta un'analisi simbolica rispetto alla relazione con il mondo esterno e con le figure di attaccamento. Il soggetto viene esposto a ciascuna delle 10 tavole e gli viene chiesto semplicemente 'cosa potrebbe essere' o 'cosa vede'. Le risposte sono completamente libere e vengono analizzate dallo psicologo secondo diversi criteri, tra cui i contenuti, la localizzazione, le determinanti, l'originalità o comunanza. La finalità del test è legata- all'esplorazione della personalità : le interpretazioni delle macchie possono riflettere aspetti della personalità del soggetto, come il modo in cui percepisce e organizza la realtà, i suoi conflitti interni, paure desideri, impulsi e meccanismi di difesa, - alla diagnosi psicologica : il test viene spesso utilizzato per diagnosticare disturbi psicologici o valutare tratti di personalità in modo più profondo rispetto ai test più strutturati, - alla comprensione dei processi cognitivi (attraverso il modo in cui una persona organizza l'informazione). Il Rorschach viene utilizzato principalmente in contesti clinici, psicoanalitici e di ricerca, e la sua interpretazione richiede un alto grado di specializzazione da parte dello psicologo.

All'interpretazione si può associare la lettura fenomenologica delle tavole, approccio interpretativo questo, che si concentra sull'esperienza soggettiva del paziente nel momento dell'incontro con lo stimolo percettivo elicitato dal test. L'accento viene posto sul processo interpretativo individuale piuttosto che su interpretazioni standardizzate o teoriche basate su norme psicologiche prestabilite

LA TAVOLA II oggetto del presente lavoro, è rossa e nera. La macchia ha una forma centrale simmetrica presenta due appendici laterali che possono richiamare diverse interpretazioni.

L' utilizzo delle risposte alla tavola II nel contesto clinico, è spesso analizzato per valutare le reazioni emotive. Il modo in cui la persona reagisce al rosso può indicare come gestisce le emozioni intense o l'aggressività. Una risposta con tonalità emotive negative o angoscianti potrebbe indicare difficoltà con emozioni come la rabbia, temi di conflitto o aggressività. Le risposte che coinvolgono temi di violenza o conflitto possono far emergere tendenze aggressive o preoccupazioni legate alla sicurezza personale, o

interpersonale. Per queste argomentazioni, la tav II viene considerata 'traumatica' poiché l'intensità delle emozioni suscitate possono essere collegate a vissuti traumatici passati, non elaborati. Tuttavia, questa interpretazione non è universale e dipende dal metodo di analisi adottato. In particolare la Scuola Psicodinamica e altri orientamenti che si concentrano sull'interpretazione simbolica ed inconscia delle tavole Rorschach, vedono il rosso della tavola II come uno stimolo che può attivare emozioni primitive come la paura o l'aggressività o anche pulsioni legate alla sessualità.

IL LAVORO CLINICO SUI SOGNI CON LA TERAPIA EMDR

Come spiegato nel mio precedente articolo, attraverso l'esemplificazione di numerosi casi clinici, il grande contributo della terapia EMDR sul sogno va nella direzione di una decodifica ed una elaborazione del contenuto sotteso, attraverso la desensibilizzazione e la riprocessazione del materiale traumatico in esso contenuto. In tal senso il sogno verrebbe riaffidato alla regia del cervello che l'ha prodotto. Da un punto di vista metodologico, nella terapia EMDR, i sogni successivi alla seduta di elaborazione, vengono considerati materiale emotivo, cognitivo e corporeo frutto della desensibilizzazione e, come tali, vengono a loro volta elaborati attraverso il protocollo standard. E' importante dunque far porre l'attenzione al paziente sul momento disturbante del sogno, facendolo collegare al suo contenuto cognitivo, emotivo e corporeo.

Un'altra modalità clinica che ormai da anni ho sperimentato, è l'uso del floathback che la persona effettua sulla cognizione negativa o sulla sensazione corporea legata al contenuto del sogno che più lo ha disturbato o colpito. Il ricordo che si evidenzierà sarà poi oggetto di elaborazione. Con questa procedura possono emergere traumi rimossi e/o preverbalizzati. Si può anche procedere con l'elaborazione del ricordo che il paziente collega spontaneamente al sogno. Risulta proficuo, nel caso dei sogni che non elicitano emozione o disturbo, ma che il terapeuta considera essere collegabili ai fini del lavoro in atto, procedere con la stimolazione bilaterale ripercorrendo tutto il sogno. In questo modo, si potrà arrivare ad un ricordo traumatico da elaborarlo. Il contenuto positivo del sogno può essere utilizzato anche per installare la risorsa positiva che contiene che, spesso può coincidere con la CP legata al trauma elaborato.

Caso clinico

Nel seguente articolo, illustrerò il lavoro di psicoterapia EMDR con un paziente 45enne che presentava un quadro clinico ascrivibile al Disturbo Da Stress post traumatico subclinico che si esprimeva con Pavor Nocturnus ricorrente, accompagnato da espressioni verbali terrifiche e da diverse manifestazioni di alterazione del sistema nervoso autonomo. Tali manifestazioni sono iniziate all'età di 10 anni con una frequenza di circa 3 volte al mese e poi intensificate a 1 o 2 volte alla settimana a partire dalla fase di distacco dal nucleo familiare d'origine. Nel momento della presa in carico, il disturbo era ancora attivo. Oltre ai sintomi sopra descritti, Raoul (nome di fantasia) lamentava uno stato di agitazione diurna e una sensazione di stress per il peso della responsabilità della vita adulta.

Dalla consultazione emerge il seguente racconto. Il paziente nasce con un'immunodeficienza che nei primi anni di vita gli procura delle infezioni urinarie che esitano in fortissime febbri.

Nel primo anno di vita subisce diversi ricoveri per le febbri alte e a tre anni viene operato di adenoidi a causa di otiti recidivanti. A sette anni viene ricoverato per forti disturbi intestinali e successivamente gli diagnosticano un tumore al timpano operato all'età di 8 anni.

Si definisce un bambino traumatizzato ogni volta che doveva affrontare un controllo medico e attualmente sente di non aver superato il forte disagio in occasione dei controlli medici.

Nell'anamnesi non emergono altri elementi di disturbo psichico. Gli schemi di autorappresentazione del sé del paziente sono legati al senso di inquietudine che lo rendono poco resistente nell'affrontare le sfide del quotidiano 'io sono debole' e al voler realizzare tutti i suoi progetti prima che arrivi qualche imprevisto ('non ho il controllo').

Mi racconta un suo incubo ricorrente: vede una stanza piena di quadri e statue messi in un certo ordine. Dopo aver tolto lo sguardo e riportatolo successivamente, nota che l'ordine è cambiato. La sensazione nel sogno è di fortissimo disorientamento che al risveglio si tramuta in una percezione di sofferente immobilità del corpo. Rispetto al momento disturbante del sogno le parole autoriferite che esprimono un'idea negativa di sé (Cognizione Negativa) sono: 'io subisco', relativamente alla sensazione di disturbo al risveglio la CN è 'io sono impotente'.

Roul racconta un altro sogno ricorrente dove ci sono persone con la testa aperta e mutilata. La CN è 'non posso sopportarlo'. Vi è poi un altro sogno che gli è rimasto impresso nella mente e chi procura forte

rabbia: una donna anziana vestita di bianco, arriva con un marsupio (borsa maschile) e glielo tira in testa. Il primo giorno di consultazione, il paziente mi racconta due sogni fatti i giorni precedenti all'inizio della consultazione. Nel primo lui ha la febbre alta che non scende. In quell'occasione egli si sveglia spaventato e urlante. La stessa reazione si ripresenta in occasione del secondo sogno: è sdraiato su un letto con una 'pistola massaggiante' e vede un'ombra arrivare da sotto la porta. Gli chiedo se sente disturbo e se quei due sogni gli attivano qualche emozione. R. mi risponde: 'assolutamente no' e commenta che fanno pensare ad un vissuto di pericolo.

Nel rispondere alla mia richiesta di elencare i ricordi negativi della sua vita, R mi risponde che si sente attivato somaticamente ma non riesce a spiegarmi a parole cosa sente e perché. L'elenco che poi farà non comprende alcun ricordo legato al suo percorso di malattia. Solo alla fine mi cita, la sensazione molto fastidiosa all'orecchio, dopo l'intervento ricostruttivo della membrana auricolare avvenuto ai suoi 17 anni, e la rottura di entrambe le caviglie durante una partita di calcio, da adulto.

Tra i ricordi più belli, cita il giorno di Natale e il suo matrimonio.

Somministrazione del test di Rorschach: in tavola II il Paziente vede: - un get (parte bianca centrale),- due visi orientati verso l'esterno della tavola con la bocca aperta perché urlano (neri), - un insetto (tutto). Verifico la possibilità di poter incontrare i genitori per avere una narrativa della vita di Raul nei suoi primi anni di vita.

Narrativa della madre: dal racconto della signora emergono la presenza di numerosi controlli medici per gli eventi su citati da Roul. Ella riferisce di avere ancora nella mente le urla del figlio nella prima infanzia, in seguito ai bagni nel ghiaccio che gli facevano in ospedale quando aveva la febbre altissima per via delle infezioni urinarie. Raoul urlava anche ogni qualvolta vedeva un camice bianco. La signora mi riferisce un episodio nel quale il bambino, a 3 anni di vita, dopo l'intervento di adenoidi ha voluto passare tutta la notte sotto il letto.

Non posso fare a meno di associare i due sogni del paziente fatti due giorni prima del nostro primo incontro: il primo (dove ha la febbre alta) con gli episodi dell'immersione della vasca con il ghiaccio quando aveva la febbre altissima, il secondo (quando sta utilizzando la pistola massaggiante e vede delle ombre arrivare da sotto la porta) con l'episodio del post intervento alle adenoidi.

In seconda seduta di consultazione, Raoul esordisce ridendo che, sono arrivati due sogni che non aveva mai fatto prima. Nel primo ha visto qualcosa di divertente che lo ha fatto ridere. Nel secondo urla (questa volta) di felicità perché era diventato Spiderman, e volava tra i palazzi.

Concettualizzo e restituisco il lavoro della consultazione. Spiego a Raoul che in seguito al colloquio con la madre, alla lettura fenomenologica della tavola II del Rorschach (due uomini che urlano), alle CN dei sogni riferiti (io subisco, io sono impotente), ai suoi schemi di autorappresentazione del sé (io sono debole, non ho il controllo) e al colloquio, ho rilevato la presenza di materiale traumatico non elaborato, legato sia alla fase preverbale che a quella verbale, che può aver concorso all'insorgenza dei sintomi di cui soffre. Sarà compito della terapia EMDR, portare il suo cervello nella condizione originaria e connaturata di riparare il trauma andando a sbloccarlo, laddove l'esperienza è stata talmente intensa da aver creato una sorta di corto circuito che ha provocato l'arresto dell'elaborazione fisiologica ed il blocco nelle reti del materiale traumatico.

Fase 1: Il piano terapeutico prevedrà: desensibilizzazione attraverso la narrativa dei traumi preverbal, desensibilizzazione dei traumi della fase della memoria verbale, lavoro sul presente e sul futuro relativamente alla sintomatologia ansiosa in occasione dei controlli medici. Inoltre sarà necessario fare una preparazione della narrativa. Tale metodica (usata nella maggior parte dei casi nel lavoro con i bambini) prevede la preparazione di una narrativa della storia traumatica infantile che poi verrà letta in terza persona in contemporanea con la stimolazione bilaterale. Nel nostro caso la terapeuta leggerà la narrativa e il paziente l'ascolterà ascoltando in cuffia uno stimolo sonoro bilaterale alternato
Fase 2 stabilizzazione: informo e preparo il paziente per la psicoterapia EMDR, procedo con l'istallazione del posto al sicuro e delle risorse

Fase 4 desensibilizzazione Fase 5 istallazione Fase 6 scansione corporea Fase 7 chiusura
Prima seduta EMDR: F. mi racconta che qualche giorno prima si è svegliato urlando dopo il seguente sogno. Nella scuola dove insegna, la Preside fa insistentemente il solletico ad un'allieva e lui urla dicendole di smetterla. Gli chiedo la CN del momento disturbante del sogno e mi risponde di sentirsi infastidito. Lo invito a procedere con il Floathback ovvero di attendere che la sua mente, in modo del tutto spontaneo

colleghi la CN ad un ricordo (nella memoria a lungo termine) nel quale si è sentito allo stesso modo. In pochi secondi il paziente rievoca un episodio legato ad una faticosa seduta dall'otorino prima dell'intervento per il tumore all'orecchio avvenuto a 8 anni. Gli spiego che il suo cervello attraverso il sogno ci ha comunicato un evento molto doloroso della sua vita che apparentemente nell'età adulta non veniva ricordato come tale. Emerge un momento molto commovente perchè il paziente si apre ad un pianto liberatorio e disperante. Ecco emergere un T grande che è pronto per essere elaborato come previsto dalla metodologia EMDR. Immagine: il momento in cui l'otorino gli tocca con uno strumento l'interno dell'orecchio. CN: non posso sopportarlo, CP: posso sopportarlo, VOC: 1, emozione: agitazione, SUD 10, localizzazione corporea: testa.

Dal sud 10 arriviamo al sud 4. Procedendo con l'elaborazione, il disturbo non si abbassa neanche la seduta successiva. R. riferisce che il bambino del ricordo non riesce a rilassarsi. Lo tranquillizzo dicendogli che è probabilmente perché ci sono dei vissuti traumatici precoci non elaborati, che gli hanno creato quella vulnerabilità. Faremo insieme questo percorso così remoto, in modo da cercare di restituire al piccolo Raoul il suo senso di sicurezza. Chiudiamo applicando la procedura prevista per le sedute incomplete.

Una volta completato con quel target si inizia con un nuovo target.

Terza seduta EMDR. Sogno: Il paziente si trova con la madre e la moglie in un bagno di un hotel. Sembra essere una struttura fatiscente. L'hotel diventa un intero grande bagno: il paziente riferisce 'io non capivo se ero lì o guardavo da fuori, era tutto bianco e le piastrelle erano rovinate... era degradato.

Tenendo a mente l'immagine del sogno e le parole (CN) "non posso controllare le emozioni" dal Floatback emerge l'immagine nel post intervento all'orecchio degli 8 anni: lui con la benda all'occhio e all'orecchio con un grande fastidio fisico. La CN che sceglie nel protocollo dell'evento è 'io sono diverso' (che effettivamente potrebbe essere collegato al clima di degrado del sogno); CP sono 'normale', VOC1, SUD 3 e sente il disturbo corporeo nel viso.

Cito qui di seguito parte dell'elaborazione

- Sensazione di vomito
- Non posso sopportarlo (disagio somatico all'addome)
- Qualcuno mi ha aiutato
- Era vestito di bianco
- Mi sento meglio
-

Sud 0

Nuova CP io comprendo che era utile per me

Quarta seduta EMDR. Come detto essendo bloccata l'elaborazione del T della seconda seduta, ho proceduto con la narrativa del racconto della madre.

Raoul rimane molto colpito nell'ascoltare l'episodio del bagno nel ghiaccio, quando aveva la febbre alta.

Mi comunica che non sapeva di questo episodio ed ha un'attivazione dolorosa nell'addome. Facciamo il protocollo sul momento attivante. Target: quando' immagina' il momento dell'immersione nella vasca, CN io sono indifeso, CP sono in grado di difendermi. Durante l'elaborazione risulta di grande consolazione sia per la parte adulta che per quella piccola l'intervento cognitivo integrativo che fa immaginare l'incontro virtuale fra i due (la parte adulta raggiunge la parte piccola nel luogo del trauma, procedendo con dei set di stimolazione bilaterale). Nella fattispecie Raoul adulto abbraccia e calma il Raoul piccolo e lo orienta nell'esperienza.

Quinta seduta EMDR. Sogno: Il paziente seduto con vicino una donna di 40 anni che si trasforma in uno zombi. Risveglio brusco con un grande urlo (riportatogli dalla moglie come succede ogni volta). CN io sono in pericolo CP io sono al sicuro. Faccio notare come il sogno arrivi dopo l'elaborazione della narrativa sul bagno con il ghiaccio e di come la cognizione negativa 'io sono in pericolo' è la medesima del sogno in fase 1 sull'urlo per via della febbre alta'. Si procede con l'elaborazione che si conclude con successo.

Sesta seduta EMDR. Si continua con la narrativa ed elaboriamo il racconto del momento dei 3 anni (quando è stato operato di adenoidi) dove, per la paura, ha trascorso la notte sotto il letto. Anche in questo caso, il paziente non era a conoscenza dell'episodio. Spontaneamente Raoul collega il sogno della pistola massaggiante e delle ombre che arrivano da sotto la porta (fase 1). Elaboriamo il momento più disturbante di quella narrativa. Target: l'immaginare se stesso da piccolo sotto il letto dell'ospedale. CN: sono in pericolo, CP sono al sicuro, VOC 2, emozione: dispiacere, SUD 6, localizzazione corporea occhi. Dopo il primo

set di elaborazione l'adulto sente il bisogno di raggiungere il piccolo e di fargli compagnia giocando con lui. Anche questa elaborazione si conclude positivamente.

Settima seduta. Questa settimana non sono arrivati incubi e la narrativa ci porta a rivedere il ricordo rimasto in sospeso (seconda seduta), la cui elaborazione giunge a compimento.

Seguono altre due settimane di elaborazione dove non si presentano più pavor notturni.

Decimo incontro EMDR. Roul si attiva sul racconto dell'intervento all'orecchio. E' una seduta impegnativa per il paziente. Inizialmente si susseguono una serie di somatizzazioni alla pancia accompagnate a sensazioni di paura che, cedono il posto a vissuti di sempre più di tranquillizzazione e rilassamento. Undicesima seduta (latenza quindicinale). Permane l'assenza di Pavor. Arriva un sogno che F. giudica curioso. Egli sta camminando e successivamente si accorge che ha la caviglia rotta. Non sente nessun dolore e riferisce che è come se si vedesse dall'esterno. Riferisce che il sogno non è traumatico né tantomeno il ricordo dell'episodio reale citato nella lista dei ricordi negativi. Istalliamo la sensazione positiva di assenza di dolore come se fosse una risorsa. Mi sento di commentare che probabilmente il suo cervello ci sta comunicando che ha ripreso la sua funzione originaria di elaborazione nonché riparazione del trauma. R più in generale mi comunica di sentirsi più rilassato e più ottimista rispetto a sé.

Dodicesima seduta . A distanza di 15 gg dall'ultima seduta confermiamo l'assenza di Pavor e procediamo con il lavoro sul presente anziché passato recente (gli ultimi controlli medici) ed infine utilizziamo modello futuro rispetto alle visite di controllo. Tale lavoro si conclude con la CP 'posso sopportarlo, sono in pace'. Ci congediamo, con l'accordo di chiamarmi qualora ci fosse qualche avvisaglia legata al Pavor prima del successivo follow up. Gli spiego che se così fosse si tratterebbe di elaborare l'eventuale materiale traumatico residuale.

Fase 8: follow up a distanza di quattro settimane: nessuna recidiva.

Analisi e Conclusioni

Dal lavoro appena illustrato emergono due aspetti che meritano attenzione e ulteriori approfondimenti. La narrativa dei ricordi traumatici legati alla fase pre-verbale e verbale dell'infanzia ,ha potuto confermare come nella tav II del test di Rorschach e nei sogni nella fase della consultazione possano emergere simbolicamente i traumi della fase preverbale e verbale.

L'utilizzo del sogno secondo l'elaborazione EMDR ha contribuito in modo importante a completare il lavoro della metodica della narrativa, e più in generale il lavoro della desensibilizzazione. L'elaborazione del materiale traumatico emerso attraverso il sogno, in seguito alla desensibilizzazione dell' evento preverbale disturbante espresso dalla narrativa, è stato decisivo nella risoluzione del sintomo. Sono state così raggiunte ed elaborate le memorie traumatiche pre-verbali . Completando il lavoro previsto dal piano terapeutico si è raggiunta la remissione del sintomo e il superamento del quadro sintomatologico legato ai sintomi subclinici di I P.T.S.D.

Bibliografia

Shapiro F. - (2019). EMDR. Il manuale. Principi fondamentali, protocolli e procedure. Nuova edizione. Raffaello Cortina Editore

Passi Tognazzo D. - (1994), Il metodo Rorschach. Manuale di psicodiagnostica su modelli di matrice europea, Giunti, Firenze

Bohm E. - (1969) Manuale di psicodiagnostica di Rorschach, Giunti Barbera, Firenze, 1995

Chabert C. - (1993) Psicopatologia e Rorschach, Raffaello Cortina Editore, Milano 2003

Zaccagnini E. - () AIP, EMDR, sogni. Il cervello al nostro servizio 24h su 24. Mimesis editore

Mercanti M. - Anno XX (2022) Aprile, n. 41 Rivista di psicoterapia EMDR. EMDR ITALIA

Verso una Sintesi delle Conoscenze sulle Esperienze Sfavorevoli Infantili (ESI): Una Rassegna Bibliografica Ragionata

(fino al 2001)

a cura di

MARINELLA MALACREA

Supervisore EMDR - Milano

Introduzione

Con questa parte, si completa un lungo e meticoloso lavoro di valorizzazione della selezione bibliografica relativa alle Esperienze Sfavorevoli Infantili (ESI), in particolare all'abuso sessuale infantile, condotto presso il Centro TIAMA. Gli anni Ottanta e Novanta hanno rappresentato un periodo cruciale per lo studio delle ESI, segnato dalle cosiddette "memory wars" negli Stati Uniti, un dibattito che ha stimolato clinici e ricercatori a validare gli interventi terapeutici e a indagare i meccanismi associati a questi eventi traumatici.

Questa rassegna rappresenta un contributo importante per chi opera nel campo dell'abuso infantile, offrendo una sintesi ragionata e strumenti pratici per la diagnosi e il trattamento.

Per approfondimenti, tutte le altre parti precedenti sono disponibili online sul sito:

www.marinellamalacrea.it/note/news.

Struttura della Rassegna

Questa ultima parte della rassegna è costituita da riassunti estesi di articoli e libri fondamentali, evidenziando i testi particolarmente rilevanti. L'obiettivo principale è fornire una panoramica che includa contributi sia statunitensi sia europei, colmando una precedente lacuna informativa.

Letteratura Europea sull'Abuso Sessuale Infantile

Una lacuna nella nostra informazione sul tema era costituita dal fatto che la letteratura a cui avevamo accesso era prevalentemente statunitense (e poco è cambiato nel tempo). **Ma in Europa?** A che punto si era nella consapevolezza del problema e negli interventi in proposito? Così era nata **la ricerca di fonti europee** che dessero almeno un inquadramento del problema. Il testo fornisce anche informazioni dettagliate su somiglianze e differenze nell'intervento tra Stati (vengono presi come campioni alcuni Stati: la Romania, la Germania, la Polonia e la Gran Bretagna)

- May-Chachal, C., & Herczog, M. (2003). L'abuso sessuale sui minori in Europa. Strasburgo: Sapere 2000.

Modelli Teorici sull'Impatto del Trauma

Circa i modelli teorici, segnalo un articolo che coraggiosamente sfida i tabù delle caselle nosografiche psichiatriche. Partendo dal dato che i clinici che entrano in contatto con pazienti psichiatrici identificano abusi in una proporzione molto inferiore a quanto risulta dalle ricerche retrospettive su campioni costituiti proprio da pazienti psichiatrici, gli autori propongono un **Modello Evolutivo Traumagenico (MET) della schizofrenia, documentando la sovrapposibilità tra gli effetti degli eventi traumatici sul cervello infantile in evoluzione e le alterazioni biologiche dei soggetti schizofrenici**. Non si poteva evitare di darne conto attraverso un riassunto molto dettagliato, tutto da leggere.

- Read, J., Perry, B. D., Moskowitz, A., & Connolly, J. (2001). The contribution of early traumatic events to schizophrenia in some patients: A Traumagenic Neurodevelopmental Model. *Psychiatry*, 64(4), 319–345.

Indicatori Diagnostici e Strumenti Clinici

Nella pratica clinica di quegli anni avevamo riscoperto il test di Rorschach come una fonte preziosa di indicatori di funzionamento post traumatico. La letteratura sul tema era stata rivista e raccolta ordinatamente da uno dei nostri tirocinanti dell'epoca (Cavaliere), dando conto di quanto già si sapeva in proposito. Ma alcuni articoli hanno meritato un approfondimento maggiore e risultano ancora oggi fondamentali.

- Saunders, E. A. (1991). Rorschach indicators of chronic childhood sexual abuse in female borderline inpatients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55, 48–71.

- Leavitt, F. (2000). Surviving roots of trauma: Prevalence of silent signs of sex abuse inpatients who recover memories of childhood sex abuse as adults. *Journal of Personality Assessment*, 74(2), 311–323

Processo di Rivelazione e Ritardo nella Denuncia

Il problema costituito dalla difficoltà di **rivelare** ha trovato magistrali messe a fuoco in questi due scritti fondamentali. Il primo, di **Sorensen e Snow**, riferisce una ricerca su un gruppo esteso di bambini abusati, la cui vittimizzazione era stata confermata in giudizio, per lo più accompagnata da confessione dell'abusante.

Ne risulta il quadro di un lento **processo di rivelazione** assolutamente ricorsivo e che dovrebbe cancellare le irrealistiche pretese di una vittima - testimone capace di reagire e tempestivamente denunciare la vittimizzazione subita. Il secondo scritto parte da una ricerca su un gruppo di adulti abusati nell'infanzia e cerca di identificare empiricamente quali sono le **variabili associate con il ritardo nella rivelazione**, attraverso uno strumento appositamente costruito, basato sulla revisione della letteratura esistente.

- Sorensen, T., & Snow, B. (1991). How children tell: The process of disclosure in child sexual abuse. *Child Welfare*, 70(1), 3–15.
- Somer, E., & Swarcberg, S. (2001). Variables in delayed disclosure of childhood sexual abuse. *American Journal of Orthopsychiatry*, 71(3), 332–340.

L'Importanza del Gioco nella Terapia

Quanto alla **terapia**, a partire dalla concettualizzazione storica della Terr circa le caratteristiche del **gioco post traumatico** nei bambini, degno di nota è il libro a più mani di Boyd Webb, in cui vari autori, tra i più noti dell'epoca, mettono generosamente a disposizione il loro materiale clinico e le riflessioni e indicazioni connesse, proprio **focalizzando sul gioco come potente strumento terapeutico**. Il libro, di cui vengono dettagliatamente riassunti i capitoli che riguardano più direttamente il lavoro con i bambini abusati e maltrattati, oltre a quello che tratta come prevenire la traumatizzazione secondaria del terapeuta, è molto interessante in quanto è possibile trovarvi sia l'esposizione teorica sul trauma, sulla valutazione e sulla terapia, sia l'accurata descrizione di casi clinici, con trascrizioni di sedute o di parti di esse e, particolarmente importante, il follow-up dei casi stessi. Fondamentale soprattutto per terapeuti giovani e meno giovani, che a volte non sfruttano appieno e specificamente lo strumento del gioco in diagnosi e terapia.

- Boyd Webb, N. (1999). *Play Therapy with Children in Crisis*. New York: Guilford Press.
- Terr, L. (1981) Forbidden games. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 20, 741-

L'EMDR come Strumento Terapeutico

Compaiono in questa parte di rassegna testi relativi all'utilizzo in terapia dell'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing). La formazione dell'équipe del Centro TIAMA a questo metodo di trattamento comincia nel 2003. Ciò ci ha determinato a leggere a fondo e a diffondere quanto già era stato scritto in proposito nei primi anni di utilizzo del metodo, specialmente nelle applicazioni con i bambini.

- Tinker, R. H., & Wilson, S. A. (1999). *Through the eyes of a child*. New York: W. W. Norton.
- Lovett, J. (1999). *Small Wonders: Healing Childhood Trauma with EMDR*. New York: Free Press

L'importanza di una narrazione chiara e di una comunità di supporto

La nostra pratica clinica ci confermava anche continuamente l'importanza di rendere le vittime, piccole o diventate adulte, di nuovo protagoniste della loro vita e del loro destino, innanzitutto dando loro il grande potere di trovare un nome chiaro per quanto avevano subito e per le conseguenze psicologiche e talvolta fisiche che ne erano l'esito. Il secondo effetto positivo di questi strumenti diretti alle vittime era costituito dalla immediata percezione di far parte di una community e di non essere l'unico ad avere avuto quelle esperienze distruttive. Nella nostra ricerca ci eravamo imbattuti in scritti di taglio psicoeducativo e divulgativo di cui abbiamo molto apprezzato le finalità e lo stile, tanto da riferirne nel dettaglio nella nostra rassegna bibliografica

- Robert, Jocelyne (2001) *Non fatemi del male. Gli abusi sessuali spiegati ai bambini* (Elledici, Torino): un'opera delicata e informativa pensata per i bambini.
- McDowell, J., & Stewart, E. (2000) *My friend is struggling with ... Past Sexual Abuse* (Word Publishing, Nashville): un supporto pratico per affrontare l'ascolto e la rivelazione.
- Zattoni, M.T., & Gillini, G. (1998) *Contro il drago. Abusi sessuali sui minori: storie e itinerari di guarigione* (Queriniana, Brescia): un testo ricco di storie di vittime e percorsi di recupero.

Educatori e comunità: l'ascolto empatico come strumento terapeutico

Da apprezzare e valorizzare con riassunti estesi anche gli scritti diretti agli adulti non professionisti della cura, ma comunque implicati nella gestione delle dinamiche difficili generate dal funzionamento post traumatico dei bambini abusati. Proponiamo qui il testo di Barberis, maturato nel Centro Hansel e Gretel di Torino, che riporta anche una interessante ricerca basata sulla intervista a educatori di comunità di accoglienza di minori abusati.

- Barberis, S. (2001) *Le emozioni dell'ascolto. Educatori, comunità e minori nelle situazioni di abuso sessuale.* Edizioni Unicopli, Milano.

Abusanti minorenni: una sfida complessa

Quanto agli approfondimenti di particolari casistiche, il tema degli abusanti minorenni, qui addirittura bambini, trova nel testo di Arajì una trattazione accuratissima e dettagliata del comportamento sessualmente aggressivo nelle sue varie forme. Ma non meno interessante è la relazione del 2000 della collega Pessina nel contesto internazionale che leggete sotto, in cui **il nostro interesse e sapere circa gli abusi tra minorenni**, come diffusione, caratteristiche e soprattutto intervento, trova una trattazione sintetica e limpida supportata da una ricca bibliografia.

- Arajì, S.K. (1997) *Sexually Aggressive Children. Coming to Understand Them* (Sage Publications, Thousand Oaks, USA): un'analisi completa delle cause e delle caratteristiche di questi comportamenti, con un approccio multidimensionale che esplora aspetti psicologici, sociali e familiari.
- Pessina, C. (2000) *Gli abusi sessuali tra minori, relazione presentata al Réseau européen d'experts: un quadro sintetico e ricco di dati su diffusione, caratteristiche e strategie di intervento.*

Genitori adottivi e bambini traumatizzati: una guida essenziale

Da ultimo, e non solo per professionisti ma anche per i genitori che quotidianamente si devono misurare con i **funzionamenti post traumatici dei loro figli adottivi**, avevamo trovato questo libro di Keck e Kupecjy, di cui abbiamo sentito vera ogni singola parola. Avremmo desiderato proporlo per una traduzione integrale, ma non ce n'è stata purtroppo l'occasione. Basti a motivare la fatica di leggerlo integralmente in inglese il nostro riassunto lungo. Gli autori hanno fatto un altro libro sul tema, "Parenting the Hurt Child: Helping Adoptive Families Heal and Grow" nel 2009, anch'esso non tradotto e altrettanto fondamentale.

- Keck G.C., Kupecjy R.M. (1995). *Adopting the Hurt Child. Hope for Families With Special Needs Kids. A Guide for Parents and Professionals.* NavPress, Colorado Springs.

Conclusione

Questa sezione rappresenta una tappa conclusiva nella revisione di una letteratura ampia e variegata, che offre strumenti teorici e pratici per chiunque operi nel delicato campo dell'abuso sessuale infantile, includendo anche prospettive meno esplorate come quelle degli educatori, delle vittime adulte e degli abusanti minorenni.

La diversità degli approcci e delle esperienze analizzate ci restituisce un panorama ricco di spunti per migliorare la prevenzione, l'ascolto e l'intervento terapeutico.

RELAZIONE INTERVENTO GRUPPO CLASSE ISTITUTO “ETTORE FIERAMOSCA” DI BARLETTA

a cura di

Lisa De Marinis

Supervisore EMDR - Barletta

In data 28 Settembre 2024 a seguito del suicidio di una studentessa 13 enne dell'istituto “Ettore Fieramosca”, si chiede l'intervento dell'Associazione EMDR Italia tramite il suo dirigente Francesco Messinese.

Nei colloqui a scuola con il dirigente è emerso un'elevata attivazione emotiva della maggior parte dei docenti della classe coinvolta, che essendo anche genitori di bambini o adolescenti, si sono sentiti impreparati a gestire un evento del genere e spaventati sia come docenti sia come genitori. Per tale motivo abbiamo inserito anche 3 incontri solo con i docenti della classe, articolando l'intervento nel seguente modo:

- Formazione online sul protocollo EMDR in emergenza e sulle reazioni al lutto insieme a Roberta Monda (supervisore)
- Ciso online con i docenti della classe in data 4 ottobre 2024 condotto da Debora Traficante (supervisore) con una collega in affiancamento.
- Ciso online con i genitori dei ragazzi della classe coinvolta condotto dalla dott.ssa Monda con una collega in affiancamento il 5 ottobre 2024.
- Per l'intervento diretto sui ragazzi, abbiamo previsto 4 incontri complessivi e avendo appreso che nella scuola, in classi differenti erano presenti i suoi più intimi amici, dato il grado diverso di coinvolgimento emotivo differente, abbiamo ritenuto di fare due gruppi distinti:
 - La classe della ragazzina
 - Il gruppo dei suoi amici più intimi
- Incontro con i docenti e i genitori interessati dell'intera scuola

PRIMO INCONTRO

In data 4 ottobre la sottoscritta insieme alla dott.ssa Gramegna (practinoner EMDR) ha iniziato l'intervento EMDR con il protocollo Integrativo di gruppo IGTP nella classe coinvolta, mentre il gruppo dei suoi amici più intimi, appartenenti ad altre classi è stato seguito dalla dott.ssa Vitucci (practinoner EMDR).

Dopo una psicoeducazione sulle reazioni al lutto nella loro fascia di età e il rischio suicidario in adolescenza, di cui una delle cause è proprio una immaturità evolutiva, abbiamo spiegato ai ragazzi il termometro delle emozioni e somministrato la Revised Child Impact of Event scale (IES-r) i cui dati sono i seguenti:

TERMOMETRO DELLE EMOZIONI 4 OTTOBRE 2024

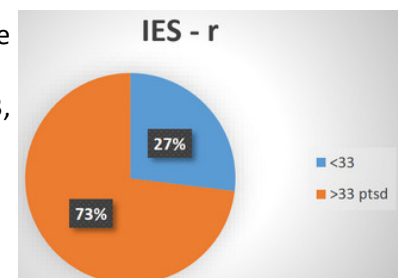
stress	ansia	umore depresso	rabbia	disturbo sonno	aiuto
4,888889	4,62963	4,62962963	4,506173	3,259259259	1,592593

I ragazzi hanno manifestato fin da subito il timore di essere coinvolti a livello emotivo, per cui nella somministrazione del termometro hanno avuto molte difficoltà a legittimarsi a livello emotivo e anche a riconoscere le loro emozioni che gli chiedevamo di misurare.

Dalla somministrazione della Revised Child Impact of Event scale, emerge quanto segue:

- su 27 alunni della classe, 7 alunni hanno un punteggio inferiore a 33, mentre tutto il resto ha punteggi superiori.

In percentuale la rappresentazione è la seguente.

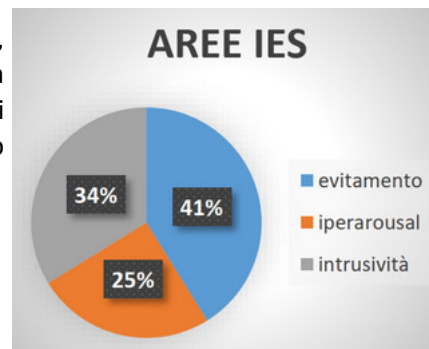


Dal momento che la percentuale era così alta, abbiamo voluto investigare anche le aree della IES:

Evitamento, Iperarousal, Intrusività.

Analizzando il punteggio medio totale della scala IES-R in cui il massimo è 12, emerge una prevalente reazione al trauma tramite la difesa di evitamento.

Visualizzando invece l'andamento del punteggio medio delle 3 subscale, in cui il massimo è 4, si nota come l'area in cui i punteggi sono più alti sia quella dell'intrusività, il che giustifica la frase spesso ripetuta dai ragazzi di voler evitare di pensarci, di "volersi distrarre, perché è troppo pesante", piuttosto che la reazione dissociativa "non sento niente".



I dati dei suoi migliori amici, che comprensibilmente sono molto più traumatizzati, sono i seguenti:

stress	ansia	umore depresso	rabbia	disturbo sonno	aiuto
8,4	8,2	7,4	6,4	7	6,8

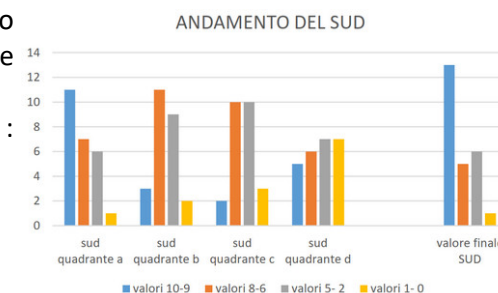
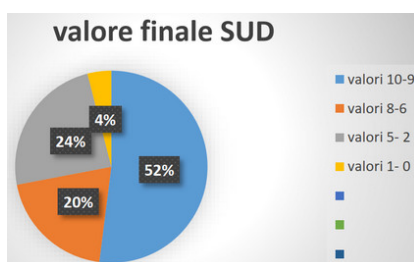
I dati riguardanti la IES non lasciano dubbi, perché i 5 amici hanno punteggi che superano il cut off di 33, e vanno da un minimo di 40 fino a 70. Nonostante questi dati, la collega Vitucci che ha condotto l'intervento EMDR con questi 5 ragazzi ha così riassunto le loro parole: "è stato bello riappropriarci, anche se per poco, attraverso il disegno del posto bello delle emozioni di spensieratezza e tornare per un po' a come stavamo prima del suicidio di "x". Lei è nostra amica." Inoltre hanno sottolineato come sia molto interessante conoscere il funzionamento del cervello e dell'EMDR.

SECONDO INCONTRO

In data 7 ottobre abbiamo condotto in classe il primo incontro finalizzato all'elaborazione del suicidio della loro compagna di classe. Si è proceduto come stabilito, all'elaborazione in setting diversi, ma congiuntamente, per i suoi amici intimi e per la classe. Come si può notare il SUD 10 si abbassa dal quadrante A ai quadranti successivi, con un innalzamento nell'ultimo quadrante, permane molto alto il valore del Sud fra 8 e 6 nei quadranti B e C, ma è comprensibile come andamento dell'elaborazione.

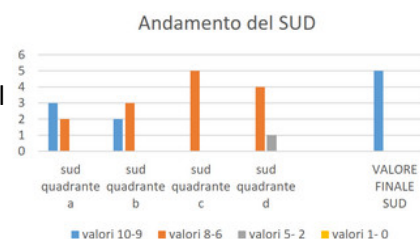
I dati che emergono sono i seguenti :

Dalla distribuzione percentuale del disturbo alla fine dell'elaborazione si nota che le percentuali si distribuiscono nel seguente modo:



ELABORAZIONE DEI SUOI AMICI

Per i suoi intimi amici l'andamento del SUD per la prima elaborazione è il seguente:



Si può notare come l'attivazione dei suoi amici permanga molto alta, comprensibilmente per il tipo di legame molto intimo e soprattutto come riferito dalla collega per il senso di colpa di non aver capito il suo malessere. Il valore fonale del SUD per tutti i 5 amici rimane 10.

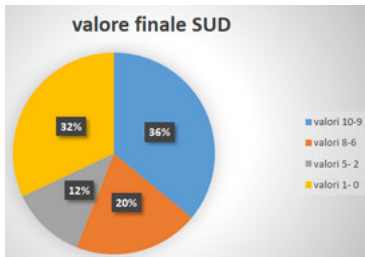
A chiusura dell'incontro, ad entrambi i gruppi è stato chiesto di immaginare uno scenario futuro e questi sono i possibili scenari indicati:

mi sento più maturo nell'accettare le cose come stanno, allenamento/calcio/basket, il mio posto bello, felicità/tranquillità, torno a fare le cose che mi rendono felice/ le mie passioni, posso farcela, cambiamento, il primo superiore, natale, estate, indecisione.

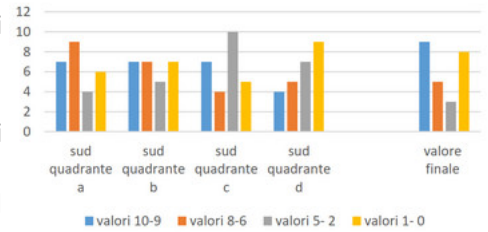
TERZO INCONTRO

In data 10 ottobre abbiamo condotto un secondo incontro di elaborazione sia nella classe sia con i suoi amici.

Come si può notare rispetto al primo incontro, la percentuale di disturbo con valori più alti si è ripartita più equamente fra il quadrante A e il quadrante B; con un'elaborazione che poi si sposta verso valori del sud fra 5-2 e 1-0 negli quadranti C e D. Il valore finale del SUD dalle percentuali mostra un sensibile aumento della percentuale del sud 0-1 che passa dal 4% al 32% e la diminuzione del sud 10-9 dal 52% al 36%.



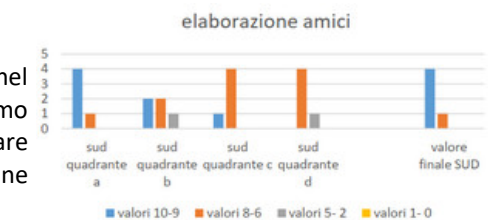
andamento SUD secondo incontro



Abbiamo chiuso l'incontro chiedendo di richiamare un momento futuro e di cercare un titolo o una parola per definire ciò che visualizzavano e sono emerse queste parole: la mia festa, il mio cambiamento, non ti preoccupare, voglio giocare alla play, il mio natale, il vento della speranza, estate, bellezza, felicità, mio nonno, vittoria, futuro, sogni e coraggio, io da adulta, calciatore.

ELABORAZIONE DEI SUOI AMICI

Rispetto al primo incontro di elaborazione, il valore del Sud è più alto nel quadrante A, presumibilmente perché le difese di evitamento con il primo incontro sono venute meno e il dolore emotivo ha potuto trovare spazio. Dato il tipo di legame amicale, il sud permane con valori alti anche fine elaborazione.



INCONTRO CON LA SCUOLA

Dal momento che il clima emotivo dei docenti e dei genitori, ma della stessa cittadinanza era molto provato, per la giovanissima età della ragazzina, insieme con il dirigente Messinese abbiamo ritenuto necessario un incontro in presenza con il corpo docente dell'intera scuola e con i genitori interessati. All'incontro svoltosi il 15 ottobre hanno partecipato 150 persone, fra docenti della scuola e genitori. Dal momento che nei colloqui avvenuti nei corridoi e in classe, il senso di colpa era l'emozione predominante che portava spesso a frasi del tipo "la vita è sacra e va rispettata", piuttosto che "è colpa nostra se non abbiamo capito cosa le stesse succedendo", ho deciso di chiarire fin da subito quanto il fenomeno del suicidio sia complesso e come la reazione emotiva basata sul senso di colpa, molto comune nell'elaborazione del lutto, diventi poi nei lutti per suicidio uno scoglio emotivo che blocca il processo di elaborazione. L'incontro ha riguardato le reazioni al lutto per gli adolescenti, l'intervento EMDR sul trauma e il motivo per cui in frangenti simili, l'Associazione EMDR interviene a titolo gratuito e quanto il rischio suicidario sia elevato per gli adolescenti. Essendo il suicidio un fenomeno complesso e multifattoriale, la cui prevenzione richiede la collaborazione tra i vari settori della società, ho cercato di fornire informazioni agli adulti in sala per ridare competenza ed efficacia alla loro relazione con gli adolescenti, siano essi figli o studenti. Abbiamo spiegato loro con un linguaggio semplice cosa sia il cervello di un adolescente, il perché della loro labilità emotiva o incongruenza comportamentale e questo mi ha consentito poi di spiegare come possiamo da adulti interagire efficacemente con gli adolescenti e cosa possiamo fare per sollecitare la parte corticale in formazione di un adolescente, per cui in chiusura ho fornito loro delle parole chiave che sono state accompagnate da momenti di riflessione condivisa ed esperienziale:

Lentezza e calma: "cosa calma la mente?"

Empatia: "è fondamentale come prerequisito per la salute mentale – Siegel"

Integrazione: "La mente è sfaccettata" e l'indicazione di legittimare i diversi bisogni emergenti.

Dialoghi riflessivi: parlare significa essere curiosi e saper accogliere le risposte alle nostre domande, anche se non sono quelle che vorremmo, compreso il silenzio.

Gentilezza: riduce l'ansia dal momento che è un moto dell'anima che ci ricorda che siamo tutti connessi e coltivarla ci fa sentire di appartenere ad un sistema più grande di noi

A fine incontro, il clima dei partecipanti era molto disteso perché in molti hanno ringraziato perché sentivano di avere più strumenti per comprendere meglio i loro figli e i loro studenti.

QUARTO INCONTRO 23 OTTOBRE 2024

Dal momento che abbiamo chiesto un feedback appena entrate in classe e i ragazzi ci hanno subito detto che erano stanchi di dover sempre pensare al suicidio e di essere la classe che ormai tutti guardano solo per questo, abbiamo ritenuto che sarebbe stato più terapeutico per loro sentirsi legittimati a livello emotivo, specificando però che il dolore va curato e che avevano ragione nel volersi prendere una pausa, ma che avrebbero continuato con i docenti e le psicologhe a scuola a lavorare su questo. Abbiamo quindi optato per fare con loro il cartellone con le parole che avevano scritto a conclusione di ogni elaborazione e abbiamo lasciato loro uno scrigno di legno che potevano usare per poter comunicare con i loro



EMOZIONI A COLORI: PICCOLA GUIDA PER RITROVARE IL SE' AUTENTICO

Ed. San Paolo

Emozioni a colori è un testo divulgativo ma rigoroso, pensato per aiutare il lettore a ritrovare la propria autenticità a partire da un modello di riferimento umanistico, ovvero la psicoterapia centrata sul cliente ideata da Carl Rogers, autore che fu tra i primi a definire la dissociazione come meccanismo di difesa rispetto a eventi che rappresentano un trauma per il sé della persona. Nel testo vengono introdotti e discussi, abbinati ai colori che li richiamano, le principali nozioni della psicoterapia umanistica che si fonda su una visione della natura umana che condivide gli stessi parametri e valori del modello adattivo AIP che sottende la terapia EMDR.

In primis la spinta adattiva dell'organismo, che Rogers definisce come tendenza attualizzante, e l'importanza cruciale dell'empatia per favorire quel clima di sicurezza, che permette alla relazione terapeutica di offrire uno spazio di radicamento per avviare la rielaborazione del trauma. Quindi la fiducia nella possibilità di evoluzione e di guarigione della psiche, che avvalorata la possibilità di una crescita post-traumatica.

I colori, in quanto canale primitivo che risveglia in modo immediato la parte emozionale, e a sua volta ne favorisce l'espressione, come evidente nei disegni utilizzati nel protocollo EMDR con i bambini e nel protocollo EMDR di gruppo, diventano un pretesto prezioso per spiegare, a partire dal sentire intuitivo, alcuni concetti essenziali nel percorso di crescita e di psicoterapia con pazienti vittime di trauma, ma non solo.

Il bianco è il colore abbinato al desiderio e alla paura del cambiamento, il rosso è il colore della forza di essere stessi al di là delle aspettative esterne e del timore di non piacere ed è il colore del desiderio di affermarsi e di buttarsi nella relazione con l'altro: l'amore come spinta di vita e spazio di rinnovamento. Verde parla di consapevolezza e di possibilità di stare dentro la complessità della vita interiore. E poi ci sono i grigi delle paure: nel testo vengono affrontate quelle che minano le relazioni di attaccamento, tra cui la paura dell'abbandono, della perdita, del rifiuto. E poi c'è il nero, che richiama per antonomasia il vortice scuro, il gorgo che tutto assorbe che rappresenta il trauma. Viene descritta l'esperienza dell'autrice come responsabile di un Trauma Center psicologico in un ospedale HUB e viene approfondita l'utilità della terapia EMDR come strada maestra per avviare la rielaborazione. È il calore dell'empatia, concetto fondamentale nella terapia rogersiana, di cui si tratta parlando del giallo, e la capacità di self compassion, abbinata all'arancione, a favorire il recupero della fiducia e la possibilità di trovare un senso nel legame con gli altri per ricucire ciò che il trauma ha strappato. E così le cicatrici diventano ricami, come dimostrano le dieci testimonianze, che chiudono il testo, portate dagli stessi pazienti che della terapia hanno avuto giovamento. Di particolare interessante per i lettori della nostra rivista, le storie in cui viene evidenziata l'utilità della terapia EMDR: segnalo la trascrizione di una seduta EMDR in cui tutta l'elaborazione avviene attraverso il passaggio dalla monocromia scura della immagine traumatica al cromatismo che esprime la rivitalizzazione della ferita, grazie alla possibilità di andare oltre il dolore e ritrovare la vitalità espressa dal verde del prato, dal giallo dei fiori e dal blu del cielo. Il blu conclude questo viaggio ed esprime la spinta alla ricerca spirituale e alla trascendenza, grazie alla sua intensità e alla forza centripeta che lo contraddistingue, come già Vassilij Kandinskij aveva dimostrato nel suo testo *Lo spirituale nell'arte* del 1910. Le ricerche sul post Covid hanno dimostrato che l'uomo cerca sempre più di recuperare una dimensione spirituale per integrare le varie parti che il trauma ha scisso e frammentato. *Emozioni a colori* è un testo scientifico, seppur scorrevole e di piacevole lettura, utile per professionisti ma indicato anche per pazienti curiosi di capire alcuni meccanismi che incidono nella genesi dei sintomi e la forza che sta alla base della cura psicologica. È un testo da suggerire anche ai genitori che cercano indicazioni per capire come educare i figli in modo rispettoso della loro autenticità, a tutti coloro che sono interessati quale importanza abbiano le emozioni come bussola interiore e a chi si sta interrogando sull'utilità della terapia EMDR. L'autrice è psicoterapeuta con esperienza trentennale, Pratictioner EMDR, con esperienza specifica nel lavoro individuale e in gruppo su pazienti vittime di traumi e su operatori vittime di trauma vicario.

Grazie a una scrittura che rende agile e accattivante la lettura e la comprensione di alcuni concetti fondamentali per il benessere interiore, l'autrice approfondisce la psicologia del colore, attraverso testi e grandi artisti, che diventa così un modo interessante e originale per accompagnarci nel mondo del dolore interiore e della rinascita, che altro non è che un viaggio a ritroso verso la propria autenticità originaria.



PROGETTO EMDR EUROPE

“EMDR PRACTITIONER”

PSICOTERAPEUTA ESPERTO IN EMDR

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

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

Abbiamo una rete di Supervisor Accreditati (EMDR Europe Accredited Consultant) nelle varie regioni italiane formati secondo i criteri omogenei europei e qualificati ad "accreditare" a loro volta, sotto il coordinamento dell'Associazione, gli psicoterapeuti che abbiano fatto il livello 1 e 2 e dieci ore di supervisione e che avendo fatto minimo 20 ore di supervisione possono essere certificati come "Psicoterapeuta Esperto in EMDR" (EMDR Practitioner). I criteri europei per diventare Psicoterapeuta Esperto in EMDR (EMDR Practitioner) sono i seguenti:

1. avere portato a termine i due livelli del corso di formazione di base in EMDR e svolto dieci ore di supervisione (allegare certificati liv. 1 e liv. 2)
2. essere membro dell'Associazione italiana ed essere in regola con le quote associative
3. avere operato in campo clinico almeno da 2 anni
4. avere svolto almeno 50 sedute di EMDR con 25 pazienti (autocertificate)
5. avere completato un ciclo di supervisione di almeno 20 ore con un Supervisore Accreditato
6. avere una relazione finale positiva da parte di un Supervisore Accreditato

Verranno offerte gratuitamente dall'Associazione attraverso la sua rete di supervisor certificati 2 ore di supervisione di gruppo con un massimo 5 partecipanti. Le restanti 18 ore (minime) saranno a carico del supervisionato, ad un prezzo agevolato concordato in € 80,00 (ottanta) l'ora, se in gruppo quota parte, a cui vanno aggiunti gli oneri fiscali di legge, e possono essere fatte individualmente o in gruppo. Le ore di supervisione svolte per accedere al corso di liv II (minimo cinque ore) e altre ore svolte nell'ambito della formazione di base sono da detrarre dal monte ore per accedere alla certificazione. Alla fine del percorso bisogna presentare un video di una seduta che il supervisore visionerà. Il costo della valutazione del video sarà di euro 50,00 più gli oneri fiscali di legge. Vi preghiamo di verificare la disponibilità dei supervisor nella vostra regione e dopo aver concordato la supervisione con il supervisore comunicare l'adesione alla segreteria dell'Associazione (segreteria@emdritalia.it).

Vi ricordiamo inoltre che la certificazione ha validità di 5 anni e alla scadenza deve essere rinnovata presentando una autocertificazione su carta intestata con firma autografa delle attività formative organizzate dall'Associazione a cui si è partecipato, dei congressi EMDR nazionali ed europei che sono stati seguiti e le eventuali ore di supervisione svolte. **Ogni ora di aggiornamento da diritto ad 1 CPD (Continuing Personal Development) ed è necessario accumularne 10 per anno (i CPD in eccedenza non sono cumulabili sugli anni successivi).** Tutti i seminari gratuiti di formazione programmati dall'Associazione danno dei CPD oltre ai crediti formativi ECM.



 **EMDR**
Prague2025

EMDR Europe Research & Practice Conference 2025

30 May - 1 June 2025

Prague Conference Center,
Czech Republic

Keynote Speakers



Benedikt Amann

Childhood trauma and its impact on mental and somatic health in adulthood



Sarah Dominguez

EMDR Therapy: Navigating the Transdiagnostic Terrain



Alessandra Minelli

Epigenetic and biological signatures of early life traumatic events: A putative effect of EMDR



Frank Padberg

A transdiagnostic cluster approach to adverse childhood experiences: A new model for assessment and therapy

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

