

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

EMDR

RIVISTA DI PSICOTERAPIA EMDR

**ANNO XXIII
SETTEMBRE 2025
N 48**

EMDR ITALIA

Sommario

- 1 Lettera del presidente
- 2 Le storie che curano: la narrativa nelle 8 fasi del protocollo EMDR
- 7 L'uso di alcuni strumenti addizionali nella valutazione e nel trattamento EMDR di pazienti complessi
- 14 Il trattamento del Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità: sfide nell'alleanza terapeutica e adattamenti clinici
- 18 EMDR in "pentola: un possibile incontro tra Francine Shapiro e Virginia Satir
- 26 AI e psicologi EMDR: minaccia o evoluzione? Riflessioni cliniche sull'utilizzo dell'intelligenza artificiale a supporto del processo terapeutico
- 29 Intervento EMDR nelle scuole secondarie di secondo grado in seguito a suicidio di uno studente: un protocollo operativo integrato
- 35 Bambini nell'inferno della scuola di Povigliano Veronese
- 38 Intervento presso il liceo statale "Domenico de Ruggeri" - Massafra (TA)

Lettera del presidente

Carissime colleghe e colleghi,

Vediamo il mondo complesso che ogni paziente porta dentro di sé, legato a tante esperienze che a volte si nascondono nelle pieghe della quotidianità, nei piccoli dolori irrisolti, che rimangono come frammenti, che influenzano il nostro modo di reagire, di amare, di fidarci e di affrontare la vita.

Ogni esperienza lascia un segno, contribuendo a formare credenze che possono diventare gabbie mentali da cui è difficile uscire. Quello che è entusiasmante ogni volta che lavoriamo con EMDR in psicoterapia è vedere la straordinaria capacità di guarigione, se solo le si offre la giusta strada.

L'EMDR rappresenta proprio questo: una via per sciogliere i nodi del passato e riscrivere la narrazione interiore. Non cancella ciò che è stato, ma permette di trasformarlo, di elaborarlo, di dargli un nuovo significato, liberando la persona dal peso emotivo che la intrappola.

Per questo ho sempre una profonda stima per ogni collega, che quotidianamente dà la possibilità al cervello del paziente di trovare la sua strada, la sua via d'uscita, portando la mente verso la risoluzione adattiva. Ogni seduta è un passo verso una maggiore consapevolezza, un'opportunità per trasformare il dolore in crescita, il passato in una nuova prospettiva di vita.

Quando lavoriamo con EMDR constatiamo che la mente fa pace con quella esperienza che aveva disorganizzato il mondo emotivo. La mente torna a disporre di capacità e funzioni e può avere una proiezione positiva nel futuro. Una volta chiusa la ferita, si ritorna al sé per ritrovare l'autostima e il senso di fiducia in sé stessi attraverso una cognizione positiva.

Il nostro lavoro con i pazienti ci fa essere testimoni di come l'esperienza traumatica invade la mente, il tempo non scorre, l'elaborazione è bloccata e come attraverso la terapia questo stato si sblocca.

La nostra Associazione ci ha dato il senso del gruppo, permettendoci di interagire costantemente e di avere una base comune. Ci ha guidato in un progetto condiviso, ci ha abituato a comprendere l'altro, ad accompagnare chi iniziava, a camminare insieme a quelli più esperti, valorizzando le caratteristiche di ognuno,

aumentando le prospettive e le potenzialità di ogni socio. Mentre quando prevalgono condizioni conflittuali e negative il gruppo si frantuma e non evolve. Per questo ogni socio ha dato un contributo per continuare a costruire EMDR Italia. E' così che si è creato un gruppo che scalda il cuore e che ha imparato a proteggersi, a sentire il beneficio della protezione, che converte in positivo le varie esperienze di difficoltà, oltre al piacere di essere insieme.

In queste condizioni positive e favorevoli abbiamo potuto investire nell'evoluzione del nostro campo, dimostrando di aver raggiunto armonia e organizzazione che sono indici di scambio e tolleranza reciproca.

La cooperazione e la convivenza hanno alimentato energia e costruito un ordine mentale nel gruppo, dando le basi poi per la crescita individuale come professionista, dove ognuno può dare vita al proprio pensiero personale e alle competenze che lo caratterizzano.

La nostra Associazione ha potuto così trasmettere all'esterno un senso di solidarietà, ha consentito la cooperazione, disinnescando l'angoscia dell'impotenza davanti alla complessità.

La nostra professione non si svolge da soli, dall'inizio della nostra formazione vediamo come e quanto il gruppo professionale ci ha formato. Noi vogliamo continuare ad essere un gruppo che fa evolvere, non che impoverisce la capacità del pensare e del saper vivere in pace e armonia. E' così che in questi anni ci sono state tante novità promuovendo nuove strategie terapeutiche che abbiamo condiviso nelle formazioni costanti che offriamo ai soci. Abbiamo visto sempre nei soci lo scambio di interessi, il desiderio di imparare e dell'impegno.

Isabel Fernandez

Le storie che curano: la narrativa nelle 8 fasi del protocollo EMDRR

Paola Serravezza - Laura Corvaglia

Supervisore EMDR - Lecce

Quando un paziente arriva in terapia, spesso non porta solo una storia, ma frammenti: sintomi, immagini, sensazioni senza parole. Questo indica che il trauma è rimasto nella memoria implicita, non integrato come ricordo. La narrazione terapeutica, in questi casi, è un processo graduale che parte dal corpo e conduce alla parola.

Il trauma altera i sistemi di memoria: l'amigdala resta iperattiva, mentre ippocampo e corteccia prefrontale — legati alla memoria esplicita e alla riflessione — sono inibiti.

Il paziente non ricorda un evento, ma rivive sensazioni intense e senza tempo.

Nei traumi precoci o complessi, la memoria si frammenta e il Sé si scinde in parti dissociate: una funzionale, una bloccata nel passato. Ogni parte ha una propria narrazione emotiva. In questi casi, il terapeuta diventa un ponte, aiutando a tollerare la frammentazione e a ricostruire una coerenza interna.

L'EMDR come via d'accesso alla memoria implicita

Il protocollo EMDR, basato sul modello AIP, è efficace nel trattare memorie non verbali. Attraverso la stimolazione bilaterale e attenzione all'esperienza sensoriale, il paziente può trasformare frammenti impliciti in ricordi narrabili.

Ogni fase del protocollo, se integrata con strumenti narrativi e sostiene questo processo.

Fase 1 – Ricostruire la mappa del trauma: la narrativa come primo strumento terapeutico

Non è solo raccolta dati, ma un primo atto narrativo. Il paziente porta storie frammentate, confuse o dolorose, spesso segnate da dissociazione o traumi precoci. Il terapeuta ha un duplice compito: raccogliere informazioni per il piano terapeutico e aiutare il paziente a costruire una coerenza narrativa, anche in presenza di vuoti o schemi disfunzionali.

Strumenti come linee del tempo emotive, floatback, metafore o mappe relazionali permettono di accedere sia alla memoria esplicita che implicita, favorendo l'organizzazione dell'esperienza. In questa fase, la narrazione è anche una relazione: il terapeuta, come "specchio regolante", offre contenimento e sintonizzazione, aiutando il paziente a riconoscere e dare senso alla propria storia. La narrazione diventa così il primo passo per trasformare la memoria traumatica in un racconto integrato.

Fase 2 – Stabilizzare raccontando: costruire narrative di sicurezza e resilienza

Qui, il focus si sposta dalla ricostruzione del passato alla costruzione di uno spazio interno sicuro. Per molti pazienti, in particolare quelli con traumi precoci o complessi, la narrazione di sé è dominata da vissuti di vergogna, impotenza o colpa. Prima di accedere ai ricordi traumatici, è essenziale aiutare la persona a riconoscere di avere parti sane, risorse, legami affettivi positivi, anche se nascosti. In questo passaggio, le narrative protettive svolgono un ruolo cruciale e possono essere costruite attraverso visualizzazioni, installazione di luoghi sicuri, metafore. La narrazione non è rivolta al trauma, ma alla capacità di affrontarlo. In sostanza, nella Fase 2 il paziente inizia a raccontarsi non solo come vittima dell'esperienza, ma come protagonista della propria possibilità di guarigione.

Esempio. *"Ci sono momenti in cui mi sento sopraffatta, come se fossi ancora quella bambina sola. Ma oggi so che dentro di me ci sono anche altre parti. C'è una parte che ha imparato a sopravvivere, una che sa chiedere aiuto, una che riesce a stare nel presente. Non sono solo il mio dolore. Ho risorse. E anche se il passato fa ancora rumore, sto imparando a costruire uno spazio sicuro dentro di me."*. Tutto questo può essere rinforzato attraverso il tapping

Funzione della narrativa in fase 2:

- Tiene il trauma sullo sfondo.
- Riconosce le risorse già presenti, anche se parzialmente accessibili.
- Introduce la possibilità di protezione e autoaccoglienza, elementi centrali della Fase 2.
- Usa un tono compassionevole e integrato, che il terapeuta può aiutare a modulare o co-costruire.

La teoria della matrioska narrativa: racconti che contengono il trauma

Spesso, l'accesso al trauma non è diretto, ma regolato in base alla tolleranza del paziente.

La **matrioska narrativa** è una strategia che utilizza narrazioni progressive a strati: si parte da racconti esterni, metaforici, legati a risorse, che proteggono e preparano l'accesso graduale al nucleo traumatico.

Solo quando il sistema è sufficientemente sicuro, si può aprire l'ultimo strato e lavorare sulla memoria disorganizzata.

I livelli della Matrioska Narrativa

1. La *Matrioska più esterna*: le storie simboliche

- Storie di animali, supereroi, personaggi inventati
- Favole in cui il trauma è rappresentato da tempeste, mostri, muri di ghiaccio, buchi neri.

Questa distanza narrativa è il livello più sicuro per chi ha alta vulnerabilità o difese rigide.

Esempio. La principessa vestita di nero e il castello inattaccabile.

"Questa è la storia di una principessa — vestita sempre di nero e soprannominata "di pietra" — vive isolata in un castello che ha costruito per proteggersi, dopo aver sofferto molto. Nessuno era intervenuto in suo aiuto quando ne aveva più bisogno, e da allora aveva deciso di non fidarsi più di nessuno... Il castello rappresenta le sue difese emotive, costruite per evitare il dolore. Nonostante l'isolamento, figure esterne — come una Regina gentile e un bambino del villaggio — cercano di entrare in relazione con lei, offrendole accoglienza e vicinanza..."

2. **Matrioska intermedia**: Narrazione in terza persona riferita al paziente

In questa fase ci si avvicina usando una storia che parla di lui o di lei, ma in terza persona.

Il nome del paziente viene usato nella storia. Si mantengono elementi protettivi (luoghi sicuri, figure rassicuranti) e si inseriscono gradualmente riferimenti alla storia reale.

Esempio. "Questa è la storia di una bambina di nome Marta. Viveva in un luogo dove il sole ogni era caldo tra nuvole leggere, e dove un grande albero, offriva sempre ombra e riparo. Sotto quell'albero, Marta si sentiva al sicuro. Poteva chiudere gli occhi, e immaginare qualcuno che la proteggesse..."

3. **Matrioska interna**: Narrazione in prima persona

La storia viene raccontata in prima persona.

Il paziente parla di sé direttamente: *"Questa è la mia storia...lo mi ricordo..."*. Si integra il lavoro su immagini target, emozioni, pensieri negativi e positivi, affrontando contenuti traumatici centrali.

Fase 3 – Dare forma al frammento: il target come micro-narrazione

Momento chiave in cui l'esperienza traumatica, spesso caotica e non verbalizzata, viene trasformata in una micro-narrazione terapeutica.

Anche quando non vi è un ricordo esplicito l'approccio narrativo in questa fase permette di:

- raccogliere indizi disorganizzati e metterli in una forma significativa;
- facilitare l'accesso alla memoria implicita, con il terapeuta come testimone regolativo;
- trasformare la percezione dell'evento da minaccia imminente a racconto elaborabile.

Ogni target diventa una porta d'ingresso in una storia più grande, una tessera di un mosaico.

Esempio. "Non ricordo un momento preciso, ma ho questa immagine che torna spesso: io, da piccola, nascosta dietro la porta, con il cuore che batte forte. Mi sento minuscola, invisibile, e ho paura che qualcosa succeda. Dentro di me c'è una voce che dice: 'Non sei al sicuro, non vali niente'. Quando ci penso, sento un nodo allo stomaco e le gambe che si irrigidiscono. Non so perché, ma quella scena dice qualcosa di me."

La narrativa in Fase 3:

- Parte da un'immagine interna significativa (la bambina dietro la porta).
- Include un'emozione (paura), una **convizione negativa** ("non vali niente") e una **sensazione corporea** (nodo allo stomaco, tensione).
- Anche in assenza di un ricordo esplicito, il paziente ha circoscritto un target narrativo che può essere elaborato e integrato.

Fase 4 – Trasformare il racconto: dall'esperienza frammentata alla storia integrata

È il cuore del protocollo EMDR, dove i **frammenti traumatici riemergono e si trasformano** grazie alla stimolazione bilaterale. La narrazione in questa fase è spontanea, non lineare e si esprime attraverso emozioni, immagini, sensazioni corporee e intuizioni. Il terapeuta accompagna con **ascolto regolativo** e, se necessario, con **interventi narrativi mirati**: frasi empatiche, lettere interne, domande riflessive o ponti cognitivi. Qui la memoria traumatica viene **riscritta attraverso il corpo e il significato**, e il dolore inizia a diventare **storia integrabile e trasformabile**.

Esempio. "All'inizio vedevo solo quel momento: io ferma, lui che urla, e il mio corpo che si blocca. Ma ora, mentre lo rivedo, sento anche la mia rabbia. Non era giusto. Mi sentivo piccola, inutile. Ma adesso mi accorgo che stavo solo cercando di proteggermi. Non ero io il problema. Quella bambina non era sbagliata: era sola, e faceva il meglio che poteva. Lo sento nel petto, come se si stesse sciogliendo qualcosa."

La narrativa in fase 4:

- Parte da un'immagine target con forte carica emotiva.
- Mostra un'evoluzione spontanea nella percezione: da blocco e colpa, a rabbia e riconoscimento del sé.
- Integra emozione, sensazione corporea e insight.
- Riflette il lavoro implicito di **integrazione e trasformazione** tipico di questa fase, con il terapeuta in funzione di **testimone regolativo**.

Fase 5 – Consolidare la nuova storia: il Sé che si riscrive

Rappresenta il momento in cui la narrazione traumatica, ora elaborata, lascia spazio a una nuova versione del Sé. Si installa una cognizione positiva di sé e si integrare un nuovo significato dell'esperienza, che includa risorse, consapevolezza, padronanza.

Esempio. *"Rivedendo quel momento, ora non mi sento più quella persona spezzata. Sì, è successo, ed è stato difficile, ma oggi lo guardo con occhi diversi. Quella bambina ha resistito, ha trovato un modo per andare avanti. Questo mi dice che dentro di me c'è forza, anche quando non la vedo subito. Non è solo un brutto ricordo: è anche la prova che posso affrontare le cose e non perdermi."*

Il lavoro narrativo in questa fase 5:

- rinforzare la nuova prospettiva (*"Se ho superato questo, cosa dice di me?"*);
- integrare l'esperienza nel Sé autobiografico (*"Oggi posso guardare quel momento con occhi diversi"*);
- favorire un racconto trasformativo (*"Da quel dolore è nato un pezzo importante di me"*).

Fase 6 – Il corpo racconta: la memoria implicita come ultimo testimone

Dopo l'elaborazione e l'installazione, la Fase 6 ci ricorda che il corpo conserva tracce profonde delle esperienze vissute, spesso al di là delle parole. Il Body Scan non è solo un controllo tecnico, ma una vera e propria lettura narrativa somatica: ciò che il corpo dice può confermare che l'esperienza è stata integrata, oppure segnalare che qualcosa non è ancora completamente elaborato.

Anche in un passaggio apparentemente "non narrativo" come questo, la dimensione narrativa rimane centrale, sebbene in forma più sottile e incarnata. Il corpo, infatti, è il narratore silenzioso della storia vissuta: attraverso tensioni, contrazioni, calore, vuoti o pienezze, racconta ciò che le parole non sempre sanno dire.

Un nodo alla gola che si scioglie, una tensione nel petto che si alleggerisce, una nuova sensazione di calma: sono segnali che il cambiamento si è radicato nel Sé, non solo a livello cognitivo ed emotivo, ma anche corporeo.

Quando il corpo "dice che è finita", la narrazione dell'esperienza traumatica può dirsi davvero completa, integrata e conclusa. Il Body Scan è allora un gesto di ascolto profondo e di riconoscimento, che restituisce alla persona la sensazione di essere intera, coesa, presente.

Esempio. *"Mentre porto l'attenzione al mio corpo, mi accorgo che il petto è più leggero. Prima c'era una stretta, come un peso fisso, e ora sento spazio, come se potessi respirare meglio. Anche le spalle, che erano sempre tese, ora sembrano più morbide. È come se il mio corpo sapesse che non è più in pericolo. Sento calma, come se finalmente potessi abbassare la guardia."*

Il lavoro narrativo in fase 6:

- Descrive sensazioni corporee in evoluzione.
- Mostra un passaggio da tensione a rilassamento, segnale che l'elaborazione è avvenuta anche a livello somatico.
- Esprime una narrazione implicita di sicurezza e integrazione.
- Conclude il ciclo terapeutico del target, a livello cognitivo/emotivo e corporeo.

Fase 7 – Mettere un punto: la chiusura come atto narrativa

Non è solo tecnicamente la fine di una seduta, ma un atto narrativo di continuità e regolazione. Dopo l'elaborazione, il terapeuta aiuta il paziente a integrare l'esperienza vissuta, collocandola in una storia personale più ampia.

Attraverso domande riflessive e strumenti come visualizzazioni, dialoghi interni o metafore contenitive, si sostiene il senso di sé, si riattivano risorse protettive e si regola l'attivazione residua. È una pausa narrativa, un "punto e virgola" che prepara il terreno per il seguito, rafforzando il senso di coerenza, agency e protagonismo nel percorso di guarigione.

Esempio. *"Oggi ho toccato quella scena e ho sentito tristezza e rabbia, ma anche la mia parte adulta. Porto via la consapevolezza che non ero io il problema e la sensazione di respiro più ampio nel petto. Quello che resta in sospeso lo ripongo nella mia scatola sicura, che riaprirò quando sarò pronta e saremo insieme a lavorarci. Per questa settimana mi prendo cura di me con piccole cose. Metto qui un punto e virgola: non è finita, ma la mia storia continua con me al centro."*

La narrativa in fase 7:

- Riassume ciò che è avvenuto nella seduta.
- Collega l'esperienza elaborata al Sé attuale.
- Attiva una risorsa narrativa protettiva ("posso affrontare quei ricordi").
- Chiude con un senso di continuità ("non è la fine, ma la direzione è giusta").

Fase 8 – Rileggere la propria storia: la rivalutazione come riconoscimento narrativo

Un momento narrativo di riconoscimento e integrazione. Terapeuta e paziente rileggono insieme il percorso, valutano i cambiamenti e ricollocano quanto elaborato nella propria storia di vita.

Le domande chiave aiutano a osservare quanto è cambiato il modo di raccontarsi, quanto la nuova narrazione è radicata e coerente. È anche l'occasione per identificare nuovi target da affrontare, visti come capitoli successivi di una storia in evoluzione. In sintesi, è il momento in cui il paziente prende possesso della propria trasformazione narrativa, rafforzando coerenza, agency e continuità autobiografica.

Esempio. *"Ripensando a dove ero quando abbiamo iniziato, mi sembra quasi di guardare un'altra versione di me. Quella scena, che prima mi faceva sentire bloccata e colpevole, ora è solo una parte della mia storia. La sento lontana, ma non rimossa: posso guardarla senza sprofondare. Oggi so di avere risorse che allora non vedevo. So anche che ci sono ancora aspetti da esplorare, ma ora mi sento più forte, più intera. Questa non è solo la fine di un capitolo, è anche l'inizio di qualcosa di nuovo."*

In fase 8:

- Riconosce il cambiamento rispetto allo stato iniziale.
- Mostra una narrazione più integrata e regolata del trauma.
- Esprime consapevolezza delle risorse attuali e della continuità del percorso.
- Mantiene uno sguardo aperto al futuro, coerente con l'idea di evoluzione narrativa.

Narrazione EMDR: contesti e funzioni terapeutiche

La narrazione, adattata all'età e allo sviluppo, è un ponte tra corpo, emozioni e consapevolezza, utile in tutte le fasi della vita e in vari contesti clinici.

Prima infanzia: strumenti come video-narrative, filastrocche e immagini protettive aiutano il bambino a calmarsi, esprimere emozioni e ad interiorizzare la presenza di un adulto regolante.

Età evolutiva: con lo sviluppo del linguaggio, la narrazione aiuta a dare parole a ciò che è rimasto muto, favorendo l'integrazione emotiva.

Adolescenza: supporta il processo identitario e aiuta a dare senso al trauma nel contesto del Sé in costruzione.

Età adulta: facilita l'elaborazione di traumi infantili o familiari irrisolti, promuovendo integrazione narrativa e crescita.

Coppia: la co-narrazione di traumi condivisi (es. lutti, perdite) rafforza connessione, empatia e riconoscimento reciproco.

Traumi transgenerazionali: la narrazione permette di interrompere le trasmissioni traumatiche familiari, costruendo una posizione autonoma e consapevole nella propria storia.

Psicologia dell'emergenza collettiva: il racconto condiviso in gruppo riduce l'iperattivazione, normalizza le reazioni traumatiche e crea coesione e significato attraverso il rispecchiamento e la co-regolazione. La narrazione trasforma l'esperienza da isolante a condivisa, favorendo guarigione collettiva (Es. *"Questa è la storia di una classe.."*).

Come scrivere una breve narrativa terapeutica in chiave EMDR

In termini generali, una narrativa può essere costruita in modo semplice, seguendo tre passaggi essenziali:

1. Inizio – Il contesto: cose belle e cose difficili

Raccontare chi si era prima del trauma: esperienze positive, qualità personali, ma anche le difficoltà e le vulnerabilità già presenti, allo scopo di umanizzare la storia e creare un contesto realistico.

2. Sviluppo – Il trauma e il suo impatto

Descrivere l'evento traumatico dal proprio vissuto interno, ponendo il focus su emozioni, credenze negative, ferite lasciate aperte.

3. Chiusura – Trasformazione e risorse

Riconoscere il cambiamento e i passi fatti verso la guarigione, valorizzando l'empowerment e la crescita post-traumatica.

Suggerimenti per il terapeuta:

- La narrativa può **essere breve (10-15 righe)** ma significativa.
- Va calibrata sul momento terapeutico
- Deve essere **coerente con l'elaborazione EMDR**, non idealizzata né forzata.

Sintesi – EMDR come riscrittura narrativa

Il protocollo EMDR è un processo di riscrittura progressiva della propria storia.

Ogni fase attiva forme diverse di narrazione — verbale, corporea, simbolica — che aiutano il paziente a trasformare il proprio racconto: da vittima bloccata a soggetto consapevole e integrato.

Il terapeuta è un co-autore temporaneo, che offre struttura e linguaggio finché il paziente può riappropriarsi della propria voce.

Non basta ricordare: è il rinarrare con consapevolezza che attiva la guarigione.

Bibliografia

Levine, P. A. (2010). Il trauma e il corpo: un approccio somatico alla guarigione. Astrolabio.

Shapiro, F. (2001). EMDR: Il trattamento dei disturbi da trauma e stress. Giovanni Fioriti Editore.

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R. S., & Steele, K. (2006). The Haunted Self: Structural Dissociation and the Treatment of Chronic Traumatization. Norton.

Van der Kolk, B. (2015). Il corpo accusa il colpo: mente, corpo e cervello nella guarigione del trauma. Raffaello Cortina

Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). Il trauma e il corpo: un approccio sensomotorio alla psicoterapia. Giovanni Fioriti

Siegel, D. J. (2012). La mente relazionale. Raffaello Cortina Editore.

Fisher, J. (2017). Guarire il sé traumatizzato. Edizioni Erickson.

Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model: Potential mechanisms of change. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(4), 315–325.

Damasio, A. (1994). L'errore di Cartesio: Emozione, ragione e cervello umano. Adelphi.

L'uso di alcuni strumenti aggiuntivi nella valutazione e nel trattamento EMDR di pazienti complessi

Balacco Rosanna*, Destefani Valeria*, Gallinoni Carlotta**, Spadoni Manuela**

**Supervisore EMDR - Milano
*Practitioner - Milano

Prefazione di Jim Knipe

Sono molto contento di come si stia sempre più diffondendo il Metodo Toolbox per curare i pazienti complessi e dissociativi con l'EMDR. Sono grato ai colleghi che stanno partecipando alla diffusione del metodo attraverso corsi, formazioni e anche articoli.

I casi descritti in questo articolo sono ottimi esempi di come le procedure aggiuntive del Metodo Toolbox possono permettere il successo della cura con l'EMDR laddove le procedure standard dell'EMDR sarebbero di difficile o impossibile applicazione.

Introduzione

L'EMDR ha una provata efficacia nel trattamento anche dei pazienti con PTSD complesso.

Reports hanno dimostrato l'efficacia dell'EMDR nel trattamento del PTSD complesso (Korn, 2009) e delle sue condizioni di comorbidità (Hafkemeijer et al., 2023; Mosquera e Knipe, 2015, 2017, 2018; Marich, 2009). I metodi correlati all'EMDR sono stati utilizzati in ambienti clinici o accademici controllati (Van Der Vleugel et al., 2012), così come in situazioni di disastri naturali (Silver et al., 2005; Konuk et al., 2006; Errebo et al., 2008) e, più recentemente, anche in contesti di trattamento intensivo online per il trauma (Matthijssen & Menses, 2024). Come è ben documentato, i pazienti con PTSD complesso possono avere difficoltà a gestire emozioni intense e a gestire sintomi dissociativi (Forgash e Knipe, 2001, 2007, 2009, 2012; Knipe, 1995, 1998, 2008, 2009, 2010; Van der Hart et al., 2010; Gonzalez et al., 2012), con conseguenti percorsi terapeutici incompleti e frustranti (Forgash e Knipe, 2007; Dyer & Corrigan, 2021).

In alcuni casi di terapia con i pazienti con PTSD complesso o con i pazienti dissociativi, le procedure standard dell'EMDR possono, purtroppo, risultare non sempre applicabili o bloccarsi a causa di meccanismi difensivi e dissociativi. Tale eventualità può generare un blocco nel percorso terapeutico, generare frustrazione nel terapeuta e provocare demotivazione nel paziente. Fin dai primi anni di sviluppo dell'EMDR, Knipe (Knipe, 2002, 2005), ha lavorato per individuare un modello delle parti basato sul modello AIP, che costituisce la base teorica dell'EMDR, e per definire delle specifiche procedure EMDR (strumenti aggiuntivi) volte ad estendere l'applicazione dell'EMDR anche a questi pazienti più complessi: il Metodo Toolbox (Knipe, 2014; Spadoni, 2023). Questo metodo non presuppone la sostituzione delle procedure EMDR standard a favore di strumenti alternativi. Infatti le procedure standard EMDR (Shapiro, 2001) restano sempre la prima scelta per chiunque lavori con l'EMDR e il Metodo Toolbox offre solo soluzioni per estendere l'EMDR alle situazioni dove le procedure standard potrebbero risultare inefficaci.

Alcuni cenni sul Metodo Toolbox

Il modello delle parti del Metodo Toolbox considera diverse categorie di parti: la Parte Orientata al Presente, la Parte che Rivive il Trauma, le Parti delle Difese psicologiche e la Parte che Imita il Perpetratore (Knipe, 2014; Spadoni, 2023).

Tra gli strumenti principali del Metodo Toolbox è incluso lo Strumento degli Ovali (Knipe, 2014; Spadoni, 2023). Tale strumento aggiuntivo può integrare la concettualizzazione EMDR dei pazienti complessi. Esso consiste nel rappresentare graficamente, con degli ovali su un foglio di carta, gli stati separati del sé (o le parti della personalità) individuati in base alle categorie sopramenzionate e che costituiscono la struttura interna della personalità del paziente. Esso permette una flessibile rappresentazione della complessità della struttura di ogni singolo paziente, facilita la strutturazione del piano terapeutico e aiuta la stabilizzazione del paziente attraverso la condivisione del disegno.

Altri strumenti del Metodo Toolbox sono finalizzati alla rielaborazione del materiale traumatico e possono essere una valida integrazione o alternativa al protocollo standard, laddove quest'ultimo non sia applicabile o risulti bloccato.

Tra questi strumenti abbiamo il BHS (Back-of-the-Head scale) e il CIPOS (Constant Installation of Present Orientation and Safety), molto utili per accedere al materiale traumatico e rielaborarlo in pazienti a rischio di essere sopraffatti dal materiale traumatico. Un altro strumento tra questi è la procedura del Loving Eyes, finalizzata a prendere come target il materiale traumatico disfunzionalmente memorizzato in stati del sé o parti della personalità. Altri strumenti prendono invece come target le difese. Tra questi vi è il LOPA (Level Of Positive Affect), che prende come target l'emozione positiva disfunzionale della difesa di idealizzazione. Altri due strumenti sono "Qual è il vantaggio di..." e il LOUA (Level Of Urge of Avoidance), utili per prendere come target rispettivamente l'emozione positiva e l'impulso della difesa di evitamento. Infine ci sono altri strumenti addizionali che prendono come target la dissociazione e i conflitti tra le parti, come l'IHD (Internal Healing Dialogue) e le sue varianti.

I due casi clinici illustrati in questo articolo sono ottimi esempi di percorsi terapeutici condotti con la terapia EMDR in cui alle procedure standard sono stati uniti alcuni strumenti addizionali del Metodo Toolbox. Tali strumenti hanno integrato sia la concettualizzazione del caso che le fasi del trattamento, permettendo il pieno successo della terapia.

La lettura di quanto scritto può essere utile in termini di ispirazione e non rappresenta alcuna linea guida.

Primo Caso Clinico: Lea

A volte, i sintomi fisici emergono nella vita quotidiana in modo molto potente e disturbante senza alcuna evidenza o diagnosi medica. È stato il caso di una paziente, "Lea", una donna di 52 anni che è venuta in terapia a causa di una persistente e disturbante sensazione di "rollio" nella testa, costante anche durante la notte. Questa sgradevole sensazione, fondamentalmente di disorientamento e vertigine, veniva descritta come se la paziente si trovasse su una piccola barca su un mare mosso, al buio. Questo sintomo era altamente debilitante: Lea non riusciva a lavorare né a mantenere una vita sociale. Dopo aver effettuato molti test medici e numerose consultazioni con specialisti senza trovare né una diagnosi né un trattamento farmacologico efficace, la paziente aveva deciso di rivolgersi alla terapia EMDR su consiglio di un amico.

Fase 1

Il sintomo era emerso cinque mesi prima, quando un grave episodio di bronchite aveva costretto la paziente a rimanere a casa. All'inizio della bronchite, Lea aveva sperimentato attacchi di panico che l'avevano portata ad accedere al pronto soccorso più volte. Pochi giorni dopo, la sensazione di "rollio" era improvvisamente iniziata e non era mai più scomparsa. In quel periodo si era presa cura di lei la madre anziana che viveva nell'edificio adiacente.

La tecnica del floatback, che collega il presente al passato, avviata sulla sensazione di "rollio", ha portato in superficie una sensazione di "fragilità", vissuta al momento della morte del padre proprio prima di Natale, quando la paziente aveva 7 anni (un grande trauma T). In quei giorni gli adulti intorno a lei si comportavano in modo strano: erano nervosi e tristi in un modo che la confondeva e nessuno le aveva detto nulla della morte di suo padre. Quando chiedeva: "Dove è papà? Quando torna a casa?", riceveva risposte vaghe, come: "Presto sarà a casa". Tale vaghezza alla fine l'aveva portata a smettere di chiedere. La paziente aveva solo il ricordo cognitivo dei momenti vissuti mentre la consapevolezza emotiva era molto limitata. Non connetteva alcun disturbo a tali momenti.

La sua confusione è continuata anche quando le era diventato chiaro che il padre non era più presente. Fu solo nella tarda adolescenza che scoprì da sua cugina che il padre era morto in un incidente automobilistico.

A questo stadio iniziale della terapia, il funzionamento della paziente tramite lo Strumento degli Ovali era rappresentato come segue (Figura 1):



- L'ovale che rappresenta la Parte Orientata al Presente, o l'adulta Lea, era di dimensioni ridotte: la paziente faticava a gestire molte responsabilità quotidiane e compiti da adulta, venendo facilmente sopraffatta dal rivissuto che si esprimeva nel sintomo fisico. Durante l'infanzia questa parte aveva ben funzionato permettendo a Lea di eccellere a scuola, di sopportare i maltrattamenti da parte dei cugini senza lamentarsi, di aiutare nelle faccende domestiche, di prendersi cura del fratello minore mentre la madre lavorava per ricostruire le loro vite, ecc. In epoca adulta, con l'esordio del sintomo, la forza della Parte Orientata al Presente si invece era decisamente ridotta.
- L'ovale che rappresenta la Parte che Rivive il Trauma (piccola Lea) era grande e conteneva materiale traumatico non elaborato come il dolore, l'angoscia, la rabbia e anche le sensazioni fisiche come il "rollio".
- L'ovale che rappresenta la difesa di idealizzazione era grande. Inevitabilmente era stato necessario per la bambina mantenere la connessione solo con gli aspetti positivi della madre, dissociando il resto. Tale difesa era rimasta attiva nel tempo ed era presente anche al momento della consultazione. La paziente idealizzava la madre esaltandone principalmente le qualità positive: il grande valore, la sua dedizione alla famiglia e i sacrifici per i figli, ecc.

Fase 2

Dopo aver raccolto la storia personale, la terapeuta si è concentrata sulla stabilizzazione della paziente (Fase 2 dell'EMDR), utilizzando diversi strumenti:

- Lo studio della terapeuta è stato installato come un luogo sicuro. La paziente è riuscita a raggiungere la consapevolezza cognitiva di essere in un ambiente sicuro, anche se le mancava la percezione reale della sensazione emotiva di sicurezza.
- Alcune tecniche di radicamento tramite esercizi di respirazione hanno aiutato la paziente a gestire lo stress intenso.
- Infine l'installazione di risorse positive derivanti da eventi della vita precedente ha ulteriormente aiutato ad aumentare la capacità della paziente di rilassarsi e la sua abilità di problem-solving.

Fasi del trattamento

In termini di rielaborazione con l'EMDR una delle criticità di questo caso era che la paziente, pur disponendo dei ricordi degli eventi traumatici generatori, non provava nessun disturbo nel richiamarli a causa dell'alto investimento in meccanismi difensivi e dissociativi.

Tra le varie possibili modalità di intervento adatte alla situazione, la decisione della terapeuta è stata quella di applicare la procedura del Loving Eyes per prendere come target la Parte Bambina (Parte che Rivive il Trauma), identificata come portatrice del sintomo fisico del "rollio" disturbante nel presente. L'immagine scelta è stata quella della bambina del periodo in cui nessuno le dava risposta rispetto all'assenza del padre. Nel corso del lavoro con la procedura del Loving Eyes, diversi aspetti dello stesso ricordo sono riusciti a integrarsi, elaborando profondamente il sintomo fisico, che era un'espressione di tutte le ambivalenze e le esperienze irrisolte rimaste intrappolate nel corpo. In particolare, la procedura del Loving Eyes ha permesso alla Parte che Rivive il Trauma di rivelare un conflitto irrisolto vissuto dalla bambina in quel periodo tra due sue parti interne: una parte che amava la madre e un'altra che detestava la madre per l'aggressività e per l'indifferenza che Lea aveva subito. A questo punto, un aspetto chiave del lavoro con questa paziente è stato facilitare il dialogo tra le due parti della Parte Bambina, applicando lo strumento aggiuntivo del Dialogo Interiore Curativo rinforzato da stimolazione bilaterale (IHD). Ciò ha permesso il superamento delle barriere dissociative portando ad una risoluzione adattiva del conflitto.

Inoltre, durante le sedute in cui è stata utilizzata la procedura del Loving Eyes era emerso che il senso di fragilità sperimentato durante l'ultimo episodio di bronchite aveva innescato la riattivazione del materiale conservato dalla Parte che Rivive il Trauma. Le sue intrusioni nella consapevolezza avevano inevitabilmente indebolito la Parte Orientata al Presente intensificando i conflitti interni. L'ansia della paziente era diminuita già dopo la prima seduta, mentre la sensazione di "rollio" aveva cominciato a diminuire due mesi dopo il primo trattamento EMDR. Dopo cinque mesi, il "rollio" era presente solo in determinati momenti della giornata, con alcuni giorni completamente liberi da esso. Dopo sei mesi di psicoterapia, la sensazione di "rollio" era scomparsa. Man mano che la sensazione di "rollio" iniziava a diminuire, gli episodi di rabbia di Lea nei confronti della madre diventavano più frequenti e lei si sentiva molto in colpa. A questo punto è diventato necessario aiutare la paziente a completare l'elaborazione dell'idealizzazione residua della madre utilizzando la procedura LOPA (Level of Positive Affect) per integrare la rabbia che era stata dissociata. Dopo questo lavoro l'atteggiamento di Lea nei confronti della madre era ancora rabbioso ma più ragionevole e meno impulsivo. A questo stadio della terapia la paziente, avendo ridotto i meccanismi dissociativi difensivi, era più in contatto con le proprie emozioni e sensazioni disturbanti. Ciò ha permesso di rielaborare i rimanenti targets del passato e del presente, utilizzando il Protocollo Standard. Sui triggers del presente è stato sempre installato il futuro.

Il risultato è stato che Lea si è sentita, per la prima volta, libera di operare scelte autonome e costruttive per la propria vita. Ha anche migliorato il livello di soddisfazione nei rapporti personali e nella gestione del tempo libero. Ha incrementato le proprie skills relazionali migliorando le capacità di collaborazione e di condivisione.

Questi risultati positivi hanno segnato la conclusione della terapia. Un paio di anni dopo la fine della terapia, la paziente ha chiamato la terapeuta per aggiornarla e per ringraziarla per il lavoro svolto. Non solo non aveva mai più avvertito la sensazione di "rollio" nella testa, ma era anche felice di essersi trasferita in un altro Paese, dove suo fratello viveva da 20 anni con la moglie e i figli. Inoltre aveva iniziato una relazione affettiva finalmente soddisfacente.

Un estratto dalle trascrizioni delle sessioni di Loving Eyes

La procedura del Loving Eyes viene applicata con la piccola Lea che, mentre si trova davanti al presepe, chiede alla nonna dove sia il papà.

Lea adulta: "La nonna non sa come rispondere!" SBL

Piccola Lea: "Sono scioccata e paralizzata dalla reazione della nonna: non risponde e si congela." SBL

Terapeuta: "Secondo te, Lea adulta, cosa avrebbe bisogno di sapere la piccola Lea, che ancora non sa e che non le è stato detto allora?"

Lea adulta: "Sapere cosa è successo a papà... non sapevo niente, per anni non ho saputo nulla."

Terapeuta: "Ti piacerebbe provare a spiegare alla piccola Lea cosa è successo?"

Lea adulta: "Sì."

Terapeuta: "Va bene, vai avanti e spiegalo ora alla bambina." SBL

Interviene la piccola Lea: "Ma cosa è successo?"

Lea adulta: "Papà ha avuto un incidente stradale mentre tornava da Milano. Il suo amico è sopravvissuto, ma lui, che guidava, non ce l'ha fatta." SBL

Piccola Lea: "Quindi è vero, è morto!" SBL

Lea adulta: "Sì, avevi ragione tu. Lo intuivi già che qualcosa di brutto fosse successo. Il tuo mondo è cambiato da quel momento. Ma il sacco di pietre che hai dovuto portare fino ad ora, non devi più portarlo da sola. Io sono qui, come adulta, per rispondere a qualsiasi domanda tu abbia e aiutarti." SBL

Piccola Lea: "Sono felice ora, non sono più sola." SBL

Secondo caso clinico: Nini

(Nini è il nome che il paziente utilizza per la sua Parte che Rivive il Trauma che è rappresentata come un bimbo di pochi anni)
Il caso presentato riguarda un paziente di 60 anni che arrivava in terapia per un Disturbo Ossessivo Compulsivo da contaminazione (DOC).

Fase 1

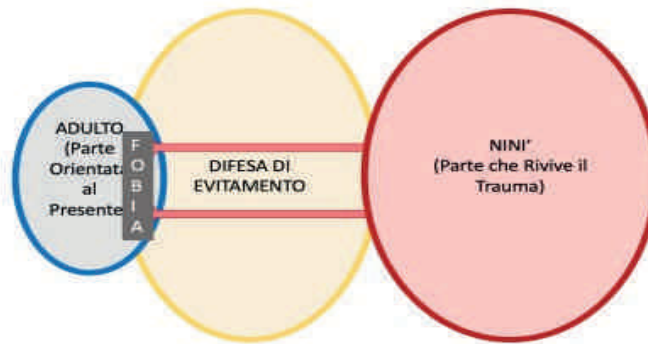
L'esordio del sintomo era stato quando il paziente riallacciava la relazione con la propria moglie e rientrava nell'abitazione coniugale dopo una rottura durata circa tre anni. Il paziente aveva avuto una relazione extraconiugale ed era tornato a vivere con il padre anziano, in attesa che l'amante si separasse anche lei dal marito. Ciò non era avvenuto e il paziente, dopo questa inutile attesa, rientrava in famiglia.

Inizialmente il disturbo si manifestava con una paura di contaminazione e di pericolo nelle interazioni del paziente con oggetti ed elementi comuni presenti nell'ambiente, come maniglie, mosche, spazzatura e luoghi potenzialmente infetti come ambulatori medici, ospedali, dentista e simili. In questa fase il rituale ossessivo si manifestava con il lavaggio frequente delle mani e la doccia serale che durava almeno 40 minuti.

L'inizio della pandemia da Covid-19 aveva rappresentato un fattore precipitante per la condizione del paziente, intensificando i sintomi preesistenti ad un livello molto grave e debilitante. Le limitazioni connesse alla sintomatologia avevano avuto un impatto significativo sulla sua vita e sulle sue attività quotidiane, mettendo a rischio anche la sua attività lavorativa. A casa, come al lavoro, il paziente infatti non riusciva più a toccare oggetti specie se utilizzati da altri, non poteva appoggiarsi da nessuna parte e doveva ricordarsi sempre che cosa aveva toccato per poi disinfettarlo e disinfettarsi ripetutamente. A casa non si sedeva più a tavola e mangiava piuttosto in piedi con posate e piatti personali. I familiari dovevano aderire a procedure di igiene personali da lui richieste. Al lavoro gli spostamenti anche solo da un ufficio all'altro per le riunioni erano diventati impossibili. Il paziente riusciva a sentirsi minimamente in sicurezza solo alla sera, quando andava a letto dopo il rituale della doccia di almeno un'ora e mezza e il cambio completo di tutti gli indumenti.

Durante i colloqui è stato subito evidente come il paziente avesse molta difficoltà nel parlare della propria storia e come la sua attenzione fosse interamente focalizzata sui propri sintomi. Il paziente viveva con grande ansietà e senso di pericolo i potenziali rischi di contagio. La scelta della terapeuta pertanto è stata quella di portare contemporaneamente avanti Fase 1 e Fase 2, lavorando per aumentare l'orientamento al presente del paziente.

In questo stadio iniziale della terapia, il funzionamento del paziente, tramite lo Strumento degli Ovali, era rappresentato come segue (Figura 2)



- L'ovale della Parte Orientata al Presente era rappresentato piccolo, per le grandi difficoltà nello svolgere le funzioni quotidiane. La fobia/paura della Parte Orientata al Presente per il rivissuto traumatico era molto intensa.
- L'ovale della Parte della Difesa di evitamento era disegnato molto grande, in quanto la difesa era molto attiva a sostegno della Parte Orientata al Presente per cercare di ridurre l'impatto delle intrusioni del materiale postraumatico (rituali).
- L'ovale della Parte che Rivive il Trauma era molto grande, in quanto l'intenso rivissuto di pericolo nel contatto dominava ampiamente la vita del paziente.

Fase 2

Nella fase iniziale la terapeuta ha richiesto un supporto farmacologico da parte di uno psichiatra da unire al lavoro terapeutico. Il paziente sosteneva regolarmente le sedute terapeutiche ma le accettava solo con modalità online.

In questa prima fase, il lavoro clinico era esclusivamente centrato sulla stabilizzazione della Parte Orientata al Presente, così sopraffatta dallo stato di angoscia e dalla sensazione di pericolo. Gli strumenti utilizzati per la stabilizzazione sono stati alcune tecniche di grounding, della psicoeducazione e l'installazione come risorse della fiducia e sicurezza con la terapeuta. Anche la condivisione con il paziente della rappresentazione con gli ovali della sua struttura interna ha contribuito a migliorare il suo orientamento al presente.

Un primo esito del lavoro di stabilizzazione è stato quello di riuscire a vedere il paziente in studio, due volte alla settimana con l'accordo che la terapeuta gli aprisse la porta dello studio (fobia per le maniglie) e, soprattutto, gli garantisse una sedia di plastica bianca liscia dedicata a lui, da disinfettare ogni volta davanti ai suoi occhi. Il paziente si recava in studio indossando guanti in lattice e mascherina chirurgica, lo sguardo sempre spaventato e vigile sull'ambiente circostante.

Un altro esito è stato quello di poter accedere alla storia e al materiale traumatico. Il floatback sulla sensazione di contaminazione/pericolo, aveva fatto emergere ricordi della prima infanzia, in cui la madre era estremamente spaventata e ansiosa rispetto alle malattie sue e degli altri, soprattutto quelle legate ai polmoni. La causa di tale ansia della madre era una sua pregressa tubercolosi che l'aveva portata ad una lunga ospedalizzazione. A questo proposito il paziente riferiva che *"ad ogni mia sudata corrispondeva uno stato di angoscia di mia madre"*. È emerso anche il ricordo di quando lui da piccolo si alzava di notte perché sentiva la mamma in bagno che stava male e la trovava accovacciata mentre ripeteva come una nenia: *"A mori"* (io muoio).

Fasi di trattamento

La scelta clinica successiva è stata quella di iniziare a lavorare sul rivissuto traumatico, i ricordi della madre spaventata e spaventante, utilizzando gli strumenti aggiuntivi CIPOS e BHS. La scelta di utilizzare questi strumenti è stata motivata dalla grande labilità del paziente nel mantenere l'orientamento al presente. Questi strumenti hanno, infatti, il punto di forza di rallentare l'impatto del materiale traumatico durante il processo di rielaborazione. Rielaborando queste scene sono emersi ricordi, confusi e frammentati, connessi a un abuso sessuale, in cui la madre lo accarezzava e lo baciava nelle parti intime e sulla bocca. Il materiale traumatico prima dissociato ha cominciato ad intrudere anche sotto forma di sogni nei quali aveva rapporti sessuali con la madre. Mentre emergevano queste sensazioni/sogni, nel paziente si attivavano immediatamente le difese di evitamento e di idealizzazione, con la funzione di non fare accedere la Parte Orientata al Presente ai ricordi e di mantenere la figura di attaccamento come "buona". Il lavoro di rielaborazione è stato condotto con molta lentezza per dare il tempo al paziente di assimilare quanto emergeva. La scelta clinica successiva è stata quella di prendere come target la Difesa di evitamento per accedere ai ricordi sottostanti dell'abuso. Sono così emersi in modo sempre più chiaro molteplici ricordi di abuso protrattosi dall'età infantile fino alla pubertà.

A questo punto del lavoro clinico la procedura del Loving Eyes sul bambino abusato Nini (Parte che Rivive il Trauma) ha condotto alla rielaborazione e risoluzione del materiale traumatico.

Un estratto dalle trascrizioni delle sessioni con la procedura del Loving Eyes

La terapeuta ha scelto la procedura del Loving Eyes per prendere come target le memorie traumatiche della madre spaventante. Tale strumento è stato scelto come alternativa al Protocollo Standard che avrebbe potuto aumentare i rischi di perdere l'attenzione duale o far risalire nuovamente la Difesa di evitamento.

Con l'utilizzo del Loving Eyes c'è stato un avvicinamento progressivo tra la Parte Orientata al Presente e la Parte che Rivive il Trauma. Lo sguardo smarrito e spaventato di Nini ha attivato la compassione e gli occhi amorevoli nella Parte Orientata al Presente, portando ad una progressiva integrazione tra le parti.

Nini: *"Io sento che la mamma è in bagno, che sta male. Il papà non si sveglia e io ho paura che la mamma muoia, non so cosa fare... la mamma sta male."* SBL

Adulto: *"Nini non hai bisogno di stare lì a vigilare la mamma, la mamma non sta morendo, puoi lasciare andare queste scene che ti fanno così paura e ti fanno temere per lei. Adesso sei al sicuro."* SBL

Nini: *"Finalmente qualcuno mi dice che posso andarmene da lì" (cioè dal ricordo della mamma che dice "io muoio").* SBL

.....

Un estratto dalle trascrizioni delle sessioni con il LOUA

Pz. *"Io con forza voglio dire che non ho ricordi di cose brutte."*

T: *"Ok va bene. Mi tolga però una curiosità: quanto è forte l'impulso ora, su una scala da 0 a 10, di dire "io con forza voglio dire che non ho ricordi di cose brutte"?"*

Pz: 10

T: *"Dove sente questo impulso nel suo corpo?"*

Pz. *"Nel respiro"* SBL

Vari sets e ritorni alla domanda target hanno ridotto la forza dell'impulso della difesa che da 10 è passata a 9, a 6, a 4 e, infine, a 2. Parallelamente sono arrivate alla consapevolezza le memorie traumatiche.

Pz: *"A volte mi viene in mente che la cosa più brutta che potrebbe avermi fatto mia madre è stato un rapporto orale"* SBL

Pz. *"Non lo so se mia madre me lo accarezzava."* SBL

Pz. *"Ho un ricordo confuso in cui io avevo circa 7 anni e la mamma a letto mi accarezza il pene e ho la sensazione che nello stesso momento lo stesse accarezzando anche al papà."* SBL

....

Gradualmente nel corso della terapia il paziente ha ridotto i propri comportamenti ossessivi e i rituali migliorando notevolmente la propria vita personale e relazionale.

Dopo aver trattato e risolto l'elaborazione del materiale traumatico, la scelta clinica è stata quella di passare a prendere come target il sintomo, fondamentalmente rappresentato dalla Difesa di evitamento. A questo fine è stato usato lo strumento aggiuntivo del LOUA prendendo come target l'impulso a evitare il contatto. Per ogni trigger è stato installato il futuro fino alla risoluzione del sintomo.

Bibliografia

Dyer KFW, Corrigan JP. (2021). Psychological treatments for complex PTSD: A commentary on the clinical and empirical impasse dividing unimodal and phase-oriented therapy positions. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 13(8), 869–876.

Errebo, N., Knipe, J., Forte, K., Karlin, V., Altayli, B. (2008). EMDR-HAP training in Sri Lanka following the 2004 tsunamis. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 124.

Forgash, C., & Knipe, J. (2001, June) Safety-focused EMDR/ego state treatment of dissociative disorders. Workshop presented at EMDR International Association Conference, Austin, TX.

Forgash, C., & Knipe, J. (2007). Integrating EMDR and ego state treatment for clients with trauma disorders. In C. Forgash & M. Copeley (Eds.), *Healing the heart of trauma and dissociation* (pp. 1–57). New York, NY: Springer Publishing.

Forgash, C., & Knipe, C. J. (2009). Introduction: new help for clients with trauma disorders. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(3), 141-151.

Forgash, C. & Knipe, J. (2012). Integrating EMDR and Ego State Treatment for Clients with Trauma Disorders. *Journal of EMDR Practice and Research*. 6. 120-128. 10.1891/1933-3196.6.3.120.

Gonzalez, A., Mosquera, D., Leeds, A., Knipe, J., & Solomon, R. (2012). The AIP model and structural dissociation: A

- proposal to extend the framework. In A. Gonzalez & D. Mosquera (Eds.), *EMDR and dissociation: The progressive approach* (pp. 31–50). Madrid, Spain: Ediciones Pléyades.
- Hafkemeijer L, Slotema K, de Haard N, de Jongh A.* (2023). Case report: Brief, intensive EMDR therapy for borderline personality disorder: results of two case studies with one year follow-up. *Front Psychiatry*, Dec 15; 14:1283145.
- Knipe, J.* (1995, Winter). Targeting avoidance and dissociative numbing. *EMDR Network Newsletter*, 5(3),4-5.
- Knipe, J.* (1998). It was a golden time...: Treating narcissistic vulnerability. In P. Manfield (Ed.), *Extending EMDR: A casebook of innovative applications* (pp. 232–255). New York, NY: Norton.
- Knipe, J.* (2002, June). A tool for working with dissociative clients. *EMDRIA Newsletter*, 7(2), 14–16.
- Knipe, J.* (2005). Targeting positive affect to clear the pain of unrequited love, codependence, avoidance, and procrastination. In R. Shapiro (Ed.), *EMDR solutions: Pathways to healing* (pp. 189–212). New York, NY: Norton.
- Knipe J.* (2008). *Loving eyes: Procedures to therapeutically reverse dissociative processes while preserving emotional safety. Healing the heart of trauma and dissociation with EMDR and ego state therapy* (pp. 181-225). New York, NY: Springer Publishing.
- Knipe, J.* (2009) *Shame is my safe place.* In Shapiro, R., *EMDR Solutions*, vol. 2, Norton Professional Books.
- Knipe, J.* (2009). The Method of Constant Installation of Present Orientation and Safety (CIPOS). In: M. Luber, (Ed.), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Special populations* (pp. 235-242). New York, NY: Springer Publishing.
- Knipe, J.* (2010). Dysfunctional positive affect: Codependence or obsession with self-defeating behavior. In M. Luber (Ed.), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) scripted protocols: Special populations* (pp. 463–435). New York, NY: Springer Publishing.
- Knipe, J.* (2014). *EMDR Toolbox: Theory and Treatment of Complex PTSD and Dissociation* (2nd Edition). New York, NY: Springer Publishing.
- Konuk, E., Knipe, J., Eke, I., Yuksek, H., Yurtsever, A., & Ostep, S.* (2006). The effects of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy on posttraumatic stress disorder in survivors of the 1999 Marmara, Turkey, earthquake. *International Journal of Stress Management*, 13(3), 291–308. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.3.291>
- Korn DL.* (2009). EMDR and the Treatment of Complex PTSD: A Review. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(4): 264-278.
- Marich J.* (2009). EMDR in the Addiction Continuing Care Process Case Study of a Cross-Addicted Female’s Treatment and Recovery. *Journal of EMDR Practice and Research*, 3(2), 98–106.
- Matthijssen, SJMA & Menses, SDF.* (2024). Case report: Intensive online trauma treatment combining prolonged exposure and EMDR 2.0 in a patient with severe and chronic PTSD. *Front Psychiatry*, 22; 15:1370358.
- Mosquera, D., & Knipe, J.* (2015). Understanding and treating narcissism with EMDR therapy. *Journal of EMDR Practice and Research*, 9(1), 46–63.
- Mosquera, D., & Knipe, J.* (2017). Idealization and Maladaptive Positive Emotion: EMDR Therapy for Women Who Are Ambivalent About Leaving an Abusive Partner. *Journal of EMDR Practice and Research*. 11. 54-66. 10.1891/1933-3196.11.1.54.
- Mosquera, D., & Knipe, J.* (2018). EMDR therapy and physical violence injury: «best moments» protocol. *EMDR Therapy: Scripted Protocols and Summary Sheets: Treating Eating Disorders, Chronic Pain and Maladaptive Self-Care Behaviors.* Springer, New York, NY, 251-260.
- Shapiro, F* (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures.* New York, NY: Guilford Press. ISBN 1-57230-672-6
- Silver, S. M., Rogers, S., Knipe, J., & Colelli, G.* (2005). EMDR Therapy Following the 9/11 Terrorist Attacks: A Community-Based Intervention Project in New York City. *International Journal of Stress Management*, 12(1), 29–42. <https://doi.org/10.1037/1072-5245.12.1.29>
- Spadoni, M.* (2023). *Flashcards for Learning EMDR Tools Card Book. Standard Edition*, Monza, MB: self-published.
- Van der Hart, O., Nijenhuis. E.R., Solomon, R.* (2010). Dissociation of the Personality in Complex Trauma-Related Disorders and EMDR: Theoretical Considerations, *Journal of EMDR Practice and Research*; 4(2), 76-92
- Van Der Vleugel BM, Van Den Berg DP, Staring AB.* (2012). Trauma, psychosis, post-traumatic stress disorder and the application of EMDR. *Riv Psichiatr.* Mar-Apr; 47(2 Suppl):33-8. doi: 10.1708/1071.11737. PMID: 22622277.

Il Trattamento EMDR del Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità: sfide nell'alleanza terapeutica e adattamenti clinici.

Elisabetta Graziano
Supervisore EMDR - Genova

Il Disturbo Ossessivo-Compulsivo di Personalità (OCPD) rappresenta una delle condizioni più frequentemente osservate nella pratica clinica ed è spesso confusa erroneamente, con il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (DOC). Si tratta di una patologia appartenente al Cluster C dei disturbi di personalità, caratterizzata da un pattern pervasivo di perfezionismo, rigidità cognitiva e comportamentale, e un eccessivo investimento nel controllo mentale e interpersonale, a discapito della flessibilità e dell'efficienza. Chi presenta un OCPD tende a esibire una forte necessità di ordine, regole, dettagli e controllo, spesso a scapito del benessere relazionale ed emotivo. A differenza del DOC, le caratteristiche non sono vissute come intrusive o ego distoniche, ma piuttosto come modalità funzionali alla gestione del mondo interno ed esterno, anche se disfunzionali e fonte di sofferenza.

Questa struttura di personalità si sviluppa precocemente e tende a stabilizzarsi nell'età adulta, influenzando profondamente le relazioni interpersonali, le dinamiche lavorative e il modo in cui l'individuo affronta l'incertezza, l'errore e la vulnerabilità.

Il disturbo ossessivo compulsivo di personalità (OCPD) può essere visto come un'evoluzione o cristallizzazione dei tratti tipici del DOC, ma i due disturbi sono distinti e seguono due traiettorie distinte. Nel DOC l'individuo vive generalmente i sintomi come ego distonici ed insorge in genere in adolescenza con andamento fluttuante.

Il disturbo ossessivo di personalità ha impatto molto più forte per l'individuo ed è caratterizzato da perfezionismo, rigidità, bisogno di controllo, moralismo ed eccessiva dedizione al lavoro, ma i tratti sono vissuti come egosintonici con la propria identità. Il disturbo di personalità tende a svilupparsi in tarda adolescenza ma permane costante nel tempo.

Evoluzione possibile dal DOC a OCPD

Alcuni individui con DOC cronico possono sviluppare nel tempo tratti di personalità ossessivi (controllo, rigidità, perfezionismo) come strategie adattive funzionali per gestire l'ansia.

Questo può portare ad una cristallizzazione dei meccanismi difensivi evolvendo in un quadro OCPD.

Tuttavia, non tutti i pazienti con DOC sviluppano OCPD e viceversa: molte persone con OCPD non presentano compulsioni classiche del DOC e prevale invece l'ossessione sotto forma di pensieri intrusivi, una rigidità estrema una scarsa capacità meta riflessiva e una forte fobia verso le emozioni.

Nell'OCPD il focus non è l'ansia acuta ma il bisogno di controllo come difesa appresa da esperienze traumatiche o ambienti ipercritici.

L'EMDR può aiutare a lavorare su

- Eventi avversi legati a critiche, umiliazioni, fallimenti o colpa
- Modelli di attaccamento rigidi e ipercritici
- La base traumatica del perfezionismo e del moralismo.

Importanza del fattore Precipitante e arrivo nella stanza di terapia

Questi pazienti tendono ad arrivare con fatica in terapia e spesso lo fanno a seguito di un evento neutro esterno (fattore precipitante) che vivono come fortemente impattante poiché fa perdere la loro sensazione di controllo.

I pazienti OCPD arrivano anche in terapia a seguito di un evento precipitante che attiva intensamente temi legati alla responsabilità e al controllo.

Si tratta talvolta di eventi che mettono il soggetto di fronte a richieste percepite come schiaccianti, anche quando si tratta di eventi positivi (matrimonio, promozione) che generano una percezione di perdita di controllo o esposizione al fallimento. Questo può creare confusione nel terapeuta, poiché l'evento precipitante non appare immediatamente minaccioso ma in realtà, indagando bene, va a toccare dei nuclei profondi legati all'autoefficacia, al perfezionismo al timore di sbagliare.

Un esempio clinico può chiarire meglio questo concetto: un mio paziente OCPD è arrivato in terapia per sintomi depressivi che si sono manifestati dopo l'acquisto di una casa molto costosa. Si trattava di un evento oggettivamente positivo, frutto di una scelta razionale e pianificata ma che ha attivato in lui un senso travolgente di responsabilità, paura

di non essere all'altezza. Il paziente ha iniziato a rimuginare incessantemente sulla decisione presa, interrogandosi ripetutamente sul fatto che potesse non essere la scelta giusta.

L'evento precipitante può trarre in inganno anche il terapeuta che magari potrebbe non esplorare a dovere il suo significato e le implicazioni per il paziente.

Gli OCPD sono pazienti che spesso giungono in consultazione per avere approvazione da parte del terapeuta, per ricevere consigli o perché si sono documentati su EMDR ma senza avere intenzione di affrontare un vero lavoro terapeutico, poiché fobici delle loro emozioni: l'aspettativa è che dopo due sedute, EMDR risolva alla radice il problema.

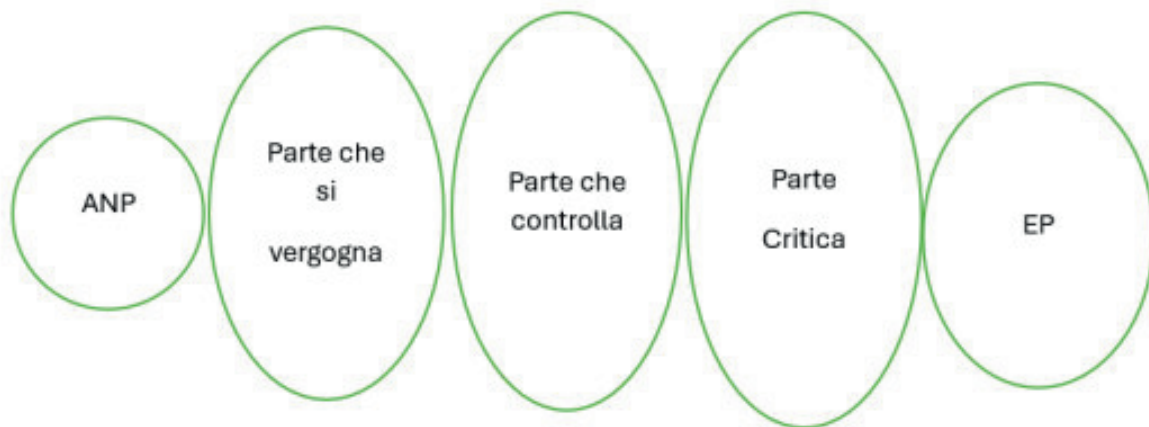
Il terapeuta incontra grosse difficoltà già nella fase 1 dove sembra impossibile una raccolta anamnestica.

Sappiamo che in fase 1 dobbiamo esplorare alcune tematiche come:

- Esperienze genitoriali iperesigenti
- Esperienze di svalutazione
- Momenti in cui da bambino non ha avuto uno spazio emotivo

Dobbiamo però tenere presente che questi pazienti hanno un disturbo di personalità e delle difese cristallizzate.

Una delle principali difficoltà è creare un'alleanza terapeutica, degli obiettivi chiari e riuscire ad esplorare la storia del paziente. Il Rimuginio mentale viene utilizzato anche nello spazio terapeutico per non rispondere alle domande del terapeuta e non sentire le emozioni. Il paziente OCPD vuole solo essere rassicurato sulle sue azioni e le sue scelte quotidiane senza mettere in discussione nulla del suo passato. Sono pazienti che descrivono minuziosamente i fatti che li portano in terapia, ma poco inclini a rispondere a domande sulla loro famiglia di origine poiché la struttura difensiva che presentano è tipicamente questa:



Strategie terapeutiche

Dobbiamo apportare dei cambiamenti alla fase 1 poiché ci troviamo di fronte a pazienti con disturbo di personalità ossessionati dalla paura di perdere il controllo, da una estrema vergogna e da una parte critica che impediscono l'esplorazione del terapeuta. Prima di entrare nelle strategie è necessario puntualizzare che con questi pazienti la fase 1 e 2 non solo saranno più lunghe, ma tenderanno anche a sovrapporsi. Per sovrapposizione, intendo che mentre esploro la storia di vita di questi pazienti è necessario monitorare costantemente la relazione terapeutica e alternare all'esplorazione tecniche d'installazione di risorse per fortificare l'alleanza terapeutica stessa. Dobbiamo esplorare la storia tenendo a mente le parti difensive di questi pazienti facendo un lavoro di riconoscimento e accettazione della loro funzione e nello stesso tempo rafforziamo ciò che emerge di positivo e installiamo risorse. Naturalmente vogliamo che il nostro paziente incominci ad abbassare le difese per permetterci di lavorare alla costruzione del piano terapeutico e che il paziente trovi la sua motivazione reale al lavoro terapeutico. Quindi il nostro lavoro non sarà soltanto quello di ampliare la finestra di tolleranza, ma anche un lavoro metacognitivo ed emotivo con questi pazienti che hanno scarse risorse.

Fornire una psicoeducazione Mirata

È molto importante indagare se il paziente ha anche pensieri intrusivi, questo perché tali pensieri hanno un carico importante e soprattutto perché causano stati depressivi importanti. Ma la vergogna spesso impedisce al paziente di raccontare la tipologia dei pensieri intrusivi. Per questo è fondamentale con questi pazienti fornire una psicoeducazione mirata e portare esempi chiari di pensieri intrusivi.

La psicoeducazione mirerà quindi a

- Normalizzare l'esperienza

- Darà al paziente una rilettura della sua rigidità e criticismo e del suo bisogno di controllare
- Ridurrà il senso di vergogna.

Dobbiamo portare esempi semplici, riportando ad esempio che altri pazienti si trovano ad avere pensieri intrusivi in cui pensano che potrebbero fare male ai propri cari, pensano di impazzire e simili. Solitamente il paziente prova rassicurazione dopo una tale spiegazione e a questo punto è fondamentale chiedere al paziente, come la fa stare sentire questo? La maggior parte dei pazienti sperimenta un senso di calma che possiamo rafforzare come risorsa con BLS (stimolazione bilaterale).

Utilizzo di Immagini

Possiamo utilizzare le immagini per far scendere il nostro paziente dal cognitivo all'emotivo in un'esperienza 'protetta'.

Le immagini possono essere scelte da eventi quotidiani (trigger) e il loro scopo è quello di allenare il paziente a tollerare un'attivazione emotiva leggera e modulata associata ad una cognizione negativa in un contesto di sicurezza e coregolazione. Si sceglie un'immagine (magari partendo dai contenuti che porta il paziente in apertura di seduta) e si aiuta il paziente a formulare una CN, chiedendo al paziente di stare sull'emozione pochi secondi con BLS lente e molto brevi. Si favorisce la consapevolezza somatica e la regolazione emotiva senza fare emergere la memoria traumatica.

Esempio di tale procedura

o Mentre mi racconta cosa le è successo durante la settimana le arriva un'immagine?

o Se sì, quale immagine le arriva?

o Sarebbe molto importante per noi capire quale convinzione su di sé elicitava questa immagine?

o Sarebbe prezioso capire se guardando l'immagine riesce a collegare anche un'emozione e dove e nel suo corpo

o Quando ha individuato il punto del suo corpo e l'emozione, le chiedo di riprendere l'immagine notare la sc e seguire le mie dita in modo da riuscire a stare sull'emozione senza essere sopraffatti.

In questo modo ci alleiamo con la parte che controlla chiarendo che non facciamo nulla per metterla in pericolo.

Con questa strategia ripetuta alleniamo il paziente a tollerare a poco a poco le sue emozioni e lo accompagniamo, facendo quello che non hanno fatto le figure di attaccamento. Non facciamo un float back, ma ampliamo solo la capacità di stare nelle emozioni. Questo esercizio riduce l'evitamento fobico dell'attivazione emotiva, rafforza il senso di padronanza e costruisce sicurezza nello spazio terapeutico.

Far condurre al paziente la stimolazione

Possiamo aiutare la parte che controlla facendo in modo che sia il paziente a fare la stimolazione con l'abbraccio della farfalla o muovendo i piedi in modo alternato in modo che il paziente possa acquisire sempre più la consapevolezza che può accettare e accogliere le proprie emozioni e che questo non significa perdere il controllo.

Utilizzo della self disclosure per ridurre la vergogna e favorire l'accesso all'elaborazione EMDR.

I pazienti con OCDP portano con sé vissuti di inadeguatezza e un senso identitario di 'essere difettosi' per questo una self disclosure calibrata e intenzionale da parte del terapeuta può svolgere una funzione riparativa.

Quando il paziente percepisce il terapeuta come umano, autentico, si riduce il rischio di ritraumatizzazione relazionale e l'esperienza è un'esperienza riparativa. Dopo un intervento di questo tipo posso chiedere al paziente: *come è per lei sentire che io provo, oppure ho provato queste emozioni?*

Spesso la risposta del paziente sarà mi sento meno pazzo o meno sbagliato e a quel punto possiamo installare la sensazione positiva come risorsa relazionale con BLS.

Definire in modo periodico gli obiettivi terapeutici

Con i pazienti OCDP, è fondamentale la definizione e il monitoraggio costante degli obiettivi terapeutici.

Monitorare gli obiettivi aiuta il terapeuta a dare significato a cosa accade nella relazione e calibrare l'intervento, si evita così di entrare in dinamiche disfunzionali con il paziente ed è inoltre un esercizio metacognitivo che aiuta il paziente a riflettere su se stesso, sulla relazione terapeutica.

"Noi siamo qui oggi perché lei ha espresso il desiderio di stare meglio nelle relazioni, di sentirsi meno inadeguato. Per arrivarci dobbiamo lavorare esplorando, senza giudizio, su quello che lei prova e sente in alcune situazioni e capire quale collegamento esiste con la sua storia di vita, sente che possiamo farlo assieme? Oppure sente dentro di lei una resistenza a farlo?"

Se il paziente risponde che percepisce una resistenza possiamo chiedere dove la sente, fare poche bls con il doppio scopo di esplorare e di accogliere magari una parte che si difende e non vuole lavorare.

Monitorare il Rimuginio

Nei pazienti con OCPD il rimuginio assume spesso una funzione regolativa fondamentale. Non si tratta di un semplice pensiero ripetitivo, ma di un vero tentativo di controllo cognitivo su emozioni vissute come caotiche, inaccettabili o minacciose per il senso di sé. Attraverso il rimuginio il paziente cerca inconsapevolmente di mettere distanza dall'attivazione emotiva e mantenere un senso di coerenza e sicurezza interna. In una prospettiva EMDR, il momento in cui il paziente accede al rimuginio può essere utilizzato in modo esplorativo e processuale prima stoppando il rimuginio e poi avviando dei set esplorativi per favorire un contatto con la parte emotiva. È utilissimo ciò che ci insegna Liotti a riguardo e quindi possiamo aiutare il paziente a riconoscerlo seguendo ad esempio questa procedura

Si accorge che sta pensando da dieci minuti alla stessa cosa non trovando una soluzione?

Si fermi un momento e osservi, quando è iniziato?

--BLS--

Cosa è successo prima che partisse questo pensiero (individuo il trigger)

--BLS--

C'è stato un momento dove si è sentito infuriato....in colpa...

Il nostro obiettivo è quello di spostare il paziente dal cognitivo all'emotivo, sempre in modo graduale con questi pazienti e con l'uso delle BLS in modo esplorativo.

È utile chiedere per esempio, chiedere cosa sentiva il paziente nel corpo prima di rimuginare, se c'era un'emozione che aveva paura di sentire; in questo modo il terapeuta avvia un'esplorazione per aiutare il paziente a nominare lo stato emotivo sottostante.

L'azione terapeutica mira a

1. Identificare il Rimuginio come processo
2. Portare solo parzialmente e gradatamente il paziente sul piano corporeo ed emotivo
3. Ricostruire il significato relazionale (attaccamento, paura del rifiuto)
4. Offrire contenimento e riflessione affettiva condivisa
5. Collegare il trigger all'esperienza del passato
6. Crea i presupposti per un legame relazionale correttivo

Conclusioni

Lavorando in questo modo il nostro paziente dovrebbe riuscire gradualmente ad abbassare le difese e a tollerare il sentire le emozioni rendendoci possibile iniziare un lavoro più lungo con EMDR che abbia come obiettivo quello di processare i target del passato, i trigger, gli scenari temuti (flash forward) ed infine il futuro.

I pazienti OCPD sono a rischio di dropout e il terapeuta spesso li percepisce come pazienti 'non stabili' che possono smettere la terapia da un momento all'altro. Per questa ragione dobbiamo ampliare la fase 2, preparando i nostri pazienti e monitorare continuamente l'alleanza terapeutica.

Bibliografia.

Giovanni Liotti "Le opere della Coscienza" Raffaello Cortina Editore

Di Maggio, A. Centonze, P. Ottavi, . Popolo "Relazione terapeutica e tecniche esperienziali" Raffaello Cortina editore.

Mark Dworkin "La Relazione terapeutica nell'EMDR", Raffaello Cortina Editore.

EMDR in “pentola”: un possibile incontro tra Francine Shapiro e Virginia Satir

Ilaria Di Vecchio, Emanuela Laquidara

Introduzione

In questo contributo, descriveremo il processo di co-costruzione di una nuova narrazione tra due approcci differenti, ma che nel corso della loro applicazione, abbiamo scoperto quanto possano integrarsi nel trattamento dei traumi: l'approccio sistemico relazionale, nostra formazione di base e la pratica terapeutica EMDR, specializzazione che entrambe abbiamo acquisito successivamente, durante il nostro percorso professionale. La prima parte del presente lavoro sarà dedicata a fornire un inquadramento teorico della possibile “danza” tra questi due movimenti; nella seconda verrà descritta la sperimentazione di una tecnica puramente sistemica, “la pentola” eredità di Virginia Satir (1972), rivisitata con le EMDR, attraverso il racconto di un caso clinico.

1. Il trauma nella cornice storica sistemica

Storicamente, il modello sistemico si è contrapposto alla visione psicoanalitica del paziente come vittima della propria famiglia e ha lavorato nell'ottica di scardinare il classico tema della colpevolizzazione, sia attraverso la connotazione positiva, sia attraverso la causalità circolare e cioè collettivizzando e parificando la responsabilità tra tutti i membri della famiglia. In questa prospettiva il trauma non è più circoscritto al singolo, bensì il risultato di interazioni circolari e di una responsabilità condivisa tra tutti i membri della famiglia. Questa visione rompe con quella tradizionale, psicoanalitica, che tendeva a incolpare il genitore (la madre), e ne propone una più articolata in cui il trauma è inteso come un fenomeno complesso, secondo il quale ogni relazione familiare contribuisce alla sua genesi e al suo mantenimento. (Cirillo, Di Blasio, 1989). La psicoanalisi ha oscillato tra un atteggiamento fortemente accusatorio nei confronti dei genitori e una posizione assolutoria che negava o banalizzava il trauma. Inoltre, non concedeva ai familiari alcuna possibilità di riscatto, suggerendo l'allontanamento psicologico e simbolico del bambino dai suoi genitori. Il movimento sistemico, invece, ha riconosciuto la realtà del trauma e la responsabilità familiare, sostenendo che i familiari stessi possono diventare i migliori terapeuti (Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino, 1988). Il movimento sistemico ha avuto dunque il merito di aver aperto la strada alle terapie del trauma ma ha mostrato difficoltà nel trattarlo efficacemente, in parte a causa della necessità di depatologizzare il paziente designato, scelta giustificata dall'intento di valorizzare le risorse del paziente e dei familiari, con il rischio che questo producesse una sottovalutazione dei traumi e delle loro conseguenze, in parte a causa di quello che viene definito come il tabù della diagnosi individuale, per cui parlare di traumi significava concentrarsi sugli aspetti sistemici (Selvini, 2011). La presa d'atto di una necessaria integrazione tra la diagnosi sistemica e quella individuale ha portato buona parte del movimento sistemico come, ad esempio, la scuola di Milano di Selvini e le scuole romane di Cancrini e Andolfi, a staccarsi dal modello purista per recuperare idee sul funzionamento individuale. In questo percorso, la teoria dell'attaccamento di Bowlby (1989) e le esperienze della terapia del trauma (Herman, 1992) sono risultate essere fondamentali cerniere tra il relazionale e l'individuale.

2. Modello sistemico ed EMDR

In questa cornice storica l'EMDR si è andata affermando come approccio terapeutico elettivo per il trattamento del trauma. Esso fonda le sue radici nell'AIP (Adaptive Information Processing) e si basa sull'ipotesi che un evento traumatico blocchi il processo innato del cervello di elaborazione dell'informazione, congelando le informazioni, così come le emozioni e le sensazioni fisiche legate al trauma, in una forma frammentata e non integrata. Lo squilibrio portato dal trauma può essere risolto attraverso il sistema autopoietico di ciascuno, che se attivato porta all'integrazione del trauma. Attraverso la stimolazione bilaterale alternata l'informazione fino ad allora “congelata” riprende ad essere elaborata giungendo ad una risoluzione neurologicamente adattiva e integrata delle memorie del paziente legate all'episodio traumatico (Antonelli, 2017). L'integrazione tra il modello sistemico e l'EMDR si basa su alcune considerazioni fondamentali. In primo luogo, secondo Mosconi (2014), l'identità di un individuo può essere vista come un Sistema Coordinato di Narrazioni (SCN), ovvero un insieme di storie che la persona racconta a sé stessa e agli altri. Questo concetto evidenzia come il trauma possa alterare tali narrazioni e la percezione della propria identità. Inoltre, le neuroscienze hanno dimostrato che il trauma rimane fissato nella memoria autobiografica fino a quando non viene adeguatamente richiamato e ricodificato in modo adattivo (Damasio, 2010; Siegel, 2014). Questo richiede un lavoro che arrivi a livelli profondi, che a volte sono difficilmente

raggiungibili con la conversazione. Possiamo affermare che EMDR e sistemica siano predisposte per un'integrazione virtuosa, in quanto l'EMDR affronta la rielaborazione dei traumi, va verso la desensibilizzazione degli stessi attraverso la sollecitazione dei ricordi associati che s'indirizzeranno verso i contesti relazionali che li hanno generati e permessi; la sistemica concentra la sua attenzione sui contesti generatori dei traumi per analizzare e rielaborare le modalità relazionali che li hanno consentiti. Entrambe, quindi, sembrano incrociare le loro strade in un punto comune: elaborare il trauma e diminuirne la patogenicità attraverso la connessione con altri ricordi che permettano di affrontarlo, esprimerlo, contestualizzarlo e storicizzarlo (Mosconi, 2015).

3. La Pentola di Virginia Satir

Virginia Satir, pioniera della terapia familiare, ha introdotto l'esperienza della "pentola" per offrire un modo simbolico e intuitivo di comprendere e rappresentare l'autostima e la storia emotiva dell'individuo. La pentola, nella sua esperienza personale e nel suo lavoro clinico, diventa un contenitore in cui ciascuno "immagazzina" le proprie esperienze di vita, le emozioni e i ricordi. Durante la sua infanzia visse un'esperienza traumatica che la portò a rischiare la vita a causa di un'appendicite. Da adulta diventò un'assistente sociale ed elaborò la terapia sistemica applicata alle famiglie. Il suo lavoro clinico si avvale di molte metafore per far raccontare e descrivere esperienze. Riassunse il suo approccio in una frase che spesso ripeteva: "Diventare più pienamente umani", espressione che evoca il contenitore simbolico della pentola, esperienza introdotta nel testo "Peoplemaking" (1972), della quale narra a partire dalla sua storia personale. Satir ricordava di una grande pentola nera, presente nella fattoria del Wisconsin in cui viveva, che veniva utilizzata da diversi membri della sua famiglia: la madre ci faceva il sapone in estate, ci cucinava lo stufato, mentre suo padre la utilizzava per immagazzinare il concime per le aiuole dei fiori. Si trattava dunque di una "pentola familiare" e chiunque la utilizzasse doveva chiedersi di che cosa e quanto fosse piena la pentola in quel momento. Questo "oggetto terapeutico" si propone come contenitore simbolico in cui un soggetto inserisce la propria storia personale in termini di "pieno" e di "vuoto". Le esperienze di "pieno" rappresentano quei momenti in cui il soggetto si è sentito completo, apprezzato e capace di affrontare le sfide della vita, mentre le esperienze di "vuoto" riflettono periodi di insoddisfazione, di isolamento o di mancanza di sostegno emotivo. Nella prassi canonica si chiede al paziente di rievocare tre momenti della propria vita e di ricollegarli alle esperienze vissute partendo dal livello che preferisce, annotando a lato la data. La rappresentazione grafica contemplerà pertanto:

- Il livello del "vuoto", ovvero quando il senso di pienezza è stato vissuto come minimo.
- Il livello del "pieno", ossia quando il senso di completezza è stato vissuto come massimo.
- Il livello attuale, riguarda il momento attuale, quindi come il paziente si sente nel qui e ora.

La pentola aiuta il paziente a visualizzare e riconoscere il proprio percorso di vita, organizzandolo in una narrazione che parte dal non verbale e dal simbolico per giungere ad una narrazione. La funzionalità di tale esperienza, favorisce innanzitutto una connessione emotiva più profonda, poiché il paziente non si limita a descrivere verbalmente le proprie esperienze, ma le "vede" e le "sente"; permette di lavorare direttamente sull'autostima, mettendo in evidenza come momenti di "pieno" possano essere riscoperti e valorizzati, contribuendo a rafforzare l'immagine di sé. Infine, aiuta a identificare i pattern relazionali che hanno influenzato il modo in cui il soggetto ha vissuto e organizzato le proprie esperienze, aprendo la strada a interventi terapeutici mirati alla rielaborazione e all'integrazione dei ricordi traumatici. In sintesi, la pentola di Virginia Satir è molto più di un semplice oggetto simbolico, rappresentando un potente strumento terapeutico che permette al paziente di dare forma alle proprie emozioni: *"la rappresentazione metaforica delle emozioni libera dal vincolo delle parole, ma proprio per questo fa sì che il soggetto possa dare loro un contenuto che emerge dal ricordo"* (Bogliolo, Bacherini, 2015, p.83).

4. Una sperimentazione: la pentola di Virginia Satir rivisitata e potenziata attraverso EMDR

Come abbiamo visto, dall'esperienza della pentola emergono nuove narrazioni, ed è proprio su queste che abbiamo scelto di applicare la pratica EMDR, con l'obiettivo di elaborarle ed immagazzinarle in maniera adattiva. Nello specifico, "il pieno" della pentola permette di accedere alle memorie autobiografiche positive del paziente, ossia alle risorse interne dell'individuo. In questo senso, abbiamo pensato di potenziarle con la procedura definita "Resource Development and Installation - RDI" (Shapiro 2019; Korn, Leeds, 2002; Leeds, 1998), ossia la loro installazione con la stimolazione bilaterale alternata (SBA). Infatti, nel trattamento dei pazienti con PTSD complesso, questi autori cominciarono ad utilizzare la SBA non soltanto per andare a desensibilizzare e riprocessare i ricordi traumatici, ma anche per sviluppare e rinforzare le

risorse della persona. L'installazione delle risorse può essere pertanto definita come una tecnica di regolazione emotiva che lavora sugli aspetti positivi (come il coraggio, il senso di competenza, la sicurezza in sé stessi) di cui il paziente ha bisogno per poter affrontare le situazioni difficili ed aiutarlo ad avere un obiettivo concreto da raggiungere (Zaccagnino, 2022).

Il “vuoto” della pentola, invece permette l'accesso alle memorie autobiografiche traumatiche. In questo senso, appare necessario suddividere i traumi in due tipologie: traumi definiti con la “T maiuscola”, ossia eventi che possono avere ripercussioni importanti sulla propria vita, arrivando a comprometterne la sua qualità: es, terremoti, lutti, abusi, aggressioni e traumi definiti con la “t minuscola”, che fanno riferimento a tutte quelle esperienze disfunzionali che una persona può aver vissuto durante la sua vita, come ad esempio essere stati oggetto di critiche e di svalutazioni, che se sperimentati in modo precoce e ripetuto possono andare ad intaccare sulla fiducia in sé stessi e sul proprio senso di auto-efficacia, portando la persona ad avere una visione del sé e del mondo ristretta e limitata (Zaccagnino, 2022). Schore (2003; 2009), definisce queste esperienze come “traumi relazionali”, ossia esperienze disfunzionali vissute all'interno delle relazioni interpersonali che possono generare forti emozioni di impotenza e vergogna e associate allo sviluppo di credenze negative su di sé, come ad esempio “non vado bene”, “non sono capace”, “non sono amabile” e così via. L'osservazione e la clinica mostrano che queste esperienze possono arrivare a sperimentare le stesse reazioni post-traumatiche di un trauma con la T. Sappiamo anche che, tanto più un evento traumatico è precoce, tanto maggiori e più profonde saranno le ricadute nelle sue traiettorie di sviluppo. In questo senso, il “vuoto” pentola abbiamo deciso di rivisitarlo attraverso il protocollo standard a 8 fasi di Shapiro (1989;1992).

4.1. Variazioni strutturali rispetto alla versione originaria

Nella presente sperimentazione, sono state apportate due variazioni rispetto alla somministrazione dello strumento originario.

La prima è stata quella relativa alla sequenza narrativa. Infatti, nella procedura canonica solitamente il terapeuta lascia che sia il paziente a scegliere da quale livello iniziare la propria narrazione; nel caso specifico, è apparso opportuno invitare la persona ad iniziare a lavorare sul “pieno”, sostanzialmente per due motivi: sia per far familiarizzare il paziente con la stimolazione bilaterale focalizzandosi su un momento positivo, senza evitarlo oppure respingerlo ed osservare cosa accade (Curran, 2010; 2013), sia per fornire strumenti di riduzione dello stress prima di lavorare sulle memorie traumatiche che emergeranno verosimilmente nel “vuoto”, in modo da avere una “base sicura” a cui tornare. La stabilizzazione, la sicurezza e l'incremento di esperienze ed emozioni positive nella vita del paziente fanno parte del processo terapeutico, al pari dell'intervento del terapeuta sulla memoria traumatica (Steele 2016; Boon, Steele, van der Hart, 2013).

La seconda modifica ha riguardato il livello attuale della pentola, che abbiamo scelto di esplorare in due momenti diversi senza utilizzare la stimolazione bilaterale alternata: nella prima fase narrativa, necessaria alla costruzione della “pentola” nella sua interezza e nella fase conclusiva, successiva all'utilizzo della pratica EMDR, in modo da rileggere i vissuti del paziente nel qui ed ora anche come una sorta di “termometro” valutativo dell'efficacia sia del protocollo sia processo terapeutico.

5. Un caso clinico: la storia di Sara

5.1. Storia familiare e relazionale

Sara ha 28 anni ed è una ragazza molto impegnata nella sua quotidianità: dopo aver ottenuto il diploma di scuola superiore è stata assunta come impiegata full-time, contemporaneamente frequenta la facoltà di Economia e Commercio online ed ha una grande passione per la ginnastica artistica, che nel tempo è diventata anche un secondo lavoro: infatti, ha conseguito negli anni una serie di brevetti che l'hanno portata ad insegnare tale disciplina. La richiesta di avvio di un percorso psicoterapico è stata spontanea: Sara si sente a disagio nelle relazioni, è in crisi con il suo fidanzato con il quale intrattiene una relazione sentimentale da circa tre anni dove si sente invisibile, svalutata, “ed ho paura a stare sola”, racconterà in prima seduta. La prima cosa che colpisce è che Sara non ha un momento in cui non è impegnata, sembra una catena di montaggio, un tetris che si conclude la sera quando va a dormire. Riguardo all'anamnesi familiare e relazionale, Sara vive con i genitori e la sorella Isotta, minore di quattro anni. Riferisce di avere un legame molto stretto con quest'ultima, che definisce essere “il mio tutto”, ossia amica, sorella, confidente, un modello da seguire, “lei è brava in tutto a differenza di me”. Indagando sulla famiglia d'origine, emerge una storia di malattia che si è sviluppata sul ramo

materno e che purtroppo ha reso sia Sara sia la sorella soggette ad un elevato rischio eredo-familiare di sviluppare carcinoma sia mammario sia ovarico. Il medico ha pertanto indicato una mastectomia e isterectomia preventiva entro i 35 anni, in modo da ridurre il più possibile il rischio oncologico. Sara sembra correre e “riempirsi” molto più e più velocemente di una ragazza della sua età, sente di “non avere tempo”, il tempo di progettare, rimanendo forse incastrata anche in una relazione che non la soddisfa pienamente ma che per lei sembra essere l’unica possibile per raggiungere il suo obiettivo, ossia quello, come dice lei di “sistemarsi” prima della sua “deadline”, “la sua data di scadenza”.

5.2. Il processo terapeutico

Nel corso delle sedute, sono state toccate, approfondite e rielaborate diverse dimensioni del sé, correlate ai vissuti di paura della malattia, al senso di colpa per “non essere ancora malata”, al legame con la sorella, al suo sentirsi “dipendente” dagli altri, al suo bisogno di autonomia e di differenziazione ed in generale al suo costante senso di inadeguatezza rispetto al mondo. “Io sono inadeguata”, “io non vado bene”, “io non sono capace”, “io non sono all’altezza” sono le auto-valutazioni ricorrenti su sé stessa durante le sedute, che sembravano costituire, prendendo a prestito le parole di Cecchin ed Apolloni (2003), la sua “idea perfetta”, ossia una convinzione così forte su di sé e sui funzionamenti dei propri sistemi all’interno dei quali è inserita, a tal punto da diventare una verità inscalfibile e riconfermabile in maniera auto-ricorsiva. Attraverso l’esperienza del genogramma familiare (Bowen, 1980), scopriamo insieme che questa voce così squalificante sembra appartenere ai suoi genitori. Nello specifico, della madre, che sembra restituirle il messaggio implicito, “non sei in grado di”, “ma ce la farai?” cristallizzandola nel suo essere bambina; del padre, figura mitizzata da Sara come colui che si è fatto da solo e che non ha abbandonato la madre quando si è ammalata, che sembra da sempre inviare implicitamente un altro messaggio, “potevi fare meglio e di più”, restituendole di non fare e di non essere mai abbastanza. Sara “non si sente vista” dalle figure genitoriali che sembrano, a detta sua, volgere lo sguardo verso l’altra figlia, che ai suoi occhi restituisce l’immagine della perfezione, “è la figlia che non ha e non dà problemi”. Provando a rileggere il vissuto della paziente con un’ipotesi relazionale, quest’ultima sembra rimanere incastrata in una dinamica relazionale dove la sua iper-produttività appare come un tentativo di essere riconosciuta dai genitori. Gli impliciti che però le arrivano, ossia “non è mai abbastanza” e “ma ce la farai?”, sembrano andare a rinforzare in modo ricorsivo il suo senso di auto-difettosità. Uscire da questo incastro significherebbe per la ragazza contravvenire alla credibilità del padre mitizzato e questa sua mancata legittimazione sembra relegarla nella posizione di eterna bambina, così come viene vista da sua madre. Nell’evolvere della terapia, Sara sembra comunque acquisire gradualmente consapevolezza della sua storia e delle dinamiche relazionali presenti nella sua famiglia d’origine. Attraverso diverse esperienze sul sé riesce a riconoscersi alcune competenze, qualità, risorse, come “la bontà, la gentilezza, la disponibilità, l’impegno, la determinazione”; riesce a legittimarsi maggiormente la sua autonomia decisionale, scegliendo per la sua vita ed il suo futuro, iniziando anche ad esplorare altre dimensioni oltre a quella del dovere: il piacere ed il desiderio. In questa cornice di sufficiente equilibrio, a fine gennaio dello scorso anno, Sara ha una ricaduta che coincide con l’inizio di una nuova relazione con un coetaneo, che chiameremo Gabriele che mostra nei suoi confronti un atteggiamento ambiguo: infatti, la cerca raramente e quando lo fa, si vedono in casa e mai “alla luce del sole”. Sara inizia a stare male e s’interroga costantemente, in modo quasi ossessivo: “perché non mi vuole?”, “perché si vergogna di me?” “che cosa ho di sbagliato?”. Riemerge così, in tutta la sua potenza, la sua cognizione negativa, “io non vado bene”, facendo molta fatica a recuperare e vedere le risorse acquisite sino a quel momento.

5.3. La somministrazione canonica della “pentola” di Virginia Satir

La scelta di far vivere a Sara l’esperienza della pentola nasce dal tentativo di promuovere e potenziare il suo “sentire”, da un lato andando ad individuare, ricordare e rafforzare il senso di autorealizzazione e le proprie risorse interne; dall’altro di ri-posizionarla rispetto alla propria sofferenza attraverso la narrazione della propria storia relazionale. La terapeuta chiede a Sara di rappresentare graficamente la propria pentola indicando in modo generico il livello del «pieno» ed il livello del «vuoto» e di descriverli. Rispetto al “pieno”, inizialmente fatica a identificare un momento della sua vita in cui ha sentito che la sua pentola era piena in termini di benessere e senso di auto-efficacia, ma poi riesce ad individuarlo nel primo viaggio che ha fatto da sola a Londra: nello specifico, riporta l’immagine rappresentativa di un MEET-UP dove si è trovata a parlare esclusivamente inglese per più di tre ore e dove ha scelto di restare malgrado le perplessità dell’amica che era con lei. Invece, il suo “vuoto” coincide con la ricaduta e nello specifico con l’incontro con Gabriele, “durante la settimana non mi cerca mai. Io non valgo nulla per lui”. Dopo la narrazione dei due livelli e l’analisi dei vissuti emotivi sperimentati, la paziente ha indicato il livello attuale della pentola che, è collocabile circa a metà tra il pieno ed il vuoto: infatti, Sara riporta vissuti migliorativi rispetto all’immagine di sé, riferendo che essere riuscita ad individuare un ricordo

positivo in cui si è sentita forte e capace l'ha aiutata nell'iniziare a vedersi con occhi diversi. Il vissuto associato a tale livello è relativo alla speranza, *"mi sento speranzosa"*.

5.4. La somministrazione rivisitata: "EMDR in pentola"

Dopo la classica somministrazione dello strumento, abbiamo proceduto con l'integrazione della pratica terapeutica EMDR, spiegando alla paziente il funzionamento delle EMDR e ricevendo il suo consenso.

Nella narrazione del caso, viene riportata la procedura rivisitata:

Per quanto riguarda il **pieno**, è stata ripresa la memoria autobiografica positiva, approfondendo le emozioni provate (*"soddisfazione, felicità"*) e le sensazioni corporee sperimentate (*"nella parte centrale del corpo ed un po' nella faccia, perché mentre ne parlo mi rendo conto che sto sorridendo"*). Successivamente, si è proceduto con la stimolazione bilaterale alternata del corpo in modo da riattivare il sistema adattivo di elaborazione delle informazioni. Dopo aver inizialmente provato i MO, abbiamo optato con la paziente per una forma alternativa di stimolazione, ossia il TAPPING, in quanto quest'ultima riferiva fatica nel seguire i movimenti delle dita, perché le creavano secchezza oculare. Man mano che si procede con la stimolazione, il ricordo di Sara si arricchisce di particolari, diventa più nitido, vede se stessa nella scena e dall'osservazione del non verbale inizia a sorridere e a rilassarsi fisicamente, *"adesso vedo sempre più dettagli, immagine è sempre più nitida la stanza... il tavolo ed io che parlo (sorride ed è più rilassata anche fisicamente)"*. Dopo diversi set che restituiscono benessere nello stare in quel ricordo, si procede con l'individuazione della Cognizione Positiva (CP), ossia cosa può dirsi di positivo pensando al ricordo, *"che io sono in gamba eh...che sono stata all'altezza... io sono all'altezza..."*. Dopo alcuni set si chiede di associare il ricordo alla sua CP, continuando con la SBA. Sara inizia ad allargare la rete mnestica delle memorie positive includendo nuovi ricordi, emozioni e sensazioni fisiche rinforzanti e positive; nell'ultimo set alla domanda *"Cosa nota?"*, la paziente risponde: *"sembra banale, ma per me, non essendo mai uscita dal guscio è stato qualcosa di veramente importante e vorrei cercare di non dimenticarlo!"*. Infatti, Sara riferisce di sentirsi molto più rilassata ma al contempo sorpresa di percepire queste sensazioni positive verso sé stessa: questa spinta propositiva sembra funzionalmente opporsi al suo ricorsivo meccanismo di evitamento. Il pieno della pentola, potenziata con RDI, sembra aver inserito e rinforzato le connessioni relative alle risorse interne del sé nelle *"reti di memoria"* funzionali (Leeds, Shapiro, 2000; Shapiro, 1995), mostrandone un aumento spontaneo e rapido dell'intensità emotiva, grazie all'inclusione della stimolazione bilaterale alternata.

Successivamente, abbiamo iniziato a lavorare sul vuoto della pentola che, Sara associa alla recente relazione con il coetaneo Gabriele. Dopo aver rinarrato l'evento, si chiede a Sara di individuare la propria cognizione negativa (CN), quindi la credenza autoriferita negativa associata al ricordo (*"io non vado bene, che io non valgo nulla"*), che nel lessico sistemico è ascrivibile all'idea perfetta di Cecchin e Apolloni (2003), le emozioni sperimentate nella rievocazione, (*"rabbia, tristezza"*) e la loro localizzazione a livello corporeo, (*"nel petto"*). In accordo con la prassi EMDR, è stato di fondamentale importanza comprendere se il ricordo riferito da Sara sia preceduto da altri ricordi pregressi che siano connessi in questo caso alla sua CN attuale, in quanto l'obiettivo è quello di andare a ricercare il ricordo generatore del disagio per procedere all'elaborazione e quindi sbloccare emotivamente il paziente. Per questo abbiamo utilizzato la tecnica del *floatback* (Shapiro, 2001, 2016) che, dopo la rievocazione di diversi ricordi, ha portato Sara ad accedere ad una memoria autobiografica remota risalente alla sua infanzia, riguardante il rapporto con la figura paterna e con la sorella, individuando in questo modo il suo ricordo generatore, il suo touchstone: *"Avevo 6 anni, Isotta (la sorella minore di 4), era piccolina ed aveva bisogno di più attenzioni rispetto a me. Mio padre la filmava mentre schiacciava i pinoli da sola... nel video si vede che mi inserisco nella scena per farlo anche io e mio padre mi dice bruscamente – Sara, lascia stare, non lo vedi che sto facendo il video per Isotta???"*.

Si chiede a Sara di riflettere sull'esistenza di altri di ricordi/eventi simili, associati alla CN, oltre a quelli già narrati: in questo modo, è stato possibile co-costruire un *"menu"* di ricordi traumatici, riordinandoli cronologicamente, da poter desensibilizzare e riprocessare singolarmente nel corso del processo terapeutico.

5.5. Il ricordo generatore

In questo contributo, abbiamo scelto di riportare il lavoro svolto sul ricordo generatore. Come da protocollo, dopo aver proceduto con la fase di preparazione attraverso l'installazione del *"posto al sicuro"*, siamo passati alla fase 3 dedicata all'Assessment, dove sono stati identificati gli elementi del ricordo target:

- L'immagine più disturbante dell'evento è rappresentata dal proprio viso e dalla sua delusione: *"la mia faccia nel video, delusa, demoralizzata...vedi che non esisto...che non gli importa"*
- CN: *"io non valgo"*
- CP: *"io valgo"*
- VOC:1
- Le emozioni associate all'immagine e alla CN: *"rabbia e delusione"*
- SUD:8

- Localizzazione corporea: *“nel corpo e nella faccia... sto piangendo”*

Dopo aver ottenuto queste informazioni ho proceduto con la fase 4, dedicata alla desensibilizzazione del ricordo traumatico, di cui sono stati riportati i riferiti più salienti emersi dai set.

Sara inizia a contattare il ricordo del padre e della sorella, i suoi vissuti e la sua ricerca di approvazione che ritrova nell'attualità:

“L'espressione di mio padre era della serie... esci di lì, solo che non poteva urlarlo troppo perché stava facendo un video e però è una cosa che è sempre stata così...” (SBA);

“Mi rendo conto che magari ho sempre cercato in ogni cosa la sua approvazione” (SBA);

“Sempre la stessa cosa. Mi rendo sempre più conto che la base di tutti i problemi che mi faccio e che penso parte da quando sono nata perché tanto quello è il suo modo di comportarsi...cioè è sempre stato quello” (SBA);

A questo punto, Sara sembra inizia a muoversi verso una prospettiva altra: infatti prende avvio un movimento divergente in cui si legittima di pensare a quando si è sentita di valere a cui seguono sensazione corporee piacevoli.

“Stavo pensando a una volta in cui mi sono sentita all'opposto ma non mi viene in mente” (SBA);

“Ora ogni volta che respiro mi sento qui (si tocca il petto), come se si svuotasse qualcosa” (SBA);

“Mi sento ...leggera” (SBA).

Inizia così a modificarsi la sua CN, come se il comportamento del padre non fosse riferito esclusivamente a lei e al suo senso di auto-difettosità.

“Ci sono stati anche tanti momenti tristi che sembrava che a mio padre non importasse mai di niente, indipendentemente che fossi io o un'altra persona (...)” (SBA);

“Anche se quello era il suo modo di comportarsi con chiunque, però non era giusto comunque utilizzare lo stesso metro di reazione e di comportamento con le sue figlie che magari avevano bisogno di altro” (SBA);

“mi viene da colpevolizzarlo un po'...non vorrei però da quell'episodio lì ci collego poi quello che è successo negli anni ... me lo sono portata dietro... quel ricordo è il simbolo di tutto quello che ho poi vissuto” (SBA);

Si procede verso la chiusura della seduta (incompleta) e Sara riferisce che il ricordo la disturba meno adesso (SUD: 5).

Al termine di questa seduta, riferisce di portarsi via di positivo l'adeguatezza mostrata in alcuni momenti della sua vita, *“indipendentemente da ciò che viene detto e pensato ... che in certe situazioni sono stata brava e che ce la faccio”*.

Nella seduta successiva si procede con la rivalutazione del ricordo ed il disturbo riferito al ricordo appare ulteriormente in decremento (SUD: 4). Infatti, la memoria traumatica sembra essere percepita come meno dolorosa: tale evoluzione sembra confermare la progressiva desensibilizzazione delle componenti negative del trauma. Altresì, emerge l'idealizzazione della sorella ed il suo bisogno di essere simile a lei per essere accettata ma al contempo l'avvio dell'attuale processo di differenziazione da quell'immagine di sé del passato: *“Ho ancora questa sensazione e poi rivedo un po' la scena e ... in cui magari è un ricordo che ho io e che ho visto così mentre mia sorella che era più piccola e magari viveva un'altra situazione era tranquillissima però magari anche in quel momento lo ero però mi vedo in quella scena che ci sono rimasta male... ma niente di particolare”* (SBA);

“Mi ritornano alla mente tanti momenti in cui volevo fare quello che faceva Isotta per essere considerata anche io e mi viene da pensare che forse è un po' per quello che io sono rimasta, che mi sono sempre sentita...l' ho sempre detto che ero più piccola...più indietro di ragionamenti... rispetto ad una persona di trent'anni e che magari ora mi dico che potrei andare a stare da sola... ma due anni fa quando abbiamo iniziato questo percorso non sentivo né la necessità né pensavo di farcela... forse è per questo che sono sempre rimasta un po' così...” (SBA).

Il ricordo le appare sempre più lontano, più distante, non più disturbante o pregnante dal punto di vista emotivo. La paziente si riconosce una descrizione di sé più funzionale rispetto a quella sorella, che inizia a normalizzare ed al contempo sembra acquisire consapevolezza delle sue reali peculiarità, togliendosi da una logica competitiva e confrontativa, restituendosi la sua adultità. Il contenuto del ricordo sembra integrarsi in una prospettiva più adulta. *“Non so se era dovuto al fatto che ero un'ingenua, sempre molto buona, pacifica... non è che mi andavo a scontrare, non litigavo. Irene invece era quella che litigava subito, che faceva confusione e forse ho subito di più certe cose perché ero più... non mi viene il termine che ero più sentimentale...**mi dispiace solo della me bambina che ci è rimasta male... ma io non sono quella bambina ora**”*. A fine seduta, viene verificata la SUD (1) e le viene chiesto se c'è qualcosa di positivo che potrebbe portarsi dalla sessione: *“mi porto via questa positività, questa voglia di fare qualcosa per me”*.

In occasione della seduta successiva, durante la rivalutazione della memoria traumatica, la paziente riferisce che il ricordo non la disturba più (SUD:0): *“Niente di che... lo vedo... lo vedo lì e penso alla me bambina che è stata male in quel momento Mi viene da dire che va bene, che è una cosa successa nel passato. Che in quel momento io volevo attenzioni e volevo aiutare Isotta a schiacciare i pinoli e a non frantumarli e che è stato semplicemente un modo sbagliato di comunicare di mio padre”. Ed è proprio in questo momento che spontaneamente lega il ricordo passato con l'attualità: “magari inconsciamente ci ho pensato e l'ho legato a questa cosa qui...cioè non è che non vado bene...anzi trovo un sacco di situazioni in cui posso*

andar bene, in questo momento però ad esempio, nel caso di Gabriele, è la persona sbagliata, oppure è il momento sbagliato per quella persona...oppure ogni situazione è a sé...non è che è sempre colpa mia se una cosa va a finire male”.

Sara ha iniziato a rileggere l'accaduto in modo più adattivo e aderente al piano di realtà, ha acquisito una visione che non più focalizzata esclusivamente sulla propria colpevolezza o autodifettosità, ha ricollocato questa memoria traumatica nel passato, desensibilizzandolo così dalle sue componenti traumatiche che abitavano nel suo presente.

Come da protocollo, si procede con la fase 5, dedicata all'installazione della cognizione positiva, «*io vado bene per quello che sono e per quello che sto facendo*», alla scansione corporea, dove Sara riferisce che riesce a respirare meglio, «*come se si fosse liberato qualcosa*». La chiusura della seduta coincide con l'elaborazione del ricordo.

Nella seduta successiva di rivalutazione è stata posta a verifica la completa elaborazione del target, rinforzando i risultati ottenuti nella seduta precedente. Colpisce la descrizione che la ragazza riporta di suo padre nel qui ed ora, facendo connessioni spontanee con il trigenitoriale, dove restituisce un'immagine del paterno che appare adesso meno giudicante e severa rispetto al passato. Tale rilettura non era emersa anche quando abbiamo lavorato sul genogramma:

“Sono convinta che lui sia soddisfatto di me e di Isotta però non te lo dimostra mai... e quando ci prova si vede ... è sempre stato così a dimostrarti le cose... lui non sa fare ... sembra che non gliene fregghi niente oppure quando ci prova sembra che sia finto ... un po' goffo... non perché non lo sente ma perché forse ha difficoltà ad esprimere i suoi sentimenti...lui è così... ma se si analizzasse lui è dall'infanzia...anche lui non credo sia stato bene nella sua famiglia... mio nonno era libertino e molto severo con i figli... era vecchio stampo...la mia nonna è morta presto... con la sua sorella ha un rapporto conflittuale... e la reputa non essere in grado di prendere decisioni... secondo me mio padre è sempre stato solo nella sua vita ... e forse è per questo che ha difficoltà a dimostrare perché a lui non è mai stato insegnato”.

Nel corso delle sedute successive, si procede in questo modo a desensibilizzare e riprocessare tutti gli altri ricordi presenti nel “menu”.

Al termine di questa esperienza, viene ripreso il disegno della pentola e viene chiesto a Sara di indicare il livello attuale (seconda misurazione): adesso è poco al di sotto del pieno, riferendo vissuti di soddisfazione e di serenità.

Oggi Sara vive in una condizione di maggiore equilibrio con se stessa e con l'altro, si mostra più autonoma e più consapevole della sua capacità di scelta e del suo valore.

Conclusioni

A seguito di questa esperienza, ci siamo chieste cosa può dare Virginia Satir a Francine Shapiro e viceversa, in ottica di circolarità.

Nel primo caso, in generale, l'esperienza della pentola può dare all' EMDR una maggiore conoscenza dei “giochi relazionali” che favoriscono l'emergere di traumi e delle risorse. Infatti, il «vuoto» rende possibile una più precisa individuazione dei traumi “T” e traumi relazionali “t”; il «pieno» permette la definizione ed il potenziamento delle risorse interne del paziente. Infine, il “livello attuale», consente un monitoraggio procedurale che ci dice a che punto siamo della ricodificazione adattiva delle memorie autobiografiche.

Viceversa, la pratica EMDR può dare alla “pentola”, una via di accesso specifica e più veloce al trauma, dove le tecniche conversazionali sembrano non arrivare ed è uno strumento potente per installare le risorse che rendano disponibili le persone ad una elaborazione conversazionale delle relazioni (Mosconi, 2011,2012). EMDR, restituisce inoltre, una maggiore dinamicità del manufatto nel processo terapeutico accompagnando il paziente, così come nel caso di Sara, ad elaborare un trauma del passato, ricollocandolo nel là ed allora, con ripercussioni positive nel qui ed ora sia nei confronti di sé stesso che dell'intero sistema relazionale e familiare.

Bibliografia

Antonelli, T. (2017). EMDR e dipendenze patologiche. Storia e modelli d'intervento individuali e di gruppo. Milano: Edizioni FS. ISBN: 9788867632022.

Bateson, G. (1979). Mind and Nature: A Necessary Unity. New York: E. P. Dutton (trad. it: Mente e natura. Un'unità necessaria. Milano: Adelphi, 1984). ISBN: 9788845905605.

Bogliolo, C. (2009). Manuale di psicoterapia relazionale della famiglia. Tradizioni ed evoluzioni della relazione terapeutica. Milano: FrancoAngeli. ISBN: 9788846499363.

Bogliolo, C. (2012). Fare ed essere terapeuta. Dubbi e domande nella conduzione della psicoterapia relazionale. Milano: FrancoAngeli. ISBN: 9788891761514.

Bogliolo, C., Bacherini, A.M. (2015). La formazione in psicoterapia relazionale. Un percorso ragionato nelle esperienze di training. Milano: FrancoAngeli. ISBN: 9788891712042.

Boscolo, L., Bertrando P. (1996). Terapia sistemica Individuale. Milano: Raffaello Cortina Editore. ISBN: 9788870783490

Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. M. (1984). Invisible Loyalties: Reciprocity in Intergenerational Family Therapy.

Brunner/Mazel. ISBN: 0061405213

Bowen, M. (1978). *Family Therapy in Clinical Practice*. New York: Jason Aronson. ISBN: 0876687613

Bowlby, J. (1989). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Milano: Raffaello Cortina Editore. EAN: 9788870780888

Cecchin, G., Apolloni, T. (2003). *Idee perfette. Hybris delle prigioni della mente*. Milano: FrancoAngeli. ISBN: 8846444965

Cirillo, S., Di Blasio, P. (1989). *La famiglia maltrattante. Diagnosi e terapia*. Milano: Raffaello Cortina Editore. ISBN: 9788870780871

Damasio, A. (2010). *Self Comes to Mind: Constructing the Conscious Brain*. Pantheon. ISBN: 0307378756

Giannantonio, M. (2009). *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi*. Milano: Centro Scientifico Editore. EAN: 9788876405761

Herman, J. L. (1992). *Trauma and recovery*. Basic Books/ Hachette Book Group (trad.it. *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo. Magi Editore, 2005*). ISBN: 9781541602953

Leeds, A.M. (2000). *EMDR and resource installation: Principles and procedures for enhancing current functioning and resolving traumatic experience*. In Carlson J., Sperry, L. (a cura di), *Brief therapy strategies with individuals and couples* (469-534). Phoenix (AZ): Zeig, Tucker & Theisen. ISBN: 9781891944437

Luvì, M. (2018). *Trattamento dei traumi con EMDR e ottica sistemica: un'integrazione possibile?*. *Cambia-menti*, 3, 83-91.

Mosconi, A. (2014). *Identità e Identità sistemica*, in Mosconi A., Pezzolo M., Racerro G. (a cura di) *Identità sistemiche*. Atti del Convegno Nazionale Padovano del Centro Milanese di Terapia della Famiglia.

Mosconi, A., Pezzolo, M., Trotta, B. (2014). *Ottica sistemica e EMDR: quando l'integrazione diventa una risorsa*. In S.I.P.P.R. *News*, ottobre/dicembre, pp. 8-12.

Mosconi, A., Pezzolo, M., Trotta, B. (2014). *Systemic-relational therapy and EMDR: integrations and connections points within the hypothesizing process*, *Human Systems: The Journal of Therapy. Consultation & Training, Special Issue*.

Mosconi, A. (2015). *Pensando a Luigi: sviluppi del Milan Approach al Centro Padovano di Terapia della Famiglia*, *Connessioni*, 25, 51-74.

Pedone, E. (2010). *Terapia familiare con l'ausilio dell'EMDR: Uno strumento forte per elaborare piccoli e grandi traumi vissuti dai bambini e dagli adulti*. *Ecologia della Mente*, 1, 35-48. DOI 10.1712/514.6132

Pedone, E., Casco A. (2022). *L'EMDR come potenziale acceleratore della Terapia Familiare Sistemica*, *Rivista di Psicoterapia Relazionale*, 56, 42-52. DOI: 10.3280/PR2022-056003

Puliatti, M. (2017). *La psicotraumatologia nella pratica clinica*. Milano: Mimes. ISBN: 9788857539584

Satir, V. (1964). *Conjoint Family Therapy*. Palo Alto, California: Science and Behavior Books. ISBN: 0831400137

Satir, V. (1972). *Peoplemaking*. Palo Alto, California: Science and Behavior Books. ISBN: 9780831400316

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Sorrentino, A.M. (1988). *I giochi psicotici nella famiglia*. Milano: Cortina. ISBN: 9788870781090

Selvini, M. (2011). *"Trauma e approccio sistemico: l'impatto dell'EMDR"* Atti del Congresso Nazionale EMDR, Roma, 25 settembre 2011.

Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Basic principles, protocols, and procedures*. New York: Guilford Press. ISBN: 9781462532766

Shapiro, F., Forrest, M.S. (2016). *EMDR: The breakthrough therapy for overcoming anxiety, stress, and trauma*. UK: Hachette. EAN: 9780465096749

Shapiro, F. (2018). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy, Third Edition*. Guilford Press: New York. (Trad.it Milano: Raffaello Cortina Editore, 2019). ISBN: 1462532764

Shapiro, F., Kaslow, F. W. & Maxfield, L. (2021). *Manuale di EMDR e terapia familiare*. Milano: Ed. FS. ISBN: 9788867632534

Siegel, D. J. (2012). *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*. Milano: Raffaello Cortina Editore. ISBN: 9788832853278

Siegel, D. J. (2014). *Mappe per la mente. Guida alla neurobiologia interpersonale*. Milano: Cortina Raffaello. ISBN: 9788860306739

AI e Psicologi EMDR: Minaccia o Evoluzione?

Riflessioni cliniche sull'utilizzo dell'intelligenza artificiale a supporto del processo terapeutico.

Lorenzo Flori
Supervisore EMDR- Pesaro

1. Introduzione

“C'è davvero il rischio che, in futuro, l'intelligenza artificiale possa sostituire il terapeuta?”

È una domanda che merita attenzione, soprattutto in un approccio come l'EMDR, che lavora nel cuore dell'esperienza umana intrecciando processi cognitivi, emozioni, vissuti corporei e memorie tacite, tenuti insieme dal filo sottile e potentissimo della relazione terapeutica. Non a caso, riflessioni di questo tipo emergono sempre più spesso nei confronti tra colleghi. L'intelligenza artificiale infatti è ormai parte integrante di molti ambiti della nostra vita come nella medicina, nell'istruzione, nella comunicazione, nella gestione aziendale e si affaccia ora anche nella stanza del terapeuta. Nel mondo EMDR la centralità della soggettività e della relazione che si instaura tra paziente e terapeuta è imprescindibile, l'idea che sia possibile integrare uno strumento tecnologico come l'AI può inizialmente apparire dissonante. Vengono attivate tensioni opposte: da un lato si trova l'interesse, la curiosità, il desiderio di esplorare le sue potenzialità e dall'altro emerge la diffidenza, il timore che qualcosa di autentico e profondamente umano venga compromesso. Eppure, come spesso accade nei percorsi che attivano un cambiamento profondo, l'aspetto centrale non consiste nel prendere posizione, ma nella capacità di sapersi fermare, nel creare uno spazio per la sperimentazione, accogliendo le domande senza pretendere risposte definitive. Come terapeuti EMDR possiamo chiederci: *“in che modo l'AI può diventare un supporto e non un'alternativa alla nostra funzione terapeutica? Può aiutarci a leggere meglio il caso, monitorare il percorso, sostenere il paziente tra una seduta e l'altra?”*. Una riflessione è necessaria: nel prossimo futuro, chi non integrerà l'intelligenza artificiale rischierà una crescente marginalizzazione, non perché meno “umano”, ma perché meno aggiornato e meno supportato. Paradossalmente, non saranno le macchine a superare i terapeuti, ma i terapeuti che sapranno integrarle con etica, creatività e competenza a superare quelli che le ignorano.

2. Obiettivo dell'articolo

Questo articolo nasce da un'esperienza personale di esplorazione dell'intelligenza artificiale come presenza silenziosa e discreta nel lavoro clinico. Non per automatizzare la cura, ma per affinare l'ascolto, proprio dove la complessità richiede più coerenza e consapevolezza. L'intento è quello di condividere alcune riflessioni nate nel *“tempo tra le sedute”*, quando il terapeuta rielabora, pensa e collega. In particolare vorrei raccontare come l'AI possa diventare una risorsa utile per sostenere, non certo sostituire, la nostra funzione terapeutica all'interno della cornice EMDR offrendo spunti pratici e domande aperte che ci aiutino a rimanere fedeli all'essenza del nostro lavoro anche mentre ci apriamo al cambiamento. Questo articolo non intende proporre modelli preconfezionati né standardizzare l'uso dell'AI in psicoterapia. Al contrario, offre spunti concreti e riflessioni nate dalla pratica clinica, con l'obiettivo di stimolare curiosità, spirito critico e apertura alla sperimentazione. Ogni esempio sarà accompagnato da considerazioni metodologiche ed etiche, tenendo viva una domanda centrale: *“l'intelligenza artificiale può essere coerente con i valori della nostra pratica terapeutica?”*. Per chi utilizza l'EMDR, soprattutto con pazienti fragili o in contesti complessi, l'AI può essere un alleato prezioso solo se resta uno strumento nelle mani del terapeuta, mai un sostituto. Questo contributo vuole essere una prima mappa, parziale ma radicata nella clinica, per orientarsi in un territorio nuovo che richiede attenzione e discernimento.

3. Lo spazio di mezzo: sostenere il processo tra una seduta e l'altra

Nel percorso terapeutico esiste uno spazio spesso trascurato, ma di grande importanza clinica ovvero il tempo che intercorre tra una seduta e l'altra. Non è semplicemente una pausa tra due appuntamenti, ma un momento di passaggio, uno spazio intermedio in cui il processo continua a muoversi, anche in assenza del terapeuta. Possiamo immaginare questo spazio come una soglia, un confine tra ciò che avviene in seduta e la vita quotidiana del paziente. Un tempo invisibile ma attivo, in cui emozioni, immagini, sensazioni e pensieri non si arrestano, ma si sedimentano, si intrecciano all'esperienza e, talvolta, si trasformano. Nel lavoro che viene portato avanti con l'EMDR, questo intervallo tra le sedute ha un ruolo delicato, infatti esiste la possibilità che favorisca la riorganizzazione delle reti neurali o, al contrario, potrebbe servire per riattivare vissuti di solitudine e abbandono, soprattutto nei pazienti che presentano traumi complessi o legami insicuri. In questi casi, l'intelligenza artificiale può essere utilizzata per offrire una presenza simbolica, il terapeuta non viene sostituito, ma può creare una continuità nella terapia e un sostegno che prosegue anche a distanza. Per aiutare a

gestire le attivazioni tra gli incontri si possono introdurre strumenti personalizzati, che vengono costruiti con un'attenzione clinica. Ad esempio pratiche di autoregolazione, materiali psicoeducativi visivi, schede sintetiche, immagini di risorsa o cognizioni potenzianti che mantengano vivo il filo della narrazione terapeutica. In questo modo, l'intelligenza artificiale non sostituisce il terapeuta, ma ne prolunga la presenza. Rafforza il legame, anche nei momenti di distanza, come se lasciassimo al paziente un messaggio silenzioso ma potente: *"Anche se ora non siamo insieme, il lavoro continua. E io sono ancora con te, nella traccia che stiamo costruendo insieme."*

4. Applicazione dell'EMDR: sostenere il processo tra le sedute con l'intelligenza artificiale

Nel modello EMDR, ogni seduta è parte di un processo più ampio, che spesso continua oltre lo spazio protetto dello studio. Quando si toccano nodi profondi, il lavoro prosegue nei giorni successivi: una parte del sistema resta attiva, in attesa di integrazione. È in questo "tempo sospeso tra una seduta e l'altra" che il paziente può sentirsi più vulnerabile, confuso o attraversato da riattivazioni improvvise. In queste fasi, l'intelligenza artificiale, se usata con sensibilità clinica, può offrire un sostegno silenzioso ma prezioso: un filo che accompagna il paziente nell'integrazione tra elaborazione interna e vita quotidiana. L'incontro con Martina (nome di fantasia), che allora aveva 35 anni, è avvenuto in una situazione come questa. Se la sua storia venisse letta in modo superficiale potrebbe sembrare una storia come ce ne sono tante ma, in realtà, ascoltandola si rivelava densa e fragile al tempo stesso. Martina portava con sé un'ansia costante, soprattutto nelle relazioni con gli altri. Si sentiva esposta, come se fosse sempre sotto osservazione, e i pensieri tendevano ad aggrovigliarsi in una ruminazione continua che la affaticava. Alle sue spalle c'era una madre critica, capace di colpire con parole taglienti, spesso ambigue, e un padre presente fisicamente ma emotivamente distante. Durante le prime sedute, frasi come *"bastava un errore e perdevi tutto"* o *"non ero mai abbastanza"* affioravano ripetutamente, come se fossero incise nella memoria emotiva prima ancora che nella narrazione cosciente. I primi incontri sono stati dedicati alla stabilizzazione e a costruire l'alleanza tra di noi, dopo questo periodo abbiamo iniziato l'avvicinamento procedendo con cautela ai primi possibili target, è stato un percorso alla ricerca di un varco nella rete disfunzionale legata al vissuto di svalutazione. Per Martina era difficile individuare episodi specifici, il senso di vergogna e disvalore che sentiva nel presente non sembrava essere ancorato a immagini nitide nella sua mente e la sua narrazione appariva povera e come se fosse quasi scollegata dalle emozioni. Un giorno, però, un ricordo ha iniziato a emergere con chiarezza, si trattava di una scena scolastica di quando aveva sette anni e descrive un rimprovero e l'umiliazione inflitte dalla maestra davanti alla classe perché aveva commesso un errore banale. Un episodio all'apparenza secondario, ma che nel racconto portava con sé immagini forti, sensazioni di vergogna, paralisi e giudizio. Quella scena, in quel momento, è diventata la porta d'accesso più disponibile alla rete mnestica. Abbiamo colto l'occasione offertaci da quel ricordo decidendo di affrontarlo insieme. L'attivazione era intensa con la predominanza di immagini visive, come il volto della maestra, gli sguardi dei compagni e la rigidità del corpo. Attraverso la stimolazione bilaterale, Martina ha iniziato a entrare in contatto con emozioni che erano più stratificate, oltre alla vergogna, sono emerse rabbia, tristezza e una solitudine che non era mai riuscita a nominare. Alla fine, è affiorata una nuova cognizione: *"sono capace"*. L'abbiamo installata, associandola a un'immagine in cui sé adulta prende per mano la bambina. La seduta si è chiusa con un SUD a 1, VoC alta, e un senso di apertura. Nei giorni successivi, però, qualcosa ha cominciato a muoversi ancora. Martina mi scrive dicendosi confusa, quasi spiazzata. Ricordi che sono rimasti sepolti a lungo iniziano ad affiorare con forza: la madre che la deride per il modo di vestire, che la umilia davanti ai parenti con frasi pungenti. Scene che parevano dimenticate riaffiorano ora con una chiarezza dolorosa: *"Mi è tornato tutto insieme, e non sapevo più cosa fosse reale. Mi sembrava di perdere il senso."* Il lavoro in seduta aveva attivato una rete profonda, facendo emergere ricordi più antichi e generativi del senso di disvalore. Un passaggio terapeutico prezioso, ma anche potenzialmente destabilizzante, in questi momenti, il rischio è che il paziente perda il senso del filo, si senta travolto dal materiale riattivato e torni a modalità dissociative che avevamo appena iniziato a depotenziare. In risposta a questa vulnerabilità, abbiamo deciso di costruire insieme una scheda narrativa personalizzata, non come compito o tecnica, ma come un ponte tra le sedute, uno strumento vivo, condiviso, che potesse aiutare Martina a tenere insieme ciò che si era mosso e contenere ciò che rischiava di esplodere. Durante la seduta abbiamo raccolto le immagini, le emozioni e le cognizioni emerse, trasformandole in un piccolo testo terapeutico. L'intelligenza artificiale ha facilitato la formulazione linguistica, aiutandoci a trovare parole coerenti con il tono emotivo di Martina, restituendo calore, semplicità e profondità. La scheda è stata riletta insieme, adattata, salvata in PDF e conservata sul suo telefono, pronta per essere consultata nei momenti di maggiore bisogno. Il contenuto riprendeva l'episodio elaborato, riscritto con delicatezza. *"Ero lì, davanti alla classe. Avevo paura. Ma poi ho visto la mia parte adulta, e non ero più sola."* Le emozioni venivano nominate e riconosciute. *"Vergogna. Rabbia. E poi qualcosa di nuovo: sollievo, come se si fosse aperta una finestra."* C'era la nuova cognizione positiva, integrata con le sensazioni corporee ancora presenti. *"Sono capace, anche se tremo."* L'immagine-risorsa scelta era una terrazza sul mare al tramonto, *"Se mi sento in tempesta, posso tornare lì. Non devo spiegare niente. Posso respirare."* infine, una breve narrazione in prima persona, scritta come una lettera affettuosa al sé futuro. Questa

scheda ha avuto impatti clinici concreti, ha permesso a Martina di riconoscere una continuità narrativa tra l'episodio scolastico e i ricordi familiari riattivati, evitando che il nuovo materiale diventasse frammentazione. Le sue parole sono state chiare: *"Ero partita dalla scuola... poi sono arrivati tutti i ricordi con mia madre. Sembrava tutto confuso."* Ha sostenuto il lavoro emozionale, riattivando risorse già elaborate. *"Quando ho letto la parte della terrazza, mi è venuto un respiro. Prima no."* Le ha permesso di ritrovare da sola un punto di regolazione. Ha rafforzato il senso di agency, sostenendo la percezione di essere parte attiva del processo. *"Mi dava l'idea che stavo attraversando qualcosa, non subendo tutto."* E infine ha ridotto l'auto-svalutazione, consolidando la fiducia nel lavoro fatto. *"Anche se oggi non lo sento, non vuol dire che non è successo."* Il senso clinico della scheda non sta tanto nel formato, quanto nella relazione da cui nasce. Funziona perché è co-costruita: ogni parola nasce nel dialogo terapeutico. *"Era proprio il mio modo di parlare. Non sembrava una cosa scritta da altri."* Funziona perché tocca corde autentiche. *"Mi parlava dentro. Non spiegava, sentiva."* Funziona perché è libera. *"Sapevo che potevo anche non leggerla. Ma quando lo facevo, era perché ne avevo bisogno."* E soprattutto funziona perché prolunga la relazione interiore. *"Mi ricordava che c'ero io. Che quella parte che avevamo trovato insieme... non era sparita."* In sintesi, strumenti come questo, creati con il supporto dell'AI ma radicati nella relazione terapeutica, possono rafforzare la coerenza, la continuità e la capacità autoriflessiva del paziente, soprattutto nei momenti critici del percorso. Non è la tecnologia a fare la differenza, ma l'uso consapevole e sensibile che il terapeuta ne fa, restando ancorato alla complessità del processo e al senso profondo della relazione terapeutica.

5. Riflessioni e Conclusioni

Parlare di intelligenza artificiale in psicoterapia suscita spesso diffidenza, ed è comprensibile. L'idea di introdurre uno strumento percepito come freddo e impersonale nello spazio intimo della relazione terapeutica, soprattutto nel lavoro EMDR, dove tocchiamo memoria implicita, regolazione corporea e ferite profonde, può generare resistenze. A prima vista, sembra qualcosa di lontanissimo dalla sensibilità del processo terapeutico. Eppure, l'esperienza clinica, in particolare il lavoro con Martina, racconta una possibilità diversa. Quando l'AI viene integrata con attenzione, seguendo il ritmo interno del paziente, può diventare un supporto silenzioso e rispettoso. Non sostituisce nulla, non invade: accompagna. Con Martina, l'AI ha facilitato la creazione di una scheda narrativa concreta, rileggibile, portatile. Un oggetto terapeutico vivo che, nei momenti critici, ha rappresentato una piccola ancora, capace di contenere l'attivazione e di restituire continuità e fiducia nel percorso. Anche per me, come terapeuta, quella scheda è stata una bussola: un modo per mantenere il contatto emotivo con la storia complessa della paziente, ritrovare rapidamente il filo e restare centrato sul processo, evitando che il lavoro si disperdesse o si scollegasse dalla memoria emozionale. Non si tratta di organizzazione "tecnica", ma di presenza clinica viva. Usare l'AI in terapia non è una tecnica da applicare automaticamente, ma una scelta clinica e relazionale, che richiede una solida alleanza, una lettura attenta del momento e un uso autentico e sentito. Non è la tecnologia a fare la differenza, ma lo sguardo del terapeuta, la sua capacità di discernere quando e come può essere utile. Nel caso di Martina, la scheda co-costruita ha rappresentato un punto d'appoggio nei giorni più difficili, aiutandola a contenere, nominare, ricordare. Il suo utilizzo personalmente mi ha reso il lavoro più preciso e radicato, permettendo di mantenere viva la memoria emotiva tra una seduta e l'altra. Chi utilizza l'EMDR sa bene che il successo che si può ottenere da questa tecnica è possibile solo se si riesce a entrare in contatto con la memoria incarnata, non solo con quella cognitiva. Integrare la terapia con strumenti come l'AI non significa renderla impersonale, ma riuscire a radicarla ancora di più nella storia viva del paziente. In definitiva non si cambia il cuore del processo, ma lo si può rendere più saldo. Non interviene sostituendo la relazione, ma la estende simbolicamente, riuscendo a essere presente per il paziente anche nei momenti in cui noi non possiamo esserci.

Bibliografia aggiornata

- Associazione EMDR Italia (2021). Linee guida per l'integrazione dell'EMDR nei trattamenti psicoterapeutici complessi. Milano: FrancoAngeli.
- Crittenden, P. M., & Landini, A. (2011). Pericolo, trauma e resilienza. Roma: Armando Editore.
- Farina, B., & Liotti, G. (2013). Sviluppi traumatici. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. In Greenberg, Cicchetti, & Cummings (Eds.), Attachment in the preschool years. Chicago: University of Chicago Press.
- Shapiro, F. (2018). EMDR: Il trattamento dei disturbi da trauma e dello stress. Milano: Cortina Editore.
- Solomon, R. M., & Shapiro, F. (2008). EMDR and the adaptive information processing model. Journal of EMDR Practice and Research, 2(4),
- Van der Kolk, B. A. (2015). Il corpo accusa il colpo. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Luxton, D. D. (2016). Artificial Intelligence in Behavioral and Mental Health Care. London: Academic Press.

Interventi EMDR nelle scuole secondarie di secondo grado in seguito al suicidio di uno studente: un protocollo operativo integrato

Luisa Fossati - Matteo Marini
Supervisore - Firenze

Abstract

L'articolo illustra un protocollo di intervento psicologico fondato sull'approccio EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), applicato a scuole secondarie di secondo grado a seguito del suicidio di uno studente. Vengono delineate le fasi principali dell'intervento, con particolare enfasi su psicoeducazione, coinvolgimento coordinato delle diverse figure adulte (dirigente scolastico, insegnanti, genitori) e sul protocollo EMDR in setting di gruppo. Il percorso solitamente viene così strutturato:

- Incontro con il dirigente scolastico
- Incontro preliminare con genitori e insegnanti per condividere obiettivi, tempi e metodi del percorso
- 3-4 incontri nella classe coinvolta
- Incontro psicoeducativo condiviso con i genitori e gli insegnanti
- 2-3 incontri separati con i genitori e gli insegnanti

Il suicidio giovanile

Nonostante il report Istat del 2021 segnali una generale diminuzione della mortalità in Italia rispetto al 2020, emergono dati preoccupanti che riguardano le fasce più giovani della popolazione. In particolare, si registra un aumento dei suicidi tra i giovani, con un tasso di mortalità che nel 2021 ha toccato il livello più alto dal 2015: 0,40 suicidi ogni 10.000 abitanti nella fascia 0-49 anni. Un fenomeno che non può essere ignorato, soprattutto in ambito scolastico, dove il benessere psicologico degli studenti si rivela sempre più fragile e urgente da tutelare. Questo articolo si propone di analizzare le dinamiche alla base di questo allarme, con uno sguardo particolare al contesto scolastico. Lo studio condotto dal gruppo MUSA del Cnr-Irpps approfondisce il fenomeno del pensiero suicida tra gli adolescenti italiani. Lo studio in questione evidenzia che alla base di azioni anticonservative non ci sono solo fattori psicologici ma anche dinamiche relazionali compromesse. Lo studio si è basato su un'indagine quantitativa condotta tra il 2021 e il 2022 su un campione rappresentativo di 4.288 studenti delle scuole secondarie di secondo grado mediante la tecnica CAPI (Computer Assisted Personal Interview). Lo studio ha adottato un approccio psicosociale e interdisciplinare. I risultati mostrano che quasi la metà degli adolescenti ha sperimentato pensieri suicidi almeno una volta. Tali pensieri erano legati a malessere psicologico, scarsa autostima, isolamento, bullismo e iperconnessione. La scuola si conferma quindi un luogo chiave per la prevenzione, attraverso interventi educativi mirati e un rafforzamento delle relazioni sociali sane.

Suicidio e reti sociali

Il suicidio può avere effetti devastanti sulle reti sociali dei sopravvissuti, influenzando profondamente il loro processo di elaborazione del lutto.

Il supporto sociale, che gioca un ruolo cruciale nel determinare l'esito del lutto (Stylianou & Vachon, 1993), risulta particolarmente importante in caso di suicidio. Nel caso di azioni anticonservative sembrerebbe infatti che gli effetti emotivi possano essere più intensi rispetto ad altri tipi di decessi (Callahan, 2000; Seguin, Lesage, & Kiely, 1995). Le reti sociali (siano esse famiglie nucleari o estese, scuole o luoghi di lavoro) possono tuttavia incontrare difficoltà nel fornire un supporto adeguato, soprattutto in casi di suicidio. In questo caso specifico potrebbe infatti verificarsi addirittura un'influenza negativa da parte della rete sociale nel supportare un efficace percorso di elaborazione del lutto. Un aspetto centrale nelle dinamiche sociali post-suicidio è la distorsione della comunicazione, essa può manifestarsi in vari modi, una delle più comuni è l'attribuzione di colpa. A causa della complessità e dell'ambiguità delle cause del suicidio, si sviluppa spesso un forte bisogno di trovare un colpevole. I sopravvissuti potrebbero essere infatti giudicati più negativamente rispetto ad altri tipi di decesso (Range, 1998; Stillion, 1996). In particolare, i genitori che perdono un figlio per suicidio possono essere visti come responsabili o etichettati come "famiglia problematica".

La colpa può essere espressa in modo diretto o tramite segnali non verbali e isolamento sociale; fenomeni che minano ulteriormente la coesione della famiglia e delle reti sociali (Barlow & Coleman, 2003). Un altro fenomeno comune è lo sviluppo del segreto sulla causa della morte. In questo caso i sopravvissuti tendono a nascondere il suicidio a determinati

membri della famiglia o alle persone esterne, accentuando ulteriormente l'isolamento sociale (Range & Calhoun, 1990). Questi fattori comunicativi contribuiscono a rendere il lutto post-suicidio particolarmente complesso da elaborare e carico di difficoltà emotive. L'intervento sulla rete sociale (insegnanti, classe e genitori) ha l'obiettivo di supportare l'elaborazione dell'evento traumatico favorendo la narrazione e la rielaborazione dell'esperienza all'interno delle relazioni significative.

L'intervento

L'intervento psicologico in ambito scolastico a seguito di un suicidio di uno studente rappresenta una sfida complessa che richiede competenza clinica, sensibilità relazionale e un approccio strutturato. Il presente contributo descrive un modello operativo basato sull'applicazione del protocollo EMDR di gruppo condotto dal gruppo di lavoro del Centro EMDR Firenze. Nel presente articolo verranno individuate e descritte le fasi principali di questi interventi. Interventi che coinvolgono la comunità scolastica in modo capillare – dirigenti, insegnanti, studenti e famiglie – con l'obiettivo di fornire contenimento emotivo, strumenti di elaborazione del lutto e risorse per affrontare l'impatto traumatico.

Il protocollo EMDR di gruppo, validato scientificamente e già utilizzato in contesti di trauma collettivo (Jarero et al., 2013; Fernandez & Maslovic, 2020), si è rivelato uno strumento efficace per favorire la rielaborazione del dolore (spesso inespresso) e prevenire forme di lutto patologico. L'esperienza maturata dal team del Centro EMDR Firenze evidenzia come un intervento precoce, condiviso e strutturato possa rappresentare una concreta possibilità di supporto psicologico in grado di attivare risorse individuali e collettive, anche nei momenti di massima vulnerabilità. L'intervento coinvolge diversi gruppi di persone coinvolte nell'esperienza traumatica. Di solito troviamo:

1. Gli studenti: l'intervento viene spesso fatto in classe alla presenza di un insegnante, in certi casi vengono anche coinvolti gli amici di altre classi.
2. Gli insegnanti: gli incontri si svolgono generalmente la sera in presenza di uno o più terapeuti EMDR
3. I genitori: anche nel caso dei genitori gli incontri si svolgono generalmente la sera in presenza di uno o più terapeuti EMDR
4. Gli amici della persona che si è tolta la vita che non hanno a che fare con la scuola.

L'articolo sarà strutturato in modo da distinguere chiaramente le fasi 1 e 2 del protocollo distinguendo gli interventi con gli adulti da quelli con i ragazzi. Come prevedibile le esigenze degli studenti, dei genitori e dei professori sono profondamente diverse. Dalla fase 3 del protocollo l'articolo verrà invece affrontato in un unico paragrafo poiché la struttura e gli obiettivi del percorso sono comuni a tutti i partecipanti. Verranno comunque evidenziati gli aspetti di divergenza e sottolineate le attenzioni particolari da riservare a ciascun gruppo.

Il colloquio iniziale con il dirigente scolastico

Prima di un qualsiasi intervento psicologico si deve partire da un colloquio con il dirigente scolastico o un suo delegato.

In questa fase iniziale è fondamentale chiarire al dirigente:

- quali sono gli obiettivi del percorso
- definire quali potrebbero essere i gruppi coinvolti
- far chiarezza sul tipo di intervento al fine di evitare semplificazioni e disinnescare stereotipi o pregiudizi sull'EMDR
- concordare le fasi operative

L'incontro con il dirigente, inoltre, è importante per raccogliere informazioni sul clima in classe e su eventuali altri eventi significativi che la classe può aver già affrontato.

L'INTERVENTO CON GLI ADULTI (GENITORI E INSEGNANTI)

L'incontro preliminare di condivisione del percorso con genitori e insegnanti

Nell'ambito della nostra esperienza si è rivelato strategico prevedere un incontro preliminare congiunto tra insegnanti e genitori antecedente all'avvio dell'intervento (fase 1). L'obiettivo è quello di condividere finalità, metodi e tempistiche del percorso. L'incontro sarà on-line e della durata di circa 60 minuti in orario serale per agevolare la partecipazione di tutti. Lo scopo è quello di offrire una panoramica introduttiva del percorso, includendo informazioni essenziali relative al trauma (mettendo in evidenza il suo possibile impatto sullo sviluppo psichico dei minori) e sul valore dell'intervento EMDR in chiave preventiva. La partecipazione congiunta delle figure adulte di riferimento permette di condividere una base informativa comune e ridurre il rischio di incomprensioni o vissuti di isolamento.

Fase 1: l'incontro psicoeducativo con genitori e insegnanti

D'ora in poi tutti gli incontri saranno in presenza, abbiamo a questo proposito utilizzato gli studi del Centro EMDR Firenze. Il primo incontro psicoeducativo prevede un gruppo eterogeneo di professori e genitori in orario serale. Sarà come il

prolungamento dell'incontro on-line ma consentirà al gruppo di conoscersi. In questo primo incontro viene approfondito il tema del lutto traumatico, dei processi di elaborazione e delle possibili conseguenze della mancata espressione emotiva. Se l'incontro on-line ha l'obiettivo di presentare le caratteristiche dell'intervento (tempi, strumenti, modalità) ed accennare appena il concetto di lutto complesso questa prima fase in presenza è centrata invece sui seguenti aspetti:

- psicoeducazione relativa al trauma
- sintomatologia del PTSD
- condivisione di strumenti per supportare i ragazzi

In questo contesto verrà spiegata più approfonditamente anche la psicoterapia EMDR. Sarà a questo proposito fondamentale chiarire che l'EMDR non è una soluzione "magica" per cancellare il dolore, ma un intervento basato su evidenze scientifiche, pensato per stimolare i naturali processi di elaborazione e autoguarigione degli individui. Sarà importante anche sottolineare il valore del dolore come parte integrante del percorso di elaborazione e saranno illustrati anche i principali ostacoli alla rielaborazione del lutto. Si parlerà quindi dei meccanismi ostativi dell'elaborazione del lutto come il senso di colpa (Colpa del Sopravvissuto) e il senso di impotenza. Sarà ovviamente importante creare un ambiente che favorisca l'espressione emotiva. Al termine di questo primo incontro in presenza avrà luogo la raccolta dei consensi informati. Negli incontri successivi il percorso prosegue separando per genitori insegnanti. Questa scelta risponde all'esigenza di garantire un ambiente protetto e privo di giudizio. Sarà infatti importante che ciascun gruppo possa esprimere il proprio vissuto senza interferenze o timori legati ai ruoli o alle dinamiche relazionali preesistenti. In particolare, la separazione dei gruppi, mira a prevenire l'emergere di conflitti o sentimenti di inadeguatezza che potrebbero compromettere l'efficacia dell'intervento. Questa scelta consente di proteggere il processo di elaborazione emotiva e rafforzarne l'efficacia del percorso.

Fase 2: preparazione

Nei percorsi che svolgiamo gli incontri si svolgono in presenza nella fascia oraria 20.30 - 22.00. La fascia serale nella nostra esperienza è quella che riscuote maggiori adesioni. In questa fase c'è un conduttore (generalmente un supervisore EMDR) affiancato da più terapeuti EMDR. La presenza di più colleghi è importante qualora i partecipanti dovessero avere delle necessità di qualunque tipo (ad esempio difficoltà nella gestione del carico emotivo). L'intervento di gruppo EMDR consentirà al gruppo di adulti di accedere a uno spazio sicuro per elaborare i loro stessi vissuti traumatici legati al suicidio e acquisire risorse emotive utili per sostenere i figli. Molti genitori riferiscono la paura di non essere in grado di gestire le emozioni dei propri figli o di non riconoscere tempestivamente segnali di disagio profondo. La paura che i figli possano emulare il gesto suicidario è sempre nell'aria. Per questo motivo, è fondamentale offrire uno spazio di approfondimento anche sugli aspetti psicoeducativi legati al tema del suicidio. Non è raro, infatti, che un gesto suicidario riattivi nei genitori vissuti profondi e dolorosi: lutti non elaborati, paure rimosse, traumi non risolti ecc. In questo contesto la psicoeducazione riveste un ruolo fondamentale, non solo per comprendere meglio ciò che è accaduto, ma anche per fornire strumenti utili ad affrontare l'esperienza emotiva. Nella nostra esperienza non è raro che, dopo un evento così traumatico, alcuni genitori e insegnanti si rendano conto di avere bisogno di un percorso terapeutico per elaborare i propri vissuti irrisolti. In questa fase dell'intervento si procede con l'installazione del "luogo sicuro" e vengono poi introdotte le tecniche di stabilizzazione. Oltre alla costruzione della rappresentazione mentale del luogo protettivo vengono insegnate strategie di regolazione emotiva, come il grounding e la respirazione controllata. Si introduce anche la tecnica dell'abbraccio della farfalla, basata sulle stimolazioni bilaterali alternate, sia nella versione breve e lenta, sia in quella estesa e più veloce. Al termine della fase psicoeducativa, e dopo aver risposto a eventuali domande, si dà avvio all'applicazione del protocollo EMDR in setting di gruppo. Dalla nostra esperienza, emerge con chiarezza quanto sia fondamentale dedicare tempo e attenzione all'installazione del luogo sicuro. Lo stress legato all'esperienza traumatica può infatti rendere difficile per molte persone la sua visualizzazione. Tuttavia, la costruzione di questa immagine interna di protezione rappresenta un passaggio essenziale: solo a partire da una sensazione di sicurezza e stabilità interne è possibile affrontare in modo efficace l'elaborazione dell'evento traumatico sulla base dell'attenzione duale.

L'INTERVENTO CON GLI STUDENTI

L'intervento con gli studenti richiede particolare attenzione. Ci rivolgiamo a individui fortemente esposti al trauma e in una fase evolutiva delicata.

Fase 1: Psicoeducazione

Il primo incontro in classe inizia con una breve presentazione. È un passaggio importante per favorire un clima di fiducia. Per i ragazzi siamo inizialmente degli sconosciuti, e aprirsi emotivamente può risultare difficile per loro. È essenziale che tutti i consensi informati siano stati raccolti prima dell'intervento. Anche se, talvolta, ci possono chiedere di iniziare l'intervento nell'attesa che qualche consenso pervenga nel corso della mattinata, è necessario attendere fin quando tutti i

consensi siano pervenuti. Gli aspetti deontologici non devono essere trascurati. L'incontro è dedicato alla psicoeducazione e a una prima introduzione del protocollo EMDR. Spieghiamo chiaramente che lo scopo non è dimenticare il compagno scomparso, ma aiutare la mente a elaborare il dolore, mantenendo vivo il legame affettivo con chi non c'è più. Vengono normalizzate emozioni come tristezza, rabbia, paura e senso di colpa. Ne spieghiamo il ruolo all'interno del processo di lutto. Una parte dell'incontro è riservata all'educazione emotiva. Usiamo strumenti semplici e visivi, come il "termometro delle emozioni", e riferimenti familiari come, ad esempio, il film "Inside Out". Si raccomanda di far scrivere ai ragazzi il loro nome su un foglio creando dei semplici cavalieri così che i terapeuti possano conoscere i loro nomi per aumentare il coinvolgimento. Spieghiamo poi come funziona l'EMDR con un linguaggio concreto. Usiamo metafore semplici. Ad esempio: le emozioni traumatiche possono restare "bloccate" nel cervello, come se il tempo si fosse fermato. Le stimolazioni bilaterali aiutano a "rimettere in moto il processo di elaborazione", permettendo di ricordare senza essere sopraffatti. Ribadiamo sempre che elaborare non significa dimenticare. La narrazione del proprio vissuto emotivo è incoraggiata. Aiuta a dare senso all'esperienza e ad avviare un processo di elaborazione. Alcuni studenti, dopo l'incontro, potrebbero manifestare il bisogno di un supporto individuale. In questi casi, è fondamentale attivare un collegamento con lo sportello psicologico della scuola. Gli incontri in classe si svolgono con la presenza di più terapeuti EMDR. Questo garantisce un adeguato contenimento emotivo. In caso di reazioni intense, uno psicologo può accompagnare lo studente all'esterno per un breve intervento individuale. Può accadere, purtroppo, che emergano comportamenti di disturbo o atteggiamenti di derisione, specialmente nelle classi più complesse. In questi casi è importante che il terapeuta intervenga subito, con il supporto dei docenti. La collaborazione degli insegnanti è fondamentale per la riuscita degli interventi. Per questo motivo è importante sensibilizzare insegnanti e genitori già nelle fasi preparatorie. Una rete informata e collaborativa rende l'intervento più sicuro, efficace e sostenibile.

Fase 2: Preparazione

La seconda fase dell'intervento è dedicata alla stabilizzazione e all'installazione del "luogo sicuro".

È importante spiegare ai ragazzi che questa tecnica non serve per distrarsi o per fuggire dal dolore, ma per costruire una base di sicurezza interna. Il "luogo sicuro" aiuta a rafforzare le risorse emotive e a preparare la mente ad affrontare ricordi difficili in modo più stabile. Una metafora efficace da proporre è quella del sollevamento pesi: affrontare un trauma è come dover sollevare un peso emotivo molto grande. Farlo senza un minimo di allenamento può essere rischioso e causare ulteriore sofferenza. Allenare i "muscoli emotivi" attraverso gli esercizi di stabilizzazione, invece, permette di diventare più forti e pronti ad affrontare il dolore quando si presenterà. In questo modo, i ragazzi comprendono che sentirsi più solidi non significa evitare ciò che fa male, ma essere in grado di attraversarlo con maggiore sicurezza e consapevolezza.

Il ruolo dei docenti

I docenti rivestono un ruolo centrale. Sono fondamentali sia nel contenimento emotivo sia nella trasmissione del messaggio educativo.

Dopo l'incontro congiunto iniziale, vengono proposti tre incontri serali a loro dedicati. In questi appuntamenti si utilizza lo stesso protocollo EMDR di gruppo previsto per gli studenti. Anche i docenti possono essere profondamente scossi da un suicidio. Possono provare dolore, senso di fallimento educativo, paura che l'evento possa ripetersi. Offrire loro uno spazio strutturato per elaborare queste emozioni aiuta sia il benessere individuale sia un clima scolastico più contenitivo per gli studenti. Ai docenti viene chiesto un ruolo attivo nel processo di elaborazione del lutto degli studenti. Devono osservare, cogliere eventuali segnali di disagio, proporre momenti di decompressione e favorire la coesione del gruppo classe. È importante sapere che non sempre è facile coinvolgerli. Possono esserci resistenze. Alcuni insegnanti nutrono pregiudizi verso gli interventi psicologici o verso il metodo EMDR. In alcuni casi emerge scetticismo, una certa distanza o disinteresse. Questo può manifestarsi già durante il primo incontro, sia nel linguaggio verbale che in quello non verbale. Per questo è fondamentale prevedere una fase informativa chiara ed efficace. Serve una buona psicoeducazione, ma anche la disponibilità ad affrontare le resistenze con empatia e assertività. È importante chiarire ogni dubbio in modo rispettoso ma deciso. Gestire bene questa fase è molto importante. Se non affrontate, le resistenze, rischiano di compromettere l'efficacia dell'intervento. I docenti sono figure di riferimento per gli studenti. Se trasmettono perplessità o diffidenza, possono ostacolare il lavoro terapeutico, anche (più o meno) involontariamente.

Il protocollo di gruppo (adulti e studenti)

Come già espresso i tre gruppi (professori, genitori, studenti e amici) procedono distintamente ma seguendo le medesime regole dettate dal protocollo. Il protocollo di gruppo scelto è quello noto anche come "protocollo dei quattro quadranti". Il materiale necessario è costituito da fogli bianchi, matite e penne per tutti i partecipanti. Si chiede di dividere il foglio in quattro quadranti che vengono nominati A, B, C e D in senso orario. Sull'altro lato del foglio si chiede di scrivere il nome e la data. Una volta completate le fasi iniziali del protocollo — psicoeducazione (fase 1) e stabilizzazione (fase 2) — si procede con la fase di assessment (fase 3) e successivamente con la desensibilizzazione (fase 4).

Fase 3: Assessment del ricordo target

L'obiettivo di questa fase è individuare e attivare il ricordo traumatico target. Il conduttore guida i partecipanti chiedendo loro di focalizzarsi sull'immagine più disturbante legata al suicidio della persona (es. "Pensate all'immagine che rappresenta la parte peggiore del suicidio di [nome], all'emozione che provate in questo momento e alla zona del corpo in cui percepite il disagio"). I partecipanti sono quindi invitati a rappresentare graficamente questa esperienza nel Quadrante A del foglio, traducendo in disegno ciò che emerge a livello mentale ed emotivo. Una volta completata questa fase, viene chiesto loro di valutare il livello di disagio soggettivo associato all'immagine. La scala utilizzata è il SUDS (Subjective Units of Disturbance Scale), dove 0 corrisponde all'assenza di disagio e 10 al massimo livello di disagio percepito. Il punteggio viene riportato all'interno del Quadrante A. Nel lavoro con gruppi numerosi si sconsiglia l'invito alla verbalizzazione o alla condivisione dell'immagine target al fine di preservare la dimensione di sicurezza individuale e il contenimento emotivo (oltre a quello temporale). Al contrario, nei gruppi di dimensioni ridotte, è possibile introdurre momenti di condivisione guidata, qualora si ritenga utile favorire un maggiore senso di connessione e coesione tra i partecipanti. Spesso le persone possono sentirsi inibite dall'idea di non sentirsi brave a disegnare; è molto importante ribadire più volte che le doti artistiche sono completamente irrilevanti ai fini dell'elaborazione; la cosa importante è dare una forma a ciò che è rimasto immagazzinato nella mente. Nei ragazzi abbiamo osservato che può talvolta emergere una difficoltà di simbolizzazione che si traduce con una difficoltà a individuare l'immagine più disturbante. Quando emergono questi blocchi, i terapeuti in affiancamento al conduttore saranno importantissimi nel compito di supportare e facilitare i ragazzi per aiutarli nella produzione di immagini.

Fase 4: Desensibilizzazione

La fase di desensibilizzazione viene introdotta condividendo un segnale di interruzione concordato (stop signal), che consente ai partecipanti di sospendere la stimolazione bilaterale in qualsiasi momento. Questa misura, clinicamente rilevante, è supportata dalla presenza del team di psicologi incaricato di intervenire in caso di necessità. I partecipanti assumono la posizione "dell'abbraccio della farfalla" e si focalizzano sull'immagine rappresentata nel Quadrante A, insieme alle emozioni e sensazioni corporee correlate. La stimolazione avviene in set da 40–60 secondi, intervallati da pause con respirazione profonda. Dopo 3–4 set, si procede con la rielaborazione nei Quadranti B, C e D, ciascuno accompagnato dalla rilevazione del livello di disagio (SUDS). Al termine della fase di desensibilizzazione, si propone al gruppo una breve riflessione metacognitiva finalizzata a monitorare l'andamento della desensibilizzazione. Si chiederà:

- quanti partecipanti abbiano percepito un aumento del disagio dal Quadrante A al Quadrante D (evenienza rara nella nostra esperienza)
- quanti abbiano registrato un livello invariato (più frequente ma comunque minoritaria)
- quanti abbiano sperimentato una riduzione del livello di disagio (risposta più comune).

Viene inoltre esplorata la possibilità che il disagio sia inizialmente aumentato nei Quadranti B e C per poi ridursi nel D, anche se questa traiettoria è solitamente poco frequente nei gruppi.

Fase 5: installazione.

Al termine della desensibilizzazione si procede con la fase di installazione, volta a rafforzare risorse positive emerse durante il lavoro. Si invita il gruppo a richiamare eventuali pensieri, ricordi o sensazioni piacevoli affiorati durante la stimolazione; in assenza di tali elementi si propone di focalizzarsi sull'aspetto più positivo dell'incontro o sul "posto al sicuro". I partecipanti rappresentano graficamente questo contenuto sul retro del foglio e vi associano una parola chiave. Successivamente, nella posizione dell'"abbraccio della farfalla", si concentrano sull'immagine e sull'emozione corrispondente, mentre si somministrano 2–3 brevi set di stimolazione bilaterale, intervallati da respiri profondi.

Fase 6: scansione corporea

La fase di scansione corporea conclude il protocollo e ha l'obiettivo di favorire l'integrazione somatica del lavoro svolto. Ai partecipanti viene chiesto di portare l'attenzione al proprio corpo, notando eventuali cambiamenti o sensazioni presenti, senza giudizio. Questo momento consente di rafforzare la consapevolezza corporea e consolidare gli effetti dell'elaborazione. Se emergono tensioni residue, possono essere impiegati set di stimolazioni bilaterali di 40-60 secondi.

Fase 7: chiusura

Questa fase conclusiva aiuta i partecipanti a reintegrarsi nella quotidianità dopo l'elaborazione emotiva. Si apre con una breve condivisione sull'esperienza e si offre una psicoeducazione finale, ricordando che il processo può proseguire nei giorni successivi attraverso nuove emozioni, immagini o sogni. Si invita a prenderne nota e si forniscono contatti utili per eventuali necessità.

Fase 8: rivalutazione

All'inizio della seconda seduta, si chiede ai partecipanti di rivalutare il livello di disagio associato al ricordo iniziale (SUDS da 0 a 10). Chi riporta un punteggio pari o inferiore a 2 seleziona un nuovo ricordo disturbante legato all'esperienza, mentre

chi ha un punteggio superiore prosegue sul ricordo originario. Si riprende quindi il lavoro con un nuovo foglio diviso in quadranti, a partire dalla fase 4 del protocollo.

8. Follow-up e rituale di chiusura

Il ciclo si può concludere con un rituale simbolico (piantare un albero, lasciare nell'aria dei palloncini, lettere condivise ecc.), utile per favorire la transizione emotiva. È consigliato un follow-up a uno o tre mesi e l'apertura a incontri individuali ove necessario. Anche in questa fase, la collaborazione attiva con gli psicologi scolastici risulta fondamentale. Essi rappresentano una continuità, un riferimento accessibile e competente, a cui gli studenti, i genitori e i docenti possono rivolgersi per un ulteriore supporto. La partnership tra professionisti esterni e interni garantisce efficacia e coerenza nel lavoro di rete.

9. Considerazioni finali sulle reazioni emotive

È importante che gli psicologi coinvolti siano preparati a gestire reazioni emotive complesse e, talvolta, inaspettate. Quando si lavora con il lutto, soprattutto in contesti scolastici, non è raro che lo specialista sperimenti il desiderio di ricevere gratitudine o riconoscenza per l'impegno e la delicatezza del proprio operato. Tuttavia, bisogna tenere conto che le risposte emotive delle persone coinvolte in un evento traumatico possono essere tutt'altro che lineari o rassicuranti.

Nel caso degli studenti, è possibile assistere a comportamenti di chiusura, rifiuto, irritabilità o aggressività, anche nei confronti dello psicologo. Tra i professori e i genitori, invece, può emergere una svalutazione più o meno esplicita del lavoro psicologico, spesso connessa a emozioni non elaborate o vissuti personali di lutto che il protocollo rischia di riattivare. Lo psicologo dovrà quindi essere pronto a gestire anche reazioni ostili, ambivalenti o che mettono in discussione la sua professionalità. Queste dinamiche fanno parte del processo e non devono essere interpretate come fallimenti. Un approccio accogliente, contenitivo, mai sfidante (né passivo), rappresenta la chiave per mantenere integra la relazione terapeutica, che costituisce il vero motore della possibilità trasformativa del percorso.

Una cosa è certa: chi si avvicina a questi interventi cercando gratificazioni personali rischia di restare deluso. In contesti di lutto e trauma collettivo, il riconoscimento esplicito è raro. Ciò che resta, invece, è il valore silenzioso ma profondo di aver offerto una possibilità di elaborazione dove prima c'era solo disorientamento.

10. Efficacia del trattamento ed elaborazione del lutto

I dati disponibili e l'esperienza clinica confermano che l'applicazione del protocollo EMDR di gruppo in ambito scolastico, in seguito a un suicidio, rappresenta un'opportunità concreta per favorire l'elaborazione del lutto. In molti casi, infatti, tale lutto rischierebbe di rimanere bloccato o cristallizzato a causa di meccanismi difensivi disfunzionali tipici dell'adolescenza. Tra questi, spiccano il senso di colpa (per non aver fatto abbastanza o per non aver percepito segnali), il senso di impotenza, la negazione e la tendenza a evitare il dolore emotivo per paura di non riuscire a tollerarlo.

Il trattamento EMDR, grazie alla sua struttura, consente ai partecipanti di affrontare in modo protetto e progressivo tali emozioni, stimolando i meccanismi di autoguarigione presenti nell'individuo. Il protocollo non impone la narrazione, ma offre strumenti espressivi alternativi (disegno, scrittura, simboli) che permettono di aggirare eventuali blocchi verbali, facilitando l'accesso al materiale emotivo. Nei casi osservati, l'intervento ha spesso rappresentato l'unico spazio in cui i ragazzi hanno potuto dare un nome al proprio dolore, confrontarsi con i vissuti condivisi e, soprattutto, uscire dall'isolamento emotivo. Questo passaggio è decisivo per disinnescare il rischio di un lutto patologico e promuovere un'elaborazione sana. Il gruppo, inoltre, svolge una funzione di rispecchiamento e normalizzazione che riduce la vergogna e la percezione di "essere sbagliati" per ciò che si prova. In conclusione, il protocollo EMDR di gruppo, applicato nei contesti scolastici dopo un suicidio studentesco, si rivela non solo efficace nella riduzione dei sintomi post-traumatici, ma anche prezioso nel facilitare l'elaborazione del lutto. Senza un intervento strutturato, infatti, il dolore rischia di trasformarsi in un nodo irrisolto, che può rimanere silente ma presente nel percorso di crescita emotiva dei ragazzi.

Riferimenti bibliografici

- Jarero, I., Artigas, L. (2014). "The EMDR Integrative Group Treatment Protocol: Application with child victims of natural disasters".
- Shapiro, F. (2001). "Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures".
- Fernandez, I., Maslovaric, G. (2020). "EMDR e traumi collettivi. Interventi dopo eventi critici in comunità scolastiche".
- Istat. (2022). Report annuale 2021: La situazione del Paese. Istituto Nazionale di Statistica.
- Maslovaric, G. (2017). "Il protocollo EMDR per i traumi collettivi: esperienze e applicazioni in emergenza".
- Tintori, A., Cerbara, L., Ciancimino, G., Pompili, M., & Corsetti, G. (2023). Il pensiero suicida tra gli adolescenti italiani: Una lettura psicosociale post-pandemica. Istituto di Ricerche sulla Popolazione e le Politiche Sociali (CNR-IRPPS).
- Jarero, I., & Uribe, S. (2013). "The EMDR Protocol for Recent Critical Incidents: Evaluation of effectiveness in a disaster context".

BAMBINI NELL'INFERNO DELLA SCUOLA MATERNA DI POVEGLIANO VERONESE

Stefania Samek Ludovici
Supervisore EMDR - Verona



**Scuola dell'infanzia
Mons. Pietro Bressan**

Questa esperienza penso meriti di essere divulgata alla Comunità dei colleghi EMDR perché gli esiti che l'hanno contraddistinta sono stati veramente una fonte di stupore e, qualora ce ne fosse ancora bisogno, la riprova dell'efficacia di questo potente strumento che è l'Emdr...

L'Associazione è stata chiamata, come ormai sempre più spesso accade, dal Distretto 4 Ovest Veronese dell'Azienda Ulss 9 Scaligera.

Il Direttore dott. Emanuele Zullini U.O.C Infanzia, Adolescenza e Famiglia, Consultori Familiari Servizi territoriali per l'età evolutiva Neuropsichiatria Infantile, nella veste della dott.ssa. Katia Tinazzi, è stato contattato dagli avvocati di alcuni bambini e delle loro famiglie, vittime di atti di violenza e maltrattamenti sia fisici che verbali che, per mesi, sono stati perpetrati da parte della maestra prevalente di classe. Ma andiamo per ordine allo scopo di capire come l'Associazione si è mossa in questa delicatissima situazione con vittime piccolissime, i loro genitori e la Giustizia che procedeva nel fare il suo corso.

L'antefatto.

Alcuni genitori non riuscivano a capacitarsi di comportamenti di evidente disagio che manifestavano i loro figli al primo anno di scuola materna, quando alla supplente che li aveva accolti nei primi mesi dell'inizio anno, è subentrata la maestra effettiva. Pianti disperati, comportamenti di regressioni a fasi precedenti caratterizzano il vissuto di alcuni bambini. Uno strazio che si ripeteva ogni giorno all'entrata dei cancelli della scuola materna da ottobre fino a quando la maestra non è stata sollevata dall'incarico. Di lei si sapeva che fosse un po' severa e di modi bruschi, ma l'età e gli anni di servizio la facevano pensare qualificata e competente nel suo ruolo.

Se nonché, alcuni bambini, come si accennava più sopra, al rientro dell'insegnante, hanno incominciato ad comunicare ai genitori oltre a una florida e preoccupante sintomatologia, qualche parola, come "...botte...", "...sgabuzzino buio...", e i lividi riportati sulle braccia di una bimba in particolar modo, portata dal pediatra di riferimento, hanno motivato i genitori, a segnalare e richiedere un intervento di verifica da parte dei carabinieri, i quali dopo alcuni mesi di indagini hanno confermato, posizionate le telecamere all'insaputa del personale didattico e non, i maltrattamenti subiti dai bambini e il clima di terrore nel quale i bambini di questa classe hanno vissuto fino a che le Forze dell'Ordine non sono intervenute procedendo all'arresto della maestra in oggetto.

Dopo le deposizioni, dopo le perizie psichiatriche, i legali delle famiglie hanno richiesto all'ULSS di riferimento che i bambini fossero seguiti per un percorso psicologico per rielaborare il trauma e a questo punto è intervenuta, sollecitata dal Dirigente, la nostra Associazione.

Grazie ai preziosi confronti con Caterina Paturzo, con la quale mi sono confrontata, cara amica e collega, conosciuta per la sua lunga esperienza sul campo e oggi parte del Comitato Direttivo per le Emergenze insieme a Paola Comito, Biancaluna Renzoni e Stefania Sacchezin, verso le quali serbo un tributo di gratitudine per il loro affiancamento e la presenza costante, insieme anche ad altre colleghe che negli anni si sono avvicinati come coordinatori nelle mie ormai svariate emergenze svolte in questi anni. Grazie quindi al contributo di molti e di chi mi ha preceduta, abbiamo portato a casa un bellissimo risultato.

Il team si è così organizzato: dott.ssa Elisabetta Burro, supervisore Emdr e Maria Grazia Leo practitioner Emdr come conduttrici e co-conduttrici intercambiabili, la dott.ssa Francesca Faustini tirocinante osservatrice mentre la scrivente presente in qualità di coordinatore.

Le prime difficoltà sono state su come muoversi in una situazione così tanto delicata. Le vittime di primo tipo, bimbi di 3-4 anni, i loro genitori e tutte le altre classi di bambini e gli altri genitori che in modo trasversale erano, seppur con

La cosa più straordinaria nel secondo e terzo incontro, la forza dinamica e coesiva che in modo rapido e strepitoso si è manifestata all'interno del gruppo. Una sinergia mista a condivisione, empatia e supporto che è dilagata nelle pieghe del dolore di questi genitori, abbattuti, delusi e molto sofferenti. E nel ritmo incalzante delle stimolazioni, in una danza composta da lacrime, sospiri, sguardi, dalle profondità intime condivise della sofferenza, dal limbico la risalita verso via via sempre più alla comprensione, alle risorse, alla corteccia prefrontale

Una forza che si è tradotta per alcune persone anche in cambiamenti in altri ambiti fino ad allora stagnanti, della loro vita. Una luce diversa nello sguardo di molti genitori che più consapevoli e meno atterriti oggi si sentono più pronti a sostenere un iter giudiziario parallelamente a quello psicoterapeutico dei loro bambini. Circondati da una realtà sociale che poco ha sostenuto e compreso la dimensione della portata dell'impatto dell'evento, forti della loro storia, delle risorse riscoperte, grati di quanto l'Associazione Emdr nelle persone di Elisabetta e Maria Grazia, ha fatto per loro. Certo per alcuni genitori, con una storia più complessa alle spalle si è suggerito un affiancamento psicologico che l'Ulss prontamente ha reso disponibile. La rete sul territorio è stata attivata, con la speranza che anche le insegnanti colleghe della scuola materna, e la dirigente della scuola primaria di primo grado, dove molti bambini sono confluiti e che oggi, a detta dei genitori, segnalano marcati disagi comportamentali, mettendo in scacco insegnanti e compagni, possano far richiesta all'Associazione in modo da estendere e completare l'operato delle colleghe.

La speranza è che la locandina affissa nella bacheca della scuola materna possa veramente realizzarsi concretamente e non rimanere una frase bella come ce ne sono tante....

A Elisabetta, Maria Grazia, Katia e Francesca, un ringraziamento per l'accoglienza il garbo e la sensibilità con le quali hanno gestito e condotto l'intervento. Non è possibile concludere senza una menzione a Caterina Paturzo, per le attente riflessioni nella pianificazione dell'intervento e ricordare che tanti anni fa, mi ha permesso di conoscere in modo operativo il mondo dell'Emergenza Emdr. A Isabel che sempre in modo attento, con raffinata delicatezza e attenzione promuove e guida passo dopo passo il percorso di crescita professionale mio e di tanti colleghi. A tutti coloro che stanno nelle retro file dell'Associazione che hanno contribuito al funzionamento dell'intervento, GRAZIE!!!



Intervento presso Liceo Statale “Domenico De Ruggieri” – Massafra (TA)

Annamaria Giannese* - Daniela Sardelli**

* Supervisore EMDR - Taranto
**Practitioner EMDR - Ostuni (BR)

Nella prima settimana di Maggio 2025 la Dirigente Elisabetta Scalera, del Liceo statale “Domenico De Ruggieri” di Massafra (TA), in seguito al suicidio di J. una studentessa quattordicenne frequentante il primo superiore, ha fatto richiesta all’Associazione EMDR Italia di intervento di sostegno alle persone che sono state esposte a questa esperienza traumatica. L’intervento è stato strutturato in tre fasi: la fase di psicoeducazione con l’ausilio del CISO (per genitori, insegnanti e studenti), la fase di elaborazione dell’evento traumatico con l’ausilio del protocollo di gruppo eventi recenti IGTP (per gli studenti) e la fase di restituzione finale con l’ausilio di un report riassuntivo del progetto di lavoro. L’intervento ha coinvolto 25 studenti (7M-18F) , 44 genitori e 22 insegnanti. Inoltre è stata somministrata la scala IES-r agli studenti in prima ed ultima fase. L’intervento è stato coordinato dalla dott.ssa Annamaria Giannese con l’ausilio della co-terapeuta dott.ssa Daniela Sardelli e delle colleghe osservatrici le dott.sse: Tonia Basile, Carla Bonocore, Grazia Catania, Stefania Conte, Mariangela Prudeniano e Fiara Russano.

In tabella le varie fasi del lavoro:

DATA	TIPOLOGIA DI INCONTRO	PARTECIPANTI
9/05/2025	CISO genitori ed insegnanti	44 genitori e 22 insegnanti
12/05/2025	CISO, IES e posto al sicuro	23 studenti (minorenni)
19/05/2025	Protocollo di gruppo	23 studenti (minorenni)
26/05/2025	Protocollo di gruppo	24 studenti (minorenni)
30/05/2025	Protocollo di gruppo, IES	21 studenti (minorenni).

Gli studenti assenti sono stati contattati telefonicamente per la somministrazione della IES-r

L’incontro di psicoeducazione con genitori e docenti ha visto una partecipazione sentita e numerosa. Il gruppo presentava un elevato livello di traumatizzazione a seguito del suicidio di J. con diversi sintomi da stress: la rabbia “non è giusto che una ragazza così giovane si tolga la vita”, il senso di colpa “era una ragazza così solare, non avevo capito che stesse male”, la paura e l’angoscia “non riesco a dormire la notte, ho un pensiero ricorrente che mio figlio possa fare esattamente la stessa cosa”, “abbiamo il terrore che anche altri studenti possano imitare quel gesto” ed il senso di impotenza “ci sentiamo confusi e non sappiamo come comportarci con gli studenti e che cosa sia meglio fare o dire per sostenerli ed evitare che possa riaccadere in futuro”. Il Ciso ha permesso al gruppo di comprendere gli effetti degli eventi traumatici così da poter normalizzare e validare le emozioni ed il disagio provati. Ciò ha attivato il normale processo di elaborazione ed un evidente cambiamento dello stato emotivo e cognitivo iniziale: “nonostante il dolore per la perdita di J. ora sono più serena perché ho capito come comportarmi con mia figlia”, “comprendere che parlare di quello che è successo con mio figlio, invece che evitare l’argomento, sia giusto mi fa sentire più al capace di gestire i prossimi giorni”, “aver compreso il senso del suicidio mi fa sentire meno arrabbiata e più triste e dispiaciuta” “grazie per averci dato strumenti utili per interagire con gli studenti ed affrontare quello che è successo, mi sento più orientata e sicura”. Successivamente abbiamo incontrato gli studenti nella loro classe e d’impatto ci ha colpito un cartellone presente sul banco vuoto di J. realizzato dagli stessi con delle foto di J. ed i suoi amici e delle parole d’amore e di addio per lei. Durante la narrativa di questo elaborato si è creato un buon clima di fiducia ed alleanza terapeutica; di fatto il gruppo stava esprimendo un forte bisogno d’aiuto ed una grande voglia di esprimere i propri vissuti disturbanti. Il gruppo ha riportato numerosi sintomi da stress post-traumatico: incubi, flashback, pensieri intrusivi, risposte sensoriali ed alti livelli di evitamento ed arousal, “ho di continuo, nella testa l’immagine di lei che si butta dal palazzo”, “dopo la notizia di J. ho sempre il fiato corto, la paura di fare le cose, ed un dolore forte al petto”, “non riesco più a studiare, concentrarmi ed uscire con gli amici”, “piango in continuazione e mi fa molto male la pancia quando penso a J.”, “mi sento sempre agitato e faccio di tutto per non pensare a quello che è successo”, “adesso sono concentrata sulle interrogazioni da fare perché la scuola sta finendo, ora non ci voglio pensare.”

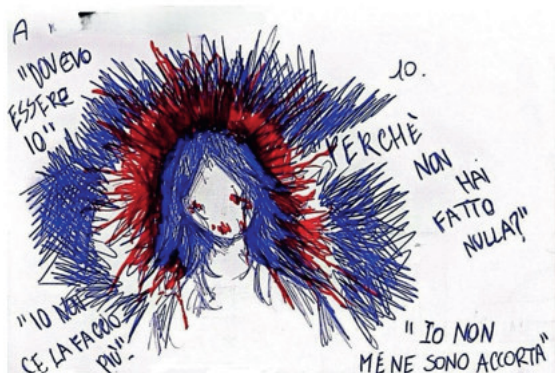
A seguire abbiamo somministrato la IES-r e installato il posto al sicuro in gruppo ed è stato necessario sostenere alcuni

studenti singolarmente per l'elevato livello di arousal.

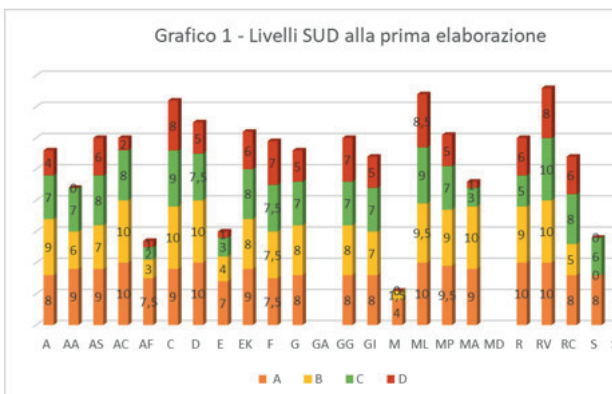
Protocollo di gruppo IGTP

Abbiamo svolto tre incontri di gruppo per l'elaborazione dell'evento traumatico con protocollo di gruppo IGTP, scegliendo come target il momento della notizia "quando ho saputo che J. si è buttata dalla finestra di casa sua". Di seguito riportiamo i grafici a colonna in pila che rappresentano i livelli del SUD ai quadranti A, B, C e D, di ciascun partecipante, nei tre incontri.

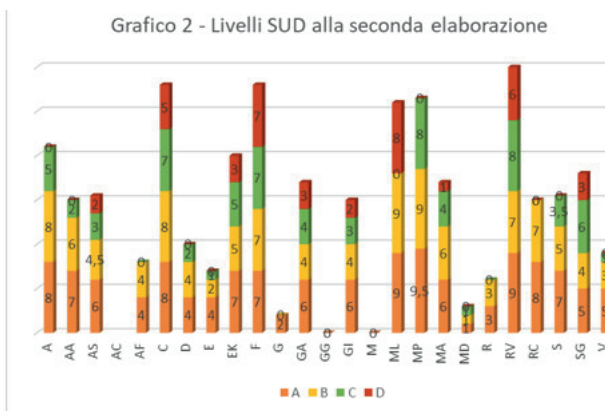
Nel grafico 1, la colonna arancione indica i punteggi SUD di ciascun alunno al quadrante A al primo incontro, che come si vede sono molto elevati (riportiamo foto dell'elaborato più rappresentativo).



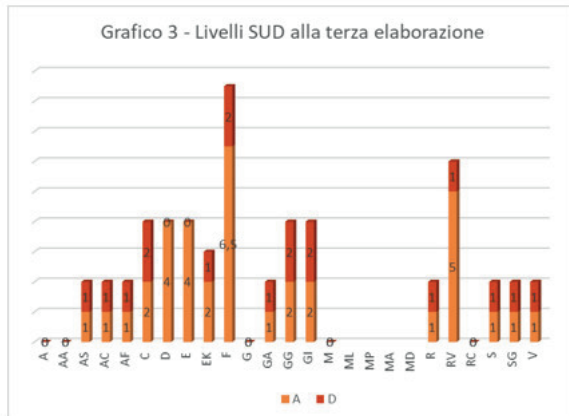
Il SUD oscilla nei quadranti B (colonna gialla) e C (colonna verde) fino a stabilizzarsi nel quadrante D (colonna rossa) al punto che 6 studenti (su 23 presenti) raggiungono, a fine del primo incontro, un punteggio SUD ecologico (3,2,1) e 3 studenti chiudono l'elaborazione del target con un valore SUD 0.



Il grafico 2 rappresenta il processo del secondo incontro ed è possibile osservare che 10 studenti su 24 (uno studente è assente) hanno nel quadrante A un SUD uguale o minore a 5. L'elaborazione EMDR sortisce un effetto molto positivo, 18 studenti (su 24 presenti) infatti chiudono l'incontro con un livello SUD ecologico (3,2,1) per il target "momento della notizia" e 13 studenti (su 24 presenti) con un livello di SUD pari a 0. Questi 13 studenti sono riusciti ad elaborare anche alcuni trigger del presente "quando entro in classe e vedo il banco vuoto" "quando usciamo con gli amici e lei non c'è" e "quando passo sotto casa di J."

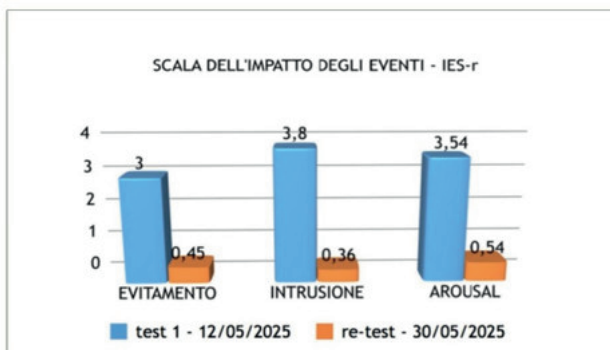


Nel grafico 3, le colonne indicano, per sinteticità, i punteggi del SUD al quadrante A e D (per il target momento della notizia) dei 21 studenti presenti. Ancora una volta è possibile osservare quanto l'efficacia dell'elaborazione dell'evento traumatico con EMDR abbia prodotto effetti risolutivi: 14 studenti su 21 hanno chiuso l'elaborazione momento della notizia con SUD ecologico (1,2) e 7 studenti su 21 hanno terminato l'elaborazione del target momento della notizia con un SUD 0, elaborato i trigger del presente e lavorato sul futuro in modo efficace.



Risultati della scala IES-r

Nel grafico sottostante sono indicate le medie delle somme dei punteggi dei cluster di Evitamento, Intrusività ed Iper-arousal della IES-r in prima e seconda somministrazione.



Dal grafico si evince che: in prima somministrazione i livelli medi dei cluster sono elevati, mentre nella seconda somministrazione della IES-r (successiva all'uso del protocollo di gruppo) vi è una netta e sostanziale riduzione della media della somma dei punteggi dei cluster.

Alla prima somministrazione della IES-r 13 studenti su 25 presentano valori corrispondenti alla probabile presenza di PTSD. Tali valori variano significativamente al re-test, infatti 12 di loro non presentano più valori corrispondenti alla probabile presenza di PTSD ed un solo studente presenta dati inversi, ossia non significativi alla prima somministrazione e significativi, della probabile presenza di PTSD, in seconda somministrazione. L'analisi dei dati riportata nel grafico dimostra l'efficacia dell'utilizzo dell'EMDR. È stato pertanto necessario consigliare un percorso di psicoterapia individuale solo a 2 partecipanti del gruppo classe: una studentessa che grazie all'elaborazione del trauma è riuscita a ridurre i valori corrispondenti alla probabile presenza di PTSD ma non al punto di rendere gli stessi subclinici (questa studentessa ha iniziato e concluso con successo il percorso individuale consigliato con la dott.ssa Tonia Basile) ed uno studente che alla prima somministrazione IES-r non presentava valori significativi ed alla seconda somministrazione della IES-r si.

La crescita post-traumatica

Il 30 Maggio 2025, il giorno dell'ultimo incontro con gli studenti la scuola ha organizzato una partita di pallavolo in memoria di J. Tutti gli studenti della classe hanno indossato una maglietta con su scritto "Nel silenzio sentiamo ancora la tua voce e le tue risate" e con il simbolo di un cuore con all'interno l'iniziale della loro compagna di classe (defunta).

Dopo aver concluso il protocollo di gruppo abbiamo chiesto agli studenti di scrivere cosa avevano imparato da tutta questa esperienza, ne riportiamo alcune parti:

F: "Ho imparato a non tenermi le cose dentro, a non chiudermi in me stessa come ero solita a fare ma a reagire e soprattutto a chiedere aiuto, cosa per me molto difficile...avrei voluto che l'avesse fatto anche J, ma così non è stato, perciò da ciò imparo che è necessario c'è bisogno di questo per noi, per la nostra vita e per tutte le persone care che ci circondano"

F: "Ho imparato che anche le cose più brutte che accadono possono essere superate. L'elaborazione richiede diverso tempo ma vale la pena aspettare per ritornare a vivere serenamente però portandomi sempre dentro la nostalgia e la mancanza di J. Questa storia mi ha insegnato che nella vita bisogna sempre lottare perché compiendo un gesto come il suo non si può più lottare per niente. Lei mi mancherà per il resto della mia vita ma so che sarà sempre con me anche se non fisicamente."

F: "Ho imparato che bisogna sempre parlare con qualcuno e non bisogna tenersi tutto dentro. Ho imparato che i problemi nella vita non sono un brutto voto o un litigio. Ho capito che, anche se non la vedrò, sarà sempre con me e sono sicura che adesso lei è fiera di noi. Ho imparato che tutti abbiamo dei cervelli diversi e ognuno ha un suo modo diverso di reagire, di esprimere le proprie emozioni e di metabolizzare qualsiasi cosa. In futuro dedicherò a lei ogni mio traguardo. Io sono cambiata. Mi godo ogni momento al massimo e voglio pensare che lei adesso stia meglio, che sia in un posto migliore e che abbia trovato la sua pace."

F: "J. ora è in un posto migliore, lontana dalla sofferenza che la teneva qui. Non c'è un modo per cambiare ciò che lei ha fatto e le sue conseguenze, posso solo accettarlo ed andare avanti."

M: " Da questa storia ho imparato che devo passare quanto più tempo possibile con le persone che amo e che saprò superare tutto nonostante le difficoltà. Quando faremo il memorial voglio vincere per lei, così da renderla fiera di me. Voglio giocare spensierato e felice. Ho sognato J. e questo ha fatto sì che io mi calmassi e mi ha fatto capire che lei sta bene e mi vuole bene. Io le voglio bene, infinitamente. Anche se non gliel'ho mai dimostrato, lo farò da ora in poi con le mie azioni."

F: "Ho imparato a capire le mie emozioni, a capire perché mi sentivo così strana e a tranquillizzarmi nei momenti di panico. Ho imparato che ciò che ho provato per il suicidio di J. È normale e non devo pensare sia strano."

M: "Ho capito che pure per un litigio oppure un errore ci si può togliere la vita. Ho imparato a rimanere calmo e a gestire le mie emozioni."

F: "Ho imparato che parlare con qualcuno e lasciarsi aiutare è la scelta migliore e che bisogna amare e tenersi strette le persone a cui teniamo creando bei ricordi perché può accadere l'inaspettato."

F: "Ho capito che in questi casi bisogna sempre parlarne e capire che si può rimediare a tutto. Parlare con le persone che ci stanno accanto, che non ci giudicano ma ci aiutano a superare un problema e a trovare insieme un rimedio."

F: "Ho imparato che il lutto può essere vissuto in modo diverso, da persona a persona. Bisogna sempre parlarne, a tutto c'è una soluzione...tranne alla morte. Lo so che lei sta bene e non posso essere arrabbiata con lei. Le vorrò sempre bene. Le psicologhe mi hanno aiutato a capire che tutti siamo fragili e tutti abbiamo bisogno d'aiuto."

F: "Ho imparato che reprimere le emozioni ed i sentimenti fa male, perciò bisogna parlare sempre con chiunque sia pronto ad ascoltarci. Quello che ha fatto J. è stato un gesto estremo che mi ha fatto soffrire molto, ma sono contenta che con le psicologhe sono riuscita a togliere tutto il fastidio nel corpo."

F: "Da tutto quello che è successo ho imparato ad accettare i momenti "No", ad avere il coraggio di andare avanti nonostante tutto, ed ho imparato ad apprezzare tutto della vita perché non si sa mai se un domani succederà qualcosa."

F: "In questa esperienza ho imparato ad andare avanti anche se con difficoltà. Ogni volta che ci pensavo mi sentivo male ma adesso posso essere felice per lei, ma anche per me, lei sarà sempre nel mio cuore. Ho imparato che anche le cose brutte che accadono possono essere superate. "

F: "Da questa esperienza ho trovato molto importante rielaborare un lutto che non deve e non può permettersi di non farmi tornare ad essere la persona che sono. Rielaborare il lutto è stato fondamentale per farmi stare in pace con me stessa, facendomi avere solo bei ricordi di J. Ricordandola con amore e gioia, perché lei non merita di essere dimenticata."

F: "Ho imparato che a qualunque problema c'è una soluzione e che al primo ostacolo che incontriamo non dobbiamo fermarci ma superarlo ed andare avanti. I problemi si risolvono parlando ed è importante essere ascoltati e capiti."

F: " Da questa esperienza ho capito che bisogna godersi ogni momento e ogni persona perché potrebbe accadere qualsiasi cosa da un momento all'altro. Ho capito anche che tutto può passare, ovviamente la nostalgia e la tristezza rimangono, ma bisogna imparare a convivere ed accettare anche cose orribili come questa."

F: " Ho imparato a convivere con la sua morte e a non incolparmi del fatto che non me ne sono accorta prima della sua tristezza. Ora voglio sentirmi felice e pensare che J. sia in un posto migliore e che ha trovato la pace con se stessa e con gli altri."

F: "Voglio ricordare tutte le cose belle che abbiamo passato insieme e voglio ricordare il suo sorriso per poterla portare

sempre con me in tutti i momenti belli della mia vita ed ho capito che l'apparenza inganna e che anche se una persona sembra felice in realtà si può portare tanto peso dentro e che bisogna chiedere aiuto se si sta male."

F: "Ho imparato che da tutte le cose brutte può nascere qualcosa di buono e che dobbiamo aiutare noi stessi quando siamo al buio. Penserò a lei come ad una persona che ha contribuito alla formazione della mia persona, una ragazza unica ed il suo pensiero mi farà tanto bene. Voglio trasmettere la sua allegria e quello che mi ha insegnato. Sarò una persona migliore per me e per lei."

M: "Ho imparato che tutto può succedere e che la vita è imprevedibile e qualunque cosa può accadere in qualsiasi momento. Dall'esperienza con le psicologhe ho imparato ad alleviare il dolore e anche a non sentirlo più forte come prima. Mi sento calmo e tranquillo perché se J. ha fatto questo gesto non era felice ma ora è in posto migliore in questo mondo."

Prima di concludere il nostro ultimo incontro e salutare il gruppo classe, gli studenti hanno realizzato anche uno striscione in memoria di J. da esporre in palestra durante il memorial di pallavolo dedicato a lei.



Questo è stato un progetto che ci ha coinvolto numerose, nelle varie fasi di intervento, ed ha visto la partecipazione sia di colleghe esperte dell'area emergenza, sia di colleghe neofite che hanno partecipato come osservatrici. Alle colleghe abbiamo chiesto di condividere il valore della loro esperienza, perché crediamo fermamente nell'importanza della formazione e della partecipazione ai progetti dell'area emergenza. Impegnarsi nei progetti di intervento umanitario in emergenza è sia opportunità di crescita professionale e personale, sia di promozione della salute nelle azioni precoci che prevengono l'insorgenza di malattie fisiche e mentali (come le recenti ricerche sempre più collegano in modo significativo a traumi accaduti durante l'infanzia e l'adolescenza).

Di seguito le testimonianze di alcune colleghe:

"L'esperienza di Massafra non è stata la prima perché mi piace molto partecipare ai progetti dell'area emergenza. Sapere di essere il mezzo attraverso il quale le persone potranno dragare il rumore assordante della sofferenza, per la perdita di una persona cara, è una grossa responsabilità. Sono lì con tutto il mio bagaglio di conoscenza, di pratica clinica e di esperienza sul campo, e mi chiedo "sarò abbastanza capace di aiutare le persone a superare questo dolore?"

So di essere capace e che posso contare su una buona equipe, ma è inevitabile farmi quella domanda, soprattutto alle prime esperienze quando incontro occhi pieni di lacrime, spesso smarriti ed increduli. E' il dolore per la perdita, che percepisco, che mi spinge a fare del mio meglio, per portare sollievo, abbracciando con uno sguardo autentico la sofferenza delle persone incontrate.

Ho visto quanto il CISO sia efficace nelle espressioni degli studenti, il respiro si faceva più leggero sebbene il dolore persisteva. Ho compreso ancor di più l'importanza della psicoeducazione non come passaggio di informazioni cognitive, ma come vero e proprio processo elaborativo. E mentre tutto questo accadeva mi sono sentita il contenitore emotivo pronto ad accogliere il flusso della sofferenza che consente a quegli occhi di far spazio al ricordo, quello bello, della loro compagna di classe mentre ogni neurone intona una nuova canzone "Sono stata una buona amica/o ed ho fatto tutto ciò che potevo per te."

Dott.ssa Antonia Basile – Practitioner

"Lavoro nel campo della psicologia clinica da circa dieci anni e da poco ho deciso di affacciarmi al mondo EMDR che trovo molto affascinante e straordinariamente illuminante. La mia partecipazione a questo intervento di emergenza ha segnato ed arricchito profondamente la mia crescita professionale ed umana. Nel quotidiano lavoro spesso con adolescenti ma osservare

il protocollo di gruppo così da vicino e applicato ad una situazione tanto complicata mi ha permesso di guardare con nuovi occhi il “miracolo” dell’evoluzione traumatica e la rinascita post-traumatica che ne consegue. Mi ritengo fortunata ed onorata di aver lavorato al fianco di colleghe tanto valide quanto dotate di spiccata umanità, caratteristiche che a mio parere sono indispensabili in questo lavoro. Mi ritengo fortunata anche di aver incontrato nuovi volti giovani in cui ho ritrovato paura, smarrimento ma anche curiosità, fiducia e voglia di crescere e che ancora una volta hanno riacceso in me la speranza di un’umanità meno superficiale e più riflessiva e consapevole. Ritengo che il bilancio di quest’esperienza sia assolutamente positivo e che mi possa spingere in futuro ad esperienze simili nuovamente arricchenti.”

Dott.ssa Stefania Conte

“Partecipare ad un intervento di emergenza dopo un tragico evento è stata una meravigliosa opportunità di crescita professionale poiché l’esperienza sul campo da modo di rinforzare in maniera significativa i contenuti teorici appresi durante i corsi di formazione. Inoltre per me è stata anche una irripetibile occasione di crescita personale: sentire il dolore del gruppo di ragazzi, supportarli, accompagnarli nella loro sofferenza, camminare accanto a loro nel processo di elaborazione, sentire e visualizzare con loro che quel dolore assume man mano una forma ed una dimensione diversa in maniera così delicata ed al tempo stesso potente, è stata per me fonte di grande speranza. Ho toccato con mano la forza dell’EMDR, mi sono stupita di fronte alla grandezza di uno strumento così efficace ed è aumentata la mia fiducia nella terapia EMDR e nella straordinaria capacità di elaborazione della mente umana!”

Dott.ssa Mariangela Prudeniano

“Partecipare a questo progetto di emergenza è stata un’esperienza intensa e significativa. Ho avuto l’opportunità di osservare fin dal primo incontro, come sia stato importante aiutare gli studenti ad elaborare il dolore e il trauma. Appena entrata in classe, ho visto e percepito nei volti, attraverso i loro occhi, la tristezza e l’impotenza. Il gruppo ci ha accolte con attenzione e consapevolezza che quello che avremmo fatto insieme li avrebbe aiutati ad elaborare il dolore e lo shock per la perdita di J. Gli studenti da spaesati e smarriti hanno iniziato a sentirsi più a loro agio ed a comprendere il valore di questo intervento. Questa esperienza, anche se solo per una giornata, mi ha confermato l’importanza dell’intervento psicoeducativo ed il valore dell’EMDR nel supportare gli altri in situazioni di crisi e di profondo dolore, per creare opportunità di crescita. E’ stato un onore per me poter essere parte di questo progetto e spero di poter continuare a fare esperienza in emergenza per aiutare le persone a superare le loro difficoltà e a crescere in modo sano. “Possano tutti gli esseri viventi restare liberi dal dolore” - Arthur Schopenhauer.”

Dott.ssa Fiara Russano – Practitioner

In conclusione vorremmo ringraziare l’Associazione EMDR per la capacità di diffondere il valore della cura così come ci ha insegnato Francine Shapiro. Ringraziamo la Dirigente dott.ssa Elisabetta Scalera e gli insegnanti, per la collaborazione e l’apertura offerte, che ci hanno permesso di operare al meglio delle nostre risorse a favore del supporto e della promozione della salute di insegnanti genitori ed alunni. Ringraziamo calorosamente gli studenti che ci hanno accolto con fiducia ed affetto, partecipando a tutte le fasi del processo in modo propositivo. A loro siamo profondamente grate per averci dato la possibilità di assistere, ancora una volta, al miracolo del cambiamento e della crescita post-traumatica.

Bibliografia

- American Psychiatric Association.* (2022), Manuale Diagnostico e statistico dei disturbi mentali - DSM-5- TR. TR. IT. Raffaello Cortina Editore, Milano 2023.
- Fernandez, I.* (2012). EMDR e psicoterapia integrata. Dalla teoria alla clinica. FrancoAngeli.
- Fernandez, I., Maslovaric, G., Galvagni, M.V.* (2011), Traumi psicologici, ferite dell’anima. Il contributo della terapia EMDR. Liguori Editore, Napoli.
- Gatti, C.* (2023). EMDR e riparazione transgenerazionale. Dopo il suicidio di un figlio. Edizioni libreria Cortina, Milano.
- Horowitz, M., Wilner, N., & Alvarez, W.* (1979). Impact of Event Scale: A measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine*, 41(3), 209–218.
- Jarero, I., & Artigas, L.* (2006). The EMDR integrative group treatment protocol (EMDR-IGTP) for children. *Traumatology*, 12(2), 121–129.



Criteri di ri-accreditamento EMDR Europe (Ottobre 2017)

1. I Practitioner e i Consultant/Supervisor EMDR devono fare domanda di ri-accreditamento presso l'Associazione EMDR nazionale di riferimento ogni cinque anni.
2. Il ri-accreditamento permetterà al Practitioner EMDR Europa e al Consultant/Supervisore di continuare a essere presenti nell'elenco Practitioner/Supervisor EMDR sul sito web dell'Associazione EMDR nazionale che sarà collegato al sito web di EMDR Europa.
3. Il Practitioner e il Supervisore Accreditati da EMDR Europa usano attivamente l'EMDR sulla base del Modello dell'Elaborazione Adattiva delle Informazioni (AIP)
4. La richiesta di ri-accreditamento deve includere:
 - a. Prova che il candidato è socio dell'Associazione EMDR nazionale di riferimento
 - b. Prova di aver precedentemente soddisfatto i criteri di accreditamento (certificati dall'associazione nazionale).
 - c. Una lettera che attesti la loro posizione/status professionale.
 - d. Una lettera di "buona relazione (goodstanding)" da parte dell'Associazione Nazionale.
 - e. Prova di aver acquisito 50 crediti legati ad attività nel campo della terapia EMDR/AIP durante il periodo di 5 anni dall'ultimo accreditamento. (1 ora = 1 credito)
 - f. Dovrebbe esserci una combinazione ragionevole di attività dell'EMDR per soddisfare i 50 crediti. Ciò può includere la partecipazione a conferenze, presentazioni, attività di ricerca, supervisione, attività didattiche, partecipazione a seminari, formazione in diverse applicazioni dell'EMDR, workshop pratici, lettura e ricerca clinica e contributi allo sviluppo dell'EMDR a livello nazionale o locale.
 - g. L'associazione nazionale ha la discrezionalità di prendere in considerazione circostanze attenuanti quando i criteri di ri-accreditamento non sono stati soddisfatti e consentire il ri-accreditamento.
 - h. Se non viene richiesto il ri-accreditamento, o se il richiedente non soddisfa lo standard richiesto, l'accREDITamento verrà ritirato e il membro verrà rimosso dall'elenco dei professionisti accreditati sul sito web nazionale.
 - i. Qualora non venga richiesto il ri-accreditamento o esso non venga concesso, il socio non potrà auto-definirsi Practitioner / Supervisore accreditato EMDR Europa e neppure utilizzare il termine Practitioner/Supervisore accreditato EMDR Europa nelle proprie comunicazioni e nella propria attività professionale.
 - j. I soci senza accreditamento non potranno utilizzare o esporre il logo EMDR Europe.

- k. Un socio con accreditamento EMDR Europa decaduto dovrà presentare nuovamente la relativa domanda e completare una richiesta di accreditamento per socio decaduto insieme a un Supervisore EMDR Europa.

Sviluppo personale continuo (crediti CPD)

1. I Practitioner, i Consulenti/Supervisor e Formatori di EMDR Europe con competenze riconosciute avranno il diritto di richiedere crediti EMDR Europe per le loro presentazioni e il lavoro relativo all'EMDR.
2. I crediti CPD sono assegnati a discrezione dell'associazione nazionale e ogni associazione nazionale è tenuta a disporre di un solido sistema per l'assegnazione dei crediti. Ciò seguirà almeno le raccomandazioni dell'EMDR Europe.
(vedi P.4 punto f della pagina precedente)
3. I crediti possono essere ritirati se il lavoro dell'assegnatario non è soddisfacente.
4. Alla conferenza EMDR Europe, EEWC e EERPC saranno assegnati 14 crediti. Pre-conferenza EERPC:
1h=1c
5. Questo documento sarà rivisto a giugno 2023

Versione 28-10-2017

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

