



EMDR

RIVISTA DI PSICOTERAPIA EMDR

**ANNO XVI
SETTEMBRE 2017
N 34**

EMDR ITALIA

Settembre 34

Sommario

Lettera del Presidente	1
Relazione sulla Conferenza EMDR Europe 2017– Barcellona	3
Il ruolo del cervello notturno rivisitato in chiave Psiconeurologica e AIP	7
La costruzione della resilienza in rifugiati e richiedenti asilo L'intervento con l'EMDR	17
Intervento di Psicologia dell'Emergenza Terremoto Centro Italia	27
Intervento di emergenza presso il convento a Fabriano	35
EMDR e la ricerca in Italia 2016/2017 - I progetti per il 2018	36
Effetti dei movimenti oculari durante l'EMDR Therapy Uno studio con apparecchiatura Near-InfraredSpectroscopy	39
Omaggio a Rossella Nicolao	41
Relazione Programma Formazione EMDR Cuba	42
Impatto di guarigione di risorse e strategie riparatorie nell'elaborazione di un abuso sessuale	43
Progetto EMDR Europe "EMDR Practitioner"	52
EMDR Europe ri-accreditamento certificato Practitioner	53

Lettera del Presidente

Cari Colleghi,

Il secondo numero della Rivista di Terapia EMDR di quest'anno è pieno di articoli e di notizie, essendo stata la nostra Associazione coinvolta in molte attività importanti già dall'inizio del 2017. Tutte queste attività sono legate al costante sviluppo della terapia EMDR nel nostro paese e a tutti gli stimoli che arrivano dall'interno e dall'esterno dell'Associazione.

Nel corso di quest'anno abbiamo già fatto circa 40 interventi in comunità colpite da eventi traumatici gravi e devastanti, soprattutto riguardante dei minori, oltre ai loro referenti e al tessuto sociale. Man mano che abbiamo organizzato e realizzato questi interventi sul campo, soprattutto con scuole, continuava l'intervento nel Centro Italia (Umbria, Lazio, Marche e Abruzzo, in 14 Comuni diversi). Troverete un report all'interno di questa rivista che descrive la portata del nostro intervento come Associazione EMDR Italia, che è durato 10 mesi.

Al loro ritorno dal campo, i colleghi hanno sempre raccontato di essere cresciuti molto umanamente e professionalmente, e di essere entusiasti dell'esperienza, anche lavorando in situazioni estreme e in mezzo alle avversità.

E questo ci fa costatare quanto si può crescere se si lavora condividendo gli aspetti migliori della nostra professione come psicoterapeuti, ma anche le sfide e le difficoltà di lavorare sulle storie delle persone e sulle loro problematiche.

Ed è così che in questi anni, la grande comunità scientifica e professionale che siamo diventati ci ha dato anche la possibilità di fare grandi e piccoli progetti, di essere in contatto con molte realtà e con molti campi di intervento. Ci ha dato la forza e la passione di intervenire dove possiamo essere utili e dove possiamo dare un contributo importante al benessere, alla salute mentale e alle comunità.

Continuiamo ad investire molto nella formazione avanzata dei nostri soci, organizzando eventi formativi gratuiti, sia per i colleghi appena formati in EMDR che per i Practitioner e Supervisor. L'Associazione ha sempre avuto la "mission" di offrire ai soci la possibilità di crescere tutti insieme, per essere dei professionisti sempre più consapevoli dei meccanismi mentali e di come districarsi nei labirinti delle reti neurali, identificando le informazioni disfunzionali alla base dei problemi dei pazienti. Lavorare con la prospettiva dell'EMDR ci offre la chiave per riorganizzare le informazioni in questi reti e rendere in questo modo i nostri pazienti più liberi, non solo dai sintomi.

Troverete anche all'interno della Rivista, notizie sull'ultimo Congresso Europeo di EMDR, che si è tenuto a Barcellona (Spagna) nel mese di giugno. Abbiamo potuto costatare con orgoglio che l'Associazione EMDR Italia e i soci stanno contribuendo alla crescita delle Associazioni europee e trasmettendo il grande entusiasmo con cui lavorano con EMDR in tutti i campi. Eravamo la delegazione nazionale più numerosa, superando in numero addirittura quella degli spagnoli. L'Associazione italiana sta facendo la differenza in Europa. Negli ultimi anni abbiamo contribuito a creare e sviluppare EMDR Spana, EMDR Polonia, EMDR Serbia, l'anno scorso EMDR Romania e quest'anno è nata EMDR Albania, grazie alla collaborazione di molti colleghi italiani.

Grazie a tutti e proseguiamo tutti insieme a lavorare con lo spirito di appartenenza che ci ha sempre caratterizzato ed entusiasmato.

Isabel Fernandez

Il congresso 2017 “EMDR – La Psicoterapia del 21. Secolo”, che si è tenuto nella meravigliosa città di Barcellona, non soltanto è risultato invitante per l’attraente città mediterranea, ma anche il ricco programma, registrando la presenza di 913 partecipanti provenienti da 58 paesi diversi. La sede del congresso, il Fira Barcelona Montjuic, situato nella grandiosa Plaza d’Espanya, è stata fin da subito di grande impatto. Noto anche la capacità organizzativa del team spagnolo che ha permesso lo svolgimento del ricco programma senza difficoltà. Le due presentazioni Keynote hanno affrontato temi importanti quali gli effetti neurobiologici del maltrattamento in età infantile (Martin Teicher) e l’importanza della terapia focalizzata sul trauma con l’EMDR all’interno del sistema familiare (Ana Gomez), seguiti nei giorni successivi da interessanti workshop di approfondimento incentrati sul titolo del congresso. I giorni a Barcellona sono stati arricchiti sia da un punto di vista dei contenuti della terapia EMDR come anche ad un livello culturale e sociale permettendo scambi e condivisione tra colleghi provenienti dalle diverse parti del mondo. Grazie a tutto il team spagnolo e a quello europeo e a Bruna Maccarrone, come membro del Comitato Organizzativo europeo, che hanno lavorato per rendere tutto questo possibile.



Relazione sulla Conferenza EMDR Europe Association 2017 Barcellona (Spagna)

Bruna Maccarrone - Antonio Onofri

(Supervisor EMDR Italia - Roma)



La psicoterapia del 21° secolo:

gli organizzatori del 18° Congresso Europeo EMDR, tenutosi presso la Fiera di Barcellona dal 30 Giugno al 2 Luglio, hanno voluto con questo titolo mettere in evidenza il crescente accreditamento dell'approccio EMDR e la sua diffusione sempre più capillare.

Ben 913 i partecipanti (di cui ben 154 italiani, il gruppo più numeroso, seguiti dagli spagnoli) provenienti non solo da gran parte d'Europa, ma da tutti i cinque continenti, cui è stato indirizzato il saluto di apertura e benvenuto di Francisca Garcia Guerrero (Presidente EMDR Spagna) e di Isabel Fernandez (Presidente

EMDR Europa, nonché della Associazione Italiana). Quest'ultima, in particolare, ha evidenziato la costante diffusione dell'EMDR e la crescita dell'Associazione EMDR Europe che adesso conta ben 28 Paesi, per un totale di 20.543 membri e ha illustrato le nuove frontiere nel trattamento anche di popolazioni speciali con bisogni particolari, come indicato per esempio dalle tante esperienze di applicazione dell'EMDR nella terapia delle condizioni sintomi post-traumatiche nei rifugiati e richiedenti asilo. Quest'anno il Premio Servan-Schreiber per il contributo più significativo relativo all'EMDR, è stato conferito a Dolores Mosquera, nome familiare anche ai soci italiani per i tanti eventi formativi e di aggiornamento tenuti da Dolores nel nostro Paese, ma personalità nota a livello internazionale nel mondo della psicotraumatologia e dell'EMDR, soprattutto per la sua ricerca nell'applicazione del nostro approccio ai disturbi dissociativi e della personalità.

Le sessioni plenarie che si sono succedute nelle tre giornate sono state affidate a tre nomi di eccellenza.



Il venerdì ha aperto i lavori **Martin Teicher**, professore associato alla Harvard Medical School, che ha illustrato i risultati di nuove e molto promettenti ricerche dalle quali emergerebbe come vi siano particolari regioni del cervello suscettibili a particolari tipi di stress e come queste regioni abbiano dei propri particolari periodi di sensibilità (o "finestre di vulnerabilità") agli effetti dello stress precoce. Pertanto, la fase evolutiva in cui avvengono le esperienze traumatiche darebbe esiti diversi sia in relazione alle aree del cervello che vengono compromesse, sia ai successivi sviluppi psicopatologici. In altre parole, tipi diversi di eventi o condizioni traumatiche interesserebbero aree cerebrali differenti, a seconda non solo del momento di sviluppo, ma anche del sesso di appartenenza del bambino: per esempio, questi possono avere effetti sulla corteccia visiva e sul sistema limbico, così come la capacità di autoregolazione emozionale e i processi mnemonici. Le esperienze di umiliazione possono influenzare primariamente la corteccia uditiva e le aree verbali, l'abuso sessuale produrrebbe i suoi effetti principali sulla corteccia somatosensoriale, il corpo calloso e la connessione interemisferica.



Il sabato la sessione plenaria è stata invece affidata ad **Ana Gomez**, fondatrice e direttrice del Agate Institute negli Stati Uniti, esperta nell'uso della terapia EMDR con bambini e adolescenti vittime di traumi complessi, ferite dell'attaccamento e dissociazione. Ana Gomez ha trattato il tema complesso della trasmissione transgenerazionale dei traumi irrisolti e dei modelli di attaccamento, ovvero di come storie e ferite passate vengano trasmesse attraverso messaggi impliciti inconsci che hanno luogo nella relazione genitore – bambino e ha poi illustrato, durante il suo lungo workshop del giorno dopo, le sue modalità di intervento, particolarmente creative, originali e sofisticate, a partire dalle conoscenze attuali di neurobiologia dello sviluppo sulle progressive capacità autoregatorie del bambino e dell'adolescente.



Infine, la domenica ha chiuso i lavori Andrew Moskowitz, Professore di Psicologia al Touro College di Berlino, nonché Presidente della Società Europea per lo Studio del Trauma e della Dissociazione, autore di molte pubblicazioni nell'area del trauma, dissociazione e psicosi, e curatore del libro "Psycosi, Trauma e Dissociazione", di cui uscirà la seconda edizione nel 2018.

Il prof. Moskowitz ha illustrato il difficile e controverso tema della relazione tra dissociazione e psicosi, ripercorrendo innanzitutto le conoscenze della psicopatologia classica e della fenomenologia psichiatrica di tradizione europea, e poi illustrando alcuni interessanti e più recenti sviluppi, come la relazione tra allucinazioni uditive e dissociazione e le similarità tra i cambiamenti nel cervello causati da condizioni traumatiche dell'infanzia e quelli riconosciuti come più tipici della schizofrenia. Da una tale prospettiva, le dispercezioni uditive potrebbero essere considerate come una sorta di fallimento di un meccanismo dissociativo. Trattando poi il tema dei deliri, Andrew Moskowitz ha ipotizzato come molti di questi possano derivare da ricordi traumatici decontestualizzati o da esperienze di attaccamento precoci o comunque cariche affettivamente. Infatti, molti studi su larga scala di cui alcuni anche longitudinali, mettono ormai in correlazione trauma e psicosi e mostrerebbero come per esempio variabili legate all'attaccamento insieme all'abuso verbale (non sessuale) possano predire fortemente la dissociazione. In questa linea, Moskovitz ha riproposto una originale rilettura della teoria del doppio legame nella schizofrenia, alla luce dei contributi di Liotti, relativi alla disorganizzazione dell'attaccamento in grado di offrire una buona cornice concettuale per la comprensione anche dei sintomi psicotici (per esempio, i deliri esprimerebbero la dissociazione dell'emozione reale che non può essere espressa direttamente). Per finire, il prof. Moskowitz ha ricordato come lo stesso Bleuler ritenesse la schizofrenia "l'effetto di un trauma psicologico particolarmente potente su una persona particolarmente sensibile".

Oltre alle sessioni plenarie le tre giornate di congresso hanno visto susseguirsi moltissimi workshop che hanno trattato tutti i campi di applicazione dell'EMDR e di trattamento delle varie psicopatologie (dalla depressione ai disturbi dell'umore e bipolari, dalle fobie ai disturbi del comportamento alimentare, dal DOC alle psicosi) fino a toccare i temi di attualità legati alla genitorialità e alla violenza domestica, e quelli dell'emergenza e dell'accoglienza ai migranti, rifugiati e richiedenti asilo, che interessano particolarmente le coste italiane ed europee in questo momento.

Anche il gruppo italiano è stato particolarmente attivo negli workshop proposti durante il Congresso: Paola Castelli e Antonio Onofri hanno illustrato il loro lavoro con i rifugiati e i richiedenti asilo oltre che presentato una rassegna delle esperienze italiane in corso, Luca Ostacoli ha proposto un originale modello di intervento a partire dalla identificazione del profilo neurobiologico del paziente, Maria Zaccagnino ha offerto ai partecipanti un interessante workshop sull'uso dell'EMDR nella anoressia nervosa, Enrico Zaccagnini ha affrontato il tema dell'uso del sogno nella terapia EMDR e Marco Pagani ha proposto un workshop sui meccanismi di azione dell'EMDR.

In chiusura dei lavori, il premio per la ricerca è stato assegnato al lavoro del gruppo di colleghi turchi

guidato da C. Acaturk, “The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees: results of a randomized controlled trial”, pubblicato nel 2016 su Psychological Medicine. Varie ricerche precedenti, infatti, hanno mostrato un’alta incidenza di PTSD e depressione tra i rifugiati. Lo studio del gruppo di Acaturk ha pertanto indagato gli effetti dell’EMDR sui sintomi del PTSD e della depressione confrontando la nostra terapia con un gruppo di controllo in lista di attesa tra i rifugiati siriani. Quelli che - tra gli ospiti del Centro di Accoglienza di Kilis al confine turco-siriano – presentavano una diagnosi di PTSD, sono stati assegnati in maniera random al trattamento con EMDR ($n = 37$) o a una lista di attesa di controllo ($n = 33$). L’analisi statistica ha mostrato un effetto significativo della terapia con EMDR, con una grande riduzione dei sintomi del PTSD e una differenza tra i due gruppi che si manteneva anche al follow-up dopo cinque settimane.

Ringraziando gli organizzatori e il Comitato Scientifico del Congresso, Isabel Fernandez ha dato ai partecipanti il suo “Arrivederci a Strasburgo”.

Il prossimo Congresso Europeo di EMDR, infatti, si terrà nella bella città francese, dal 29 Giugno al 1° Luglio 2018. Save the date!

19th EMDR EUROPE CONFERENCE
STRASBOURG 2018
JUNE 29 - JULY 1

EMDR : a crossroad between psychotherapy and neurosciences

Premio David Servan Schreiber

Durante il Congresso di EMDR Europe a Barcellona, è stato come ogni anno dato il premio David Servan Schreiber . E' un'occasione speciale in cui ricordare David ed onorare la sua memoria. Per questo motivo è un momento importante, in cui dare un profondo riconoscimento a chi ha fornito un contributo eccellente alla terapia EMDR.

Il Premio David Servan Schreiber è stato assegnato a Dolores Mosquera.



Dolores Mosquera è una collega giovane, ma con una lunga e prestigiosa esperienza nel trattamento dei Disturbi di Personalità, del Trauma Complesso e della Dissociazione. Da quando ha conosciuto l'EMDR, ha sviluppato le migliori strategie di intervento con EMDR nel trattamento di questi disturbi. Questo sforzo si è tradotto in un grande successo, portando alla pubblicazione di 12 libri, 6 capitoli e più di 30 articoli, alcuni di cui è stata coautrice con altri tra i maggiori esperti in questo campo. Ha diffuso e fortemente rappresentato l'efficacia dell'EMDR e il modello dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione (AIP) all'interno della comunità scientifica e professionale, dentro e fuori dal mondo dell'EMDR. Ha una profonda comprensione del modello AIP, applicandolo con rispetto ed empatia ai suoi pazienti. Ha una vasta esperienza come docente e ha presentato in oltre 140 workshops e seminari in Spagna, Europa e in altri continenti. E' sempre aperta a condividere la sua competenza in ogni angolo del mondo, dalla Cina all'Argentina, dagli Stati Uniti alla Germania, dalla Finlandia all'Australia....

Con questo premio l'Associazione EMDR Europe ha voluto esprimere la sua stima per la sua capacità di comprendere in maniera puntuale ed empatica i disturbi complessi e le conseguenze dei traumi nella prima infanzia, assieme alla sua ammirevole semplicità compassionevole con cui riesce a descrivere le loro lotte interne in questi pazienti. Ha sempre voluto trasmettere il grande potenziale dell'EMDR nel trattare la complessità e la devastazione derivanti dai traumi infantili. In questi ultimi anni Dolores ha enormemente influenzato la nostra comunità EMDR e ci ha guidati con la sua competenza, saggezza, aiutando i terapeuti a lavorare con l'EMDR anche nei luoghi più bui delle menti dei loro pazienti. Per tutti questi aspetti, EMDR Europe Association ha voluto conferirle il Premio David Servan Schreiber 2017 .

Il ruolo del cervello notturno rivisitato in chiave psiconeurologica e AIP

Come integrare l'uso clinico dei sogni

- recenti, ricorrenti e incubi -

nella Psicoterapia EMDR

Esempi, Suggestori e Protocolli

Enrico Zaccagnini

(Supervisore EMDR Italia - Firenze)

(dall'intervento fatto al Congresso EMDR 2017 a Barcellona)



L'articolo inizia con un breve resoconto storico dell'uso che è stato fatto finora del sogno nella terapia EMDR. A seguire i risultati delle più recenti ricerche neurologiche sul sonno e sui sogni per evidenziare come funziona il cervello notturno. Infine l'articolo tenta di mostrare il possibile utilizzo dei sogni, dei sogni ricorrenti e degli incubi, nella terapia EMDR fornendo alcuni protocolli utilizzabili, in caso di difficoltà, nelle fasi 1, 2 e 4 dell'EMDR.

Finora l'approccio EMDR/AIP ha trattato i sogni e gli incubi in due modi.

McNeal, (McNeal S. A. 2001) li ha considerati target da trattare con il normale protocollo. Trattandosi di sogni e

non di ricordi, Mc Neal introduce le seguenti variazioni:

1. occhi chiusi per meglio ripristinare le immagini che costituiscono il sogno o l'incubo.
2. possibilità di saltare la CN e la CP se il paziente non riesce a produrle.

Leeds (Leeds A. 2009), invece, utilizza gli incubi per agganciare ricordi di eventi traumatici, soprattutto i più precoci, che, non sempre, la lista dei traumi, compilata con protocollo normale, riesce a individuare. Tale procedura è consigliata quando la riprocessazione degli incubi trattati come target, come proposto da Mc Neal, è inefficace. E' possibile, infatti, usare le parti più disturbanti dei sogni-incubi per rintracciare, con la tecnica dei ponti affettivi o somatici, target rimasti criptici.

Secondo gli ultimi dati della ricerca psiconeurologica (Pagani M. 2014), i sogni sarebbero associati a un'alterata connettività, all'interno del circuito che comprende le aree dell'Amigdala, dell'Ippocampo, della Corteccia Cingolata Anteriore, della Corteccia Mediale Prefrontale, del Mesencefalo e dell'Ipotalamo. L'alterata connettività tra le aree neuronali durante il sogno indica che qualcosa avviene nel cervello mentre stiamo sognando. Possiamo capire l'importanza di quello che accade nel cervello durante il sogno analizzando le funzioni delle aree coinvolte. Le funzioni di queste aree, attivate dall'attività onirica, sono le seguenti:

- Amigdala: archivio della memoria emozionale, giudica la valenza emotiva degli stimoli, paragonandoli con gli stimoli delle esperienze passate, di cui conserva la memoria. (Krishnananda, Amana, 2011)
- Ippocampo: memorizzazione a lungo termine delle informazioni dopo numerosi richiami (Arthur C. Guyton 2006).
- Corteccia Cingolata Anteriore: sistema di allarme silenzioso, riconosce quando la risposta del soggetto è inadeguata rispetto alla situazione (Keren Haroush e Ziv M. Williams in cell.com).
- Mesencefalo: coinvolgimento del sistema di dopamina prodotta nella substantia nigra, fissa motivazioni e abitudini. (Arthur C. Guyton 2006).

- Ipotalamo: controllo del sistema nervoso autonomo e del sistema endocrino (E. Giusti, E. Picerni 2014).
- Corteccia Prefrontale Mediale: apprendimento e previsione della probabilità dei risultati delle azioni (H. A. Alexander e J. W. Medial 2011) .

Dunque, l'attività onirica è connessa ad aree importanti del cervello ed è presumibilmente rilevante. Per capire in cosa consiste tale importanza devo spendere due parole sul sonno e sul sogno, partendo dai dati forniti dalla ricerca neurologica, in generale, e, in particolare, da quella delle neuroimmagini. Le nozioni seguenti mi servono per giustificare il collegamento Sogno-Psicoterapia EMDR.

Le principali caratteristiche del sonno nonREM sono: presenza di onde ECG lente e a bassa frequenza, sonno profondo e riposante, tono vascolare e funzioni vegetative diminuite. E' falso che non ci siano sogni nel sonno nonREM. L'attività onirica è anzi intensa, la presenza o meno di attività di consolidamento della memoria è discussa. Sembra accertato che i sogni fatti durante questa fase del sonno non siano memorizzati dalla coscienza.

Le principali caratteristiche del sonno REM sono: non è altrettanto riposante. E' presente un'intensa attività neuromuscolare e neurovegetativa. I sogni sono vividi e alcuni di essi sono memorizzati. Il tracciato ECG mostra onde rapide ad alta frequenza. Durante tutto il periodo in cui una persona dorme, le strutture neuronali deputate alle capacità di esecuzione e all'attenzione sono disattivate e, parallelamente, sono attivate le strutture neuronali deputate alla gratificazione e alle emozioni. I sogni REM hanno un alto contenuto emozionale e motivazionale che li distingue dai sogni nonREM (Perogamvros L., Schwartz S. 2013).

Le recenti ricerche empiriche sul sogno si trovano concordi nel definire l'attività onirica come ciò che corrisponde, in termini d'immagini, a quello che avviene all'interno del nostro organismo, durante il sonno, in termini di esperienze di tipo sensorio, motorio, emotivo e cognitivo. E' interessante sapere che gli individui affetti da PTSD simulano nei loro sogni eventi caratterizzati da paura più frequentemente dei controlli (Valli et al. 2005) e che la privazione del sonno REM inibisce la capacità di difesa dai pericoli (Martinez-Gonzalez et al. 2004). Non a caso è stato proposto che lo sperimentare stimoli di paura (oggetti, situazioni, pensieri, ricordi, e sensazioni fisiche) nella totale sicurezza offerta dallo stato di sonno, somigli alla terapia per esposizione messa a punto per i disturbi d'ansia (Desseilles et al. 2011; Pace-Schott et al. 2009 in Perogamvros L., Schwartz S. 2013). Gli incubi, che caratterizzano il Disturbo Post Traumatico da Stress, rifletterebero, a loro volta, il fallimento del processo adattivo di estinzione dalla memoria di paure, alla presenza di aumento di carico affettivo, sia esso di tipo temporaneo, dovuto a eventi quotidiani, che di tipo persistente dovuto a traumi (Nielsen and Levin 2007). Non è ancora chiaro ai ricercatori se la riprocessazione dell'informazione emotiva disinserita e disfunzionale necessiti la risperimentazione consapevole degli eventi già esperiti sognando (Desseilles et al. 2011; Pace-Schott et al. 2009 in Perogamvros L., Schwartz S. 2013).

La mia esperienza clinica sull'uso dei sogni suggerisce che il richiamo e la comprensione di un sogno in prospettiva AIP aiuta la processazione dell'informazione emotiva, rimasta disinserita dal normale funzionamento cerebrale.

L'esperimento di Pagani et al. (Pagani M., Di Lorenzo G., Verardo A., Nicolais G., Monaco L., Niolu C., Fernandez I, Siracusano A, (2013.) ha dimostrato che il tracciato ECG del paziente, mentre racconta il trauma in fase sintomatica, presenta onde di alta frequenza e bassa ampiezza e corrisponde all'attivazione di aree neuronali prevalentemente a funzionamento emotivo. Dopo la processazione del trauma con EMDR il paziente, ora in fase asintomatica, presenta un tracciato ECG caratterizzato da onde delta a bassa frequenza e grande ampiezza, cui corrisponde l'attivazione di aree prevalentemente cognitive. Si può osservare che nella fase sintomatica e nel sonno REM il tracciato ECG è simile (onde corte e ad alta frequenza). La stessa analogia si riscontra tra il tracciato della fase asintomatica e il sonno nonREM (onde ampie e a bassa frequenza). Dai risultati dell'esperimento di Pagani et al. e dai dati riportati dalla neurologia, che evidenzia un elevato coinvolgimento emotivo e neuromuscolare nella fase di sonno REM, si può ipotizzare che il sonno REM sia da collegare a situazioni

sintomatiche da elaborare e ad alto contenuto emotivo. Il sonno nonREM, invece, sarebbe da mettere in relazione con stati di gratificazione. Per questi stati di gratificazione non sembra necessaria la coscienza tramite sogni memorizzati. La prima parte della notte è caratterizzata dalla maggior presenza di sonno nonREM, che compare anche per primo. Nella seconda parte della notte il sonno REM si fa sempre più frequente per avere la massima intensità poco prima del risveglio. Questa fisiologica sequenza, di sonno nonREM e di sonno REM, sembra interpretabile come segue. Il cervello prima di affrontare ed elaborare gli eventi più critici rimasti nella memoria autobiografica opera una sorta di training al positivo, con richiamo di stati emotivamente gratificanti, probabilmente propedeutici all'elaborazione di stati emotivi problematici rimasti agganciati a memorie traumatiche o quanto meno problematiche.

Riassumendo, l'attivazione dei sistemi neuronali limbici, a contenuto emotivo, evidenziabile soprattutto in fase REM e l'attivazione dei sistemi neuronali connessi alla gratificazione, evidenziabile soprattutto durante il sonno NREM, causa una risposta e un consolidamento selettivo del materiale mnestico, vale a dire un'automatica processazione mirata. Come si può già intuire, questi fenomeni che accadono durante la notte e l'attività onirica che li accompagna, sono coerenti con l'AIP, concetto che riprenderemo nel seguito dell'articolo. E, ancora, possiamo rilevare che il nostro cervello anche di notte è orientato in chiave AIP. Riprendendo le conclusioni della ricerca neuroscientifica, secondo cui il sognare è il fenomeno cerebrale corrispettivo delle esperienze soggettive, emotive, cognitive, sensorie che accadono durante il sonno, è verosimile che il racconto di un sogno dia accesso alla problematica che nel cervello si è attivata in fase REM e che il corretto accostamento, da svegli, alle immagini oniriche memorizzate, favorendone, dove possibile, la decifrazione da parte del cervello del sognatore, possa aiutare la processazione tentata dal cervello durante il sonno, processazione che, nel caso di incubi e sogni ricorrenti, evidentemente, non è stata ancora portata a termine. Ciò che il cervello produce sognando è l'espressione, a un dato istante, di se stesso. Un sogno ci fornisce l'istantanea di quello che sta succedendo nel cervello in quel momento. In un sogno compaiono, personaggi, animali, oggetti, situazioni e azioni per esprimere quello che il cervello ha bisogno di esprimere in quel modo e in quel momento. Il sogno dà accesso a una serie di dati sotto soglia che per altre vie potrebbero essere difficili da raggiungere o addirittura essere irraggiungibili. Tali dati rappresentano contenuti psichici del sognatore che, una volta emersi, possono completare o, almeno, migliorare la conoscenza della mappa della sua personalità anche al di là di quanto egli sa consapevolmente di se stesso. In particolare, il terapeuta può, per questa strada, identificare parti dissociative, meccanismi di difesa e vantaggi secondari che la coscienza del paziente non è in grado di comunicare al terapeuta, ma che il cervello notturno, nella sicurezza del sonno e senza l'interferenza dell'Io, può esprimere sognando. L'esperienza clinica ha dimostrato che il materiale onirico può offrire importanti informazioni aggiuntive sulle dinamiche psichiche del paziente e che i dati emersi possono essere utilmente integrati con la psicoterapia EMDR. Chi memorizza i sogni è il cervello di veglia, l'Io del sognatore. L'Io è solo un sottosistema del Sistema Cervello. L'Io durante il sonno è in quiescenza. Il materiale onirico è prodotto da un sottosistema cerebrale diverso rispetto a quello di veglia. Questo fatto può spiegare il motivo per cui il sognatore può percepire il materiale onirico estraneo, inutile e senza significato. Il sottosistema cerebrale notturno è l'emittente del messaggio onirico e si esprime prevalentemente attraverso immagini. Il linguaggio del sogno ha un potente impatto emotivo, è conciso, condensato e creativo. Il sottosistema cerebrale diurno (Io) è il ricevente del messaggio onirico. Il suo linguaggio è lineare, razionale e ricorre prevalentemente a concetti. I due sottosistemi appartengono al medesimo sistema cerebrale, come tali sono collegati ed è possibile la traduzione dal linguaggio dell'uno in quello dell'altro. Sulla base di queste considerazioni ho messo a punto un protocollo per l'utilizzo del materiale onirico compatibile col modello EMDR/AIP. Questo protocollo si propone di evitare intrusioni interpretative causate dall'uso di codici universali e di accedere, invece, al database del soggetto. L'obiettivo è di tradurre, o meglio, di mettere il sognatore in grado di tradurre il linguaggio per immagini del sogno nel linguaggio dell'Io. La decifrazione del sogno utilizzando il database del sognatore accoglie il materiale onirico nel pieno rispetto della sua autenticità originaria e, come tale, è coerente col modello AIP. Il terapeuta non aggiunge nulla, soltanto guida il paziente a tradurre in parole il materiale che aveva espresso in immagini. Il modello AIP giustifica questa procedura, giacché

parte dal postulato che il cervello sappia fornire il codice per decifrare quello che esso stesso ha prodotto. In questo caso processare significa ottenere dal cervello a funzionamento diurno il codice per tradurre ciò che ha prodotto il cervello a funzionamento notturno.

Di seguito il protocollo per la decifrazione del significato di un sogno, articolato in tre step:

Primo step

Innanzitutto è opportuna una psicoeducazione sul funzionamento del sonno, del sogno e sul Modello AIP/EMDR, per rimuovere eventuali pregiudizi sull'utilizzo dei sogni. Questi pregiudizi potrebbero sbarrare l'accesso al database del soggetto. Quanto detto finora può servire allo scopo.

Fare presente al paziente che ogni sogno è la rappresentazione che il cervello, a un dato istante, fa del suo lavoro adattivo. Non esistono sogni positivi o negativi. Ogni sogno ha valore adattivo anche e soprattutto gli incubi e i sogni ricorrenti. Come insegna il modello AIP, ogni fenomeno del nostro cervello ha funzione adattiva.

Secondo step

Il secondo step del protocollo riguarda la decifrazione delle immagini:

Per capire il significato delle immagini del sogno (oggetti, paesaggi, situazioni, persone, animali sognati) occorre procedere a due manovre:

La prima manovra riguarda la Raccolta delle Definizioni.

Le Definizioni delle immagini del sogno devono essere date dal sognatore. Vogliamo che il sognatore fornisca la definizione dell'oggetto, della persona o dell'animale che compare nel sogno come se attingesse a un dizionario, il suo dizionario personale. Per poter ricevere la definizione corretta di un contenuto onirico x, la domanda può essere del tipo "se lei dovesse spiegare ad una persona che per la prima volta ha sentito parlare di x come glielo spiegherebbe?"

La seconda manovra riguarda la Raccolta delle Associazioni, ossia delle situazioni e dei vissuti che il paziente accosta alle immagini del sogno. Le definizioni ci hanno svelato il significato delle immagini oniriche secondo il codice del paziente. Ora stiamo domandando al cervello del paziente di collegare quei significati con le situazioni della sua vita. Per ricevere l'associazione corretta, la domanda può essere del tipo "cosa le viene in mente in associazione a x (ripetendo la definizione data dal paziente)" e se, per esempio, x è coinvolto in un'azione su y "cosa le viene in mente a proposito di x che agisce su y come indica il sogno" ecc.

Terzo step

Il terzo step riguarda la messa a punto del Significato del Sogno:

La sostituzione delle immagini del sogno con i dati raccolti tramite le definizioni e le associazioni, date dal paziente, rispettando la struttura del sogno, ne fa emergere il significato.

In una prospettiva filogenetica, il cervello umano ha acquisito solo recentemente la capacità di esprimersi con un linguaggio razionale-cognitivo. Per milioni di anni il cervello ha percepito, memorizzato e processato prevalentemente attraverso immagini. Il linguaggio delle immagini è capace di compattare con grande libertà creativa, un elevato numero d'informazioni. La semplice sostituzione delle immagini del sogno con le definizioni e le associazioni permette la traduzione dal linguaggio delle immagini al linguaggio lineare e razionale dell'io del sognatore.

Fin qui abbiamo descritto la procedura per la decifrazione del sogno. Vediamo ora come utilizzare il sogno nella terapia EMDR. Di seguito fornisco alcuni suggerimenti per l'utilizzo del materiale onirico nelle diverse fasi della terapia EMDR. Alcuni di questi suggerimenti prevedono la decifrazione del significato, alcuni il semplice uso delle immagini del sogno.

Innanzitutto vediamo come, in pratica, è possibile l'uso del materiale onirico nelle fasi 1 e 2 del protocollo EMDR. E' possibile chiedere i sogni durante la concettualizzazione del caso, la costruzione del piano terapeutico e la fase di stabilizzazione.

Chiedere al paziente le seguenti tre tipologie di sogni:

I. I Sogni Recenti.

Il più recente prima della prima seduta e quelli fatti tra le prime sedute. I sogni recenti, in genere,

esprimono ciò che per il cervello notturno è importante risolvere al momento.

II. I Sogni Ricorrenti

Rivelano temi e traumi non risolti che il cervello propone ripetutamente nel tentativo di portare a termine la processazione. Possono rivelare anche difese.

III. Gli Incubi.

Caratterizzati da intensa paura, vergogna o dolore rivelano traumi ed eventuali parti dissociative.

Di seguito, due esempi per l'utilizzo dei sogni nella fase 1 e nella fase 1 e 2 del protocollo EMDR. Entrambi gli esempi, come è possibile notare, fanno riferimento a pazienti con forti difese, che, non davano facile accesso ai target.

ESEMPIO di utilizzo del sogno per la fase 1

Si tratta di un soggetto femminile affetto da mutacismo. La paziente, al primo incontro, era fisicamente molto rigida e controllata. Dalle poche parole che riusciva a dire ho capito che il sintomo era cominciato tre anni prima, dopo la morte della madre. Con questo dato avevo individuato il fattore precipitante, ma la paziente non forniva altri elementi che potessero chiarire le cause del disturbo che, al momento, era molto invalidante: ogni rapporto, sia di lavoro sia personale, era gravemente impedito. Ho chiesto, allora, alla paziente di fare attenzione al primo sogno dopo la seduta. La seduta successiva la paziente ha riferito, scrivendomelo su un foglio, il seguente sogno:

"Vedo una coppia che trascina malamente un piccolo cane, mi arrabbio tantissimo."

Definizioni:

"Coppia". Definizione della paziente: "Lo stare insieme che è molto importante".

"Piccolo cane". Definizione della paziente: "Un essere indifeso che deve essere trattato con riguardo".

Associazioni:

"Coppia": Associazione della paziente "Il rapporto con mio marito".

"Piccolo cane". La paziente non riusciva a fornire associazioni spontanee.

Quando mancano le associazioni spontanee del paziente, è possibile ricorrere a domande integrative per favorirle. In questo caso sono ricorso alla seguente domanda integrativa seguita da Movimenti Oculari (MO): "in che senso la coppia - cioè il rapporto con suo marito - non ha trattato con riguardo una parte della sua personalità indifesa che deve essere trattata con riguardo?" MO.

La paziente è scoppiata a piangere e ha scritto su un foglio "il tradimento di mio marito".

In questo caso la decifrazione del significato del sogno è servita per individuare un trauma di difficile individuazione, individuazione alla quale l'io della paziente non dava facile accesso.

La processazione con EMDR di questo target, il tradimento del marito, ha risolto il mutacismo della paziente.

ESEMPIO di utilizzo del sogno per la fase 1 e 2,

Si tratta di un paziente con gravi problemi relazionali e sintomi di ritiro sociale. Il paziente si era già sottoposto a precedenti tentativi terapeutici, tutti falliti. Il paziente si è presentato alla prima seduta molto difeso, non parlava volentieri, non rispondeva alle domande, affermava di non avere ricordi e aveva una serie di pregiudizi nei confronti della psicoterapia. Alla seconda seduta, vista la difficoltà di raccogliere dati, ho chiesto se ricordava qualche sogno da cui era stato particolarmente colpito. Sono stato fortunato, il paziente mi ha raccontato un incubo ricorrente: "*Sogno spesso che, mentre sono al lavoro o in compagnia di amici, un gatto enorme mi assale e mi sveglio terrorizzato dalla paura*". Dopo una paziente spiegazione sul funzionamento del cervello e la funzione del sonno e dei sogni, ho proceduto alla raccolta delle definizioni e delle associazioni. Ho cominciato con le definizioni. Il paziente è apparso più collaborante: probabilmente il suo io era stato incuriosito dal sogno e dalla subliminale percezione che il sogno ricorrente potesse avere un significato.

Definizioni:

"Essere al lavoro/essere in compagnia di amici". Definizione del paziente: "Situazioni in cui sono particolarmente esposto ai rapporti".

“Gatto”. Definizione del paziente: “Animale che ama stare da solo e, se disturbato, aggredisce e graffia”.

Associazione:

Tenendo conto che non c'erano associazioni spontanee, ho fatto uso di una domanda integrativa, a partire dalle definizioni, accompagnandola con i MO.

La domanda è stata la seguente: “esiste nella sua vita qualche episodio nel quale è stato disturbato e la sua risposta è stata simile a quella di un gatto che aggredisce e graffia?” MO

Il paziente è apparso colpito dal collegamento e ha risposto prontamente e motivato: “Alle volte ho scoppi di rabbia fortissima quando mi sento criticato e non riesco a controllarmi.” “Questi scoppi di rabbia mi danno un senso d'impotenza e la sensazione della testa che scoppia”.

La sostituzione dei dati forniti dalle definizioni e dall'associazione alle immagini del sogno ha suggerito la seguente decifrazione del significato del sogno, che è stata così sottoposta alla valutazione del paziente:

“Può essere che nelle situazioni in cui è particolarmente esposto ai rapporti, lei sia pervaso da una reazione di rabbia, che tende a percepire con un senso d'impotenza e di forte fastidio?”

La spiegazione del sogno, come detto, è stata sottoposta all'accettazione del paziente, passaggio, questo, sempre molto importante, da discutere col paziente, perché, come insegna il modello AIP, solo un cervello che capisce cosa si sta facendo è un cervello che collabora e, un cervello che collabora, è un cervello che elabora e processa con più facilità. La spiegazione del sogno è stata percepita vera e accettata. Una volta rassicurato che la spiegazione del sogno era accettata dal paziente, ho proceduto con la seguente domanda integrativa seguita da stimolazione con MO, manovra che ha consentito un ponte affettivo e l'individuazione di un target importante:

“Quando è stata la prima volta in cui lei non è riuscito a contenere la rabbia provando un senso d'impotenza e con la sensazione della testa che scoppia?” MO

La risposta del paziente, dopo il set di MO, è stata immediata: “Avevo 5 anni, era il mio compleanno e mio padre mi svergognò davanti a tutti, convinto, falsamente, che avessi mentito e mi trattò da bugiardo. Non sono mai più riuscito a togliergli questa convinzione.”

Anche in questo caso, un sogno ha dato accesso a un target importante. L'io del paziente era pieno di difese, reticente, impossibilitato a fornire dati utili alla terapia, ma il cervello notturno, grazie alla inattività delle aree cerebrali che sostengono il funzionamento della coscienza, ha prodotto immagini rappresentative del malessere, permettendo all'io di prenderne visione, tramite un sogno ricorrente. Inoltre, in questo caso, il sogno ha fatto emergere una parte dissociativa (il gatto rabbioso, la cui esistenza fu confermata dai Test della Dissociazione) e la memorizzazione dell'attività onirica, mettendo in collegamento il cervello a funzionamento diurno e il cervello a funzionamento notturno, ha dato inizio al processo d'integrazione. E' questo un esempio in cui il sogno ha contribuito anche alla stabilizzazione del paziente. Per questo motivo ho parlato di esempio dell'utilizzo del sogno nella fase 1 e 2 del protocollo EMDR.

ALTRO ESEMPIO di utilizzo di un sogno nella fase 1 e 2.

In questo caso la decifrazione del sogno ha consentito, da subito, la scoperta di materiale psichico, che avrebbe potuto ostacolare la processazione dei target. Nell'esempio che segue, infatti, grazie a un sogno-incubo, riferito in prima seduta, è stato possibile sospettare, anzitempo, la presenza di parti dissociative nella personalità della paziente. Un dato importante, com'è noto, per prevenire il possibile blocco della processazione dei target, per l'opposizione di una parte dissociativa che, per qualche motivo, non collabora con la terapia.

La paziente, che al momento della terapia aveva 45 anni, mi era stata inviata da un collega. La paziente aveva un bambino e, al momento della seduta, aveva una compagna con cui aveva stabilito un rapporto di tipo familiare che includeva strettamente il figlio. Il rapporto tra le due donne era turbolento, difficile, a volte violento. La terapia che la paziente stava conducendo con il collega era prevalentemente focalizzata sulle difficoltà di rapporto con la compagna.

La paziente era affetta da amnesia della sua infanzia. Il collega aveva ritenuto opportuno inviarmi la paziente, nella mia qualità di terapeuta EMDR, a causa dell'amnesia. La paziente, al primo incontro, ha riferito di avere deciso improvvisamente di seguire il suggerimento del collega, spinta da un sogno/incubo che così ha raccontato:

"Sono nella stanza in cui è morto mio fratello. Con me ci sono tre figure, una è arrabbiata, l'altra sta zitta dietro di me, la terza mi butta in terra e mi violenta."

La paziente ha riferito di essersi svegliata in preda a un forte spavento e di avere sentito, a seguito di questo sogno, il bisogno di prendere un appuntamento con me. "E' il sogno che mi ha portata qui", ha detto esplicitamente la paziente.

E' interessante osservare che è il sogno ad avere creato le condizioni emotive che hanno portato la paziente a iniziare la nuova terapia. Il sogno e l'effetto che esso ha avuto sulla paziente, evidenziano la spontanea e complessa interrelazione tra il cervello notturno e quello diurno. In questo caso, il comportamento del cervello diurno è stato condizionato dall'attività onirica. Se assumiamo, secondo il modello AIP, che il cervello ha un'impostazione adattiva, possiamo precisare che questa qualità riguarda il cervello diurno, quello notturno e la loro relazione.

Torniamo al sogno, in questo caso, vedremo tra poco il motivo, è stato possibile utilizzare solo le associazioni connesse alle immagini del sogno. Tuttavia, le associazioni sono state sufficienti alla raccolta dei dati per la decifrazione del sogno, e, attraverso la comprensione del sogno, è stato possibile la raccolta di altri dati utili alla terapia che, a causa dello stato di amnesia della paziente, era difficile ottenere per via diretta. Era necessario partire da una domanda per capire se la prima parte del sogno ("sono nella stanza in cui è morto mio fratello") era riferita a qualcosa di reale. La domanda è stata: "Ha veramente un fratello morto o questa è una creazione del sogno?". La mia domanda ha stimolato una serie di associazioni della paziente. Risposta della paziente: "Sono nata dopo che è morto mio fratello Marco, investito da un'auto quando aveva 10 anni, tre anni prima della mia nascita. Io ero un tappabuchi."

Per approfondire questa affermazione e rendere la paziente più consapevole del suo significato, ho proseguito con le domande.

"In che senso lei era un tappabuchi?"

Risposta della paziente: "Come le ho detto sono nata quando è morto mio fratello Marco investito da un'auto quando aveva 10 anni, tre anni prima della mia nascita. Ero un tappabuchi nel senso che colmavo il vuoto lasciato da mio fratello."

Poiché la paziente aveva difficoltà ad andare avanti ho introdotto i MO e lei ha così proseguito

"Mio padre diceva sempre che mia madre non mi voleva, ero nata, sì, ma non appartenevo alla storia dolorosa della famiglia. Io ho avuto sempre il senso di colpa di essere nata dopo. L'assenza di mio fratello morto è stata una grande presenza".

"Stia su questo" MO

"Ricordo, ora, avevo 3-4 anni - è uno dei primi ricordi - mia madre che lavava i piatti con l'espressione del viso piena di dolore. Io mi sentivo esclusa e non all'altezza del loro dolore perché avevo avuto la fortuna (!) di nascere dopo. Io a quella storia e a quel dolore non avevo diritto di partecipare. Ho sempre sentito un grande senso di esclusione dal resto della famiglia."

Come si può osservare, sorprendentemente, la mia domanda combinata con i MO ha elicitato una quantità di materiale associativo nella paziente. Sollecitata a rispondere a domande concernenti il sogno e stimolata dal contenuto emotivo delle immagini oniriche, la paziente ha potuto fornire informazioni il cui accesso era prima negato.

Come si può notare, la prima immagine dell'incubo condensa preziose notizie autobiografiche fornite dalle associazioni stimulate dai MO. La famiglia era patologicamente pervasa dal lutto del fratello e la paziente ha vissuto un'infanzia di trascuratezza e di esclusione. L'associazione alla prima immagine fa emergere anche un target su cui lavorare con l'EMDR col protocollo standard: la mamma addolorata,

depressa, che lava i piatti e provoca nella paziente senso di esclusione e di colpa, ma c'è di più.

Nell'incubo la paziente è nella stanza, dove è morto il fratello. Come abbiamo visto la paziente ha associato questa stanza alla situazione che per lei si era creata a seguito della morte del fratello. Il sogno racconta che nella stanza, dove è morto il fratello, cioè nella dimensione di lutto in cui la paziente è nata, ci sono tre persone. Non sapendo se le tre figure erano identificabili, o meno, ho chiesto: "sono figure conosciute o sconosciute quelle che compaiono nel sogno?" Risposta della paziente: "sono sconosciute". Essendo le tre figure del sogno non identificabili non potevo ricorrere alle definizioni. Era solo possibile fare domande per ottenere associazioni. Ho proceduto, quindi, con le seguenti tre domande seguite dai MO:

Prima domanda: "Cosa le fa venire in mente la presenza nel sogno di una persona arrabbiata?". MO

Risposta della paziente: "a volte mi prende una furia che non controllo, anche con il mio bambino, cosa di cui mi sento in colpa".

Seconda domanda: "Cosa le fa venire in mente una figura zitta dietro di lei? MO.

La paziente ha mostrato imbarazzo e difficoltà a rispondere.

Risposta della paziente: "qualcosa riferibile a mio zio. Io ero felice quando ritornava a casa, era l'unico che si prendeva cura di me, senza il condizionamento dalla morte del fratello, ma, temo, non ho ricordi precisi, si tratta di una sensazione impalpabile, che possa avere abusato di me, anche se c'è qualcosa di dolce legato a lui".

Terza domanda: "cosa le viene in mente a proposito della scena di violenza?". MO

Risposta della paziente: "non so, so solo che mi ha fatto molto impaurire".

Come si vede l'esame del sogno ha fornito importanti dati. Innanzitutto, sono emersi due target da trattare con l'EMDR, che si sono rivelati fondamentali: il target della madre depressa in cucina e il target riguardante l'ambiguità delle sensazioni e delle emozioni legate al ricordo dello zio. A questo proposito la paziente non ha riferito un target preciso e abbiamo pertanto dovuto lavorare sulla sensazione corporea/emozione legata allo zio. In secondo luogo, il sogno ha da subito fatto sospettare l'esistenza di parti dissociative, poi comprovate dai test. Nel sogno compaiono, infatti, tre figure sconosciute all'io della paziente. La presenza nei sogni di parti sconosciute all'io, percepite come estranee, accompagnate da forti emozioni di paura o vergogna e su cui, come in questo caso, il paziente non riesce a dare definizioni, è un indicatore importante di possibile dissociazione. Per capirsi, tanto più il materiale del sogno è percepito dal sognatore estraneo e inquietante, tanto maggiore è la probabilità che si tratti di materiale dissociativo. In conclusione, la combinazione dell'interpretazione del sogno con i MO è riuscita a eludere la difficoltà della paziente a ricordare elementi importanti dell'infanzia. La stimolazione bilaterale prodotta dai MO ha facilitato il collegamento tra il cervello diurno e quello notturno facendo ottenere dati che il solo cervello diurno era incapace di fornire.

Alla seduta successiva al racconto del sogno, la paziente ha detto di avere la sensazione di avere colto qualcosa d'importante e di avere ricordato improvvisamente un incubo fatto a 15 anni, nel quale aveva sognato quanto segue:

"Tanta gente che acclama una figura di santo con una tonaca bianca, è mio zio. Sono inorridita perché la caviglia è a brandelli. Orrore".

Evidentemente l'aver lavorato alla comprensione del primo sogno ha ripristinato alcune connessioni tra aree neuronali e provocato il ricordo del sogno dei 15 anni, non a caso dal contenuto coerente a quello del primo. L'incubo mostra che, a fronte di una santificazione (leggi idealizzazione) dello zio, l'unico che si era preso cura di lei, vi era anche qualcosa di orribile da collegare a lui. La successiva raccolta di definizioni e di associazioni ha poi chiarito l'aspetto psichicamente malato dello zio, dolce ma abusante, aspetto che era stato interiorizzato dalla paziente. Non a caso, la paziente aveva a suo tempo sognato lo zio, proponendolo come una parte di sé: una parte della personalità potenzialmente abusante. Ricordiamo quello che abbiamo detto prima: il sogno è la rappresentazione che il soggetto sognante dà di sé a un dato istante. La paziente, infatti, sollecitata dalle domande per fornir-

re definizioni e associazioni, alla fine, non senza imbarazzo e difficoltà, ha riferito di avere a sua volta abusato della sorella minore. Il lavoro di decifrazione dell'incubo che aveva spinto la paziente a iniziare il rapporto terapeutico con me, ha fornito dati preziosi per la fase 1, ha prodotto collegamenti tra aree cerebrali, ha fatto emergere materiale dimenticato, ha dato fiducia alla paziente di avere accesso a materiale importante sotto soglia, contribuendo alla stabilizzazione (Fase 2). Possiamo, dunque, confortati dai dati, concludere che il nostro cervello, considerato nel suo intero funzionamento nell'arco delle 24 ore, è in grado di fare tre operazioni di riparazione della esperienza traumatica. La prima operazione è la registrazione dell'evento nelle sue caratteristiche cognitive, emotive e corporee, perché nulla vada perso. La seconda operazione è la riproposizione da parte del cervello dell'evento. Qualora il materiale relativo all'evento non sia accessibile alla coscienza esso può riproporsi attraverso il sogno. Le immagini oniriche memorizzate possono essere utilizzate per accelerare la processazione dell'evento. Fin qui abbiamo dato alcuni suggerimenti per utilizzare il sogno nella fase 1 e 2 dell'EMDR, quindi per migliorare la concettualizzazione del caso e la stabilizzazione del paziente. Vediamo ora alcuni protocolli per l'utilizzo dei sogni per la fase 4 dell'EMDR, vale a dire in corso di processazione. In caso di loop o di SUD aumentato a fine seduta:

I. Chiedere di memorizzare i sogni dopo la seduta fino a quella successiva.

II Utilizzare il primo sogno fatto dopo la seduta o quello, tra i sogni fatti tra le due sedute che il paziente ritiene più importante.

Quattro possibili utilizzi del sogno:

Prima possibilità: fare raccontare il sogno, chiedere le definizioni e le associazioni. A discrezione del terapeuta procedere alla decifrazione del sogno o saltare questo passaggio. La scelta dipende dal tempo a disposizione, dalla disponibilità del paziente e così via. Ritornare alla processazione con i MO e procedere come segue:

“ora che abbiamo visto insieme le immagini del sogno ritorni sull'evento/target e mi dica cosa nota..... stia su questo “ e procedere con i MO. Spesso la processazione riparte spedita.

Seconda possibilità: interrogare il paziente sui possibili collegamenti tra il sogno prodotto e il target su cui si stava lavorando. Fare la seguente domanda: “secondo lei che collegamento ci può essere tra il sogno che ha fatto e il target che stiamo trattando?”. Se il paziente individua un collegamento, procedere come segue:

“leggi quanto ha appena detto con l'evento e segua le mie dita” e procedere con i MO. Anche in questo caso, spesso, la processazione riparte.

Terza possibilità: riprendere la CP del target su cui si stava lavorando, data in fase 3, e indagare in che modo il sogno possa fornire dati per realizzarla. Procedere come segue:

Rileggere la CP “mi dica, in che senso il sogno può contribuire a realizzare la CP che lei ha scelto come finalizzazione della processazione e perché”. Se il paziente fornisce una risposta procedere con i MO.

Quarta possibilità: se il paziente produce un incubo riprendere la CN su cui si stava lavorando, data in fase 3, e indagare in che modo il sogno possa contribuire a esplicitarla.

Procedere come segue:

Rileggere la CN “mi dica, in che senso il sogno è connesso alla CN che lei ha scelto e quali informazioni può darci su di essa?” e procedere con i MO.

L'obiettivo di queste procedure è stimolare il collegamento tra le varie aree funzionali del cervello, in particolare tra i sottosistemi del cervello diurno e notturno. Un cervello che funziona bene è integrato e capace di utilizzare tutte le sue risorse e funzioni. Manovre che facilitino i collegamenti e in particolare permettano di utilizzare quello che emerge alla coscienza del prezioso lavoro notturno del cervello vanno in questa direzione e sono compatibili con il modello AIP. Promuovendo il collegamento tra il lavoro diurno e quello notturno del cervello stiamo infatti ancora sfruttando la capacità adattiva del cervello. L'approccio EMDR e il suo modello di riferimento AIP, entrambi aperti e flessibili consentono l'assorbimento dei dati delle neuroscienze e incoraggiano l'apertura di nuove strade cliniche.

Bibliografia

- Alexander H. Brown J. (2011) Medial Prefrontal Cortex as an action-outcome predictor, Nature Neuroscience – nature.com.
- Desseilles et al. 2011; Pace-Schott et al. 2009 in Perogamvros L., Schwartz S. 2013.
- Esperimento di Pagani et al. (Pagani M., Di Lorenzo G., Verardo A., Nicolais G., Monaco L., Niolu C., Fernandez I, Siracusano A, (2013) in Pagani 2014.
- Giusti E. Picerni (2013) E. Dissociazione e Conflitti, Sovera Edizioni, Roma.
- Guyton A.C: (2006) Hall J. E. Fisiologia Medica, Masson, Milano
- Haroush K. Williams Z. M. (2015) Neuronal Prediction of Opponent's Behaviour during Cooperative Social Interchange in Primates in cell.com.
- Krishnananda, Amana (2011) A tu per tu con la paura, Feltrinelli, Milano.
- Leeds, A. (2009), A Guide to the EMDR standard protocols for Clinicians, Supervisors, and Consultants. Printer Publishing Company New York.
- McNeal, S. A. (2001, July). EMDR and Dream Interpretation. Presentation at the International Association for the Study of Dreams, Santa Cruz, CA.
- Pagani, M. (2014), Workshop EMDR Phisiopathological Concepts State-of-the-Art. Roma.
- Perogamvros L. Swarz S. (2013) Sleep and Emotional Funcions in Meerlo P., Benca R.M. Sleep, Neuronal Plasticity and Brain Functions Springer, Berlino
- Valli et al. (2005) in Perogamvros L., Swarz S. (2013)

COMUNICAZIONE DELLA SEGRETERIA

E' possibile pagare il rinnovo della quota associativa di € 80,00
per l'anno 2017 con

Bonifico bancario: UniCredit Banca IT 88 I 02008 33261 000041267828
Carta di Credito: sul sito www.emdr.it

***Si rammenta ai soci di segnalare qualsiasi variazione riguardante
indirizzo postale***

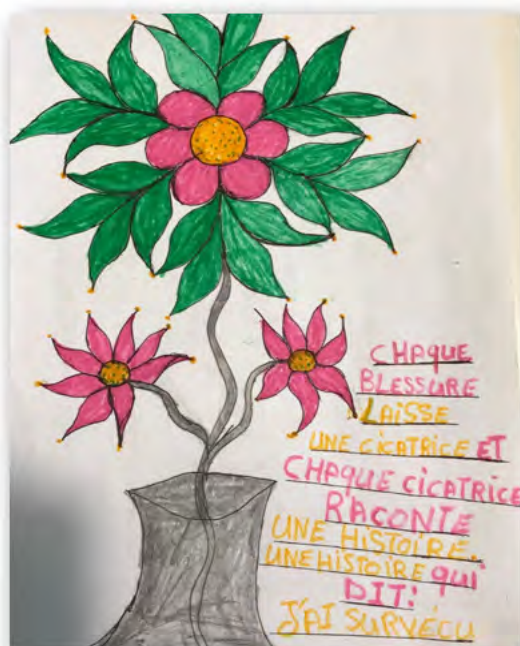
indirizzo di posta elettronica (e-mail)

numero di telefono

*Così facendo si rimarrà aggiornati sulle attività della nostra Associazione
e si riceveranno i messaggi dalla Discussion List*

La costruzione della resilienza in rifugiati e richiedenti asilo: l'intervento EMDR sulla rielaborazione e sulla regolazione emotiva attraverso una ricerca-intervento

Luisa Paola Dodaro (Supervisore EMDR Ivrea) – Laura Rocchietta (Supervisore EMDR Ivrea) – Cristiana Grazioli – Chiara Vercellini – Silvia Bergamo – Stefania La Tona- Fabiola Martina (Psicoterapeuta EMDR) Andrea Vottero – Chiara Savio (operatori di supporto)



MIGRANTI: L' EMERGENZA UMANITARIA IN ITALIA

Il 2016 si configura come un anno record per il numero di migranti arrivati in Europa attraverso la rotta centro mediterranea, che coinvolge soprattutto l'Italia e in misura minore Malta, e tristemente anche per il numero di coloro che hanno trovato la morte in mare durante il viaggio che consideravano della speranza di un futuro migliore. Il primo dato è fornito dall'agenzia europea Frontex: il totale è di 181 mila, con un incremento di circa il 20% rispetto all'anno precedente. Il numero di migranti arrivato in Italia nel luglio del 2016 è salito a quasi 25.300, un aumento del 12% rispetto allo stesso mese del 2015. La pressione migratoria crescente arriva dall'Africa, in particolare quella occidentale. La maggior parte dei migranti sono nigeriani, seguiti da cittadini di Eritrea, Guinea, Costa d'Avorio e Gambia. Le ragioni dell'allontanamento da proprio paese di origine possono essere politiche ed ideologi-

che, essere legate a guerre civili o internazionali, intolleranza etnica o religiosa o povertà. Il normale ciclo della vita di una persona viene interrotto da eventi e situazioni che portano alla decisione forzata di un cambiamento, quella di lasciare la propria famiglia ed il proprio ambiente di vita per partire verso l'ignoto. Nella zona del Canavese (Piemonte nord occidentale) in cui si svolge la ricerca intervento sono presenti più di mille rifugiati, circa uno ogni 2000 abitanti.

LA PECULIARITA' DEL PTSD NEI RIFUGIATI

Si può dire che per la prima volta i professionisti della salute che operano in Europa e in Italia si trovano ad affrontare problematiche cliniche di pazienti particolari: persone che hanno subito nel corso della loro vita, a volte breve vita perché giovanissimi, situazioni traumatiche intense sia nella loro patria che durante il viaggio per arrivare in Italia. La situazione del migrante è gravata, oltre dal fatto di essere sradicato dalla propria terra, anche dall'esposizione e al vissuto di minaccia di morte, ferite gravi, torture, sevizie prolungate, violenza sessuale, privazione fisica come mancanza di cibo, acqua, ambiente protetto, perdita di membri della famiglia e amici. Per tipi di trauma subiti, loro numerosità e reiteratività, i rifugiati pongono a chi opera nel campo della psicotraumatologia sfide particolari, tra cui l'elaborare delle strategie di intervento su grandi numeri di persone che necessita-

no di ricostruire la trama di una identità spezzata, il lavorare in una dimensione interculturale molto articolata, l'operare spesso in contesti particolari quali le strutture preposte all'accoglienza.

Gli studi epidemiologici indicano un alto rischio di disturbo mentale tra i rifugiati. Alcuni studi hanno indicato che uno ogni 10 rifugiati adulti ha un disturbo da stress post-traumatico ed uno su ogni 20 rifugiati presenta una depressione maggiore. Se non trattati, i problemi di salute mentale tra i rifugiati tendono a diventare cronici. La reazione è peculiare e dipende da persona a persona e dalla situazione. Il PTSD si definisce complesso quando si sviluppa a seguito di traumi estremi, di natura interpersonale, continuativi, in condizione di coercizione e/o di violenza e sopraffazione. Molti dei rifugiati vivono traumi di questo tipo nei loro paesi di origine e soprattutto durante il lungo viaggio per raggiungere l'Europa. Oltre all'esposizione a traumi estremi, il tipo di accoglienza che viene offerta al rifugiato può contribuire al mantenimento nel tempo di sintomi di PTSD. Uno studio realizzato da Massimo Germani con il Consiglio Italiano Rifugiati, con il finanziamento dell'Unione Europea nell'ambito di un progetto internazionale che coinvolge Camerun e Ciad, aiuta a capire quanto pesino le violenze e i traumi subiti durante la fuga verso l'Europa e poi quelli legati ad un'accoglienza inadeguata. Quest'ultima ha un peso importante rispetto all'andamento di un PTSD complesso: si arriva in Italia pensando che sia tutto finito per poi rendersi conto che si è in una situazione precaria, spesso ri-traumatizzante, cui si aggiungono appunto traumi culturali e linguistici (Paola Emilia Cicerone 2017). A seguito di traumi estremi i sintomi presentano una marcata componente di tipo neurovegetativo, in modo simile alle manifestazioni degli animali di fronte al pericolo, con le varie forme possibili di freezing e di numbing. Sono quasi sempre presenti flashback e incubi che portano a disturbi del sonno. Tra chi è stato esposto a situazioni traumatiche, i soggetti che presentano già una ridotta capacità di autoregolazione emotiva hanno più probabilità di altri di sentirsi sopraffatti e destabilizzati dalle esperienze stressanti e di esserne emotivamente travolti. L'instabilità emotiva in condizioni di insicurezza aumenta la diffidenza e la difficoltà verso una sana integrazione. A questo va sommata la paura e l'ansia per l'audizione in Commissione per la definizione dello status di rifugiato. Su questo insieme di condizioni si è cercato di intervenire utilizzando il Protocollo di Gruppo "Integrative Group Protocol – IGTP" di Jarero e Artigas, 2000, nell'adattamento di Maslovaric e Fernandez, 2015.

UN INTERVENTO POSSIBILE

L'EMDR si pone come un approccio terapeutico orientato al trattamento dei traumi. E' focalizzato agli aspetti sensoriali del disagio psichico, quindi nel trattamento del trauma tiene conto delle componenti somatiche che si è visto essere così rilevanti tra i sintomi del PTSD nella particolare popolazione incontrata in questo studio. Il modello di base dell'EMDR è l'AIP, che afferma che memorie non processate e reti di memoria con informazioni disgregate sono la base primaria della psicopatologia. L'AIP permette di trovare una soluzione adattativa dell'informazione costruendo reti di memoria funzionali. I rifugiati hanno vissuto eventi traumatici estremi accompagnati da un'incertezza di vita che impedisce un'adeguata elaborazione del trauma stesso. L'EMDR permette un'adeguata elaborazione delle memorie frammentarie in un contesto di cura caratterizzato da contenimento emotivo ed orientato alla sicurezza. Le ricerche in merito all'utilizzo dell'EMDR con i rifugiati e i richiedenti asilo non sono molte, otto studi negli scorsi quindici anni. Da questi lavori l'EMDR risulta comunque utile con questo tipo di popolazione e si osserva in generale un decremento dei sintomi del PTSD ed un miglioramento nel funzionamento personale. Per esempio in una ricerca effettuata in un campo di profughi siriani in Turchia si è rilevato un significativo decremento stabile nel tempo dei sintomi del PTSD (C. Acarturk et al, 2016).

PROGETTO AGHATON: LA' DOVE SI ARRIVA INSIEME

Il Progetto riguarda una ricerca intervento attraverso gruppi terapeutici che utilizzano uno specifico Protocollo EMDR con i richiedenti asilo. Il Progetto, denominato "AGHATON: LA' DOVE SI ARRIVA INSIEME" è stato condotto svolta per conto dell'Associazione EMDR ITALIA in Canavese, una realtà costituita da piccoli Comuni, in un territorio culturalmente aperto e disponibile ma con risorse

ambientali e sociali impoveritesi nel tempo. L'intervento è stato rivolto in particolare alle persone accolte dalla Diocesi di Ivrea in varie strutture nei mesi dell'estate 2016, gestite dalla S.r.l. Aghaton, in cui operano una responsabile, sei operatori più alcuni volontari. La richiesta di un intervento psicologico rivolto ai richiedenti asilo è arrivata direttamente dai volontari e dagli operatori dell'Associazione nel mese di agosto 2016 all'Associazione EMDR ITALIA.

I soggetti coinvolti e gli operatori della ricerca-intervento.

Si tratta di 33 persone esclusivamente di genere maschile di un'età compresa tra i 18 e i 46 anni provenienti in particolare da Nigeria, Gambia, Somalia, Ghana, Togo, Costa D'Avorio, Sierra Leone, Senegal, Camerun, Guinea Bissau, Niger. L'intervento di gruppo ha riguardato due gruppi da circa 15 persone di appartenenza linguistica omogenea, inglese e francese.

Gli operatori coinvolti sono 7 psicologi psicoterapeuti EMDR volontari di cui un responsabile coordinatore volontario che ha seguito e presenziato a tutte le fasi del Progetto e agli incontri sia di psicoeducazione che di rielaborazione del trauma, 3 operatori delle strutture come mediatori ed educatori, 2 operatori educatori volontari collaboratori degli psicoterapeuti.

Finalità ed obiettivi del Progetto

Gli individui che sono stati rispettivamente esposti a situazioni in cui si sono sentiti indifesi, impotenti o impossibilitati a fuggire, sviluppano spesso sensazione di scarso potere personale e scarsa incisività nell'affrontare con adeguatezza eventi potenzialmente negativi. Al contrario, un'adeguata capacità nel modulare i propri stati emotivi, in probabile connessione con la storia personale di accudimento adeguato e in presenza di risorse emozionali personali, può essere considerata fattore protettivo individuali rispetto allo sviluppo di psicopatologia. Il padroneggiamento dei vissuti emotivi associati alle situazioni avverse rinforza il senso di autoefficacia e favorisce lo sviluppo di un pensiero positivo, una regolazione più attiva, che comprende tentativi di risolvere i problemi, la ristrutturazione a livello cognitivo degli eventi, la manifestazione delle emozioni e la ricerca di un supporto sociale, piuttosto che una regolazione attraverso un atteggiamento evitante, l'isolamento sociale e il disimpegno.

Lo scopo dell'intervento condotto è quindi quello di iniziare ad attivare nei soggetti traumatizzati la rielaborazione di specifici eventi traumatici, tenendo soprattutto presente l'aspetto della regolazione emotiva e della costruzione di un senso di sicurezza personale.

Gli obiettivi dell'intervento sono quindi mirati a fornire strumenti per poter:

- modulare le reazioni emozionali disadattive in termini di tipo, intensità e durata
- ri-focalizzare la propria attenzione sugli elementi ambientali salienti anche in presenza di emozioni molto intense
- organizzare e coordinare i propri comportamenti in strategie atte a perseguire finalità costruttive
- utilizzare le emozioni positive per bilanciare e contenere stati emotivi negativi, elaborare vissuti di disagio e quindi ridurre le somatizzazioni
- stabilire un senso di sicurezza

Oltre agli obiettivi suddetti, che è possibile perseguire attraverso gli interventi psicoeducativi che fanno parte dell'intervento EMDR, si è lavorato per permettere un accesso il più sicuro possibile al trauma e un avvio di rielaborazione dell'esperienza traumatica per tendere ad una nuova integrazione di esperienze, vissuti e cognizioni nelle persone coinvolte.

METODOLOGIA E STRUMENTI

La eterogeneità sia per paese di provenienza che per tipologia di traumi sperimentati ha portato il team di lavoro a costruire un intervento ad hoc con un continuo adattamento al gruppo e alla situazione. Sia gli operatori delle strutture di accoglienza che la maggior parte dei profughi avevano scarsa familiarità con il mondo della psicologia, alcuni degli ospiti ignoravano l'esistenza della professione dello psicologo e ne avevano un certo timore. Sono state effettuate perciò numerose riunioni informative con gli operatori, dedicate alla formazione rispetto al trauma e a interventi di psicoeducazione

di gruppo con i profughi. Sia dato il numero di adesioni di richiedenti asilo che erano interessati a ricevere un trattamento psicologico, sia per la sua valenza aggregante e socializzante, si è scelto di utilizzare uno dei Protocolli per EMDR di gruppo, specificatamente il Protocollo di Gruppo Integrative Group Protocol – IGTP (Jarero e Artigas (2000), nella versione proposta da Maslovacic e Fernandez (2015).

Ciò sia perché il numero dei profughi era superiore al numero di terapeuti disponibili per un percorso individuale, ma anche perché vi erano gruppi omogenei per lingua parlata e pre-esistenti l'intervento che avevano una resilienza gruppale da valorizzare e utilizzare. Inoltre si è considerato che tutti avevano diritto ad un aiuto, anche persone senza una diagnosi psicologico-psichiatrica che già indicasse con chiarezza la presenza di un Disturbo post-traumatico, ottimizzando tempi e risorse e in pratica effettuando uno screening rispetto alla necessità di ulteriori percorsi individuali più mirati. Nella fase di Individuazione di Risorse e Stabilizzazione si sono utilizzate tecniche di rilassamento e mindfulness finalizzate soprattutto allo sviluppo di risorse somatiche.

Successione degli interventi

Si è scelto inoltre di effettuare un colloquio individuale pre-intervento con ognuno dei profughi per spiegare il lavoro degli psicoterapeuti. E' stata compilata una scheda anagrafica per ogni partecipante, seguite le domande della PCL - 5 per individuare l'evento peggiore, somministrata la scala IES – R. Alla fine dell' intervento di gruppo si è somministrata nuovamente la scala IES – R e si è chiesto ad ogni singolo partecipante del gruppo un feedback sul lavoro svolto insieme e sull'impatto sperimentato. Si è concluso l'intervento con una restituzione agli operatori riguardo ai risultati ottenuti. Sia i colloqui individuali che gli interventi di gruppo si sono svolti in lingua inglese con il gruppo anglofono ed in lingua francese con il gruppo francofono, senza l'aiuto di traduttori e mediatori. Gli strumenti testistici e i materiali di valutazione erano anche essi nelle due lingue (in parte con traduzione da parte di chi ha condotto l'intervento). Per quanto riguarda lo strumento testistico IES- R, da decenni è utilizzato per la valutazione della presenza dei cluster tipici del PTSD. Si tratta di uno strumento self-report, appunto ampiamente validato nel tempo in diverse ricerche in diversi contesti, composto da 22 item, organizzati in tre sotto scale (Evitamento, Intrusività e Iperarousal), che misura la gravità dei sintomi del PTSD attraverso la scelta della intensità di ogni manifestazione sintomatica secondo una scala Likert a 5 livelli, da 0 (assenza della manifestazione) a 4 (forte intensità di quella manifestazione). Il punteggio totale della IES – R ha un range tra 0 e 88, un punteggio più alto indica più alto livello di sintomi di PTSD. Si è usato un punteggio di 33 come punteggio di cut-off, indicatore di un probabile PTSD. Nella maggior parte dei casi gli item dell'IES –R sono stati spiegati ai partecipanti, alcuni concetti risultavano infatti estranei alla cultura e difficilmente comprensibili. Ad esempio l'item 13 (“Le mie sensazioni riguardo a ciò risultavano attutite”) è risultato in prima battuta incomprensibile in tutti e due i gruppi.

TABELLA DEI RISULTATI OTTENUTI NEL PRE E POST TRATTAMENTO sul gruppo anglofono

Nome	Età	Origine	Data	1ª somministrazione (ES1)				2ª somministrazione (ES2)			
				EVIT.	INT.	IPE	TOT	EVIT.	INT.	IPE	TOT
1. Thomas	22	Nigeria		21	31	22	74	24	8	11	43
2. Monday	28	Nigeria		20	18	8	46	16	18	14	48
3. Israel	20	Nigeria		23	14	7	44	28	24	18	70
4. Fideus	35	Nigeria		22	12	4	38	21	6	4	31
5. Patrick	42	Nigeria	30/11/2016	24	11	8	43	24	17	14	53
6. Ebadan	32	Nigeria	06/07/2016	11	12	2	25	7	12	4	23
7. Edwin	32	Nigeria	07/11/2016	19	13	0	32	23	5	2	30
8. Clement	24	Ghana	02/07/2016	23	27	15	65	/	/	/	/
9. Michael	24	Ghana	giu-16	18	20	4	42	9	14	4	25
10. Idehen	46	Nigeria	23/07/2016	21	16	0	37	4	0	0	4
11. Nathaniel	21	Nigeria	giu-16	7,5	22	10,5	40	10	6,5	1,5	18
12. Jonas	24	Ghana	07/05/2016	7	11,5	3	21,5	9,5	5,5	1	16
13. Prince	19	Sierra	ago-16	8	31	16	55	11	11	1,5	23,5

EVIT. = Evitamento

INT. = Intrusività

IPE. = Iperarousal

Commento tabella dati somministrazione scala IES -R

Le persone partecipanti all'intervento di gruppo EMDR sono 13, di sesso maschile, dai 19 ai 46 anni, appartenenti a tre etnie diverse : Nigeria, Ghana, Sierra Leone, arrivati in Italia dall' agosto 2016, tutti richiedenti Asilo, in attesa della convocazione in Commissione. A tutti e 13 è stata somministrata la scala IES e fatto un primo colloquio individuale con la somministrazione della scheda anagrafica e i dati della PCL – 5 Criterion A prima dell'intervento di gruppo. A 12 persone è stata risomministrata la scala IES ed effettuato un colloquio individuale di restituzione alla fine dell'intervento di gruppo. Un partecipante, Clement, ha fatto il primo colloquio individuale, è stata somministrata la scala IES, raccolti i dati della PCL -5 Criterio A e scheda anagrafica. Durante il colloquio sono emersi importanti elementi traumatici, che hanno richiesto un intervento di sostegno degli operatori e spirituale da parte del sacerdote della struttura. Il ragazzo ha partecipato al primo incontro di gruppo, visibilmente più sereno. Nelle settimane successive poi è partito per un'altra nazione prendendo contatti con parenti, per cui non è stato possibile risomministrare la scala IES al termine dell'intervento. Facendo un'analisi generale dei dati si può notare che vi sono oscillazioni in riduzione ed in aumento dei punteggi(in pochi casi) in tutte le aree e nei totali. Alcune considerazioni ci sembrano importanti. La scala IES è stata somministrata in una lingua che non è la propria, l'inglese non è la lingua madre né per i pazienti, né per gli operatori. Alcuni items sono difficilmente spiegabili, per cui vi possono essere stati dei problemi di comprensione, maggiormente nella prima somministrazione. Inoltre i pazienti provengono da livelli culturali, nazioni di origine, livello di disturbo post traumatico e livello di dissociazione diversi tra loro. Interrogandosi soprattutto sui valori in aumento, il gruppo dei terapeuti ha formulato delle ipotesi: in un primo caso, alcuni partecipanti potrebbero aver invertito, nel corso della seconda somministrazione, la direzione in cui dare il valore che misura lo stato personale rispetto alle variabili da misurare, e di conseguenza tutte le voci sono cresciute (vedi i dati IES di Israel e Patrick, che peraltro riferivano entrambi una diminuzione di sintomi e un alleggerimento del loro malessere nella quotidianità, e quindi un miglioramento soggettivo). Secondo un' altra ipotesi, il percorso effettuato potrebbe aver portato ad una maggiore consapevolezza dei propri contenuti mentali, con una risposta di evitamento meno marcata come si vede dai dati che riguardano ad esempio il partecipante di nome Monday. Di conseguenza, valori di intrusività e iperattività aumenterebbero perché le componenti del ricordo traumatico, ancora frammentate in quanto non rielaborate in modo completo con l'EMDR, affiorano di più alla coscienza e necessitano di un intervento terapeutico più approfondito. Ciononostante anche Monday ha riportato una sensazione di sollievo percepito nel corso del colloquio di ri-somministrazione della Scala IES. Per 9 pazienti è stato sufficiente l'intervento di gruppo per ridurre il livello di disturbo percepito, per altri , sebbene ci sia stata una buona ricaduta sul loro funzionamento e sulla consapevolezza, sarebbe necessario un approfondimento.

La rielaborazione del trauma

La rielaborazione del trauma è avvenuta al quarto incontro dopo aver lavorato per tre incontri di gruppo sulla psicoeducazione rispetto al trauma, all'EMDR, sull'installazione del Posto al sicuro e sull'Installazione di Risorse attraverso l'uso del disegno.

Durante l'incontro 4 si è lavorato sull'elaborazione del trauma, avendo cura di spiegare la validità scientifica degli strumenti utilizzati per elaborare il trauma. Ad esempio si è spiegato che il disegno non è un gioco per bambini e che viene utilizzato in contesti di emergenza con adulti italiani (esempio con i terremotati del centro Italia), chiarendo che il disegno permette di guardare l'evento con una diversa distanza emotiva, di fare emergere in maniera più immediata elementi traumatici dolorosi e di "lasciarli andare" in modo più immediato. Oppure per rendere più comprensibile sia le varie forme di stimolazione bilaterale sia in particolare modo " l'abbraccio della farfalla ", si è usato un disegno del cervello con i due emisferi e si è spiegato a cosa serve la stimolazione ritmata alternata sia rispetto a ciò che insegna la neurobiologia sia spiegando in maniera comprensibile per tutte le

culture che un movimento ritmato e alternato è presente anche nel cullare i bambini piccoli in tutte le società umane.

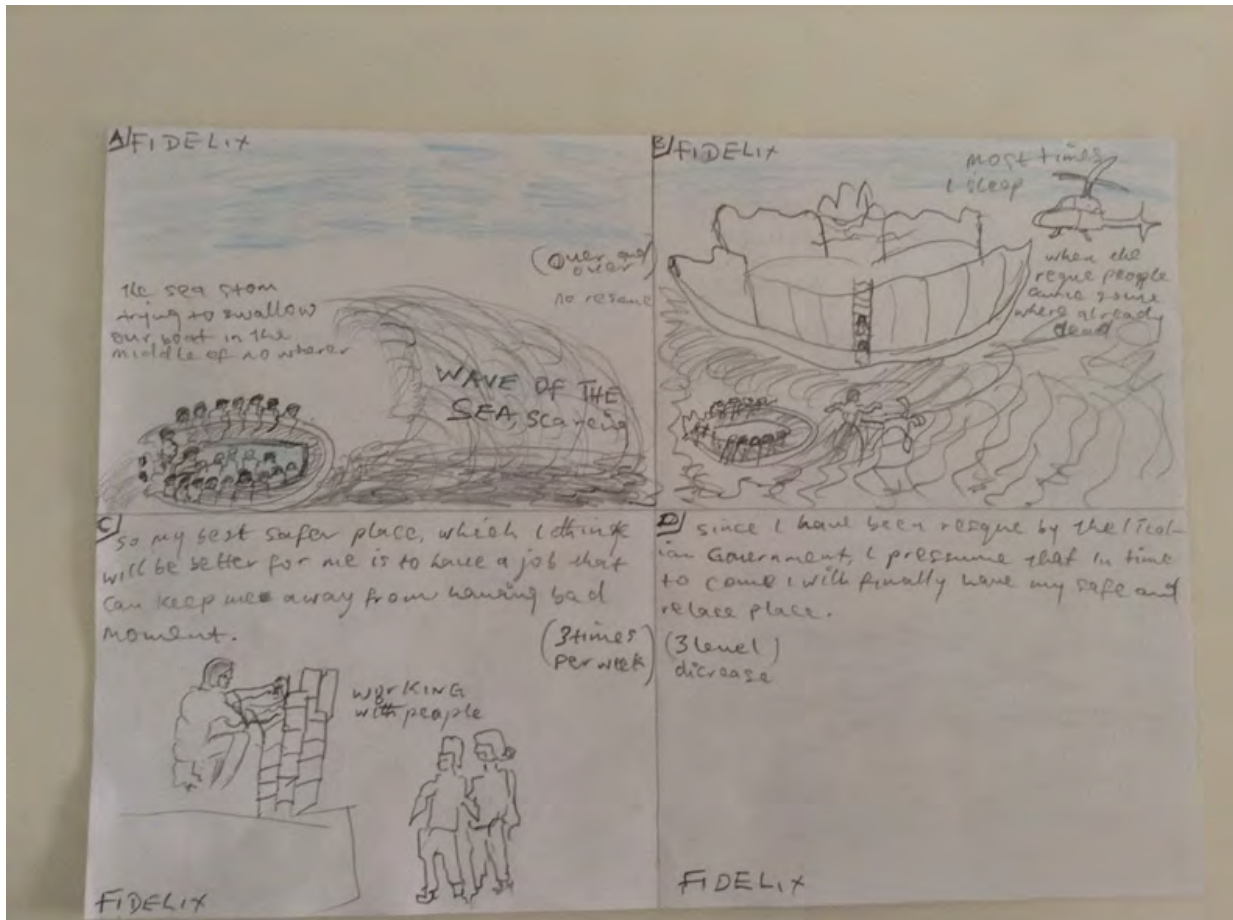
Scansione Incontri di gruppo

Incontro	Operatori coinvolti	Attività svolta
Incontro numero 1 <u>Psicoeducazione sul trauma e EMDR</u>	2-3-4 Psicoterapeuta, 1 operatore della comunità, operatori volontari	Spiegazione in lingua inglese – francese sul trauma ed EMDR Esercizio Posto al sicuro
Incontro numero 2 <u>Psicoeducazione sulle emozioni e loro percezione del corpo</u>	2-3-4 Psicoterapeuta, 1 operatore della comunità, operatori volontari	<u>Inquiry</u> sul vissuto della settimana trascorsa ed esercizio Posto al sicuro Esercizio di <u>Mindfulness</u> “3 minuti dedicati al respiro” Installazione di una risorsa con “l’Abbraccio della farfalla”
Incontro numero 3 <u>Psicoeducazione sul funzionamento del cervello e lo strumento EMDR e il disegno:lavoro di installazione risorse con il disegno e stimolazione con l’abbraccio della farfalla</u>	2-3-4 Psicoterapeuta, 1 operatore della comunità, operatori volontari	<u>Inquiry</u> sulla settimana trascorsa e verifica esercizi (Posto al sicuro, esercizio <u>mindfulness</u> , risorsa). Installazione di una risorsa con il disegno e l’Abbraccio della farfalla
Incontro numero 4 (nel gruppo francofono) ripetuto due volte <u>Elaborazione del trauma</u>	2-3-4 Psicoterapeuta, 1 operatore della comunità, operatori volontari	Elaborazione del trauma con <u>Protocollo IGTP di gruppo nell’adattamento (Maslovaric, Fernandez):</u>
Incontro numero 5 <u>Lavoro sul consolidamento della percezione delle risorse nel presente e sul futuro</u>	2-3-4 Psicoterapeuta, 1 operatore della comunità, operatori volontari	<u>Inquiry</u> sul lavoro sul trauma ed esercizio dei 4 elementi

IL PROTOCOLLO IGTP ADATTATO DA I. FERNANDEZ E G. MASLOVARIC

Seguendo le indicazioni del Protocollo, la somministrazione nelle sedute di rielaborazione si è svolta nel seguente modo: ad ogni persona è stato dato un foglio A4 che doveva essere diviso in 4 quadranti, su ogni quadrante doveva essere scritta una lettera A- B- C –D in senso orario. Ogni persona sceglieva una matita o un pennarello colorato. Ognuno individuava un ricordo traumatico e poi un’immagine peggiore che doveva essere disegnata o descritta, veniva poi indicato il livello di disturbo (SUD). Si incoraggiava poi ad eseguire la stimolazione bilaterale con l’abbraccio della farfalla per 3 – 4 sets di 30 – 40 secondi per poi tornare al ricordo originale, indicare il livello del SUD ed eseguire un secondo disegno o descrizione. E così via per gli altri quadranti. Si chiedeva poi di pensare ad una qualità positiva, o ricordo positivo o posto al sicuro, disegnarlo, descriverlo ed installarlo con una breve stimolazione bilaterale. Tutti hanno lavorato con impegno e serietà comprendendo bene cosa si stava facendo

Esempio di elaborazione trauma attraverso il disegno gruppo anglofono (FIDELIX)



CONSIDERAZIONI FINALI SULL'INTERVENTO SU GRUPPO ANGLOFONO: RISULTATI E LIMITI

L'intervento condotto da quattro Psicoterapeute EMDR, Luisa Paola Dodaro (coordinatrice), Laura Rocchietta, Cristiana Grazioli, Chiara Vercellini, ha coperto un arco temporale di otto mesi, da agosto 2016 ad aprile 2017, per un totale ad oggi di 50 ore a titolo volontario. L'esperienza, dal punto di vista umano e professionale è stata intensa e gratificante, tutto l'intervento è stato condotto avendo cura di spiegare il senso dell'intervento affinché gli educatori e i volontari potessero seguire in modo consapevole il lavoro terapeutico ed accompagnare i componenti del gruppo durante il percorso nella loro quotidianità e fornire quando necessario dei feedback alle Psicoterapeute, come avvenuto tra un incontro e l'altro e durante l'ultima riunione di restituzione. Don Nicola e la responsabile della struttura, Lucia Mastromatteo, hanno riferito che i componenti del gruppo eseguivano regolarmente gli esercizi per calmarsi: l'abbraccio della farfalla, il Posto al sicuro, sostenendosi l'uno con l'altro quando necessario. Hanno riportato, inoltre, la ricaduta positiva dell'intervento sui singoli individui, più sereni e propositivi e sulla coesione del gruppo, per la prima volta hanno potuto condividere dei vissuti e delle emozioni su quanto accaduto nella loro vita. Si può dire che il piano dell'intervento con la sequenza di attività che è stata seguita risulta ben congegnato: si è prestata particolare cura ed attenzione nel fare psicoeducazione sul trauma, sul funzionamento del cervello e sul senso degli esercizi e dei lavori che sono stati fatti eseguire, soprattutto per superare alcune differenze culturali. Ad esempio è stato spiegato che la modalità del disegno viene usata con clienti italiani adulti, non è una modalità per bambini, è stato più volte ripetuto che c'è molto rispetto per la sofferenza provata dai richiedenti asilo e più in particolare per la cultura africana. Per fare prendere dimestichezza con lo strumento del disegno si è lavorato sull'installazione di risorse : "il momento nella tua vita in cui ti sei sentito forte e sicuro" facendo disegnare il momento migliore ed installando la cognizione positiva e le sensazioni con l'abbraccio della farfalla. I vari re – assessment e le verifiche sono stati condotti con molta cura e dedizione dedicando ampio spazio di tempo. Ad esempio, i momenti degli incontri di gruppo, in cui si è chiesto ai destinatari cosa erano riusciti ad applicare delle modalità insegnate (luogo sicuro, respirazione ecc...), oppure quali erano i vissuti che si erano attivati nel frattempo, sono stati caratterizzati da molta attenzione a spiegare bene il senso specifico di ogni domanda, per non incorrere in errori dovuti alla diversa cultura e non rischiare abbandoni del gruppo e resistenze al lavoro. Ad esempio, quando un destinatario dell'intervento diceva che "evitava" più di prima i temi della sua dolorosa storia, si è indagato se voleva dire che non gli veniva più tanto da pensarci o che c'era un comportamento di evitamento eccessivo come difesa dal trauma. In alcuni casi il soggetto interessato ha chiarito che voleva dire non gli veniva più la forte spinta a pensarci, quindi "evitava" di pensarci...ossia il problema era diminuito e c'era meno evitamento doloroso, patologico e disfunzionale. I destinatari dell'intervento hanno mostrato un sano atteggiamento orgoglioso del proprio valore e della propria vicenda umana: spesso hanno chiesto delucidazioni e solo dopo hanno dato un'adesione consapevole e hanno approvato quanto loro offerto con l'EMDR.

Nel dare i feedback spesso sono stati semplici e diretti: "Prima non era buono, ora è buono, va bene". L'utilizzo del disegno all'interno del protocollo è stato utilissimo su vari piani: tutti i componenti del gruppo hanno lavorato con grande serietà ed attenzione, sono evidenti nei quadranti dei disegni le evoluzioni del loro sentire ed il cambiamento nel vissuto traumatico, per la prima volta hanno potuto guardare un loro trauma, prendere le distanze e sentire che qualcosa poteva cambiare, è emozionante guardare i loro lavori e sentire l'evoluzione che è avvenuta. In un solo caso, nel corso del lavoro col disegno, uno dei partecipanti ha interrotto lo svolgimento insieme agli altri e si è dovuto allontanare, tanta era l'attivazione raggiunta. E' stato poi avvicinato individualmente per aiutarlo a tranquillizzarsi. La volta successiva ha continuato il lavoro col gruppo. La dimensione del gruppo e il protocollo applicato non risultano quindi "pericolosi" anche quando i soggetti sono molto provati dai traumi. Il gruppo era caratterizzato da traumi in buona parte costituiti dalla morte di più persone di famiglia e da traumi inferti da altri umani (tortura, privazioni fisiche, sfruttamento, viaggio in mare terrificante e salvataggi all'ultimo momento ::::...) quindi da situazioni traumatiche serie e ripetute, in molti era

evidente una sofferenza dovuta ad una trama identitaria spezzata. Nonostante questo, i risultati di miglioramento sono stati comunque molto vistosi, anche con un intervento ridotto/ limitato nel tempo. Ognuna di noi terapeute ha impressi i loro volti più distesi e sorridenti durante l'ultimo colloquio di ri-somministrazione della scala IES e la restituzione. Le varie attività svolte, gli strumenti trasmessi, hanno permesso loro di imparare a gestire meglio la sintomatologia, ad avere maggiore consapevolezza delle loro potenzialità, a ricucire la loro identità, uno di loro si è presentato al colloquio con un abbigliamento tipico africano con lo sguardo disteso e fiero. Soprattutto, la maggior parte di loro ha riportato di aver ricominciato a pensare ed immaginare un futuro e di "volere un futuro", ossia nuovamente si "danno il diritto" di pensare ad un futuro migliore. Tutti con un bel sorriso ed una calorosa stretta di mano ci hanno ringraziato per il lavoro svolto.

Risuonano ancora nelle nostre orecchie i loro : "Grazie Mamma", "Thank you very much".

I limiti dell'intervento sono stati essenzialmente di avere un piccolo numero di profughi, tutti maschi, le psicoterapeute tutte femmine, i limiti della scala IES-R cui si è fatto cenno.

In corso d'opera

L'intervento è ancora in corso. Dal mese di maggio si sta svolgendo l'intervento sul gruppo francofono: i ragazzi sono circa 20 di varie etnie. Gli psicoterapeuti sono cambiati per avere la possibilità di continuare a svolgere gli interventi direttamente nella lingua del gruppo: Luisa Paola Dodaro, coordinatrice, Silvia Bergamo, Stefania Latona, Fabiola Martina, Andrea Vottero (educatore volontario).

Ad oggi sono stati fatti i colloqui individuali, somministrata la scala IES –R e condotti 5 interventi di gruppo, si è reso necessario fare due diversi incontri sull'elaborazione del trauma per facilitare attraverso una traduzione simultanea di uno dei ragazzi i partecipanti non anglofoni e non francofoni ma con un arabo a livello base.

TABELLA SCALA IES –R GRUPPO FRANCOFONE

NUM	Nome	Data di nascita	Età	Origine	Data di arrivo in Italia	1ª somministrazione (IES1)			
						EVIT.	INT.	IPE.	TOT
1	ADRAXMAN	01/01/1998							0
2	ABDOUL RACHIDOU	01/01/1995	22	TOGO	04/09/2016	25	36	27	88
3	KOUAKOU EDOUARD	18/12/1997	18	COSTA D'AVORIO	30/07/2016	24	17	15	56
4	BAMBA	21/08/1987	29	COSTA D'AVORIO	22/08/2016	24	22	14	60
5	HADIATOU	04/01/1990	27	MALI	24/07/2016	10	11	6	27
6	SAGOU GOUNO	01/01/1992	25	MALI	22/08/2016	30	39	28	97
7	ALY	02/10/1984	32	COSTA D'AVORIO	22/08/2016	40	40	30	110
8	SALIA	18/10/1995	21	MALI	24/07/2016	8	11	12	31
9	VICTOR	01/01/1994	22	CAMERUN	08/11/2016	22	22	15	59
10	DAUDA	01/01/1999							0
11	ADRIEN	13/02/1981	36	CAMERUN	22/08/2016	31	9	6	46
12	DRISSA	31/12/1998	19	MALI	24/07/2016	26	22	13	61
									0
									0
									0

EVIT. = Evitamento

INT. = Intrusività

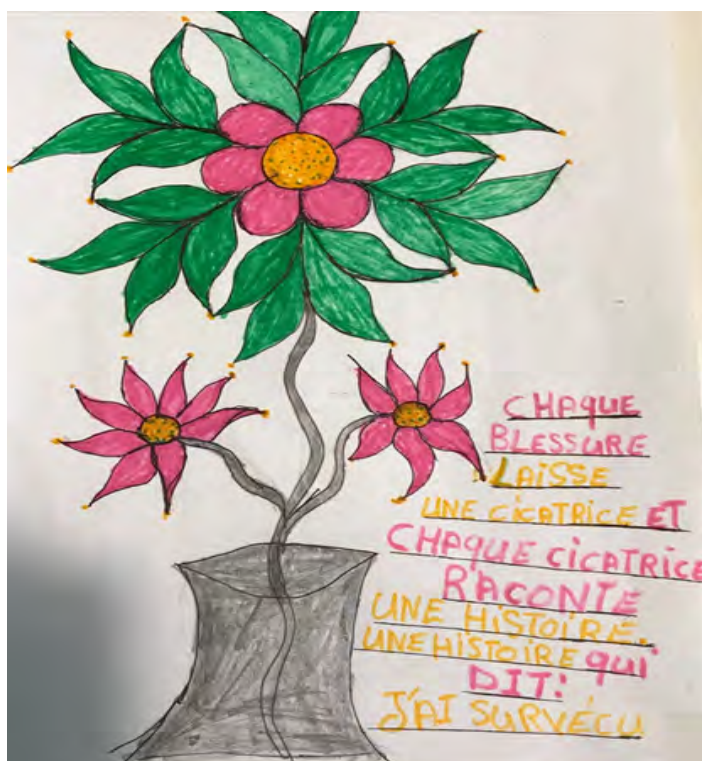
IPE. = Iperarousal

	PEPATE	01/01/1995	22	SENEGAL	29/08/2016
	SAMBOU	12/03/1998	19	MALI	21/07/2016
	AMINO	01/01/1990	26	NIGER	29/08/2016

Come si evince dalla tabella i ragazzi ai quali è stata somministrata la scala IES – R necessitano di un intervento di elaborazione del trauma che è stato svolto nei mesi di giugno e luglio 2017.

CONCLUSIONI e commento della responsabile del progetto di RICERCA- intervento

L'intenso ed impegnativo intervento umanitario che ho coordinato durante questi 10 mesi mi ha dato la possibilità di constatare ancora una volta l'efficacia dell'EMDR su gruppi di persone completamente diverse sia per età che per etnia e cultura. Le solide basi scientifiche del metodo permettono di fare una buona psicoeducazione comprensibile anche a chi non ha mai avuto a che fare con la psicologia ma si sente parte di una comune umanità. E' stato straordinario ed anche toccante vedere uomini di età, cultura e religioni diverse con storie terribili di torture e traumi con la T maiuscola accettare un trattamento così strano e lontano dal loro background, lavorare con impegno e serietà e cambiare



nell'espressione del volto, cambiare il proprio atteggiamento mentale ed aprirsi al nuovo attingendo alle proprie radici e risorse. Al termine dell'ultimo incontro di gruppo con i ragazzi francofoni mi si è avvicinato timidamente Rachid, un ragazzo originario del Mali inizialmente molto depresso, con in mano un disegno ed una poesia che si vede nella figura, mi sono commossa e ho ricordato tutti i momenti vissuti con le colleghe e gli operatori che si sono avvicendati in questi mesi. Alla fine di giornate di lavoro chi nello studio privato, chi in ASL, chi in associazioni e cooperative, con il freddo dell'inverno, la pioggia primaverile o il caldo di luglio ci si ritrovava e con umanità e professionalità parlando una lingua non nostra si interveniva. Le storie dei ragazzi, la loro fiducia nel nostro intervento e la loro maggiore serenità ci rimarranno indelebili nella memoria come una risorsa.

BIBLIOGRAFIA

- Acatürk C.e altri (2016) The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing for post-traumatic stress disorder and depression among Syrian refugees results of a randomized controlled trial. Psychological Medicine .Cambridge University Press
- Cicerone P.E., (2017) La memoria del trauma. Mente e Cervello 2/17, Le Scienze
- Croitoru T. (2015) EMDR Revolution Edizione Mimesis
- Kabat Zinn J. (1999) Ovunque tu vada ci sei già. In cammino verso la consapevolezza.Tea Edizioni
- Maslovaric G. (2015) Applicazione dell'EMDR nella gestione delle crisi e in contesti di emergenza, Associazione per l'EMDR in Italia
- Medici Senza Frontiere, Fuori Campo. Richiedenti asilo e rifugiati in Italia: insediamenti informali e marginalità sociale, Marzo 2016
- Steel Z., Chey T., Silove D., Marnane C., Bryant R.A., Van Ommeren M.: Associations of torture and other potentially traumatic event with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta- analysis. JAMA 2009, 302: 537-49.
- UNHCR, Operational guidance, Mental Health and Psychosocial Support Programming for Refugees Operations, Geneva, 2013.
- www.frontex.europa.eu

INTERVENTO DI PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

Terremoto Centro Italia

26 Agosto 2016—30 Giugno 2017

Associazione EMDR Italia



Sisma Centro Italia

Il team di psicologi EMDR è stato inserito nella Funzione 2 (assistenza alla popolazione umana e veterinaria), attivato dalle prime fasi del soccorso dal 26 agosto 2016, grazie alla tempestiva richiesta dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria, si è collegato da subito con i servizi sociali e sanitari presenti nella zona giungendo sullo scenario ed effettuando i primi sopralluoghi. Abbiamo inizialmente censito i campi di raccolta delle vittime e il territorio colpito, prendendo contatti con i responsabili dei campi base della protezione civile e con i naturali referenti dei campi autonomi. Si è intervenuti utilizzando i modelli

di riferimento della psicologia dell'emergenza e seguendo il principio dell'outreaching, recandosi cioè sul territorio per favorire il contatto con le vittime del terremoto, effettuando un primo triage psicologico, una psico-educazione sulle reazioni all'evento critico attraverso la consegna di materiale informativo sulle normali reazioni da stress post traumatico con i riferimenti telefonici e le indicazioni per eventuali richieste. Al fine di sensibilizzare la popolazione al servizio di psicologia di emergenza, sono stati distribuiti e affissi volantini informativi riguardo la presenza dell'equipe; si è costruita una rete di contatti con alcuni rappresentanti delle principali istituzioni di Norcia e paesi limitrofi (briefing di raccordo e coordinamento con Asl, medici di base, Ospedale, Istituti scolastici, sindaci dei comuni e delle frazioni, referenti dei campi, associazioni di volontariato, proprietari di bar e/o esercenti, Pro loco, ecc.) per diffondere le informazioni in modo omogeneo e capillare. Sono stati distribuiti dei materiali informativi di auto-aiuto destinati a bambini, soccorritori e adulti volti a sottolineare l'importanza dell'autoprotezione emotiva. I documenti illustrano le principali fasi e le reazioni emotive più comuni a seguito di un evento traumatico e forniscono consigli pratici e informazioni per accedere eventualmente al servizio di supporto psicologico. Si è riservata una particolare attenzione a tutti gli operatori che hanno prestato soccorso in questa maxi-emergenza. Il progetto, nel suo complesso, ha interessato tre momenti principali, Norcia 1 (dal 25/08/2016 al 18/10/2016), Norcia 2 (dal 30/10/2016 al 15/12/2016), su attivazione dell'Ordine degli Psicologi dell'Umbria, e Norcia 3 su attivazione dei Comuni interessati (dal 27/01/2017 al 30/03/2017), a seguire la relazione. L'intervento si è esteso poi ad alcune frazioni della Regione Marche, Lazio e Abruzzo.

L'intervento clinico e metodologico è stato implementato comprendendo e rispettando le diverse fasi dell'emergenza che la popolazione ha affrontato. Una buona elasticità e flessibilità hanno permesso di rispondere in modo pronto ed efficace ai bisogni emersi sia in termini di organizzazione logistica che di metodologia clinica. Gli ultimi due mesi sono stati caratterizzati da sintomi e vissuti tipici di una fase post emergenziale con sentimenti di rabbia, depressione e disillusione. Una scelta accurata di nuovi strumenti testistici e clinici ha permesso di rilevare tale cambiamento e il livello di crescita post traumatica a fine intervento. Complessivamente, nel periodo tra il 26 agosto e il 20 giugno sono stati

realizzati i seguenti interventi sulle 4 Regioni:

- 3102 persone raggiunte
- 9.282 incontri condotti da terapeuti EMDR (Sedute di interventi specialistici EMDR individuali e di gruppo, da una a tre sedute per persona)

Attività:

- 14 Critical Incident Stress Orientation (incontri psicoeducativi)
- 29 incontri di EMDR di gruppo
- 100 incontri di EMDR di gruppo nelle scuole elementari e medie
- attività di sportello individuale per studenti della scuola superiore
- 1680 sedute individuali di EMDR

Considerando tutte le aree di intervento, hanno partecipato 145 terapeuti EMDR e 65 colleghi dell'Ordine.



REPORT CONCLUSIVO INTERVENTO DI PSICOLOGIA DELL'EMERGENZA

26 AGOSTO 2016 – 30 MARZO 2017

Introduzione

Metodologie di intervento

1. Norcia 1

- 1.1 Aree di intervento
- 1.2 Interventi psicologici effettuati
- 1.3 Interventi nelle scuole
- 1.4 Interventi di gruppo
- 1.5 Numeri specifici per zone di intervento
- 1.6 Critical Incident Stress Orientation

2. Norcia 2

- 2.1 Aree di intervento
- 2.2 Interventi psicologici effettuati
- 2.3 Interventi nelle scuole
- 2.4 Interventi di gruppo
- 2.5 Numeri specifici per zone di intervento
- 2.6 Critical Incident Stress Orientation

3. Norcia 3

- 3.1 Aree di intervento
- 3.2 Interventi psicologici effettuati
- 3.3 Interventi nelle scuole
- 3.4 Interventi di gruppo
- 3.5 Numeri specifici per zone di intervento
- 3.6 Critical Incident Stress Orientation

Introduzione

Nelle situazioni di “emergenza”, quando un grave evento critico colpisce una popolazione, si crea una situazione di elevata emotività, che riguarda l’individuo e l’intera comunità. L’evento critico stesso può causare reazioni emotive particolarmente intense, tali da poter interferire con la capacità di funzionare sia durante l’esposizione alla scossa/e che in seguito, per tempi diversi e individuali.

Il team di psicologi inseriti nella Funzione 2 (assistenza alla popolazione umana e veterinaria), attivato dalle prime fasi del soccorso dal 26 agosto 2016, si è collegato con i servizi sociali e sanitari presenti nella zona giungendo sullo scenario ed effettuando i primi sopralluoghi. Ha inizialmente censito i campi di raccolta delle vittime e il territorio colpito, prendendo contatti con i responsabili dei campi base della protezione civile e con i naturali referenti dei campi autonomi.

Metodologie di intervento

Si è intervenuti utilizzando i modelli di riferimento della psicologia dell'emergenza e seguendo il principio dell'**outreaching**, recandosi cioè sul territorio per favorire il contatto con le vittime del terremoto, effettuando un primo **triage psicologico**, una **psicoeducazione** sulle reazioni all'evento critico attraverso la consegna di materiale informativo sulle normali reazioni da stress post traumatico con i riferimenti telefonici e le indicazioni per eventuali richieste. Al fine di **sensibilizzare la popolazione** al servizio di psicologia di emergenza, sono stati distribuiti e affissi volantini informativi riguardo alla presenza dell’equipe; si è costruita una rete contatti con alcuni rappresentanti delle principali istituzioni di Norcia e paesi limitrofi (**briefing** di raccordo e coordinamento con Asl, medici di base, Ospedale, Istituti scolastici, sindaci dei comuni e delle frazioni, referenti dei campi, associazioni volontarie, proprietari di bar e/o esercenti, Pro loco) per diffondere le informazioni in modo omogeneo e capillare. Sono stati distribuiti dei **materiali informativi di auto-aiuto** destinati a bambini, soccorritori e adulti volti a sottolineare l’importanza dell’autoprotezione emotiva. I documenti illustrano le principali fasi e le reazioni emotive più comuni a seguito di un evento traumatico e forniscono consigli pratici e informazioni per accedere eventualmente al servizio di supporto psicologico. I materiali informativi sono stati distribuiti sia durante i colloqui individuali che presso i principali luoghi di aggregazione dei campi di **Preci, Campi, Avendita, Castelluccio, San Pellegrino, Campo tennis di Norcia, Frascaro, Ruscio, presso l’ospedale, l’Asl, il Centro Operativo Misto di Norcia, Popoli, Savelli, Monteleone di Spoleto, Cerreto di Spoleto, Vallo di Nera e Sant’Anatolia di Narco**. Si è riservata una particolare attenzione a tutti gli operatori che hanno prestato soccorso in questa maxi-emergenza. Sono stati sensibilizzati all’intervento il corpo dei **Vigili del Fuoco, la Polizia di Stato, Carabinieri, la Croce Rossa Italiana e il Corpo Forestale dello Stato**. Oltre alla distribuzione del materiale informativo, sono stati organizzati dei debriefing serali volti alla creazione di un spazio di confronto e supporto proprio per le forze di soccorso. Particolare attenzione è stata dedicata anche agli **Istituti Scolastici** del Comune di **Norcia, Cascia e frazioni, Preci, Monteleone di Spoleto, Cerreto di Spoleto, Sant’Anatolia di Narco** per offrire supporto agli insegnanti, ai genitori, agli alunni di ogni ordine e grado.

Di seguito le metodologie utilizzate:

• **Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)**: L’EMDR è una approccio evidence-based per il Disturbo Post Traumatico da Stress (In genere 3-6 sedute - 77-100% remissione di PTSD in vittime di traumi singoli). L’Organizzazione Mondiale della Sanità nell’agosto del 2013 ha riconosciuto l’EMDR come trattamento efficace per la cura del trauma e dei disturbi ad esso correlati. Colloqui individuali sono stati proposti a tutta la popolazione colpita garantendo un ciclo completo di tre/sei sedute e la possibilità di accesso al supporto psicologico con EMDR anche per tutti gli operatori coinvolti appartenenti al territorio di competenza del Centro Operativo Misto.

In Psicotraumatologia è fondamentale conoscere la storia dei traumi: ad elastico i traumi parzialmente elaborati o non rielaborati riaffiorano frequentemente, e talvolta prepotentemente, nelle maxi-emergenze. Norcia è stata ferita da altri 2 terremoti importanti. In questo senso, l’EMDR sta offrendo una possibilità concreta di rielaborazione di un trauma collettivo rompendo la catena di ferite transgenerazionali legate alla perdita di persone care, case, punti di riferimento.

•**Debriefing**: Il debriefing è una discussione strutturata che si tiene a seguito di un avvenimento potenzialmente traumatico, allo scopo di normalizzare le reazioni emotive, alleviare lo stress psichico generato da questo genere di esperienze e favorire la resilienza e le strategie di coping individuali e di gruppo. Può essere utilizzato con gli operatori e le vittime.

•**CISO** (orientamento dello stress da evento critico): è un intervento di gruppo psico-educazionale che ha lo scopo di fornire informazioni sulle normali reazioni comportamentali, cognitive ed emotive a seguito di un evento particolarmente critico. Si affrontano le tematiche delle normali reazioni da stress-post-traumatico, delle risorse individuali e di gruppo.

Grazie ad una sinergica collaborazione con la Protezione Civile, il corpo dei Vigili del Fuoco, le forze dell’ordine le istituzioni e i cittadini il settore assistenza alla popolazione umana e veterinaria presente al COM sta implementando un intervento sempre più capillare e destinato ad aumentare in questo contesto emergenziale.

Il progetto, nel suo complesso, ha interessato tre momenti principali, **Norcia 1** dal 25/ 8/2016 al 18/10/2016 , **Norcia 2** dal 30/10/2016 al 15/12/2016 e **Norcia 3** dal 27/01/2017 al 30/03/2017 su attivazione, dapprima, dell’Ordine degli Psicologi dell’Umbria e, in seguito, della Protezione Civile Regionale dell’Umbria. L’intervento clinico e metodologico è stato implementato comprendendo e rispettando le diverse fasi dell’emergenza che la popolazione ha affrontato. Una buona elasticità e flessibilità hanno permesso di rispondere in modo pronto ed efficace ai bisogni emersi sia in termini di organizzazione logistica che di metodologia clinica.

Una prima fase è stata, infatti, caratterizzata da un livello di traumatizzazione medio e condotta attraverso l’utilizzo di strumenti clinici e testistici atti a misurare i livelli di urgenza al trattamento e di attivazione. A seguito della scossa del 30 ottobre, una seconda fase ha misurato attraverso specifici strumenti clinici l’emergere di sintomi più acuti legati a stress , ansia e depressione. Infine, la terza fase ha lasciato spazio a sintomi e vissuti tipici di una fase post emergenziale caratterizzata da sentimenti di rabbia, depressione e disillusione. Una scelta accurata di nuovi strumenti testistici e clinici ha permesso di rilevare tale cambiamento e il livello di crescita post traumatica.

Il lavoro specifico sull’elaborazione del trauma ha riguardato tutte le fasi precedentemente descritte.

Norcia 1

26 agosto- 7 ottobre

Secondo un sistema di turnazione di cinque giorni, sono intervenuti in tutto **18** colleghi dell’Ordine degli Psicologi dell’Umbria e **42** colleghi dell’associazione EMDR Italia. L’intervento è stato implementato su attivazione diretta dell’Ordine degli Psicologi dell’Umbria.

Sede operativa: Centro Operativo Misto, Norcia.

1.1 Aree di intervento

L’intervento è stato implementato presso i Comuni di Cascia, Preci, Norcia e Monteleone di Spoleto. L’area di intervento ha interessato in modo capillare le località di Frascaro, San Pellegrino, Ruscio, Frascaro, Avendita, Legogne, Ancarano, Campi di Norcia, Agriano e Ospedaletto.

1.2 Interventi psicologici effettuati

Sono stati complessivamente **443** triage e **576** colloqui EMDR. Il numero complessivo di persone viste con colloquio EMDR è **256**. I casi chiusi sono stati **225** con pre e post test.

1.3 Interventi nelle scuole

Norcia

Sono stati realizzati **tre** incontri EMDR di gruppo presso la scuola media di Norcia. Gli incontri sono stati realizzati in nove classi della scuola media, per un totale di **150** studenti.

Inoltre, è stato realizzato un servizio di sportello individuale per studenti delle scuole superiori a cui hanno partecipato **20** studenti.

Monteleone

Sono stati realizzati **due** incontri EMDR di gruppo presso una pluriclasse di **14** studenti della scuola media di Monteleone. Prima dell’inizio dell’intervento EMDR di gruppo nelle classi della scuola media, i genitori e gli insegnanti hanno partecipato ad un incontro informativo e di psicoeducazione (critical incident stress orientation).

Il numero totale di studenti coinvolti, tra Norcia e Monteleone, è di **11** classi e di **184** studenti.

1.4 Interventi di gruppo

Sono stati realizzati:

- **tre** incontri EMDR di gruppo con **10** funzionari dell’Asl di Norcia;
- **due** incontri EMDR di gruppo con **14** funzionari comunali di Monteleone;
- **due** incontri EMDR di gruppo con **7** operatori dell’ospedale di Cascia;
- **un** incontro di psicoeducazione e di stabilizzazione con **14** ragazzi con gravi disabilità cognitive presso l’associazione “*Tutti i colori del mondo*” di Norcia.

1.5 Numeri specifici per zone di intervento

A **Norcia** sono stati visti in totale **132** pazienti (Com, Ospedale, Asl, Campo tennis, case private, località Campi, Frascaro, San Pellegrino, Ruscio e Castelluccio di Norcia).

A **Preci** sono stati visti **16** pazienti presso il Centro operativo comunale e il centro di aggregazione giovanile Caritas.

A **Cascia**, presso l’Ospedale e la tendopoli, sono stati seguiti **7** pazienti.

A **Monteleone** sono stati seguiti **16** pazienti a scuola, domicilio privato e presso il Comune.

1.6 Critical Incident Stress Orientation

- **CISO** presso il Comune di Monteleone con i funzionari comunali (circa 20 persone)
- **CISO** presso l’istituto superiore Battaglia con i genitori e gli insegnanti (circa 40 persone)

Norcia 2

30 ottobre – 15 dicembre

Mantenendo il medesimo sistema di turnazione del precedente intervento, sono intervenuti in tutto **18** colleghi dell’Ordine degli Psicologi dell’Umbria e **37** terapeuti dell’Associazione EMDR Italia. In questo intervento, si è instaurata una collaborazione con 3 psicologi Anpas e 2 Psicologhe del Ministero dell’Istruzione, dell’Università e della Ricerca. Il progetto è stato attivato direttamente dalla Protezione Civile Regionale dell’Umbria.

Sede operativa: PASS, Norcia.

2.1 Aree di intervento:

- **Norcia** con frazioni di Ancarano, Campi di Norcia, Avendita, Agriano, Popoli, Piediripa, Ospedaletto, Frascaro, San Pellegrino;
- **Preci** con frazioni di Faito, Corone e Castelvechio;
- **Cascia** con frazione di Maltignano.

In collaborazione con l’Ordine degli Psicologi dell’Umbria, è stato parallelamente portato avanti un intervento di supporto alla popolazione colpita dal sisma e dislocata presso le seguenti strutture alberghiere:

- Hotel Best West Quattro Torri (Perugia)
- Ali sul lago (Magione, Perugia)
- Hotel le Rocce (Magione, Perugia)
- Le Tre Isole (Magione, Perugia)

- Relais Dell'Olmo (Perugia)
- Hotel Il Perugino (Corciano, Perugia)
- Il Gabbiano (Perugia)
- Il Patio (Perugia)

2.2 Interventi psicologici effettuati

Triage negli alberghi: **68**

Triage Norcia e dintorni: **196**

Totale triage: **264**

Totale colloqui negli alberghi (colloqui di supporto psicologico ed EMDR): **87**

Totale colloqui EMDR Norcia, Cascia, Preci e Cerreto di Spoleto: **94**

Totale colloqui Anpas Norcia: **55**

2.3 Numeri specifici per zona di intervento

A **Norcia** sono stati seguiti in tutto **101** pazienti: la maggior parte presso la sede operativa ubicata al Pass (Viale dell'Ospedale). Inoltre, sono stati svolti dei colloqui anche presso il campo Allegrini e le frazioni di San Pellegrino, Frascaro, Ancarano, Legogne e presso la Pro Loco di Campi di Norcia.

A **Cascia** sono stati seguiti **26** pazienti presso il Posto medico avanzato e il palazzetto dello sport. Sono stati, inoltre, seguiti **7** pazienti ad Avendita, **6** ad Agriano e **7** presso la località Ospedaletto.

A **Monteleone** sono stati seguiti **4** pazienti.

A **Preci** sono stati seguiti **21** pazienti presso il Coc e le località di Faito e Corone.

A **Cerreto di Spoleto** sono stati seguiti **9** pazienti.

2.4 Interventi nelle scuole

Cerreto di Spoleto: intervento EMDR di gruppo presso la scuola Dante Alighieri. Sono state coinvolte le classi 5 elementare, prima, seconda e terza media. Hanno partecipato circa **90** studenti.

Sant'Anatolia di Narco: EMDR di gruppo nelle classi IV e V elementare, I, II e III media. Hanno partecipato circa **120** studenti.

Complessivamente, hanno partecipato agli EMDR di gruppo circa **210** studenti.

2.5 Interventi di gruppo

Sono stati realizzati i seguenti interventi di gruppo:

- A **Preci:** EMDR di gruppo con funzionari comunali (10 persone)
- A **Faito di Preci:** EMDR di gruppo con sei bambini.
- A **Norcia:** EMDR di gruppo con soccorritori croce rossa (12 persone)
- Ad **Ancarano:** EMDR di gruppo con bambini in container (cinque bambini) e cinque mamme
- A **Monteleone di Spoleto:** EMDR di gruppo con 6 funzionari comunali
- A **Trevi:** un EMDR di gruppi con 8 Suore Bendettine
- A **Sant'Anatolia di Narco:** EMDR di gruppo con 5 Segretari/funzionari comunali
- A **San Giorgio:** EMDR di gruppo con 7 bambini
- A **Foligno:** EMDR di gruppo con sei funzionari comunali

2.6 Critical Incident Stress Orientation

- **CISO** presso la scuola elementare e media Dante Alighieri di Cerreto di Spoleto per i genitori degli studenti (circa 40 persone)
- **CISO** aperto agli abitanti della popolazione di Terni presso la biblioteca comunale (circa 50 persone)
- **CISO** presso Palazzo Trinci a Foligno aperto alla popolazione, a cui hanno partecipato anche il Sindaco e l'assessore alle politiche sociali (circa 40 persone)
- **CISO** a San Pellegrino aperto alla popolazione (circa 10 persone)
- **CISO** a San Giorgio aperto alla popolazione (circa 10 persone)
- **CISO** presso la scuola elementare di Sant'Anatolia di Narco per i genitori e gli insegnanti (circa 30 persone)

Norcia 3

27 gennaio- 30 marzo

Secondo un sistema di turnazione di cinque giorni, sono intervenuti **58** terapeuti dell’Associazione EMDR Italia. L’intervento è stato attivato su richiesta diretta della Protezione Civile Regionale della Regione Umbria.

Sede operativa: COAR, Norcia.

3.1 Aree di intervento

Di seguito le aree di intervento:

- Norcia (Coar, domicilio, container cumulativi,);
- Preci (Camping Il Collaccio, Montebufo di Preci);
- Cascia (Casa Degli Esercizi Spirituali, container cumulativi);
- Avendita (container cumulativi);
- Ancarano (campo Croce Rossa Italiana);
- Località Legogne (domicilio privato).

3.2. Interventi psicologici effettuati

Triage: **283**

Colloqui EMDR: **283**

3.3 Numero specifico per zone di intervento

Norcia: 65 pazienti

Cascia: 174 pazienti (prevalentemente studenti che hanno partecipato agli EMDR di gruppo)

Ancarano: 6 pazienti

Vallo di Nera: 7 pazienti

Preci: 6 pazienti

Monteleone di Spoleto: 9 pazienti (studenti che hanno partecipato all’emdr di gruppo)

3.4 Interventi nelle scuole

Cascia

Sono stati realizzati tre incontri di EMDR di gruppo della durata di un’ora e mezza circa l’uno nelle seguenti classi:

- I, II, III, IV a, IV b e V elementare. Hanno partecipato agli incontri **42** studenti.
- I, II, III media. Hanno partecipato agli incontri **92** studenti.

Avendita

- Una pluriclasse della scuola elementare. Hanno partecipato agli incontri **9** studenti.

Monteleone

- Una pluriclasse della scuola elementare, già trattata nel mese di dicembre. Hanno partecipato agli incontri **9** studenti.

In totale, gli interventi a scuola hanno visto la partecipazione di **152** studenti.

3.5 Interventi di gruppo

Cascia

- EMDR di gruppo con **18** insegnanti della scuola elementare e media;
- EMDR di gruppo con **12** operatori RSA;

Vallo di Nera

- EMDR di gruppo con **5** abitanti del luogo.

3.6 Critical Incident Stress Orientation

- Ciso presso scuola materna di Cascia con i genitori e gli insegnanti (circa 30 persone);
- Ciso presso Hotel Gran Cascia (circa 20 persone);
- Ciso presso Hotel Dei Cascia (circa 15 persone);
- Ciso presso Hotel Country Cascia (circa 20 persone);
- Ciso presso sala ricreativa del Comune di Vallo di Nera con la popolazione (circa 20 persone).

Numeri totali

Complessivamente, nel periodo tra il **26 agosto** e il **30 marzo** sono stati realizzati:

1199 triage

1099 colloqui EMDR più colloqui

656 studenti incontrati

14 Critical Incident Stress Orientation a cui hanno partecipato circa **495** persone;

29 incontri di EMDR di gruppo a cui hanno partecipato circa **120** persone;

50 incontri di EMDR di gruppo nelle scuole elementari e medie, per un totale di **636** studenti della scuola elementare e media;

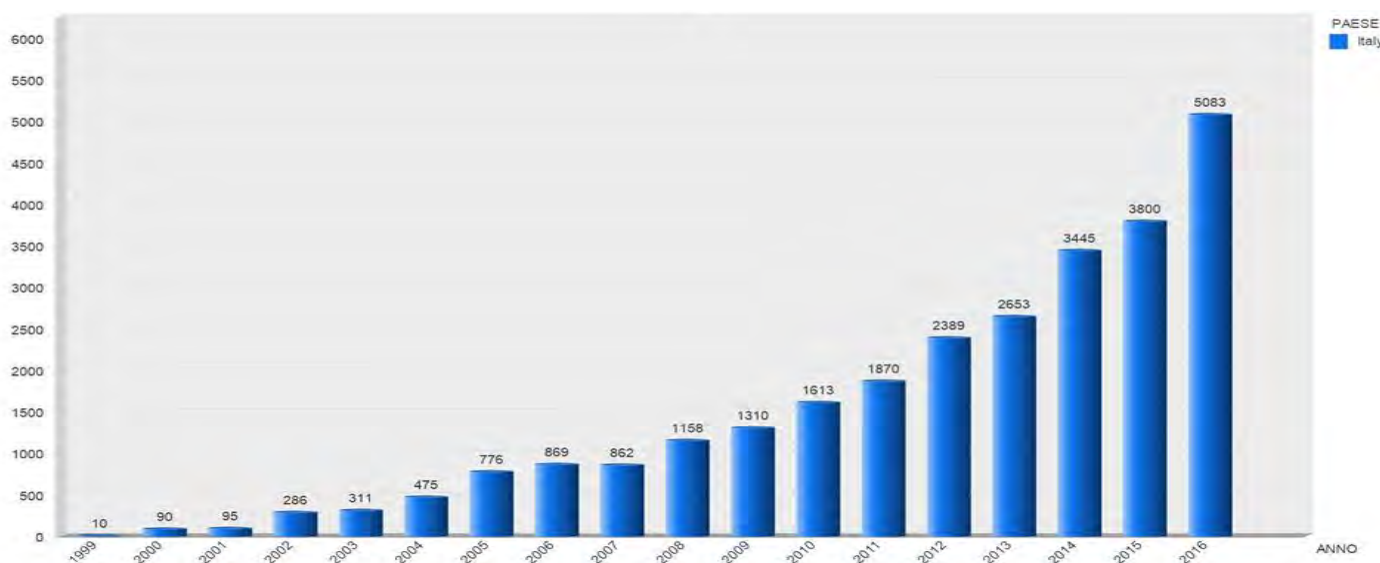
attività di sportello individuale per **20** studenti della scuola superiore.

Tra primo, secondo e terzo intervento, considerando tutte le aree di intervento, hanno partecipato **145** terapeuti EMDR e **65** colleghi dell’Ordine.

Il lavoro di coordinamento tra Protezione Civile Regione Umbria, Ordine degli Psicologi della Regione Umbria, il Dipartimento di Salute Mentale territoriale, la Regione Umbria con l'Assessorato agli affari sociali, l'Associazione EMDR Italia e le altre associazioni ed enti pubblici e privati che si sono integrati sinergicamente al sostegno della popolazione umbra ha fatto emergere un modello di intervento integrato che auspichiamo possa essere uno dei primi passi, tra i tanti già fatti, verso una strutturazione dell'intervento sempre più adeguata al bisogno della popolazione colpita da maxi emergenze.

IL NUMERO DEI SOCI AUMENTA COSTANTEMENTE E IN MODO ESPONENZIALE DAL '99

Grafico di crescita dei soci dell’Associazione EMDR Italia dal 1999 al 2016



INTERVENTO DI EMERGENZA PRESSO IL CONVENTO S.R. DI FABRIANO

Anna Carmela Faretta

(Supervisore Senigallia)

Vorrei condividere con voi l'esperienza derivante dall'intervento di supporto psicologico in emergenza, a seguito degli eventi sismici che si sono verificati a far data dalla fine di agosto del 2016 che hanno interessato un'area molto estesa di territorio, e ricompreso anche la Regione Marche.

In seguito ai predetti eventi, sono state numerose le persone richiedenti aiuto e, in tale ambito, anche il Convento S. R. di Fabriano, ha richiesto mediante la Madre Badessa l'intervento dell'Associazione Emdr. Obiettivo dell'intervento è stato quello di fornire un supporto psicologico alle otto Suore facenti parte della piccola Comunità del Convento, onde permettere alla stesse di elaborare e gestire la paura derivante dal terremoto, e soprattutto essere in grado di affrontare in maniera adeguata il ripetersi degli eventi sismici, considerando che le scosse hanno continuato a verificarsi per un lungo periodo di tempo, pur se con una intensità via via ridotta. In particolare è stata affrontata la paura di non essere in grado di rientrare ogni sera all'interno delle rispettive celle, essendo comprensibilmente impaurite dalla possibilità di subire danni nel corso delle ore notturne. Nella Fase 1 è stata effettuata la raccolta di informazioni per tutte le Suore coinvolte, con un'età nella maggior parte dei casi ricompresa tra 32/51 anni ed altre sopra i 70 anni. Successivamente, si è dato inizio alla Fase 2, con psicoeducazione sul trauma e spiegazione dell'EMDR, dell'abbraccio della farfalla ed il Posto al Sicuro. Durante il lavoro di gruppo sono state poste in evidenza le emozioni legate agli eventi sismici, e si è potuto constatare un ambiente molto collaborativo da parte delle Sorelle, pur nel naturale riserbo che contraddistingue il ruolo dalle stesse ricoperto. Il feedback ricevuto immediatamente dopo l'intervento è stato positivo, in particolare si è appurato che le suore sono state in grado di riprendere regolarmente la loro vita monastica e ritornare a dormire nella propria cella. A distanza di due mesi è stato effettuato il follow-up, dal quale è emerso che tutte le Suore hanno avuto una remissione completa dei sintomi, ad eccezione di una Suora che è in cura con farmaci antidepressivi da diverso tempo. Inoltre, è stata accolta la richiesta di alcune laiche, informate dalle Suore del convento della positiva esperienza, di poter anch'esse elaborare la paura insorta a seguito del terremoto. Come coordinatore dell'intervento, a cui ha preso parte anche la collega Chiara Silvestrini, desidero esprimere un ringraziamento di cuore a Isabel e a Giada per la preziosa opportunità di crescita che ci è stata offerta.

Numero delle Pubblicazioni Scientifiche sull'EMDR al 2017

• Trattamento EMDR:	452	• EMDR e i suoi Meccanismi d'Azione:	75
• EMDR e PTSD:	337	• EMDR nei Bambini:	72
• EMDR e Trauma:	212	• EMDR e Dolore Cronico:	14
• EMDR <u>Reviews</u> :	139	• EMDR nei Rifugiati:	14
• EMDR e Ansia:	136	• EMDR e Abuso di Sostanze:	11
• EMDR e Depressione:	87	• Meta analisi:	34

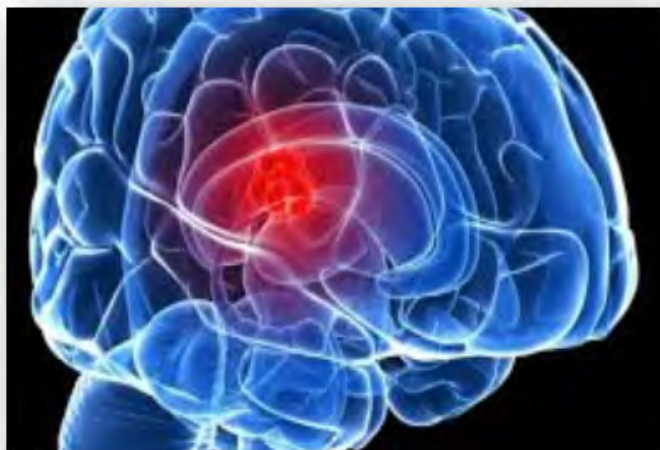
L'EMDR E LA RICERCA IN ITALIA 2016-2017

I progetti per il 2018

Lo stato dell'arte

Antonio Onofri

(Supervisore EMDR Roma)



Una realtà assolutamente viva, in crescita e in costante espansione ed evoluzione. Questa la situazione della ricerca italiana nel campo dell'EMDR, fotografata durante l'ultimo Congresso Europeo tenutosi a Barcellona. In qualità di membro del Comitato Europeo per la Ricerca in EMDR, ho infatti partecipato al Meeting dei Ricercatori in cui i rappresentanti nazionali hanno illustrato la situazione della ricerca all'interno dei vari Paesi (sempre più numerosi) aderenti a EMDR Europe.

L'Italia è al momento non solo la nazione con il maggior numero di iscritti alla Associazione, ma anche uno dei Paesi con il più grande numero di iniziative di ricerca e di *trial*. I principali

pali campi di studio e d'indagine sono al momento: i rifugiati, i bambini e gli adolescenti, le situazioni di emergenza, l'applicazione clinica nei vari disturbi psicopatologici, oltre a varie altre interessanti iniziative. Nel campo della ricerca sull'utilizzo dell'EMDR nelle situazioni di aiuto e assistenza ai rifugiati e ai richiedenti asilo (ma anche nel campo più vasto della migrazione in generale), sono ormai diversi i gruppi che indagano gli effetti del nostro approccio sia in contesti individuali sia di gruppo, supportati dalla nostra Associazione, anche grazie al lavoro di segreteria di Katja Gasperini. Ricordiamo tra i tanti il gruppo romano coordinato da Paola Castelli e Antonio Onofri, che lo hanno illustrato in un workshop, durante il congresso europeo, dal titolo "EMDR use with refugees: imagining a future to live the present without an overwhelming past), quello coordinato da Luisa P. Dodaro ("Aghaton Project two groups, 30 males from Africa. EMDR group therapy"), l'esperienza del gruppo coordinato da Roberta Franchi a Olevano Romano sui minori non accompagnati ("EMDR Project 'Uscita di Sicurezza'. Group therapy for Unaccompanied Minors") e quella di Teresa Serra ("EMDR R-Tep Protocol for 12 African refugees"); infine, i gruppi di lavoro coordinati da Daniela Diano in Calabria, da Angela Seminara, in Sicilia e da Valeria Lazzarini a Lugano-Paradiso.

L'Italia è molto attiva nella ricerca sull'uso dell'EMDR anche nell'**infanzia e adolescenza**. Sono state molte le ricerche già pubblicate nel corso dell'ultimo anno. Ricordiamo: "Neural processing emotions in traumatized children treated with EMDR therapy: a hdEEG study", di Trentin, Pagani, Fania, Speranza, Nicolais, Sibilia, Inguscio, Verardo, Fernandez, Ammaniti, pubblicato su *Frontiers in Psychology*; "Do Eye Movement Desensitization and Reprocessing and psychodynamic therapy have different effects on neural processing of emotions in traumatized children?", di Trentini, Pagani, Nassisi, Verardo, Fernandez, Tambelli, Ammaniti; "Does EMDR modulate the neural substrate of emotional discrimination in adolescents with borderline personality disorder?", di Trentini, Pagani, Verardo, Fernandez, Tambelli, Inguscio, Ammaniti. E' inoltre in corso di pubblicazione l'originale e interessante studio "Effectiveness of EMDR in managing post-traumatic stress in Italian children exposed to earthquake", di Trentini, Maslovaric, Giuliani, Fernandez, Pagani. Questo ultimo lavoro indaga gli effetti dell'EMDR sui bambini esposti al terremoto.

A proposito del terremoto, come sappiamo l'Associazione è stata molto attiva nell'aiuto offerto alle popolazioni colpite e pertanto i prossimi mesi la vedranno impegnata nella elaborazione della enorme quantità di dati raccolti durante quell'esperienza, oltre che in altre **situazioni di emergenza** (per esempio, gli interventi per fornire assistenza ai familiari e agli amici superstiti in molti casi di incidenti e suicidi di adolescenti).

L'applicazione dell'EMDR nei diversi **disturbi clinici** resta ovviamente l'interesse principale di studio e di ricerca. In questo campo, l'Associazione è impegnata a offrire tutta la supervisione necessaria (coordinata da Marco Pagani) per raggiungere una metodologia di ricerca il più possibile rigorosa e aderente agli standard internazionali richiesti dalle riviste più importanti per la elaborazione statistica dei dati e la loro pubblicazione. Molti sono i *trials* attualmente in corso.

Senza pretendere di poterli menzionare tutti, citiamo tra le varie la ricerca nel campo delle **Dipendenze patologiche**: "EMDR as add-on treatment for psychiatric and traumatic symptoms in patients with Substance Use Disorder", di Carletto, Ostacoli, Barnato, Antonelli, Fernandez e Pagani, indaga gli effetti dell'EMDR nel ridurre la sintomatologia in venti pazienti. I disturbi da uso di sostanze, infatti, conducono frequentemente a gravi disfunzioni nelle relazioni familiari, sociali e lavorative, oltre che nelle condizioni economiche. La ricerca clinica ha mostrato un'alta prevalenza di sintomi post-traumatici nel mantenere i comportamenti disfunzionali. Però, finora solo pochi studi hanno valutato l'uso dell'EMDR nel ridurre la sintomatologia. Lo scopo di questo studio pilota è quello di valutare l'efficacia dell'EMDR nel trattare efficacemente i sintomi post-traumatici e stress-correlati dei pazienti con disturbo da uso di sostanze.

E' poi il caso di ricordare lo studio in corso, riguardante i **Disturbi del Comportamento Alimentare**, di Zaccagnino, Civilotti, Cussino, Callera, Fernandez, "Eating Disorders - A Paradigm of the Biopsychosocial Model of Illness. EMDR in Anorexia Nervosa: From a Theoretical Framework to the Treatment Guidelines" e quello riguardante la **Psicooncologia**, di Faretta, Borsato, Civilotti, Fernandez, Pagani "EMDR and CBT: a comparative clinical study with oncological patients", quest'ultimo pubblicato recentemente sul *Journal of EMDR Practice and Research*.

Ancora in questo campo di applicazione - la psicooncologia - ricordiamo la ricerca "Neurobiological features and response to EMDR treatment of PTSD in breast cancer patients", di Ostacoli, Carletto, Di Lorenzo, Fernandez e Marco Pagani, che indaga mediante EEG gli effetti dell'EMDR in quindici pazienti con cancro mammario, confrontate con altre quindici pazienti non trattate.

Ipotizzando che le aree cerebrali coinvolte nel PTSD da diagnosi oncologica siano le stesse che si evidenziano nei traumi psicologici, gli autori dello studio prendono in esame l'idea che un trattamento efficace nel PTSD possa esserlo anche per le reazioni psicologiche post-cancro. Così, l'obiettivo della ricerca tuttora in corso è quello di 1. trattare con l'EMDR una coorte di pazienti affette da cancro mammario; 2. identificare mediante EEG le regioni attivate nelle fasi pre e post EMDR; 3. correlare gli eventuali effetti neurofisiologici con i cambiamenti dello stato clinico e neurofisiologico.

Ci sono poi **Altre Popolazioni Cliniche** sulle quali la ricerca italiana si sta indirizzando: ricordiamo a titolo di esempio lo studio di Carletto, Borghi, Bertino, Oliva, Cavallo, Hofmann, Zennaro, Malucchi, Ostacoli "Treating Post-traumatic Stress Disorder in Patients with Multiple Sclerosis: A Randomized Controlled Trial Comparing the Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing and Relaxation Therapy.", anch'esso pubblicato di recente su *Frontiers in Psychology*, che ha appunto mostrato l'effetto dell'EMDR paragonato alla terapia di rilassamento su pazienti con Sclerosi Multipla.

I **Meccanismi di Funzionamento** dell'EMDR continuano a essere studiati e indagati dai ricercatori italiani, seguendo ormai quella che nel nostro Paese può essere ormai considerata una grande tradizione, inaugurata dalle eccellenti pubblicazioni di Marco Pagani (CNR-Roma). Una menzione speciale merita sicuramente quello che rappresenta il primo studio sull'EMDR che ha utilizzato la PET (Positron Emission Tomography): "Metabolic and electrophysiological changes associated to clinical improvement in two severely traumatized subjects treated with EMDR", di Di Lorenzo, La Porta, Fernandez e Pagani. L'impatto dell'EMDR sulle aree cerebrali corticali e subcorticali è stata

infatti dimostrata da varie ricerche che hanno mostrato la correlazione tra la scomparsa dei sintomi e i cambiamenti nella funzionalità e nella struttura corticale. Così, lo scopo di questo studio è quello di valutare - mediante EEG e per la prima volta anche mediante PET - i cambiamenti prodotti dalla terapia con EMDR in due casi di trauma psicologico dopo una concussione cerebrale e uno stato comatoso in seguito a incidente stradale.

Aggiungiamo la citazione di due recenti e importanti pubblicazioni in questo campo: Rimini, Moinari, Liboni, Balbo, Arò, Viotti, Fernandez sono gli autori di “Effect of Ocular Movements during Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Tehrapy: A Near-Infrared Spectroscopy Study”, uno studio che ha utilizzato la spettroscopia a raggi infrarossi e che è stato pubblicato su *PLoS ONE*, mentre Bossini, Santarnecc, Casolaro, Koukouna, Caterini, Cecchini, Fortini, Vatti, Marino, Fernandez, Sorri, Fagiolini, sono gli autori dell’articolo “Morphovolumetric changes after EMDR treatment in drug-naïve PTSD patients”, uscito sulla *Rivista di Psichiatria* nel 2017.

Infine, anche quest’anno il Comitato Europeo per la Ricerca in EMDR, che si è riunito durante il Congresso di Barcellona, ha visto una attiva presenza del gruppo italiano: ben 3 infatti delle 7 proposte di ricerca provenivano dall’Italia (lo scorso anno, del resto lo erano 7 su 14): “Taking care of the primary attachment relationship in a maternity ward: the EMDR intervention with acute childbirth trauma”, è stato il progetto presentato da Monica Fumagalli e collaboratori; “Effectiveness and applicability of Eye Movement Desensitization and Reprocessing Integrative Group Treatment Protocol (EMDR-IGTP) for the reduction of psychological distress in caregiver of patients with dementia. A single-blind, randomized controlled trial”, la proposta di Serena Passoni e collaboratori; “Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) plus broad form of Enhanced Cognitive Behavioural Therapy (Cbt-EB) in patients with Eating Disorders. A randomized controlled trial”, il progetto presentato da Mirella Ruggieri e collaboratori. Il Comitato ha valutato di grande interesse tutte e tre le proposte.

Insomma, quanto emerso dalla ricerca sull’EMDR in Italia in questi ultimi due anni, la varietà e la rilevanza dei progetti in corso, costituiscono un grande incoraggiamento a proseguire nella direzione già intrapresa, in altre parole sulla strada del rigore scientifico e metodologico che sempre più caratterizza la proposta clinica dell’EMDR.



FRANCINE SHAPIRO LIBRARY

“The Francine Shapiro Library”

è dedicata a Francine Shapiro
che ha scoperto e sviluppato il

“Adaptive Information Processing Model (AIP)”

e

“Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)”

La libreria on-line, con accesso totalmente gratuito,

<http://emdria.omeka.net/>

Effetti dei Movimenti Oculari durante l'EMDR Therapy: Uno studio con apparecchiatura Near-Infrared Spectroscopy

Daniele Rimini¹, Filippo Molinari¹ William Liboni²,
Marina Balbo³, Roberta Darò³, Erika Viotti³, Isabel Fernandez³

1 Biolab, Department of Electronics and Telecommunication, Politecnico di Torino, Torino, Italy,

2 Un Passo Insieme Onlus Foundation, Valdellatorre, Torino, Italy,

3 EMDR Italy Association



La spettroscopia nell'infrarosso vicino (NIRS, Near-Infrared Spectroscopy Study) è una tecnica di imaging cerebrale non invasiva che, basandosi sulle proprietà spettroscopiche dell'emoglobina, è in grado di monitorare in tempo reale i cambiamenti di concentrazione nell'ossigenazione del tessuto cerebrale. Mediante NIRS è possibile documentare le variazioni nella concentrazione dell'emo-

globina legata ad ossigeno (ossi-emoglobina), di quella legata ad anidride carbonica e dell'indice di ossigenazione tissutale, che è correlato alla saturazione d'ossigeno del tessuto. In questo studio la NIRS è stata utilizzata durante le sedute EMDR per valutare la variazione di ossigenazione dei tessuti cerebrali dei pazienti durante la fase dei movimenti oculari e quella di RECALL in cui si chiede al paziente di richiamare alla memoria l'evento traumatico. L'idea alla base della ricerca è nata dall'evidenza di colmare le lacune lasciate da lavori precedenti (ad esempio Othani et al.), i quali avevano mostrato la possibilità di monitorare gli effetti del protocollo EMDR sull'attività funzionale cerebrale utilizzando la Spettroscopia nell'infrarosso vicino (NIRS) ma si basavano esclusivamente sulla concentrazione locale di emoglobina ossigenata e sulla sua variazione nel tempo. Il protocollo sperimentale delineato dal team di ricerca è riuscito così a sfruttare appieno l'informazione relativa al complesso meccanismo di autoregolazione cerebrale che viene coinvolto in risposta a uno stimolo come quello della terapia EMDR. In particolare, si è allargata l'analisi all'osservazione della risposta nel dominio della frequenza e procedendo all'analisi non solo dell'ossi-emoglobina, ma anche della concentrazione di emoglobina deossigenata, dal momento che è stato ipotizzato che avrebbe potuto rilevare meccanismi di compliance artero-venosa fondamentali nei processi cognitivi. Inoltre questo studio è riuscito a superare il bias che ha contraddistinto i precedenti lavori sugli effetti psicologici dell'EMDR attraverso tecniche di imaging funzionale, imaging nucleare, attraverso elettroencefalografia (EEG) e Risonanza Magnetica Funzionale, i quali hanno evidenziato i cambiamenti dell'attività cerebrale, soprattutto in aree deputate alla gestione dello stress: asse Ipotalamo-ipofisi-surrene (HPA), le aree corticali e la Corteccia Prefrontale (PFC). Il bias di questi studi risulta derivare dal fatto che tutti i soggetti partecipanti siano stati sottoposti alla terapia e alle stesse condizioni pre e post-trattamento, questo studio invece si concentra maggiormente sull'effetto dei movimenti oculari che caratterizzano il protocollo EMDR suddividendo i partecipanti in due gruppi: un gruppo sperimentale, trattato con il protocollo standard EMDR (wEM) e un gruppo di controllo che riceve il medesimo trattamento ma senza movimenti oculari (woEM).

MATERIALI E METODI - I 21 partecipanti allo studio sono stati suddivisi in due gruppi randomizzati: uno, formato da 11 soggetti (2 uomini e 9 donne), sottoposti alla terapia completa con EMDR (wEM) e un gruppo di controllo composto da 10 soggetti (5 uomini e 5 donne) che hanno ricevuto un trattamento EMDR che non comprendeva i movimenti oculari (woEM), questa differenziazione è stata fondamentale per rendere evidenti gli effetti dei movimenti oculari rispetto all'emodinamica cerebrale. Tutti i soggetti hanno eseguito una batteria di test psicologici: Impact of Event Score (IES), Symptom Checklist-90 (SCL-90) e Test Evaluation Checklist (TEC) in modo tale da poter stabilire l'entità del

trauma subito da ognuno ed attribuirli a due categorie. Traumi (T) associati ad un alto livello di stress e riferiti ad eventi che hanno minacciato l'integrità della persona come disastri naturali o incidenti d'auto e traumi (t) provocati da conflitti familiari, separazioni, episodi di bullismo. Durante l'esperimento entrambi i gruppi hanno ricevuto il trattamento EMDR con un confronto durante la fase di RECALL (ritorno al target) in cui i soggetti rievocavano l'evento traumatico e la fase di focus sull'immagine peggiore legata all'evento. Una volta terminata la raccolta dei dati sono state eseguite analisi statistiche sui segnali NIRS nel dominio del tempo e nel dominio della frequenza e alla correlazione delle variazioni a livello frontale con gli scoring. Innanzitutto, per studiare le differenze tra i due intervalli di EM (movimenti oculari) e RECALL (richiamo del materiale traumatico), sono stati calcolati i coefficienti angolari per ognuno di questi, cioè la pendenza del segnale. L'analisi delle medie, per ogni paziente, dei coefficienti angolari ha evidenziato nei pazienti trattati con movimenti oculari una diminuzione della concentrazione di emoglobina ossigenata durante le fasi di EM ed un aumento della stessa concentrazione durante le fasi di RECALL, fenomeno che, invece non si verifica nei pazienti NOEM, trattati, cioè, senza movimenti oculari. In seguito, al fine di confermare questi risultati ed individuare differenze significative tra i due gruppi di pazienti, sono state utilizzate altre due analisi statistiche, la PCA e MANOVA.

L'analisi delle componenti principali (PCA), una tecnica di feature reduction, consente di passare da un numero più o meno elevato di parametri a quelli più significativi, che spiegano quindi la maggior parte della varianza dei dati. L'applicazione della PCA sulle variabili originali (le medie dei coefficienti angolari calcolati durante i "movimenti oculari" e durante "recall" solo per i segnali di emoglobina ossigenata e deossigenata) ha evidenziato, secondo le prime due componenti principali, una suddivisione di base di tutti i pazienti in due gruppi.

RISULTATI - La comparazione dei due gruppi ha evidenziato una differente ossigenazione dell'area della Corteccia prefrontale (PFC) in quei soggetti sottoposti a terapia EMDR con i movimenti oculari (wEM), mentre la variazione di ossigenazione non si è registrata nei soggetti appartenenti al gruppo di controllo (woEM). Durante la fase di simulazione dei movimenti oculari nel gruppo di controllo (woEM) è stato registrato un incremento di emoglobina deossigenata (HHb), incremento compensato durante la fase di RECALL, in contrapposizione, nel gruppo con movimenti oculari (wEM) durante la fase di RECALL è stato registrato un incremento di emoglobina ossigenata (O2Hb), mentre la fase dei movimenti oculari è caratterizzata da una diminuzione della concentrazione di O2Hb.

I soggetti del gruppo sperimentale (wEM) durante la fase dei movimenti oculari hanno concentrato la loro attenzione su un'attività secondaria, permettendo una diminuzione dello stato di ansia del paziente. La riduzione del disagio è stata espressa attraverso una differente modificazione dell'O2Hb nella corteccia prefrontale, effetto che non avviene nel gruppo di controllo in cui i movimenti oculari sono assenti, in questa fase si registra infatti una variazione del livello di HHb, fenomeno che viene indicato come un livello negativo di sangue ossigenato (negative BOLD response: NBR), si ipotizza che l'attivazione del ricordo traumatico durante la fase di RECALL, senza che vi fosse modo di risolverlo data l'assenza dei movimenti oculari, alteri l'attività cerebrale innalzando l'attività delle regioni cerebrali contigue alla PFC che richiedono quindi un consumo di ossigeno supplementare facendo diminuire il livello di HHb proprio nella corteccia prefrontale e provocando nel soggetto una sensazione di stress. In conclusione lo studio attraverso l'utilizzo della tecnologia NIRS ha evidenziato che la differente emodinamica cerebrale registrata durante la fase dei movimenti oculari è utile al fine di risolvere la condizione stressante provocata dalla rievocazione dell'evento traumatico inducendo una riduzione di O2Hb che potrebbe essere collegata ad una riduzione dell'attività della PFC.

In sintesi i movimenti oculari sono associati ad una riduzione dello stress provocato dalla memoria traumatica.

Questa pagina è uno spazio speciale per Rossella Nicolao, supervisore EMDR di Padova, che è mancata il giorno 8 agosto dopo una grave malattia. E' importante per tutti noi, ma soprattutto per lei dedicare questa pagina a Rossella.

Abbiamo voluto condividere questa notizia con i colleghi per dare la possibilità a chi lo desidera di rivolgere un pensiero, una preghiera o un proprio saluto a Rossella.

Lei ha fatto parte della nostra Associazione dall'inizio, dai primi anni e ha contribuito a sviluppare l'EMDR a Padova, aiutando tantissime persone e i suoi pazienti, oltre a far crescere molti colleghi nel suo ruolo di Supervisore.

Perdiamo una persona preziosa, dal punto di vista umano, che ci ha regalato sempre sorrisi e momenti belli di condivisione. Ha coltivato molte amicizie all'interno dell'Associazione e siamo in tanti ad essere addolorati per la sua perdita.

Molti la ricordano con la sua semplicità, sorriso e discrezione.

Altri non l'hanno conosciuta ma hanno sicuramente condiviso una professione, dei valori e lo spirito della nostra Associazione

Un grande numero di colleghi hanno potuto condividere personalmente con lei nel corso degli anni, momenti comuni, progetti, seminari, congressi, momenti conviviali.

Siamo tutti uniti intorno alla sua perdita e insieme vogliamo rivolgere un pensiero affettuoso di addio a Rossella



PROGRAMMA DI ASSISTENZA UMANITARIA DI EMDR ITALIA

“PROGETTO FORMAZIONE EMDR A CUBA”



Quest'anno dal 24 al 28 aprile si è svolto a Santiago di Cuba un corso EMDR di 1° e 2° livello tenuto da Isabel Fernandez, coadiuvata dai facilitator Marina Balbo, Vittoria Beretta, Elisa Faretta e Bruna Maccarrone. Questo corso fa parte di un più ampio progetto umanitario di training EMDR a Cuba, che ha avuto il suo inizio nell'ottobre 2007 a Santiago con una conferenza organizzata in collaborazione con la Presidente e la Vicepresidente della Società Cubana di Psicologia di Santiago (Maria Pilar Soteras Blanco). L'obiettivo iniziale era quel-

lo di creare un polo formativo che potesse divulgare l'approccio terapeutico EMDR attraverso una rete di professionisti in grado di raggiungere gradualmente ogni provincia dell'isola di Cuba. Il primo corso EMDR a Cuba è stato svolto nel 2008 a Santiago e ha raccolto 45 partecipanti tra psicologi e psichiatri operanti in Centri di Salute Mentale, Policlinici, Servizi di Psicologia per Bambini/Adolescenti, Centri di Medicina Sportiva, provenienti da Santiago e da tutte le province del sud ovest. Successivamente, sempre nel 2008, fu costituita a Santiago l'Associazione EMDR Cuba. Da allora a oggi si sono susseguiti altri corsi EMDR di 1 e 2 livello sia a Santiago sia all'Avana, intervallati da incontri di supervisione svolti da colleghi volontari che si sono alternati nel supportare la formazione dei colleghi cubani fino al raggiungimento del titolo di practitioner. Sono stati altresì formati supervisor e facilitator cubani, al fine di promuovere sempre più l'autonomia di funzionamento dell'Associazione EMDR Cuba. Alcuni colleghi della nostra Associazione EMDR Italia e dell'Associazione EMDR Spagna hanno dato la loro disponibilità a recarsi a Cuba a loro spese per rendere possibile l'attuazione e la continuazione di questo progetto umanitario di formazione.

A oggi possiamo affermare con certezza che l'obiettivo iniziale di diffondere l'EMDR su tutto il territorio cubano è stato raggiunto. Il meccanismo del "passa parola" si è innescato ed è diventato inarrestabile e la diffusione dell'EMDR ha raggiunto tutte le province cubane da Santiago a L'Avana, passando per Holguin, Las Tunas, Holguin, Camaguey, Cienfuegos, fino a Pinar del Rio, coprendo quindi tutta l'estensione dell'isola di Cuba. Allo stato attuale l'Associazione EMDR Cuba conta circa 560 soci e sono ormai migliaia i pazienti trattati quotidianamente con EMDR.

Il progetto di formazione EMDR a Cuba è stato ed è possibile grazie al contributo dell'Associazione EMDR Italia, dell'Associazione EMDR Spagna e dei contributi personali di tutti coloro che hanno collaborato e continuano a collaborare a questo progetto. Sono previste altre edizioni formative nel 2018 allo scopo di consolidare la rete e la diffusione dell'EMDR e di sostenere l'Associazione EMDR Cuba fino a una completa autonomia.

IMPATTO DI GUARIGIONE DI RISORSE E STRATEGIE RIPARATORIE NELL'ELABORAZIONE EMDR DI UN ABUSO SESSUALE. EFFICACIA DI UNA PRESA IN CARICO SISTEMICA INDIVIDUALE CON ALLARGAMENTI

Daniele Amistadi
(Psicoterapeuta EMDR)

Introduzione

Nell'ambito delle psicoterapie sistemiche della Scuola Mara Selvini (Cirillo, Sorrentino, Selvini 2016), nel campo del trauma e degli sviluppi traumatici si cerca di attivare un insieme di metodi e strategie che possano integrarsi tra loro. Negli ultimi anni molte scuole e singoli terapeuti sistemici stanno lavorando per inserire nei loro piani di trattamento, metodi di intervento specifici per l'elaborazione dei traumi, primo tra tutti, l'EMDR, metodo di forte impatto, sottovalutato negli anni passati da alcuni approcci psicoterapeutici tra cui quello costruttivista-sistemico. Come dice Selvini (2011) nel suo intervento sull'interazione tra terapia familiare ed EMDR, l'EMDR è un modello molto utile per migliorare l'efficacia di interventi individuali e familiari. Consente di far accadere qualcosa in seduta che possa coinvolgere il paziente ad un livello più profondo, nel sentire oltre che nel pensare; ciò permette un cambiamento più radicale e duraturo nel tempo. L'EMDR è un metodo di tipo esperienziale, che agisce sul piano cognitivo, ma anche emotivo. La scuola Mara Selvini Palazzoli sta conducendo una ricerca per integrare nel suo modello sistemico - individuale tutti i concetti post traumatici più importanti e la procedura EMDR. Il caso che sarà descritto dimostra come un efficace lavoro individuale con allargamenti possa potenziare gli effetti della stessa procedura EMDR.

Nelle situazioni di maltrattamento, abusi sessuali e molestie sessuali, il trauma è reale e i familiari hanno le loro responsabilità, ma possono diventare i migliori terapeuti (Mara Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino 1988 pag. 251). Fondamentale per la buona riuscita del lavoro psicoterapeutico in situazioni di violenze sessuali è l'integrazione tra la diagnosi sistemica e quella individuale (Selvini 2011). I terapeuti sistemici utilizzano l'EMDR sia con pazienti nuovi che con pazienti da tempo in carico, con grandi soddisfazioni (Bartolomeo 2011, Zighetti 2011). Selvini ha la sensazione che risultati molto evidenti si ottengono anche con bambini e adolescenti (Canavesi - Porta 2011, Gaudin 2011). Posso aggiungere anche con giovani adulti, come spiegherò in questo articolo, attraverso un caso clinico di grande rilevanza dal punto di vista dell'evoluzione e riuscita di una psicoterapia, con una giovane donna che ha subito molestie sessuali per cinque anni. Zighetti (2011) spiega che chi ha una formazione sistemica spesso è carente di tecniche specifiche sul sintomo.

Il paziente, gravemente invalidato dal sintomo stesso, non è sufficientemente metacognitivo: non è sempre ricettivo alle interpretazioni, oppure il suo disagio non gli permette di avere lo spazio mentale per questo processo, è mosso solo dall'urgenza di stare meglio e ci chiede una soluzione concreta al suo malessere. L'EMDR è un metodo psicoterapeutico che ben si integra con la formazione sistemica. L'obiettivo di questo articolo è descrivere e spiegare l'effetto positivo dell'approccio EMDR all'interno di una psicoterapia, con una giovane di 27 anni, molestata dai 7 ai 12 anni, dal cugino più grande.

Il metodo EMDR all'interno di una psicoterapia sistemica

L'EMDR e l'orientamento sistemico sembrano integrarsi naturalmente in quanto l'approccio EMDR affronta la rielaborazione dei traumi e ne facilita la desensibilizzazione attraverso la sollecitazione dei ricordi associati. I ricordi inevitabilmente si indirizzeranno verso i contesti relazionali che li hanno provocati e permessi. La terapia sistemica concentra la propria attenzione sui contesti relazionali generatori dei traumi per analizzare, evidenziare e, successivamente rielaborare le dinamiche che li hanno permessi (Mosconi, 2011). L'EMDR può dare all'ottica sistemica una via di accesso più veloce al trauma e diventare uno strumento potentemente efficace nell'installazione delle risorse che rendono disponi-

bili le persone ad un processo terapeutico più fluido. Anche l'ottica sistemica può dare al protocollo dell'EMDR una maggior conoscenza dei giochi relazionali che favoriscono i traumi e una loro più precisa individuazione, si veda ad esempio il doppio legame e la triangolazione (Mosconi, 2011).

Caso clinico: Lory, un vuoto da colmare e dare un senso alle relazioni interpersonali

Lory ha 27 anni e mi chiede un primo incontro in contesto privato perché sente un vuoto da colmare dentro di sé. E' figlia di ragazza madre e ha vissuto per i primi 12 anni di vita in un contesto solamente femminile con la madre e la nonna, dato che il nonno era morto. Non ha mai conosciuto il padre, la madre nei racconti lo ha sempre idealizzato. Quando Lory ha compiuto 12 anni si è trasferita con la madre in un altro paese perché la nonna era morta, per lei fu una liberazione. Lory si è sempre vista inadeguata in qualsiasi contesto, non si accettava perché si percepiva orrenda e non si guardava allo specchio, non si vestiva con gonne, ma da maschiaccio. Ha fatto l'Università e ha incontrato il suo primo ragazzo con il quale è stata cinque anni e ha terminato la relazione dopo un paio di mesi di psicoterapia, questo ragazzo aveva dei problemi personali e familiari e voleva fare sesso solo quando Lory aveva le mestruazioni. Lory ha poche relazioni sociali e affettive, le uniche sono con la madre, con il ragazzo e con una collega che ha circa l'età della madre. Durante la psicoterapia Lory è molto motivata al cambiamento, ha deciso di lasciare il suo compagno perché ha capito che si tratta di una relazione perversa. Fin dalle prime sedute sviluppa un innamoramento nei miei confronti e lascia il suo ragazzo, lo ha sostituito con me in terapia. E' stato faticoso gestire l'innamoramento di Lory, ma con il tempo è stato un punto di forza sul quale si è potuto lavorare. Ha migliorato il rapporto con la madre attraverso due allargamenti e la tecnica dello zaino (Canevaro, 2009). Ha deciso di incontrare il padre e dopo averlo conosciuto ha capito il perché dell'abbandono, le è stato chiaro che non poteva darle niente di buono e in questo modo si è data una risposta. Con riferimento al modello a sei fasi, per promuovere la resilienza individuale – sistemica di Selvini, Sorrentino e Gritti (2012), si può descrivere l'incontro da parte di Lory con il padre come un esempio di inutilità o impossibilità di una costruttiva riconciliazione (sesta fase). Agevolare nella paziente la costruzione e la condivisione di un racconto equilibrato favorisce l'innescarsi di un altro elemento chiave per l'elaborazione di un trauma, ovvero "la capacità di scoprire un senso, una coerenza". Laddove venga consapevolmente attivata, la dimensione di senso diventa un importante motore di resilienza (Magrin et al. 2006). Quello tra Lory e il padre è stato un incontro molto utile per costruire una competenza biografica (capire chi è stato il genitore biologico disfunzionale: quarta fase). Lory è riuscita a essere attiva protagonista (quinta fase: mai essere vittima): la confrontazione in presenza di un testimone autorevole mira a far sperimentare al soggetto un vissuto di forza connesso ai propri diritti negati ingiustamente, premessa necessaria dei vissuti di competenza che debbono essere ripristinati per mobilitare risposte resilienti. Lory ha potuto decidere che era lei che non voleva mai più rivedere il suo genitore biologico. Questa parte di lavoro terapeutico di riequilibrio della vita relazionale reale della paziente è stato un inizio di terapia molto importante per riordinare la confusione relazionale della ragazza: riequilibrio della inversione dei ruoli con la madre, lasciare il ragazzo patologico, ridimensionare lo sfruttamento della collega di lavoro (ripetizione dell'inversione di ruoli della madre), confronto diretto con il genitore biologico che l'ha abbandonata.

Strumenti terapeutici per arrivare allo svelamento dell'abuso

Dopo aver cambiato le sue più importanti relazioni interpersonali, Lory percepiva ancora una sofferenza interna; attraverso il genogramma (Sorrentino, 2008) si è potuto notare un rancore nei confronti della famiglia della sorella della madre soprattutto nei confronti di un cugino di due anni più grande. Utilizzo il collage, tecnica che attiva sul piano concreto e fattivo il paziente, il collage è "qualsiasi manufatto realizzato incollando uno strato su una superficie, ossia unendo insieme elementi, anche differenti fra loro, come carta di giornale, illustrazioni, stoffa, altro materiale, su una superficie piatta". Più nello specifico, il collage di immagini è «una composizione, un comporre, un mettere insieme attraverso le immagini» (Adiutori, 2013). Lory interpreta il suo passato come fosse un mostro, ma grazie alla terapia si sente una farfalla che può prendere il volo. Un'altra tecnica utilizzata è stata la fiaba,

assai utile per arrivare alla visione dell'evento traumatico: la chimera ci rappresenta e ci identifica, ci permette di arrivare ad una coerenza interna rispetto all'idea che ci facciamo di noi stessi, facendo della nostra esistenza un'opera d'arte, una rappresentazione, un teatro dei nostri ricordi, delle nostre emozioni, delle immagini e delle parole che ci costruiscono (Cyrulnik, 2004). Lory nella fiaba che racconta la sua vita, ha descritto il cugino come "il figlio impestato di Smunta", quest'ultima era la zia, sorella della madre, con la quale non aveva rapporti, che "si è avvicinato troppo e per gelosia le strizzò una pustola sulle sue piccole mani". L'elaborazione della fiaba, nella seduta successiva, ha fatto emergere il trauma delle molestie subite da Lory, per cinque anni, dal cugino più grande di due anni.

Lo svelamento dell'abuso

Lory racconta il periodo più drammatico della sua vita. Ricorda la solitudine nel vecchio casolare isolato, le sue relazioni erano concentrate quotidianamente con la madre e la nonna, quest'ultime erano sempre in contrasto, impegnate a litigare tra loro. Le uniche persone che passavano da quel casolare erano la sorella della madre con il marito e i loro due figli. Inizialmente era un piacere condividere del tempo con gli zii e cugini, ma poi divenne un incubo. Da quando Lory aveva sette anni fino alla morte della nonna (Lory aveva circa 12 anni), Lory ha subito passivamente gli approcci sessuali del cugino più grande. Nei primi due anni di approcci i contatti erano minimi. Lory ricorda che era nuda e il cugino si continuava a masturbare davanti a lei, era diventato un gioco "normale". Con il passare degli anni, questo gioco è diventato orribile. Lory non era più una "modella" nuda per la masturbazione del cugino, era diventata anche oggetto da toccare nelle parti intime. Lory, durante i primi approcci dove il cugino la toccava, provava delle sensazioni strane e non capiva cosa stava accadendo. Il cugino le raccontava che erano giochi normali che tutti i ragazzini della loro età facevano nelle proprie case. Lory non sapeva gestire questa situazione perché quando il cugino la portava a giocare, lei non riusciva a ribellarsi o scappare, rimaneva quasi immobile come pietrificata e si lasciava fare tutto. Il sentimento di Lory era di confusione, piacere, vergogna e frustrazione; confusione perché percepiva che non era un gioco normale, piacere perché ha provato le prime sensazioni sessuali, vergogna perché si sentiva in colpa di ciò che stava accadendo come fosse lei a decidere di stare in quella stanza e era lei ad aver provocato e scatenato questo gioco, e frustrazione perché nessuno, la mamma, la nonna e gli zii, si accorgeva di nulla. La casa era molto grande e la madre con gli zii, mandavano a giocare i due figli convinti fosse una situazione positiva, per passare del tempo insieme. Il cugino più piccolo ha partecipato in un paio di occasioni a questi giochi, ma ha sempre chiesto al fratello di smettere, perché non gli sembrava un bel gioco. Il cugino maggiore ha minacciato il cugino più piccolo: se avesse detto qualcosa lo avrebbe "picchiato". Il cugino di Lory ha iniziato a svilupparsi sessualmente e la ragazza ha visto anche lo sperma sulle mani del cugino, che all'epoca non sapeva cosa potesse essere. Il cugino continuava ed eccitarsi toccandola nelle parti intime e cercava sempre più un contatto, per arrivare alla penetrazione. Lory ricorda le ultime situazioni di gioco nelle quali era seduta sulle ginocchia del cugino e quest'ultimo strofinava il suo pene sulle cosce della ragazza. La nonna aveva percepito che ci fosse qualcosa di strano in Lory e quest'ultima le ha spiegato che era terrorizzata dal cugino. La nonna non sembra aver fatto niente perché terminassero queste molestie, ma poco dopo morì. La morte della nonna è stata la liberazione da questo incubo, perché sua madre non ha esitato nemmeno un giorno dopo la morte della nonna a trasferirsi in un altro paese. Dopo questo trasferimento Lory non ha più visto e sentito suo cugino. La morte della nonna è arrivata appena in tempo, sarebbe bastato davvero poco perché il cugino giungesse alla penetrazione. Il trauma è una "ferita dell'anima" (Fernandez et al, 2011).

Le sette porte nella terapia di Lory

Secondo il modello delle sette porte di Cirillo, Selvini e Sorrentino (2016), posso analizzare l'iter psicoterapeutico con Lory in questo modo:

Prima porta: Lory è una paziente che richiede una terapia per se stessa, la domanda è di tipo individuale, è una delle possibili domande di aiuto psicologico, certamente quella statisticamente più frequente (Sorrentino, Berrini, 2011; Selvini, Fino, Morosini, 2012), almeno nel contesto della libera

professione psicologica.

Seconda porta: la diagnosi sistemica è una fondamentale mappatura del territorio umano, pur nella consapevolezza che “la mappa non è il territorio” (Bateson, 1972). Basandomi sulle tredici dimensioni descritte da Cirillo et al (2016) che servono per orientare la diagnosi sistemica, ho scelto per Lory la dimensione della chiusura verso l'esterno, la dimensione della responsabilizzazione e la dimensione dell'etica della giustizia. La salute mentale ha un fondamento etico: subire ma anche commettere delle ingiustizie è un fondamentale fattore di rischio.

Questo è stato determinato da un'infanzia durante il quale ha condiviso del tempo solo con persone anziane, la percezione di una madre in difficoltà nel rapporto con la nonna e di doverle sostenere e proteggere, quindi la difficoltà di aver vissuto un trauma con la T maiuscola (Saphiro 2011), un abuso che le ha chiuso la possibilità di fidarsi delle persone. Sono tre variabili che hanno impedito a Lory di esplorare il mondo con l'aiuto di altre persone. Lory manifesta come sintomo principale di sofferenza, in questo suo particolare momento del ciclo di vita, una depressione maggiore. Sente un vuoto dentro di sé, la sua vita non ha uno scopo, le sue relazioni interpersonali sono minime e di pessima qualità, tutto ciò che la circonda le dà noia, il lavoro le piace, però non ne è soddisfatta.

Quarta porta: Lory ha un attaccamento di tipo ansioso ambivalente misto versus un attaccamento disorganizzato con funzionamento a livello nevrotico, che mi guida nella progettazione dei colloqui individuali con Lory (Attili 2007, Selvini 2008, Cambiaso 2014, Verardo 2016). Il funzionamento di Lory è di tipo parentificato, è stata una bambina che si è sempre fatta carico della mamma in difficoltà, sia nei confronti della nonna con la quale era sempre in litigio che per l'assenza del padre. Lory è stata dominata da un ambiente carico di ansia contagiosa, dove non vi era serenità e i rapporti interpersonali tra gli adulti erano di continue diatribe. Lory è stata iper – responsabilizzata rispetto al prendersi cura dei bisogni della madre (Cambiaso 2014). Lory maschera l'ansia accettando troppo prontamente la validità della terapia, tuttavia, durante la fase di consultazione Lory è riuscita ad allontanarmi in continuazione dai nuclei importanti di lavoro (fobia del ricordo traumatico).

Ho spiegato a Lory, come descrive la Benjamin (1996), che ha davvero bisogno di capire, investendo la consapevolezza di essere in terapia con l'obiettivo di voler capire e guarire; ho agevolato in lei la volontà di prendere le distanze da se stessa, per osservare in prospettiva i propri sentimenti.

Ho richiesto a Lory un approccio cognitivo che incoraggi pensare il sentimento e imparare che le emozioni possono essere modificate dai pensieri (Benjamin, 1996). Lory, dopo i traumi sessuali ha investito ancora di più il suo bisogno di relazioni nei confronti della madre, l'unica persona della quale si è sempre occupata però come parte della sua riorganizzazione dell'attaccamento.

Infatti Lory adotta una riorganizzazione protettiva, è la classica inversione dei ruoli dove il bambino diviene nonno di se stesso, ponendosi come genitore del proprio genitore (Selvini 2008). La missione di Lory era soffocare il malessere occupandosi della madre in difficoltà. Un'altra riorganizzazione adottata da Lory è la sottomissione. La bambina può apprendere che per controllare la figura di riferimento, e quindi renderla meno minacciosa e più prevedibile, funziona il suo mettersi totalmente “ai suoi ordini” in uno stato di totale compiacenza/assoggettamento (Selvini, 2014). Lory non sentendo la protezione della madre ed essendo quest'ultima imprevedibile, si sottomette ai bisogni della madre. La sottomissione (area attaccamento ambivalente) è collegata ad una reazione post traumatica “frozen” (congelamento/ottundimento/depressione). Abbiamo infatti una “brava bambina”, anche se un po' addormentata (Selvini, 2014). Lory è addormentata o meglio congelata sia dalla percezione realistica di non esser protetta dalla madre, impegnata a litigare con la propria madre, ma soprattutto per non esser stata difesa dagli abusi del cugino. Per cinque anni la madre non si è accorta di niente.

Quinta porta: Lory può dare l'impressione di avere una personalità dipendente, ma tali tratti sono intrecciati con i tratti parentificati, (Selvini, 2008), definiti da Johnson (1994) dipendenti orali e da Miller (1979) personalità narcisistiche nevrotiche.

Sesta porta: Lory ha la sola matrice trigerazionale materna sotto il segno del fallimento e dell'impotenza, con una linea femminile disastrosa che rischia di schiacciarla nella ripetizione degli stessi schemi disfunzionali nell'incapacità di relazioni soddisfacenti con gli uomini.

Settima porta (le emozioni del terapeuta): Con Lory ho creato un'alleanza terapeutica intensa, creativa e autentica. Lavorare con Lory non è stato sempre semplice; come già dicevo non ho mai avuto problemi comunicativi con lei, tuttavia spesso mi sono messo in discussione perché percepivo una compiacenza totale che mi produceva dei dubbi sulla reale efficacia della terapia.

L'elaborazione dell'abuso sessuale

Difficile individuare il livello di gravità del trauma subito da Lory, sicuramente presenta una personalità post-traumatica protettiva, sottomessa e compiacente. La terapia di una personalità post-traumatica non può essere breve e Lory dev'essere aiutata nell'elaborazione del trauma senza fretta, con il rispetto dei suoi tempi.

Alexander nel 1946, come riportato da Liotti e Farina (2011), scrisse una frase che fece la storia della psicoterapia: "In tutte le forme di psicoterapia eziologica, il principio terapeutico è lo stesso: riesporre il paziente, sotto circostanze più favorevoli, a situazioni emotive che lui non poté affrontare nel passato. Il paziente, per essere aiutato, deve passare attraverso un'esperienza emozionale correttiva adatta a riparare l'influenza traumatica di esperienze precedenti"(Liotti, Farina, 2011, p.162). Con Lory ho cercato di attivare un'esperienza emozionale correttiva adatta a riparare l'influenza traumatica dell'esperienza con il cugino; ho trovato alcune difficoltà perché la caratteristica dell'abuso di Lory è la sua lunga durata (5 anni).

Ho cercato di guidare la terapia verso l'integrazione delle parti di Lory che convivono in scarsa armonia. Come dice Doherty (1997), un compito centrale della psicoterapia è aiutare i pazienti ad affrontare le loro esperienze di ingiustizia, spesso gli stadi iniziali della terapia si incentrano nell'aiutarli a esternare la collera e l'offesa che hanno interiorizzato sotto forma di disprezzo per se stessi.

Come conseguenza del trauma Lory presenta una sessualizzazione traumatica, confusione riguardo alla propria identità sessuale, confusione su come può essere un atto sessuale "normale" (vista l'esperienza con l'ex ragazzo) e la paura di non poter provare più piacere; sente un'autocondanna, vergogna e responsabilità verso se stessa, si sente diversa dagli altri e per questo tende a isolarsi e a evitare di stringere legami profondi (Ainscough, Toon, 1993).

Lory ha mantenuto il segreto riguardo all'abuso perché non vi è stata una figura protettiva in grado di riconoscerlo, per la paura della reazione del cugino in caso di svelamento, per il timore che la rivelazione non potesse cambiare la situazione, come ha dimostrato averlo raccontato inutilmente alla nonna. Lory ha reagito al trauma sessuale con il congelamento delle emozioni (frozen) assieme con la trascuratezza del proprio aspetto come inibizione dell'aspetto emotivo o forse come un'inconsapevole protezione da ulteriori abusi. Un "punto positivo" per la rielaborazione dell'abuso da parte di Lory è, come definito da lei stessa, "la provvidenza divina", grazie alla quale il cugino ora vive segregato in casa, senza lavoro, senza relazioni, con un grave disturbo di personalità. Ho cercato di aiutare Lory a muoversi avanti e indietro nel tempo, dal suo ancoraggio protetto nel presente a un'immersione nel passato, così che potesse simultaneamente riprovare i sentimenti in tutta la loro intensità, mantenendo quel saldo senso di collegamento che invece venne distrutto nel momento traumatico (Alexander, 1946, Herman, 1992).

Esperienza di Lory con l'EMDR: i tre ricordi e la loro rielaborazione

I primi dieci mesi di terapia individuale con allargamenti aprono la strada alla procedura EMDR, che si rivelerà di grande efficacia, specialmente con il produrre potenti risorse e strategie di riparazione del trauma. La paziente spontaneamente produce una nuova storia dove le cose vanno come avrebbero dovuto andare: il molestatore è in fuga con la coda tra le gambe! È l'impressionante ed immediata installazione di una nuova realtà.

Ho proposto a Lory l'utilizzo dell'EMDR, spiegando che è il momento adatto per affrontare il trauma con la finalità di desensibilizzare i ricordi e che essi non siano più elemento di disturbo. L'EMDR è un modello a otto fasi. La fase 1, l'avevamo elaborata durante l'iter terapeutico, (la raccolta anamnestica). Con Lory, l'EMDR è stato di fondamentale aiuto perché ha rielaborato i tre ricordi più negativi con un processo di sorprendente cambiamento sia emotivo che cognitivo. È stata la svolta della terapia,

durante la quale Lory ha rielaborato gli anni delle molestie subite dal cugino. I maltrattamenti ripetuti nell'infanzia possono determinare vari effetti biologici che alterano lo sviluppo neurologico (De Bellis & Van Dillen, 2005). Queste alterazioni biologiche creano i deficit di funzionamento che portano ad una auto-regolazione limitata e a successivi disturbi psicologici come PTSD, depressione e altri problemi emotivi (Van der Kolk et al., 2005).

La conoscenza dell'EMDR da parte di Lory, è passata attraverso la psicoeducazione e l'esercizio del posto al sicuro (Fase 2). Il posto al sicuro di Lory è positivo e attraverso la stimolazione si è arricchito di particolari sempre positivi e quindi siamo passati all'installazione. Lo potrà usare come tecnica di protezione durante la vita quotidiana e nei momenti di difficoltà durante l'elaborazione dell'EMDR. Il posto al sicuro la vedeva accampata nel deserto mentre prende un caldo sole, nelle vicinanze un'oasi con alberi da frutto, animali amichevoli, acqua e relax. Inoltre è presente un ragazzo che la vuole corteggiare e sarà il suo futuro compagno di vita.

Questi sono stati i tre ricordi (Fase 3) significativi e rappresentativi che abbiamo individuato per quanto riguarda l'abuso da elaborare con l'EMDR:

“Ho un ricordo che ricorrentemente mi torna alla mente: siamo fuori in giardino e lui mi chiede perché non voglio. Non ricordo quanti anni ho, forse 8, forse 9, lo guardo e non rispondo. Lui continua e mi chiede: è perché sono tuo cugino? Non ho risposto, non ho fatto niente. Sapevo che era sbagliato e basta. Non so cosa è successo dopo, forse niente. Ho sempre saputo che era sbagliato. Ma non ho mai fatto niente.”;

“è un ricordo meno definito, più lontano: siamo sul divano e mi mette le mani sul seno, che ancora non ho, penso di avere 8 anni. Lui mi guarda e sorride. Non oppongo resistenza, lui mi dice qualcosa tipo: adesso mi lasci? Non so se è una domanda o un'affermazione. Significa che per un certo periodo sono riuscita a contrastarlo e dire di no. E ora perché ho ceduto? So che è sbagliato, ma non faccio niente non oppongo nessuna resistenza. Mi chiedo se sono normale.”;

“Sono più grande ho 11 anni. Sono seduta sopra di lui. Sono senza le mutandine e anche lui. Ho le sue mani sul seno, che ora inizio ad avere. Mi chiede se ho già avuto le mestruazioni e rispondo di no. Ma in realtà la risposta è sì. Adesso mi sento completamente sua complice, non ho la forza di fare e dire niente. E non faccio niente. Lui vuole fare l'amore con me ma io non so cosa significa. Non ricordo come ne sono uscita”;

L'elaborazione del primo ricordo è stata complessa perché era la prima volta che Lory pensava intensamente a una scena vissuta in passato. La parte peggiore del ricordo era la voce del cugino che le sussurrava le cose. La cognizione negativa “sono impotente”, la cognizione positiva è invece la parola che descrive la condizione desiderata dal paziente nell'autovalutazione e Lory ha scelto “posso fare qualcosa”. L'emozione provata nel pensare all'evento traumatico era di dispiacere. La localizzazione della sensazione era verso le mani e le tempie.

Chiedendo l'intensità di disturbo emotivo Lory mi spiega che è il più intenso possibile e la scala SUD è 10, il valore più intenso possibile, mentre la scala VOC è 1 che rispecchia la percezione di quanto sente vera la cognizione positiva in questo momento.

Durante la stimolazione (Fase 4), Lory si stupisce di cosa sta pensando. Elabora un pensiero positivo e per la prima volta si sente bella, prova una sensazione reale di bambina. Si immagina lei che picchia il cugino che prima cade a terra e poi scappa con la “coda tra le gambe” e ha voglia di gridare e urla come sfogo liberatorio. Si vede correre nel prato come una bambina serena e prova un'emozione paragonabile all'unico evento bello che ricorda da bambina, quando ballava con la prozia. Non pensava di potersi immaginare di nuovo bambina, ma una bambina serena che gioca in cortile. La sensazione di tensione che si trovava localizzata nelle tempie si è sciolta e sente forza nelle braccia. Si sente strana ma confusa per essersi immaginata felice nel passato di bambina. L'immagine è totalmente positiva.

Al termine di questo incontro il disturbo si è desensibilizzato con la scala SUD a 0 e la scala VOC a 7 (Fase 5).

Dopo la desensibilizzazione del ricordo Lory decide di cambiare la concezione che ha di se stessa e

cambia la cognizione positiva in "Sono libera"(Fase 5).

Scansione corporea: forza nelle braccia (Fase 6).

Nella settimana successiva alla seduta di EMDR, Lory ha fatto due sogni, nel primo si ricorda di lei da bambina con il sorriso e nel secondo di non essere la persona che ha sempre creduto e in quest'ultimo si è svegliata con ansia. Durante la settimana si è sentita molto aggressiva ma nei confronti del mondo e per la prima volta si è sentita in pace con se stessa. Verso se stessa sta capendo che le serve un po' di amor proprio. Ricordando il target iniziale il ricordo viene rielaborato per vedere se esiste ancora disagio residuo ma il SUD è 0 e la VOC è 7 (Fase 8).

Il secondo ricordo viene elaborato da Lory con un po' di ansia, ma con la consapevolezza di lavorare sul ricordo con l'EMDR le sarà di grande aiuto. La peggiore immagine del ricordo è lei con il cugino sdraiati sul divano con sopra una coperta rossa di lana e lui che le mette la mano sotto la maglietta. La cognizione negativa è "io sono impotente". La cognizione positiva è "io posso fare delle scelte". Le emozioni che sente pensando al ricordo sono di amarezza. La localizzazione delle sensazioni passa attraverso le tempie, gli occhi e il seno.

La SUD è 10 e la VOC è 1.

Anche nell'elaborazione di questo ricordo (Fase 4), Lory lavora molto bene ed è molto motivata a capire e capirsi.

Durante l'elaborazione il ricordo si modifica e inizia ad assumere significato. Il piacere del cugino a toccarle il seno le dà il senso di capire la situazione, capisce che aveva bisogno di attenzioni in quel casolare isolato e il cugino era l'unico che gliela dava anche se in modo inappropriato. Lory capisce che aveva bisogno di affetto, doveva dirlo che aveva bisogno d'affetto. L'immagine si modifica, Lory si alza dal divano e sorride perché ha capito. Si vede bella e staccata dal cugino e continua a sorridere. Capisce che ha bisogno d'affetto e se lo merita. L'immagine si modifica di nuovo e lei bambina è sola, nella stanza non c'è più il cugino, c'è un sole splendente che proviene dalla finestra, le illumina soprattutto il viso e le viene da sorridere in continuazione, come una sorta di liberazione.

Al termine di questo incontro SUD 0 e VOC 7 (Fase 5).

Scansione corporea: rilassamento generale del corpo (Fase 6).

Cognizione positiva cambiata "Posso scegliere" (Fase 7).

Durante la settimana successiva all'elaborazione del secondo ricordo con l'EMDR Lory mi scrive una mail. "Buongiorno dottore, scusa se ti disturbo. Volevo solo dirti alcuni pensieri. Ora ripenso a me stessa bambina con grande tenerezza, evento straordinario, cosa mai capitata. Vorrei tanto condividere questo momento della mia vita, semplicemente raccontare ad un amico/a i progressi che ho fatto. Ma i rapporti che ho costruito finora sono deboli, insufficienti, frutto del prima. E da qui mi sento di nuovo bambina, che deve imparare tutto di come ci si relaziona".

Ha fatto dei sogni in cui assisteva a delle scene di violenza (tentato strangolamento), ma non le dava ansia. Non si sente più due persone, dove quella depressa può sopravvivere e l'altra che si tiene e si cura non può vivere. Ha preso un nuovo bellissimo rossetto. Un ragazzo che già conosceva in passato le ha chiesto di uscire e hanno fatto un piacevole sabato pomeriggio, è un primo passo verso la voglia di sentirsi bella e la condivisione del tempo con un uomo. Ricordando il target iniziale, il SUD è 0 e la VOC è 7 quindi si sono mantenuti gli ottimi risultati di desensibilizzazione del ricordo traumatico (Fase 8). Durante l'elaborazione del terzo ricordo (Fase 4), Lory si definisce serena e molto più tranquilla delle volte precedenti. La parte peggiore del ricordo che le viene in mente è il pene arrossato del cugino. La cognizione negativa è "sono rovinata per sempre", la cognizione positiva è "sono sana". L'emozione è il dispiacere, nel pensare a questa emozione le viene da piangere, ma non sente più il disgusto verso se stessa. La localizzazione delle sensazioni sono nelle tempie e negli occhi.

La SUD è 10 e la VOC è 2.

Nell'elaborazione del ricordo vede lei che colpisce il cugino e lo mutila, come una naturale conseguenza di quello che avrebbe dovuto fare. Nel momento in cui lo colpisce, vede una forma di mutilazione è come se sparisse il cugino dalla stanza, percepisce qualcosa di lontano, come se non fosse mai accaduto.

Le sembra che quando lo colpisce sparisce e diventa anche lui una persona normale e lei si vede ridere, è come se il ricordo facesse parte di un'altra vita, è diventato un ricordo neutro, Lory percepisce come strano questo pensiero. Proseguendo con le stimolazioni Lory si vede da sola nel ricordo, nella stanza in piedi, percepisce che c'è stato il cugino in quella stanza, ma è come se non ci fosse più, come fosse sparito, come fosse l'inizio di qualcosa di nuovo, di un nuovo inizio, come se guardasse avanti. Lory sembra emozionata lo percepisce come strano perché è un pensiero che l'ha sempre tormentata e lo vede così distante, come non fosse accaduto, quasi impercettibile come non fosse lei e questo la sconvolge. Si vede da sola in piedi, di schiena e guarda l'orizzonte come dovesse iniziare qualcosa, ha un po' paura di questa sensazione perché era così presente nel tempo ed ora è sfumato, dissolto, pensa a tutte le energie sprecate, al fatto che si sia sentita una sopravvissuta a queste esperienze senza aver risolto il problema. Avendo colpito il cugino, con questo gesto sente di aver superato il ricordo. La tensione negli occhi si è dissolta e sciolta verso il basso. Lory sente una sensazione di benessere in tutto il corpo.

Al termine di questo incontro SUD 0 e VOC 7 (Fase 5).

Scansione corporea: calore e rilassamento del corpo (Fase 6).

Cognizione positiva cambiata "Sono sana" (Fase 7).

Durante la settimana successiva all'elaborazione del terzo ricordo, si è sentita molto bene, rilassata, con la voglia di prendersi in mano la propria vita e di provare piacere a prendersi cura di sé, non ci sono stati sogni ma il pensiero ricorrente è stato il pensiero di libertà di essere viva e libera. Ricordando il target iniziale, il SUD è 0 e la VOC è 7 (Fase 8).

Lory descrive l'esperienza con l'EMDR sorprendente per come ha modificato il suo pensiero e di conseguenza la sua vita. Lory è serena e sorridente.

Riflessioni di Lory successive all'elaborazione del trauma tramite EMDR

Lory non ha più sensazioni e attenzioni strane relative a situazioni riguardanti la sessualità e la propria vita in generale, si sente neutra aspettando di appagare una certa curiosità sessuale che non ha mai conosciuto. Non aveva mai pensato che dentro di lei ci fossero delle risposte alla sua sofferenza, e riflette spiegando che da sola non sarebbe stata in grado di affrontare il suo stato mentale di dolore.

Lory ha notato molti piccoli cambiamenti, che sembravano impensabili. Il fatto di non odiarsi più è il primo elemento importante, il mettersi il rossetto senza disagio; una sera quando è uscita con un ragazzo le è piaciuto mettersi un rossetto che si era comprata la mattina stessa per l'occasione. La ragazza non si sente più due persone distinte che escono, si sente lei e basta e questo è un cambiamento definito da Lory "pazzesco", il fatto di non odiarsi ma piacersi e sentirsi bella, di non vedere due persone separate è il cambiamento più grande. Quando Lory si confronta con le altre persone, il confronto non le fa più paura, anzi la rende forte perché capisce che tutte le persone hanno le loro sofferenze. Nel suo contesto passato tutto era grigio e triste, pensava che le altre persone fossero serene e felici, mentre ora ha capito che era un'idea distorta; ha capito che le persone sono semplici e umane. Lory si sente molto bene, ogni giorno che si sveglia parte e va avanti senza portarsi dietro una grande zavorra del passato, prima era come sopravvivere, ora ciò che è stato è lontano, è esistito ma è fermo, neutro. La cosa che la stupisce è che tutti i giorni inizia qualcosa di nuovo e di positivo: questa è la vita, prima c'era una sensazione di pregresso, dove doveva nascondere qualcosa di personale, molto negativo. Ha preso in mano la sua vita per la prima volta; ha avuto un sogno erotico da sveglia lunghissimo, non le era mai capitato ed è molto felice per questo. Lory ha deciso di interrompere un'amicizia con un ragazzo che stava sfociando in qualcosa di più, perché lui era un "caso umano", successivamente l'ex ragazzo di una sua amica le ha fatto delle "avances", ma ha rifiutato ed è stata felice di aver potuto scegliere. Sorride in continuazione ed esclama in una delle ultime sedute "è proprio un bel periodo è la prima volta che vivo bene e mi alzo al mattino con pensieri e prospettive positive". Le manca un uomo, ma non è in ansia perché è convinta che arriverà. Il rapporto con la madre va molto bene, è lei che decide quando vuole vederla, il rapporto è più intenso e vero, è stato un cambiamento significativo. L'unica situazione che le trasmette ansia è il sapere cosa vuole dal futuro, perché ora sa

che può decidere e può fare tutto e quindi non esclude nessuna possibilità, soprattutto dopo l'esperienza di Londra. Quando riflette sul percorso terapeutico, parla della prima parte che è stata centrata sulle relazioni familiari ed è stata un'emozione molto forte, intensa. La prima parte di terapia è stata importante per mettere in equilibrio il rapporto con la madre, ma la seconda parte di terapia la descrive come risolutiva, non pensava che potesse capitare di svegliarsi la mattina, mettersi un rossetto rosso fuoco e uscire con un ragazzo.

Quando parla dell'abuso, spiega che c'è stato ma è parte del passato, è un pensiero neutro, come lo sono state le scuole elementari e le scuole medie; ci sono state le molestie da parte del cugino e ognuno ha la sua storia, l'importante è saperla interpretare nel modo più adattivo. Alla fine dell'ultima seduta spiega che non pensava che potesse arrivare questo momento, è davvero felice e il suo sorriso è contagioso. Mai pensava che sarebbe riuscita ad affrontare se stessa e a vedere le cose in maniera sana. Uscendo dall'ultima seduta mi ringrazia per tutto quello che ho fatto per lei, esclamando "mi ha cambiato la vita".

Conclusioni

Spesso i pazienti arrivano in terapia mostrando dei comportamenti difensivi ai traumi (come il freezing e la sottomissione, per prevenire o interrompere le reazioni aggressive) rintracciabili nel corpo (Misslin, 2003). Occorre considerare il corpo, i suoi movimenti e le sue posture per vedere cosa il corpo riesce o non riesce a fare, quali schemi di azione riesce a mettere in atto, quali invece risultano bloccati. Durante l'EMDR è intensa la concentrazione sui movimenti del paziente. I pazienti traumatizzati mostrano un arousal disregolato, con picchi di iperarousal in cui l'attivazione supera la capacità di integrazione e picchi verso il basso, di ipoarousal in cui l'attivazione non è sufficiente per permettere l'integrazione.

Questi pazienti infatti passano molto rapidamente da stati di intensa reattività emotionale ad un distacco emotivo che talvolta esita in vero e proprio collasso fisico. Per riuscire ad integrare e quindi ad elaborare le sensazioni e l'esperienza traumatica è fondamentale riportare il paziente ad una stabilizzazione dell'attivazione entro una finestra di tolleranza (Daniel Siegel, 1999).

Riprendendo l'idea di Janet che i pazienti con storie di sviluppo traumatiche continuino il tentativo di messa in atto dell'azione di difesa che non sono stati in grado di portare a compimento durante l'esperienza traumatica, uno degli obiettivi del lavoro terapeutico è quello aiutare i pazienti ad eseguire "azioni trionfali". In effetti, Lory attraverso l'EMDR produce delle risorse e strategie riparative intense: fa in modo che venga portata a termine un'azione che il trauma aveva lasciato interrotta o sospesa.

Riassunto

Nel trattamento psicoterapeutico, quando si affrontano situazioni di traumi con la T maiuscola (Shapiro, 2011) si deve far accadere qualcosa durante la terapia che modifichi il trauma sia dal punto di vista cognitivo che emotivo. L'EMDR è un modello che ha una grande valenza di impatto e curativa nei confronti del trauma. L'articolo presenta l'efficacia di una psicoterapia sistemica integrata all'utilizzo dell'EMDR con una giovane donna molestata per cinque anni, dal cugino di due anni più grande. Viene presentata l'integrazione tra psicoterapia sistemica e il modello EMDR e un caso clinico che racconta in modo fedele come questa integrazione sia stata determinante nella guarigione della giovane donna.



PROGETTO EMDR EUROPE

“EMDR PRACTITIONER”

PSICOTERAPEUTA ESPERTO IN EMDR

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

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

Abbiamo una rete di Supervisor Accreditati (EMDR Approved Consultant) nelle varie regioni italiane formati secondo i criteri omogenei europei e qualificati ad “accreditare” a loro volta, sotto il coordinamento dell'Associazione, gli psicoterapeuti che abbiano concluso la formazione di base EMDR (con il completamento del livello II) e che avendo fatto minimo 20 ore di supervisione possono essere certificati come “Psicoterapeuta Esperto in EMDR” (EMDR Practitioner). I criteri europei per diventare Psicoterapeuta Esperto in EMDR (EMDR Practitioner) sono i seguenti:

1. avere portato a termine i due livelli del corso di formazione di base in EMDR
2. essere membro dell'Associazione italiana (in regola con la quota associativa)
3. avere operato in campo clinico almeno da 2 anni (anche come specializzando)
4. avere svolto almeno 50 sedute di EMDR (autocertificate)
5. avere completato un ciclo di supervisione di almeno 20 ore con un Supervisore Accreditato
6. avere una relazione finale positiva da parte di un Supervisore Accreditato

Le prime 5 ore di supervisione (di gruppo con un massimo 5 partecipanti) verranno offerte gratuitamente dall'Associazione attraverso la rete di supervisori e possono essere svolte liberamente tra il I e il II livello e/o dopo il II livello. Le restanti 15 ore (minime) saranno a carico del supervisionato, ad un prezzo agevolato concordato in € 80,00 (ottanta) l'ora, a cui vanno aggiunti gli oneri fiscali, e possono essere fatte individualmente o in coppia. Nel caso in cui il terapeuta abbia partecipato ad un Congresso EMDR (italiano o europeo) o al corso sulla concettualizzazione del caso gli verranno riconosciute ore di supervisione nell'ambito del monte ore, oltre le 5 ore gratuite. Alla fine del percorso bisogna presentare un video di una seduta che il supervisore visionerà. Il costo sarà di euro 50,00 più gli oneri fiscali. Vi preghiamo di verificare la disponibilità dei supervisori nella vostra regione e dopo aver concordato la supervisione con il supervisore comunicare l'adesione alla segreteria dell'Associazione (segreteria@emdritalia.it). Vi ricordiamo inoltre che la certificazione ha validità di 5 anni e alla scadenza deve essere rinnovata con la partecipazione agli aggiornamenti gratuiti organizzati dall'associazione e/o i congressi EMDR nazionali ed europei. Ogni aggiornamento dà diritto a 2 CPC, se una giornata, e 3 CPC, se due o più giornate, mentre i congressi Europei e Nazionali danno 10 CPC. E' necessario accumulare n. 50 CPC (Continuing Professional Credit) nell'arco dei cinque anni di validità del certificato.



Criteri per il Ri-Accreditamento Certificato Practitioner EMDR Europe

- a. I Practitioner/Terapeuti Esperti in EMDR devono richiedere il ri-accredimento alla loro Associazione EMDR Nazionale ogni cinque anni.
- b. Il Ri-Accreditamento consentirà al Practitioner di continuare a far parte dell'elenco dei Practitioner/Terapeuti Esperti in EMDR del sito della loro Associazione EMDR Nazionale. Il sito di EMDR Europe Association ha i link di tutti i paesi membri quindi si è visibili a tutti gli altri paesi.
- c. Il ri-accredimento del Practitioner garantisce che applica regolarmente l'EMDR nella sua pratica clinica e affronta le problematiche e i disturbi del paziente sulla base del modello dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione (AIP).

La richiesta di ri-accredimento deve includere:

Essere in regola con le quote associative annuali dell'Associazione Nazionale (Associazione EMDR Italia)

Prova di aver acquisito 50 crediti EMDR/AIP (CPC) nel corso dei 5 anni trascorsi dall'ultimo accreditamento. (10 CPC per anno). Gli eventi che danno crediti sono la partecipazione a:

- *Conferenza Annuale di EMDR Europe (10 CPC)*
- *Congresso dell'Associazione EMDR Italia (10 CPC)*
- *Seminari specialistici organizzati da EMDR Italia (2 CPC per un gg. o 3 CPC più gg.)*
- *Seminari specialistici di EMDR Italia per Practitioner e Supervisor (5 CPC)*

L'Associazione EMDR Nazionale ha potere discrezionale in merito ai criteri per il ri-accredimento.

Se non viene richiesto il ri-accredimento o il richiedente non soddisfa i requisiti standard il suo accreditamento verrà ritirato determinando la cancellazione dall'elenco dei Practitioner/Terapeuti Esperti in EMDR, Accreditati da EMDR Europe, dal sito web della propria Associazione EMDR Nazionale.

Se il ri-accredimento non è richiesto o non è concesso, il socio non potrà qualificarsi come Practitioner/Esperto in EMDR, Accreditato da EMDR Europe o utilizzare il titolo di Practitioner/Esperto in EMDR, Accreditato da EMDR Europe nei propri biglietti da visita o comunicazioni professionali.

Il Practitioner il cui accreditamento da EMDR Europe risulterà scaduto e non farà domanda di ri-accredimento "decade" e dovrà rifare nuovamente il processo di accreditamento come practitioner.

Associazione per l'EMDR in Italia

Via Umberto I, 65
20814 Varedo (MB)

Member of
EMDR Europe Association

Tel/Fax 0362.558879
Cellulare 338.3470210
segreteria@emdritalia.it
www.emdr.it

