



Università degli Studi di Torino

FACOLTÀ DI PSICOLOGIA

Corso di Laurea Magistrale in Psicologia Clinica e di Comunità

Tesi di Laurea Magistrale

EMDR: stato dell'arte e linee future di ricerca

Candidata: Manuela Prencipe

Relatore: Ch.mo Prof. Fabio Veglia

Matricola: 301868

A. A. 2010/2011

“Per aspera ad astra”

INDICE

Introduzione	5
1. Il trauma psichico	9
1.1. Introduzione	
1.2. Le origini storiche del trauma psichico	
1.3. Trauma psichico e teoria dell'attaccamento: sviluppi e nuove prospettive	
1.4. Il Disturbo Post-Traumatico da Stress	
<i>1.4.1. Il Disturbo Post-Traumatico da Stress Complesso (PTSDc)</i>	
1.5. Altri disturbi causati da esperienze traumatiche	
2. L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)	30
2.1. Introduzione	
2.2. Basi teoriche: il Modello dell'Adaptive Information Processing (Model AIP)	
2.3. Il protocollo standard dell'EMDR: strumenti e fasi del trattamento	
2.4. L'uso dell'EMDR con i bambini e gli adolescenti	
<i>2.4.1. Le otto fasi dell'EMDR nel trattamento per bambini e adolescenti</i>	
<i>2.4.2. Applicazioni speciali</i>	
2.5. Le ricerche: un percorso sugli studi principali	
3. Disturbi d'Ansia	66
3.1. Introduzione	
3.2. Classificazione dei Disturbi d'Ansia secondo il DSM-IV-TR	

3.3. I processi generativi e di mantenimento e le credenze psicopatologiche dei Disturbi d'Ansia

3.4. Disturbi d'Ansia in età evolutiva

4. L'EMDR e i Disturbi d'Ansia **81**

4.1. Introduzione

4.2. Ricerche e discussioni sull'efficacia dell'EMDR nei Disturbi d'Ansia

4.3. L'EMDR e il Disturbo di Panico: un protocollo d'intervento esemplificativo

Appendice **93**

Conclusioni **103**

Bibliografia **105**

Ringraziamenti **121**

Introduzione

“ Quando si vive un’esperienza davvero sgradevole, due sono le cose che si possono fare, due sono le strade che si possono percorrere. Una è quella di guardare in faccia il ricordo di quell’esperienza, continuare a pensarci, a parlarne e a provare sensazioni al riguardo: può essere difficile, ma è come se ogni volta si desse a quel ricordo un piccolo morso, lo si masticasse per bene e lo si digerisse. Esso allora entra a far parte del nostro nutrimento e ci aiuta a crescere. E la parte che fa male si riduce sempre di più. Quando si dice che attraverso i momenti difficili si diventa più forti, e a questo che ci si riferisce. Purtroppo a volte la gente percorre l’altra strada. Il ricordo è così doloroso, fa così male che lo si vuole solo scacciare, si vuole mettere un muro tra noi e lui, ci si vuole soltanto sentire bene e riuscire a tirare avanti la giornata. Questo funziona, almeno per un po’; ci dà sollievo. Ma il problema è che il ricordo non va via, è sempre lì, fresco come il giorno in cui il fatto è accaduto, sempre pronto a ripresentarsi per essere masticato completamente e digerito in modo da diventare parte del passato. E poi, ogni volta, c’è qualcosa che ci fa ripensare a quel ricordo, come se questo dicesse: ‘Ehi, ci sono anch’io, mi fai entrare adesso?’. Ecco un esempio, quasi tutti noi, se camminando veniamo urtati incidentalmente da qualcuno, be’, forse ci secchiamo un po’ per qualche secondo, ma non di più, basta un: ‘Mi scusi’, e tutto finisce. Ma se la persona che viene urtata ha un mucchio di rabbia compressa dietro a quel muro, avrà la nostra stessa minima normale reazione, con in più tutto quel materiale che sta dietro al muro e che dice: ‘Anch’io’, per cui la persona sarà talmente fuori dai gangheri da essere pronta a litigare. E’ questo il problema: il materiale che sta dietro al muro; ci può saltare addosso in ogni momento e provocare in noi reazioni eccessive, rendere difficili le cose facili. Così a volte la gente, quando si ammala per via di questi problemi, va da un terapeuta per farsi aiutare. E con il suo aiuto riesce a riafferrare ciò che ha cacciato dietro al muro: prende un pezzetto di quel ricordo, lo mastica per bene, lo digerisce e diventa molto più forte. Con l’EMDR accade qualcosa di molto simile a quanto succede con le altre terapie: si riesce a riprendere ciò che sta dietro al muro, se ne prende un pezzo, lo si mastica per bene, tutto qui. Solo che con l’EMDR si rivivono i vari pezzi del brutto ricordo molto più in fretta, magari si ripercorre un intero ricordo in sole due sedute, talvolta in più, talvolta in meno”(Greenwald, 2000, p.35).

L'EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing, è un innovativo strumento psicoterapeutico, nato da poco più di vent'anni, grazie alla scoperta di Francine Shapiro (Shapiro, 2011). E' utilizzato, in particolare modo, per il trattamento del PTSD e dei ricordi traumatici. L'EMDR sembra aver dimostrato la sua efficacia anche con bambini e adolescenti traumatizzati, risultando essere ancora più rapido (Greenwald, 2000).

La procedura standard dell'EMDR è costituita da otto fasi che comprendono elementi "non specifici" che riguardano la relazione paziente-terapeuta, elementi "specifici", ovvero i movimenti oculari o le altre stimolazioni, e elementi ricavati da altre tradizioni cliniche, come le installazioni di risorse, le visualizzazioni, l'uso delle immagini, l'assessment cognitivo (Giannantonio, 2009b).

La caratteristica fondamentale è che, all'interno di un piano psicoterapeutico globale, attraverso un lavoro di stimolazione bilaterale, mentre il paziente si concentra sulla parte disturbante del ricordo traumatico, è possibile ottenere, in modo rapido ed efficace, la desensibilizzazione e la rielaborazione di ricordi traumatici (Fernandez, Maxfield, Shapiro, 2009). La desensibilizzazione e la rielaborazione di ogni aspetto del ricordo traumatico e dei ricordi connessi permette di integrare i ricordi traumatici, di creare associazioni più adattive e di dare origine ad una ristrutturazione cognitiva ed emotiva (Giannantonio, 2009b).

Dal punto di vista teorico, l'EMDR parte dal presupposto che tale procedura abbia la capacità di attivare un meccanismo neuropsicologicamente innato, tipico di ogni persona, che è quello dell'elaborazione dell'informazione (Fernandez, Maxfield, Shapiro, 2009), ovvero "alcuni tipi di stimolazioni prodotte dal terapeuta all'interno di un campo di attenzione duale, con l'attenzione rivolta contemporaneamente da un lato a uno stimolo esterno prodotto dal terapeuta, dall'altro al flusso dell'elaborazione mentale, attivano un efficace processo di elaborazione accelerata ed ecologica delle informazioni" (Giannantonio, 2009, p.210). Si parte dunque dal presupposto che il paziente possieda le risorse utili per l'elaborazione emotiva e cognitiva di un ricordo traumatico, e che il terapeuta abbia il ruolo di facilitare tale processo (Dworkin, 2010).

La scoperta di Francine Shapiro, avvenuta nel 1987, ha sfidato i tradizionali trattamenti clinici per la cura del trauma, e dopo poco più di vent'anni continua a stupire, ad essere oggetto di cura e di ricerca e a dimostrare il suo successo e la sua efficacia. In realtà, in origine, l'EMDR, era stato respinto dalla comunità scientifica, ma gli studi, di cui 16 randomizzati, sono riusciti a dimostrarne la sua efficacia. Oggi l'EMDR si è affermato

come il trattamento più efficace per il PTSD, riuscendo a dimostrare la sua efficacia non solo nella risoluzione dei ricordi traumatici, ma anche nella capacità di produrre cambiamenti globali e più adattivi. Inoltre, molti terapisti, utilizzano l'EMDR non solo per la cura del PTSD, ma anche per altri disturbi clinici, come i disturbi d'ansia, i disturbi di somatizzazione, i disturbi dissociativi, i disturbi alimentari, i disturbi dell'umore, i disturbi sessuali. L'utilizzo dell'EMDR per tutti i disturbi clinici, ad eccezione del PTSD, è considerata attualmente la parte più sperimentale e le ricerche e gli studi clinici sono ancora in corso. Nonostante in vent'anni l'EMDR abbia avuto un grande successo, ha ancora una lunga strada da percorrere (Maxfield, 2009).

Il lavoro di questa tesi si pone come obiettivo la presentazione e l'approfondimento di questa innovativa procedura, attraverso una chiarificazione teorica, una raccolta e una riflessione delle ricerche più importanti riguardanti l'EMDR e le sue applicazioni in ambito clinico.

Il primo capitolo è dedicato ad un approfondimento del trauma psichico. In particolare modo viene definito tale concetto, con una riflessione che parte dalla definizione data dal DSM-IV-TR per poi ampliarsi verso concetti quali "trauma complesso" e "trauma relazionale precoce". Vengono poi presentate le origini storiche e i contributi teorici più importanti che hanno ampliato il concetto di trauma, con una particolare attenzione al ruolo che ha avuto la psicoanalisi. Un'ampia riflessione è dedicata al contributo della teoria dell'attaccamento e ai suoi sviluppi in ambito cognitivista, nel quale, in particolare Liotti, ha approfondito il concetto di "paura senza sbocco", caratteristico dell'attaccamento disorganizzato. Infine viene presentata la categoria diagnostica del "Disturbo Post-traumatico da Stress" secondo il DSM-IV-TR, e il "Disturbo Post-traumatico da Stress Complesso", formulato per la prima volta da Judith Herman (1992) per superare i limiti e le incompletezze della categoria diagnostica del PTSD. Il capitolo si conclude con la descrizione di ulteriori disturbi causati da esperienze traumatiche.

Il secondo capitolo è dedicato all'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), con una definizione della procedura e una descrizione delle sue origini e dei suoi utilizzi in ambito clinico. Vengono poi presentate le basi teoriche su cui poggia l'EMDR con l'approfondimento del modello AIP (Adaptive Information Processing). Viene, inoltre, presentato, in modo dettagliato, il protocollo standard dell'EMDR, con una spiegazione degli strumenti caratteristici e delle otto fasi di cui è costituita la

procedura, e descritto l'uso dell'EMDR con i bambini e gli adolescenti, mettendo in risalto le modifiche e gli adattamenti applicati per queste fasce d'età. Il capitolo viene concluso con una raccolta delle ricerche principali che hanno permesso di dimostrare l'efficacia dell'EMDR nel trattamento del PTSD.

Il terzo capitolo è un approfondimento sui Disturbi d'Ansia, con una riflessione delle teorie sull'ansia, la classificazione dei Disturbi d'Ansia secondo il DSM-IV-TR e una descrizione dei processi generativi di mantenimento e delle credenze psicopatologiche alla base di questi disturbi. Viene poi presentato un approfondimento dei Disturbi d'Ansia nell'età evolutiva.

Il quarto capitolo è un tentativo di dimostrare l'applicabilità dell'EMDR per altri disturbi clinici, oltre il PTSD, in particolare per i Disturbi d'Ansia. Nonostante la ricerca verso i disturbi clinici diversi dal PTSD sia ancora scarsa e con molti limiti, è stato possibile raccogliere tutti gli studi realizzati per ciascuno dei Disturbi d'Ansia ed è stato possibile realizzare una riflessione sull'efficacia o meno dell'EMDR. L'ultima parte del capitolo comprende una descrizione esemplificativa della procedura EMDR sul Disturbo di Panico.

La tesi comprende, inoltre, un'appendice nella quale vengono riportati alcuni esempi clinici che hanno per oggetto il trattamento EMDR di alcuni bambini. In particolare, il lavoro ha riguardato la trascrizione delle sedute e la scelta di alcune parti di essa significative per offrire una illustrazione pratica della procedura EMDR.

1. Il trauma psichico

1.1. Introduzione

Nel DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000), l'unico disturbo che prevede come agente eziologico il trauma, è il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD). Qui il trauma viene definito come un fattore nel quale il soggetto vive, assiste o si imbatte in uno o più eventi che possono implicare la morte, lesioni gravi o una minaccia per l'integrità fisica sia propria che altrui. Tra gli eventi traumatici possiamo trovare: torture, abusi fisici o sessuali, aggressioni, incidenti, gravi malattie, disastri naturali ecc. La definizione data dal DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) è però restrittiva, in quanto privilegia una valutazione oggettiva del trauma e tende a prendere in considerazione eventi comuni, concreti e facilmente collocabili nel tempo e nello spazio. Riguarda reazioni psicopatologiche che valgono per un evento traumatico singolo, o per un numero ristretto di traumi, e quindi non si adatta alla descrizione di traumi complessi, cumulativi e avvenuti in periodi lontani, in particolare nell'infanzia (Farina, Liotti, 2011b). Il trauma, in realtà, è un concetto molto più ampio che può compromettere il senso dell'integrità del Sé. In particolare, il trauma, può riguardare esperienze di fallimento ambientale e interpersonale, come separazione, trascuratezza, violenza psicologica, che hanno delle conseguenze sul funzionamento emotivo, cognitivo, emozionale, affettivo e relazionale del bambino (Ammaniti, 2010). “La diagnosi di PTSD non è sufficiente a catturare la complessità della sofferenza legata al trauma” (Farina, Liotti, 2011b, p. 21).

Volendo dare una definizione di “trauma complesso”, che fa riferimento ad eventi traumatici molteplici, cronici, prolungati, di natura interpersonale, spesso nel sistema di accudimento primario, a esordio precoce, esso riguarda tutte “quelle condizioni continuative o temporanee, cumulative o improvvise che comportano deprivazioni per eccesso o per difetto sul corpo e sulla mente in crescita” (Borgogno, 1999 p.163). “A seguito di queste deprivazioni precoci e dell'indisponibilità dei caregiver, si verifica una sopraffazione del Sé in formazione che si trova costretto a subire una situazione di impotenza e di angoscia” (Barbasio, 2009, p.13). Secondo Borgogno (1999), questi soggetti vivono esperienze di annientamento psichiche, con la conseguente perdita dell'autentica soggettività e dell'esistenza psichica autonoma e differente. Ciò che rende

il trauma traumatico, non sono tanto gli eventi in sé che si ripetono cumulativamente, ma il fatto che il soggetto non viene assistito, rimane solo e subisce “un’omissione di soccorso”. Il trauma non trova un ambiente capace di accoglierlo, di contenerlo e di riconoscerlo (Borgogno, 2007). Il vissuto terrificante e incomprensibile, viene negato, disconosciuto, non viene integrato, per cui non è rappresentabile psichicamente. Come conseguenza, la propria psiche viene privata di spazi mentali propri (Borgogno, 1999). “Il bambino risulta infatti espropriato di qualcosa di suo e di specifico, trovandosi depositato internamente qualcosa di alieno ed estraneo, che proviene da altri e che in molti casi uccide ogni vita e ogni crescita” (Borgogno, 1999, p.101). Il trauma complesso, dunque, può comportare effetti significativamente gravi, soprattutto quando, chi lo subisce, è nel pieno sviluppo della personalità. Esso va a minare tutte quelle “capacità di autoregolazione psicobiologica, di adattamento all’ambiente interpersonale, di costruzione dell’immagine di sé [...] nella regolazione delle emozioni” (Farina, Liotti, 2011b, p.22), e può comportare la comparsa dei sintomi del PTSD, della dissociazione e dell’alterazione dell’identità (Farina, Liotti, 2011b).

In conclusione, possiamo porre l’attenzione sul fatto che il trauma può essere concepito in diversi modi: come “evento traumatico”, un evento stressante singolo e circoscritto che minaccia le capacità di resistenza del soggetto, come “sviluppo traumatico”, traumi che si ripetono in maniera cumulativa, da cui è impossibile sottrarsi. Si tratta, quindi, di traumi complessi (Farina, Liotti, 2011a). Recentemente si è iniziato a parlare di un altro tipo di trauma, il “trauma relazionale precoce” (Schore, 2002), un tipo di trauma complesso, caratteristico dei primi due anni di vita, che coincide con la disorganizzazione dell’attaccamento, caratterizzato da interazioni tra il bambino e la figura di accudimento basate su un contagio della paura, espressa dall’adulto e assorbita dal bambino (Liotti, 2005a). Questo tipo di paura è detta “paura senza sbocco”, ed è determinata da figure di accudimento trascuranti, maltrattanti, dissociate, spaventate, la quale presenza non fornisce protezione e sicurezza, ma pericolo e trauma ripetuto. Di fronte a questo terrore, il bambino non ha via d’uscita, non ha una soluzione e, come conseguenza, non ha la possibilità di organizzare e integrare in modo adattivo e coerente il suo sistema di attaccamento (Farina, Liotti, 2011b). “Se le condizioni di minaccia interpersonale [...] si verificano in maniera ripetuta durante l’infanzia e l’adolescenza (o non si combinano a particolari fattori di protezione), determinano uno

sviluppo traumatico e possono causare disturbi della dimensione dissociativa e un'ampia vulnerabilità psicopatologica e fisica" (Liotti, 2011a, p.10).

1.2. Le origini storiche del trauma psichico

Il concetto di trauma nacque intorno al 1880 in ambito neurologico. Nel 1883 Herbert Page pubblicò un articolo sugli incidenti ferroviari e formulò il concetto di "shock nervoso", identificando la paura come causa dei sintomi nervosi. Nel 1884 Adolf Strumpell, approfondendo gli studi di Page, costruì la nozione di "trauma psichico" (Borgogno, Bonomi, 2001).

Il contributo più importante, in quegli anni, si deve a Jean Martin Charcot (1890) con la sua nozione di "paralisi isterico-traumatica". Secondo Charcot uno shock psichico genera l'idea di un danno grave che può trasformarsi in un'idea patogena e produrre dei sintomi, in particolare una paralisi. Questa teoria fu un momento decisivo di cambiamento, in quanto si diffuse l'idea di dover interpretare psicologicamente i sintomi post-traumatici. Ma, soprattutto, grazie a Charcot, il concetto di isteria iniziò ad essere compreso da un punto di vista psicologico e interpretato a partire dal trauma. Nel 1889 Pierre Janet ipotizzò che i sintomi istero-traumatici fossero causati da un'incapacità del soggetto di rimuovere le emozioni e le memorie legate al trauma. Secondo Janet i ricordi traumatici restavano dissociati e fissati in una parte della mente non cosciente e non venivano integrati in modo coerente e adattivo nelle attività psichiche. Della stessa idea fu il neurologo Hermann Oppenheim che, nel 1888, formulò la categoria diagnostica della "nevrosi traumatica" (Borgogno, Bonomi, 2001).

Con la Prima Guerra Mondiale, questo tema venne abbandonato, nonostante fossero comuni le nevrosi traumatiche e i sintomi post-traumatici. La nozione di nevrosi traumatica iniziò di nuovo ad essere considerata, dalla comunità scientifica, dopo la guerra del Vietnam. Nel 1980, infatti, venne introdotta, nel DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), la categoria diagnostica del "Disturbo Post-Traumatico da Stress" (PTSD). La nuova categoria diagnostica pose di nuovo l'attenzione verso il trauma psichico, e gli studi, oltre ad interessarsi dei problemi posti dai veterani di guerra, si allargarono ad altri temi come l'Olocausto e l'abuso fisico e sessuale

nell'infanzia, sino alla nascita di una nuova disciplina, la "psicotraumatologia" (Borgogno, Bonomi, 2001).

Tra le origini del trauma psichico è fondamentale riconoscere il ruolo della psicoanalisi, che, a differenza dell'approccio descrittivo/classificatorio, cercò di ampliare il concetto, andando a capire l'origine, la qualità, il modo di agire e le conseguenze del trauma. Fu Freud a curare i sintomi adulti, al tempo considerati segni di una predisposizione neuropatica, e a considerare all'origine di questi un "trauma infantile". Inizialmente abbracciò gli studi di Charcot (1890) sulla paralisi isterico-traumatica. Ma il passo decisivo fu il "modello catartico", alla base del quale il disturbo traumatico è la conseguenza della rimozione e quindi dell'episodio traumatico che non viene sufficientemente scaricato. Con il metodo catartico Freud (1892-1895) cercò di rievocare, nelle sue pazienti, l'esperienza traumatica, per permetterne la scarica. Questo modo di procedere, portò Freud a notare che alla base dei traumi erano presenti situazioni infantili di seduzione o abusi sessuali. Nel 1896 formulò la "teoria della seduzione", sostenendo che alla base del sintomo nevrotico fossero presenti esperienze di abuso sessuale precoce, e iniziò a considerare il trauma infantile come causa diretta delle psiconevrosi. Poco dopo, però, nel 1897, modificò la teoria, abbandonò l'idea del trauma infantile come accadimento reale e iniziò a considerarlo, invece, come una costruzione fantasmatica. Per Freud i sintomi isterici divennero l'espressione simbolica del conflitto tra desideri inconsci e difese dell'Io (Borgogno, Bonomi, 2001).

Dopo venti anni di abbandono, la teoria del trauma riemerse e venne rivalutata, grazie al contributo di Sandor Ferenczi. Il suo interesse verso il trauma venne risvegliato quando ricevette l'incarico di medico militare nella Prima Guerra Mondiale. In questo periodo Ferenczi (1916, 1919) formulò la nozione di "ferita narcisistica", secondo la quale, la regressione tipica delle nevrosi di guerra, era collegata a una ferita dell'Io, dell'amore di sé. Successivamente Ferenczi cercò di trattare il trauma facendo riferimento anche agli studi biologici di Freud, sostenendo che il corpo può essere usato per esternare le fantasie inconsce. "Così, l'idea di trauma viene riscoperta nel significato originale di ferita sul corpo vivente, in quanto è una ferita che non colpisce soltanto una parte anatomica, ma anche il significato che tale parte ha per il soggetto: una mutilazione del volto, per esempio, ferisce il senso che l'Io ha di se stesso in relazione agli altri. Insomma il corpo è al centro di un modo di significati ed è questo mondo che viene sconvolto dal trauma" (Borgogno, Bonomi, 2001, p.104-105). Dunque, se per Freud il

trauma genera un'idea patogena e quindi un nuovo significato, in Ferenczi, invece, è qualcosa che disgrega e frammenta la mente in più parti (Bonomi, Borgogno, 2001). Più precisamente, secondo Ferenczi (1929), il trauma è “una sottrazione di qualcosa che modifica il naturale avvio alla vita psichica mediante operazioni di intrusione e di estrazione che segnano e danneggiano l'esperienza del bambino” (Borgogno, 1999, p.163), “un evento interpersonale che induce un blocco coattivo nel potenziale evolutivo del bambino verso la nascita alla vita” (Albasi, Boschioli, 2003, p.22).

Secondo Ferenczi (1931), l'individuo si sviluppa, cresce e può dare origine al proprio Sé grazie ad un ambiente che sa contenere, dare forma, significati e cure adeguate. Quando l'ambiente si dimostra, però, inadeguato e lo pone di fronte a situazioni traumatiche, il bambino avverte sensazioni di forte angoscia (Boschioli, 2003). L'aspetto, però, più significativo che contribuisce a rendere il trauma “traumatico è il meccanismo del “diniego” messo in atto dall'adulto che nega e disconosce la realtà del bambino. Questo sviamento e non riconoscimento, paralizza il pensiero, priva la mente di spazi mentali propri e minaccia la soggettività del bambino (Borgogno, 1999). Per un bambino, poter superare la paura e il dolore, è fondamentale la condivisione, l'ascolto e l'appoggio del genitore. Quando questo non accade, il bambino resta solo con la sua disperazione (Frankel et al., 2004). “L'adulto, che si comporta quasi sempre come se nulla fosse successo, proibisce al bambino non solo di usare la parola, ma anche la possibilità di crearne una rappresentazione e una fantasia. Le parole del bambino rimangono [...] sotterrate vive e, a causa di ciò, sotto la pressione di altri eventi traumatici, si può produrre una frammentazione della personalità” (Bonomi, Borgogno, 2001 p.168). Di fronte a questa situazione “non c'è via di fuga”. “L'unica possibilità di salvezza è una ristrutturazione autoplastica della personalità: una parte della struttura psichica (quella che sta soffrendo e che sente il pericolo mortale in atto) viene scissa e allontanata dalla fonte del pericolo, viene nascosta nella profondità dell'inconscio, un luogo apparentemente sicuro e al riparo da ciò che sta succedendo [...] la quiete è raggiunta con l'autodistruzione con l'automutilazione di sé o parti di sé” (Boschioli, 2003, p.125).

Come conseguenza, l'evento traumatico, non ha la possibilità di essere iscritto e collocato nella psiche, diventando così non accessibile alla memoria. L'unico conduttore in grado di portare con sé le memorie traumatiche, è il corpo (Bonomi, Borgogno, 2001). Inoltre, oltre al fatto che il trauma resta misconosciuto, non registrato

e non trasformato in evento psichico, esso non viene accettato dal bambino come verità, e viene sostituito dalla realtà presentata dai genitori. Questo accade perché il bambino, preferisce rinunciare alla verità, pur di non mettere in pericolo la relazione con il genitore (Frankel et al., 2004). Il prezzo da pagare è il sacrificio di se stessi, la frammentazione e la perdita della propria soggettività (Borgogno, 1999). “Gran parte della vita affettiva e mentale inconscia è mutilata, pietrificata, congelata e resa morta, o se non altro dissociata e frammentata, con un evidente immiserimento globale del proprio stare al mondo e farsi attori della propria esistenza” (Borgogno, 2005, p.3). “Risultante di questo processo è pertanto un non esserci in termini di identità e in termini esistenziali, non esiste un passato e non ci si immagina un futuro. Il soggetto coattivamente vive e agisce in un presente che, però, è un presente senza senso” (Boschioli, 2003 , p.129).

Secondo Ferenczi (1931), solo l’incontro con un’altra persona, in particolare con il terapeuta può permettere un riconoscimento della “catastrofe” e della sua continua ripetizione che avviene a livello corporeo e relazionale e che si presenta anche nell’interazione tra paziente e terapeuta. Il terapeuta deve poter condividere, rispettando il bisogno di realtà del paziente, permettere il passaggio da qualcosa che non ha avuto luogo alla nascita di un nuovo luogo, ma questa volta con strumenti affettivi alternativi e diversi rispetto all’esperienza passata (Bonomi, Borgogno, 2001). “Il trauma non pertiene meramente a ciò che ha avuto luogo, ma a ciò che non ha avuto luogo perché, a suo modo di vedere, è venuto a mancare quel luogo di incontro tra le menti che è irrinunciabile per un sano sviluppo psichico” (Borgogno, 2005, p.5). Secondo Ferenczi (1931), dunque, obiettivo del terapeuta è quello di fornire al paziente quell’ambiente adeguato che in passato non ha potuto sperimentare, e porre fine alla ripetizione di quella catastrofe che paradossalmente è familiare, ma non sente come propria, renderla metabolizzata e finalmente dicibile (Bonomi, Borgogno, 2001).

1.3. Trauma psichico e teoria dell’attaccamento: sviluppi e nuove prospettive

La teoria dell’attaccamento di John Bowlby (1969, 1973, 1980) e dei suoi collaboratori, rappresenta un punto di incontro interessante di differenti orientamenti quali la psicoanalisi, la psicologia cognitiva, l’etologia, la cibernetica, la neurofisiologia,

l'approccio sistemico che hanno dato origine ad una solida teoria, interessante anche per ciò che riguarda il trauma psichico (Giannantonio, 2009a).

Bowlby (1969, 1973, 1980), mosso dal desiderio di esprimere il suo dissenso verso la psicoanalisi classica, e rifacendosi alle scoperte in ambito etologico, in particolare gli studi di Lorenz sull'imprinting (1949) e gli studi sui macaco rhesus di Harlow (1958), arrivò a formulare una teoria del tutto rivoluzionaria, ponendo al centro il concetto di "attaccamento" e sostenendo che la motivazione primaria nello sviluppo del bambino fosse la "motivazione di attaccamento" (Blandino, 2009).

Il sistema di attaccamento è un sistema motivazionale che comporta la ricerca di prossimità verso una figura identificata come capace di fornire protezione e vicinanza.

Quando la protezione o la sicurezza vengono a mancare, il bambino esprime il suo disagio attraverso la protesta. Le figure di accudimento hanno il compito di fornire una "base sicura", rappresentare cioè un luogo dove poter ritornare a seguito dei normali allontanamenti per esplorare il mondo, dove poter essere rassicurato, confortato e nutrito (Giannantonio, 2009a). Scrive Bowlby (1986, p.23, cit. in Blandino, 2009, p.323): "Uso il termine attaccamento per indicare un pattern comportamentale che si basa sull'elicitare, o cercare, cure da parte di qualcuno che si sente meno in grado di affrontare il mondo rispetto a qualcun altro cui indirizza le sue richieste".

Grazie agli studi di Mary Ainsworth e dei suoi collaboratori (1978) sulla Strange Situation, è stato possibile dimostrare che i bambini, nel corso del primo anno di vita, sviluppano uno specifico modello di attaccamento nei confronti dei caregiver, ed è stato possibile identificare i diversi pattern di attaccamento. I pattern di attaccamento possono essere considerati delle strategie adattive/difensive adottate dal bambino nei confronti della disponibilità emotiva dimostrata dalle figure di attaccamento nei suoi confronti, nel corso del primo anno di vita. La Strange Situation è una procedura standard, composta da otto fasi, nella quale si osserva il comportamento del bambino di fronte a condizioni stressanti. In particolare vengono osservati i comportamenti di esplorazione del bambino e le sue reazioni in presenza o in assenza della figura di attaccamento, compresi i momenti di riunificazione (Blandino, 2009).

In sintesi sono stati individuati quattro stili di attaccamento (Ainsworth et al.,1978):

- "*sicuro*" o di "*tipo B*", caratterizzato da una madre responsiva e sensibile e da un bambino in grado di esplorare l'ambiente circostante, di protestare in maniera

adeguata la separazione dalla madre e di essere facilmente consolabile, ricercando il contatto durante il ricongiungimento;

- “*insicuro-evitante*” o di “*tipo A*”, caratterizzato da una madre insensibile alle richieste di aiuto e conforto, e da un bambino che non condivide il gioco con il genitore, non mostra disagio di fronte alla separazione con quest’ultimo e non ricerca il ricongiungimento, rifiutando anche marcatamente il contatto fisico;
- “*insicuro-ambivalente*” o di “*tipo C*”, caratterizzato da una madre imprevedibile e non responsiva e da bambini inconsolabili nel momento della separazione, incapaci di esplorare l’ambiente e ambivalenti nel momento della riunificazione;
- “*disorganizzato*” di “*tipo D*”, introdotto successivamente da Main e Solomon (1990), caratterizzato da una madre che suscita terrore e da bambini che manifestano comportamenti incoerenti e paradossali nei confronti del genitore (per esempio ricercandolo e contemporaneamente rifiutandolo).

Gli stili di attaccamento nei primi anni di vita presentano alcune caratteristiche interessanti (Liotti, 2005b):

- la stabilità nel corso dello sviluppo, per cui hanno un valore predittivo, ma non causativo, in quanto possono modificarsi grazie ad esperienze interpersonali successive;
- sono unici e specifici verso ciascuna relazione con la quale il bambino è impegnato,
- si traducono in strutture cognitive prima implicite e poi dichiarative chiamate “Modelli Operativi Interni” (MOI), e comprendono rappresentazioni mentali del Sé, della figura di attaccamento e dello stato emotivo associato alla relazione.

I MOI sono l’aspetto più interessante della teoria dell’attaccamento. Implicano infatti che “la memoria implicita del bambino, a partire dai primi giorni di vita, sintetizza progressivamente le sequenze interattive in cui la figura di attaccamento risponde alle sue emozioni di attaccamento, organizzandole in rappresentazioni generalizzate delle interazioni” (Farina, Liotti, 2011b, p.74).

Attraverso la Strange Situation è possibile osservare il comportamento del bambino. Per indagare, invece, l’attaccamento adulto viene usato l’Adult Attachment Interview (AAI) (Main, Goldwyn, 1994-1998, George, Kaplan, Main, 1996), un’intervista standardizzata che esplora i ricordi autobiografici nelle relazioni di attaccamento passato e permette di

individuare gli “stati mentali relativi all’attaccamento” (Farina, Liotti, 2011b). Sono stati individuati quattro “stati mentali” dell’attaccamento, corrispondenti ai pattern di attaccamento identificati con la Strange Situation (Main et al., 1985):

- *sicuro autonomo*: narrazioni coerenti e obiettive delle proprie esperienze di attaccamento, con una valorizzazione ed una comprensione di tutte le emozioni correlate;
- *distanziante*: narrazioni incoerenti delle esperienze di attaccamento, con un’idealizzazione delle figure di attaccamento, non supportate, però da episodi specifici;
- *preoccupato*: narrazioni incoerenti, vaghe, caratterizzate da sentimenti di preoccupazione e/o di rabbia verso le figure di attaccamento;
- *irrisolto/disorganizzato*: narrazioni irrisolte, caratterizzate da ricordi di episodi traumatici o di lutto non elaborati e integrati.

Una scoperta importante nel campo della ricerca è il forte legame tra i caregiver con un pattern di attaccamento irrisolto e la disorganizzazione dell’attaccamento precoce nei loro bambini (Liotti, 2004). “Quando memorie traumatiche irrisolte affiorano alla coscienza dei genitori, mentre sono impegnati a rispondere alle richieste di cura dei figli, la sofferenza mentale legata a queste memorie attiva il sistema di attaccamento delle figure di attaccamento, proprio mentre, nel contempo, anche il sistema di accudimento è attivo in lui o in lei” (Liotti, 2005a, p.136). La figura di attaccamento, non ottenendo conforto alle sue sofferenze, attiva emozioni di paura e/o di collera. Come conseguenza, il sistema di accudimento verso i propri bambini può essere interrotto da improvvise e inconsapevoli manifestazioni di allarme o di collera, che suscitano nei propri bambini forte paura. Nel bambino si attiva, così, il sistema di difesa di evitamento o attacco/fuga per proteggersi dalla paura. Viene a crearsi, dunque, l’attivazione di due sistemi motivazionali che entrano in un conflitto senza soluzione (Liotti, 2005a). “Nelle interazioni dell’attaccamento disorganizzato, il genitore è motivato, simultaneamente, tanto dal sistema di attaccamento quanto da quello di accudimento, ed il bambino tanto dal sistema di attaccamento quanto da quello di difesa” (Liotti, 2005a, p.137). In realtà, però, la distanza relazionale del bambino dal genitore “irrisolto”, provocata dal sistema di difesa, attiva il sistema di attaccamento, per cui la figura di attaccamento, per il bambino, è vista sia come fonte che come soluzione della paura. Questa situazione intersoggettiva viene definita “*fright without*

solution”, ovvero “*paura senza sbocco*”, un circolo vizioso senza alcuna soluzione di una paura crescente e di interazioni incoerenti e paradossali di avvicinamento e di evitamento. La “paura senza sbocco” conduce il bambino verso la disorganizzazione del comportamento di attaccamento e reazioni dissociative. Di fronte a figure di attaccamento che suscitano dolore e paura e che non offrono cura, protezione e conforto, l’esperienza relazionale si trasforma in un’esperienza traumatica ripetuta, anche in assenza di maltrattamenti (Liotti, 2005a). “E’ verosimile su basi teoriche, e in parte suffragato da dati empirici, che il MOI costruito nella DA sia multiplo e non integrato, oltre che emotivamente carico dell’esperienza drammatica e della paura senza soluzione. In altre parole il MOI disorganizzato è intrinsecamente dissociato (compartimentato) rispetto ai suoi contenuti rappresentativi: di sé (rappresentato allo stesso tempo come bisognoso di cura, ricettore di cura, e minacciato), e dell’altro (rappresentato simultaneamente come disposto a offrire cura, incapace di offrirla, violento, spaventato e impotente)” (Farina, Liotti, 2011b, p. 82).

Liotti (2005a) utilizza una metafora per spiegare questa condizione intersoggettiva, che è quella del “triangolo drammatico”. Secondo tale metafora il bambino percepisce, contemporaneamente, se stesso e la figura di attaccamento come: persecutore, salvatore e vittima. La figura di attaccamento è un persecutore in quanto causa della paura senza sbocco, il bambino è la vittima che la sperimenta, ma la figura di attaccamento è anche il salvatore che, nonostante le memorie traumatiche irrisolte, può essere potenziale fonte di conforto. Simultaneamente il bambino percepisce se stesso come persecutore, in quanto si considera la causa della paura e del dolore dell’adulto, la figura di attaccamento è la vittima di questo pericolo, ma il bambino può considerarsi anche salvatore dell’adulto fragile e ferito.

La teoria dell’attaccamento permette di focalizzare l’attenzione sul fatto che ciò che può condurre al PTSD non è “l’esperienza traumatica in sé, ma il fatto che essa induca o comunque mobiliti una rappresentazione di sé e della FDA secondo la modalità dissociata del “triangolo drammatico” [...] suggerisce di considerare i traumi in stretta relazione con stati affettivi che non sono stati integrati in strutture di significato unitarie e coerenti riguardanti la relazione con le FDA. Questi stati affettivi, in altri termini, sopravvivono in stati somatici o comunque nella memoria implicita del MOI disorganizzato, non compiutamente integrati nel flusso della memoria esplicita semantica. Essi possono permanere ad un livello latente dell’attività mentale fino a

quando, innescati da un evento che attiva potentemente il sistema di attaccamento, intervengono a disorganizzare le funzioni integrative della coscienza, della memoria e dell'identità" (Liotti, 2005a, p.139-140).

Per capire in quale senso gli stati affettivi del MOI disorganizzato restano ad un livello latente, è importante comprendere cosa avviene nello sviluppo successivo dell'attaccamento disorganizzato (Liotti, 2005a). Il punto di partenza dal quale iniziare sono i "sistemi motivazionali". Questi sistemi possono essere visti come "dei moduli specializzati in funzioni essenziali per la sopravvivenza e per la vita sociale, ciascuno dei quali è funzionalmente indipendente da ciascun altro: nella terminologia di Fodor (1983), i moduli sono incapsulati. Ogni modulo di questo tipo, una volta attivato, organizza le funzioni mentali e la condotta, nella direzione della meta del corrispondente sistema motivazionale, fino a che tale meta non è raggiunta o abbandonata" (Farina, Liotti, 2011b, p. 66). I sistemi motivazionali non sono solo degli istinti, delle tendenze innate, ma sono influenzati dall'apprendimento. Essi sono organizzati in modo gerarchico, e ogni livello riflette il modo in cui sono comparsi in base all'evoluzione (vedi Tabella 1.1.). Il livello inferiore è quello più arcaico, già tipico dei rettili, il livello intermedio è presente nei mammiferi e regola le interazioni tra i membri di una specie, mentre il livello superiore, specifico per l'uomo, riguarda i sistemi motivazionali più recenti e più evoluti, quali la costruzione di significati, l'intersoggettività, la sintesi personale (Farina, Liotti, 2011b).

Tabella 1.1. – Architettura gerarchica del sistema motivazionale

<p>Primo livello (Cervello rettiliano):</p> <ul style="list-style-type: none">- Regolazione fisiologica (alimentazione, termoregolazione, cicli sonno-veglia)- Difesa (aggressione, immobilizzazione e fuga in situazioni di pericolo)- Esplorazione- Territorialità- Sessualità (senza formazione di coppia). <p>Secondo livello (Cervello antico-mammifero, Limbico):</p> <ul style="list-style-type: none">- Attaccamento (ricerca di cura e vicinanza protettiva)- Accudimento (offerta di cura)- Sessualità di coppia- Competizione

- Cooperazione paritetica
- Gioco sociale
- Affiliazione di gruppo

Terzo livello (Neocorteccia):

- Intersoggettività
- Costruzione di strutture di significato

Fonte: Farina, Liotti (2011b, p. 68).

In particolare, i bambini che durante il secondo anno di vita erano risultati nella Strange Situation “disorganizzati”, nel successivo sviluppo, in particolare tra il terzo e il sesto anno di vita, assumono un comportamento organizzato nei confronti della figura di attaccamento che è detto “controllante”. La strategia controllante può essere “accudente” quando il bambino attiva verso il caregiver il sistema di accudimento, anziché il sistema di attaccamento, invertendo così i ruoli dell’attaccamento, oppure “punitiva” quando il bambino inibisce il sistema di attaccamento e attiva il sistema competitivo o di rango, indirizzando le interazioni non verso la cura e l’aiuto, ma l’aggressività e la dominanza. L’inibizione del sistema motivazionale di attaccamento e l’attivazione dei sistemi motivazionali di accudimento e competitivo, rappresentano delle funzioni difensive che permettono al bambino di fronteggiare le esperienze angosciose e dissociate all’attaccamento disorganizzato (Farina, Liotti, 2011b). Dunque “le strategie controllanti riducono la possibilità che il MOI disorganizzato emerga alla coscienza nella maggior parte delle situazioni quotidiane che possono risvegliare il sistema di attaccamento [...] Intense e durevoli attivazioni del sistema di attaccamento possono però superare le capacità di tenuta di tali strategie provocandone il collasso e, di conseguenza, il riemergere incontrollato degli stati mentali disorganizzati legati al MOI di attaccamento disorganizzato” (Farina, Liotti, 2011b, p.102).

Il collasso delle strategie di controllo può spiegare cosa succede quando si subisce un evento psicologico traumatico. La risposta al dolore fisico e psichico comporta l’attivazione del bisogno di aiuto, conforto e cura, ovvero del sistema motivazionale di attaccamento. L’attivazione del bisogno di attaccamento, però, attiva anche il MOI che lo regola e quindi tutte le aspettative di risposta di accudimento. Se il MOI dell’attaccamento sicuro costituisce un fattore di protezione, quello insicuro e, in particolare, quello disorganizzato, rappresenta, invece, una non protezione verso gli

eventi traumatici e un ulteriore pericolo. Il soggetto riattiva così il MOI disorganizzato, costituito da rappresentazioni non integrate e contraddittorie di sé e della figura di attaccamento, e si espone ad un'esperienza dissociativa (Farina, Liotti, 2011b). “Il MOI disorganizzato potrebbe dunque permanere ad uno stato latente dell'attività mentale attraverso la costruzione di strutture di significato successive (chiamate “controllanti”) [...] Queste strutture possono collassare di fronte ad eventi che implicano un'attivazione potente del sistema di attaccamento, ma anche di fronte ad eventi che le invalidino” (Liotti, 2005a, p.141).

Questo percorso permette di condurre la disorganizzazione dell'attaccamento al trauma e ai disturbi ad esso legati, in particolare il PTSD (Liotti, 2004), poiché “tutti gli eventi di vita capaci di invalidare le strategie che controllano la disorganizzazione dell'attaccamento possono determinare il riaffiorare di sintomi dissociativi e apparire quindi nella clinica come eventi traumatici” (Liotti, 2005a, p.130).

1.4. Il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD)

Secondo le ricerche, un'elevata percentuale di popolazione, vive esperienze traumatiche e corre il rischio di sviluppare una psicopatologia, un disturbo o alterazioni psicologiche e interpersonali, che possono comportare dei limiti per il soggetto. Gli interessi dei clinici rispetto alle conseguenze dovute all'esposizione di eventi traumatici, hanno portato alla nascita del concetto e della categoria diagnostica del “Disturbo Post-Traumatico da Stress” (PTSD) (Giannantonio, 2009a). In generale, il PTSD, può essere definito come “una reazione psicofisica normale a un evento stressante di natura estrema: una sindrome psicobiologica che rimanda ad una serie interrelata di sintomi, i quali concorrono a formare una reazione prolungata al trauma che influisce su tutte le dimensioni del funzionamento comportamentale e le risposte psicofisiologiche” (Ardino, 2009, p.284).

I primi studi che si sono concentrati sugli effetti che lo stress traumatico può avere sulle persone, risalgono alla Prima Guerra Mondiale ed, in particolare, all'attenzione posta verso le reazioni degli ufficiali e dei soldati arruolati, i quali presentavano stati ansiosi, depressivi, problemi cardiaci e paure. Questa sintomatologia venne definita “shock da granata”, e venne ipotizzato che i sintomi dipendessero dalla forte stimolazione

sensoriale legata al fragore delle esplosioni. Successivamente si iniziò a notare che alcuni soldati sviluppavano gli stessi sintomi, senza però essere stati coinvolti in incidenti e esplosioni particolari. Durante la Seconda Guerra Mondiale, gli operatori della salute mentale furono coinvolti maggiormente nella cura dei soldati e si svilupparono concetti come la “sindrome post-traumatica” (Kardiner, 1941) e la “nevrosi da guerra” (Grinker e Spiegel, 1945). Si iniziò anche a riconoscere che gli stessi sintomi non riguardavano più solo i soldati in guerra, ma anche i civili. Fu poi con la guerra del Vietnam che si iniziò a parlare di Disturbo Post-Traumatico da Stress, e ad identificarne la causa in un evento esterno. La categoria diagnostica del PTSD, comparse, per la prima volta, nel 1980, all’interno DSM-III (American Psychiatric Association) (Yule, Williams, Joseph, 2000).

Sulla base dell’ultima classificazione diagnostica, il DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000, Tabella 1.2.), il PTSD è definito un disturbo legato ad un evento traumatico esterno. Il trauma viene definito come un’esperienza nella quale la persona vive direttamente o assiste ad un evento che può comportare morte o minaccia di morte o lesioni gravi o pericolo per l’integrità fisica propria e degli altri (criterio A1). Queste condizioni non sono sufficienti per una diagnosi da PTSD. Occorre osservare una risposta all’evento con paura intensa, impotenza e orrore (criterio A2). Il PTSD è caratterizzato da alcuni sintomi tipici che possono essere organizzati in tre categorie (criteri B, C e D):

- *sintomi intrusivi*: sensazione di rivivere l’evento traumatico attraverso diversi modi, tra i quali ricordi intrusivi, incubi, flashback, fenomeni dissociativi, disagio psicologico e/o reattività fisiologica (occorrono uno o più di questi sintomi);
- *sintomi di evitamento e di confusione*: tentativi di evitare pensieri, emozioni, luoghi, situazioni, persone che possono essere associabili e possono ricordare l’evento traumatico, difficoltà o impossibilità a ricordare aspetti dell’esperienza traumatica, riduzione degli interessi, alienazione, diminuzione dell’interesse per le possibilità future (occorrono tre o più di questi sintomi);
- *sintomi di iperattivazione emotiva*: problemi nel sonno, nella capacità di concentrazione, facile irritabilità e scoppi d’ira, ipervigilanza (occorrono due o più di questi sintomi).

Inoltre i sintomi devono avere una durata di circa un mese (criterio E), i sintomi acuti, invece, hanno una durata che va dall'uno ai tre mesi (criterio F).

Tabella 1.2. – Criteri del DSM-IV-TR per il PTSD

<p>A. La persona è stata esposta a un evento traumatico nel quale erano presenti entrambe le caratteristiche seguenti:</p> <ol style="list-style-type: none">1) la persona ha vissuto, ha assistito o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte o minaccia di morte o gravi lesioni o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri;2) la risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza o di orrore. (Nota: nei bambini questo può essere espresso con comportamento disorganizzato o agitato. <p>B. L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente in uno o più dei seguenti modi:</p> <ol style="list-style-type: none">1) ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri o percezioni. (Nota: nei bambini piccoli si possono manifestare giochi ripetitivi in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti il trauma);2) sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento. (Nota: nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile);3) agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò include sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di flashback, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato di intossicazione). (Nota: nei bambini piccoli possono manifestarsi rappresentazioni ripetitive specifiche del trauma);4) disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico;5) reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico. <p>C. Evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma e attenuazione della reattività generale (non presenti prima del trauma), come indicato da tre o più dei seguenti elementi:</p> <ol style="list-style-type: none">1) sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma;2) sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma;3) incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma;4) riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative;5) sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri;6) affettività ridotta (per es. incapacità di provare sentimenti di amore);7) sentimenti di diminuzione delle prospettive future (per es. aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio o dei figli, o una normale durata della vita). <p>D. Sintomi persistenti di aumentato arousal (non presenti prima del trauma), come</p>

indicato da almeno due dei seguenti elementi:

- 1) difficoltà di addormentarsi o a mantenere il sonno;
- 2) irritabilità o scoppi di collera;
- 3) difficoltà a concentrarsi;
- 4) ipervigilanza;
- 5) esagerate risposte di allarme.

E. La durata del disturbo (sintomi riconducibili ai criteri B, C e D) è superiore ad un mese.

F. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.

Specificare se:

- acuto: se la durata dei sintomi è inferiore a 3 mesi;
- cronico: se la durata dei sintomi è 3 mesi o più.

Specificare se:

- a esordio ritardato: se l'esordio dei sintomi avviene almeno 6 mesi dopo l'evento stressante.

Fonte: DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000, p.502-503).

1.4.1. Il Disturbo Post-Traumatico da Stress Complesso (PTSDc)

La categoria diagnostica del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) risulta essere non adeguata, poiché non riesce a spiegare la complessità del trauma, in particolare quello cumulativo che avviene in periodi lontani (l'infanzia di un paziente ormai adulto). Inoltre, questa categoria, mal si presta per descrivere la vita mentale e le reazioni dei bambini che crescono in ambienti fallimentari e traumatizzanti, per cui diventa difficile anche poter comprendere cosa sia traumatico nell'infanzia e quali sintomi specifici vengano messi in atto nell'infanzia (Farina, Liotti, 2011b).

Per superare questi limiti, l'autrice Judith Herman (1992), responsabile del Trauma Center della Harvard Medical School di Boston, coniò la nozione di *Disturbo Post-Traumatico da Stress Complesso (PTSDc)*, per descrivere le reazioni e il disturbo in seguito a l'aver subito un "trauma complesso". Nello stesso periodo vennero promossi dall'American Psychiatric Association, studi per verificare la validità dei sintomi del

PTSD, e i ricercatori della Harvard e della Columbia University di New York affermarono che il trauma complesso possiede un quadro clinico diverso rispetto a quello del PTSD legato ad eventi traumatici singoli (Farina, Liotti, 2011a).

Alcuni autori, tra cui Herman (1992) e van der Kolk (1994) tentarono di inserire il PTSDc nel DSM-IV, coniato la nozione di *Disturbo da Stress Estremo Non Altrimenti Specificato*. Questa nozione non venne, però, riconosciuta come categoria diagnostica separata, nonostante le evidenze empiriche, perché il PTSD è inserito tra i Disturbi d'Ansia, e quindi mal si adatta a questa categoria. Sarebbe, invece, più appropriato inserirla tra i Disturbi Dissociativi, i Disturbi di Somatizzazione o i Disturbi di Personalità. Potrebbe anche essere identificato come una variante del Disturbo Bordeline di Personalità. I sintomi descritti, comunque, sono stati collocati tra i “sintomi associati” al PTSD nei casi di traumi infantili e di natura interpersonale (Farina, Liotti, 2011b).

Il problema, dunque, sta nel fatto che viene a mancare o ad essere incompleto, un quadro diagnostico per l'età evolutiva e adulta per quanto riguarda lo sviluppo traumatico in termini complessi. Grazie, però, ad alcuni psichiatri e psicologi del CTSN statunitense (Child Traumatic Stress Network), è stato possibile ideare un nuovo quadro clinico, sulla scia del PTSDc, denominato *Disturbo Traumatico dello Sviluppo (DTS)* (Tabella 1.3.). La proposta è quella di inserirlo nella quinta versione del DSM, cercando di estenderlo anche agli adulti.

Tabella 1.3. – Disturbo Traumatico dello Sviluppo (DTS)

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- Cluster A: esposizione a violenza interpersonale e grave trascuratezza nell'accudimento
- Cluster B: disregolazione emotiva e nelle funzioni fisiologiche<ul style="list-style-type: none">B.1 Inabilità a modulare e tollerare stati emotivi negativi.B.2 Disturbi nella regolazione delle funzioni corporee di base come disturbi del sonno, dell'alimentazione, iper-reattività agli stimoli sensoriali.B.3 Stati dissociativi, dissociazioni somatoformi.B.4 Marcata alessitimia intesa come difficoltà nel riconoscere, descrivere e comunicare sensazioni corporee, stati emotivi, desideri, bisogni.
- Cluster C: disturbi comportamentali e cognitivi<ul style="list-style-type: none">C.1 Incapacità nel percepire ed evitare o difendersi dalle minacce o allarme eccessivo per stimoli minacciosi, sia ambientali sia relazionali. |
|---|

C.2 Alterazioni nella capacità di proteggersi ed esposizioni a situazioni rischiose.

C.3 Disturbi comportamentali derivanti da manovre di autoconforto (masturbazione cronica, stereotipie motorie, automutilazioni, abuso di sostanze).

C.4 Comportamenti automutilanti reattivi o abituali.

C.5 Difficoltà a pianificare, iniziare o completare un compito, concentrarsi su un compito, organizzarsi per ottenere benefici.

- **Cluster D: disturbi nella percezione di sé e delle relazioni interpersonali**

D.1 Disturbi nelle relazioni di attaccamento (difficoltà di separazione, timore nel ricongiungimento).

D.2 Sentimenti di avversione per se stessi, senso di inaiutabilità, convinzioni di mancanza di valore, incapacità, essere sbagliati e difettosi.

D.3 Senso di sfiducia nei propri confronti e nei confronti degli altri con atteggiamenti ipercritici o di rifiuto verso le persone più vicine (caregiver).

D.4 Comportamenti aggressivi (verbali e fisici) anche verso i caregiver.

D.5 Comportamenti inappropriati di vicinanza e fiducia verso estranei anche con comportamenti sessuali inappropriati.

D.6 Difficoltà o incapacità a regolare il contatto empatico (eccessivo coinvolgimento o distacco nelle situazioni sociali).

- **Cluster E: sintomatologia del PTSD**

- **Cluster F: difficoltà nel funzionamento globale familiare, sociale, scolastico, comportamentale**

Fonte: van der Kolk (2005), cit. in Farina, Liotti (2011b, p.24).

Per quanto riguarda il PTSDc, è possibile identificare una serie di sintomi, utili per studiare lo sviluppo traumatico in termini complessi. La proposta di van der Kolk comprende sette sintomi (Tabella 1.4.):

1. *Alterazioni della regolazione delle emozioni e degli impulsi:* difficoltà a modulare le emozioni primarie, con la possibilità di creare un circolo vizioso che può condurre alla dissociazione, impulsività, autolesionismo, abuso di alcol e sostanze stupefacenti.
2. *Sintomi dissociativi e difficoltà di attenzione:* problemi di memoria, nell'attenzione, nella capacità a mentalizzare, depersonalizzazione e derealizzazione.
3. *Somatizzazione:* sintomi pseudoneurologici, disturbi gastrointestinali e sindromi dolorose croniche.
4. *Alterazioni nella percezione e rappresentazione di sé:* impotenza, sensi di colpa e di vergogna, scarso senso di autoefficacia, di inutilità e disperazione.

5. *Alterazioni nella percezione delle figure maltrattanti*: i soggetti, di fronte a figure maltrattanti, pur di non perdere la vicinanza e la protezione con essi, alterano la percezione di queste figure idealizzandole e proteggendole.
6. *Disturbi relazionali*: paura dell'intimità, delle relazioni affettive, della fiducia degli altri e della loro vicinanza, uso della violenza, dipendenza o evitamento dell'affettività emotiva.
7. *Alterazione nei significati personali*: credenze patogene e immagine negativa di sé.

Tabella 1.4. – Criteri diagnostici per il PTSDc

<ol style="list-style-type: none"> 1. Alterazioni nella regolazione delle emozioni e del comportamento: a) alterazione nella regolazione delle emozioni; b) difficoltà di modulazione della rabbia; c) comportamenti autolesivi; d) comportamenti o preoccupazioni suicidarie; e) difficoltà nella modulazione del coinvolgimento sessuale; f) tendenza eccessiva a comportamenti a rischio (scarsa capacità autoprotettiva). 2. Disturbi della coscienza e dell'attenzione: a) amnesia; b) episodi dissociativi transitori; depersonalizzazione. 3. Somatizzazione: a) disturbi del sistema digerente; b) dolore cronici; c) sintomi cardiopolmonari; d) sintomi di conversione; sintomi da disfunzioni sessuali. 4. Alterazioni della percezione di sé: a) senso di impotenza e scarsa efficacia personale; b) sensazione di essere danneggiati; c) senso di colpa e di responsabilità eccessivi; d) Vergogna pervasiva; e) idea di non poter essere compresi; f) minimizzazione. 5. Alterazioni nella percezione delle figure maltrattanti: a) tendenza ad assumere la prospettiva dell'altro; b) idealizzazione del maltrattante, c) timore di danneggiare il maltrattante. 6. Disturbi relazionali: a) incapacità o difficoltà ad avere fiducia negli altri; b) tendenza ad essere rivittimizzato; c) tendenza a vittimizzare gli altri. 7. Alterazioni nei significati personali: a) disperazione e senso di inaiutabilità; visione negativa di sé; c) perdita delle convinzioni personali.

Fonte: van der Kolk et al. (2005), cit. in Farina, Liotti (2011b, p.26).

1.5. Altri disturbi causati da esperienze traumatiche

Le esperienze traumatiche possono essere causa di altri disturbi oltre il PTSD, che il DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) non collega direttamente con situazioni traumatiche e stressanti. Tra gli altri disturbi possiamo trovare (Giannantonio, 2009a):

- *disturbi sessuali*: sono comuni in entrambi i sessi, ma non riguardano in maniera diretta la sfera sessuale, in quanto possono trarre origine da altri fattori, quali: depressione (può comportare il calo del desiderio, scarso immaginario erotico), ansia (inibizione del desiderio, problemi nel raggiungere il piacere, difficoltà nel mantenere l'erezione nell'uomo, vaginismo o dispareunia nella donna), diffidenza (difficoltà nell'instaurare legami intimi), alessitimia, disturbi di personalità. Inoltre l'abuso sessuale può comportare confusione dell'identità sessuale, promiscuità sessuale, perversioni, difficoltà ad accettare il proprio corpo;
- *disturbi uro-ginecologici*: possono essere tipici in soggetti che hanno subito un abuso sessuale infantile, e possono riguardare: vulvodinia, dolore pelvico cronico, cistite interstiziale;
- *disturbi dell'alimentazione*: correlati, soprattutto, con l'abuso sessuale infantile, ma anche con cure non adeguate da parte dei caregiver. In particolare è possibile riscontrare: bulimia, disturbi dell'immagine corporea, condotte di eliminazione;
- *disturbi somatoformi e patologie mediche*: sono associati, in particolare, ad abusi e forme di maltrattamento, ma anche a traumi minori legati alla non responsività dei caregiver;
- *disturbi d'ansia*: può essere riscontrata una fobia sociale (alla base può esserci un abuso psicologico da parte dei caregiver, difetti fisici, cambiamenti puberali o situazioni che possono procurare imbarazzo al soggetto), un disturbo d'ansia generalizzata (può essere legata a l'aver subito disastri naturali o incidenti);
- *depressione*: si tratta di un disturbo molto presente che è fortemente correlato con il PTSD, soprattutto in seguito a disastri naturali;
- *disturbi di personalità*: è possibile identificare una forte comorbilità tra i disturbi di personalità e il PTSD, questo perché sia la personalità può influenzare

l'individuo, lo sviluppo e il decorso del PTSD, sia perché la personalità può essere influenzata dal PTSD;

- *disturbi dissociativi*: il fenomeno dissociativo può essere il sintomo di diversi disturbi, come ad esempio, il PTSD, il disturbo acuto da stress, il disturbo di panico, il disturbo borderline di personalità ecc., ma nel disturbo dissociativo la dissociazione è l'elemento disfunzionale centrale. Questi disturbi sono caratterizzati da un'amnesia dissociativa, da fughe improvvise e inaspettate, disturbo dissociativo dell'identità (personalità multipla), disturbo di depersonalizzazione (sensazione di distacco dal proprio corpo e dai propri processi mentali);
- *traumatizzazione vicaria*: si tratta di una traumatizzazione secondaria che può essere tipica, soprattutto, del personale volontario e professionale che presta soccorso nelle situazioni di emergenza e che tende a mettere in atto uno stile repressivo delle emozioni;
- *abuso di sostanze*: può essere un disturbo connesso con problemi nel legame d'attaccamento, con l'essere stati vittime di aggressioni fisiche o sessuali. Può essere tipico anche nei reduci di guerra.

2. L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR)

2.1. Introduzione

L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), ovvero desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari, è una recente tecnica psicoterapeutica, inizialmente nata per il trattamento del PTSD, ma oggi usata per affrontare diversi disturbi clinici conseguenti ad esperienze traumatiche (Fernandez, Maxfield, Shapiro, 2009).

L'EMDR, all'interno di un piano terapeutico globale, utilizza una procedura composta da otto fasi, con l'obiettivo di lavorare su esperienze e ricordi traumatici, alla base di problemi e disturbi attuali. La caratteristica dell'EMDR è che, per aiutare il paziente ad accedere al ricordo e a metabolizzarlo, viene chiesto di concentrarsi sulla parte più disturbante del ricordo e su tutti i suoi aspetti (immagini, cognizioni negative, emozioni negative, sensazioni corporee), mentre viene indotta una stimolazione bilaterale degli occhi (più o meno una rotazione completa al secondo, in un arco di tempo che va dai 20 ai 60 secondi circa). Con il procedere del lavoro, il paziente crea materiale più adattivo che viene integrato con le memorie traumatiche. Come conseguenza l'aspetto disturbante del ricordo traumatico viene risolto, ottenendo, così, una ristrutturazione delle cognizioni associate e una visione più positiva ed adattiva (Wilson, Becker, Tinker, 1995).

L'EMDR è stato scoperto nel 1987 da Francine Shapiro. Un giorno, infatti, mentre passeggiava in un bosco, iniziò a constatare che alcuni suoi pensieri disturbanti all'improvviso svanirono e che, riprovando a chiamarli alla mente, non avevano più la caratteristica di fastidio e disturbo. Inoltre, scoprì che, quando i pensieri disturbanti comparivano nella mente, i suoi occhi si muovevano in modo spontaneo e rapido, avanti e indietro, seguendo una diagonale verso l'alto. Potè ancora notare che richiamando alla mente i pensieri fastidiosi e muovendo intenzionalmente gli occhi, questi tendevano a perdere la loro caratteristica disturbante (Shapiro, 1995). Affascinata dalla sua scoperta, iniziò a dedicarsi allo studio scientifico della sua intuizione. Nello stesso anno, infatti, lavorò al suo primo studio controllato, pubblicato nel 1989 sul *Journal of Traumatic Stress*. Intanto nel 1988, Shapiro entrò in contatto con il Mental Research Institute (MRI) di Palo Alto, in California, istituto di ricerca interessato alla terapia sistemico-

relazionale, alla terapia breve e fortemente aperto alle innovazioni psicoterapeutiche, che accolse i suoi studi e la sua collaborazione all'interno dell'istituto (Fernandez, Maxfield, Shapiro, 2009).

Originariamente l'EMDR era concepito come EMD, una forma rapida di trattamento dei ricordi traumatici, utile per i soggetti con PTSD, che permetteva, attraverso i movimenti oculari, una desensibilizzazione delle memorie traumatiche. Successivamente la tecnica venne affinata, arricchita concettualmente ed empiricamente, trasformandosi, così, in EMDR, con l'aggiunta della parola "Reprocessing", in quanto la Shapiro si rese conto che la procedura non solo produceva una desensibilizzazione, ma anche un'elaborazione delle informazioni (Shapiro, 1995). "Durante il trattamento, le emozioni negative erano sostituite con quelle positive, emergevano gli insight più profondi, le sensazioni corporee cambiavano e comparivano in modo spontaneo nuovi comportamenti, insieme ad un nuovo senso di sé. In breve, i traumi sono stati trasformati in esperienze di apprendimento che hanno rapidamente rafforzato la persona trasformandola da vittima a sopravvissuto a individuo sano e robusto" (Shapiro, 2011, p.12). A questo riguardo Shapiro riformulò anche le basi teoriche, parlando del Modello di Elaborazione Adattiva delle Informazioni (Model AIP) (Shapiro, 1995).

Attualmente l'EMDR è stato oggetto di numerosi studi di ricerca ed è stato riconosciuto come trattamento efficiente ed efficace per il PTSD in popolazioni civili, da parte dell'American Psychological Association, sulla base di prove empiriche ricavate da un progetto di studio del 1995 condotto dal Dipartimento di Psicologia Clinica della American Psychological Association (Fernandez, Maxfield, Shapiro, 2009). Anche l'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) ha considerato l'EMDR una procedura efficace per il trattamento del PTSD, dando una classificazione A/B (Shalev, Foa, Keane, Friedman 2000), dove A è stata assegnata sulla base di 7 studi controllati che hanno dato risultati significativi, B, invece, sta ad indicare che c'è bisogno di studi più estesi che focalizzino la ricerca sul confronto tra i vari interventi che trattano il PTSD. Attualmente questi studi sono stati completati e l'EMDR, oltre ad essere considerato il trattamento più efficace per il PTSD, e anche quello con un maggior numero di ricerche che ne provino l'efficacia (Fernandez, Maxfield, Shapiro, 2009). Infatti, insieme alla CBT, è considerato il trattamento elettivo per il PTSD (Clinical Resource Efficacy Team of the Northern Ireland Department of Health, 2003

- Quality Institute Health Care CBO/Trimbos Institute, 2003 – French National Institute of Health and Medical Research, 2004 – American Psychiatric Association, 2004). Inoltre l'EMDR è considerato uno dei tre metodi raccomandati per le vittime del terrorismo (Bleich, Kotler, Kutz, Shalev, 2002)

Il meccanismo alla base dell'EMDR non è ancora del tutto chiaro, Shapiro (1995) suggerisce che la ristrutturazione cognitiva e la rielaborazione adattiva avvenga ad un livello neurofisiologico. Secondo alcune ipotesi, i movimenti oculari stimolano una risposta di orientamento che attiva degli stati neurofisiologici che permettono di inibire la paura e l'ansia associata al ricordo traumatico (Armstrong e Vaughan, 1996, Barrowcliff, MacCulloch, Gray, 2001). Secondo altre ipotesi i movimenti oculari attiverebbero meccanismi simili a quelli del sonno REM, ovvero l'elaborazione delle informazioni che avviene durante l'EMDR sarebbe simile a quella che avviene durante il sonno REM (Stickgold, 2002), come dimostrato anche da un recente studio (Elofsson, Scheele, Theorell, Sondergard, 2007), secondo cui i movimenti oculari inibiscono il sistema simpatico, creando una situazione simile a quella del sonno REM. Ulteriori ipotesi suggeriscono che gli effetti prodotti dal trattamento EMDR siano legati alla suggestione ipnotica (Gilligan, 2002). Le ipotesi che riscontrano maggiore accordo sono quelle secondo cui il consolidamento dei ricordi verrebbe realizzato grazie alla cooperazione bilaterale dei due emisferi cerebrali, innescata dalla stimolazione oculare (Siegel, 2001).

“Nei suoi vent'anni di storia, si è evoluto da semplice tecnica fino a diventare un approccio di psicoterapia integrata con un modello teorico che riconosce alla base della patologia i sistemi di elaborazione dell'informazione del cervello e i ricordi legati a esperienze di vita traumatiche” (Shapiro, 2011, p.11).

2.2. Basi teoriche: il Modello dell'Adaptive Information Processing (Model AIP)

Il Modello dell'Adaptive Information Processing (AIP), ovvero il Modello di Elaborazione Adattiva delle Informazioni, adottato da Shapiro (1995), presuppone che in tutti gli esseri umani esista una funzione neurobiologica innata che tende all'elaborazione dell'informazione. Questo implica che, in condizioni normali, le informazioni in entrata, vengono elaborate e si trasformano in materiale adattivo che si

integra in maniera funzionale con le esperienze e le informazioni del passato (Dworkin, 2010). “Le informazioni sarebbero quindi immagazzinate in un sistema di reti mnestiche. Si ritiene che una rete contenga le componenti singole, i pensieri, le immagini, le emozioni e le sensazioni collegabili al ricordo dell’esperienza. L’elaborazione o la rielaborazione viene definita come la creazione delle associazioni necessarie, affinché avvenga l’apprendimento una volta che le informazioni appartenenti ad un evento sono state risolte in modo adattivo” (Fernandez, Maxfield, Shapiro, 2009, p.225).

I problemi di questo processo possono sorgere quando l’esperienza non è adeguatamente elaborata, ed è il caso delle esperienze traumatiche. In questi casi l’elaborazione dell’informazione non avviene in maniera adattiva e le informazioni rimangono isolate nelle proprie reti neurali, e non sono in grado di connettersi con altre reti di memoria che contengono informazioni più adattive. Viene quindi compromessa la possibilità di integrazione, con la conseguenza che le informazioni rimangono racchiuse nel cervello nella loro forma specifica, ovvero immagazzinate come sono state provate al momento dell’esperienza, con le stesse componenti emotive, sensoriali, cognitive e fisiche. La patologia è vista come il risultato di esperienze non elaborate e trasformate. Gli atteggiamenti, le emozioni e le sensazioni non sono, dunque, delle semplici reazioni agli eventi passati, ma sono visti come una manifestazione legata alla percezione dei ricordi memorizzati (Solomon, Shapiro, 2008).

“La teoria di Shapiro sull’elaborazione inadeguata di eventi disturbanti fornisce una spiegazione della natura resistente perdurante e in apparenza immutabile di alcuni ricordi traumatici legati ai disturbi post-traumatici. In genere, in ambito terapeutico, osserviamo che questi ricordi sono resistenti alla ristrutturazione cognitiva e stentano a essere assimilati nella rete degli altri ricordi dell’individuo. Infatti, notiamo che il paziente è in grado di richiamare solo ricordi negativi [...] perché le informazioni negative sono mantenute in modo disfunzionale in forma eccitatoria e, di conseguenza, vengono stimulate più facilmente di altre” (Fernandez, Maxfield, Shapiro, 2009, p. 226). “Un fallimento nell’elaborazione fa sì che i ricordi negativi rimangano caldi e suscettibili di poter essere riattivati in qualsiasi momento. Di conseguenza, indipendentemente dal numero di esperienze positive che si susseguono l’un l’altra nel corso di vita di una persona, gli eventi precoci non elaborati possono porre le basi per un senso di identità e di autoefficienza impoverito” (Shapiro, 2011, p.16).

Impiegando l'EMDR in psicoterapia, ed in particolare nel trattamento del PTSD, è possibile accedere alle informazioni memorizzate in maniera disfunzionale, andando ad attivare l'innato sistema che permette di elaborare le informazioni. Questa attivazione può avvenire grazie alla procedura del protocollo standard dell'EMDR caratterizzato, in particolare modo, dalla stimolazione bilaterale degli occhi, con l'obiettivo di creare collegamenti tra le reti mnestiche e una memorizzazione più adattiva delle informazioni. L'EMDR, quindi, permette di creare delle associazioni tra informazioni non integrate e dissociate, e di accedere alle informazioni bloccate nelle reti mnestiche, generando nuovi apprendimenti. Infatti le informazioni disturbanti vengono eliminate, quelle utili vengono integrate in modo adeguato e utilizzate come guida per comportamenti e decisioni future (Solomon, Shapiro, 2008).

“Il modello dell'AIP distingue l'EMDR dalle altre forme di psicoterapia per il fatto che vede le situazioni che provocano un disagio nel presente, semplicemente come degli attivatori in grado di richiamare alla mente eventi del passato che non sono stati elaborati correttamente. Si pensa che l'evento attuale stimoli il network mnestico, permettendo alle emozioni negative, alle sensazioni fisiche e ai pensieri immagazzinati di riaffiorare” (Shapiro, 2011, p.16).

Nonostante l'EMDR si sia sviluppato all'interno della tradizione comportamentale, con il passare del tempo si è trasformato in una terapia molto diversa. Infatti, mentre nelle terapie cognitive e comportamentali l'obiettivo è quello di affrontare il disturbo del paziente in modo diretto, andando a modificare i pensieri e i comportamenti del paziente nel qui ed ora, nel modello AIP, invece, la causa dei problemi non sta nelle cognizioni negative, ma nei ricordi di situazioni precoci che sono stati memorizzati in maniera non adattiva. Dal punto di vista della pratica clinica, dunque, a differenza della terapia comportamentale, prendendo l'esempio delle fobie, esse non vengono trattate esponendo il paziente di fronte all'oggetto o la situazione che procura timore, ma si procede affrontando ed elaborando i ricordi precoci che sono collegati all'evento o l'oggetto che procura angoscia. Successivamente si passa ai target presenti, chiedendo al paziente di immaginare esperienze attuali che possono scatenare paura. Quando il paziente non prova più paura immaginando la situazione, si lavora su un target futuro, immaginando di essere alle prese con l'evento precedente, ma senza timore (Shapiro, 2011). “Di conseguenza, il trattamento EMDR procede dall'interno all'esterno e si occupa del mondo interiore prima di utilizzare strumenti tipici della Terapia Cognitivo

Comportamentale come il modellamento o tecniche esperienziali di role-play per incorporare set di competenze che possano caratterizzare un adulto sano” (Shapiro, 2011, p.39).

2.3. Il protocollo standard dell’EMDR: strumenti e fasi del trattamento

“Le procedure dell’EMDR sono state sviluppate per accedere alle esperienze disfunzionali immagazzinate in modo disfunzionale e stimolare il sistema di elaborazione delle informazioni, così da permettere la trasformazione delle informazioni in una risoluzione adattiva, spostando l’informazione ad un sistema di memoria più appropriato. Quando viene completamente elaborata, l’informazione utile viene assimilata e le strutture della memoria dell’individuo vengono riorganizzate sulla base della nuova informazione” (Shapiro, 2011, p.17). Su questa base, il protocollo comprende numerosi strumenti utili per rievocare il ricordo ed elaborarlo. In particolare, le componenti fondamentali dell’EMDR sono (Greenwald, 2000):

- *Il repertorio di immagini*: il paziente sceglie l’immagine più disturbante o comunque più caratteristica di quel ricordo che meglio rappresenti l’effetto negativo sul paziente.
- *La cognizione negativa*: non è una semplice descrizione dell’evento, ma un’interpretazione del paziente sull’opinione di sé che emerge dal ricordo. Alcuni esempi di cognizioni negative più comuni: “Sono una persona cattiva”, “E’ stata colpa mia”. La caratteristica di queste cognizioni è che perdurano anche dopo il trauma e continuano a ripresentarsi nel corso della vita del paziente.
- *La cognizione positiva*: anche in questo caso non è una descrizione, ma un’autoaffermazione adattiva più positiva, e rappresenta l’obiettivo del trattamento, ovvero come il paziente potrà vedere se stesso. Esempi di cognizioni positive più frequenti: “Sono una brava persona”, “Adesso sono al sicuro”, “Posso farcela”.
- *La scala di Validità di Cognizione (VOC)*: è una scala che permette al terapeuta e al paziente di osservare i progressi realizzati durante e dopo l’EMDR, in quanto dà una misura di quanto il paziente consideri veritiera l’informazione

positiva che si desidera installare con il procedimento. Essa consiste nel misurare la cognizione positiva attraverso una scala che va da 1 a 7, dove 1 indica “cognizione completamente falsa” e 7 “cognizione completamente vera”.

- *L'emozione*: il paziente deve esternare la reazione emotiva rispetto all'immagine del ricordo che ha scelto. Esempi di emozioni più frequenti: paura, rabbia, tristezza.
- *La Scala delle Unità Soggettive di Disturbo (SUD)*: consente al terapeuta e al paziente di verificare i progressi ottenuti durante e dopo l'EMDR, in quanto indica l'intensità del disturbo percepito dal paziente, e consiste nel misurare quanto è intensa l'emozione negativa attuale su una scala che va da 0 a 10, dove 0 indica “assenza assoluta di disturbo” e 10 “disturbo il più intenso possibile”.
- *La sensazione fisica*: è considerata parte integrante del ricordo, poiché le caratteristiche delle tracce mnestiche sono anche conservate nel corpo. Gli stati affettivi non integrati adeguatamente, sopravvivono in stati somatici (van der Kolk, 1994). Al paziente viene chiesto di esprimere in quale parte del corpo sente la sensazione fisica che accompagna quel ricordo. Tra le sensazioni più frequenti ritroviamo: nausea, stanchezza e tensione localizzata.
- *I movimenti oculari*: il terapeuta induce rapidi movimenti oculari bilaterali muovendo le sue dita al ritmo di circa un movimento avanti e indietro al secondo, a una distanza di circa 30-60 cm dal viso del paziente. Se, per varie ragioni, non sono adeguati i movimenti oculari possono essere utilizzate altre stimolazioni. I movimenti oculari permettono l'accesso al ricordo-target, la sua elaborazione e integrazione.

Secondo l'impostazione originale di Francine Shapiro (1995), il protocollo EMDR di base è costituito da otto fasi, ogni singola fase si dedica ad un diverso aspetto del trattamento, anche se è bene ricordare che ciascuna fase può avere effetti contemporaneamente su più fasi.

Dworkin (2010) concettualizza la procedura dell'EMDR in tre stadi, all'interno delle quali sono distribuite le otto fasi:

Stadio 1: Valutazione e preparazione

- Fase 1: Comprensione del caso in riferimento al trauma (raccolta anamnestica e piano del trattamento).

- Fase 2: Valutazione della capacità del paziente di tolleranza emotiva e consapevolezza delle sensazioni fisiche (preparazione del paziente).

Stadio 2: Lavoro attivo sul trauma

- Fase 3: Sequenza di attivazione del trauma (assessment).
- Fase 4: Elaborazione attiva del trauma (desensibilizzazione).
- Fase 5: Collegamento a una prospettiva adattiva (installazione).
- Fase 6: Consapevolezza intensiva delle sensazioni corporee (body scan).

Stadio 3: Chiusura e rivalutazione

- Fase 7: Debriefing (chiusura).
- Fase 8: Rivalutazione.

Verranno di seguito spiegate le varie fasi del trattamento EMDR, seguendo le descrizioni di Dworkin (2010):

Fase 1: raccolta anamnestica e piano del trattamento

La fase iniziale è un momento importante per l'accoglienza del paziente e per la costruzione di un adeguato clima di alleanza e di fiducia, in quanto l'EMDR non è qualcosa che il terapeuta fa al paziente, ma è qualcosa che fa con lui è che quindi richiede una collaborazione e una partecipazione attiva. Inoltre, prima che venga cominciato il lavoro attivo sul trauma, è fondamentale che il paziente venga valutato e considerato adatto al trattamento.

In questa fase, infatti, si cerca di ricavare un quadro clinico completo del paziente utile per realizzare un piano terapeutico adeguato e per formulare gli obiettivi. In particolare si comincia con una raccolta anamnestica riguardante la storia del trauma, poiché si ritiene che molti problemi manifestati dai pazienti, anche se in apparenza non hanno come causa centrale il trauma, possono comunque essere ricollegati ad esperienze traumatiche o stressanti. Queste informazioni contribuiscono a creare il contesto di fiducia necessario al trattamento.

Anche la costruzione della relazione è fondamentale e richiede tutto il tempo necessario. La relazione paziente-terapeuta ha inizio dal primo contatto, ed è l'inizio di una relazione di attaccamento, influenzata dalla prima relazione di attaccamento del

paziente con il caregiver. Il clinico diventa, dunque, una figura di attaccamento molto importante per il paziente e deve essere in grado di sviluppare una comprensione iniziale di chi sia il paziente e contro cosa stia combattendo.

Oltre a questi aspetti, è necessario, comunque, pensare già in termini di EMDR, lavorando sui ricordi e le cognizioni. In particolare è utile chiedere la cognizione negativa che un paziente ha di se stesso e anche ciò che vorrebbe credere di se stesso una volta che il trattamento sarà concluso. Si tratta di informazioni che possono essere poi utilizzate nella Fase 2.

Inoltre il clinico deve chiedere al paziente il suo punto di forza, le sue risorse e i suoi successi; molti pazienti hanno risorse interne che credono di non avere, per cui è importante indagarle e ampliarle.

Fase 2: preparazione del paziente

Questa fase si apre con una presentazione dell'EMDR, non in maniera tecnica, ma cercando di spiegare in maniera semplice il modo in cui funziona e il perché può essere efficace per il paziente. Tale spiegazione è fondamentale, in quanto il modo in cui viene recepita è indicativa e predittiva per l'efficacia dell'intera terapia.

E' importante, inoltre, testare sul paziente la stimolazione bilaterale. In primo luogo vengono presentate le modalità più usate e poi vengono fatte provare al paziente utilizzando un'immagine neutra. Successivamente è utile orientare il lavoro sul trauma, preparando il paziente e dandogli alcune indicazioni su come gestire il trattamento, ribadendo quanto è stato detto nella fase precedente, ovvero che il paziente avrà una partecipazione attiva. Nel lavoro di preparazione bisogna:

- informare il paziente della possibilità di ricorrere a fattori protettivi, come ad esempio il “segnale di stop”,
- descrivere e spiegare le tecniche utili per gestire lo stress,
- spiegare l'importanza di annotare quello che accade tra una seduta e l'altra,
- trasmettere l'idea che le risposte irrazionali che possono potenzialmente presentarsi durante l'elaborazione, fanno parte della normalità e fanno riferimento all'apertura di reti mestiche,
- descrivere i vari passaggi del lavoro attivo sul trauma e fornire istruzioni precise rispetto a ciò che accadrà nel corso delle fasi attive.

In seguito alla preparazione del paziente, è importante sviluppare il senso di sicurezza. Il primo passo è la creazione del “posto sicuro”, esercizio che permette ai clinici di comprendere se il paziente ha le capacità di sviluppare il proprio senso di sicurezza, e al paziente di installare un luogo di sicurezza e di benessere, utile per affrontare e lavorare su materiale difficile. Si procede nel modo seguente:

- 1° step: il clinico chiede al paziente se ha un posto in cui si sente sicuro e protetto. Se il paziente è in difficoltà, il terapeuta può aiutarlo utilizzando la strategia dello sviluppo e le installazione di risorse.
- 2° e 3° step: chiedere al paziente di focalizzare l’immagine del proprio posto sicuro concentrandosi anche sulla descrizione dei sentimenti e delle emozioni che l’immagine evoca, e comunicando dove sente queste sensazioni nel proprio corpo. Questo step permette al paziente di avere un contatto con la propria esperienza interna legata al ricordo traumatico.
- 4° step: dopo che il paziente è riuscito a trovare il proprio posto sicuro, può sperimentare, per la prima volta, l’esperienza di stimolazione bilaterale. In questo step, il clinico chiede al paziente di evocare l’immagine del luogo sicuro e di concentrarsi sulle sensazioni e sui sentimenti positivi che suscita, ponendo attenzione anche alle sensazioni fisiche. La stimolazione bilaterale sarà breve. Successivamente il terapeuta chiede nuovamente al paziente di riferire se la sensazione positiva si è rafforzata e amplificata.
- 5° step: il terapeuta chiede al paziente una parola chiave significativa che abbia caratteristiche collegabili al posto sicuro scelto. Successivamente procede di nuovo con la stimolazione bilaterale.
- 6° step: il paziente attiva in modo autonomo il posto sicuro, attraverso la parola chiave. Questa tecnica potrà essergli utile in qualsiasi momento del trattamento e della sua vita in cui si sentirà a disagio.
- 7° step: il paziente evoca un evento disturbante, e il terapeuta rievoca la parola chiave scelta, chiedendo al paziente di accedere al posto sicuro.
- 8° step: il paziente autonomamente usa la parola chiave per entrare nel posto sicuro.

Il terapeuta, inoltre, deve aiutare il paziente a trovare e sviluppare strategie di coping. Si può utilizzare la tecnica dell’RDI (Resource Development and Installation) che richiede di evocare un’esperienza positiva, una relazione soddisfacente o comunque elementi che

rappresentino forza e calma, oppure si può chiedere al paziente, di pensare a delle risorse da rinforzare che potenzialmente possiede o che possono essere sviluppate, da utilizzare per affrontare delle situazioni difficili. Le categorie di risorse che possono essere sviluppate sono:

- *risorse di padronanza*: un ricordo del paziente in cui è stato in grado di superare una situazione problematica, oppure una condizione fisica o una abilità particolare;
- *risorse relazionali*: l'immagine reale o fantastica di una persona o un animale che suscitano nel paziente protezione e che hanno un ruolo positivo;
- *risorse simboliche*: il ricordo di oggetti, simboli, esperienze spirituali, immagini, figure dei propri sogni, metafore, frasi, brani musicali associati a sentimenti di sicurezza, forza e serenità.

Sviluppata la risorsa, viene poi installata tramite la stimolazione bilaterale. Prima di iniziare il lavoro di desensibilizzazione con il paziente, è opportuno che il clinico si assicuri che il paziente sia in grado di utilizzare con successo alcune delle risorse sviluppate anche nelle situazioni quotidiane. Infatti, quando le risorse scelte sono sufficientemente interiorizzate dal paziente, aiutano a rendere più forte il proprio sé e ad affrontare le situazioni problematiche.

L'ultimo passo di questa fase è valutare se il paziente è pronto a lavorare attivamente sul trauma. I fattori da considerare sono:

- le capacità di coping e di adattamento,
- la tolleranza emotiva (e dell'attivazione),
- la capacità di autoregolazione (sia personale che nell'interazione),
- gli schemi affettivi, e le risorse positive e accessibili,
- un "sé" adeguato e osservante.

Fase 3: Assessment

Dopo che il terapeuta, con la fase precedente, ha appurato che il paziente è pronto per l'elaborazione del trauma, è possibile iniziare quella che Dworkin (2010) chiama "sequenza di attivazione del trauma". In questa fase è possibile rielaborare il trauma e rivivere il passato traumatico, in una relazione attuale, però, sicura e protetta. Il clinico, infatti, assume il ruolo di co-partecipante.

L'obiettivo di questa fase è accedere alle memorie traumatiche, lavorando in modo dettagliato e completo sul "ricordo-target", ovvero andando a valutare tutti gli elementi associati: l'immagine selezionata, la cognizione negativa, la cognizione positiva con il punteggio VOC, l'emozione con il punteggio SUD e la sensazione fisica. Attivando in modo completo le reti di memoria associate al ricordo-target, è possibile occuparsi dell'intera esperienza traumatica, comprese tutte le emozioni collegate e le sensazioni corporee associate. Per trovare il collegamento tra il passato e le difficoltà attuali, è importante sviluppare la capacità del cervello di elaborare l'informazione "in modo da potersi relazionare al vecchio trauma e riorganizzare l'esperienza in modo più adattivo" (Dworkin, 2010, p. 97).

Il primo passo è quello di selezionare dei target. Si parte da una lista dei dieci ricordi peggiori correlati alle difficoltà attuali, descritte dal paziente nel corso della Fase 1.

In particolare la selezione riguarda due categorie:

- *Il ricordo più vecchio*, ovvero il ricordo più doloroso, collegato a emozioni dolorose e cognizioni negative, che è fortemente associato con il problema del paziente.
- *Il peggiore di questi ricordi*.

Sarà poi il paziente, insieme al clinico, a decidere quale ricordo usare come target. La scelta migliore sembra essere quella di cominciare con uno dei ricordi più vecchi che fa male ora. Affinchè possa iniziare la sequenza di attivazione, è fondamentale che l'immagine sia chiara e ben "messa a fuoco". Infatti più l'immagine traumatica è chiara per il terapeuta, con più facilità verrà focalizzato il target e maggiori saranno le possibilità che i risultati siano duraturi e di successo.

Accanto ai ricordi-target trovati, anche i sogni possono essere delle valide immagini-target. Il sogno, infatti, può rappresentare una continuazione del lavoro sul trauma in maniera involontaria, è spesso può comparire nell'intervallo tra una seduta e l'altra. A questo riguardo è bene chiedere al paziente di tenere un diario dei sogni, in particolare nei giorni che seguono la stimolazione bilaterale.

Individuata l'immagine-target, è necessario occuparsi della cognizione negativa, ovvero il giudizio negativo che la persona ha rispetto a se stesso, in relazione al ricordo target selezionato. Il paziente, all'interno di una relazione terapeutica sicura e protetta, è nella condizione di poter esprimere aspetti di sé, legati al ricordo target, che per molto tempo sono rimasti nascosti. E' importante che il giudizio negativo faccia riferimento al

presente, per cui è opportuno inserire nella domanda rivolta al paziente il termine “ora”. Questa parola viene utilizzata poiché la memoria traumatica è radicata nel presente, ma non è riconosciuta come tale.

Non è sempre facile per un paziente riuscire ad esprimere la cognizione negativa, anche se ha capito il concetto e sa usarlo. Infatti, anche se il paziente nella Fase 2 ha capito il legame tra l’immagine dell’evento traumatico e un pensiero negativo, può bloccarsi nella Fase 3, nel momento in cui sente la parola “ora” inserita nella domanda. A questo riguardo il terapeuta deve chiarire al paziente alcuni punti:

- far capire al paziente che deve individuare un pensiero, non un sentimento;
- che il pensiero selezionato, anche se è legato al passato, si esprime ancora nel presente in vecchi circuiti cerebrali;
- il riferimento alla parola “ora” è legato a questi circuiti che devono essere riattivati e sul quale è opportuno lavorarci;
- il clinico deve ricordarsi che il paziente è invaso da un arousal negativo, per cui la sua spiegazione può essere difficile da decodificare e da seguire.

Dopo aver identificato la cognizione negativa, è possibile lavorare sulla cognizione positiva e sulla VOC. La cognizione positiva è un elemento importante che dà fiducia e forza al paziente nell’affrontare la sua “patologia”. Inoltre permette al paziente di poter usufruire di una convinzione su di sé alternativa rispetto a quella negativa. La VOC, invece, permette di capire quanto la cognizione positiva del paziente è vicina o distante dalla realtà del paziente.

Successivamente il terapeuta chiede al paziente di mettere insieme l’immagine scelta e la cognizione negativa, dare un nome alle emozioni che prova e valutare la scala SUD.

Il momento conclusivo della Fase 3 riguarda la scansione corporea, che consiste nel chiedere al paziente di ascoltare le proprie sensazioni corporee e di riferire in quali parti del corpo sente le emozioni nominate precedentemente.

La buona riuscita di questo passaggio, permette di passare alla Fase 4 e al lavoro di desensibilizzazione. Prima di uscire dalla Fase 3, è importante potenziare nuovamente la fiducia del paziente nel terapeuta e ribadire che il terapeuta è una guida e che il paziente non è solo di fronte al suo problema, ma può dividerlo e lavorarci in maniera protetta.

Fase 4: desensibilizzazione

La Fase 4 è dedicata all'elaborazione del trauma, e alla desensibilizzazione di uno o più ricordi legati alle esperienze traumatiche del paziente. In questa fase vengono utilizzate le stimolazioni bilaterali, come i movimenti oculari, mentre il paziente si concentra su i molti aspetti del ricordo ricavati dalle fasi precedenti. Successivamente a queste prime serie di movimenti oculari, il terapeuta chiede al paziente cosa è emerso, e continua a lavorare con i movimenti oculari su ciò che il paziente ha notato. Si va avanti così fino a quando tutti gli aspetti del ricordo vengono superati e neutralizzati. La dimostrazione è data dai punteggi della scala SUD e VOC.

I pazienti che hanno una scarsa tolleranza emotiva, durante l'elaborazione del trauma, possono incontrare difficoltà, e vivere questa fase in maniera dolorosa e faticosa. Per cui è opportuno non proseguire con l'elaborazione del trauma quando il paziente desidera una pausa. A questo riguardo il paziente ha la possibilità, quando lo desidera, di stoppare l'elaborazione, sia durante le sedute che tra le sedute, tramite i segnali di "stop" che ha appreso durante la Fase 2.

In questa fase il clinico deve offrire un ambiente di sicurezza e protezione, ma fare in modo che sia il paziente il protagonista attivo del lavoro sul trauma. Il terapeuta può intervenire quando nel paziente si crea un blocco o un carico emotivo eccessivo, andando ad attivare il posto sicuro o le tecniche di rafforzamento delle risorse. Inoltre ha il ruolo di incoraggiare il paziente e occuparsi del mantenimento del contesto di sicurezza. In particolare, per facilitare l'elaborazione del trauma, può essere utile:

- *un coaching attivo*: il terapeuta deve offrire dei supporti verbali, utili a sostenere e facilitare l'elaborazione del trauma. Alcuni commenti d'esempio: "Bene! Sta andando bene!".
- *Lavorare sulle costrizioni esterne*: durante l'elaborazione del trauma il paziente può essere distratto da elementi o circostanze esterne che possono interferire sul lavoro di elaborazione (ad esempio, la scoperta di una malattia di un familiare), per cui è utile gestirle con il paziente, anziché continuare a lavorare attivamente sul trauma.
- *Lavorare in modo esperienziale e co-partecipativo*: il clinico deve essere predisposto ad andare dove lo porta l'elaborazione del paziente. È necessario, per il terapeuta, stare nella relazione reale in modo autentico (alleanza di lavoro)

ed essere capace di contenere i traumi del paziente, tenendo a bada le proprie reazioni controtransferali, la traumatizzazione vicaria e la compassion fatigue.

Nella parte conclusiva della Fase 4, il clinico deve assicurarsi che il paziente abbia realmente rilasciato tutto il suo dolore e che la scala SUD abbia raggiunto il punteggio 0.

Anche se il paziente è nella condizione di essersi liberato del dolore legato al trauma, “non ha ancora integrato una prospettiva più adattiva con cui guardare ciò che è successo” (Doworkin, 2010, p. 215).

Fase 5: l'installazione

In questa fase, al paziente, viene chiesta una cognizione positiva che può essere quella selezionata nella Fase 3 oppure un'altra più adeguata emersa nella Fase 4. Questa cognizione deve essere installata mentre il paziente effettua i movimenti oculari. Prima la si installa da sola e successivamente viene integrata con il ricordo-target. L'obiettivo è che il paziente deve sentirla come sua e autentica, riportando un punteggio della scala VOC di 6 o 7. Quando il punteggio della scala VOC non riporta punteggi massimi, può essere il segnale che alcuni aspetti del ricordo non sono stati desensibilizzati adeguatamente.

Prima di concludere la Fase 5, ci si congratula con il paziente per il lavoro svolto e per avere superato tutti quegli ostacoli interni che gli impedivano di vivere in maniera armoniosa e adattiva. Questa fase, però, non corrisponde alla fine del trattamento, infatti, anche se si è raggiunto un buon risultato, non si può ancora essere sicuri che i risultati ottenuti siano permanenti. Bisogna assicurarsi che gli effetti del trattamento si mantengano e abbiano condotto il paziente verso una prospettiva più sana e adattiva.

Fase 6: la scansione corporea

Accanto al lavoro del ricordo-target e della cognizione positiva, viene chiesto al paziente un controllo delle proprie sensazioni corporee e di eventuali tensioni o fastidi nel corpo. La scansione corporea è un'ulteriore possibilità per valutare se vi sia ancora qualche aspetto del trauma non elaborato. Il corpo, infatti, è depositario dei traumi passati, e la guarigione per essere completa, richiede che anche il corpo si possa liberare delle memorie dolorose.

Nel momento in cui il paziente avverte delle sensazioni dolorose nel corpo, vengono effettuati i movimenti oculari.

Nel trattamento EMDR, la consapevolezza delle sensazioni corporee, è un aspetto fondamentale in tutte le otto fasi. Nello specifico, però, lo scopo di questa fase è quello di andare all'origine delle sensazioni corporee per far emergere i traumi a livelli ancora più profondi, in modo da poterli rielaborare in maniera completa.

La fase di scansione corporea si può dire conclusa quando il paziente è in grado di effettuare un'esplorazione completa del proprio corpo senza trovare alcuna tensione fisica. Se vengono riferite sensazioni positive o confortevoli, è utile rafforzarle con alcuni set di stimolazione bilaterale.

Fase 7: la chiusura

Prima di concludere la seduta, è importante aiutare il paziente a sviluppare la percezione di avere un controllo di sé. E' utile, inoltre, lasciarlo in uno stato positivo, dandogli l'idea di aver raggiunto un traguardo, e prepararlo ad affrontare possibili effetti del trattamento durante l'intervallo tra una seduta e l'altra, come ricordi, sensazioni, immagini, pensieri disturbanti. A questo riguardo viene dato ai pazienti il compito di tenere un diario su cui registrare gli effetti indesiderati tra una seduta e l'altra, specificando che i disturbi che possono emergere fuori dalla seduta fanno parte della continuazione del processo di guarigione. Inoltre può essere utile lavorare su alcune domande strutturate che aiutino il paziente a dare concretezza rispetto ciò che ha raggiunto, e aiutarlo ad essere autonomo. Tra le domande più frequenti possiamo trovare (Dworkin, 2010, p. 227):

- Qual è stata per lei la parte più importante della seduta?
- Qual è stata la parte che l'ha messa maggiormente alla prova?
- Cosa ha imparato dalla seduta di oggi?
- Quali strategie ha intenzione di mettere in atto per tenere fede alle nuove cose apprese?

Queste istruzioni chiudono la seduta di EMDR, mentre il trattamento non si completa senza la fase 8, ovvero la rivalutazione.

Fase 8: la rivalutazione

Questa fase avviene all'inizio di ogni seduta, in seguito ad una seduta precedente in cui è stato effettuato l'EMDR, e consiste in una rivalutazione del trattamento precedente e dei suoi effetti. Inoltre fornisce, al clinico, informazioni importanti per determinare la successiva linea d'azione. Nella rivalutazione è utile:

- Chiedere al paziente ciò che ha avvertito nell'intervallo tra una seduta e l'altra, per comprendere ciò che è stato elaborato e per capire quali eventi esterni sono accaduti o potrebbero presentarsi.
- Valutare se i miglioramenti ottenuti nel corso della terapia si sono mantenuti durante la settimana.
- Prestare attenzione alle critiche mosse dal paziente, soprattutto se si sente bloccato e pensa che l'elaborazione non stia funzionando.
- Esaminare il diario per stabilire eventuali obiettivi da trattare.
- Rivalutare la cognizione positiva attraverso la scala VOC.

Una volta risolte le questioni sopra indicate, la fase di rivalutazione prevede la graduale diminuzione delle sedute.

2.4. L'uso dell'EMDR con i bambini e gli adolescenti

Il protocollo standard dell'EMDR subisce delle modifiche quando viene applicato ai bambini e agli adolescenti, poiché il lavoro con i soggetti nell'età evolutiva richiede maggiori attenzioni. In particolare, è necessario collaborare con i genitori durante tutto il trattamento terapeutico, e sviluppare e mantenere viva la motivazione, in quanto non è il bambino che ha chiesto di andare in terapia. Inoltre i tempi di attenzione dei bambini sono più brevi ed è presente ancora una difficoltà nella verbalizzazione, per cui è importante essere più concreti e privilegiare il lavoro sulle immagini, anziché sulle cognizioni e le emozioni. Bisogna anche utilizzare tecniche alternative per indurre i movimenti oculari, inserire elementi di gioco, essere flessibili, pieni di risorse e attenti alle esigenze del bambino (Greenwald, 2000).

L'aspetto fondamentale quando si lavora con i pazienti, a maggior ragione con i bambini, è quello di assicurare un senso di sicurezza costante. Seguendo quanto dice

Greenwald (2000), è bene tenere presenti una serie di interventi utili a favorire la sicurezza:

- *L'alleanza con i genitori*: affinché i genitori manifestino sostegno al trattamento, il terapeuta deve mostrare rispetto e comprensione per i loro valori, le loro ansie e preoccupazioni, evitando di suscitare in loro sensi di colpa. Inoltre può essere utile assegnare loro dei ruoli attivi all'interno del trattamento.
- *La vicinanza fisica dei genitori*: i bambini devono sapere che i genitori che li accompagnano sono facilmente raggiungibili. Può essere dunque utile far restare il genitore nella stanza e nelle vicinanze, oppure far in modo che il bambino possa stare in braccio al genitore, soprattutto se molto piccolo.
- *La spiegazione della procedura*: affinché il bambino possa comprendere l'EMDR, è importante dimostrargli che si tratta di una tecnica sicura. A questo riguardo può essere utile che sia un genitore o un familiare a spiegare la procedura, oppure che bambino e terapeuta si scambino i ruoli e che sia il bambino a provare a indurre i movimenti oculari nel terapeuta.
- *Il rapport*: per sviluppare la collaborazione dei bambini è utile conquistarli comunicandogli calore, dimostrandosi sensibili e preoccupati, giocando con loro.
- *Il rapporto terapeutico*: è qualcosa che va oltre il semplice *rapport* e che si costruisce con il tempo, grazie all'instaurarsi della fiducia e dei risultati positivi.
- *Rispettare i tempi del bambino*: ci sono alcuni bambini che non tollerano subito l'EMDR, ma hanno bisogno che venga introdotto gradualmente, per questo può essere utile, ad esempio, provare l'EMDR su un obiettivo con un basso punteggio SUD oppure utilizzarlo prima su un'installazione positiva e poi su quella traumatica.
- *Le installazioni positive*: queste installazioni consentono al bambino di accedere al trauma in condizioni più sicure e positive. Tra le più famose abbiamo: "Il dispositivo di sicurezza" che può essere utile introdurre prima di affrontare un alto punteggio SUD, e consiste nell'aiutare il bambino a trovare quelle risorse interiori che gli permettano di affrontare materiale doloroso. I più comuni dispositivi di sicurezza sono: armi, un aiutante, un genitore, un angelo custode, un super-eroe oppure delle qualità, come essere più grosso e forte, "Il luogo sicuro" che consiste nel chiedere al bambino di concentrarsi su un luogo sicuro e

desiderabile, di visualizzarlo, descriverlo o disegnarlo. Questa immagine verrà poi installata, ed è importante che il terapeuta guidi la scelta per evitare che venga sciupata l'immagine e per assicurarsi che sia incontaminata da elementi che la possano rendere insicura. Sono anche utili “ Risorse o soluzioni” chiedendo al paziente di visualizzare, descrivere o disegnare le risorse, la soluzione, le abilità sia fantastiche che realistiche, che permettano di affrontare e risolvere un problema.

- *I segnali di “stop”*: al bambino deve essere chiaro che può interrompere liberamente il trattamento quando lo desidera. Per addestrarlo può essere utile farlo esercitare con segnali di “stop” manuali o verbali.
- *Il disagio fisico*: con un bambino che prova dolore fisico è consigliabile interrompere il trattamento, con l'adulto, invece, si continuerebbe con l'EMDR. Il disagio fisico, nei bambini, può essere risolto in altri modi, ad esempio installando un'immagine che elimini la sensazione dolorosa.

L'EMDR per bambini e adolescenti prevede una serie di componenti fondamentali. Di seguito verranno presentate una serie di elementi, tratti dall'impostazione della Shapiro (1995), con alcune modifiche in base all'età dei pazienti. In particolare, secondo quanto dice Greenwald (2000), sono fondamentali:

- *La produzione di immagini mentali*: è una tecnica utilizzata sempre con i bambini e in modo simile a come viene usata negli adulti. Consiste nel chiedere al bambino se nel ricordo selezionato c'è un aspetto particolarmente rilevante e che sembra la parte peggiore. Se il bambino avverte difficoltà, il terapeuta può aiutarlo attraverso la “tecnica del menù”, presentando un elenco di scelte potenzialmente appropriate per orientare il paziente a trovare la giusta risposta.
- *La cognizione negativa*: può rappresentare un momento problematico con bambini e adolescenti, in quanto può essere difficile suscitare. E' utile continuare, comunque, a procedere aspettando che le cognizioni negative avvengano spontaneamente durante i movimenti oculari con l'immagine. Domande che possono essere appropriate per suscitare la risposta più adeguata possono essere : “Quando adesso te lo ricordi, cosa dici a te stesso?”, “Cosa ti fa credere di te stesso?”.
- *La cognizione positiva*: può essere utile ottenerla attraverso attività creative come il disegno o altre espressioni simboliche.

- *La scala di validità di cognizione (VOC)*: una variazione con i bambini può essere il metodo “distanza tra le mani”, in cui il terapeuta chiede quanto fa male il sentimento che si prova, e mani molto distanti l’una dall’altra indicano il peggior sentimento, mani semidistanti tra loro indicano un sentimento abbastanza brutto, mani molto vicine tra loro indicano un sentimento poco sgradevole. Oppure si possono utilizzare delle scale grafiche nelle quali si presentano al bambino una serie di volti umani con espressioni che vanno da triste a felice.
- *L’emozione*: è un aspetto incluso nel processo, tranne con i bambini piccolissimi che hanno meno di 5 anni. Consiste nel chiedere al bambino quale tipo di emozione si accompagna al ricordo selezionato. Se il bambino non riesce a dare una risposta, si possono mostrare delle immagini di volti che esprimono delle emozioni.
- *La scala delle unità soggettive di disturbo (SUD)*: con i bambini grandi e gli adolescenti viene usato il formato numerico come negli adulti, per i bambini più piccoli è utile usare metodi alternativi, come la “distanza tra le mani”. Un’ altra tecnica può essere quella di chiedere al bambino di tracciare la pianta del suo piede su un foglio grande. Quando viene chiesto al bambino il punteggio SUD, con un evidenziatore deve disegnare un cerchio che indichi quanto è sgradevole il suo sentimento. Con il procedere dell’EMDR, i cerchi da essere molto grandi, dovranno diventare molto piccoli, fino ad essere un puntino all’interno del piede disegnato.
- *La sensazione fisica*: questo elemento viene usato allo stesso modo sia per i bambini e gli adolescenti che per gli adulti, e lo scopo è indagare in quale parte del corpo il soggetto avverte la sensazione.
- *I movimenti oculari*: per gli adolescenti e i bambini, i movimenti oculari, possono essere indotti con l’impostazione standard usata con gli adulti, ma hanno una durata più ridotta anche perché l’elaborazione con i bambini è molto veloce. Con i bambini più piccoli, invece, è utile usare mezzi alternativi: “l’oggetto speciale” (si possono usare una bacchetta magica, un pupazzo, una spada di plastica o qualsiasi altro oggetto, magari scelto dal bambino, che contribuisca a mantenerlo concentrato, per effettuare i movimenti standard), “battere le mani leggermente/con forza” (il bambino batte la propria mano su

ciascuna mano aperta del terapeuta. Può farlo anche utilizzando dei giocattoli presenti nella stanza), “dita che spuntano” (il terapeuta chiude le mani a pugno e fa sollevare all’improvviso un dito di una mano e poi dell’altra. Il bambino osservando le dita che spuntano fuori alternativamente, muove gli occhi avanti e indietro), “lo schiocco delle dita” (si utilizza sia lo stimolo uditivo che visivo per aiutare il bambino a mantenerlo concentrato sui movimenti), “i movimenti alternati” (ci sono bambini, in particolare i bambini ADHD o con disturbi dell’apprendimento, che hanno difficoltà a seguire il movimento standard, per cui può essere utile far seguire altri movimenti: circolare, ellittico, diagonale, un 8 di traverso), “i punti sul muro” (possono essere utilizzati quando la vista del terapeuta, durante i movimenti oculari, può distrarre il bambino per cui si scelgono dei punti o degli oggetti sul muro a entrambe le estremità del campo visivo del bambino, chiedendogli di guardarli alternativamente), “giochi con la palla” (durante la conversazione, magari su un ricordo traumatico, si possono indurre i movimenti oculari, gettandosi la palla, a turno, tra bambino e terapeuta. Quando poi il terapeuta ritiene che sia il momento opportuno per indurre i movimenti oculari, chiede al bambino di colpirla le ginocchia alternativamente), “spingere” (è il bambino che guida il movimento spingendo la mano del terapeuta o un oggetto), “colorare” (il movimento viene indotto poiché si chiede al bambino di colorare la pagina da una parte all’altra, in questo modo segue la propria mano e i segni che traccia), “il tocco della mano” (il bambino appoggia le mani sulle ginocchia del terapeuta e quest’ultimo tocca alternativamente le sue mani, chiedendo al bambino di muovere gli occhi), “altri stimoli alternati” (suoni alternati, colpire alternativamente piedi o ginocchia, il battimento), “opzioni di alto livello tecnologico” (uno dei più conosciuti è una bacchetta con la punta luminosa e una scatola contenente un raggio di luce che si sposta da una parte all’altra).

2.4.1. Le otto fasi dell’EMDR nel trattamento per bambini e adolescenti

Di seguito verranno descritte le otto fasi dell’EMDR secondo Greenwald (2000). L’impostazione è quella della Shapiro (1995), con alcune modifiche adattate ai bambini.

Prima fase: la storia del paziente e il piano terapeutico

Questa prima fase comprende il contatto iniziale e l'anamnesi. Con i bambini è utile prendere in considerazione tutti quei contesti potenzialmente problematici, in particolare la famiglia e la scuola. E' importante, inoltre, collaborare con le figure significative che si prendono cura del bambino, in particolare i genitori. Oltre alla valutazione standard, sono utili ulteriori dati:

- è importante tracciare una storia completa per prendere in considerazione tutti i fattori, anche quelli più anteriori, che possono aver avuto un'influenza sull'attuale vulnerabilità;
- è fondamentale ottenere tutti i dettagli specifici del problema, le contingenze ambientali e il modo in cui il bambino lo descrive;
- è utile raccogliere dati riguardanti i dettagli dell'evento traumatico, i punti di forza del bambino, le sue abilità e le sue preferenze.

Seconda fase: la preparazione

Vengono presentati l'EMDR e i benefici del trattamento, e viene preso il consenso informato dai genitori e dal bambino. E' un momento utile per conoscere le difficoltà e le potenzialità del paziente, per comprendere su cosa è necessario lavorare affinché il trattamento vada a buon fine. Gli elementi importanti da prendere in considerazione sono:

- essere a conoscenza di possibili problemi fisiologici, psicotici, dissociativi, assunzione di farmaci, violenza. Un elemento importante da affrontare riguarda quando il bambino viene seguito in ambito investigativo e giudiziario. Infatti potrebbe essere compromessa la validità dei ricordi, per cui diventa utile valutare gli effetti che potrebbe avere l'EMDR sulla memoria del bambino, sulla sua volontà e sulla capacità di testimoniare;
- avere pazienza e comprensione di fronte alla mancata motivazione dei bambini e le preoccupazioni dei genitori. La motivazione si sviluppa man mano che il bambino comprende i benefici che può trarre dal trattamento, per cui è importante porre degli scopi, avere il sostegno della famiglia, creare situazioni divertenti e coinvolgenti;
- fare uso delle metafore per spiegare come funziona l'EMDR e quali sono i potenziali benefici del trattamento. Le metafore più comuni sono i "rapidi

movimenti oculari nei sogni” (spiegare al bambino che mentre si sogna gli occhi si muovono velocissimi avanti e indietro, e che per questo motivo sognare fa stare meglio al risveglio. Far comprendere poi che i movimenti oculari con l’EMDR sono un procedimento simile), il “videoregistratore” (spiegare al bambino che quello che si farà, il rievocare i ricordi e le scene, sarà come guardare un film al videoregistratore), la “cassettiera” (far immaginare al paziente una cassetiera, per scoprire cosa c’è dentro), la “pistola laser” (per aiutare il bambino a far sparire le cose sgradevoli), il “dito slogato” (spiegare al bambino che come con una slogatura i sentimenti subiti fanno stare molto male, e che per stare meglio bisogna aspettare di guarire);

- usare animali di peluche in quanto possono funzionare da alter ego, e essere utili per lavorare sui sintomi, i sentimenti e le valutazioni. Più concretamente possono essere utilizzati per illustrare, al bambino, il funzionamento dell’EMDR, per incoraggiarlo a partecipare, e per indurre i movimenti oculari, facendo tenere l’animale in braccio al bambino;
- presentare l’EMDR in forma di gioco può essere utile per incentivare la collaborazione del bambino. Ad esempio può essere utilizzato l’animale peluche, il disegno della sagoma del piede, l’addestramento “Stop significa stop”.

Terza fase: l’assessment

Questa fase comprende la valutazione del ricordo-target, in particolare:

- *L’identificazione del target:* per la scelta di un target viene utilizzata l’immagine mentale che permette sia di recuperare dei ricordi sia per lavorare sulle installazioni, inoltre favorisce concentrazione ed impegno. In particolare, con i bambini, è utile fare riferimento agli incubi, essendo un momento comune dei bambini con disturbi. La scelta dell’obiettivo può emergere dalla storia del trauma, dalla conversazione, dalla terapia o dal gioco. Scelto l’obiettivo si lavora con l’EMDR.
- *Le scale SUD e VOC:* permettono di verificare l’elaborazione, forniscono al paziente un modo per valutare i progressi, la consapevolezza di sé e l’autocontrollo. Con i bambini, la maggior parte dei terapeuti usa la scala SUD e non quella VOC, ma quando il lavoro dell’EMDR punta agli aspetti cognitivi,

per esempio con i bambini vittime di violenza, è consigliabile non usare la scala SUD.

Quarta fase: la desensibilizzazione

Come negli adulti, vengono stimolati i movimenti oculari, mentre il paziente si concentra sul ricordo-target. Gradualmente il paziente supera i vari aspetti del ricordo, incluse le emozioni, l'immagine, la cognizione e le sensazioni negative. Il lavoro con i bambini richiede, però, delle modifiche, soprattutto con quelli molto piccoli che spesso non riescono a far affiorare materiale utile durante i movimenti oculari. E' consigliabile, dunque, non riempirli di domande per ottenere una risposta, e continuare a lavorare sull'obiettivo fino a quando non si azzeri il punteggio SUD. In questa fase bisogna porre attenzione ad alcuni elementi:

- alle impasse che compaiono quando il bambino perde la motivazione o non riesce a tollerare il livello di sofferenza, per cui può rifiutarsi di collaborare, non producendo alcun movimento. Questi problemi devono essere identificati precocemente e risolti. Per prima cosa bisogna accertarsi che il bambino abbia compreso la procedura, poi bisogna verificare che la procedura sia adatta al bambino, infine aiutare il bambino a trovare la giusta motivazione per continuare;
- al tempo tra una seduta e l'altra, che può essere gestito insegnando al bambino tecniche di respirazione. Con i bambini oltre ad essere una tecnica di rilassamento, risulta essere anche un elemento di giocosità che aiuta a mantenerli motivati;
- al raggiungimento di un punteggio SUD zero bisogna trovare altri obiettivi per migliorare l'effetto del trattamento. Per rintracciarli è possibile fare uso della "ripulitura" (porre una serie di domande che riguardano elementi del ricordo problematico) e dello "sviluppo del tema" (lavorare anche con elementi connessi al ricordo disturbante, che possono sembrare meno rilevanti rispetto agli obiettivi principali).

Quinta fase: l'installazione

Anche per l'installazione si usano le immagini. Queste installazioni permettono al bambino di affrontare le immagini disturbanti prima che vengano rielaborate. Possono

essere usate anche quando il punteggio SUD non scende o quando la seduta si è bloccata. Tra le installazioni più importanti abbiamo:

- *Il luogo sicuro*: si chiede al bambino di scegliere un luogo speciale, di osservarlo e descriverlo nei dettagli e di notare quanto si sente al sicuro e protetto. Esso viene installato facendo concentrare il bambino su questa immagine, mentre effettua i movimenti oculari. Può essere utile come rilassamento prima dell'EMDR, prima della desensibilizzazione, nella fase di chiusura.
- *Il dispositivo di sicurezza*: è un'installazione utile per affrontare un elemento fantastico come l'incubo. E' molto utile quando il bambino ha paura, quando si è arenata l'elaborazione, oppure nei disturbi ansiosi.
- *L'immagine risolutiva*: si installa un disegno in cui viene rappresentato un problema per il bambino e si cerca di risolverlo chiedendo al bambino di pensare a qualcosa di alternativo rispetto all'immagine disturbante.
- *La soluzione fantastica*: suggerire al bambino di immaginare di far esplodere o svanire l'elemento doloroso. Si introdurrà, così, un aspetto di gioco e divertimento, e la percezione di avere un controllo.
- *I successi passati e i sentimenti positivi*: dopo l'elaborazione di un ricordo doloroso, si può installare un'immagine legata a esperienze positive e di successo.
- *I successi futuri e sentimenti positivi*: l'installazione di un successo in un settore che costituisce l'obiettivo del trattamento.
- *Estendere la sicurezza*: installare una cognizione di sicurezza sia sull'immagine-target che su tutti quei luoghi in cui il bambino ha manifestato paura.
- *Il modello di ruolo/ideale dell'Io*: quando il bambino non può raccontare una storia di successi e sentimenti positivi, si installa la storia di qualcun altro.
- *L'aiutante*: padre, madre, angelo custode, il modello di ruolo oppure il sé attuale del bambino.
- *Abilità e conoscenze*: installare delle competenze o dei contenuti di studio per migliorare le capacità di apprendimento.
- *Correzione di aspetti negativi*: una cognizione negativa, può essere modificata installandone una correttiva trovata dal paziente.

- *La bontà interiore* (Greenwald, 1993): di fronte a quei bambini che sono convinti di essere cattivi, si può installare la sensazione di essere una persona buona.
- *La ristrutturazione cognitiva*: sostituire delle cognizioni negative, installando cognizioni positive e più adattive.
- *Il contenitore*: far immaginare, visualizzare e installare un contenitore in cui si conservano capacità e risorse da poter utilizzare in seguito, addestrando il bambino a come accedervi.

Sesta fase: la scansione corporea

Chiedere al bambino, come per gli adulti, di ascoltare il proprio corpo e notare se ci sono sensazioni fisiche di fastidio, per poi lavorarci attraverso i movimenti oculari.

Settima fase: la chiusura

Bisogna aiutare il bambino ad acquisire controllo e padronanza prima di lasciare la seduta. Tre elementi sono importanti:

- *Il consolidamento*: è utile consolidare alcuni risultati raggiunti nella seduta (ad esempio, se il bambino ha acquistato sicurezza e ha elaborato la paura, gli si può chiedere dimostrazione del suo coraggio facendogli combattere dei pupazzi).
- *Il contenitore* (Dunton, 1993): installare un'immagine, ad esempio una scatola, per contenere tutto ciò che è fastidioso o non è ancora stato risolto.
- *La chiusura*: installazioni positive, esercizi di rilassamento, rituali (come mettere via i giochi).

Ottava fase: la rivalutazione

Dopo l'EMDR è utile effettuare una valutazione degli effetti e dei risultati del trattamento, e stabilire le linee d'azione per la prossima seduta. Inoltre, è utile chiedere al bambino di mostrare ciò che ha acquisito attraverso il gioco o altri comportamenti.

2.4.2 Applicazioni speciali

In questo paragrafo vengono presentate alcune situazioni particolari nelle quali l'EMDR deve essere applicato ponendo particolari riguardi e adattamenti in base ai soggetti e alle

situazioni prese in considerazione. Seguendo l'impostazione di Greenwald (2000), l'EMDR subisce delle modifiche con:

- *Neonati e bambini ai primi passi:* quando si hanno in trattamento bambini molto piccoli, la procedura EMDR è più breve ed è molto importante la presenza dei genitori, che diventano parte del trattamento. La maggior parte dei neonati e dei bambini ai primi passi vengono portati in trattamento per problemi scatenati da dei traumi, ad esempio dovuti ad un incidente auto o a maltrattamento. Queste problematiche, che riguardano anche i genitori, possono essere affrontate anche in un'unica seduta. E' importante prendere in considerazione la reazione dei genitori. Infatti, di fronte al proprio bambino sofferente, i genitori manifestano diversi sentimenti: tristezza, rabbia, senso di responsabilità, reazioni post-traumatiche, anche violente. Tutte queste reazioni compromettono il modo di prendersi cura del bambino, per cui può essere necessario un trattamento individuale. Inoltre è efficace rendere i genitori attivi nel trattamento del bambino per ritrovare il proprio senso di efficacia. Se un genitore si sente più efficiente, anche il bambino riceverà cure migliori. Bisogna occuparsi della preparazione culturale dei genitori, spesso, infatti, i genitori, di fronte ad un figlio traumatizzato, non sanno come comportarsi nei suoi confronti. Compito del terapeuta è quello di valutare ogni singola situazione per poter dare i consigli più adatti ai genitori. E' fondamentale il coinvolgimento dei genitori nel trattamento, affinché la terapia possa concludersi con esiti positivi. E' utile che il genitore sia presente durante il trattamento, tenga in braccio il bambino e che partecipi insieme al terapeuta all'EMDR, per esempio pronunciando con lui parole chiave legate al trauma o tamburellando sui piedi.
- *Le famiglie:* è fondamentale incoraggiare i genitori ad aiutare il proprio bambino nel trattamento dell'EMDR. La collaborazione e il sostegno dei genitori è utile affinché possa realizzarsi un trattamento individuale con il bambino. Secondo alcuni teorici i genitori dovrebbero essere informati nello specifico sull'EMDR, secondo altri, invece, soltanto in generale. La scelta dipende anche dal livello culturale dei genitori e da quanto desiderano essere informati. E' fondamentale, comunque, rimanere in contatto con i genitori, poiché sono informatori preziosi per capire i progressi del bambino, i suoi comportamenti, i sintomi, il modo in cui si rapportano con lui e per essere al

corrente di ciò che succede tra una seduta e l'altra. Il ruolo dei genitori è fondamentale al trattamento per diversi motivi:

- portare il bambino in terapia è segno di fiducia, collaborazione e approvazione nei confronti del terapeuta che deve, lungo tutto il percorso del trattamento, sviluppare e mantenere l'alleanza terapeutica con loro;
- i genitori forniscono informazioni essenziali per la valutazione iniziale, per conoscere i progressi, per scegliere gli obiettivi e le installazioni. In particolare forniscono informazioni riguardanti la storia del trauma, i comportamenti del bambino, i suoi interessi, le sue abilità e debolezze;
- il genitore può provare per primo l'EMDR e dimostrare al bambino che può avere fiducia e può sentirsi protetto;
- per molti bambini, soprattutto quelli impauriti, è importante avere il genitore lì con loro nella seduta o nelle vicinanze;
- è importante che i genitori comunichino, tra una seduta e l'altra, con il terapeuta, per informarlo delle reazioni del bambino dopo ogni seduta;
- spesso i genitori chiedono di sottoporsi al trattamento, e in questo caso la desensibilizzazione può servire per aiutarli a rispondere in maniera più adattiva, ma la maggior parte delle volte, il lavoro con i genitori, consiste nel far acquisire consapevolezza sulle difficoltà del figlio e comportarsi con più coerenza nei suoi confronti.

Possono essere utili alcuni interventi correttivi che i genitori devono mettere in atto nei confronti dei figli:

- "fare appello alle regole" (Lovett, 1995): le regole e l'autorità degli adulti sono fondamentali per i bambini, in quanto aumentano la fiducia in loro stessi. Le regole vengono installate prima nel ricordo del genitore, poi in quella del bambino e infine si installeranno immagini mentali di situazioni difficili in cui vengono applicate le regole scelte precedentemente;
- "Che bravo bambino" (Greenwald, 1994): questo intervento viene messo in atto quando il bambino si sente "cattivo", e l'intervento correttivo viene trasmesso dai genitori, in quanto rappresentano la fonte autorevole principale. Questo intervento, inoltre, ha effetti positivi anche sui

genitori che scoprono la bontà del figlio e imparano a distinguere sentimenti e reazioni positive e negative nei suoi confronti.

- “La storia del bambino” (Lovett, 1995): di fronte ad un bambino traumatizzato, spesso anche i genitori presentano traumi secondari, come sensi di colpa e vulnerabilità. Questa condizione potrebbe comportare delle conseguenze sulla possibilità di guarigione del bambino. Per cui si può chiedere al genitore di scrivere la storia del proprio bambino sotto forma di fiaba. Il protagonista deve avere le stesse caratteristiche del bambino, il linguaggio usato deve essere semplice e comprensibile al proprio bambino e la storia deve presentare un inizio di vita positiva, successivamente una parte dedicata all’esperienza traumatica, con le caratteristiche del trauma del bambino e infine la risoluzione della situazione. Questa storia viene modificata e adattata dal terapeuta, se necessario, e poi usata nella seduta EMDR, associata ai movimenti oculari.
- *Bagnare il letto*: l’enuresi è un problema molto comune tra i bambini che hanno subito traumi ed è uno degli obiettivi centrali nel trattamento. Vengono presentati alcuni interventi per eliminare questo sintomo:
 - valutare tutti i possibili fattori che hanno scatenato l’enuresi e accertarsi che non ci siano cause biologiche;
 - spesso l’enuresi è un sintomo post-traumatico, che scompare con l’elaborazione del trauma, per cui si può usare l’EMDR sui ricordi traumatici, sugli incubi e le paure notturne;
 - fare uso della funzione genitoriale positiva è un’importante parte del trattamento nella quale i genitori devono creare un ambiente protetto e correttivo nei confronti del bambino;
 - sviluppare l’abitudine della continenza, stabilendo orari regolari per l’assunzione di pasti e bevande;
 - il trattamento deve aiutare il bambino a diventare più forte, e il terapeuta fa appello al fatto che la forza è sinonimo anche di maturità, per cui si può chiedere al bambino di esercitarsi a dimostrare di essere forte, ad esempio con l’esercizio fisico oppure si possono installare dei modelli di

ruolo con figure con la quale il bambino si identifica e non bagnano il letto;

- insegnare al bambino esercizi per sviluppare i muscoli legati alla continenza e alla minzione;
 - far personificare il problema, come se fosse qualcosa di esterno, descriverlo e disegnarlo e poi elaborarlo con l'EMDR;
 - creare esperienze di successo e incentivarle attraverso premi e rinforzi positivi.
- *Situazioni di trattamento:* in questa sezione rientrano alcune situazioni particolari tra cui:
 - il trattamento di pazienti esterni: con bambini non troppo gravi, l'EMDR può cominciare anche dalla seconda seduta. Il primo colloquio viene utilizzato per ottenere le informazioni necessarie dai genitori, creare un'alleanza con loro. In un colloquio a parte viene spiegato il trattamento al bambino, si cerca di svilupparne la motivazione e si individuano gli obiettivi. La prima seduta si occupa della valutazione e del coinvolgimento dei genitori e del bambino. Le sedute successive, invece, inizieranno sempre con un controllo con i genitori sui progressi del bambino e un controllo con il bambino attraverso disegni e gioco, per poi passare all'EMDR e infine all'attività di gioco utile a consolidare i risultati ottenuti.
 - Il trattamento straordinario: solitamente si tratta di pazienti mandati da altri terapeuti, per cui è importante una valutazione iniziale che avvenga con il bambino, i genitori e il terapeuta principale. Il terapeuta che effettuerà l'EMDR agirà in qualità di consulente, mentre sarà sempre il terapeuta principale ad avere responsabilità sul caso.
 - La terapia dell'ambiente: in questo tipo di trattamento l'obiettivo è quello di intervenire su un comportamento negativo, e l'EMDR viene effettuato solo quando si sarà creato un contesto sicuro e più favorevole alla guarigione.
 - Le scuole: il primo passo per il terapeuta è quello di inserirsi nella scuola e farsi accettare come membro, accanto ai genitori e gli insegnanti. Bisogna inoltre pianificare con gli insegnanti quando e per quanto tempo

il bambino può essere sottratto dalle attività scolastiche per andare in terapia. In questo caso, l'EMDR può essere utile per lavorare su un trauma, sulle capacità di coping, sulle capacità di studiare, sulle esercitazioni scolastiche e su frustrazioni legate alla scuola.

- I bambini ricoverati in ospedale: in questo contesto, l'EMDR viene usato solo in un secondo momento. Il primo obiettivo è quello di aiutare i genitori a fronteggiare la situazione. L'EMDR può essere usato per installare visualizzazioni legate al processo di guarigione interiore, per elaborare una modificazione nell'immagine di sé, per preparare il bambino ad accettare dei trattamenti medici, per elaborare un trauma, compresa la stessa ospedalizzazione.
- Disastri, incidenti e altre situazioni critiche (Greenwald, 1993): in queste circostanze può essere utile trattare i bambini con l'EMDR e lavorare con la famiglia, per ridurre i livelli di stress. Il lavoro avviene sui sintomi posttraumatici, ma i clinici devono essere pronti a dover lavorare anche su traumi e perdite precedenti.
- *Popolazioni particolari*, tra queste riscontriamo:
 - “ADHD e disturbi dell'apprendimento”: secondo la Dunton (1993), con questi tipi di disturbi è opportuno applicare un approccio graduale, porre l'accento sulle installazioni positive dirette verso l'autostima, le capacità sociali e di apprendimento e le abilità scolastiche. Con questi bambini spesso è utile attivare i movimenti oculari con metodi alternativi come i colpi delle mani, lo schiocco delle dita, il metodo dei “punti sul muro”. Spesso questi bambini hanno alle spalle una lunga esperienza di traumi, ma conviene cominciare a lavorare su episodi più recenti.
 - “Bambini vittime di violenza”: il primo passo è assicurare il bambino di avere controllo sulla situazione e di poter sperimentare sicurezza. L'EMDR è utile per elaborare l'accaduto, a partire dai ricordi più recenti e peggiori. Inoltre è utile capire se i bambini soffrono di disturbi dissociativi.
 - “Disturbo reattivo dell'attaccamento”: quando si usa l'EMDR sul trauma di questi pazienti, ci si concentra soprattutto sulla rabbia, sul passaggio

dalla cognizione di sentirsi cattivo ad una più positiva oppure può essere un aiuto per sviluppare l'attaccamento verso i genitori.

- “Il disturbo ossessivo-compulsivo”: per alcuni studiosi le persone affette da questo disturbo, per caratteristiche neurologiche particolari, sarebbero incompatibili con questo tipo di trattamento, però i risultati dimostrano il contrario.
- “Il disturbo tipo Tourette”: per questi pazienti l'EMDR può essere utile per spostare un tic da una zona del corpo visibile e magari imbarazzante, ad una alternativa che si noti di meno. Inoltre i tic sono generati dallo stress, per cui si può lavorare anche sulle fonti di stress e sul rilassamento.
- “I disturbi somatici”: per questi casi è utile insegnare tecniche di controllo sul dolore, successivamente lavorare sullo stress e sulla sofferenza psicologica.
- “Il dolore fisico”: il primo passo è lavorare sul dolore, che talvolta sembra essere un contenitore del dolore psicologico, successivamente è utile trovare la fonte traumatica del dolore (incidenti, violenze, scoperta di una malattia...) ed elaborarla con l'EMDR oppure, se non c'è un ricordo connesso al dolore, si può lavorare con l'EMDR direttamente sul dolore. Possono esserci casi di pazienti con dei danni permanenti, per cui può essere utile aiutarli ad adattarsi al danno subito, lavorando sia sul trauma che sul timore di affrontare il futuro, utilizzando l'EMDR.

2.5. Le ricerche: un percorso sugli studi principali

Gli studi sull'EMDR raccolti in questi anni, hanno dimostrato l'efficacia del metodo, in particolar modo per il trattamento del PTSD in situazioni traumatiche molto diverse fra loro: guerre, incidenti, ustioni, violenze sessuali attuali o pregresse, disastri naturali, lutti, azioni terroristiche (Fernandez, Maxfield, Shapiro, 2009).

Il primo studio controllato (Shapiro, 1989) riuscì a dimostrare l'efficacia di questa tecnica e la riduzione di ansia su 22 soggetti che avevano subito traumi di diverso genere. I risultati significativi si dimostrarono già alla prima seduta e si mantennero ad

follow-up realizzato tre mesi dopo per il gruppo di soggetti ai quali era stato somministrato l'EMDR. Il gruppo di controllo, invece, al quale era stato somministrato un trattamento modificato, non dimostrò un abbassamento dei livelli SUD dopo la seduta. Dati clini successivi iniziarono ad incoraggiare l'efficacia di questa tecnica. A questo riguardo ricordiamo il caso clinico di Wolpe e Abrams (1991) di una donna di 43 anni, con una diagnosi di PTSD in seguito ad uno stupro avvenuto 10 anni prima che dimostrò miglioramenti di successo in seguito al trattamento EMDR, contrariamente alla terapia comportamentale avvenuta precedentemente con risultati di cambiamento inferiori. Importanti anche i due casi clinici seguiti da Puk (1991), vittime di abuso sessuale nell'infanzia. In particolare una donna continuava a soffrire di incubi e di un'incapacità a relazionarsi con gli uomini. Dopo 3 set di movimenti oculari, la scala SUD scese fino al livello zero e gli incubi diminuirono notevolmente. Ad un follow-up di 12 mesi, la donna presentò un solo incubo e una relazione sessuale con un uomo. Kleinknecht e Morgan (1992) riportarono il caso di un uomo di 40 anni con PTSD, in seguito ad un incidente nel quale rimase lesa. Dopo il trattamento, il paziente, migliorò e non presentò più sintomi. Inoltre i risultati si mantennero ad un follow-up di 8 mesi. In seguito a questi importanti risultati furono molti gli studi controllati che si occuparono di dimostrare l'efficacia dell'EMDR nel trattamento del PTSD, tra questi ricordiamo Rothbaum (1997), il quale fece uno studio su un campione di 21 donne che avevano subito uno stupro. Queste donne vennero trattate con sedute di EMDR della durata di 90 minuti, e confrontate con un gruppo di controllo. Dopo 3 sedute la maggior parte delle donne non soddisfò più i criteri per il PTSD, a differenza del gruppo di controllo che presentò scarsi miglioramenti. Inoltre i risultati si mantennero ad un follow-up di 3 mesi. Marcus, Marquis e Sakai (1997) lavorarono su un campione di 67 soggetti con PTSD, trattati con 3 sedute di EMDR da 90 minuti. I risultati dimostrarono che tutti i soggetti vittime di un solo trauma e il 70% di quelle con più traumi, non soddisfarono più i criteri di PTSD. Wilson, Becker e Tinker (1997), su un campione di 80 adulti con esperienze traumatiche, di cui 36 con diagnosi da PTSD, dimostrarono l'efficacia dell'EMDR ad un follow-up di 15 mesi, con una diminuzione del 68% dei sintomi di PTSD e dell'84% della diagnosi di PTSD. In uno studio di Marcus, Steven, Marquis, Priscilla, Sakai, Caroline (2004), i 67 pazienti presi in esame, furono sottoposti ad un trattamento di EMDR per la cura del PTSD. Lo studio dimostrò che un numero

relativamente limitato di sedute di trattamento EMDR può comportare sostanziali benefici che si mantengono nel tempo.

L'EMDR, inoltre, ha avuto molto successo nel trattamento di PTSD con i veterani e i reduci di guerra, tanto che il Veterans Health Affaire National Clinical Practice Guideline Council e il Ministero della difesa USA, hanno incluso nei programmi speciali per il PTSD in popolazioni militari e non-militari, l'EMDR, accanto alla psicoterapia cognitiva, all'esposizione e allo Stress Inoculation Training (Fernandez, Maxfield, Shapiro, 2009). A questo riguardo uno studio di Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund, Muraoka (1998) dimostrò che dopo 12 sedute di EMDR, il 78% dei reduci di guerra, non rientravano più nella diagnosi di PTSD. Anche uno studio condotto in Germania (Zimmermann, Guse, Barre, Biesold, 2005), su 80 soldati tedeschi ricoverati tra il 1998 e il 2002, con diagnosi di PTSD, dimostrò significativi miglioramenti subito dopo il trattamento effettuato con l'EMDR, mantenendoli ad un follow-up di 29 mesi.

Numerosi sono anche gli studi che hanno dimostrato l'efficacia dell'EMDR nel trattamento di PTSD con i bambini. In uno studio di Ahmad, Larsson, Sundelin-Wahlsten (2007), l'obiettivo fu quello di esaminare l'efficacia del trattamento EMDR per i bambini con disturbo post-traumatico da stress rispetto ad un gruppo di bambini non trattati con l'EMDR. Il campione preso in considerazione, comprendeva 33 soggetti, scelti da una lista d'attesa in un ambulatorio psichiatrico. Si trattava di bambini con diagnosi di PTSD, di almeno 6 anni, che avevano sperimentato almeno una volta un'esperienza traumatica o erano cresciuti in ambienti traumatizzanti (abuso sessuale, incidenti stradali, lutti...). La durata tra l'evento traumatico e la diagnosi di PTSD fu di meno di un anno. I 33 bambini che avevano soddisfatto i criteri previsti, furono sottoposti al trattamento EMDR e ad un programma di valutazione di pre-trattamento condotta subito dopo la prova di randomizzazione e di post-trattamento 2 mesi dopo. I bambini nel gruppo di trattamento avevano ricevuto l'EMDR immediatamente dopo la prova pre-trattamento, mentre gli altri avevano dovuto aspettare 2 mesi prima di ricevere lo stesso trattamento. Il trattamento EMDR utilizzato si ispirò al protocollo standard con alcuni adattamenti per i bambini. Nonostante la dimensione limitata del campione, i bambini trattati con EMDR mostrarono un miglioramento significativo per quanto riguarda i sintomi di PTSD, a differenza dei bambini non trattati.

Uno studio di Aduriz, Bluthgen e Knopfler (2009) si occupò di un intervento su 124 bambini (dai 4 ai 17 anni) che avevano subito un trauma in seguito ad una grave

inondazione che colpì Santa Fe, il 30 aprile del 2003. L'intervento riguardò un trattamento attraverso l'EMDR dopo il disastro e un altro trattamento dopo 3 mesi per valutarne i risultati. I risultati dimostrarono una riduzione statisticamente significativa dei sintomi subito dopo l'intervento. Queste differenze statisticamente significative si mantennero anche a distanza di tre mesi, come misurato dalle scale psicometriche e dall'osservazione clinica e comportamentale. Nonostante i limiti metodologici, questo studio supporta l'efficacia della terapia EMDR nel miglioramento e nella prevenzione del PTSD, offrendo uno strumento efficiente, semplice ed economico. L'EMDR venne anche utilizzato con successo su bambini in contesti di gruppo, in particolare: in Messico, Venezuela, El Salvador (Jarero et al., 2006), con bambini albanesi in un campo profughi in Germania (Wilson, Tinker, Hofman, Becker e Marshall, 2000), e con gli scolari di Milano in seguito ad un incidente aereo in una scuola (Fernandez, Gallinari, Lorenzetti, 2004).

L'efficacia dell'EMDR, inoltre, è stata dimostrata mettendolo a confronto con altri tipi di interventi. Uno studio interessante (Vaughn, Armstrong, Gold, O'Connor, Jenneke, Tarrier, 1994) si è occupato di dimostrare la maggiore efficienza dell'EMDR rispetto ad altre terapie, in particolare la terapia dell'esposizione e le terapie di rilassamento. I risultati dimostrarono una riduzione maggiore dei sintomi di PTSD, in particolare per quanto riguarda i sintomi intrusivi, quali flashback e incubi, nei soggetti trattati con EMDR. Anche lo studio di Silver, Brooks e Obenchain (1995), su un gruppo di veterani con PTSD, dimostrò che i soggetti trattati con le tecniche di rilassamento e l'EMDR mostrarono maggiori miglioramenti rispetto a quelli trattati solo con le tecniche di rilassamento. Un altro studio di Scheck et al. (1998) su un campione di 60 donne vittime di stupro, sottoposte a due sedute di EMDR o di ascolto attivo. Nonostante il trattamento fosse stato di breve durata, l'EMDR si dimostrò più efficace dell'ascolto attivo. In uno studio di meta-analisi condotto da Van Etten e Taylor (1998) che riguardava i risultati di 59 trattamenti in 32 studi, in cui erano coinvolti pazienti con PTSD, e che prendeva in considerazione diverse terapie, tra cui: farmacoterapie, terapia comportamentale, EMDR, terapia di rilassamento, idroterapia, ipnoterapia, mise in risalto che l'EMDR e la terapia comportamentale si dimostrarono le terapie più efficaci, con la differenza che l'EMDR risultava essere più breve nel soddisfare miglioramenti nella diagnosi di PTSD e gli effetti tendevano ad aumentare in follow-up successivi. Lee, Gavriel, Drummond, Richards e Greenwald (2002), su un campione di

22 soggetti, sottoposti a 7 sedute terapeutiche, confrontarono l'EMDR con la terapia di stress inoculation e di esposizione prolungata. L'EMDR dimostrò maggiore efficacia per quanto riguarda i sintomi di intrusività, e nel mantenimento dei risultati ad un follow-up successivo. In uno studio di Ironson, Freund, Strauss e Williams (2002), che coinvolse un campione di 22 pazienti, dimostrò che dopo 3 sedute di EMDR i sintomi di PTSD e di depressione diminuirono notevolmente. Inoltre gli effetti si mantennero ad un follow-up di 3 mesi ed il trattamento si dimostrò più veloce con l'EMDR, anziché con la terapia comportamentale.

In questi ultimi vent'anni l'EMDR è stato oggetto di studio centrale nella ricerca scientifica nell'ambito della terapia dello stress traumatico, dimostrandosi uno strumento efficace. Tale procedura continua a suscitare forte interesse e curiosità, e gli studi volti a perfezionarla sono ancora in corso, soprattutto per quanto riguarda la comprensione dei fondamenti neurobiologici alla base del trattamento, ad oggi ancora poco conosciuti (Shapiro, 2011).

3. Disturbi d'Ansia

3.1. Introduzione

La paura, l'ansia, l'angoscia, il panico, il terrore spesso vengono considerate emozioni simili. In particolare, hanno in comune la sensazione di pericolo imminente e la reazione somatica di allarme che attiva il soggetto e gli permette di fronteggiare il pericolo attraverso l'attacco o la fuga (Lorenzini 2006).

Parlando dei Disturbi d'Ansia è interessante comprendere il significato dell'ansia, il modo in cui si struttura e insorge, e come si differenzia dalla paura (Bara, 2005).

Le prime teorie sull'ansia possono essere ricondotte a Sigmund Freud (1925) e ad autori successivi, che hanno considerato l'ansia come un aspetto multidimensionale e non come fenomeno unitario (Kandel, 2005). Freud aveva fatto una distinzione tra l'*angoscia reale* (una risposta innata e involontaria ad una situazione di pericolo interna o esterna) e l'*angoscia segnale* (una risposta di paura appresa con una funzione di segnale d'allarme verso situazioni traumatiche o conflittuali). Ulteriori studi, successivi a quelli di Freud, hanno poi diviso l'ansia appresa in tre forme: *attacchi di panico* (episodi di terrore ingiustificati, in assenza di una causa, caratterizzati da catastrofe imminente e attivazione del sistema nervoso simpatico), *ansia anticipatoria* (provocata da un segnale preciso associato al pericolo) e *ansia cronica* (tensione persistente non ricollegabile a minacce esterne identificabili) (Ammaniti, 2010).

Nello specifico l'ansia è una reazione di paura ingiustificata, eccessiva e indesiderata, nei confronti di una situazione che normalmente non è da considerarsi pericolosa (Bara, 2005). “Una condizione di generale attivazione delle risorse fisiche e mentali, attivata in presenza di qualcosa che non è immediatamente identificabile” (Ammaniti, 2010, p. 148). L'evento, che apparentemente può sembrare inoffensivo e insignificante, immotivato e privo di senso, viene percepito e valutato dal soggetto come spaventoso e pericoloso, in quanto impedisce la realizzazione di obiettivi rilevanti (Bara, 2005).

La paura, invece, è un elemento di “base” automatico, un'emozione primaria, utile alla sopravvivenza, diffuso sia negli uomini che negli animali, che ci segnala un possibile pericolo e ci prepara a metterci in salvo. Essa comprende tre elementi: il vissuto soggettivo di timore, la modificazione fisiologica dell'organismo, il sistema di attacco o fuga per far fronte alla minaccia (Lorenzini, 2006). La paura è scatenata da pericoli

concreti nel tempo e nello spazio. Infatti, di fronte ad un reale pericolo, l'organismo si attiva psicologicamente e fisiologicamente per fronteggiarlo nel migliore dei modi. Nell'ansia, invece, il pericolo è supposto e distante, valutato negativamente e considerato una minaccia verso la quale porsi continuamente allerta. L'ansia, quindi, diventa un segnale disadattivo, in quanto provoca nel soggetto un continuo rimuginare e una continua preoccupazione verso possibili pericoli futuri, con la conseguenza di una logorante esistenza nel presente, e un eccessivo dispendio di energie, in quanto, in vista di temuti potenziali attacchi, l'organismo viene continuamente attivato e allertato e predisposto al comportamento di attacco e fuga, ma siccome tutta questa predisposizione non viene seguita dall'azione, in quanto l'evento pericoloso non avrà luogo, non ha la possibilità di scaricarsi e di ristabilire l'equilibrio precedente (Bara, 2005).

Dal punto di vista cognitivo, l'ansia è dovuta ad una scarso senso di autoefficacia di fronte ad una situazione interpretata come minacciosa e ad una eccessiva vulnerabilità, che spinge l'individuo verso una vigilanza costante e un'attenzione ad ogni dettaglio. Inoltre, il soggetto sopravvaluta sia la possibilità che l'evento minaccioso accada, sia la sua gravità. Questa interpretazione attiva nel soggetto la fuga o l'evitamento, ma non elimina l'idea dell'ambiente come minaccioso e dell'incapacità a fronteggiarlo (Lorenzini, 2006).

Inoltre, quest'ansia disfunzionale che impegna costantemente il soggetto a mettere in atto comportamenti di evitamento, compromette le capacità di affrontare i compiti di vita quotidiana e i rapporti affettivi. Come conseguenza, il soggetto, vede la sua vita deteriorarsi e spesso attribuisce a se stesso la responsabilità per la mancanza di capacità e per la vulnerabilità. Questa valutazione può portare verso una depressione secondaria, con una ulteriore perdita della qualità della vita e una abbassamento dell'autostima (Lorenzini, 2006).

3.2. Classificazione dei Disturbi d'Ansia secondo il DSM-IV-TR

Verranno presi in considerazione i Disturbi d'Ansia dell'Asse I del DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000). Questi disturbi hanno in comune i meccanismi di genesi e mantenimento dell'ansia, ovvero sono sostenuti da delle

credenze metacognitive e da dei processi emotivi e comportamentali che conducono verso interpretazioni e valutazioni della realtà e di se stessi in maniera errata e catastrofica. Questi meccanismi regolano il funzionamento del sistema cognitivo e sono responsabili dell'instaurazione e del mantenimento del disturbo d'ansia. Si differenziano, invece, per lo scopo che il soggetto sente continuamente e ripetutamente minacciato. Quindi l'ansia è sempre la stessa, ciò che, invece, differenzia i vari disturbi è lo scopo che il soggetto desidera e al quale non può rinunciare, ma che avverte minacciato (Lorenzini, 2006).

Il DMS-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) identifica, in questa sezione, i seguenti disturbi:

- Attacco di Panico
- Agorafobia
- Disturbo di Panico senza Agorafobia
- Agorafobia senza Anamnesi di Disturbo di Panico
- Fobia Specifica
- Fobia Sociale
- Disturbo Ossessivo-Compulsivo
- Disturbo Post-traumatico da Stress
- Disturbo Acuto da Stress
- Disturbo d'Ansia Generalizzato
- Disturbo d'Ansia Dovuto ad una Condizione Medica Generale
- Disturbo d'Ansia indotto da Sostanze
- Disturbo d'Ansia non Altrimenti Specificato.

Di seguito verrà presentata una descrizione dei Disturbi D'Ansia secondo il DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000):

Attacco di Panico

Il soggetto vive un improvviso e intenso terrore, una sensazione di catastrofe imminente e perdita di controllo. Secondo il DSM-IV-TR l'intensa paura deve essere accompagnata da almeno quattro sintomi somatici o cognitivi su una lista di tredici (palpitazioni, cardiopalmo o tachicardia, sudorazione, tremori fini o a grandi scosse, dispnea o sensazione di soffocamento, sensazione di asfissia, dolore o fastidio al petto,

nausea o disturbi addominali, sensazioni di sbandamento e di instabilità, sensazione di irrealtà e depersonalizzazione, paura di perdere il controllo o di impazzire, paura di morire, parestesie, brividi o vampate di calore) che sono insorti improvvisamente e hanno raggiunto il picco nel giro di 10 minuti. Spesso si avverte l'esigenza di fuggire dalla situazione percepita pericolosa.

Per l'Attacco di Panico non è possibile codificare una diagnosi specifica, poiché si presenta in diversi Disturbi d'Ansia, e quindi costituisce solo un sintomo.

L'Attacco di Panico può essere suddiviso in:

- *Attacco di Panico inaspettato*: non è provocato da nessun fattore, per cui insorge spontaneamente, ed è tipico del Disturbo di Panico con o senza Agorafobia.
- *Attacco di Panico causato dalla situazione*: si manifesta alla presenza del fattore scatenante situazionale, ed è caratteristico della Fobia Sociale e delle Fobie specifiche.
- *Attacco di Panico sensibile alla situazione*: insorge in seguito all'esposizione dello stimolo, ma non è necessariamente associato al fattore scatenante per cui può anche manifestarsi in un secondo momento. Può essere frequente nel Disturbo di Panico, ma anche nella Fobia Sociale e nelle Fobie specifiche.

Agorafobia

Come per l'Attacco di Panico, anche l'Agorafobia è da considerarsi un sintomo che può manifestarsi nel Disturbo di Panico con Agorafobia e nell'Agorafobia senza anamnesi di Disturbo di Panico.

Nel caso dell'Agorafobia l'ansia insorge nei luoghi o nelle situazioni dalle quali è difficile allontanarsi, o nei quali non è possibile un aiuto e un sostegno in caso di panico. La conseguenza è che il soggetto evita tutte quelle situazioni potenzialmente pericolose oppure le sopporta, ma con molto disagio. Situazioni tipiche di disagio sono: stare in mezzo alla folla, viaggiare in auto, essere in ascensore, stare a casa da soli. Inoltre, l'atteggiamento di evitamento, può compromettere tutte le azioni normali e quotidiane, come il recarsi al lavoro o portare avanti le varie commissioni domestiche (ad esempio, fare la spesa).

Disturbo di Panico senza Agorafobia

Questo tipo di disturbo è caratterizzato da Attacchi di Panico frequenti ed improvvisi, preoccupazione insistente di avere un altro possibile Attacco di Panico, e preoccupazione sulle conseguenze degli Attacchi di Panico e su una modificazione del comportamento in relazione all'attacco. Gli Attacchi di Panico non sono correlati all'effetto di una sostanza, ad una condizione medica generale o un altro disturbo mentale. Inoltre i soggetti avvertono un senso di ansia costante o intermittente e non legata ad una situazione specifica. Si dimostrano esageratamente preoccupati per la propria salute, interpretando dei sintomi fisici di lieve entità in maniera catastrofica, producendo così un'ansia cronica debilitante. Spesso il disturbo può essere associato ad esperienze di perdita e di separazione con le persone amate, ad esempio l'andare a vivere da soli o il divorzio.

La demoralizzazione può essere frequente in questi soggetti, in quanto vivono sentimenti di vergogna, insoddisfazione e difficoltà nel condurre la normale vita quotidiana. Dal punto di vista fisiologico, può presentarsi una tachicardia transitoria e un'elevazione della pressione sistolica.

Gli Attacchi di Panico possono avere una frequenza moderata, ad esempio una volta a settimana oppure quotidiana intervallata da periodi senza attacchi oppure con attacchi poco frequenti. L'esordio del disturbo generalmente si colloca tra la tarda adolescenza e i 35 anni. In alcuni casi può iniziare nell'infanzia oppure dopo i 45 anni.

Agorafobia senza anamnesi di Disturbo di Panico

A differenza del Disturbo di Panico con Agorafobia, nella quale gli Attacchi di Panico sono completi, questo tipo di disturbo è caratterizzato da attacchi paucisintomatici inabilitanti o imbarazzanti, e da Agorafobia con paura e sintomi di panico (dei 13 elencati per l'Attacco di Panico).

Fobia specifica

Nella Fobia specifica è presente una paura evidente, ricorrente, irragionevole ed eccessiva verso un oggetto o una situazione distinguibile, circoscritta e specifica. Di fronte ad uno stimolo fobico, il soggetto reagisce in modo immediato con una risposta ansiosa, che può assumere la forma di Attacco di Panico. Le reazioni di evitamento, paura e ansia conseguenti all'esposizione dello stimolo fobico, interferiscono in modo

evidente con i compiti di vita quotidiana, lavorativa e sociale. La paura può manifestarsi in presenza di un oggetto o una situazione specifica e può riguardare il timore di perdere il controllo e di avere panico. L'oggetto della paura può essere di tipo: animale, ambientale/naturale (temporali, altezze, acqua...), sangue-iniezioni-ferite, situazionale (trasporti pubblici, tunnel, ponti, ascensori, volare, guidare o luoghi chiusi...).

Fobia Sociale (Disturbo da Ansia Sociale)

E' presente una paura evidente, marcata e ricorrente verso situazioni sociali o prestazionali, e l'esposizione verso lo stimolo fobico sociale scatena una risposta d'ansia immediata che può prendere la forma di un Attacco di Panico situazionale. Anche in questo caso, come nella Fobia Specifica, questo tipo di disturbo interferisce con il funzionamento sociale, scolastico e lavorativo. Questi soggetti, di fronte a delle situazioni sociali o prestazionali, temono l'imbarazzo e il giudizio degli altri, in particolare la preoccupazione di essere giudicati ansiosi, deboli, pazzi o stupidi. Spesso questi soggetti, in presenza delle situazioni temute, presentano sintomi di ansia quali palpitazioni, tremori, sudorazione, diarrea, arrossamento del viso.

Si può parlare di "Fobia Sociale Generalizzata", quando non si temono solo situazioni che riguardano prestazioni pubbliche, ma tutte quelle situazioni che includono interazioni sociali; questo timore può comportare il rischio di un deficit nelle prestazioni sociali.

La Fobia Sociale è caratterizzata da bassa autostima, sentimento di inferiorità, ipersensibilità alla critica e al rifiuto e valutazioni attraverso test. I soggetti presentano un basso contatto visivo, mani fredde e sudate, tremori e voce esitante. Inoltre possono presentare problemi a scuola per il timore di affrontare esami, e nel lavoro per la presenza di ansia quando parlano in pubblico o in gruppo.

Disturbo Ossessivo-Compulsivo

Questo tipo di disturbo è caratterizzato da ossessioni e compulsioni ricorrenti, eccessive e irragionevoli. Le ossessioni riguardano idee, pensieri, immagini intrusive e persistenti che creano disagio e ansia. Tra le ossessioni più frequenti è possibile riscontrare: il timore di essere contaminati (ad esempio, quando si stringe la mano a qualcuno), dubbi persistenti (ad esempio, se si è lasciata la porta aperta), disagio intenso al disordine degli oggetti, impulsi aggressivi e fantasie sessuali. Di solito gli individui cercano di

neutralizzare le ossessioni con altri pensieri o una compulsione (ad esempio controllando ripetutamente di aver chiuso il gas).

Le compulsioni, invece, sono azioni e comportamenti ripetitivi (lavarsi le mani, riordinare, controllare) o azioni mentali (pregare, contare, ripetere mentalmente una parola), messi in atto per ridurre l'ansia o il disagio.

Le ossessioni e le compulsioni interferiscono con le attività e i compiti quotidiani, sostituendo comportamenti utili e soddisfacenti.

Una specificazione del Disturbo Ossessivo-Compulsivo è quella "Con Scarso Insight", che si presenta quando il soggetto non riconosce e non considera le ossessioni e le compulsioni come ossessive e irragionevoli.

Questo disturbo può essere caratterizzato dall'evitamento delle situazioni che possono essere associate ad ossessioni e compulsioni, da preoccupazioni ipocondriache, senso di colpa, senso di responsabilità eccessiva, disturbi del sonno, abuso di alcol o di farmaci.

Disturbo Post-traumatico da Stress

In seguito all'esposizione di un evento traumatico, che può riguardare la persona stessa o un'altra persona, e che fa riferimento ad un'esperienza che può causare morte o lesioni gravi, l'individuo può sviluppare dei sintomi tipici che riguardano: il continuo rivivere l'evento traumatico (ricordi ricorrenti, sogni sgradevoli), l'evitamento degli stimoli associati con il trauma, l'aumento dell'arousal (ipervigilanza, difficoltà nel sonno, scoppi d'ira), stati dissociativi e paralisi psichica.

Il Disturbo Post-traumatico da Stress può essere: "acuto" se i sintomi perdurano per un periodo inferiore ai tre mesi, altrimenti è "cronico". Quando, invece, i sintomi si presentano dopo un tempo di almeno sei mesi, allora è definibile ad "esordio tardivo".

Caratteristico di questi soggetti è il vivere sensi di colpa per essere sopravvissuti. Inoltre possono presentare conflitti interpersonali, lamentele somatiche, autolesionismo, impulsività, vergogna, disperazione, ritiro sociale, sensazione di minaccia costante.

Disturbo Acuto da Stress

In seguito all'esposizione di un evento traumatico (entro un mese di tempo e per un minimo di due giorni e un massimo di quattro settimane), l'individuo sviluppa ansia, aumento dell'arousal (problemi nel sonno, ipervigilanza, irrequietezza, irritabilità), sintomi dissociativi (insensibilità, depersonalizzazione, amnesia, inibizione

emozionale), sensi di colpa, difficoltà a trovare piacere nelle attività quotidiane, problemi nella concentrazione, distacco dal proprio corpo, percezione del mondo come irreali. Inoltre l'individuo rivive in maniera ricorrente l'evento traumatico e cerca costantemente di evitare luoghi, persone e attività che possono essere associate al ricordo del trauma. Il rischio per questi soggetti è di sviluppare un "Disturbo Depressivo Maggiore", in quanto possono presentarsi sintomi di infelicità e disperazione eccessivi e ricorrenti.

Questo disturbo può compromettere la realizzazione dei compiti quotidiani e il funzionamento della vita sociale e lavorativa.

Disturbo d'Ansia Generalizzato

L'individuo presenta, per un tempo di almeno sei mesi, ansia e preoccupazione massiccia verso eventi o attività che possono riguardare anche circostanze quotidiane (compiti sul lavoro, difficoltà economiche, apprensione per la salute o disgrazie dei familiari) o piccole cose (preoccupazione di ritardare ad un appuntamento, questioni domestiche). Manifesta, inoltre, altri sintomi quali: disturbi nel sonno, tensione del tono muscolare (tra cui anche dolore muscolare, tremori, scosse), sintomi somatici (freddo, bocca asciutta, sudorazione, nausea, diarrea, "nodo alla gola"), irrequietezza, irritabilità, difficoltà nella concentrazione, stanchezza. La difficoltà a controllare la preoccupazione e l'apprensione, può compromettere le relazioni, le attività lavorative e di vita quotidiana. Questi soggetti possono presentare, inoltre, sintomi depressivi.

Disturbo d'Ansia dovuto ad una Condizione Medica Generale

Questo disturbo presenta un'ansia eccessiva, in conseguenza ad effetti fisiologici di una condizione medica generale. Tra i sintomi comuni possono manifestarsi: ansia generalizzata, attacchi di panico oppure ossessioni o compulsioni. In relazione a questi sintomi, il disturbo è costituito dalle seguenti specificazioni: "Con Ansia Generalizzata", "Con Attacchi di Panico", "Con Sintomi Ossessivo-Compulsivi".

Disturbo d'Ansia indotto da Sostanze

Gli individui presentano sintomi d'ansia, attacchi di panico, fobie, ossessioni o compulsioni, in conseguenza agli effetti fisiologici di una sostanza (una droga, un farmaco, una tossina). Tra le specificazioni di questo disturbo abbiamo quella "Con

Ansia Generalizzata”, “Con Attacchi di Panico”, “Con Sintomi Ossessivo-Compulsivi”, “Con Sintomi Fobici”, “Con Esordio durante l’Intossicazione”, “Con Esordio durante l’Astinenza”.

Disturbo d’Ansia Non Altrimenti Specificato

Comprende quei disturbi d’ansia o evitamento fobico che non soddisfano i criteri per nessuno specifico Disturbo d’Ansia, Disturbo dell’Adattamento con Ansia e Umore depresso. In questa categoria possono essere inclusi: il disturbo misto ansioso-depressivo (sintomi d’ansia e depressione), sintomi di fobia sociale correlati con una condizione medica generale o disturbo mentale, Disturbo d’Ansia di cui non è possibile specificare se sia primario, dovuto ad una condizione generale o indotto da sostanze.

3.3. I processi generativi e di mantenimento e le credenze psicopatologiche dei Disturbi d’Ansia

I processi sono delle credenze metacognitive che permettono di regolare il funzionamento del sistema. Spesso il soggetto non è consapevole di comportarsi secondo una certa regola. Quindi, ciò che provoca il disturbo, non sono gli eventi concreti, ma le strutture cognitive dell’individuo. Questi schemi cognitivi possono condurre l’individuo verso distorsioni cognitive e rappresentazioni soggettive della realtà e sono responsabili dell’origine e del mantenimento dei disturbi (Lorenzini, Capo, Stratta, 2006). “Il problema principale dei disturbi d’ansia non è pertanto rappresentato dalla produzione di ansia, ma dai modelli (schemi) cognitivi inappropriati relativi al pericolo, i quali costruiscono continuamente l’esperienza esterna e/o interna dell’individuo in termini di pericolo” (Beck, 1988, p.30).

Secondo Lorenzini, Capo, Stratta (2006) possiamo individuare i seguenti processi implicati nei Disturbi d’Ansia:

- *Scopi senza alternative costruite*: i nostri singoli comportamenti sono guidati da degli scopi, ed essi sono organizzati come una piramide gerarchica, dove al vertice possiamo trovare lo scopo superiore e verso la base una serie di scopi strumentali. Più uno scopo è in alto, più è desiderabile, e più è desiderabile, maggiore sarà l’intensità di ansia provata. Quando si parla di Disturbo d’Ansia,

il problema è la mancanza di scenari alternativi. Questa condizione trasforma la preferenza in un obbligo assoluto, alla quale non si può rinunciare.

- *Evitamento*: è un processo cognitivo e comportamentale messo in atto quando il soggetto cerca di stare lontano da luoghi, persone o situazioni che possono generare un'esperienza ansiosa. L'evitamento è un fattore adattivo che ci permette di evitare le situazioni che potrebbero recarci dei danni, ma diventa disfunzionale nel momento in cui viene utilizzato come strategia privilegiata, come nel caso del Disturbo d'Ansia.
- *Errore metacognitivo*: è un errore di valutazione che consiste nell'interpretare un'attivazione emotiva come un segnale di pericolo. Questo errore è alla base del Disturbo d'Ansia, in quanto l'ansia non viene identificata come un segnale di pericolo, ma diventa essa stessa un pericolo.
- *Bias ed euristiche*: si tratta di errori di giudizio e nell'assumere decisioni, tra cui le ipervalutazioni riguardo l'accadimento di un evento, la grandiosità di un evento, l'astrazione selettiva, le inferenze arbitrarie. Questi errori contribuiscono a creare circoli viziosi che mantengono lo stato di allarme.

Le credenze psicopatologiche sono delle convinzioni personali sia positive che negative, che conducono i soggetti verso modi abituali di vedere le cose. Possono, dunque, contribuire al mantenimento e all'aggravamento di un disturbo (Sassaroli, Ruggiero, 2006).

Secondo Sassaroli, Ruggiero (2006) possiamo individuare le seguenti credenze psicopatologiche comuni ai vari Disturbi d'Ansia:

- *Il pensiero catastrofico*: valutazione eccessiva dei rischi e dei pericoli con previsioni negative e catastrofiche.
- *Intolleranza dell'incertezza*: errore cognitivo che conduce ad interpretare situazioni di incertezza e ambigue come stressanti, e gli eventi negativi come qualcosa da evitare. La conseguenza è l'incapacità di gestire le situazioni imprevedibili.
- *Perfezionismo patologico*: ogni errore viene percepito come un fallimento. Come conseguenza il soggetto evita costantemente di commettere errori.

- *Autovalutazione negativa*: timore di non possedere le capacità per fare fronte materialmente ed emozionalmente alle situazioni temute. Queste credenze metacognitive abbassano il livello di autoefficacia e di autostima.
- *Il bisogno di controllo*: necessità di tenere sotto controllo cose ed eventi, con la credenza e la speranza di impedire che si realizzino gli eventi temuti.
- *Intolleranza delle emozioni*: incapacità di distinguere l'emozione di paura da un pericolo reale e concreto. Come conseguenza la paura non è un più un segnale di pericolo adattivo, ma diventa il pericolo stesso.
- *Senso di responsabilità*: tendenza a valutare se stessi come responsabili degli eventi e degli accadimenti negativi e temuti.

3.4. Disturbi d'Ansia in età evolutiva

“Le sindromi ansiose rappresentano un problema clinico rilevante per il loro esordio precoce, la variegata molteplicità dei quadri con cui si manifestano, e il rischio di una continuità psicopatologica nelle fasi evolutive successive” (Ammaniti, 2010, p.147).

La definizione dell'ansia significativa, dal punto di vista clinico, nell'età evolutiva, è un compito difficile, in quanto l'ansia e la paura hanno caratteristiche diverse, sia per quanto riguarda la gravità, che i limiti a livello di processi emotivi e adattivi, e sono poste su un continuum (Egger, Angold, 2006). Infatti, a differenza degli adulti, non è facile fare una distinzione obiettiva tra l'ansia e la paura, in quanto nell'età evolutiva, un bambino non sa ancora distinguere, in maniera adeguata, ciò che è fantasia e ciò che è realtà, per cui molte esperienze di paura nell'infanzia, come i terrori notturni, la paura dell'estraneo, la paura del buio e della notte, non sono legate a pericoli reali. Un modo per distinguere l'ansia patologica, dall'ansia adattiva è quella di valutare la persistenza di una paura normale facendo riferimento all'età cronologica e prendendo in considerazione la frequenza, l'intensità e la durata dell'ansia (Lambruschi, 2004). L'obiettivo è quindi quello di valutare l'impatto che tale stato d'animo ha sul comportamento abituale del bambino e sullo sviluppo emozionale, cognitivo e sociale (Ammaniti, 2010).

Secondo Lambruschi (2004), nell'età evolutiva, come in quella adulta, possiamo individuare tre tipologie di sintomi in relazione all'ansia:

- *sintomi comportamentali*: evitamento e fuga quando sono possibili, oppure comportamenti quali, ad esempio, succhiarsi il pollice, mangiarsi le unghie, piangere;
- *sintomi fisiologici*: tremori, sudorazione, problemi gastrointestinali, tachicardia, rossore in viso ecc.;
- *componenti cognitive*: pensieri sulla possibilità che i genitori muoiano, scompaiano, si ammalinino, si feriscano ecc.

Da un punto di vista cognitivo-comportamentale, l'ansia nell'età evolutiva, è il prodotto di elaborazioni cognitive distorte e disfunzionali, tra quali: l'ipergeneralizzazione, la catastrofizzazione e l'autosvalutazione. Questi pensieri negativi conducono verso interpretazioni erronee della realtà, una percezione del mondo esterno come pericoloso, e una valutazione di se stessi come persone impotenti ed incapaci. Di conseguenza i bambini ansiosi presentano deficit nel mettere in atto strategie comportamentali utili a fronteggiare i pericoli temuti (Lambruschi, 2004).

Secondo la prospettiva cognitivo-evolutiva, bisogna tener conto di due tematiche connesse con lo sviluppo e l'organizzazione del Sé: lo "sviluppo emozionale" che si costruisce all'interno dei processi interpersonali e i "processi di regolazione e di controllo degli stati emotivi", ovvero di tutti quegli elementi che permettono di distinguere l'ansia come stato adattivo e l'ansia come stato egodistonico. In particolare, il disturbo d'ansia, sarebbe caratterizzato da contesti di accadimento imprevedibili e da figure di attaccamento insicure e iperprotettive, insoddisfatte e spaventate. Questo atteggiamento genitoriale limita nel bambino l'esplorazione dell'ambiente e la sperimentazione delle relazioni, e conduce ad interiorizzare la realtà esterna come pericolosa e se stesso come fragile. L'insicurezza vissuta dal bambino provoca un controllo costante delle figure di accadimento e eccessivi segnali d'allarme al momento della separazione. Inoltre viene compromessa la capacità di regolazione dei propri stati emotivi, in quanto le figure di attaccamento sono incapaci di sintonizzarsi, rispecchiare e dare significato alle emozioni del bambino. Come conseguenza, il bambino, non può sviluppare e organizzare in maniera armonica la conoscenza emotiva. Avere una conoscenza emotiva propria e degli altri ben integrata, ci permette di riconoscere il proprio comportamento emozionale e quello degli altri, di poterlo prevedere e di adottare delle strategie adeguate e coerenti. Quando al bambino non è offerta la possibilità di costruire coerentemente i significati della realtà interna ed esterna, viene

compromessa la sua capacità di riconoscimento, sperimentazione e organizzazione degli aspetti emozionali relativi alla paura. Di conseguenza, quando il bambino sperimenta la paura da separazione, che, normalmente, è una paura adattiva, viene considerata una minaccia eccessiva, in quanto non è riconosciuta, trasformandosi, così, in un'ansia disorganizzante. Di fronte a questa situazione stressante, il bambino mette in atto comportamenti e strategie di controllo nei confronti delle relazioni affettive. Le figure di accudimento tendono, però, ad interpretare tale atteggiamento come un evitamento inadeguato di fronte ad un pericolo esterno (ad esempio, la scuola). Questo errore spinge ad allontanare il bambino, e quest'ultimo percepisce ulteriori timori di perdita che vanno a riconfermare le sue credenze e che aumentano i comportamenti di prossimità. Queste attribuzioni sbagliate conducono verso una rottura della sintonizzazione emotiva e cognitiva fra madre e bambino (Lambruschi, 2004).

Per quanto riguarda la classificazione dei Disturbi d'Ansia nell'età evolutiva, prima degli anni settanta, le ansie e le paure infantili, erano considerate delle condizioni transitorie e momentanee. A partire dal DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) si inizia a parlare di Disturbi d'Ansia nell'infanzia e nell'adolescenza, e vengono create tre categorie (Lambruschi, 2004):

- Disturbo d'Ansia di Separazione;
- Disturbo di Evitamento;
- Disturbo Iperansioso.

Nella successiva revisione, il DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994), invece, viene descritto un unico Disturbo d'Ansia, ovvero il "Disturbo d'Ansia di Separazione", per semplificare la classificazione, poiché molti sintomi della fanciullezza sono rintracciabili anche nell'adulto. Questa scelta permette anche di evidenziare la continuità della psicopatologia, nel senso che la psicopatologia adulta può essere spiegata a partire dall'età evolutiva. Il DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) mantiene gli stessi criteri della classificazione precedente (Lambruschi, 2004).

Secondo, invece l'ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases, 1992) i Disturbi d'Ansia vengono compresi nelle Sindromi e Disturbi della Sfera Emozionale, e vengono elencati nel seguente modo:

- Sindrome d'ansia di separazione dell'infanzia;
- Sindrome fobica dell'infanzia;

- Sindrome di ansia Sociale dell'infanzia;
- Disturbo da rivalità tra fratelli;
- Sindromi o Disturbi Emozionali d'altro tipo;
- Sindrome ansiosa generalizzata dell'infanzia.

Di seguito verrà presentata una descrizione dei Disturbi D'Ansia nell'età evolutiva, secondo la classificazione dell'ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases, 1992) e la revisione di Lambruschi (2004) :

Sindrome d'ansia di separazione dell'infanzia

Il bambino prova un'ansia intensa ed eccessiva nel momento in cui avverte il distacco e la separazione da figure significative, di solito la madre. Il primo sintomo d'ansia deve manifestarsi nei primi sei anni di vita e deve essere non adeguato all'età fisiologica. Sono bambini che evitano di restare soli, ad esempio quando devono andare a dormire e devono andare a scuola, in quanto temono di essere uccisi, rapiti o di essere danneggiati. Inoltre avvertono una forte paura che possa succedere qualcosa di catastrofico ai propri genitori che li possa separare definitivamente da loro.

Durante la separazione dai genitori, possono manifestare sintomi somatici come mal di testa, vomito, mal di stomaco, dolori addominali e una sofferenza eccessiva costituita da ansia, pianto, collera, tristezza, apatia o ritiro sociale.

Sindrome fobica dell'infanzia

Il bambino manifesta una paura eccessiva e ricorrente verso oggetti, animali o situazioni specifiche. Non si tratta di una normale paura che può manifestarsi nello sviluppo del bambino per il livello di gravità e perché influenza ed interferisce con il normale funzionamento del bambino e con le sue relazioni familiari.

Sindrome da ansia sociale

In questo disturbo, il bambino, manifesta un'eccessiva timidezza nei confronti di persone o situazioni poco familiari, rendendo così difficile le relazioni interpersonali. Di fronte a persone o situazioni nuove il comportamento tipico è l'evitamento. Con i membri della propria famiglia o con amici presentano, invece, rapporti interpersonali normali e soddisfacenti.

Disturbo da rivalità tra fratelli

Di fronte alla nascita di un fratello più piccolo, può presentarsi un disturbo emozionale, che può diventare patologico nel momento in cui si dimostra eccessivo e persistente e crea difficoltà nell'interazione sociale.

Sindrome ansiosa generalizzata

E' caratterizzata da un'ansia eccessiva e una preoccupazione irragionevole che però non è collegabile a nessun elemento specifico.

Possono comparire problemi somatici, come dolori e malesseri vari. Inoltre sono presenti forti preoccupazioni verso se stessi e verso i propri comportamenti, con l'esigente conseguenza di richiedere frequenti rassicurazioni. Le maggiori preoccupazioni riguardano le proprie prestazioni nel futuro, come una verifica a scuola, una visita medica, oppure eventi che si sono già realizzati come una competizione sportiva, un'interrogazione o un'interazione interpersonale.

Nella diagnosi bisogna accertarsi che non vi siano esperienze traumatiche come abusi sessuali, violenze, lutti ecc. Nel momento in cui l'ansia manifestata è associabile ad un trauma, sarebbe più utile parlare di "Reazione acuta da Stress" o "Disturbo Post-traumatico da Stress".

4. L'EMDR e i Disturbi d'Ansia

4.1. Introduzione

Sulla base delle ipotesi della Shapiro (1999), è possibile sostenere che l'EMDR può essere applicabile, oltre che per il PTSD, anche per gli altri Disturbi d'Ansia (de Jongh, ten Broeke, 2009), essendo “concepito come una forma di terapia delle esperienze che contribuiscono allo sviluppo dei disturbi e della salute” (Dworkin, 2010, p. 263). Infatti, alla base del modello AIP, le patologie sono ricollegabili alle esperienze dell'infanzia, immagazzinate nella memoria in una rete associativa. Le esperienze passate influenzano quelle presenti, e quelle negative possono restare bloccate nel sistema nervoso della persona e dare origine a risposte patologiche (Solomon, Shapiro, 2008). Inoltre “l'EMDR si focalizza non solo sui ricordi che sono implicati nello sviluppo della patologia, ma agisce anche sulle situazioni presenti che stimolano il disagio emotivo, e aiuta a consolidare le capacità e i comportamenti specifici necessari all'individuo nel futuro” (Giannantonio, 2009b, p.231). “Ciò perché la rete associativa della memoria è complessa, e si vuole raggiungere il maggior numero possibile di sfaccettature del problema. Difatti, poiché il passato e il presente sono collegati su vari livelli della nostra rete associativa della memoria, gli effetti positivi del trattamento si propagano attraverso il sistema, e la persona può iniziare a reagire a situazioni simili in maniera positiva” (Shapiro, Forrest, 1998, p.82).

Uno fra i primi studi a sostenere l'applicabilità della procedura EMDR su altri disturbi, oltre che per il PTSD, fu quello di Marquis (1991). La ricerca coinvolse 78 soggetti con disturbi vari, tra cui: PTSD, disturbi d'ansia, difficoltà relazionali, dipendenze, disturbi di personalità. Oltre alla procedura EMDR vennero utilizzate altre tecniche, in particolare, metodi di rilassamento e tecniche di ristrutturazione cognitive. Secondo l'autore i risultati furono positivi nella maggior parte dei soggetti, eccetto negli stati di dipendenza e nelle tematiche diffuse. Si trattò, però, di uno studio fortemente criticato dal punto di vista metodologico.

Mentre per il PTSD le ricerche sono numerose e hanno permesso di identificare l'EMDR come il trattamento d'elezione per questo disturbo (Bisson et al, 2007), è deludente scoprire che dopo poco più di vent'anni, studi che permettano di supportare l'efficacia dell'EMDR per condizioni diverse dal PTSD siano ancora molto scarsi.

Inoltre, dato che questi studi si basano su protocolli incompleti e cicli di trattamento limitati, non è possibile dare risposte certe sull'efficacia del trattamento EMDR per i Disturbi d'Ansia. Gli studi, comunque, seppure pochi e con molti difetti, presentano risultati che lasciano ben sperare verso questo tipo di ricerca (de Jongh, ten Broeke, 2009).

Dato che il futuro dell'EMDR come metodo terapeutico dipende in gran parte dalle ricerche, è della massima importanza che i sostenitori dell'EMDR diventino più consapevoli della necessità di pubblicare i loro studi. Inoltre i ricercatori dovrebbero impegnarsi maggiormente nel valutare l'efficacia dell'EMDR, facendo un confronto con altri interventi convalidati empiricamente, in termini di risultati e soddisfazione da parte dei pazienti (de Jongh, ten Broeke, 2009).

4.2. Ricerche e discussioni sull'efficacia dell'EMDR nei Disturbi d'Ansia

Questa sezione è dedicata ad una raccolta delle ricerche che hanno cercato di indagare l'efficacia dell'EMDR sui Disturbi d'Ansia. Gli studi presentati verranno suddivisi per ogni disturbo:

Fobie

Secondo la Shapiro (1995), le fobie possono essere distinte in due modi: *fobie semplici* concentrate su un oggetto specifico (ad esempio la paura dei ragni) e *fobie di processo* nelle quali il soggetto ha un ruolo attivo e la paura comprende diversi passaggi e azioni. La Shapiro (1995) sostiene che il trattamento EMDR delle fobie deve riguardare: il superare la paura della paura attraverso l'addestramento all'autocontrollo (ad esempio, con tecniche d'immaginazione attiva), l'elaborazione e la desensibilizzazione del primo ricordo di paura, dei ricordi peggiori e del ricordo più recente, e per ultimo lo sviluppo di un'immagine positiva futura nella quale il soggetto dimostra di non avere paura. Inoltre le fobie di processo prevedono, in aggiunta, un impegno, da parte del paziente, di affrontare l'evento, fonte di paura, entro un tempo definito.

Già a partire dai primi anni, in cui venne scoperto l'EMDR, troviamo alcuni studi riguardanti il trattamento dell'EMDR nelle fobie specifiche.

Per quanto riguarda i casi singoli di trattamento di fobie, interessante è lo studio di Kleinknecht (1993), che riporta il caso di una donna di 21 con una fobia per il sangue e per le iniezioni. Dopo quattro sedute di trattamento EMDR, la donna presentò dei miglioramenti, e fu in grado di ricevere iniezioni, in particolare si sottopose ad una vaccinazione antinfluenzale e ad un prelievo di sangue. I risultati si mantennero ad un follow-up di 24 settimane. Anche uno studio successivo di Lohr, Tolin e Kleinknecht (1995), sul trattamento di fobie per il sangue e le iniezioni, condotto su due donne, rispettivamente di 35 e 22 anni, portò a dei miglioramenti con una diminuzione dei valori dell'ansia, in particolare per la donna di 22 anni, mentre per quella di 35 anni l'ansia ricomparse ad un follow-up di 6 mesi.

Ten Broeke e de Jongh (1993) presentarono il caso di una donna di 63 anni con una fobia per i topi. Dopo solo una seduta di EMDR, la paziente riportò miglioramenti, e i risultati si mantennero ad un follow-up di 6 mesi.

Acierno, Tremont et al. (1994) riportarono il caso di una donna di 42 anni con una paura del buio, della morte e dei cadaveri. Il trattamento riguardò sei sedute con EMD, senza i movimenti oculari, ma la paziente non portò miglioramenti clinici importanti. L'insuccesso venne attribuito all'uso scorretto del metodo.

Young e Walter (1994), condussero uno studio su due donne rispettivamente di 35 e 39 anni, con gravi disturbi di personalità e fobie persistenti. In particolare la prima con una fobia specifica verso i serpenti, la seconda verso le falene e la luna piena. Le due donne furono trattate con 2 sessioni di EMDR, secondo il protocollo standard della Shapiro. I risultati si dimostrarono positivi in entrambe le sessioni e si mantennero ad un follow-up di 6 mesi.

Altri casi singoli che hanno riguardato il trattamento di fobie attraverso l'EMDR, sono riconducibili allo studio di de Jongh, ten Broeke e van der Merr (1995), i quali riportarono il caso di una paziente di 30 anni affetta da una paura di avere la nausea e di dover vomitare. Dopo solo una seduta di EMDR, la donna riportò miglioramenti significativi, con una scomparsa dei sintomi e i risultati si mantennero ad un follow-up di 4 mesi. Interessante anche lo studio di Hassard (1995), che riporta il caso di una donna di 37 anni, la quale, in seguito ad un intervento chirurgico all'anca, soffriva della paura di dover subire un altro intervento chirurgico. Dopo una seduta di EMDR, la paziente riportò miglioramenti e la scomparsa dell'ansia, e i risultati si mantennero ad un follow-up di 6 mesi.

De Jongh e ten Broeke (1996), presentarono il caso di una donna di 35 anni, con una fobia verso i dentisti dall'età di 8 anni. La donna non aveva dimostrato miglioramenti con la terapia cognitivo-comportamentale, mentre bastarono 2 sessioni di EMDR per ricominciare a sottoporsi a trattamenti dentali. I risultati si mantennero ad un follow-up di 2 anni.

Nei recenti studi di casi singoli abbiamo quello di Schurmans (2007), il quale descrisse il trattamento di una donna che aveva sviluppato una fobia di soffocamento in seguito ad una reazione allergica dovuta ad una bevanda alle erbe. Per quattro anni, la donna, aveva ricevuto vari tipi di trattamenti, incluso il trattamento per i disturbi alimentari, una breve terapia psicodinamica, una terapia cognitivo-comportamentale, e trattamenti psicofarmacologici, ma tutti con esiti negativi. Il trattamento EMDR si dimostrò, invece, più efficace rispetto agli altri trattamenti, anche se non comportò la remissione completa della fobia. Anche de Roos e de Jongh (2008) nel loro studio, dimostrarono l'efficacia del trattamento EMDR nella fobia di soffocamento. I 4 bambini presi in esame dimostrarono miglioramenti significativi dopo 2 sessioni EMDR.

Per quanto riguarda le ricerche ritroviamo interessanti studi a favore dell'efficacia dell'EMDR nel trattamento delle fobie. In particolare in uno studio di Hekmat, Edelstein e Cook (1994), condotto su 20 studenti con ansia da prestazione, legata a l'aver paura di fallire negli esami, e suddivisi in due gruppi, uno sottoposto a tre sedute di trattamento EMDR, l'altro come gruppo di controllo, dimostrò effetti positivi del gruppo trattato, rispetto al gruppo di controllo, e i risultati si mantennero ad un follow-up di 6 mesi.

In uno studio di Bauman e Melnyk (1994), condotto su 30 studenti con una fobia per gli esami, suddivisi in due gruppi, di cui uno trattato con EMD e i movimenti oculari, l'altro con EMD e compiti motori, dimostrò che i risultati del primo gruppo furono migliori del secondo. Anche uno studio successivo di Gosselin e Mathews (1995) su 40 studenti con fobia per gli esami, divisi in due gruppi, un gruppo trattato con EMDR e movimenti oculari, l'altro con una variante priva di movimenti oculari, dimostrò che i risultati furono migliori nel primo gruppo, ma che ad un follow-up di 1 mese non si mantennero. Secondo gli autori l'insuccesso dei risultati sarebbe collegato al fatto che, mentre nello studio di Bauman e Melnyk (1994) il trattamento riguardò un solo ricordo, in questo studio, invece, il trattamento prese in considerazione immagini passate e future, per cui una sola seduta di EMDR non poteva essere sufficiente.

Uno studio di Muris, Merckelbach, Holdrinet e Sijsenaar (1998), nell'Università di Maastricht, cercò di dimostrare l'efficacia dell'EMDR su 26 bambini con una fobia per i ragni. Inoltre, gli autori, cercarono di confrontare l'efficacia dell'EDMR con altre tecniche. Il trattamento riguardò due fasi: in un primo momento i soggetti vennero suddivisi in tre gruppi: 9 per il gruppo dell'EMDR, 9 per l'esposizione in vivo e 8 per l'esposizione computerizzata. Nella seconda fase tutti i gruppi ricevettero l'esposizione in vivo. Per quanto riguarda l'EMDR venne utilizzato il protocollo standard della Shapiro (1995), e l'avversione verso i ragni venne desensibilizzata lavorando su un evento legato alla fobia dei ragni passato, recente e futuro. Per l'esposizione in vivo venne utilizzata la procedura di Ost (1989), con esercizi di esposizione che consistevano nel guardare a distanza un ragno, fino ad un contatto corporeo. Il trattamento di esposizione computerizzata (Whitby, Allcock, 1994), invece, consisteva in un confronto gerarchico con ragni di varia forma e specie, rappresentati sullo schermo del computer. I risultati dimostrarono che l'esposizione computerizzata non è particolarmente efficace, l'EMDR, invece, produce dei miglioramenti, in particolare permette di modificare i punteggi SUD e VOC e la paura fobica, ma l'esposizione in vivo risulta essere il trattamento più efficace, in quanto permette di ridurre i sintomi e il comportamento di evitamento tipico della fobia specifica. Questo studio confermò ricerche precedenti, le quali dimostrarono che l'esposizione in vivo è più efficace dell'EMDR nel trattamento delle fobie specifiche (Menzies e Clarke, 1993 - Acierno, Tremont, Last, Montgomery, 1994 - Muris e Merckelbach, 1995 -1997 - Muris, Merckelbach, Van Haaften e Mayer, 1997).

Uno studio di Carrigan e Levis (1999), cercò di comprendere l'efficacia dell'EMDR nel trattamento della fobia di parlare in pubblico. Lo studio, in realtà, dimostrò che l'EMDR non comportò una riduzione della paura.

Anche uno studio di de Jongh, ten Broeke e Renssen (1999) sostenne della maggiore efficacia dell'esposizione in vivo, rispetto all'EMDR, nelle fobie specifiche, però gli autori precisarono che, non è sempre possibile applicare l'esposizione in vivo, in quanto non tutti gli oggetti e le situazioni alla base di una fobia sono reperibili. Di fronte a queste difficoltà pratiche, risulta essere maggiormente applicabile l'EMDR.

Uno studio di de Jongh, van den Oord e ten Broeke (2002) dimostrò l'efficacia del trattamento dell'EMDR per la fobia del dentista. Dopo tre sedute di EMDR, tre dei quattro pazienti, presentarono una riduzione dell'ansia al trattamento odontoiatrico e un

cambiamento comportamentale significativo. I risultati, inoltre, si mantennero ad un follow-up di 6 settimane.

De Jongh e ten Broeke (2007), in un recente articolo, hanno sostenuto che l'EMDR è più efficace nelle fobie specifiche che hanno un'origine traumatica, infatti l'EMDR si presta bene nel selezionare e nel rielaborare ricordi passati di esperienze negative legati ad oggetti o situazioni specifiche. Risulta, invece, meno efficace nelle fobie che non hanno una base traumatica.

In un recente studio di Triscari, Faraci, D'Angelo, Urso, e Catalisano (2011), è stato presentato il trattamento di pazienti affetti dalla fobia di volare. I soggetti suddivisi in due gruppi e sottoposti rispettivamente al trattamento EMDR e alla terapia comportamentale, sono stati osservati sia in una fase di pre-trattamento che di post-trattamento. I risultati hanno dimostrato che entrambi i trattamenti hanno condotto a miglioramenti significativi.

In conclusione, gli studi sull'EMDR nel trattamento delle fobie specifiche, risultano essere di un numero maggiore rispetto agli altri Disturbi d'Ansia, ma ancora insufficienti per dimostrarne l'efficacia (de Jongh, ten Broeke, 2009). Per quanto riguarda gli studi dei casi singoli è stato dimostrato che l'EMDR può essere efficace, in quanto porta a significativi miglioramenti nelle ansie attuali e nelle fobie, ma come sostengono alcuni studiosi (Eschenroder, 2003), da questi studi non è possibile trarre delle conclusioni generalizzabili, in quanto la maggior parte dei clinici tende a pubblicare più i casi di successo, e quindi diventa difficile poter effettuare dei confronti e delle riflessioni. Nel caso delle ricerche, l'EDMR si è dimostrato in grado di produrre dei miglioramenti in diverse fobie specifiche, mantenendo i risultati anche a follow-up successivi, ma risulta essere meno efficace dell'esposizione in vivo nella remissione completa dei sintomi e dei comportamenti di evitamento (Muris, Merckelbach, Holdrinet, Sijsenaar, 1998), e sembra essere più efficace per le fobie specifiche che hanno una base traumatica (de Jongh e ten Broeke, 2007).

Disturbo ossessivo-compulsivo

La ricerca ha dimostrato che i pazienti con OCD rispondono relativamente bene alla terapia cognitivo-comportamentale, mentre, in genere l'EMDR non ha un ruolo importante nel trattamento di questo disturbo (de Jongh e ten Broeke, 2009). Tuttavia

possono esserci eccezioni, in quanto ci sono prove che suggeriscono che gli eventi stressanti possono condurre verso questo tipo di disturbo. E' possibile, quindi, identificare un nesso di causalità tra traumi gravi e l'insorgenza dell'OCD, di conseguenza può essere utile fare un lavoro di desensibilizzazione e rielaborazione della memoria del paziente (De Silva, Marks, 1999).

Tra gli studi presenti abbiamo quello di Corrigan e Jennett (2004), nel quale viene riportato il caso di una donna di 29 anni, affetta da 10 anni dal disturbo ossessivo-compulsivo. La paziente non aveva presentato miglioramenti né con la terapia cognitivo-comportamentale né con la terapia farmacologica. Venne sottoposta ad un trattamento EMDR, mostrando risultati soddisfacenti, ma nove mesi più tardi mostrò una ricaduta con un forte aumento di ansia e un ritorno parziale di pensieri e comportamenti compulsivi, scatenata in seguito all'assunzione di prodotti per facilitare la perdita di peso.

Un altro studio di Böhm, Voderholzer (2010) descrive come il trattamento per l'OCD attraverso la terapia cognitivo-comportamentale non sempre corrisponde al metodo più efficace. Infatti il 15-40% dei pazienti tendono a non rispondere a questo trattamento, a non esserne motivati, e ad abbandonarlo frequentemente. L'EMDR può essere considerato un metodo aggiuntivo, in grado di eliminare questi problemi specifici. I tre pazienti riportati dagli autori, sottoposti ad entrambi i trattamenti, mostrarono una riduzione dei sintomi per il 60%. Inoltre sperimentarono l'EMDR come un metodo utile e motivante, incoraggiati nell'affrontare le loro emozioni.

L'EMDR risulta quindi un metodo utile nel trattamento di pazienti con disturbo ossessivo-compulsivo, ma ulteriori studi controllati e randomizzati sono necessari per confermare questa conclusione (Böhm, Voderholzer, 2010).

Disturbo di Panico

Ciò che dice la Shapiro nel suo libro (1995, p.222) "May be continually traumatized by the fear of fear", ben si adatta ai pazienti che soffrono di Disturbo di Panico. L'EMDR risulta quindi essere una tecnica raccomandata per questi tipi di pazienti (Muris, Merckelbach, 1999).

Tra i primi studi che hanno indagato l'efficacia del trattamento EMDR per i Disturbi di Panico, abbiamo quello di Goldstein e Feske (1994), i quali riportarono il caso di una

serie di pazienti con attacchi di panico che dopo 5 sedute di EMDR presentarono un calo della frequenza di attacchi di panico, della paura di vivere un attacco di panico, e della paura delle sensazioni corporee. In un altro studio di Feske e Goldstein (1997), gli autori confrontarono un gruppo di pazienti trattati con EMDR, con EMDR senza movimenti oculari, e un altro gruppo in lista d'attesa. I risultati dimostrarono che i pazienti che avevano ricevuto il trattamento EMDR, rispetto a quelli in lista d'attesa, avevano ridotto i sintomi legati al Disturbo di Panico. Inoltre i pazienti che avevano ricevuto l'EMDR con i movimenti oculari, avevano raggiunto risultati migliori rispetto a quelli che avevano ricevuto l'EMDR senza movimenti oculari, anche se ad un follow-up di 3 mesi queste differenze non si mantennero.

Uno studio di Muris e Merckelbach (1999) tentò di confrontare il trattamento EMDR per il Disturbo di Panico con la terapia cognitivo-comportamentale. Dopo cinque sessioni di trattamento, i pazienti che avevano ricevuto la terapia cognitivo-comportamentale presentarono risultati migliori.

In uno studio randomizzato di Goldstein et al. (2000) sul Disturbo di Panico con Agorafobia, vennero confrontati tre gruppi sperimentali: un gruppo che aveva ricevuto un trattamento EMDR (n = 18), il secondo di una lista d'attesa (n = 14) e il terzo posto in una condizione di rilassamento, attraverso l'association and relaxation therapy (ART) (n = 13), tecnica molto simile all'EMDR con l'eccezione della stimolazione bilaterale. L'ART consisteva in un rilassamento muscolare dai 30 ai 45 minuti, susseguita da una descrizione, ad occhi chiusi, della scena di panico più spaventosa. Le valutazioni per il Disturbo di Panico, prima del trattamento e dopo il trattamento, vennero fatte tramite dei questionari, delle interviste e dei diari. I risultati dimostrarono che i pazienti che avevano ricevuto l'EMDR avevano presentato miglioramenti nei questionari, nel diario e nelle interviste, ma nessun miglioramento nella frequenza degli attacchi di panico e nelle misure cognitive. Per quanto riguarda il confronto con l'ART, i risultati per l'EMDR furono sfavorevoli. E' stato sostenuto che un corso più lungo di preparazione avrebbe portato a risultati migliori (Shapiro, 1999). Questa tesi è supportata da uno studio di Fernandez e Faretta (2007) che riportarono il caso di una donna affetta da disturbo di panico con agorafobia. Il trattamento riguardò una fase di preparazione di 6 sedute e un trattamento di 15 sedute EMDR. I risultati finali riportarono una remissione completa dei sintomi e un mantenimento dei comportamenti ad un follow-up di 1 anno.

Disturbo d'Ansia Generalizzata

L'unico studio che ha valutato i potenziali effetti dell'EMDR su pazienti con Disturbo d'Ansia Generalizzata è quello di Gauvreau e Bouchard (2008). Gli autori sottoposero a 15 sessioni di EMDR, quattro soggetti con Disturbo d'Ansia Generalizzata. Dopo il trattamento, i risultati misero in risalto che l'ansia e la preoccupazione erano scese notevolmente a livelli sotto la soglia diagnostica, e in due casi si era presenta una remissione completa dei sintomi. Inoltre in un follow-up di 2 mesi, tutti e quattro i pazienti non manifestarono più una diagnosi da Disturbo d'Ansia Generalizzata.

Disturbo Acuto da Stress

L'unica ricerca che ha indagato l'efficacia del trattamento EMDR per il Disturbo Acuto da Stress è quella di Kutz, Resnik e Dekel (2008). Gli autori descrissero un intervento con EMDR su 86 pazienti, in un ricovero ospedaliero. I risultati dimostrarono che il 50% dei pazienti presentò una riduzione dei sintomi intrusivi e del disagio generale, il 27% descrisse un'attenuazione parziale dei sintomi, mentre il 23% non riferì alcun miglioramento. I risultati si mantennero ad un follow-up di 6 mesi.

4.3. L'EMDR e il Disturbo di Panico: un protocollo d'intervento esemplificativo

L'EMDR è una procedura nata per l'intervento del PTSD, per cui la sua struttura standard, dal punto di vista applicativo e teorico, è propria di questa patologia. Per quanto riguarda le altre patologie, il protocollo d'intervento risulta essere un adattamento del protocollo originario. Infatti, sebbene l'EMDR sia nato e si sia sviluppato in particolar modo per il PTSD, e quindi per il trattamento di eventi legati al trauma e fortemente stressanti, può essere applicato anche alla psicopatologia che tradizionalmente non ha un'origine nel trauma, ma che può comunque essere caratterizzata da esperienze traumatiche e stressanti (Giannantonio, 2009b).

Giannantonio (2009b) descrive nel suo libro "Il Disturbo di Panico. Psicoterapia Cognitiva, ipnosi e EMDR" la strategia terapeutica con EMDR che è possibile applicare per il trattamento del Disturbo di Panico. In particolare, la prima fase è quella della stabilizzazione, nella quale si valuta il disturbo, la storia del paziente, si cerca di

comprendere se il paziente assume dei farmaci, si forniscono informazioni sul disturbo e si crea l'alleanza terapeutica. La seconda fase prevede la preparazione del paziente, e, oltre alla presentazione dell'EMDR, all'addestramento ai movimenti oculari, ai segnali di stop e alla creazione del "posto sicuro", è utile usare tecniche di autoipnosi per rendere il paziente maggiormente stabilizzato e pronto ad affrontare il trattamento EMDR vero e proprio. Inoltre le tecniche di autoipnosi possono servire quando il paziente, nonostante i farmaci, presenta ansia e attacchi di panico che possono compromettere il lavoro con l'EMDR. Infatti, quando il paziente è in tale condizione, può essere difficile lavorare sulle emozioni, sulle sensazioni e sui pensieri, ed entrare in relazione con il proprio corpo e le proprie sensazioni fisiche. Inoltre, il paziente, può avere difficoltà a raggiungere una condizione e sensazione di sicurezza. Nella terza fase è utile far esercitare il paziente a percepire e ad attendersi dei miglioramenti attraverso gli esercizi di esposizione dal vivo o immaginativa. Questi esercizi consistono nel far visualizzare al paziente uno schermo sul quale far scorrere ed osservare delle situazioni ansiogene. La possibilità di osservare situazioni d'ansia in un contesto, però, protetto e rilassante, permette di osservare elementi problematici e di disagio da un'altra prospettiva. Nella quarta e nella quinta fase si lavora sulla scelta dei target. Gli stimoli-target devono riguardare: situazioni future ipotetiche che possono presentare ansia e paura e possono provocare evitamento da parte del paziente, attacchi di panico in situazioni passate, ed esperienze di vita precedenti che sono ipoteticamente all'origine del Disturbo di Panico attuale. In particolare è opportuno prima lavorare sulle esperienze di vita che sono la causa dell'attuale disturbo, successivamente è utile lavorare sugli attacchi di panico avvenuti in situazioni precedenti che condizionano ancora fortemente il paziente, e infine è utile concentrare il lavoro su scenari futuri ipotetici.

In alcuni pazienti, i ricordi di attacchi di panico precedenti, anche se non sono collegabili a traumi specifici, possono dare origine a sintomi simili al PTSD. Con questi pazienti può essere utile trattare i ricordi come se fossero esperienze traumatiche, e usare la procedura standard del PTSD. E' bene ricordare, però, che dopo la desensibilizzazione dei ricordi-target, la rielaborazione spontanea adottata con il PTSD, può essere difficile con i pazienti che soffrono di attacchi di panico, per cui è utile identificare eventi di vita da rielaborare e tornare più volte su i target di partenza.

Giannantonio (2009b) propone alcuni accorgimenti tecnici da applicare nella terapia EMDR per il Disturbo di Panico, in particolare:

- Con i pazienti che soffrono di Disturbo di Panico è utile, come per il trattamento del PTSD, elaborare un target partendo dal momento peggiore di esso. Non si prosegue, però, con le libere associazioni del paziente. E' opportuno, invece, creare un'esposizione filmica che verrà prima visionata ad occhi chiusi per individuare la presenza di emozioni e sensazioni di disturbo, successivamente si utilizzerà la stimolazione bilaterale per affrontare ed eliminare gli elementi disturbanti. E' utile, inoltre, osservare la storia che si è creata, cambiarla e rielaborarla in modo diverso, cercando di generare nuove competenze.
- I pazienti con Disturbo di Panico possono avere difficoltà nell'accesso alle emozioni e alle sensazioni. Hanno, infatti, poche o nessuna emozione, difficoltà a codificare il mondo corporeo e emozionale, a identificare e dare un nome a ciò che sperimentano, per cui è opportuno utilizzare strategie diverse rispetto al protocollo standard. Una di queste può essere quella di far chiudere gli occhi al paziente, chiedere di visualizzare ciò che dev'essere elaborato e di osservarsi mentre accade la situazione che si sta immaginando. Può essere utile l'accesso al luogo sicuro che permette di avere un contatto con il proprio corpo e il mondo interiore.
- Questi pazienti hanno difficoltà a trasformare le esperienze problematiche e le convinzioni negative relative al Sé, per cui l'utilizzo dell'elaborazione spontanea può essere controproducente. Può essere utile, invece, lavorare sulle emozioni attraverso "alterazioni percettive", associando sensazioni piacevoli a eventi disturbanti (ad esempio associare un ricordo problematico con una canzone o un colore rassicurante per il paziente), e "alterazioni cognitive", andando a suscitare cognizioni positive su di Sé.
- A differenza dei pazienti con PTSD, quelli con Disturbo di Panico non necessitano di una fase di chiusura, in quanto non c'è pericolo che il paziente continui al di fuori del setting terapeutico una elaborazione coinvolgente ed eccessiva.
- I problemi legati al Disturbo di Panico possono risalire a storie di attaccamento disfunzionali, caratterizzate da figure di accudimento imprevedibili, fragili, violente. Questi pazienti, infatti, hanno difficoltà a descrivere la loro storia di

attaccamento e possono presentare intensa rabbia, paura e tristezza oppure assenza di emozioni, percezioni di se stessi come persone incapaci e vulnerabili. Inoltre la narrazione può presentare incoerenze tra la memoria episodica e la memoria semantica. Attraverso l'EDMR è possibile andare a rielaborare il sistema di attaccamento del paziente, a desensibilizzare gli episodi e le scene più significative della storia d'attaccamento, e a modificare la storia d'attaccamento, con un'introduzione di nuove figure di accudimento e un'integrazione di modelli operativi interni più adattivi. In particolare può essere utile sviluppare nel paziente capacità di "autoaiuto", invitandolo ad immaginare di andare nel proprio passato e di assumere il ruolo che le figure di accudimento avrebbero dovuto svolgere, accudendo il proprio Sé infantile. Possono essere anche utilizzate altre figure di attaccamento che sono state significative per lo sviluppo del paziente (zii, nonni, insegnanti, educatori) oppure anche figure di attaccamento alternative significative nel presente del paziente, come figure religiose e spirituali. Può essere anche utile far immaginare al paziente di spiegare alla propria figura di attaccamento come si è comportata nel passato, chiedendo comportamenti nel presente alternativi e più adeguati.

Appendice

In questa sezione vengono riportati degli esempi clinici che hanno per oggetto il trattamento EMDR di alcuni bambini. Il lavoro ha riguardato la trascrizione delle sedute terapeutiche e la scelta di alcune parti di esse particolarmente significative per offrire un'illustrazione pratica della procedura EMDR.

Esempi clinici

Il caso di G.

G. è un bambino di 10 anni con forti preoccupazioni e paure che possa succedere “qualcosa di brutto” ai suoi genitori. In particolare G. ha il ricordo della mamma svenuta e portata via in ospedale con l'ambulanza che l'ha fortemente traumatizzato.

Di seguito vengono riportate alcune parti significative di una seduta in cui è stato installato il posto sicuro e successivamente alcune parti di un'altra seduta che ha per oggetto la rielaborazione del trama.

Per l'installazione del posto sicuro attraverso l'EMDR, G. sceglie un momento in cui si è sentito davvero sereno e divertito, ovvero la sua prima partita di calcio, in particolare il momento in cui ha fatto goal:

Adesso ti chiedo di chiudere gli occhi, di pensare bene a quell'immagine di te che fai goal, all'essere divertito e al fatto che ti senti divertito e al fatto che lo senti nei piedi, umh

Mm

Io inizio a tamburellare, dopo un po' mi fermo e tu mi dici che cosa ti è venuto in mente, va bene? Dai, chiudi bene gli occhi, pensa a quell'immagine.

MO (22 sec)

Mi è venuto tutto caldo fuori

Mmm

Tutto un caldo fortissimo

Umh-umh

Qua e anche qua giù

Mmm

Non so perché

E quindi proprio dove lo senti

((/)) qua no, qua non tanto, qua sì ((/))

Qua dove lo senti bene, quindi una sensazione più corporea. Umh, ti è venuto in mente altro? Mentre avevi gli occhi chiusi?

Sì, sì, è che ho ripensato a tutta l'azione, che anche quella, sai, (sic) si giocava a 5, quando eravamo piccoli il campo era piccolissimo

(/) quindi hai ripensato a tutta l'azione (/)

Sì, sì, e mi ricordo che però l'azione era molto bella perché ho fatto tutto da solo, li ho scartati tutti, ho fatto tiro (sic), ho fatto il calcio d'angolo e poi ho fatto goal eh-eh

(/) benissimo, però fermati lì, stai di nuovo, metti di nuovo le mani, stai su quello che mi hai detto, chiudi gli occhi e vai avanti (/)

MO (24 sec)

Ho avuto la sensazione di freddo, ma perché mi è venuto quando l'arbitro mi ha annullato un goal che secondo me era validissimo

(/) oh cavolo (/)

Poi non so

Quindi ti sei spostato da quel momento

Eh-eh, ecco

Umh

Sì però sai è sempre bello ...

Aver fatto goal

Sì, eh-eh

Dai, stai su quello, chiudi di nuovo gli occhi, stai sul tuo goal

E che cosa ti devo dire dopo?

Pensa, tu pensa solo, lascia scorrere i ricordi

MO (16 sec)

Mi è venuto in mente quando i miei compagni mi hanno festeggiato perché sai l'abbiamo vinto 4 a 1, che dopo eravamo 1 a 1 e dopo ci ha, e abbiamo vinto proprio perché erano demoralizzati gli avversari e mi ricordo che mi avevan buttato giù a terra e mi si eran buttati su tutti

Bellissimo, fantastico, continua così, chiudi gli occhi

MO (17 sec)

Ah-ah, ecco volevo anche dirtelo prima, era proprio quella lì che mi veniva in mente che il mio portiere ha preso il pallone, l'ha tirato dalla sua porta, ha fatto goal, però eh-eh, dopo ha, ha sai, ha tolto, gli hanno tolto il goal perché naturalmente non valeva, e l'arbitro ha sbattuto la palla contro il palo che è rimbalzata di nuovo in campo, e così siamo andati tutti a prenderla e ho, ho tirato una cannonata che praticamente il portiere, come se fosse la linea qua, il portiere era lì come sei tu, l'ha presa così, è andata quasi in porta, però non ha fatto goal, però tutti gridavano "goal, goal, goal", però non era stato un goal

Cavoli, quindi i ricordi che ti sono venuti si legano a te soprattutto contento che fai goal e i tuoi compagni che ti saltano

((/)) addosso ((/))

Dopo aver installato il posto sicuro, la terapeuta chiede a G. di scegliere una parola legata a quell'immagine che possa rievocare quel ricordo. G. sceglie la parola "Felicissimo":

Allora senti, facciamo ancora due volte così, poi ti chiedo di pensare al ricordo, a quello che mi hai detto, a come ti sei sentito, e alla parola “felicissimo”. Chiudi gli occhi

E che cosa devo dire?

Tu stai solo lì, non devi dire niente, devi solo pensare al ricordo, il momento, la parola “felicissimo”

MO (24 sec)

Mi sono, stavo un attimo ancora pensando, però se non sbaglio eravamo contro una squadra forte che aveva vinto tutte le partite e io ero alla prima partita di campionato vero che facevo, sai ero molto emozionato ... ero molto emozionato, eh, umh ... sai, poi fare goal, era uno stadio grandissimo, tutti che applaudevano, la folla, le urla, è stato bellissimo

Benissimo. Senti, prova a chiudere gli occhi solo un attimo

Sì

E a sentire come stai a livello fisico, cosa senti nel tuo corpo

MO (20 sec)

Eh, che sai, mi sono anche accorto, forse (sic) una cosa che mi capita, però quando sono felice, sono, mi viene sempre caldo, ecco

Benissimo, quindi adesso senti la sensazione di caldo?

Sì

Bellissimo

Di solito ho le mani freddissime, adesso le ho calde

E' vero! Hai fatto un lavoro bellissimo, eh?

La terapeuta conclude la seduta spiegando a G. quello che dovrà fare con la parola “Felicissimo”:

Senti, questo posto sicuro che abbiamo fatto oggi, lo possiamo usare in tutti i momenti in cui ci sentiamo tristi, stanchi, affaticati, arrabbiati. Ci basta chiudere gli occhi e ripensare al nostro posto sicuro e tutto quello che ci è venuto in mente oggi e alla parola chiave che è?

Felicissimo!

Felicissimo, proprio così. Adesso ti chiedo di usarlo durante tutta la settimana e poi mi dirai com'è andata

Va bene!

Nella successiva seduta G. e la terapeuta lavorano con l'EMDR per rielaborare il trauma. Il ricordo traumatico fa riferimento ad un episodio in cui la mamma è svenuta ed è stata male. L'immagine peggiore scelta da G. è quella dell'arrivo dell'ambulanza. In un primo momento G. viene invitato a identificare la cognizione negativa, ovvero un'opinione del sé che emerge da quel ricordo e poi, sempre in riferimento a quell'immagine, viene istruito a scegliere la cognizione positiva, ovvero un'autoaffermazione adattiva più positiva, e la sua attuale reazione affettiva riferita al

ricordo che ha selezionato. Inoltre la terapeuta chiede a G. di valutare la scala SUD, ovvero la valutazione dell'intensità attuale dell'emozione negativa su una scala da 0 a 10, utile per registrare i progressi durante e dopo la seduta EMDR:

Senti, se pensi un pochino a quel momento, qual è secondo te l'immagine più brutta?

... (4 sec) quando ho visto l'ambulanza, che io non credevo che fosse così grande

Certo, quando hai visto l'ambulanza

((/)) capito? ((/))

Mm. Qual è la cosa più brutta che ti viene da dire pensando a quell'immagine?

... (5 sec), terrore, paura

Mm, cioè ti dici: "Sono terrorizzato, sono in panico", e qual è la cosa più brutta a cui pensi?

Cosa?

Rispetto a quell'immagine, se pensi a quell'immagine

Io?

Mm

(sic)

Pensi che

((/)) Io, io proprio quel rumore lì lo odio

Mm, e che cosa, di che cosa hai avuto paura?

Io? Ma dal vedere mia mamma lì che non apre gli occhi e niente, credevo che era morta io, scusami

Mm, quindi la prima cosa brutta che ti dici: "Ho paura che sia morta", umh,

Sì

Senti, se invece pensi a quell'immagine

Quale?

Sempre quella dell'ambulanza, invece di dirti "Ho paura che sia morta", quale sarebbe la cosa bella che potresti dirti?

Che si può salvare

Mm, certo! La mamma si può salvare, umh

Sì

Senti un po', ma se tu pensi a quell'immagine dell'ambulanza e alla tua paura che la mamma muoia

Sì

Quanto, che cosa provi?

... (13 sec) in quel momento lì mi sembrava di essere l'unico al mondo a provare quella cosa lì

Mm. Qual è, come possiamo chiamarla quella cosa che provi?

Paura

Umh

(sic)

Senti, se ci pensi a quell'immagine, al fatto che provi paura, terrore e panico, quanto forte lo senti questo disturbo da uno a dieci?

Dieci, dieci (Suono esterno) cos'è?

Successivamente G. e la terapeuta intraprendono il lavoro sul trauma attraverso i movimenti oculari. Alla fine la terapeuta chiede a G. di valutare di nuovo la scala SUD per rilevare i progressi che sono avvenuti nel corso del trattamento:

Ti chiedo proprio di chiudere gli occhi, pensare, metti le mani così come l'altra volta, ripensare a quell'immagine dell'ambulanza e a te che dici "Ho paura, ho terrore che la mamma muoia", umh, concentrati su questo

E cosa ti devo dire?

Quello che ti viene in mente, niente di che

MO (31 sec)

Cosa ti viene in mente?

... (16 sec) eh, cheee ... (7 sec) mi ricordo cheee ... (4 sec) mi sembrava un po' tutto più veloce, tutto più (sic), tutto più, tutto più disordinato, ecco, scombussolato

Ok, stai su questo, chiudi ancora gli occhi

MO (35 sec)

Mi ricordo che se, se non sbaglio e, era stata la mia vicina di casa a chiamare il (sic), e lei era stata con mia mamma per ... ce l'ho sempre (sic)

Ok, stai su quello, stai ancora lì, chiudi gli occhietti

MO (57 sec)

Io ero andato a scuola con mio papà e che, io a scuola sono sempre un po' allegro sai, parlo (sic)

Certo (sic)

MO (34 sec)

Mi ricordo che la maestra mi aveva chiesto perché ero un po' triste e così, e se non sbaglio, dopo, eh, hanno fatto un minuto di silenzio, e, e, per me, quel minuto lì era interminabile, tutti, mi passavano davanti agli occhi tutti i ricordi di mia mamma

Certo

Tutti quelli belli

E già. Stai bene su questo, chiudi bene ancora gli occhi

MO (40 sec)

Mi ricordo, mi è venuto in mente uno dei tanti momenti che mi passavano

Mm

Eh, quello che, quando eravamo al mare, mia mamma, mm, aveva detto di fare una, una nuotata e dovevo fare una gara contro di lei, allora mi ha chiesto se volevo farla e io ho detto di sì e alla fine l'ho battuta a nuoto e lei mi diceva sempre "Bravo, bravo" eee

Stai su questo, chiudi ancora gli occhi

MO (38 sec)

Sul momento di là, quello lì (sic)

Cosa ti è venuto in mente?

Beh, (sic) però mia mamma l'aveva fatto apposta eh-eh (sic) e niente

Quindi ti sei ricordato un momento bello con la tua mamma, umh. Senti, ritornando un po' indietro rispetto al ricordo di cui abbiamo parlato

Sì

Umh, se adesso pensi al ricordo, umh, quanto senti ancor il disturbo che mi dicevi da uno a dieci?

Beh, adesso che tutto è passato, sai, un po' tutto ... da dieci, sei, sette

Prima di concludere la seduta la terapeuta si congratula con G. per essere stato bravo a svolgere il lavoro e chiede di rievocare la parola "Felicissimo" e lavorare su un posto sicuro per lasciare al bambino l'immagine di un ricordo positivo. Dato che la scala SUD non ha raggiunto un punteggio pari a 0, il lavoro viene continuato nelle successive sedute.

Il caso di T.

T. è una bambina di 13 anni che in seguito ad un trauma legato ad un incidente in auto, sviluppa un dolore cronico ai piedi senza cause organiche, che le impedisce di muoversi e di avere una vita normale. L'obiettivo dell'intervento è rivolto ad elaborare il trauma dell'incidente, intervenendo di conseguenza sul dolore cronico ai piedi.

T., inizialmente, si dimostra scettica al trattamento, in quanto non riesce a leggere il sintomo in un'ottica funzionale e psicologica:

Hai ragione, però sai che a volte può venire così tanto tanto male quando uno sta tanto male anche con le sue emozioni, con il suo cuore quando si spaventa tanto per delle cose, uno può arrivare ad avere tanto male. Questo proprio te lo garantisco, io posso arrivare ad avere malissimo in tantissime parti del corpo proprio perché magari mi spavento per delle cose, umh, essersi spaventati tanto per un incidente può essere davvero una delle cause che mi fa avere anche tanto male, io ci credo che tu hai male eh, ma è proprio, è possibile che tu abbia così male perché ti sei spaventata tanto tanto per l'incidente

E allora è tutto dalla testa, scusa

Ehhh, perché lo dici, sembra che tu lo dica che non ti piaccia tanto questa cosa, però sai è possibile, è possibile sai T., umh, che è possibile però che uno poi arrivi ad avere tanto tanto male, non è che è dalla testa, è il fatto che tu hai avuto un'esperienza molto brutta

Avrò avuto un'esperienza brutta, non so niente di questo incidente, gliel'ho detto a (sic) che ormai è acqua passata

Hai ragione, però ascoltami T., quello che ti volevo spiegare io e che l'incidente è passato fortunatamente, umh, però è vero che noi ci siamo spaventati tanto per questo incidente, quindi quello che io ti chiedo di fare insieme, umh, è provare un pochino, con una procedura che ti spiegherò, umh, a lavorare per fare in modo che l'incidente sia davvero solo più acqua

passata, e per fare in modo che lo sia davvero, davvero, dobbiamo lavorarci un pochino, ti spiego come

Perché io non lo penso che è tutto dai, dalla testa, i piedi perché se non mi ricoveravano quindici giorni a P.

(/) hai ragione (/)

(sic)

Ascoltami però, io lo so che non è solo per quello, però quella può essere una cosa che un po' ci aiuta, umh

Ma ascoltami T., facciamo così, proviamo un po' ad aiutarci su questa cosa, io non ti sto dicendo che è la testa, ti sto dicendo che ognuno di noi, quando vive un'esperienza brutta, purtroppo può arrivare ad avere tanti sintomi, e uno dei sintomi è avere tanto male in alcune parti del corpo perché hai vissuto una brutta esperienza

E allora i piedi sono tutto dalla testa

In parte può essere, che purtroppo aver vissuto un brutto incidente ti abbia fatto anche questo

((/)) va bene, allora i dolori io non li ho! ((/))

T. decide di intraprendere il trattamento, e la terapeuta decide di lavorare da subito sull'installazione delle risorse. Per l'installazione del posto sicuro T. sceglie come immagine la sua festa di compleanno:

Umh, senti questa volta te la ricordi allora, la volta del tuo compleanno? Allora, senti un po' quello che ti chiedo di fare è di ricordarti questa volta del tuo compleanno e di scegliere un momento che ti ricordi che ti piace di più di altri

Quando abbiamo tagliato la torta che ci hanno dato i regali

Bello, senti prova a pensare un po' a te in quel momento, che tagli, l'hai tagliata tu la torta, chi è che te l'ha tagliata?

La mamma

Umh, prova a pensare a quel momento

Con sopra Hello Kitty, Topolino

Bello, allora quello che ti chiedo di fare adesso è di provare un pochino, guarda dovrai metterti però così, con gli occhi chiusi, umh, di mettere le tue mani qui, umh, ti chiedo di chiudere gli occhi e di pensare a quel momento, aspetta e però, aspetta prima di chiudere gli occhi. Pensa un po' a quel momento e a come ti senti, ti sei sentita in quel momento

Benissimo

Benissimo, quindi mi immagino che tu fossi proprio felice. Dov'è che la senti di più questa felicità nel tuo corpo?

Nel cuore

Nel cuore, questa è una cosa bellissima, umh, allora, quello che ti chiedo di fare è di pensare a quel momento a te mentre tagliano la torta, a te che ti senti così felice e che senti la felicità nel cuore, umh, ti chiedo di chiudere gli occhi e pensare solo a quello, quando mi fermo ti dico cosa ti è venuto in mente, umh

Ma il bello che abbiamo tagliano la torta e nel mentre ci suonavano l'orchestra
Bellissimo, allora chiudi gli occhi e pensa a quel momento io ti farò delle stimolazioni così sulle mani, poi quando mi fermo, mi fermerò così e ti dico cosa ti è venuto in mente, se ti è venuto in mente qualcosa me lo dici, se no andiamo avanti, dai, chiudi bene gli occhi

MO (27sec)

Ti è venuto in mente qualcosa?

Sì

Cosa?

Che c'era anche il momento del mio moroso!

Davvero?

Sì

Bello! Come stavi tu in quel momento?

Felice

Bene

Il momento che mi dava il regalo il mio moroso

Bellissimo, chiudi ancora gli occhi e stai su quel momento lì, vai

Del mio moroso

Mm

MO (28 sec)

Cosa ti è venuto in mente?

Tutto quello che fanno tutti i ragazzi

Mm

ti abbracciano, ti danno il bacio, ti dicono che ti amano ehhh ti dicono auguroni

Bella questa cosa. Senti T., se tu pensi a quel momento

Sì

Che ti è venuto in mente adesso, come ti senti?

Benissimo!

Che cosa

((/)) che lo amo anch'io ((/))

Eh, certo, che cosa di bello ti dici di te?

Che sono innamorata di lui

E che quindi tu sei proprio una ragazzina da amare, è vero? Eh si eh!

Allora, pensa a quel momento, a quella cosa bella, al fatto che ti senti così

amata da lui, umh, chiudi gli occhi e pensa a questa cosa per l'ultima volta,

umh, a come ti senti tu, umh, vai

MO (27 sec)

Benissimo

Bene

Felice

Successivamente, la procedura EMDR, ha riguardato un ricordo precedente all'incidente in cui T. non aveva male ai piedi. T. sceglie il ricordo di una partita in cui ha fatto una parata durante il campionato di calcio:

Ce l'hai? Dai, chiudi bene gli occhi e pensa a quel momento e come ti senti tu, come ti senti in quel momento?

Benissimo!

Vai, dove la senti questa, questo essere

((/)) nel cuore ((/))

Vai

MO (19 sec)

Cosa ti è venuto in mente?

E' che stavano, e che i giocatori dell'altra squadra stavano per arrivando, e io, eee, hooo preee, e io sono uscita dove si può uscire, ho preso il pallone, ho fatto la pallonetta

Grande, dai stai ancora su quel momento lì, vai

MO (15 sec)

Che è arrivatooo, la pallonetta, è andato in alto, è arrivato quasi dall'altra parte, l'ha preso un mio amico, ha fatto goal, l'ha buttato dentro

E tu?

"Grande!"

Hai esultato?

(sic)

Hai esultato?

Sì, sì, sono arrivati tutti i miei amici a darmi il bacio

Bellissimo, dai, ancora

((/)) perché io gioco con i maschi, non gioco con le femmine ((/))

Grande! Vai, pensa ancora a quel momento

MO (20 sec)

Che sono arrivati i miei amici a darmi il bacio, e dopo siamo andati avanti con la partita, non mi ricordo

Benissimo, senti come ti senti rispetto a questo momento?

Bene

Mm, e quindi

Sono stata fiera

Eh, certo, cavoli! Senti, poi sono venuti tutti a darti il bacio, quindi figurati che bello, umh. Questo è stato un bellissimo momento, uno dei tuoi momenti in cui comunque tu stavi benissimo, umh, in cui usavi i tuoi piedi, in cui i piedi non ti facevano male e stavi proprio bene, umh.

Nell'ultima parte della seduta la terapeuta invita T. a scegliere un'immagine futura nella quale ritorna ad usare i piedi. T. sceglie di tornare a giocare a calcio:

Allora immaginiamoci di riuscire di nuovo a mettere questi piedi per terra che non ci fanno più male e di riuscire ad andare a giocare, immaginiamocela bene, chiudi gli occhi, pensalo bene

MO (14 sec)

Cheee, mi immagino di mettere (sic) tutte, quando non ho più questi problemi, neanche le stampelle, mi immagino di mettere la tuta e i braghini, maglietta e le scarpe per andare lì, per andare nella porta almeno a tirare un tiro come l'altra volta (sic)

(/) Sì, bravissima, allora adesso ti chiedo di fare questa cosa, immagina di mettere le scarpe ai piedi, di appoggiare i piedi per terra e di andare, per andare a giocare a calcio. Immaginatela tutta la sequenza eh (/)

MO (12 sec)

Com'è andata?

((/)) eeeh ((/))

Cosa ti sei immaginata?

Che mi sono messa le scarpe e siamo andaaa, eee sono corsa, sono andata negli spogliatoi hooo, come facciamo tutti, ci abbracciamo, ci diamo la mano e ci diamo il bacio sulla guancia e ci diciamo: “Speriamo che vinciamo” e ci parliamo un po’ insieme, corriamo dentro

Sei riuscita ad immaginartelo tutto? Bellissimo, umh! Senti, allora adesso fai un bel respiro, pensa a questo bellissimo momento

Fuuuuuuuu

Conclusioni

“L’EMDR è l’ultima assurdità nel mercato della psicoterapia o è piuttosto un metodo da prendere sul serio?” (Eschenroder, 2003).

L’EMDR, fin dalle origini, è sempre stata una tecnica che ha incontrato critiche, difficoltà nell’affermarsi e confusioni nel campo della ricerca. Molti ricercatori continuano a considerarla una “pseudoscienza” (Dworkin, 2010). In un articolo di Perkins e Rouanzoin (2002) vengono messi in risalto alcune interpretazioni e affermazioni erranee in pubblicazioni di diversi ricercatori, in particolare nel lavoro di Rosen et al. (1998) l’EMDR viene considerata una semplice terapia di esposizione prolungata, secondo altri autori (McNally, 1999, Lohr, Lilienfeld, Tolin, Herbert, 1999) l’EMDR produce soltanto un effetto placebo, ed è considerata una tecnica meccanicistica e semplicistica. Di fronte, però, a numerosi dubbi e incertezze di alcuni ricercatori, è indiscutibile il fatto che l’EMDR, sostenuta da un gran numero di studi e di meta-analisi, sia stata riconosciuta dalla International Society for Traumatic Stress Studies come una tecnica efficace ed efficiente per il trattamento del PTSD (Chemtob, Tolin, van der Kolk, Pitman, 2000).

L’EMDR non è una semplice tecnica che utilizza movimenti oculari, ma è una procedura inserita all’interno di un trattamento globale, costituito da otto fasi, nella quale una di queste fasi utilizza la stimolazione bilaterale. Non è una tecnica miracolosa che risolve i problemi sempre in poche sedute, ma richiede un piano terapeutico. È una procedura complessa che richiede un’adeguata e completa formazione, un uso appropriato delle procedure e una profonda interazione tra clinico, metodo e paziente (Dworkin, 2010).

Nonostante la dimostrazione della sua efficacia, l’EMDR ha bisogno di continui perfezionamenti e di studi che permettano la sua evoluzione e la sua completa comprensione. In particolare, negli ultimi anni, gli studi stanno cercando di perfezionare la metodologia di ricerca per approfondire l’intervento nel PTSD, di indagare le basi psicobiologiche, ancora non del tutto chiare, di ricercare l’efficacia dell’EMDR per altri disturbi clinici, quali i Disturbi d’Ansia, i Disturbi di Dismorfismo corporeo, Disturbi dell’Alimentazione, i Disturbi Sessuali, i Disturbi Dissociativi, di dimostrare la compatibilità con altre tradizioni psicoterapeutiche e la possibilità di integrarla con tecniche diverse (Giannattonio, 2001). Riguardo a quest’ultimo punto sono interessanti

le affermazioni che sostengono l'idea che l'EMDR possa rappresentare uno strumento in grado di unificare le varie psicoterapie (Goldwurm, 2006). In effetti "l'EMDR è stato sviluppato per essere inserito in un piano psicoterapeutico indipendentemente dall'approccio di riferimento [...] ed è stato utilizzato da terapeuti di ogni orientamento clinico" (Fernandez, Maxfield, Shapiro, 2009, p.224). Balbo (2006), nel suo libro, offre una visione dell'EMDR come "un approccio integrante fra le varie psicoterapie, dimostrando come i nuclei teorici, il protocollo e le procedure d'intervento sono compatibili con le principali scuole di pensiero attualmente presenti nel mondo della psicoterapia. L'EMDR in quanto elemento integrante può costituire, attraverso il Modello dell'Elaborazione Adattiva dell'informazione, un efficace, nuovo strumento di dialogo fra le psicoterapie" (Balbo, 2006, p. XXII-XXIII). "L'EMDR è uno strumento apparentemente semplice. In realtà è assai complicato e pieno di sfumature diverse. Esso contiene elementi congeniali alle psicoterapie comportamentali, a quelle cognitive o cognitivo-comportamentali, alle dinamiche, alle sistemiche [...] prende in considerazione in modo olistico le tre fondamentali dimensioni dell'uomo: biologica, psicologica e sociale. Il soggetto, poi, del nostro intervento è considerato contemporaneamente in modo completo, e cioè sotto il profilo cognitivo, emotivo e comportamentale. Viene inoltre messa in luce la sua storia passata, l'origine anche inconscia degli impatti traumatici e la loro evoluzione patologica (Goldwurm, p. XVII). Il progetto interessante, creativo e ambizioso dell'integrazionismo teorico (Cionini, 2006) potrebbe trovar corpo nell'EMDR, consentendo a tutti i terapeuti di approccio diverso di capirsi e di utilizzare lo stesso linguaggio (Balbo, 2006). "In definitiva, l'EMDR sembra stia mutando, implicitamente o esplicitamente, in un vero approccio alla psicoterapia in senso lato, con un sempre maggiore apporto teorico necessario per la sua applicazione, ed in questo modo diventando probabilmente un corpus di conoscenze e procedure incommensurabile con alcune tradizioni cliniche" (Giannantoni, 2001, p.27).

Bibliografia

Aciemo R., Tremont G., Last C., Montgomery D. (1994). *Tripartite assessment of the efficacy of eye movement desensitization in a multiphobic patient*. Journal of Anxiety Disorders, 8, 259-276.

Aduriz M. E., Bluthgen C., Knopfler C. (2009), *Helping child flood victims using group EMDR intervention in Argentina: treatment outcome and gender differences*, International Journal of Stress Management, American Psychological Association, Vol. 16, No. 2, p. 138–153.

Ahmad A., Larsson B., Sundelin-Wahlsten V. (2007), *EMDR treatment for children with PTSD: results of a randomized controlled trial*, Nord J Psychiatry, 61, p. 349-354.

Ainsworth M., Blehar M., Walter E., Wall S. (1978), *Patterns of attachment*, Erlbaum, Hillsdale.

Albasi C., Boschioli A. (2003), *Introduzione. Sàndor Ferenczi: per un pensiero clinico vivo*, in *Incontrando Sàndor Ferenczi. Temi ferencziani nella pratica clinica contemporanea*, a cura di Boschioli A., Albasi C., Granieri A., Moretti e Vitali, Bergamo.

American Psychiatric Association (1980), *Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali (DSM-III)*, tr. it Masson, Milano, 1983.

American Psychiatric Association (1987), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-III-R)*, tr.it. Masson, Milano, 1988.

American Psychiatric Association (1994), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*, tr. it. Masson, Milano, 1995.

American Psychiatric Association (2000), *Manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR)*, tr. it Masson, Milano, 2001.

American Psychiatric Association (2004), *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder*, American Psychiatric Association, Arlington, VA.

Ammaniti M. (2010), *Psicopatologia dello sviluppo. Modelli teorici e percorsi a rischio*, Raffaello Cortina, Milano.

Ardino V. (2009), *Il disturbo post-traumatico nello sviluppo*, Unicopli, Milano.

Armstrong M. S., Vaughan K. (1996), *An orienting response model of eye movement desensitization*, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, p. 21-32.

Balbo M. (2006), *EMDR: uno strumento di dialogo tra le psicoterapie*, McGraw-Hill, Milano.

Bara B.G. (2005), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva - Clinica*, Bollati Boringhieri, Torino.

Barbasio C. (2009), *La cura e la curiosità nell'ascolto psicoanalitico orientato*, in *Esperienze in ascolto in situazioni di crisi*, a cura di Granieri A., Fratelli Frilli, Genova.

Barrowcliff A., MacCulloch M.J., Gray S. (2001), *The de-arousal model of EMDR*, Comunicación presentada en el EMDR Europe 2nd Annual Meeting, London, U.K.

Bauman W., Melnyk W. T. (1994), *A controlled study of eye movement and finger tapping in the treatment of test anxiety*, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, p. 29-33.

Beck A. T., Gary E. (1988), *L'ansia e le fobie: una prospettiva cognitiva*, Astrolabio, Roma.

Bisson J. I., Ehlers A., Matthews R., Pilling S., Richards D., Turner S. (2007), *Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis*, British Journal of Psychiatry, 190, p. 97-104.

Blandino G. (2009), *Psicologia come funzione della mente. Paradigmi psicodinamici per le professioni di aiuto*, Utet, Torino.

Bleich A., Kotler M., Kutz I., Shalev A. (2002), *Guidelines for the assessment and professional intervention with terror victims in the hospital and in the community*, National Council for Mental Health, Jerusalem.

Bohm, K., Voderholzer, U. (2010), *Einsatz von EMDR in der Behandlung von Zwangsstörungen: Eine Fallserie [Use of EMDR in the treatment of obsessive-compulsive disorders: A case series]*, Verhaltenstherapie [Behavior Therapy], 20(3), p. 175–181.

Bonomi C., Borgogno F. (2001), *La catastrofe e i suoi simboli. Il contributo di Sándor Ferenczi alla teoria psicoanalitica del trauma*, Utet Libreria, Torino.

Borgogno F. (1999), *Psicoanalisi come percorso*, Bollati Boringhieri, Torino.

Borgogno F. (2005), *Ferenczi e il trauma: una piccola mappa introduttiva*, relazione presentata all'IPA 44th Congress, Rio de Janeiro, p. 1-7.

Borgogno F. (2007), *The Vancouver Interview*, Borla, Roma.

Boschioli A. (2003), *Aspetti evolutivi e costruzione del Sé: alcune ipotesi*, in *Incontrando Sándor Ferenczi. Temi ferencziani nella pratica clinica contemporanea*, a cura di Boschioli A., Albasi C., Granieri A., Moretti e Vitali, Bergamo.

Bowlby J. (1986), *Interview*, in *Attachment, life span and old age*, a cura di Munnichs J. e Miesen B., Van Loghum Slateurs, Deventer, cit. in Blandino G. (2009), *Psicologia*

come funzione della mente. Paradigmi psicodinamici per le professioni di aiuto, Utet, Torino.

Carlons J. G., Chemtob C. M., Rusnak K., Hedlund N. L., Muraoka M. Y. (1998), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Treatment for combat-related post-traumatic stress disorder*, Journal of Traumatic Stress, 11, 1, p. 3-24.

Carrigan M.H., Levis D.J. (1999), *The contributions of eye movements to the efficacy of brief exposure treatment for reducing fear of public speaking*, Journal of Anxiety Disorders, 13(1-2), p. 101-118.

Chemtob C. M., Tolin D., van der Kolk B., Pitman R. (2000), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)*, in Foa E. B., Keane T., Friedman M. J., International Society for Traumatic Stress Study (ISTSS), *Guidelines for PTSD*, Guilford, New York.

Cionini L. (2006), *Psicoterapie. Modelli a confronto*, Carrocci, Roma.

Corrigan F.M., Jennett J. (2004), *Ephedra alkaloids and brief relapse in EMDR-treated obsessive-compulsive disorder*, Acta Psychiatrica Scandinavica, p. 110-158.

CREST (2003), *The management of post-traumatic stress disorder in adults*. A publication of the Clinical Resource Efficiency Support Team of the Northern Ireland Department of Health, Social Services and Public Safety, Belfast.

De Jongh A., ten Broeke E. (1996), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): een procedure voor de behandeling van aan trauma gerelateerde angst. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A procedure for the treatment of trauma-related anxiety*, Tijdschrift voor Psychotherapie, 22, 93–114.

De Jongh A., ten Broeke E. (2007), *Treatment of specific phobias with EMDR: Conceptualization and strategies for the selection of appropriate memories*, Journal of EMDR Practice and Research, 1, p. 46-57.

De Jongh A., ten Broeke E. (2009), *EMDR and the Anxiety Disorders: exploring the current status*, Journal of EMDR Practice and Research, Vol. 3, N. 3, p. 133-140.

De Jongh A., ten Broeke E., Renssen M.R. (1999), *Treatment of specific phobias with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): protocol, empirical status, and conceptual issues*, Journal of Anxiety Disorders, 13, p. 69-85.

De Jongh a., van den Oord H.J.M., ten Broeke E. (2002), *Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the Treatment of Specific Phobias: Four Single-Case Studies on Dental Phobia*, Journal of Clinical Psychology, Vol. 58(12), p. 1489-1503.

De Jongh A., ten Broeke E., van der Merr K. (1995), *Eine neue entwicklung in der behandlung von angst und traumata: eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)*, Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 43, p. 226-233.

De Ross C.J.A.M., de Jongh A. (2008), *EMDR treatment of children and adolescents with a choking phobia*, Journal of EMDR Practice and Research, 2, p. 201-211.

De Silva P., Marks M. (1999), *The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder*, Behavior Research and Therapy, 37, p. 941-951.

Dworkin M. (2010), *La relazione terapeutica nel trattamento EMDR*, edizione italiana a cura di Barbara Gallo e Maria Silvana Patti, Raffaello Cortina, Milano.

Egger H.L., Angold A. (2006), *Anxiety Disorder*. In Luby J.L. (a cura di) *Handbook of Prechool Mental Health. Development, Disorders and Treatment*, The Ghilford Press, New York, London.

Elofsson U.O.E., von Scheele B., Theorell T., Sondergaard H. P. (2007), *Physiological correlates of eye movement desensitization and re-processing*, Journal of Anxiety Disorders, 22, p. 622-634.

Eschenroder C. T. (2003), *EMDR, la nuova tecnica fondata sul movimento guidato degli occhi che fa superare traumi, fobie e ansia*, Red, Novara.

Farina B., Liotti G. (2011a), *Dimensione dissociativa e trauma dello sviluppo*, *Cognitivismo clinico*, Vol. 8, No. 1, p. 3-17.

Farina B., Liotti G. (2011b), *Sviluppi traumatici.eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano.

Fernandez I., Faretta E. (2007), *Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of panic disorder with agoraphobia*, *Clinical Case Studies*, 6, p. 44-63.

Fernandez I., Gallinari E., Lorenzetti A. (2004), *A school-based intervention for children who witnessed the Pirelli building airplane crash in Milan*, *Journal of Brief Therapy*, 2, p. 129–136.

Fernandez I., Maxfield L., Shapiro F. (2009), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)*, in Giannantonio M. (2009), *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi*, Centro Scientifico Editore, Milano.

Feske U., Goldstein A. J. (1997), *Eye movement desensitization and reprocessing treatment for panic disorder: A controlled outcome and partial dismantling study*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 1026–1035.

Frankel K. A., Boyum L. A., Harmon R. J. (2004), *Diagnoses and presenting symptoms in an infant psychiatry clinic: comparison of two diagnostic systems*, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43, p. 578-587.

French National Institute of Health and Medical Research (2004), *Psychotherapy: an evaluation of three approaches*, Paris.

Gauvreau P., Bouchard S. (2008), *Preliminary evidence for the efficacy of EMDR in treating generalized anxiety disorder*, Journal of EMDR Practice and Research, 2, p. 26-40.

George C., Kaplan N., Main M. (1996), *The adult attachment interview*, 3°ed., Department of Psychology, University of California, Berkeley.

Giannantonio M. (2001), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) e psicoterapia del Disturbo Post-Traumatico da Stress: considerazioni critiche e linee di tendenza*, Rivista di Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 1, p. 5-23.

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

Giannantonio M. (2009b), *L'approccio con l'eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)*, in *Il disturbo di panico. Psicoterapia cognitiva, ipnosi, EMDR*, a cura di Giannantonio M., Lenzi S., Raffaello Cortina, Milano.

Gilligan S. (2002), *EMDR and hypnosis*, in F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*, Washington, DC: American Psychological Association Press, p.225-238.

Goldestein A. J., de Beures E., Chambless D.L., Wilson K.A. (2001), *EMDR for panic disorder with agoraphobia: comparison with waiting list and credible attention-placebo control condition*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, p. 947-956.

Goldestein A. J., Feske U. (1994), *EMDR treatment of panic disorder*, Journal of Anxiety Disorders, 8, p. 351-362.

Goldwurm G. F. (2006), *Presentazione al libro EMDR: uno strumento di dialogo tra le psicoterapie*, in Balbo M. (2006), McGraw-Hill, Milano.

Gosselin P., Matthews W. J. (1995), *Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the Treatment of test anxiety: A study of the effects of expectancy and eye movement*, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 26, p. 331-337.

Greenwald R. (1993), *Magical installations can help clients to slay their dragons*, EMDR Network Newsletter 3 (2), p. 16-17.

Greenwald R. (1994), *Family interventions to enhance child EMDR treatment*, EMDR Network Newsletter 4 (3), p. 8.

Greenwald R. (2000), *L'EMDR con bambini e adolescenti*, traduzione di Angelina Cunsolo, Astrolabio, Roma.

Hassard A. (1995), *Investigation of eye movement desensitization in pain clinic patients*, Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 23, p. 177-185.

Hekmat H., Edelstein M., Cook L. (1994), *Managing worries with eye movement desensitization*, relazione presentata al 28° Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Diego.

Herman J. L. (1992), *Complex PTSD: syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma*, Journal of Traumatic Stress, 5 (3), p. 377-391.

International Statistical Classification of Diseases, ICD-10 (1992), *Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali : descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*, ed.it. di D. Kemali, Organizzazione mondiale della sanità, Masson, Milano.

Ironson G. I., Freund B., Strauss J. L., Williams J. (2002), *Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure*, Journal of Clinical Psychology, 58, p. 113-128.

Jarero I., Artigas L., Hartung J. (2006), *EMDR Integrative Group Treatment Protocol: a post disaster trauma intervention for children and adults*, *Traumatology*, 12, p. 121-129.

Kandel E. (2005), *Dalla metapsicologia alla biologia molecolare. Uno studio sui meccanismi dell'ansia*, Raffaello Cortina, Milano.

Kleinknecht, R. A. (1993). *Rapid treatment of blood and injection phobias with eye movement desensitization*, *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 211–217.

Kleinknecht R. A., .Morgan M. (1992), *Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitisation and reprocessing*, *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, p. 43-49.

Kutz I., Resnik V., Dekel R. (2008), *The effect of single-session modified EMDR on acute stress syndromes*, *Journal of EMDR Practice and Research*, Vol. 2, N. 3, p. 190-200.

Lambruschi F. (2004), *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva: procedure di assessment e strategie psicoterapeutiche*, Bollati Boringhieri, Torino.

Lee C., Gavriel H., Drummond P., Richards J., Greenwald R. (2002), *Treatment of post-traumatic stress disorder : A comparison of stress inoculation training with prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing*, *Journal of Clinical Psychology*, 58, p. 1071-1089.

Liotti G. (2004), *Trauma, Dissociation, and Disorganized Attachment: Three Strands of a Single Braid*, *Psychotherapy: Theory, research, practice, training* Vol. 41, p. 472-486.

Liotti G. (2005a), *Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell'attaccamento*, *Infanzia e Adolescenza*, Vol. 4, N. 3, p. 130-144.

Liotti G. (2005b), *Il ruolo dell'attaccamento nella conoscenza e regolazione delle emozioni*, in *Nuovo Manuale di Psicoterapia cognitiva. Teoria*, a cura di B. G. Bara, Boringhieri, Torino.

Lohr J. M., Lilienfeld S. O., Tolin D. F., Herbert J. D. (1999), *Eye movement desensitization and reprocessing: an analysis of specific versus nonspecific treatment factor*, *Journal of Anxiety Disorder*, 13, p. 185-207.

Lohr J. M., Tolin D. F., Kleinknecht R. A. (1995), *Eye movement desensitization of medical phobias: two cases studies*, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatric*, 26, p. 141-151.

Lorenzini R. (2006), *Cos'è l'ansia, a cosa serve e dove si trova nella normalità, nei disturbi d'ansia e negli altri disturbi*, in Sassaroli S., Lorenzini R., Ruggiero G.M. (2006), *Psicoterapia cognitiva dell'ansia*, Raffaello Cortina, Milano.

Lorenzini R., Capo R., Stratta F. (2006), *I processi generativi e di mantenimento dei disturbi d'ansia*, in in Sassaroli S., Lorenzini R., Ruggiero G.M. (2006), *Psicoterapia cognitiva dell'ansia*, Raffaello Cortina, Milano.

Main M., Goldwyn R. (1994-1998), *Adult attachment scoring and classification system*, Departement of Psychology, University of California, Berkeley.

Main M., Kaplan N., Cassidy G. (1985), *La sicurezza nella prima infanzia, nella seconda infanzia e nell'età adulta: il livello rappresentazionale*, Tr.it. in Riva Crugnola C. (a cura di), *Lo sviluppo affettivo del bambino*, Raffaello Cortina, Milano (1993).

Main M., Solomon J. (1990), *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*, in Greenberg M., Cicchetti D, Cummings M. (a cura di) *Attachment in the Preschool Years: theory, research and intervention*, University of Chicago Press, Chicago.

Marcus S. V., Marquis P., Sakai C. (1997), *Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in a HMO setting*, *Psychotherapy*, 34, p. 307-315.

Marcus S. V., Steven V., Marquis P., Priscilla, Sakai C., Caroline (2004), *Three- and 6-Month Follow-Up of EMDR Treatment of PTSD in an HMO Setting*, *International Journal of Stress Management*, Vol. 11(3), p. 195-208.

Marquis J. A. (1991), *A report on seventy-eight cases treated by eye movement desensitization*, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, p. 187-192.

Maxfield L. (2009), *Twenty years of EMDR*, *Journal of EMDR Practice and Research*, Vol. 3, No. 3, p. 115-116.

McNally V. J. (1999), *Research on eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a treatment for PTSD*, *PTSD Research Quarterly*, 10 (1), p. 1-7.

Menzies R. G., Clarke J. C. (1993), *A comparison of in vivo and vicarious exposure in the treatment of childhood water phobia*, *Behaviour Research and Therapy*, 31, 9-15.

Muris P., Merckelbach, H. (1995), *Treating spider phobia with eyemovement desensitization and reprocessing: Two case reports*, *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 439-449.

Muris P., Merckelbach, H. (1997), *Treating spider phobics with eye movement desensitization and reprocessing: A controlled study*, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 39-50.

Muris P., Merckelbach, H. (1999), *Traumatic Memories, Eye Movements, Phobia, and Panic: A Critical Note on the Proliferation of EMDR*, *Journal of Anxiety Disorders*, Vol. 13, No. 1-2, p. 209-223.

Muris P., Merckelbach H., Holdrinet I., Sijsehaar M. (1998), *Treating Phobic Children: Effects of EMDR Versus Exposure*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 66, N. 1, p. 193-198.

Muris P., Merckelbach H., van Haften H., Mayer B. (1997), *Eye movement desensitization and reprocessing versus exposure in vivo. A single-session crossover study of spider phobic children*, British Journal of Psychiatry, 171, 82-86.

Perkins B. R., Rouanzoin C. C. (2002), *A critical evaluation of current view regarding eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): clarifying points of confusion*, Journal of Clinical Psychology, 58 (1), p. 77-98.

Puk G. (1991), *Treating traumatic memories: a case report on the eye movement desensitization procedure*, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatric, 22, p. 149-151.

Quality Institute Health Care CBO/Trimbos Institute (2003), *Dutch National Steering Committee Guidelines Mental Health Care*, Utrecht, Netherlands.

Rosen G., McNally R., Lohr J. R., Devilly G. J., Herbert J. D., Lilienfeld S. O. (1998), *Four points to consider before you buy EMDR products: a replay to Shapiro et al.*, Californian Psychologist, 31, p. 15.

Rothbaum B. O. (1997), *A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder sexual assault victims*, Bulletin of the Menninger Clinic, 61, p. 317-334.

Sassaroli S., Ruggiero G. M. (2006), *Le credenze psicopatologiche centrali dell'ansia*, in Sassaroli S., Lorenzini R., Ruggiero G.M. (2006), *Psicoterapia cognitiva dell'ansia*, Raffaello Cortina, Milano.

Scheck M. M., Schaeffer J. A., Gillette C. (1998), *Brief Psychological Intervention with Traumatized Young Women: The Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, Journal of Traumatic Stress, 11, 1, p. 25-44.

Schore A. N. (2002), *Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36, p. 9-30.

Schurmans K. (2007), *A Clinical Vignette: EMDR Treatment of Choking Phobia*, Journal of EMDR Practice and Research, Vol. 1, N. 2, p. 118-121.

Shalev A. Y., Friedman M. J., Foa E. B., Keane, T. M. (2000), *Integration and summary*, in E. A. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* pp. 359-379). New York: Guilford Press.

Shapiro F. (1989), *Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories*, Journal of Traumatic Stress, 2, p. 199-223.

Shapiro F. (1995), *Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures*, New York: Guilford Press.

Shapiro F. (1999), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment*, Journal of Anxiety Disorders, Vol. 13, p.35-67.

Shapiro F. (2011), *L'EMDR e la concettualizzazione del caso secondo la prospettiva dell'Adaptive Information Processing*, in *Manuale di EMDR e terapia familiare*, a cura di Shapiro F., Kaslow F. W., Maxfield L., Ferrari Sinibaldi, Milano.

Shapiro F., Forrest M. S. (1998), *EMDR. Una terapia innovativa per l'ansia, lo stress e i disturbi di origine traumatica*, Astrolabio, Roma.

Siegel D. J. (2001), *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano.

Silver S. M., Brooks A., Obenchain J. (1995), *Eye movement desensitization and reprocessing treatment of Vietnam war veterans with PTSD: Comparative effects with biofeedback and relaxation training*, Journal of Traumatic Stress, 8, p. 337-342.

Solomon R. M., Shapiro F. (2008), *EMDR and the adaptive information processing model: potential mechanisms of change*, Journal of EMDR Practice and Research, Vol. 2, p. 315-325.

Stickgold R. (2002), *EMDR: A putative neurobiological mechanism of action*, Journal of Clinical Psychology, Vol. 58, p. 61-75.

Ten Broeke e., de Jongh A. (1993), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): praktische toepassing en theoretische overwegingen*, Gedragstherapie, 26, p. 233-254.

Triscari M. T., Faraci P., D'Angelo V., Urso V., Catalisano, D. (2011). *Two treatments for fear of flying compared: Cognitive behavioral therapy combined with systematic desensitization or eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)*, Aviation Psychology and Applied Human Factors, 1(1), 9-14.

Van der Kolk B. (1994), *The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of post-traumatic stress*, Harvard Review of Psychiatry, 1, p. 253-265.

Van der Kolk B. (2005), *Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories*, Psychiatric Annals, 35 (5), p. 401-408., cit. in Farina B., Liotti G. (2011b), *Sviluppi traumatici.eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano.

Van Etten M. L., Taylor S. (1998), *Comparative Efficacy of Treatments for Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis*, *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, p. 126-144.

Vaughan K., Armstrong M. S., Gold R., O'Connor N., Jenneke W., Tarrier N. (1994), *A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder*, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, p. 283-291.

Whitby P., Allcock K. (1994). *Spiderphobia control. Computerized behavioural treatment for fear of spiders*, Newport: Gwent Psychology Services.

Wilson S.A., Tinker R.H., Becker L.A. (1995), *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment for Psychologically Traumatized Individuals*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 63, No. 6, p. 928-937.

Wilson S.A., Tinker R.H., Becker L.A. (1997), *Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Treatment for post-traumatic stress disorder and psychological trauma*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 6, p. 1047-1056.

Wilson S., Tinker R., Hofmann A., Becker L., Marshall S. (2000), *A field study of EMDR with Kosovar-Albanian refugee children using a group treatment protocol*, Paper presented at the annual meeting of the International Society for the Study of Traumatic Stress, San Antonio, TX.

Wolpe J., Abrams J. (1991), *Post-traumatic stress disorder overcome by eye movement desensitization and reprocessing: a case report*, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, p. 39-43.

Young W., Walter C. (1994), *EMDR treatment of phobic symptoms in multiple personality disorder*, *Dissociation*, 7, p. 129-133.

Yule W., Williams R., Joseph S. (2000), *Il disturbo post-traumatico da stress negli adulti*, in *Il disturbo post-traumatico da stress. Aspetti clinici e terapia*, ed. it. Biondi M., Mc Graw-Hill, Milano.

Zimmermann P., Guse U., Barre K., Biesold K. H. (2005), *EMDR in the German Armed Forces--Therapeutic Impact of Inpatient Therapy of Posttraumatic Stress Disorder*, *Krankenhauspsychiatrie*, Vol. 16(2), p. 57-63.

Ringraziamenti

Al Ch.mo prof. Fabio Veglia per i suoi preziosi insegnamenti, le sue lezioni coinvolgenti e per aver fatto sì che questo lavoro di tesi potesse realizzarsi.

Alla prof.ssa Maria Zaccagnino per la sua collaborazione, la sua disponibilità e per avermi offerto del materiale utile alla realizzazione di questo lavoro.

Alla dott.ssa Martina Cussino per aver suscitato in me curiosità, per la sua costante disponibilità e per avermi offerto aiuti e consigli indispensabili.

A Dario per la sua pazienza, per essermi sempre stato vicino, per la sua capacità di farmi sorridere, la grinta che riesce ad infondermi e perché so quanto sia orgoglioso di me.

A mamma, papà, Anto e Raffa per il loro affetto, il loro sostegno e per aver sempre creduto in me.

Ai miei nonni, agli zii e ai cugini perché so quanto sono contenti per il mio traguardo raggiunto. A nonno Tonino e nonna Raffaella perché so quanto gli avrebbe resi felici vedermi in questo giorno.

Ai miei amici, quelli d'infanzia e quelli di sempre, quelli passati e quelli nuovi, perché ognuno di loro mi ha aiutata a crescere.

Ai miei compagni di viaggio e futuri colleghi Chiara J., Sabrina, Chiara P., Slo, Alessia, Baghi, Laura, Enrico, Matteo perché grazie a loro questo percorso è stato unico. Grazie per le lezioni trascorse insieme, le chiacchierate al bar, le ore passate a studiare e quelle non passate a studiare, per gli incoraggiamenti, il sostegno continuo e la stima reciproca.