La terapia EMDR in età evolutiva

Manuale di trattamento per l'infanzia e l'adolescenza

Robbie Adler-Tapia e Carolyn Settle

Edizione italiana a cura di
Maria Zaccagnino

GUIDE
PSICOLOGIA

Erickson

IL LIBRO

LA TERAPIA EMDR IN ETÀ EVOLUTIVA

La terapia EMDR, ampiamente applicata nell'intervento terapeutico con pazienti adulti, è ritenuta una delle best practice per il trattamento del disturbo da stress post-traumatico (PTSD). Si concentra sulla rielaborazione dei ricordi disturbanti legati all'evento traumatico, per favorire la *desensibilizzazione,* cioè la perdita della loro carica emotiva negativa. Questo permette la ristrutturazione cognitiva, la modifica della valutazione di sé e dell'evento e, di conseguenza, la messa in atto di comportamenti più adattivi.

Il volume offre gli strumenti necessari e precise indicazioni per usare il modello con i bambini e le bambine dall'infanzia all'adolescenza.

Il libro illustra come attuare le otto fasi della terapia EMDR da una prospettiva evolutiva, presentando istruzioni e script dettagliati, suggerimenti per l'intervento con i bambini e le bambine in fase preverbale e affrontando questioni specifiche che riguardano l'infanzia e l'adolescenza, come la violenza domestica, l'adozione, l'affidamento, il bullismo.

L'intervento precoce con bambini e bambine che hanno subito un trauma è fondamentale per riconoscere e trattare i sintomi di traumatizzazione, trascuratezza, abuso e i problemi di attaccamento.

LE AUTRICI

ROBBIE ADLER-TAPIA

Psicologa, consulente EMDRIA, si occupa da trent'anni di bambini, bambine e famiglie, svolgendo un lavoro all'avanguardia nel trattamento del trauma nell'infanzia, come psicologa, educatrice, ricercatrice, formatrice e autrice di volumi e contributi. È attiva a livello internazionale nella diffusione della terapia EMDR in età evolutiva.

CAROLYN SETTLE

Assistente sociale con formazione clinica. È specializzata nella terapia con bambini, bambine e adulti che hanno subito traumi o che manifestano problemi di depressione, ansia, fobie, disturbo da deficit di attenzione-iperattività e plusdotazione, e formatrice a livello internazionale sull'uso della terapia EMDR nel trauma e nella dissociazione.

LA CURATRICE

MARIA ZACCAGNINO

Psicologa, psicoterapeuta, dottoressa di ricerca in Psicologia dello sviluppo, supervisore e facilitator EMDR Europe. Direttrice scientifica, insieme a Isabel Fernandez, dei Centri EMDR per l'anoressia e per l'età evolutiva a Milano, dove svolge attività clinica privata. È autrice di una serie di pubblicazioni internazionali.

€ 27,00

9 788859 029359

www.erickson.it

EMDR Italia

Indice

Prefazione (Robbie Dunton) 9

Introduzione 13

Capitolo 1
Principi fondamentali e ricerca
sulla terapia EMDR in età evolutiva 15

Capitolo 2
Consigli per applicare la terapia EMDR
con bambini e adolescenti 23

Capitolo 3
Fase 1: anamnesi, concettualizzazione
del caso e pianificazione del trattamento 45

Capitolo 4
Fase 2: preparazione 75

Capitolo 5
Fase 3: assessment 107

Capitolo 6
Fase 4: desensibilizzazione 157

Capitolo 7
Fasi 5, 6 e 7: installazione, body scan e chiusura 175

Capitolo 8
Fase 8: rivalutazione 191

Capitolo 9
Abilità avanzate di regolazione emotiva per bambini 203

Capitolo 10
Interventi Cognitivi e strumenti
per l'elaborazione bloccata 219

Capitolo 11
Adattamenti per l'implementazione della terapia
EMDR con bambini di età tra 0 e 5 anni 239

Capitolo 12
Adattamenti della terapia EMDR per preadolescenti e adolescenti 265

Capitolo 13
Concettualizzazione del caso con specifiche diagnosi DSM-5© e ICD-10 dall'infanzia all'adolescenza 297

Capitolo 14
Problemi situazionali tipici dell'età evolutiva 341

Appendice A – Moduli per il consenso/assenso al trattamento 359

Appendice B – Modulo per anamnesi, concettualizzazione del caso e pianificazione del trattamento in terapia EMDR 361

Appendice C – Modulo per il monitoraggio dei sintomi in bambini/adolescenti 365

Appendice D – Modulo per il posto calmo/sicuro per bambini e adolescenti 369

Appendice E – Mappatura dei target per la rielaborazione EMDR 371

Appendice F – Il grafico EMDR dei target o dei sintomi 379

Appendice G – Protocollo per gli eventi recenti per bambini e adolescenti 385

Appendice H – Script per le fasi di assessment, desensibilizzazione, installazione, body scan, chiusura e rivalutazione 387

Appendice I – Cognizioni per bambini e adolescenti 403

Appendice J – Questionario della fedeltà alla terapia EMDR 405

Appendice K – Questionario delle credenze bloccanti per bambini e adolescenti 409

Appendice L – Bibliografia commentata: la ricerca sulla terapia EMDR con i bambini 413

Bibliografia 431

Introduzione

È un onore e un privilegio poter aggiornare questo manuale. Negli otto anni trascorsi dalla prima edizione sono accadute molte cose. I bambini e gli adolescenti di oggi hanno grandi opportunità e numerose sfide da affrontare, come nessun'altra generazione prima d'ora. Dispongono della meraviglia della tecnologia e dei social media, eppure sono vulnerabili alle esperienze di cyberbullismo. Hanno accesso a informazioni, scoperte e istruzione a livello globale, eppure sentono spesso parlare di sparatorie nelle scuole. Essere un bambino o un adolescente, in questo momento, è allo stesso tempo incredibile e complicato. Tuttavia, attraverso la terapia EMDR, il clinico ha la possibilità di aiutare i pazienti di queste fasce di età a guarire dagli eventi traumatici che hanno vissuto. È con questo spirito e finalità che il presente testo cerca di affrontare i problemi e le diagnosi dei bambini e degli adolescenti di oggi e di influenzare la traiettoria delle loro vite.

Questa seconda edizione offre la possibilità di aggiornarsi ed espandere le conoscenze sul lavoro terapeutico con i bambini con l'uso della terapia EMDR. La prima edizione era rivolta principalmente a pazienti dai 5 ai 12 anni con qualche spunto per i bambini più piccoli e gli adolescenti. Questa nuova edizione accresce tali informazioni, presentando istruzioni e script dettagliati e specifici per soggetti dall'infanzia all'adolescenza. I terapeuti infantili apprenderanno come attuare le otto fasi della terapia EMDR da una prospettiva evolutiva per tutte le fasce di età, dall'infanzia all'adolescenza. Sono stati introdotti due nuovi capitoli e due sono stati aggiornati: il Capitolo 11 si incentra sul lavoro con i

bambini da 0 a 5 anni e il Capitolo 12 è dedicato a preadolescenti e adolescenti dai 10 ai 18 anni.

Il Capitolo 11 sull'infanzia e i bambini in età prescolare è incentrato su approcci innovativi alla terapia EMDR con i metodi BLAST e Safe Care Model, i quali supportano e accompagnano i terapeuti su come usare le otto fasi della terapia EMDR con bambini preverbali o che stanno imparando a parlare. Il terapeuta apprende la capacità di sintonizzarsi e tradurre le fasi della terapia EMDR quando le applica con bambini piccoli. Nel capitolo, è presente anche una tabella che descrive le otto fasi della terapia EMDR e come adattare ognuna di esse a seconda della fascia di età e dei bisogni di sviluppo del bambino o dell'adolescente.

Il Capitolo 12 si concentra sull'adattamento della terapia EMDR per preadolescenti e adolescenti. I clinici acquisiranno conoscenze riguardanti i peculiari bisogni sociali, fisici e di sviluppo di preadolescenti e adolescenti, adattando il ritmo e la tempistica della terapia. Il capitolo si concentra sulle problematiche odierne che i giovani affrontano, come social media, bullismo e sessualità. Inoltre, include informazioni su come regolare il trattamento per gli adolescenti nei programmi intensivi ambulatoriali e nei centri di trattamento residenziale.

Il Capitolo 13 presenta un aggiornamento di informazioni rispetto all'edizione precedente, incluso il riferimento al *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-5; APA, 2013), alla *Classificazione ICD-10 dei disturbi mentali e comportamentali* (World Health Organization, 2016) e alle diagnosi infantili aggiornate. Affronta le diagnosi multiple dell'infanzia e, in particolare, come utilizzare la terapia EMDR con i bambini con disturbo dello spettro autistico e disabilità intellettive e dello sviluppo. Il Capitolo 14 è stato ampliato per affrontare questioni specifiche che riguardano l'infanzia e l'adolescenza, concentrandosi su svariati argomenti come la violenza domestica, l'adozione, l'affidamento e il bullismo. Questi capitoli sono arricchiti dall'aggiunta di strumenti in caso di blocco dell'elaborazione, tra cui il «Questionario delle credenze bloccanti per bambini e adolescenti» che si trova nell'Appendice K.

Come per la prima edizione, tale guida è accompagnata da un manuale che presenta script e istruzioni precise per il terapeuta da copiare e usare nella stanza di terapia. L'intenzione del libro, e del manuale abbinato,[1] è di offrire al terapeuta le risorse pratiche per rendere intuitiva la terapia EMDR con bambini e adolescenti.

---

[1] Il manuale abbinato contiene le indicazioni pratiche e gli approfondimenti operativi (Adler-Tapia, R., & Settle, C., *La terapia EMDR in età evolutiva. Trascritti, moduli e protocolli di intervento per l'infanzia e l'adolescenza.* Trento: Erickson, settembre 2023).

1

Principi fondamentali e ricerca sulla terapia EMDR in età evolutiva

Dall'infanzia all'adolescenza

Questo libro si fonda sulla terapia EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) sviluppata da Francine Shapiro (1989a, 1989b) e sul programma di formazione in terapia EMDR (Shapiro, 2007). L'EMDR è una terapia in otto fasi, comprensiva e integrata, basata sul modello teorico AIP (Adaptive Information Processing), o modello dell'elaborazione adattiva dell'informazione. Il testo si propone come strumento formativo per i clinici che desiderano applicare le otto fasi della terapia EMDR con bambini di tutte le età, dall'infanzia all'adolescenza. In questa sede, il termine «bambino» verrà utilizzato in riferimento all'intera fascia di età da 0 a 18 anni e indipendentemente dal genere. Le osservazioni relative si riferiscono, quindi, sia a maschi che a femmine, senza distinzioni.

Formazione di base in terapia EMDR

Imparare ad applicare questo approccio implica un percorso di apprendimento articolato e completo. Tutte le associazioni internazionali che si occupano di EMDR si sono impegnate a proporre occasioni di formazione adottando standard di qualità rigorosi e adeguatamente strutturati.

In Italia i trainers vengono formati e valutati da comitati internazionali, e riconosciuti dall'EMDR Institute e dall'Associazione EMDR Europa, gli unici organismi ad attestare e fornire corsi di formazione EMDR accreditati. L'organo

ufficiale responsabile per la formazione in terapia EMDR in territorio italiano è l'Associazione EMDR Italia. I professionisti e soci che frequentano i corsi indicati dall'Associazione beneficiano di aggiornamenti continui sugli sviluppi teorico-clinici e di ricerca più recenti e hanno accesso a corsi specialistici e di perfezionamento.

La terapia EMDR all'interno della psicoterapia infantile

Una teoria esaustiva della psicoterapia infantile deve includere un'indagine dello sviluppo umano (assieme a ipotesi su come gli individui crescono, imparano, cambiano, interagiscono e si relazionano), così come del modo in cui si instaura la patologia. Nel corso della storia, numerosi autori hanno cercato di chiarire le fasi dello sviluppo umano, incluso quello cognitivo, psicosociale e psicologico e, talvolta, tali teorie hanno generato modelli di psicoterapia. Molte di queste non sono però riuscite a spiegare il corso della psicopatologia né tanto meno a creare modalità di trattamento per affrontare le alterazioni dello sviluppo umano. Ad esempio, Piaget (1932, 1952) elaborò una teoria dello sviluppo cognitivo imperniata sul modo in cui le persone raggiungono il ragionamento complesso; essa però non spiegava le alterazioni di tale sviluppo né l'impatto che queste ultime possono avere sulla salute mentale dei bambini. Raramente la psicologia evolutiva ha fornito raccomandazioni di trattamento e linee guida per la psicoterapia: la maggior parte dei modelli di psicopatologia sono improntati sugli adulti.

Shapiro (2001) maturò il modello dell'elaborazione adattiva dell'informazione (AIP) per spiegare i meccanismi attraverso i quali la terapia EMDR aiuta i pazienti a migrare dal disturbo verso risposte adattive. Secondo tale modello, l'organismo umano è programmato per assimilare nuove informazioni e muoversi verso risoluzioni adattive in presenza di esperienze altamente attivanti. Nei casi in cui il livello di *arousal* sia soverchiante e traumatico per l'individuo, la progressione dell'AIP risulta ostacolata e la sana elaborazione interrotta. L'evento viene quindi immagazzinato intriso di tutte le sensazioni e le percezioni esperite in quel momento dal soggetto. Quando l'evento traumatico è codificato nella sua forma originale — in quanto il sistema di elaborazione di informazioni non è stato in grado di processarlo — esso non prosegue la sua elaborazione verso una risoluzione adattiva.

Con la parola *trauma* si intende qualsiasi elemento che impatti negativamente sulla psiche, impedendo un sano sviluppo; l'evento vissuto come traumatico dal soggetto permane e continua a influenzarne il funzionamento.

In altre parole, la persona convive con materiale codificato in modo disfunzionale che si manifesta con sintomi che compromettono la vita quotidiana. L'evento eziologico impedisce, pertanto, al processo di guarigione naturale dell'individuo di funzionare al massimo del suo potenziale. Nella teoria AIP, Shapiro (2001) giunge alla conclusione che i sintomi emotivi, comportamentali e di salute mentale hanno origine da episodi di vita immagazzinati in modo disfunzionale che, se innescati, producono disturbi e compromissioni nella vita attuale del paziente.

Nel caso dei bambini, l'evento traumatico può incidere anche sullo sviluppo neurologico e su tutte le future esperienze di vita, influenzando l'evitamento o il coinvolgimento riguardo a determinate attività. È esemplificativo il caso di una bambina di 5 anni con disabilità intellettiva moderata, non verbale e fragile dal punto di vista medico, portata in terapia dai genitori affidatari. La piccola era stata sottoposta a molte procedure mediche invasive e dolorose; perciò, ogni volta che entrava in uno studio medico e vedeva un ago sveniva. In casa con lei viveva anche un familiare con diabete che si sottoponeva regolarmente a iniezioni di insulina. Lei sveniva ogni volta che vedeva un ago o qualsiasi oggetto ricordasse anche lontanamente la procedura. Dal momento che sarebbero stati necessari continui interventi sanitari per stabilizzare la sua salute, i genitori avevano chiesto una psicoterapia per affrontare in modo specifico la sua paura per le cure mediche. A livello fisiologico, il sistema della paziente identificava gli aghi come minaccia e segnale di pericolo, anche se questi erano stati usati in molte occasioni per salvarle la vita. Il terapeuta ricorse alla terapia EMDR per trattare tali paure in modo che la bambina si sentisse al sicuro e in grado di accedere alle cure mediche necessarie con una traumatizzazione minima. Attraverso la procedura a otto fasi dell'EMDR, e ricorrendo alla terapia del gioco non verbale e a tecniche di arteterapia, fu possibile accedere al sistema AIP della bambina e desensibilizzare l'associazione con gli aghi, riconducendo la sua reazione alla misura in cui qualsiasi bambino riesce a tollerarli. Continuavano a non piacerle le iniezioni, ma affrontava le cure mediche senza percepirle come un pericolo di vita. Non perdeva più conoscenza alla vista degli aghi ed era in grado di giocare con siringhe giocattolo ad acqua. Imparò anche ad applicare queste abilità di fronteggiamento in altre aree di vita.

Come si verifica questo progresso terapeutico? Dal punto di vista teorico, nel modello AIP si sostiene che il cervello elabori il trauma proprio come il corpo elabora una ferita. Nell'elaborazione fisiologica della ferita, il corpo ricerca automaticamente i meccanismi di guarigione e prosegue nel processo fintanto che non si verifichi un'interferenza, come un'infezione o la presenza di un corpo estraneo. In tal caso, il processo di guarigione naturale risulta

impedito e richiede un intervento esterno per essere riavviato. A livello terapeutico, l'EMDR fornisce fasi specifiche per il trattamento delle informazioni codificate in modo disfunzionale; esse consentono all'individuo di ritornare sulla sua traiettoria di salute. Accedendo alle reti mnestiche, la terapia EMDR si concentra sulla rielaborazione delle informazioni accessibili in modo che il paziente possa andare avanti nel processo di guarigione.

La teoria AIP afferma, infatti, che l'informazione deve essere accessibile, quindi deve essere stimolata e indirizzata verso una risoluzione adattiva (Shapiro, 2007). Ne consegue che il paziente deve essere capace di accedere a tali contenuti e comunicarli, e ciò è spesso difficile con i bambini in quanto non hanno sviluppato sufficiente competenza emotiva per riportare l'esperienza al terapeuta. Dal momento che possono trovarsi in stadi evolutivi differenti, occorre valutare il loro livello di sviluppo prima di procedere con il trattamento, e adattarne l'implementazione ai loro bisogni evolutivi. I bambini spesso codificano i ricordi in formato sensoriale/motorio e, pertanto, potrebbero non presentare una narrazione descrittiva coerente. Tuttavia, sono capaci di riferire le sensazioni che insorgono durante l'indagine delle reti neurali. Questo è il momento in cui è indicato ricorrere alla terapia del gioco e alle tecniche di arteterapia per facilitare il processo di trattamento.

Inoltre, secondo il modello AIP i ricordi sono tipicamente una combinazione di input sensoriali, pensieri, emozioni, sensazioni fisiche e sistemi di credenze ma potrebbero anche consistere di *metacognizioni*. Le metacognizioni rappresentano la capacità di «avere cognizioni sulle cognizioni», ovvero l'abilità di ragionare sui propri pensieri. I bambini non possiedono un sistema di credenze pienamente formato con cui comprendere ed elaborare un evento o un'esperienza perché non si sono ancora sviluppati cognitivamente al punto da essere capaci di pensare ai loro processi di pensiero. Pertanto, nel loro caso, l'accessibilità e l'elaborazione della rete neurale sono differenti. Nonostante i piccoli non abbiano raggiunto gli stessi processi cognitivi e non possiedano abilità linguistiche estese quanto gli adolescenti e gli adulti, la teoria AIP è comunque in grado di spiegare lo sviluppo della personalità, così come del comportamento disfunzionale, dei sintomi e della patologia infantile.

Se l'assimilazione degli eventi nelle reti mnestiche associative e gli accomodamenti dell'identità precedente del paziente per inglobarli possono essere considerati la base dello sviluppo della personalità (Shapiro, 2007), prima si interviene, più positivo è l'impatto sulla personalità e sulla salute generale dell'individuo. Il modello AIP suggerisce che negli individui che presentano ripetute storie di abuso e trascuratezza questo apprendimento e la risoluzione adattiva non possano avvenire, giacché costoro non possiedono risorse interne

ed esperienze positive sufficienti per trasformare la disfunzione iniziale. Nel corso delle fasi della terapia EMDR, il clinico ha la speciale occasione di fornire ai bambini l'opportunità di colmare tali mancanze attraverso la creazione di risorse *(resourcing)* e abilità di padronanza.

Valutare la letteratura sulla terapia EMDR con bambini e adolescenti

Nell'esaminare la ricerca sulla terapia EMDR applicata all'età evolutiva, si nota che la maggior parte delle pubblicazioni suggerisce modifiche significative alle otto fasi, se non la completa eliminazione di alcuni passaggi del protocollo. Anche se non siete costanti nel leggere gli studi di ricerca, è importante che vi teniate aggiornati sull'efficacia dell'EMDR in modo da avere riferimenti utili per guidare la pratica clinica e per spiegare efficacemente la terapia a pazienti, aziende, altri operatori e contribuenti terzi. Poiché nella sanità pubblica e nella salute mentale di comunità vi è la tendenza all'uso di pratiche basate sull'evidenza, è opportuno che il terapeuta sia in grado di sostenere l'utilizzo dell'EMDR attraverso riferimenti a studi che ne documentino l'efficacia.

Uno dei pochi studi di ricerca sull'uso della terapia EMDR con i bambini, condotto da Chemtob, Nakashima & Carlson (2002), riportava risultati incoraggianti. Tuttavia, esso indicava che più il bambino-paziente era piccolo, più passi del protocollo venivano eliminati, diminuendo così l'aderenza alle otto fasi della terapia. Gli autori si chiedevano quali conclusioni si potessero trarre dalla letteratura: era proprio vero che la fedeltà alle fasi della terapia non fosse possibile con i bambini, specialmente sotto i 10 anni di età? O, piuttosto, con una formazione e un supporto più avanzati, i clinici avrebbero potuto condurre terapie EMDR di successo con i piccoli esattamente come avveniva con i pazienti adulti? A partire da queste domande, gli autori decisero di documentare i dati che emergevano dalle pratiche cliniche anche con i pazienti più giovani e colpiti dagli abusi più gravi.

La ricerca sulla terapia EMDR

La ricerca sulla terapia EMDR con gli adulti è ampia e, proprio per questo, essa è ritenuta la *best practice* per il trattamento di adulti con disturbo da stress post-traumatico (PTSD). È un peccato che non esista lo stesso numero di studi in riferimento all'età evolutiva.

Dal 1987 (Shapiro, 1989a, 1989b, 1995) sono state condotte numerose ricerche a supporto dell'efficacia della terapia EMDR nel trattamento degli adulti con PTSD, tanto che l'American Psychiatric Association (2004), il Dipartimento degli affari dei veterani e il Dipartimento della difesa degli Stati Uniti (U.S. Department of Veterans Affairs and U.S. Department of Defense, 2004) l'hanno approvata come trattamento di elezione per questa popolazione clinica. Anche il National Institute of Mental Health l'ha promossa come una forma efficace di terapia per il trauma. Oltre al sostegno ricevuto dalle organizzazioni professionali, un notevole corpus di ricerche dimostra l'efficacia della terapia EMDR con gli adulti. L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), la Substance Abuse and Mental Health Services Association (SAMHSA) del governo degli Stati Uniti e la California Evidence Based Clearinghouse for Child Welfare supportano la sua applicazione in età evolutiva.

È difficile e costoso condurre ricerche sulla psicoterapia infantile a causa dei complicati processi relativi al consenso e all'accesso ai bambini in vari ambienti, il che spiega il numero esiguo di tali contributi, a meno che i genitori non siano partecipanti attivi alla terapia. Altri ostacoli alla conduzione di studi clinici randomizzati con bambini in psicoterapia includono la formazione e il reclutamento di terapeuti con esperienza nell'età evolutiva, la replicabilità degli studi, la valutazione dei risultati quando i bambini attraversano fasi di sviluppo che impattano sulla variabilità negli strumenti di valutazione dello sviluppo emotivo, e il tentativo di controllare tutte le variabili che li influenzano. La ricerca sulla psicoterapia infantile ha bisogno di cogliere gli aspetti pertinenti e dinamici del trattamento suscettibili di studi di esito; tuttavia, nonostante la letteratura scientifica al momento sia limitata — specialmente con la primissima infanzia e i soggetti più piccoli —, indipendentemente dalle sfide metodologiche, esiste una forte validità nominale tale da indicare l'efficacia del trattamento EMDR.

Conclusioni

Come per qualsiasi terapia psicologica, l'efficacia dell'intervento terapeutico dev'essere supportata dalla ricerca, che giustifichi la modalità di trattamento come migliore pratica. Condurre ricerche sui processi terapeutici è impegnativo e per stabilire la solidità metodologica di uno studio occorre che siano soddisfatti criteri specifici. Emerge la necessità di ulteriori indagini sull'EMDR nel trattamento dei bambini piccoli, ma come si possono condurre studi se ci sono pochi terapeuti specificamente formati nell'uso di tale

terapia con la prima infanzia? Da dove si comincia? Per dimostrare la fedeltà al protocollo, i clinici devono prima ricevere una formazione standardizzata in terapia EMDR e poi una avanzata nell'uso della suddetta con i bambini piccoli. Si inizia dallo studio di manuali contenenti le indicazioni per aderire al protocollo. Oltre a ciò, il terapeuta necessita di una supervisione continua e di sviluppare le competenze fondamentali per implementare efficacemente la terapia. Lo scopo di questo libro è documentare e tentare di standardizzare l'uso dell'EMDR con bambini e adolescenti, ma saranno indispensabili futuri studi clinici randomizzati affinché questa possa rientrare a pieno titolo tra le pratiche *evidence-based.* In particolare, le ricerche dovranno affrontare argomenti specifici come il lavoro con i bambini con storie di abuso e con quelli inseriti nel sistema dei servizi sociali.

Abbiamo passato qui in rassegna i fondamenti teorici del modello AIP e riportato un breve riassunto degli studi pubblicati sulla terapia EMDR con i bambini. I capitoli immediatamente successivi forniranno specifiche istruzioni e protocolli con script da utilizzare nel corso del trattamento con i giovani pazienti, che mettono in luce l'utilizzo di ogni parte della terapia. Nei capitoli finali saranno esplorate specifiche diagnosi e presentazioni sintomatiche.

È necessario condurre ulteriori studi clinici randomizzati per valutare l'efficacia della terapia EMDR con i bambini. Sfortunatamente, si tratta di un processo molto complicato e sono state pubblicate pochissime ricerche su specifiche psicoterapie (inclusa la terapia del gioco) con bambini, bambini con diagnosi di disturbo da stress post-traumatico, e/o coinvolti nel sistema dei servizi sociali. Attualmente, la terapia EMDR è accettata come pratica basata sull'evidenza ed è ritenuta una delle *best practice* per il trattamento dell'età evolutiva.

2

Consigli per applicare la terapia EMDR con bambini e adolescenti

Integrare la terapia EMDR nella pratica professionale può rivelarsi impegnativo. La sensazione iniziale di imbarazzo e poca familiarità con alcuni suoi passaggi fa sì che spesso i clinici esitino nell'avviare il modello. Ciò può risultare ancora più sfidante per i terapeuti che si occupano di età evolutiva, specialmente se abituati a un approccio poco direttivo e a interpretare ciò che il bambino fa mentre gioca. Ricordiamo che in questo testo il termine «bambino» sarà utilizzato per tutte le fasce di età dall'infanzia all'adolescenza, tranne quando si farà riferimento alle differenze nel linguaggio e nell'implementazione in rapporto a età e fasi di sviluppo specifiche.

Il libro offre uno sguardo sulla concettualizzazione del lavoro con i giovani pazienti attraverso il modello dell'Adaptive Information Processing (AIP) e l'utilizzo efficace di tutte le otto fasi dell'EMDR. Questo capitolo fornisce una veduta d'insieme su come avviare la terapia con soggetti dalla prima infanzia all'adolescenza, mentre i capitoli successivi approfondiscono le competenze di base per il lavoro con l'età evolutiva per poi passare a trattare le competenze più avanzate da applicare con soggetti con diagnosi e problematiche specifiche. L'ultima parte del libro illustra come adattare l'EMDR per i bambini da 0 a 6 anni e con preadolescenti e adolescenti.

In definitiva, l'obiettivo più significativo del testo è quello di fornire le migliori pratiche per i bambini che necessitano di una psicoterapia specializzata per cambiare la traiettoria della loro vita. Lo scopo è fornire una guida e un sostegno ai clinici e avviarli nella pratica della terapia EMDR. Alla fine

di questo capitolo, si riassumono i consigli da tenere a mente con i pazienti secondo l'età e i diversi stadi di sviluppo, nel corso delle varie fasi della terapia.

Addentrarsi nella terapia EMDR

Il supporto continuo — attraverso la supervisione, i gruppi di studio e la formazione avanzata — chiaramente aumenta la fiducia di un terapeuta nella propria capacità clinica di usare efficacemente l'EMDR. Nel corso del capitolo vengono proposti suggerimenti pratici per avviare la terapia con pazienti di qualsiasi età e istruzioni per presentare il trattamento ai pazienti già seguiti in studio.

Le otto fasi della terapia EMDR

La disposizione dei prossimi paragrafi secondo le otto fasi della terapia EMDR non intende veicolare in alcun modo un'idea di linearità e sequenzialità. Al contrario, il processo di psicoterapia è spesso circolare, con il clinico che ha bisogno di tornare a fasi precedenti quando nuove reti mnestiche diventano accessibili e attivate, e di conseguenza emergono maggiori informazioni. Ad esempio, dopo aver raccolto un'anamnesi completa e creato un piano di trattamento, il terapeuta potrebbe apprendere informazioni nuove e/o più dettagliate sulla storia del paziente durante la fase di assessment. In base a ciò, potrebbe stabilire che questi ha bisogno di ulteriori risorse per tollerare la rielaborazione delle nuove informazioni. Il ritorno alla fase di preparazione per creare nuove risorse avviene di frequente con i bambini, che cambiano e sperimentano il mondo con grande rapidità. Potenziare le risorse del paziente lo aiuta a tollerare le fasi di rielaborazione del trauma e a giungere a una risoluzione adattiva dei sintomi.

Capita spesso di avviare la desensibilizzazione e poi rendersi conto che il soggetto ha bisogno di risorse aggiuntive con cui affrontare una particolare rete mnestica. La terapia EMDR è spesso imprevedibile e sorprendente, poiché terapeuta e paziente scoprono insieme come quest'ultimo abbia sperimentato e consolidato l'evento traumatico. Spesso emerge un grosso «pezzo mancante» che spiega perché l'evento si sia incapsulato nella memoria dell'individuo e non si sia risolto attraverso il naturale processo di guarigione.

In ogni fase della terapia EMDR il clinico deve essere consapevole del fatto che i bambini elaborano in modi peculiari ed è chiamato a seguire il loro

particolare processo di guarigione. È qui che egli può integrare gli strumenti che fanno già parte del suo bagaglio professionale. La capacità di ascoltare, entrare in sintonia e usare abilità cliniche facilita il processo di trattamento. Inoltre, il terapeuta deve operare una traduzione dal linguaggio degli adulti a quello dei bambini, essenziale per il processo, per tutte le otto fasi EMDR.

I terapeuti specializzati nell'età evolutiva potrebbero essere tentati di interpretare ciò che il bambino pensa o prova; tuttavia, con l'EMDR è utile seguire la guida del paziente e aderire al protocollo attuandolo in un modo per lui comprensibile. Secondo la teoria AIP, l'individuo ha esperito e codificato in modo peculiare le reti mnestiche e il terapeuta aiuta il bambino ad accedervi e attivarle, per elaborarle fino alla risoluzione adattiva in un processo di guarigione. I giovani pazienti potrebbero aver bisogno di assistenza per esprimere ciò che stanno sperimentando: è quindi compito del terapeuta infantile aiutare il bambino a trovare le parole e/o i modi per esprimere se stesso; tuttavia, i clinici devono stare attenti a non istruire troppo e a non influenzare i significati personali. Usare domande non ingannevoli che iniziano con «Mi chiedo» può essere utile per insegnare al bambino che non c'è una risposta giusta e che la sua esperienza è quello che conta; il contributo dei genitori è importante, ma la sua esperienza è ciò che dirige il trattamento. È su questo principio che si fonda la terapia EMDR con bambini e adolescenti.

La fase di anamnesi, concettualizzazione del caso e pianificazione del trattamento

La terapia EMDR è un trattamento per fasi, integrato e comprensivo. La teoria AIP e le otto fasi sono il cardine su cui si snoda la concettualizzazione del caso, con la possibilità di integrare elementi di altri approcci nel corso del processo. Prendiamo in esame la finalità della fase di anamnesi, concettualizzazione del caso e pianificazione del trattamento.

La maggior parte delle terapie inizia con la raccolta della storia di vita del paziente, seguita dalla creazione di un piano di trattamento basato sulla concettualizzazione del caso. Nel corso della terapia, il clinico valuta ciò di cui necessita il paziente per raggiungere un esito di successo in base ai sintomi presentati. Nell'EMDR, il processo di raccolta delle informazioni viene arricchito dall'ascolto di percezioni di sé, credenze e Cognizioni Negative del paziente, così come delle sue emozioni e sensazioni corporee; ciò avviene durante la descrizione riportata dal bambino dei suoi problemi attuali. Il terapeuta prende nota della presentazione sintomatica nelle diverse aree di credenze/pensieri (cognizioni), affettività (emozioni) e sensazioni corporee — in base a quanto riportato dal paziente — e del linguaggio corporeo, in base all'osservazione clinica.

I temi che i bambini presentano in trattamento, tra cui appunto percezioni di sé, credenze e Cognizioni Negative, risultano evidenti in qualsiasi processo anamnestico in psicoterapia. Ciò che differenzia questi temi nell'EMDR in prospettiva AIP è che la manifestazione dei sintomi guida il terapeuta nella concettualizzazione del caso attraverso le otto fasi.

L'affettività, l'espressione emotiva e le sensazioni corporee riportate dal bambino vengono considerate come prove di informazioni codificate in modo disfunzionale, che potrebbero incidere sul modo in cui lui elaborerà l'esperienza nel corso della terapia. A volte questi aspetti sono sintomi di un evento precedente che è rimasto «congelato» nel sistema neurobiologico. Non si tratta, allora, solo di ascoltare e osservare ma anche di elicitare informazioni dai genitori, compresa una descrizione dettagliata di come il figlio reagisce a situazioni o eventi particolari. L'osservazione del terapeuta e i dati raccolti da bambino e genitori offrono informazioni utili per lo sviluppo di un'ipotesi operativa sui bisogni di trattamento del paziente e sulla direzione della terapia.

Durante questa prima fase, il clinico valuta anche la gestione delle emozioni, la tolleranza emotiva, la capacità di regolazione emotiva, le abilità auto-calmanti e altre competenze necessarie, importanti per qualsiasi tipo di terapia. Prendere nota del livello di abilità e della fase di sviluppo aiuta il clinico a stabilire ciò che il paziente avrà bisogno di apprendere durante le fasi della terapia.

Spiegare la terapia EMDR a genitore e bambini

È importante spiegare la terapia EMDR sia ai genitori sia ai bambini, in termini che possano essere capiti da tutti i membri della famiglia. La comprensione del paziente aiuta tutto il nucleo familiare a impegnarsi nella terapia e può svolgersi in modo semplice e diretto. Nel Capitolo 4 sono inclusi esempi specifici di come svolgere questo passaggio. Una volta che il bambino e la famiglia acconsentono al trattamento, il terapeuta raccoglie informazioni per favorire la concettualizzazione del caso.

La concettualizzazione del caso nella terapia EDMR con i bambini

Potrebbe esserci una notevole distanza fra ciò che i genitori identificano come problema e ciò che i bambini reputano tale. La concettualizzazione del caso dovrebbe prevedere un'integrazione delle informazioni raccolte da ambo le parti; in effetti, è specificamente indicato che per completare l'anamnesi e sviluppare un piano di trattamento per la psicoterapia occorre ascoltare il paziente,

la famiglia e altri caregiver. È inoltre fondamentale domandare al bambino quali siano i suoi obiettivi: ovvero, come vuole pensare, sentire e comportarsi o cosa vuole essere in grado di fare invece di quello che sta facendo ora.

Genitori e figli non solo identificano spesso target differenti, ma possono anche riferire manifestazioni sintomatiche diverse. I sintomi ritenuti preoccupanti dagli adulti possono non sembrare altrettanto rilevanti ai bambini. I genitori identificheranno spesso sintomi esterni, portando i figli in terapia a causa di capricci o disregolazione emotiva, mentre i bambini riferiranno sintomi interni: ad esempio, potrebbero essere più preoccupati di mettersi nei guai per le loro scenate. Questo divario si rivela particolarmente vero per i preadolescenti e gli adolescenti. Ad esempio, un ragazzino potrebbe essere in pensiero a causa dei «bulli» mentre i genitori potrebbero esprimere preoccupazione per la sua depressione.

La differenza tra ciò che viene presentato come problema da adulti e bambini si ripercuote sulla pianificazione del trattamento. Le incongruenze e le discrepanze tra i resoconti portano il clinico a esplorare gli obiettivi delle parti coinvolte. Una semplice domanda da porre ai genitori è: «Come farete a sapere che vostro figlio sta progredendo nella terapia?». In altre parole, quali sono gli obiettivi dei genitori? Chiedete loro come sperano che il bambino agisca, si comporti e si senta quando la terapia sarà terminata. Nel Capitolo 3 viene riportata una spiegazione dettagliata su come esplorare il contributo di genitori e bambini durante il processo con l'EMDR per sviluppare un trattamento completo in collaborazione con pazienti e caregiver.

Da una prospettiva di concettualizzazione del caso, il terapeuta cerca di prestare attenzione al modo in cui il trauma sia stato codificato nelle reti mnestiche. L'esperienza di un evento traumatico in un bambino è spesso codificata in modi insoliti e sorprendenti. I piccoli potrebbero identificare un evento traumatico in modo creativo usando un fantasma, un mostro o una metafora per rappresentare il comportamento o una risposta sensoriale. Un bambino potrebbe dire che non può dormire nel suo letto perché c'è un mostro nell'armadio, quando il terapeuta ha appreso dai genitori che il piccolo ha difficoltà a dormire da quando si è trovato coinvolto in un incidente stradale. Il processo inizia da qui: esaminare il modo in cui il bambino sperimenta il mondo e gestisce gli eventi angoscianti e traumatici che lo hanno condotto in terapia.

Poiché i giovani pazienti sono più propensi a orientarsi al presente, attraverso la concettualizzazione del caso il clinico stabilirà se proseguire con una terapia EMD o EMDR. L'EMD si concentra sul singolo evento allo scopo di desensibilizzarlo. Questo si verifica spesso con episodi isolati, come incidenti automobilistici o morsi di cane. L'EMD per la tolleranza emotiva è discusso più

in dettaglio nel Capitolo 14. La concettualizzazione del caso cambia a seconda che il problema presentato sia una crisi, un evento recente, un singolo incidente traumatico, un trauma acuto, dello sviluppo o complesso. Questo processo di pensiero clinico guida la concettualizzazione del caso e la pianificazione del trattamento. Tali aspetti sono discussi nei paragrafi relativi alle restanti fasi della terapia EMDR.

Una volta che il terapeuta ha raccolto l'anamnesi e redatto un piano di trattamento iniziale, il processo prosegue con la fase di preparazione. Ulteriori raccomandazioni per il lavoro con l'infanzia e l'adolescenza sono incluse nei Capitoli 13 e 14.

La fase di preparazione

Durante la seconda fase della terapia EMDR, l'obiettivo primario del clinico è valutare le abilità, la gestione emotiva e le risorse del bambino, e in base a queste stabilire se insegnare ulteriori strumenti, prima di passare alla spiegazione dei meccanismi dell'EMDR.

La maggior parte dei percorsi di terapia valuta le risorse dei bambini e poi promuove l'apprendimento volto a migliorare il loro funzionamento a casa, a scuola e a livello sociale. Pertanto, in questa fase può essere introdotta qualunque attività di crescita e sviluppo il clinico utilizzi solitamente in psicoterapia. Visualizzazione guidata, desensibilizzazione sistematica, training di assertività, alfabetizzazione emotiva, identificazione delle emozioni, stralci di terapia cognitivo comportamentale incentrata sul trauma, o qualsiasi altro intervento che il terapeuta trovi vantaggioso per il paziente può essere insegnato durante la fase di preparazione. Queste abilità possono essere proposte in qualunque momento in cui il clinico accerti che il paziente necessita di ulteriori strumenti affinché il trattamento vada a buon fine. Ad esempio, i bambini spesso traggono beneficio dall'apprendere tecniche calmanti, come fare respiri profondi per consolarsi o esercizi di rilassamento muscolare progressivo. Nell'EMDR è inoltre possibile insegnare risorse e installare esperienze di successo combinate con la stimolazione bilaterale (BiLateral Stimulation, BLS) per fornire l'impalcatura da cui gli individui costruiranno esperienze sane e rielaboreranno eventi traumatici.

Durante la fase di preparazione è importante insegnare ai pazienti la capacità di neutralizzare l'impatto delle forti emozioni; infatti, più si sentono capaci di gestire l'emozione intensa e di auto-calmarsi, più efficace si rivelerà il processo terapeutico. Questo vale soprattutto per i bambini, i quali hanno bisogno di sentirsi potenti e competenti in terapia per partecipare attivamente

al processo di guarigione, mentre se si sentono sopraffatti dalle loro intense emozioni più probabilmente si mostreranno riluttanti. Pertanto, fornire tecniche di regolazione emotiva favorisce il loro coinvolgimento nel processo terapeutico. Il clinico dovrebbe far partecipare i genitori alle sedute in cui si insegnano le abilità di regolazione emotiva in modo che essi possano essere d'aiuto al bambino fuori dalla stanza della terapia, oltre che trarre beneficio in prima persona dalle suddette capacità.

Il segnale di stop e il posto calmo/sicuro

I pazienti di tutte le età hanno bisogno di sentire che sono al sicuro e hanno il controllo nel processo terapeutico; pertanto, insegnare loro un *segnale di stop* li aiuta a gestire l'emozione intensa. Il bambino dovrebbe inoltre essere in grado di andare metaforicamente in un *posto calmo/sicuro* durante la rielaborazione con la terapia EMDR se l'emozione diventa opprimente e non se la sente di proseguire. L'insegnamento del segnale di stop e del posto calmo/sicuro sono discussi in dettaglio nel Capitolo 4. Non importa quale sia l'età: con l'eccezione degli aggiustamenti per bambini piccoli e soggetti non responsivi, tutti i pazienti devono aver identificato un posto calmo/sicuro e un segnale di stop per comunicare al terapeuta quando vogliono fermarsi. Questi elementi possono essere evocati anche da bambini molto piccoli con una modifica nelle istruzioni. Ad esempio, potrebbero disegnare una o più immagini di un posto calmo/sicuro da usare nelle sedute. Nei capitoli successivi vengono proposte altre varianti operative da utilizzare con l'età evolutiva.

Inoltre, durante la fase di preparazione è importante che il terapeuta sia in grado di fornire informazioni psicoeducative — sia ai genitori sia ai bambini — che illustrino il modello AIP e la psicoterapia con l'EMDR. Esempi in tal senso sono forniti nel Capitolo 4.

Nelle restanti fasi del trattamento, dunque, il clinico prepara il bambino alla rielaborazione insegnando tecniche di gestione delle emozioni come il posto calmo/sicuro e la *metafora del treno* (si veda il Capitolo 4). Contestualmente viene introdotta anche la meccanica della stimolazione bilaterale (BLS).

La stimolazione bilaterale

Uno dei tratti distintivi della terapia EMDR è l'uso della stimolazione bilaterale (BLS). La BLS è costituita da qualsiasi movimento esterno che produca una stimolazione alternata (visiva, uditiva o tattile) sui due lati del corpo del paziente per ottenere l'attivazione alternata dei due emisferi cerebrali. Nella

terapia EMDR, la forma primaria di BLS sono i movimenti oculari (MO), dove il clinico fa seguire allo sguardo del paziente la mano o le dita o qualche altro tipo di oggetto adatto, creando MO che vanno avanti e indietro attraversando la linea mediana del corpo. Esistono altri tipi di BLS, compresa la stimolazione tattile, uditiva o una varietà di combinazioni dei tre sistemi. Nella formazione in terapia EMDR, i clinici sono incoraggiati a usare principalmente i MO perché la ricerca è quasi interamente basata su di essi, ma questo non esclude le altre tipologie di BLS e, in effetti, può essere necessario il ricorso a forme alternative per mantenere l'attenzione dei bambini.

I movimenti oculari possono essere sollecitati dal terapeuta in modi creativi, ad esempio con disegni o adesivi sulle dita, usando pupazzi o marionette da dito, animali di peluche e altri giocattoli scelti dal bambino, che incoraggiano il suo interesse e coinvolgimento nel processo. Altre tecniche, come penne con puntatori laser o altri dispositivi meccanici progettati per muoversi avanti e indietro, sono discusse in altri capitoli. Il punto è mantenere il paziente coinvolto aumentando il suo divertimento e interesse. Poiché i bambini si annoiano rapidamente e vogliono andare a giocare, qualsiasi BLS richiederà al clinico di essere attivo e creativo.

A volte gli occhi di un bambino smettono di seguire i MO; ciò può accadere per diverse ragioni. Il paziente può avere difficoltà a seguire lo stimolo, e in questo caso il clinico può rallentare i movimenti oculari dicendogli: «Spingi le mie dita con gli occhi». A volte può essere necessario che il terapeuta si fermi e muova le dita per assicurarsi che il bambino stia ancora seguendo lo stimolo. Altre volte il paziente potrebbe star elaborando un ricordo e il terapeuta noterà MO nervosi o fluttuazioni dello sguardo. Il clinico può sempre chiedere cosa sta succedendo. Oltre a valutare la capacità del soggetto di seguire il tipo di BLS, anche il numero di saccadi (passaggi avanti e indietro) incide su tale capacità. I bambini spesso hanno bisogno di meno saccadi perché elaborano rapidamente e può essere difficile mantenere la loro attenzione.

Pertanto, è importante stabilire il numero di movimenti oculari necessari quando si lavora con un determinato paziente. Le ricerche e il lavoro di Shapiro suggeriscono che i MO dovrebbero muoversi veloci tanto quanto il soggetto è in grado di tollerare, al fine di attivare l'elaborazione e la desensibilizzazione. Il terapeuta può dire qualcosa come: «Sto solo tirando a indovinare la velocità e il numero di passaggi, ma tu puoi dirmi di fermarmi o continuare».

Dando al bambino il potere di continuare o fermare i movimenti oculari, il clinico si sintonizza meglio sulla peculiare modalità di elaborazione del singolo paziente. Alcuni bambini diranno effettivamente al terapeuta quando iniziare e fermare la BLS.

I clinici possono proporre la BLS anche attraverso la stimolazione tattile picchiettando sulle mani del paziente o usando un dispositivo pulsante appositamente progettato per l'uso in terapia EMDR. Esistono molti modi diversi di usare forme tattili di BLS e vari modi creativi e divertenti per coinvolgere i bambini. Anche questo aspetto è discusso in dettaglio nei capitoli successivi perché la stimolazione tattile sembra avere un impatto completamente diverso sia sulla capacità auto-calmante sia sulla rielaborazione, rispetto ai MO. Le teorie che illustrano le differenze sono discusse nelle sezioni successive del libro.

Un'altra forma di BLS che il terapeuta può offrire è un'apparecchiatura uditiva che può riprodurre toni pulsanti o musica nelle orecchie del paziente attraverso delle cuffie, utilizzando un lettore CD o MP3 o uno smartphone. Alcuni clinici usano altoparlanti che possono essere posizionati su entrambi i lati di un'area di gioco o di un vassoio di sabbia e poi usano un lettore MP3 pre-programmato che fornisce una stimolazione uditiva alternata. Può essere utilizzato anche un dispositivo NeuroTek®[1] con musica e altoparlanti per regolare la velocità della musica che viene offerta bilateralmente.

Quando si utilizza un dispositivo che fornisce la BLS, è utile iniziare posizionando tutti i controlli, compresi il volume e la velocità uditiva e tattile, al livello più basso e poi procedere aumentando lentamente il ritmo, l'intensità o il volume fino a quando il paziente seleziona l'impostazione che gli è più confortevole. Per una discussione più approfondita della BLS, si rimanda il lettore al Capitolo 4, mentre per spiegazioni più specifiche della BLS per bambini da 0 a 6 anni e preadolescenti/adolescenti si vedano i Capitoli 13 e 14.

Una volta che bambino e genitori hanno appreso sufficienti risorse di gestione emotiva e compreso i meccanismi della terapia EMDR, il clinico continua con le fasi di rielaborazione del trauma, ovvero le fasi dalla 3 alla 7. La presentazione sintomatica del paziente e le sue capacità di regolazione emotiva guidano il terapeuta nella scelta della velocità a cui può procedere nell'elaborazione. Nel prossimo capitolo saranno discussi in dettaglio altri fattori da tenere in considerazione prima di avviare le fasi di rielaborazione del trauma.

La fase di assessment

Anche se la fase 1 della terapia EMDR aveva previsto l'identificazione dei target attraverso il piano di individuazione e organizzazione degli stessi, è durante la fase di assessment che terapeuta e paziente si accordano su un target

[1] Per i prodotti a marchio NeuroTek® si rimanda al sito neurotekcorp.com (ultima consultazione il 25 novembre 2022).

3

Fase 1: anamnesi, concettualizzazione del caso e pianificazione del trattamento

Nella maggior parte degli approcci terapeutici il processo di trattamento inizia con il clinico che conduce un'accurata anamnesi del paziente per favorire la concettualizzazione del caso e la pianificazione del trattamento stesso. Il modello AIP non fa eccezione: per ogni paziente è necessario espletare un'approfondita raccolta di informazioni. La peculiarità in terapia EMDR è che, nel corso di questa fase, i professionisti della salute mentale cercheranno di cogliere tematiche, target, storie di traumi e di attaccamento, possibili Cognizioni Negative (CN) e credenze centrali che potrebbero essere a capo dell'attuale sintomatologia del paziente. Quando si lavora con l'età evolutiva, questo processo prevede la raccolta di informazioni dal bambino stesso, dai suoi caregiver e possibilmente dal suo ambiente educativo: per predisporre un piano di trattamento efficace è infatti essenziale comporre una storia completa partendo da tutte le risorse disponibili. Con la prima infanzia, la raccolta dei dati durante l'anamnesi si realizza anche attraverso l'interazione e l'osservazione del bambino con i suoi caregiver, tramite il gioco, e con varie tecniche.

Una volta effettuata l'anamnesi, il terapeuta utilizza l'assessment clinico per redigere un piano di trattamento che guiderà il processo terapeutico. Questo capitolo fornisce le risorse per arricchire qualsiasi procedimento anamnestico e di pianificazione del trattamento già utilizzato dal clinico nella pratica.

La prima fase della terapia EMDR avvia il processo di sintonizzazione sulle peculiari preoccupazioni, problematiche e capacità fisiche ed emotive del paziente, mentre si predispone la condizione di sicurezza necessaria per

elaborare il trauma. Adattare il ritmo delle fasi della terapia EMDR è parte della responsabilità clinica del terapeuta. Questi deve sintonizzarsi sia con la presentazione fisica ed emotiva del paziente sia con i suoi specifici bisogni, per preparare il bambino al processo di desensibilizzazione. Affinché la terapia risulti efficace è fondamentale entrare in sintonia con le distintive esperienze di vita e le elaborazioni degli input sensoriali del paziente. Si tratta di un processo clinico in divenire che soggiace a tutti gli interventi clinici e alla relazione terapeutica.

La fase di anamnesi, concettualizzazione del caso e pianificazione del trattamento è rivolta all'identificazione e organizzazione dei target per l'elaborazione del trauma. L'identificazione inizia estrapolando una credenza o Cognizione Negativa, mentre il bambino tenta di richiamare un evento associato per la prima volta alla CN, definito Evento Generatore (EG).

Dopo aver identificato l'EG — ossia la prima esperienza traumatica correlata ai trigger attuali — il terapeuta identifica altri eventi cronologici significativi per l'elaborazione, tipicamente clusterizzati attorno alla CN o alle credenze presentate dal bambino. Il piano di trattamento del target è rivolto alle esperienze di vita traumatiche che influenzano sintomi e comportamenti attuali, e ingloba anche un target dei comportamenti futuri desiderati dal paziente. Il terapeuta crea un piano di targeting per ciascuna CN identificata dal bambino. La prosecuzione di questo iniziale processo di raccolta dati dipende dall'abilità del bambino di tollerare l'esplorazione dei target: se si sentisse sopraffatto dall'indagine sugli eventi passati, ci si potrebbe muovere verso la fase di preparazione della terapia EMDR per fornire risorse e abilità di stabilizzazione prima di proseguire con l'esplorazione. In questo modo, la prima e la seconda fase diventeranno due processi interconnessi piuttosto che sequenziali. La decisione clinica è guidata dalla capacità del bambino di partecipare con agio al processo di raccolta dati, concettualizzazione del caso e pianificazione del trattamento, senza sentirsi sopraffatto e traumatizzato nuovamente dal processo in sé. Ciò verrà ulteriormente discusso nel corso del capitolo come parte del ruolo decisionale del clinico. Gli adattamenti di questa fase per bambini da 0 a 6 anni e per gli adolescenti verranno discussi nei Capitoli 13 e 14.

Anamnesi

Un'anamnesi completa che include la storia e la valutazione del funzionamento del paziente favorisce un'efficace pianificazione del trattamento. Come per qualsiasi pratica di psicoterapia, è utile ricorrere a moduli anamnestici stan-

dard che integrano le informazioni. Tale processo varia in relazione all'età e al livello di sviluppo del paziente. Nelle Schede 3.1. e 3.2 vengono presentati gli esempi, corredati di istruzioni, di un modulo per l'anamnesi e la pianificazione del trattamento e di un modulo per il monitoraggio dei sintomi per bambini/adolescenti (si veda le Appendici B e C per la versione compilabile).

L'assessment iniziale del paziente include la valutazione dei suoi sintomi e delle sue esperienze di vita. Dovrebbe essere posta un'enfasi particolare sul livello di sviluppo e sulla comprensione del contesto delle esperienze di vita del bambino. Come già detto, si consiglia di intervistare sia i genitori sia i bambini per ottenere un'anamnesi approfondita.

Intervistare genitori e bambini

Il terapeuta può decidere se far partecipare il bambino alla prima seduta in base al proprio giudizio clinico e alla propria esperienza. A tal proposito, è spesso utile condurre una breve intervista telefonica con i genitori quando chiamano per fissare il primo appuntamento. Durante la telefonata il terapeuta può chiedere di descrivere le preoccupazioni che hanno nei riguardi del figlio e le ragioni per le quali hanno deciso che necessita di psicoterapia.

Contestualmente, il terapeuta valuterà l'appropriatezza della richiesta e deciderà come strutturare la seduta iniziale in studio, stabilendo cosa sembri più appropriato per il bambino.

Alcuni terapeuti potrebbero scegliere di far partecipare soltanto i genitori alla prima seduta anamnestica, per raccogliere i dati senza la presenza del figlio. Se il bambino partecipa, è utile farlo aspettare nella stanza dei giochi o nella sala d'attesa mentre il genitore viene intervistato. I terapeuti possono prendere questa decisione in base alla loro valutazione di quanto il resoconto dei genitori possa influenzare il racconto del bambino. L'età del paziente è un fattore determinante.

Sussistono diversi motivi per scegliere di non avere il bambino in studio mentre si intervista il genitore. In primo luogo, l'adulto potrebbe presentare problematiche ed emozioni irrisolte relative agli episodi che verranno identificati per il figlio. In secondo luogo, i target del genitore possono essere diversi da quelli del bambino, e il terapeuta non vuole che le dichiarazioni del primo contaminino ciò che il secondo potrebbe riferire. Infatti, se il bambino ascolta le dichiarazioni del genitore, potrebbe fare eco a queste piuttosto che riferire i propri problemi/target. In terzo luogo, il bambino potrebbe non offrire volontariamente target che trova imbarazzanti, oppure potrebbe aver dimenticato un target che necessita di essere affrontato nel trattamento. Il terapeuta deve

SCHEDA 3.1

Modulo per anamnesi, concettualizzazione del caso e pianificazione del trattamento in terapia EMDR

Il modulo viene compilato in aggiunta ai moduli di raccolta dati del clinico e secondo le seguenti indicazioni.

1. *Quali sono le attuali preoccupazioni e gli obiettivi di trattamento dei genitori?*

Il terapeuta incoraggia una risposta del tipo: «So che il trattamento di mio figlio sarà andato a buon fine quando…».

2. *Tematiche*

Quali temi, connessi a responsabilità, sicurezza, scelte/controllo, vengono presentati dal bambino e dai genitori?

3. *Valutazione dei sintomi*

Il bambino/genitore ha qualche indizio sul precursore dei sintomi? Da quanto tempo sono presenti i sintomi? Ci sono momenti in cui i sintomi non sono presenti?

4. *Identificare le esperienze traumatiche riportate dal genitore*

Il terapeuta chiede al bambino di aspettare nella stanza dei giochi mentre intervista il caregiver sui target: qual è il peggior trauma vissuto dal bambino secondo il racconto del genitore? Valuta i traumi attualmente attivi compresi i traumi/trigger più strettamente legati al disagio attuale o ai sintomi. Prende nota di qualsiasi altra esperienza traumatica riportata spontaneamente dal bambino. Elenca i trigger, cioè le persone, i luoghi, le cose che attivano i ricordi traumatici, causano angoscia o sintomi, o portano all'evitamento.

5. *Identificare le esperienze traumatiche riportate dal/la bambino/a*

Il terapeuta chiede al bambino di rientrare nella stanza e lo intervista seguendo lo script di identificazione del target. Il bambino potrebbe non identificare nessuna delle risposte fornite dal genitore. In questo frangente, il terapeuta utilizza anche gli strumenti di assessment — indicati per un bambino di 8 anni o più. Al genitore viene chiesto di aspettare nella sala d'attesa mentre il terapeuta completa questa operazione, se il bambino è a suo agio in assenza del genitore.

6. *Identificare le esperienze di padronanza presentate dal/la bambino/a*

Il terapeuta invita il bambino a parlarne: «Dimmi qualcosa di cui sei orgoglioso e che hai fatto. Dimmi una volta in cui ti sei sentito veramente bene con te stesso».

Note:

Il terapeuta inserisce eventuali commenti ritenuti necessari.

Nome del clinico _____ Data _____

Firma del clinico _____

SCHEDA 3.2

Modulo per il monitoraggio dei sintomi in bambini/adolescenti

Data _____ Nome del minore _____

Genitore che compila il modulo _____

Terapeuta _____

Sintomi*	**Giorno per giorno (nel corso della terapia)**						
	Giorno 1	*Giorno 2*	*Giorno 3*	*Giorno 4*	*Giorno 5*	*Giorno 6*	*Giorno 7*
Mal di stomaco							
Diarrea/costipazione							
Disturbi del sonno							
Problemi comportamentali							
Capricci/scenate							
Pianto							
Comportamenti di evitamento							
Agitazione							
Problemi intestinali/della minzione							
Comportamenti di rifiuto							
Ansia							
Cambiamenti nelle abitudini alimentari							
Mal di testa							

* Indica con **1** = sintomi di entità minima, con **2** = sintomi moderati, con **3** = sintomi gravi.

(continua) SCHEDA 3.2

MIGLIORAMENTO NEI SINTOMI POTENZIALMENTE CORRELATI AL TRATTAMENTO

Sintomi*	**Cambiamenti positivi giorno per giorno**						
	Giorno 1	*Giorno 2*	*Giorno 3*	*Giorno 4*	*Giorno 5*	*Giorno 6*	*Giorno 7*

* Indica con **1** = cambiamenti di entità minima, con **2** = cambiamenti moderati, con **3** = cambiamenti gravi.

Ulteriori commenti/dubbi: _____

_____

Risorse positive*	**Giorno per giorno**						
	Giorno 1	*Giorno 2*	*Giorno 3*	*Giorno 4*	*Giorno 5*	*Giorno 6*	*Giorno 7*
Socializza							
Completa le attività quotidiane (es. buona igiene personale)							
Segue una routine giornaliera (dorme, va a scuola e svolge attività programmate)							
Comunica							
È rispettoso/a degli altri							
Gestisce bene i conflitti							
Gestisce ed esprime le emozioni							

*Indica con **1** = in maniera marginale, **2** = moderatamente, **3** = efficacemente

Per favore, compila questo modulo e portalo alla prossima seduta di tuo/a figlio/a.
Grazie!

furono in grado di identificare un evento specifico che avesse condotto alla fobia della scuola. Entrambe riferirono che la bambina era stata in grado di frequentare la scuola fino al secondo anno della primaria. Durante l'identificazione del target, il terapeuta chiese alla madre la sua teoria sul perché la figlia si rifiutasse di andare a scuola. Secondo la donna, Ellen era diventata fobica dopo essere tornata da un viaggio in cui aveva condiviso la stanza con lei. La madre ricordò anche che questo era il primo anno scolastico dopo gli attacchi dell'11 settembre a New York.
Quando il terapeuta interrogò la bambina, ella riferì di essere diventata ansiosa di andare a scuola senza la madre dopo un episodio di vomito in classe. La bambina spiegò che l'accaduto era stato ancora più traumatico perché quando l'insegnante aveva chiamato la madre, quest'ultima non era disponibile per venire a prenderla e lei si era sentita in imbarazzo. Stando alla bambina, l'incidente specifico a scuola era stato l'origine della fobia scolastica, che poi si era aggravata perché la madre aveva iniziato a rimanere a scuola progressivamente più a lungo.
Fino al momento della terapia, la madre non era a conoscenza dell'episodio di vomito della figlia a scuola. Il terapeuta prese inizialmente come target l'immagine di Ellen legata al vomitare a scuola, per poi esplorare i suoi sentimenti riguardo agli attentati dell'11 settembre a New York ed elaborare anche quelli. Dopo aver affrontato entrambi i target — quello di Ellen e quelli offerti dalla madre —, la bambina tornò a scuola e non ebbe più bisogno della presenza della madre.

Il terapeuta può identificare un target in base a un singolo episodio traumatico o a vari eventi traumatici, oppure può assistere il paziente nell'identificare i target usando la tecnica del floatback. Se il clinico stabilisce che è appropriato decifrare ulteriormente i target durante la fase di assessment e il paziente è in grado di tollerare un'ulteriore esplorazione, si può procedere.

Strumenti per identificare i target con i bambini

Evento Generatore

Esistono numerose tecniche per identificare i target, come viene insegnato nella formazione in terapia EMDR. Questa sezione si focalizza sulle tecniche per identificare i target con i bambini, che spaziano dall'intervista clinica comprendente indagini mirate rivolte a bambino e genitori, a varie tecniche di arteterapia e terapia del gioco. Il clinico può usare diverse strategie per aiutare il paziente a identificare la prima volta in cui ricorda di aver pensato cose simili, di essersi sentito nello stesso modo o di aver provato sensazioni fisiche paragonabili. Si tratta di identificare l'Evento Generatore. Nella teoria AIP, l'EG è l'evento originario che è stato codificato in modo disfunzionale

ed è responsabile della sintomatologia attuale che ha condotto il paziente in terapia. Sondando l'EG, il clinico cerca di assistere il paziente nell'elaborare la memoria fondamentale verso una sana risoluzione: secondo la teoria AIP, è questa memoria fondamentale la radice della sintomatologia. Per esplorare un EG, il terapeuta può usare diversi strumenti, tra cui la tecnica del floatback o quella del *ponte affettivo.*

In primo luogo, il terapeuta può porre delle semplici domande per cercare di individuare un EG, come «Ricordi di esserti mai sentito così prima?» o «Ricordi di aver mai pensato questo prima d'ora?». Spesso, i bambini sono talmente focalizzati sul presente che il clinico dovrà considerare possibili EG di cui il paziente non è consapevole.

CASO CLINICO: Sara e il vento

Sara aveva 9 anni quando iniziò a sviluppare una fobia del vento priva di una ragione apparente. Piangeva spaventata quando arrivavano i monsoni notturni dell'Arizona. La madre di Sara era una terapeuta EMDR e l'aveva portata da uno stimato collega. Tuttavia, dopo tre sedute, il comportamento della figlia non era cambiato. Una sera a casa, quando il vento soffiava forte, Sara aveva le braccia intorno alla madre e piangeva. La madre pensava di dover fare subito un EMDR perché il pianto era molto forte. Le chiese di poterle dare dei colpetti sulle spalle, per rispettare il suo spazio. Inizialmente, la donna non sapeva quale dovesse essere il target, dato che Sara aveva già rielaborato la prima, la peggiore e la più recente crisi dovuta al vento.

La madre/terapeuta stava cercando di capire in che modo le informazioni erano state immagazzinate in modo disadattivo. Chiese alla figlia che suono avesse il vento. Sara emise un insolito suono di risucchio con la bocca che per la madre non assomigliava affatto al rumore del vento. Tuttavia, lo riconobbe: assomigliava all'ossigeno che veniva pompato nell'incubatrice della figlia quando era nata. Sara era nata prematura ed era rimasta nell'unità neonatale per 12 giorni.

La madre/terapeuta le disse: «Oh, questo è il suono dell'ossigeno che hanno pompato nella tua incubatrice quando sei nata. È stato molto tempo fa e ora sei al sicuro». Poi le diede un colpetto sulle spalle. Dopo alcune ripetizioni, Sara rilassò le braccia, alzò lo sguardo verso la madre e le disse: «Davvero?». La madre rispose: «Sì», e fece altre ripetizioni di BLS. Tutto il corpo di Sara si rilassò, abbracciò la madre e fu in grado di tornare a giocare con i suoi amici.

Non c'è un modo perfetto per far emergere un EG. Ciò che terapeuta e paziente identificano inizialmente come tale potrebbe in seguito cambiare, man mano che il bambino progredisce nelle fasi di rielaborazione. Il paziente andrà ovunque avrà bisogno di andare per rielaborare ciò che alimenta i sintomi attuali.

CASO CLINICO: Allison

Un terapeuta lavorò con una bambina di 4 anni, Allison, che era stata portata in terapia a causa di paure specifiche (il vento che soffiava fra gli alberi del giardino, la possibilità di ammalarsi e altre ancora). Le paure di Allison erano così forti da interferire con la sua volontà di frequentare la scuola dell'infanzia. Allison avrebbe presto compiuto 5 anni e si stava preparando a iniziare la scuola primaria pubblica. La sua storia comprendeva numerosi interventi medici dovuti al fatto di essere nata prematura. La madre riferì di un incidente traumatico avvenuto all'età di 3 anni, quando la figlia era andata in arresto cardiaco ed era stata trasportata d'urgenza in un ospedale vicino. Dopo aver condotto un'anamnesi approfondita e aver insegnato ad Allison alcune abilità di regolazione emotiva e di rilassamento, il terapeuta iniziò a rielaborare questo ricordo. La CN della bambina era: «Sono sola». Durante la fase di desensibilizzazione, iniziò a rielaborare le memorie corporee e il pensiero del sentirsi sola «in una bolla».
Il terapeuta rielaborò il suo ricordo e lei arrivò a «Sono con la mia famiglia e sto bene». La madre di Allison riferì di non aver mai lasciato la figlia durante l'incidente all'età di 3 anni, ma di averla lasciata nel reparto di terapia intensiva neonatale, in un'incubatrice, durante i 3 mesi successivi alla nascita. La madre era sorpresa che la figlia sembrasse essere tornata indietro all'Evento Generatore della nascita e del ricovero in terapia intensiva, anche se era solo una neonata.
Dopo aver elaborato questo evento e diversi altri, Allison non ebbe più paura del vento tra gli alberi e fu in grado di frequentare la scuola. Il terapeuta non poté assicurare che Allison avesse compreso ciò che le stava accadendo, ma la bambina cominciò a sentirsi meno ansiosa e meno preoccupata di ammalarsi. Questo caso è un esempio di quando l'identificazione del target e la rielaborazione sono una sorpresa sia per il genitore che per il terapeuta.

Ecco un esempio di come il target originario ipotizzato come EG sia stato influenzato da un evento traumatico ancor precedente, che costituiva il vero EG: per pazienti di tutte le età, un EG potrebbe essere preverbale e codificato nelle reti mnestiche sensomotorie.

Intervistare bambino e genitori per identificare i target

È consigliabile seguire sei passaggi per esplorare in modo approfondito i target durante i colloqui con bambini e genitori, ovvero:

1. chiedere i target al bambino;
2. chiedere al bambino cosa pensa che il genitore possa identificare come potenziali target;
3. domandare al genitore i possibili target del figlio;
4. chiedere al genitore cosa pensa che il figlio possa identificare come possibili target;

5. chiedere al bambino cosa ne pensa di ciò che ha riferito il genitore come potenziali target;
6. tornare a condividere con il genitore ciò che il figlio ha identificato come target, perché il caregiver spesso non è a conoscenza di alcuni episodi identificati dal bambino.

Queste informazioni potrebbero essere già emerse durante l'anamnesi; tuttavia, descriviamo i passaggi per aiutare i terapeuti a creare un modello in base al quale organizzare il piano di trattamento. È possibile che rispetto alle sedute iniziali siano emersi nuovi target oppure, come parte della comprensione del processo terapeutico, il bambino e il genitore potrebbero aver riconosciuto la necessità di affrontare alcuni target precedentemente ignorati.

Come già discusso nel capitolo 3, al momento del primo contatto con la famiglia, il terapeuta decide quando intervistare i genitori e il bambino, e come interrogare il giovane paziente senza l'influenza dell'adulto.

Chiedere al bambino

Il primo metodo per identificare i target con i bambini è semplicemente quello di rivolgersi a loro. Questo punto viene sottolineato con forza perché nella comunità dei terapeuti EMDR c'è una certa divergenza su come svolgere l'identificazione dei target con i bambini, tanto che alcuni professionisti ritengono sia meglio chiedere al genitore, senza interrogare il paziente. Le migliori pratiche di qualsiasi approccio psicoterapeutico con i bambini spingono tuttavia il clinico a chiedere sia al genitore sia al figlio quali siano i potenziali target per la desensibilizzazione. Spesso i target dei bambini sono più attuali, e ciò che loro identificano come trauma potrebbe non corrispondere a quello che indica il genitore.

CASO CLINICO: la storia del Rottweiler

Brianna, 9 anni, era stata una bambina felice e sicura prima di essere morsa da un Rottweiler, 6 mesi prima di richiedere una terapia. Da allora, aveva sviluppato un comportamento ansioso e lamentoso, e aveva molta paura dei cani, compreso il vecchio cane di famiglia.

La madre pensava che la terapeuta avrebbe dovuto prendere come target il pronto soccorso, dove la figlia aveva ricevuto i punti di sutura, ma Brianna raccontò che la parte peggiore dell'incidente era stato l'attacco vero e proprio. Riferì che la cosa che l'aveva turbata di più era stata quando il cane le aveva morso ferocemente il piede, che aveva poi richiesto numerosi punti di sutura.

La terapeuta fece fare a Brianna un disegno dell'attacco del cane su una metà di un grande foglio di carta. La sua CN era «Sono in pericolo. Non sono al sicuro», mentre la CP era «Ora sono al sicuro», per cui disegnò un'immagine di se stessa che portava a spasso il cane di famiglia (si veda Figura 5.1).
Quando Brianna e la madre tornarono alla terza visita, entrambe riferirono che il comportamento ansioso della bambina era scomparso: aveva persino suggerito di andare in un negozio di animali dall'altra parte della strada e si sentiva a suo agio in quel posto. Soprattutto, era di nuovo in grado di godersi lo Scottish Terrier di famiglia.
Circa 6 mesi dopo, la madre chiamò per riportare Brianna in terapia perché le sue richieste di estrema vicinanza erano tornate. La donna chiese se la terapia EMDR si fosse esaurita e se fosse necessario un richiamo di tanto in tanto. La terapeuta rispose di no e chiese sia alla madre sia a Brianna se fosse successo o cambiato qualcosa. Entrambe negarono. Quando la terapeuta rimase sola in seduta con la bambina, le fece domande più specifiche riguardo al ritorno della paura. Brianna le disse che viveva tra due case che avevano entrambe dei Rottweiler, nessuno dei quali era il cane che l'aveva aggredita. Riferì che nel giro di una settimana, un Rottweiler era fuggito dalla casa dei vicini e si era messo ad abbaiare ferocemente contro di lei nel vialetto, tanto che avevano dovuto trattenerlo. L'altro cane, che normalmente è tenuto in un recinto, era libero nel cortile e abbaiava ferocemente contro di lei quando saltava sul trampolino.
Questi incidenti furono presi come nuovi target. La CN era: «Non sono al sicuro». La CP era «Posso proteggermi ed essere cauta nei confronti di alcuni cani». Nella seduta di follow-up, Brianna si sentì di nuovo meglio e tornò a comportarsi in modo indipendente.

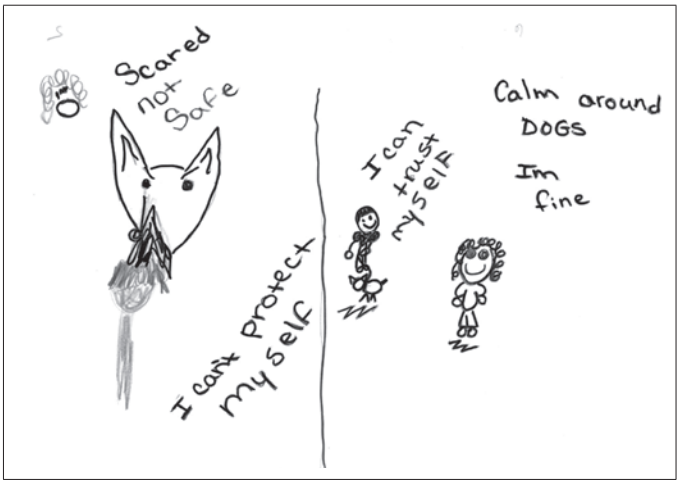

Fig. 5.1
Il disegno di Brianna, 9 anni, del Rottweiler che le morde un piede, mostra il modo in cui la bambina ha disegnato la CN e la CP sulla stessa pagina, da utilizzare nel processo di desensibilizzazione (si veda il Capitolo 6).

Chiedendo al bambino di identificare target e sintomi, questi presenterà i problemi che lo preoccupano. Il terapeuta, quindi, potrà consultarsi con il genitore per esplorare eventuali ulteriori parti del ricordo del bambino. Come

sottolineato in tutto il testo, è importante che i target siano identificati in primo luogo dal bambino, con un contributo da parte dei genitori e degli altri caregiver.

Chiedere al bambino cosa pensa riferirà il genitore

Dopo aver chiesto al bambino di identificare i target, si prosegue chiedendogli di prevedere cosa potrebbe riferire il genitore. Ad esempio, si potrebbe domandare: «Perché pensi che i tuoi genitori ti abbiano portato qui da me?», oppure «Cosa ti hanno detto i tuoi genitori sul motivo per cui ti hanno portato nel mio studio?». A volte i bambini ne hanno discusso con gli adulti, altre volte ciò che hanno capito è semplicemente che il genitore si è arrabbiato per qualcosa che stanno facendo. Altri potrebbero non averne idea. Le risposte del bambino danno al terapeuta un'ulteriore comprensione del modo in cui interagiscono i membri della famiglia.

Chiedere i target ai genitori

Il secondo metodo per identificare i target è rivolgersi al genitore. Il terapeuta chiede al genitore di raccontare e chiarire ulteriormente ciò che il bambino ha identificato. In questo ruolo, il genitore fornisce ulteriori elementi per aiutare il terapeuta a comprendere ciò che il figlio sta elaborando. Anche se non è sempre necessario che il terapeuta capisca ciò che il bambino ha identificato, a volte il genitore può fornire ulteriori chiarimenti.

CASO CLINICO: i raggi X di Sienna

La madre di Sienna la portò in terapia quando aveva 3 anni. I problemi della bambina erano il comportamento oppositivo verso la madre, l'iperattività e le crisi di pianto prolungate al momento di andare a letto. Durante il processo di raccolta dati, il terapeuta scoprì che la bambina aveva subito numerosi traumi nel corso della sua breve vita. Era nata prematura e all'età di 1 anno aveva sviluppato una grave patologia che aveva richiesto un ricovero in ospedale. Sua madre ebbe un aborto spontaneo quando Sienna era presente, cosa che la sconvolse. Poiché la madre non poteva sollevare o tenere in braccio la figlia durante la nuova gravidanza, Sienna si era sentita triste e trascurata. La madre e il terapeuta sospettavano che questi traumi potessero aver contribuito al suo comportamento.

Il terapeuta spiegò a Sienna e alla madre la terapia EMDR. Durante la seduta successiva, la bambina sapeva che il terapeuta aveva intenzione di chiederle su che cosa volesse lavorare per rielaborare le sue preoccupazioni. Sienna arrivò in seduta, prese la carta e i pastelli e iniziò a disegnare quello che sembrava un mucchio di scarabocchi (si veda la Figura 5.2).

Perplesso, il terapeuta le chiese cosa stesse disegnando e lei rispose: «Una radiografia». «Una radiografia di cosa?» La bimba disse: «Una radiografia di quando mi sono rotta il braccio». La madre rimase sorpresa e disse che Sienna si era rotta il braccio l'anno prima, esattamente in quello stesso periodo.
La madre e il terapeuta avevano fatto delle ipotesi sull'entità del trauma medico precedente, ma la bambina scelse la radiografia come target. Sapeva su cosa voleva lavorare. Sienna e il terapeuta usarono quindi il target dei raggi X e lo rielaborarono con successo.

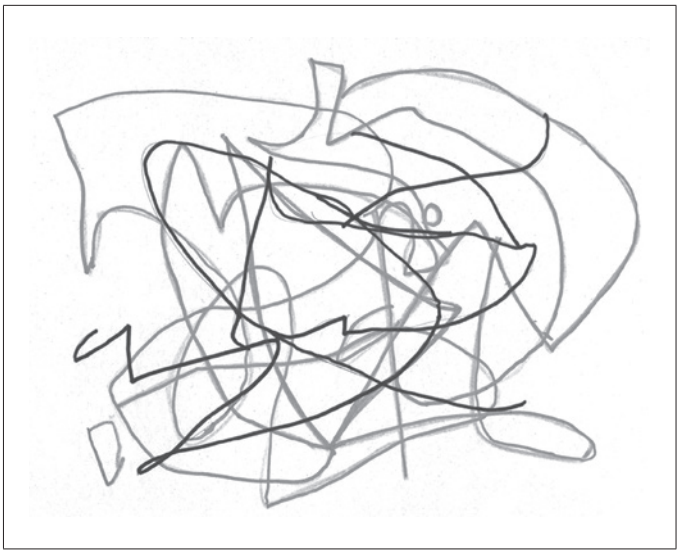

Fig 5.2
Sienna, 3 anni, sceglie di disegnare come target la radiografia del suo braccio rotto.

Il genitore presenta le sue osservazioni su ciò che il bambino ha dimostrato, osservazioni che vengono filtrate dal sistema del genitore stesso. Come già discusso in precedenza, i problemi del genitore possono influenzare i target che costui identifica per il figlio.

Chiedere al genitore cosa pensa che riferirà il figlio

Così come il terapeuta chiede al bambino di prevedere cosa potrebbe riferire il genitore, fa lo stesso con i caregiver. Il terapeuta deve esplorare con i genitori ciò che questi ultimi credono che il figlio identificherà come potenziali target per la terapia EMDR. Ad esempio, il terapeuta può chiedere: «Di che cosa avete discusso con vostro figlio riguardo al fatto di venire nel mio studio?». Alcuni genitori avranno già parlato del trattamento con il bambino, mentre altri potrebbero non averlo fatto. Anche in questo caso, si tratta di dati preziosi per

il terapeuta da utilizzare nel trattamento. Una volta raccolte le previsioni dei genitori su ciò che il bambino potrebbe aver riferito, si può continuare parlando di ciò che il bambino ha effettivamente identificato.

Chiedere informazioni ai genitori su ciò che il bambino ha riferito

A volte il genitore è consapevole delle preoccupazioni del bambino, mentre altre volte è sorpreso da ciò che il figlio identifica come target. Pertanto, un'altra possibilità è che il figlio identifichi un target di cui il genitore non è assolutamente a conoscenza. Ad esempio, un bambino potrebbe riferire un'esperienza scolastica di cui il genitore potrebbe non sapere nulla.

Chiedere informazioni al bambino su quanto riferito dal genitore

Una volta raccolte le informazioni dal genitore, il terapeuta può esplorare con il bambino ciò che l'adulto ha riferito, se opportuno. Talvolta le informazioni fornite dal caregiver possono essere soverchianti per il bambino e potrebbero non far parte della sua memoria implicita. Tuttavia, l'elaborazione delle ipotesi del genitore con il bambino può potenzialmente aiutarlo a creare una narrazione della propria storia. Oltre a chiedere direttamente al bambino e ai genitori i possibili target, il terapeuta può utilizzare tecniche meno esplicite per farli emergere e per esplorare quale EG potrebbe essere alla base dell'attuale manifestazione sintomatica.

La tecnica del floatback

Il terapeuta deve anche considerare un processo creato dalle autrici e denominato «floatback con Interventi Cognitivi (IC)», usato sia per favorire l'identificazione del target sia per riavviare l'elaborazione bloccata durante la fase di desensibilizzazione.

Con questa tecnica, si suggerisce al bambino di considerare un evento di cui il terapeuta è a conoscenza, chiedendogli: «Ti ricordi che tua mamma mi ha detto che hai avuto un incidente quando avevi 2 anni? Mi chiedevo: pensi che quell'incidente abbia qualcosa a che fare con quello a cui pensi ora quando ti senti spaventato o hai quel brutto pensiero di "non essere al sicuro"? Pensi che queste cose possano essere collegate?».

Durante il processo di identificazione del target, il terapeuta utilizza gli IC per presentare nuovi elementi della storia del bambino e per introdurre il

concetto di concatenamento associativo. Il terapeuta potrebbe essere a conoscenza di informazioni sul paziente di cui quest'ultimo non è consapevole o che sta ignorando perché non ha associato l'evento all'attuale sintomatologia. Con gli IC, il clinico introduce una parte dell'informazione sul trauma per esplorare i possibili target. Il bambino può fare o meno un'associazione con tale informazione.

Se non avviene alcun collegamento, occorre valutare se il paziente non è in grado di farlo o se non è consapevole dell'esistenza di un'associazione. Ancora una volta, sarà il giudizio clinico del terapeuta a guidare le successive scelte.

CASO CLINICO: Jeremiah

Jeremiah, 8 anni, era il minore di tre fratelli, e viveva con i suoi genitori in un quartiere benestante. Aveva perso l'indice della mano sinistra in un incidente con la bicicletta l'anno precedente. Prima di questo episodio, Jeremiah era un ragazzino felice, affamato ed estroverso. L'appetito viene citato perché a ogni seduta, nonostante il bambino avesse mangiato da poco, diceva sempre di avere fame. Nonostante amasse mangiare, Jeremiah era un ragazzino magro e attivo. Nei 6 mesi precedenti la terapia, aveva sviluppato un comportamento dipendente: non giocava più in giardino, dormiva in camera con suo fratello, piangeva e faceva capricci all'aquapark se i fratelli non erano vicini a lui, e controllava le serrature di casa la sera.

In relazione all'incidente, Jeremiah e i suoi genitori riferirono che tutti i ragazzi stavano pedalando veloci con la bicicletta. C'erano dei lavori in corso nel quartiere e qualcuno aveva rimosso un tombino mettendolo sul marciapiede. Il fratello più grande, che era davanti, l'aveva aggirato rapidamente. Il fratello di mezzo, che era il secondo, era passato anch'egli accanto al tombino. Jeremiah, che era l'ultimo, non lo aveva visto in tempo e lo aveva centrato. La mano gli era rimasta impigliata nei raggi della bici e l'indice era stato reciso. I suoi fratelli erano molto responsabili ed erano corsi dai genitori. Questi erano arrivati velocemente e avevano portato Jeremiah in ospedale. Lì il bambino era stato sorprendentemente calmo e tutto si era svolto come ci si poteva aspettare durante un'esperienza al pronto soccorso.

Alla seconda seduta, terapeuta e paziente crearono una mappa dei target (discussa più avanti nel capitolo), che consentì al terapeuta di capire come Jeremiah avesse codificato il trauma. Il bambino scrisse sulla mappa che aveva paura di essere lasciato a casa da solo, di essere rapito, dei ladri, dei telegiornali e dei brutti sogni. Poi collegò gli elementi correlati con delle linee, come la paura di essere di essere rapito e la paura che i suoi fratelli venissero rapiti. La paura dei ladri gli faceva fare brutti sogni. E guardare il telegiornale faceva sì che avesse paura di stare da solo per timore di essere rapito. Poi assegnò a ogni paura un SUD, che rivelò che la questione del rapimento non lo preoccupava più di tanto, ma guardare il telegiornale sì. Jeremiah non indicò l'incidente in bicicletta sulla mappa come problema/preoccupazione. Il terapeuta gli chiese informazioni sull'episodio e, nello specifico, se fosse una preoccupazione. Lui rispose di no.

Nella terza seduta, il bambino identificò «il telegiornale» come target. Il terapeuta dovette dedicare molto tempo e pazienza per individuare la CN. Per rappresentare la sua paura dei telegiornali, Jeremiah aveva disegnato l'immagine di uno schermo su cui comparivano dei rapinatori che sparavano a un poliziotto. La CN era: «Potrebbe accadere qualcosa di brutto. Sono in pericolo» e chiese al terapeuta di scriverla per lui. Fece fatica a trovare una CP e, su suggerimento del clinico, trovarono: «Succedono cose brutte e cose belle, ma io sto comunque bene». Jeremiah accettò la CP, ma la sua risposta fu tiepida. Non gli risuonava completamente e il terapeuta ne prese nota.
Per la CP, Jeremiah disegnò persone che camminavano felicemente insieme, rapinatori che sparavano a un poliziotto e, in cima alla pagina, un'immagine di se stesso a un tavolo che mangiava il pollo. Disse: «Posso avere un po' di privacy? Sto mangiando», cosa che sorprese il terapeuta. Jeremiah rispose con un'affermazione che sembrava risuonare per lui. Dichiarò: «Succedono cose brutte e belle, e io vado avanti con la mia vita (mangiando il pollo in privato, a casa mia)» (si veda la Figura 5.3 per la mappa di Jeremiah). Il bambino utilizzò le manopoline per la BLS. Era molto attivo perché immaginava di picchiare i rapinatori. Continuò a rielaborare i target della mappa, e alla quarta seduta, due settimane dopo, lui e il terapeuta rivalutarono tutti i target.
In quella sede, Jeremiah rielaborò la sua paura delle notizie e dei rapinatori. Al momento della rivalutazione, il terapeuta verificò con genitori e figlio i sintomi esterni e le esperienze interne per avere un quadro preciso dei suoi progressi.
La maggior parte dei sintomi era scomparso. Il comportamento dipendente era sparito, dormiva nella sua stanza ed era in grado di giocare al parco acquatico senza aggrapparsi ai fratelli o andare in crisi. Un piccolo sintomo riferito dai genitori fu che il figlio continuava a controllare le serrature prima di andare a dormire. Il terapeuta prese come target questo elemento. La CN era ancora «Accadono cose brutte» e il terapeuta gli disse «Nota questo». Poi usò un IC e disse a Jeremiah: «E l'incidente in bicicletta?». Jeremiah rispose: «Accadono cose brutte». Il terapeuta ripeté: «Nota questo». E poi Jeremiah disse spontaneamente: «Accadono cose brutte. Accadono cose belle. Non è colpa mia», e lasciò cadere le manopoline. Aveva rivelato il pezzo mancante, che lo aveva aiutato a rielaborare il suo senso di responsabilità: «Non è colpa mia». I genitori erano sorpresi: in nessun momento il figlio aveva indicato il pensiero che l'incidente fosse colpa sua. Ma tanto per loro quanto per il terapeuta aveva senso: entrambi i fratelli avevano visto il tombino, ma lui no. Pensava che fosse colpa sua. Dopo questa seduta, Jeremiah terminò il trattamento e, a quanto risulta, stava bene ai follow-up a 6 e 9 mesi di distanza.

Per eseguire un'approfondita identificazione dei target occorre combinare tutti gli elementi sopracitati. Chiedere al bambino di identificare i target per primo, senza la presenza del genitore, evita che la presentazione dell'adulto contamini quella del paziente. Può essere utile avere il contributo del genitore, soprattutto se il figlio è reticente a discutere i problemi o se è davvero confuso sul motivo per cui è stato portato in consulenza. Fate riferimento alla parte dedicata a come integrare i genitori nella terapia con i bambini nel Capitolo 4.

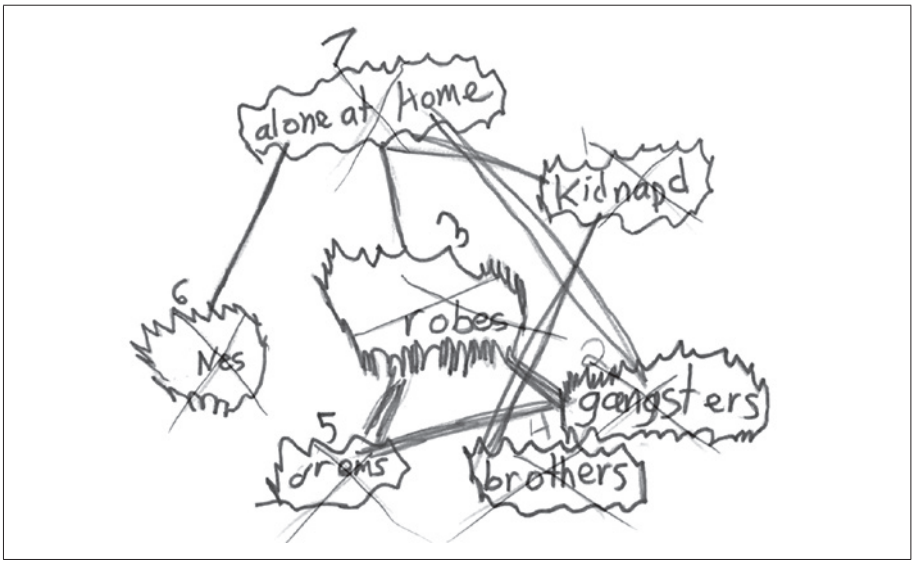

Fig. 5.3 Ecco un esempio della mappa di Jeremiah. Il bambino non inserisce l'incidente in bicicletta sulla mappa delle sue preoccupazioni. Invece, in ordine di importanza, mette le sue paure di essere rapito, dei ladri, dei rapinatori, del rapimento dei suoi fratelli, dei brutti sogni, dei notiziari televisivi e dell'essere solo. Poi valuta ogni preoccupazione con un livello SUD. Tuttavia, al momento della rielaborazione, sceglie il telegiornale come preoccupazione principale. Una volta rielaborata, dice che le altre questioni non lo preoccupano più e le cancella dalla mappa.

Tecniche creative per identificare i target per la rielaborazione

Le autrici hanno creato specifici strumenti per identificare i target con i bambini, come le mappe, i grafici e le tecniche di arteterapia, tra cui il vassoio di sabbia, la plastilina, il disegno su lavagne o tablet e l'uso di immagini digitali. Molte di queste tecniche coprono in realtà una o più fasi della terapia. Ad esempio, la tecnica della mappatura può essere usata per identificare le varie parti della fase di assessment necessarie per procedere con la fase di desensibilizzazione. Le mappe e i grafici aiutano il terapeuta nell'attuare i passaggi del protocollo con i bambini e possono essere integrati e utilizzati nella concettualizzazione del caso per la pianificazione del trattamento. Entrambe le tecniche insegnano ai bambini ad auto-valutarsi e potenziano le abilità metacognitive — ovvero la capacità di pensare a pensieri e sentimenti — offrendo nuovi strumenti per spiegare le esperienze interne. Infine, le mappe e i grafici possono essere sfruttati come spazi in cui i bambini possono «appiccicare» ricordi o emozioni angoscianti, fino a quando il disturbo non viene risolto.

6

Fase 4: desensibilizzazione

La fase di desensibilizzazione della terapia EMDR prende avvio una volta che il terapeuta ha identificato tutti gli elementi previsti dalla fase di assessment ed è pronto per iniziare la stimolazione bilaterale (BLS). Il terapeuta istruisce il bambino a trattenere l'immagine insieme alla Cognizione Negativa (CN) e indicare dove la sente nel corpo, poi gli spiega cosa dovrebbe aspettarsi e inizia la BLS. Questo è il punto di partenza per la rielaborazione del target.

In questo capitolo, il fenomeno chiamato «rielaborazione» fa riferimento all'assimilazione delle informazioni precedentemente codificate in modo disfunzionale a causa del trauma. Bambini e adolescenti potrebbero oscillare tra l'elaborazione e la rielaborazione, dal momento che la terapia prevede un nuovo apprendimento (o elaborazione) quando vengono assimilate nuove informazioni. Allo stesso tempo, il bambino/adolescente potrebbe rielaborare gli schemi disfunzionali precedentemente appresi e codificati, che stanno generando i sintomi. Quindi, mentre le domande della fase di assessment attivano e danno accesso alle informazioni codificate in modo disadattivo, il bambino/adolescente potrebbe anche aver bisogno di elaborare nuove informazioni per poter giungere a una risoluzione adattiva. In altre parole, i bambini, gli adolescenti e persino gli adulti rielaborano e imparano allo stesso tempo. Utilizzando la metafora del treno si potrebbe dire che il paziente deve costruire e assemblare i binari per essere in grado di posare le rotaie affinché il treno si muova. In definitiva, l'elaborazione e la rielaborazione sono simili all'assimilazione e all'accomodamento delle informazioni, come spiegato da Piaget. Questo è il fulcro della terapia EMDR e della guarigione dal trauma.

Lo scopo della fase di desensibilizzazione

Secondo il modello dell'elaborazione adattiva dell'informazione (AIP), il terapeuta fornisce alcune istruzioni iniziali al paziente per favorire il pieno accesso all'esperienza. Quando ciò si verifica, quest'ultimo dimostra in maniera evidente di essersi collegato alle informazioni immagazzinate in modo disfunzionale e correlate alla sintomatologia attuale: ad esempio, potrebbe mostrare emozioni o comportamenti indicativi del fatto che il target lo rispecchia. Alcuni potrebbero manifestare forti emozioni, mentre per altri l'accuratezza del target potrebbe essere rivelata da qualche indicatore fisico di riconoscimento: il terapeuta osserva il respiro, il livello di attività, il pallore, le emozioni, le espressioni facciali e la presentazione non verbale in generale, oltre a ciò che il paziente riferisce.

Con i bambini più piccoli la prova di risonanza potrebbe essere ambigua o più sottile, ma comunque evidente. In questo momento, le abilità di osservazione e sintonizzazione del clinico assumono un valore inestimabile ed è importante che egli si chieda: «Come faccio a saperlo o capirlo con *questo* bambino?».

Considerazioni sulla procedura

Una volta avviato il processo di desensibilizzazione l'immagine di solito cambia e raramente torna a essere la stessa. A volte, tuttavia, un paziente si arresta e l'immagine non subisce variazioni, il che è indice di un'elaborazione bloccata (tale aspetto verrà discusso più avanti in questo capitolo).

Durante l'elaborazione alcuni pazienti riporteranno alcune parti dell'episodio originale, mentre altri seguiranno un flusso di ricordi in qualche modo collegati. A volte ciò che il paziente riferisce sembrerà disporsi lungo un percorso logico o una cronologia dell'evento, mentre in altri casi il flusso di informazioni somiglierà a un fiume in piena. Per altri ancora, invece, potrebbero esserci molti affluenti, a volte logici e a volte confusi, sia per il paziente sia per il terapeuta. Le risposte riferite durante la fase di desensibilizzazione sono rivelatrici delle connessioni che il paziente sta creando mentre le cose si spostano in modi spesso sorprendenti e inusuali. Questo è il *concatenamento associativo* ed è il cuore dell'elaborazione descritta nel modello AIP.

Segnali di elaborazione durante la desensibilizzazione con i bambini

La comprensione dell'aspetto e del comportamento di bambini e adolescenti durante la rielaborazione deriva dall'esperienza del terapeuta e dalla

sua conoscenza dell'AIP. La normale rielaborazione copre un ampio spettro di risposte. Durante la desensibilizzazione, l'immagine, le cognizioni, le emozioni, le sensazioni corporee e le credenze possono subire lievi variazioni; qualsiasi cambiamento è la prova che il ricordo è in fase di rielaborazione e che il terapeuta dovrebbe continuare senza intromettersi nel processo del paziente.

Ad esempio, un'adolescente che presentava una storia di traumi gravi e un disturbo di attaccamento reattivo di tipo inibito, una volta identificati tutti gli elementi della fase di assessment, iniziò il processo di desensibilizzazione con la BLS tattile. Ogni volta che il terapeuta verificava e diceva: «Fai un respiro profondo. Dimmi cosa noti» l'adolescente rispondeva: «È nello stomaco». Anche se a livello verbale continuava a riferire la stessa informazione, fisicamente la sua elaborazione si stava muovendo. Alla fine, si sdraiò sul divano dello studio e sbadigliò. Dopo diverse serie, il terapeuta le chiese di descrivere eventuali cambiamenti di ciò che stava accadendo nel suo stomaco ed ella riferì: «È passato dalla sensazione di fame alla pienezza». Anche se riferiva ogni volta che il disagio era nello stesso punto, la sensazione corporea stava effettivamente cambiando a ogni serie di BLS. Il terapeuta deve essere consapevole di come si presenta la rielaborazione con ciascun paziente.

I bambini rielaborano velocemente

Inizialmente, il terapeuta potrebbe sorprendersi per la rapidità con cui il bambino elabora il ricordo e dovrà verificare con lui se sta facendo progressi. Seguire il processo di concatenamento associativo è molto più semplice con i ragazzini, perché le loro reti mnestiche hanno meno canali e associazioni a causa della giovane età (si veda la Figura 6.1).

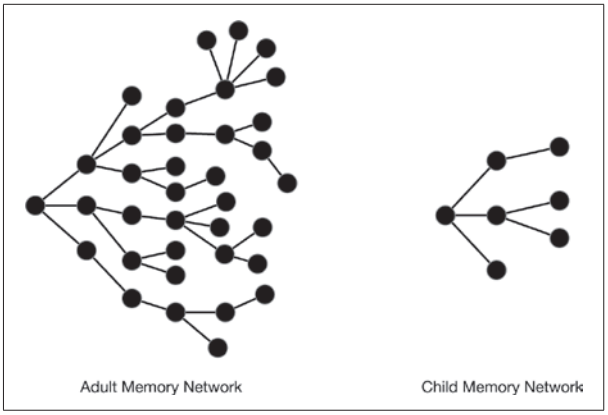

Fig. 6.1
Le reti neurali. Le reti mnestiche dei bambini sono tipicamente meno estese rispetto a quelle degli adulti, ma possono variare a seconda dell'età e dell'esperienza personale.

Anche se alcuni di loro potrebbero aver vissuto traumi e disagi di vasta portata in un breve lasso di tempo, non sono passati molti anni da quando hanno attraversato l'esperienza.

Indicatori emotivi e comportamentali di rielaborazione nei bambini

Il modo in cui i bambini elaborano i ricordi è peculiare tanto quanto lo è il singolo bambino.

Alcuni sono molto irrequieti e hanno bisogno di fermarsi a giocare un po' per poi continuare l'elaborazione. Altri possono essere infastiditi o frustrati dalla procedura e hanno bisogno di passare a un'altra attività o di cambiare la modalità di BLS. Altri ancora possono diventare molto silenziosi, quasi come se non stesse succedendo nulla, e poi riferire o dimostrare un cambiamento significativo che stupisce anche il terapeuta.

Lo stesso bambino può elaborare ogni target in modo diverso. Seguite la guida del paziente e instaurate con lui una relazione che favorisca l'elaborazione: la flessibilità e la fluidità del professionista aumentano l'efficacia della terapia EMDR applicata ai bambini. Portate nel processo la consapevolezza dell'unicità del paziente e delle sue attuali capacità di sviluppo, e utilizzate il linguaggio e le esperienze di vita del bambino per tradurre la procedura e coinvolgerlo nel trattamento.

Nel caso di Jeremiah, discusso nel Capitolo 5, mentre il bambino elaborava la sua paura dei rapinatori, calciava e dava pugni in aria, emettendo suoni di lotta mentre teneva le manopoline durante la BLS. Mentre l'elaborazione di questo paziente fu molto attiva, altri bambini possono essere silenziosi e calmi.

Implicazioni delle tappe dello sviluppo sulla rielaborazione

Poiché i bambini stanno ancora svolgendo i loro compiti evolutivi e la loro personalità si sta ancora sviluppando, la storia del trauma non è ancora profondamente radicata nella loro persona. Questo è uno dei motivi più importanti per utilizzare la terapia EMDR con i bambini: elaborando le esperienze codificate in modo disadattivo in età molto giovane, l'EMDR può cambiare la traiettoria di vita del bambino e impedire che questi eventi si manifestino in una patologia adulta più estesa.

I bambini cambiano continuamente, anche tra una seduta e l'altra, il che indica la necessità di essere sempre attenti ai progressi di apprendimento e di sviluppo del singolo paziente. Man mano che questi impara partecipando al trattamento e semplicemente vivendo, anche il processo terapeutico cambia.

Questa danza di consapevolezza prosegue per tutta la psicoterapia con l'età evolutiva: le varie fasi dello sviluppo psicosociale sono in costante sovrapposizione con il processo terapeutico.

Uso della stimolazione bilaterale con i bambini durante la rielaborazione

In questa sede non verranno ripetute le tipologie di BLS esaminate nel Capitolo 4, ma saranno illustrate le sfumature dell'effettivo utilizzo della BLS durante la fase di desensibilizzazione. Ulteriori dettagli sulla BLS con bambini piccoli e adolescenti sono discussi nei Capitoli 11 e 12.

Serie di BLS

I bambini potrebbero non aver bisogno di tutti i 24 movimenti oculari o serie per elaborare un ricordo: in generale, i piccoli elaborano più rapidamente degli adulti e potrebbero fare dei collegamenti senza nemmeno accorgersene. Anche in questo caso, il terapeuta deve monitorare le risposte verbali e non verbali del paziente. Quando nota che comincia a dare segnali di un cambiamento emotivo o del chiaro riconoscimento di una connessione, il terapeuta può interrompere la BLS e chiedere «Cosa succede?» o «Cosa noti ora?».

Talvolta, il clinico potrebbe aver bisogno di prolungare o accorciare la serie di MO quando i bambini sono distratti o giocano con il dispositivo NeuroTek®. Molti giocano con le manopoline mettendole sul viso e sulle orecchie per notare il rumore che fanno quando si collegano. Sia che si utilizzi la stimolazione tattile o i movimenti oculari (MO), è importante verificare che il bambino sia partecipe e concentrato.

Ciò può significare che il terapeuta deve impegnarsi di più per coinvolgere il piccolo, agitando le dita o muovendosi nella stanza per rimanere in contatto con lui.

Necessità di cambiare il tipo di BLS, il gioco o la concentrazione

Con i bambini si potrebbe aver bisogno di cambiare il tipo di BLS con maggior frequenza, per mantenere la loro attenzione. Anche in questo caso, nel tentativo di rimanere in sintonia con il paziente, il terapeuta può avere bisogno di notare quando è distratto o si è abituato al tipo di BLS. Può cambiare la velocità, l'intensità o il volume delle BLS per mantenerlo partecipe nella desensibilizzazione.

Movimenti oculari

Con gli occhi, i bambini elaborano più rapidamente degli adulti e il terapeuta potrebbe non accorgersi che hanno davvero finito di elaborare. A 4 anni di età sono in grado di eseguire le BLS con gli occhi e di attraversare la linea mediana del corpo. Spesso il terapeuta non ha nemmeno bisogno di oggetti di scena come i pupazzi: molti bambini infatti preferiscono i MO.

Questioni tipiche della desensibilizzazione con bambini e adolescenti

Quando lavorano con i bambini, i terapeuti notano risposte interessanti e peculiari. Ecco alcuni esempi.

Bambini e adolescenti possono mostrare esitazione e comportamenti di evitamento

I terapeuti potrebbero notare che un bambino/adolescente è esitante o riluttante a elaborare il target. Non si tratta di un paziente oppositivo, ma piuttosto di uno che non ha compreso lo scopo e l'efficacia del processo terapeutico. Il terapeuta deve, quindi, considerare ciò di cui il singolo individuo ha bisogno per coinvolgersi.

I bambini possono anche essere evitanti, mostrando una categoria di sintomi associata al disturbo post-traumatico da stress (PTSD). Nella concettualizzazione del caso, è importante che il terapeuta consideri ciò di cui il paziente potrebbe avere bisogno, sia internamente che esternamente, per procedere. Come già detto, l'uso delle risorse e delle abilità di padronanza aiuta il bambino a sentirsi più competente nella regolazione e nell'alfabetizzazione emotiva. L'insegnamento di queste abilità è descritto in dettaglio nel Capitolo 9. Il processo circolare della terapia EMDR con i bambini prevede che si ritorni alla fase di preparazione, quando necessario, per migliorare le competenze del paziente e continuare con la desensibilizzazione. L'insegnamento delle tecniche di distanziamento e di regolazione emotiva, nonché l'uso dei contenitori, viene affrontato nel corso dell'intero volume.

Di solito i bambini piccoli, e spesso gli adolescenti, non giungono in terapia spontaneamente, ma su proposta dei loro caregiver; pertanto, è fondamentale parlare dei sentimenti del bambino/adolescente riguardo al trattamento e chiedergli di investire nell'intervento per validare la sua opinione e dargli un senso di responsabilità. Al bambino/adolescente non dovrebbe essere data la possibilità di rifiutare la terapia; tuttavia, è buona prassi ascoltare la sua

> Eseguire la BLS.
> «Ora, per 1 mese… [stesse parole e scenario]».
> Eseguire la BLS.
> «Ora, facciamo finta di vederti quando sarai più grande e immaginiamo una volta in cui potresti avere bisogno di [comportamento desiderato]. Immaginati di [comportamento positivo] e le parole [CP]».
> Eseguire la BLS.

Il terapeuta può chiedere al bambino di fare un disegno, usare il vassoio di sabbia o creare una scultura di argilla in qualsiasi momento: deve, infatti, essere in grado di valutare eventuali associazioni negative o distorsioni che possono emergere. Il bambino deve sentirsi emotivamente, fisicamente e cognitivamente a suo agio con l'evento previsto.

Una volta completato il MF, il terapeuta torna a rielaborare un altro target. Ancora una volta, a seconda del tempo a disposizione, si stabilisce se iniziare a rielaborare un nuovo target o chiudere la seduta, con un piano per rielaborare un altro target nell'incontro successivo. La chiusura include il debriefing del paziente e la normalizzazione dell'esperienza vissuta in seduta, preparando al contempo l'individuo a ciò che potrebbe accadere tra una sessione e l'altra. È importante prendersi il tempo necessario per portare il paziente a uno stato di benessere prima che lasci lo studio, spiegando a bambino e genitori che cosa potrebbe accadere prima del successivo appuntamento.

Un target si considera completo quando il SUD è pari a 0, la VoC è pari a 7 e il paziente riferisce una scansione corporea priva di disagi. La chiusura può essere applicata alla fine di una seduta in cui si è completato un target (per le istruzioni sulla chiusura di una seduta incompleta, si rimanda il lettore al Capitolo 6).

Fase 7: chiusura

La fase di chiusura della terapia EMDR si verifica ogni volta che il terapeuta ha bisogno di terminare una seduta, a prescindere dal fatto che la rielaborazione di un target sia incompleta o completa. L'obiettivo della fase di chiusura è quello di scegliere un punto di conclusione appropriato per la seduta, assistendo il paziente nel debriefing e nella disattivazione di qualsiasi disturbo emerso durante l'incontro. Una volta assistito il bambino nella transizione verso uno stato più confortevole, l'ultimo obiettivo della fase di chiusura è quello di preparare lui e il genitore per le sedute successive.

In questo capitolo sono inclusi ulteriori strumenti per le sedute incomplete, abilità didattiche per bambini e genitori da utilizzare tra una seduta e l'altra e le istruzioni per utilizzare un modulo di monitoraggio per bambini e adolescenti (si veda Appendice C), per monitorare i progressi della terapia.

Scegliere il punto di chiusura della seduta

Come discusso in precedenza, è importante che il terapeuta gestisca il tempo a disposizione, lasciando lo spazio per un debriefing e per aiutare il bambino a raggiungere uno stato di benessere da portare fuori dallo studio. Se il paziente stava rielaborando un target, il terapeuta può fare riferimento all'Appendice H per un copione per chiudere una seduta incompleta durante la desensibilizzazione. Se invece si era giunti alla fase di installazione o di scansione corporea, è possibile fare riferimento agli script presenti in questo capitolo. Se il paziente ha completato la rielaborazione del target con un SUD pari a 0 e una CP installata con una VoC pari a 7, i terapeuti sono incoraggiati a lasciare il tempo necessario per completare la scansione corporea o a terminare la sessione dopo aver completato la fase di installazione. Durante ogni fase della terapia EMDR, il clinico anticipa ciò di cui il paziente avrà bisogno per concludere la seduta e consentirgli di uscire in uno stato di calma. Se possibile, è sempre meglio non terminare in uno stato di estrema agitazione o disagio: imparare a scandire il ritmo del processo terapeutico è un'abilità importante in tutte le terapie.

Strumenti per assistere il bambino al termine della seduta

Esistono molti strumenti creativi e divertenti per aiutare i bambini a fare debriefing e a riorganizzarsi al termine delle sedute (si veda lo script seguente). Di seguito vengono citate le tecniche per chiudere le sessioni incomplete, ma ci sono altri strumenti (come i contenitori) che possono essere usati per chiudere la terapia in qualsiasi momento. Le informazioni sull'uso dei contenitori sono state descritte nel Capitolo 4; questo paragrafo spiega ulteriormente il loro utilizzo, nonché quello dei compiti a casa e delle abilità di rilassamento e di visualizzazione al termine di una seduta.

Una seduta si definisce incompleta quando, al termine del tempo a disposizione, il materiale non è ancora stato rielaborato o il paziente è ancora evidentemente turbato, o il SUD è superiore a 1 e la VoC è inferiore a 6. Di seguito è riportata una procedura suggerita per la chiusura di una sessione incompleta. Lo scopo è quello di riconoscere al bambino i risultati raggiunti

e di lasciarlo ben radicato nel presente prima che lasci lo studio. Gli strumenti per chiudere una seduta incompleta possono essere usati anche durante la fase di desensibilizzazione, installazione o scansione corporea.

1. Spiegare il motivo dell'interruzione e verificare lo stato del bambino: «Dobbiamo fermarci e rimetterci in ordine perché è ora di andare. Come stai dopo le cose di cui abbiamo parlato oggi?».
2. Incoraggiare e sostenere lo sforzo compiuto: «Abbiamo lavorato sodo oggi, e sei stato bravissimo. Come stai adesso?».
3. Il terapeuta può cercare di accedere ai contenitori e al posto calmo/sicuro del bambino per chiudere il processo di desensibilizzazione: «Fermiamoci a fare il nostro contenitore e il nostro posto calmo/sicuro un'altra volta prima di andare via. Ti ricordi il tuo posto calmo/sicuro? Voglio che tu pensi a quel luogo. Cosa vedi? Che odore senti? Come ci si sente essere lì? Dove lo senti nel corpo?».

Contenitori

L'uso dei contenitori viene spiegato in relazione a varie fasi, nel corso di vari capitoli; il loro utilizzo nella fase di preparazione è stato spiegato nel Capitolo 4 e quello per la chiusura delle sedute incomplete durante la fase di desensibilizzazione nel Capitolo 6. L'uso dei contenitori può essere utile anche tra una seduta e l'altra, come strumento di padronanza per la gestione delle forti emozioni, per la chiusura e come parte di un MF.

I contenitori possono essere utilizzati per la chiusura quando la seduta è incompleta o per la regolazione emotiva; si può insegnare ai bambini come usare i contenitori per custodire i cattivi pensieri o i sentimenti spaventosi che li sopraffanno fino a quando il materiale non potrà essere rielaborato. È possibile utilizzare come contenitore qualsiasi tipo di scatola, box di plastica, cassetta di sicurezza o altro che possa essere realizzato durante la seduta o acquistato in negozi di bricolage.

I bambini sono molto creativi e il terapeuta può anche chiedere loro di fare un disegno del contenitore di cui sente di aver bisogno per gestire le forti emozioni o i flashback. I bambini possono usare tutti i contenitori di cui hanno bisogno per affrontare e continuare a funzionare a casa e a scuola.

Lanciare i contenitori verso il futuro

Quando un bambino usa i contenitori per aiutarsi a gestire le forti emozioni, è utile chiedergli di «lanciare» il contenitore nel futuro: «Cosa pensi che

ti servirà, un giorno, per poter gestire le cose che hai messo nel contenitore? Quando pensi che accadrà?». Lanciando i contenitori nel futuro, come delle capsule del tempo, il terapeuta sta dicendo al bambino che potrà tornare per rielaborare qualsiasi problema inserito nei contenitori e che prevede che un giorno avrà le competenze necessarie per affrontare con successo tutto ciò che lo preoccupa.

Strumenti da usare tra una seduta e l'altra, comprese le strategie di coping, se emergono ulteriori informazioni

I bambini devono essere istruiti all'uso dei contenitori per gestire le forti emozioni che possono sorgere tra una seduta e l'altra, e spronati ad applicare le abilità di coping apprese durante le sedute (si veda lo script seguente). I pazienti acquisiscono fiducia nella loro capacità di regolazione emotiva quando apprendono strategie di coping.

Compiti a casa

La terapia EMDR non prevede compiti a casa. Tuttavia, è utile incoraggiare il bambino a mettere in pratica le abilità di rilassamento apprese in terapia, così come invitare il genitore a esercitare le nuove abilità genitoriali.

È anche utile che il bambino si eserciti con il suo posto calmo/sicuro e che cerchi di usarlo ogni volta che gli capita di sentirsi angosciato tra una seduta e l'altra. Genitori e bambini sono invitati a praticare insieme le abilità per migliorare la relazione e la regolazione emotiva.

Abilità di rilassamento e visualizzazione per i bambini

Anche i bambini traggono beneficio dall'apprendere esercizi di respirazione profonda, visualizzazione e immaginazione; si veda il Capitolo 9 per ulteriori approfondimenti sugli strumenti per insegnare ai bambini il rilassamento e le abilità di visualizzazione.

> Per la chiusura/debriefing dite al bambino: «Bene, oggi abbiamo fatto un sacco di lavoro e tu sei stato bravissimo. Prima di vederci la prossima volta, potresti pensare a delle cose; quindi, potresti farmi un disegno oppure scrivere o dire alla mamma e al papà se hai dei pensieri, dei sogni o delle emozioni che vuoi ricordarti di dirmi, o che ti piacerebbe che io sapessi?».

Conclusioni

In questo capitolo sono state integrate tre fasi della terapia EMDR: installazione, body scan e chiusura. Queste fasi sono state combinate per diverse ragioni. In primo luogo, il passaggio dall'installazione della CP alla scansione corporea è molto semplice, e lo spostamento verso la chiusura avviene in modo naturale. Inoltre, il movimento dall'installazione della CP all'ottenere un body scan privo di disagi spesso avviene rapidamente con i bambini e, appena conclusa la procedura, il terapeuta deve essere pronto a chiudere la seduta con una nota positiva per mantenere il paziente coinvolto nella terapia. I clinici devono comprendere la relazione tra le fasi di installazione e di scansione corporea per poter «danzare» con i bambini in modo fluido e creativo. I bambini si muovono in maniera talmente rapida tra queste fasi che anche i terapeuti più esperti faticano a capire cosa sia successo durante la seduta. I bambini possono dimostrare un body scan privo di disagi con il linguaggio del corpo, e molti non apprezzano la necessità del terapeuta di insistere sull'argomento. Quando hanno finito, si vede: potrebbero alzarsi in piedi con sicurezza, raddrizzare la postura e allargare le braccia e affermare qualcosa come «Posso farcela» o «Non ho più paura».

Una volta installata la CP, ottenuta una scansione corporea priva di disagi e chiusa la seduta, la concettualizzazione del caso passa alla rivalutazione dei progressi sugli specifici target e quindi alla rivalutazione dell'intero corso della terapia. Si vedano i Capitoli 11 e 12 per le modifiche da apportare al trattamento nel caso di bambini piccoli e adolescenti.

9

Abilità avanzate di regolazione emotiva per bambini

Questo capitolo fornisce gli strumenti per insegnare ai bambini alcune abilità avanzate di regolazione emotiva. I più piccoli hanno bisogno di competenze aggiuntive per gestire le emozioni forti e affrontare i ricordi che derivano da esperienze stressanti e traumatiche della loro vita. L'obiettivo di questo capitolo è di aggiungere alla cassetta degli attrezzi del terapeuta le competenze necessarie per lavorare con l'età evolutiva in psicoterapia (per ulteriori competenze avanzate si rimanda ad Adler-Tapia, 2012a).

Potenziare risorse, capacità di coping e padronanza

L'obiettivo dell'insegnare ai bambini risorse, capacità di coping ed esperienze di padronanza è quello di aiutarli a creare una loro cassetta degli attrezzi piena di abilità da utilizzare sia in terapia sia nella vita quotidiana. I terapeuti devono essere consapevoli delle preferenze dei bambini, compresi giochi, libri, film, programmi televisivi, sport e altre attività disponibili nell'ambiente in cui vivono. È utile chiedere loro cosa preferiscono e come trascorrono il tempo libero quando possono scegliere.

Nelle psicoterapie infantili, il terapeuta deve rivedere le risorse del bambino in ogni seduta e ricordargli di usarle a casa e a scuola. In definitiva, l'efficacia della terapia è comprovata dalla capacità del paziente di prendere le abilità apprese nello studio del terapeuta e di applicarle al di fuori di esso.

Le risorse, il coping e le abilità di padronanza forniscono anche empowerment, mentalizzazione, basi positive, regolazione emotiva, confini e limiti che i bambini possono imparare, migliorare e mettere in pratica nella loro quotidianità. Ognuna di queste competenze li aiuta a gestire i fattori di stress della vita e a rielaborare le informazioni codificate in modo disadattivo, attraverso la terapia EMDR. In questo testo, l'*empowerment* è definito come la capacità di sentirsi competenti nel fare delle scelte ed essere in grado di difendere i propri diritti; la *mentalizzazione* è la capacità di comprendere le proprie intenzioni e l'impatto che si ha sugli altri, nonché la capacità di ipotizzare le intenzioni degli altri e di riconoscerne l'impatto. In riferimento a risorse e padronanza, una *base positiva* è definita come la creazione di un buon punto solido da cui i bambini possono affrontare le situazioni quotidiane per prepararsi ad affrontare la rielaborazione del trauma. Come discusso nel Capitolo 3, la *regolazione emotiva* è la capacità di gestire le proprie emozioni intense.

Insegnando ai bambini una serie di abilità, la psicoterapia unisce l'utile al dilettevole: i ragazzini, infatti, si divertono a spiegare le capacità appena acquisite a genitori, fratelli e amici. I terapeuti sono incoraggiati a insegnare le capacità di rilassamento, la respirazione, la mindfulness, l'immaginazione guidata, il rilassamento muscolare progressivo e altre abilità e tecniche calmanti.

Risorse emotive, coping e abilità di padronanza

Questo capitolo offre una panoramica sulle abilità che i terapeuti possono insegnare ai bambini, per l'uso in terapia e tra una seduta e l'altra.

Abilità di rilassamento

I terapeuti possono iniziare insegnando al bambino il concetto di rilassamento, per poi esplorare gli attuali metodi che usa per calmarsi, chiedendogli di elencare le dieci cose che preferisce fare per rilassarsi; discutono poi dei modi in cui ci si può rilassare negli ambienti più stressanti, come la scuola.

CASO CLINICO: scarabocchiare durante l'ora di matematica

Un terapeuta lavorò con un bambino di 8 anni che diventava ansioso e si agitava ogni volta che l'insegnante iniziava la lezione di matematica. Il terapeuta aveva escluso qualsiasi disabilità nell'apprendimento della matematica e aveva compreso che scarabocchiare aiutava il bambino a rilassarsi e a prestare attenzione. Dopo aver chiesto

il permesso all'insegnante, il bambino iniziò a tenere con sé una piccola lavagnetta che tirava fuori durante la lezione di matematica e su cui scarabocchiava mentre ascoltava le istruzioni dell'insegnante. Questa esperienza di padronanza fu installata come risorsa da usare ogni volta che diventava ansioso e non riusciva a concentrarsi.

Tecniche di respirazione

Il respiro è una delle tecniche più semplici e al contempo più importanti da insegnare. Il terapeuta fa sdraiare i bambini sul pavimento e appoggia loro un libro sullo stomaco, in modo che imparino a respirare dal basso ventre. Questo metodo funziona per i più grandicelli, mentre i più piccoli potrebbero gonfiare a tutta forza un palloncino per imparare a fare respiri molto profondi ed espirare. Con i ragazzini, è anche possibile insegnare loro a fare respiri più lunghi e profondi semplicemente contando e poi aumentando progressivamente la durata di inalazione ed espirazione.

Visualizzazione guidata

Con la visualizzazione guidata, al bambino viene chiesto di scegliere un luogo confortevole in cui sedersi nello studio del terapeuta e selezionare un luogo reale o immaginario in cui si sente a suo agio. Poi lo si guida in un'esplorazione di questo luogo, ponendo domande che stimolano tutti i sensi. Il terapeuta può anche chiedere al bambino di identificare qualcosa che sente come particolarmente rilassante e disegnarlo. Ad esempio, un paziente indicò il galleggiare in piscina, mentre un altro il camminare in un castello immaginario.

Contenitori

L'uso dei contenitori è stato descritto nei capitoli precedenti. I terapeuti possono spiegare ai bambini che questi possono servire anche per custodire le emozioni intense: i bambini possono utilizzarli anche a scuola o in qualsiasi altro contesto in cui possano sperimentare forti emozioni senza avere la possibilità di esprimerle immediatamente.

Contenitori per conservare risorse ed esperienze di padronanza

I contenitori possono essere usati anche in accezione positiva per racchiudere tutte le risorse e le abilità necessarie a fronteggiare la vita. Il terapeuta può

aiutare il bambino a creare un contenitore in cui inserire le risorse, in modo da averle disponibili all'occorrenza. Talvolta ciò significa scrivere le risorse su un foglio di carta e inserirlo nella scatola che sarà sempre a disposizione del bambino. I pazienti possono essere incoraggiati a disegnare o creare figure o simboli che rappresentino il loro posto calmo/sicuro, o le risorse, o le persone che li aiutano a calmarsi e rassicurarsi.

I contenitori consentono attività divertenti e creative: il terapeuta offre piccole scatole che il bambino porta con sé e in cui deposita qualsiasi cosa senta che sia necessario dovervi contenere, sia in terapia sia nella vita quotidiana. Alcuni scelgono di lasciarla in un posto sicuro nello studio del terapeuta e depositare o estrarre qualcosa ogni volta che tornano in seduta. Un bambino può inserirvi un elemento quando vuole contenere qualcosa che non è pronto a elaborare, e poi estrarlo per l'elaborazione alla seduta successiva. È molto importante spiegare al bambino che ogni cosa negativa che verrà depositata (come un sogno, un'emozione, un mostro, una paura o un ricordo) dovrà in seguito essere estratta per l'elaborazione; altrimenti, il contenitore potrebbe tracimare e interferire con la sua vita.

Le bambole scacciaguai e i sassi scacciaguai

Anche l'uso delle bambole scacciaguai è utile per contenere le preoccupazioni dei bambini. Queste bambole sono piccoli pupazzetti contenuti in una piccola scatola di legno. I bambini possono estrarre le bambole dal contenitore, confidare a ciascuna di esse una preoccupazione e rimetterla nella scatola. Ogni paziente può usare tutte le bambole di cui ha bisogno. Questa attività può essere svolta anche con i sassi: i bambini possono scegliere da un cesto di sassi conservato in ufficio e usare piccoli adesivi per scrivere le loro preoccupazioni su di essi e riporli nel contenitore. Le preoccupazioni che il bambino identifica possono anche essere dei target per la terapia.

Fare una pausa/time-out

La tecnica chiamata «fare pausa» (o time-out, si veda lo script che segue) è utilizzata su iniziativa del bambino. Invece di chiedere al genitore di dare al figlio un time-out, si insegna ai bambini a prendersi una pausa quando sentono che la situazione sta degenerando e si rendono conto di star perdendo il controllo. Il terapeuta può spiegare al bambino che «fare pausa» significa riprendere il controllo di sé, del proprio corpo e dei propri sentimenti; è come tenere una palla da baseball molto stretta per poterla lanciare meglio. Il bambi-

10

Interventi Cognitivi e strumenti per l'elaborazione bloccata

La terapia EMDR con bambini e adolescenti può essere impegnativa. È qui che si fondono l'arte della psicoterapia infantile e la terapia EMDR: è proprio quando si presentano le sfide che alcuni terapeuti abbandonano l'EMDR e tornano ai loro precedenti modelli psicoterapeutici. Questo non ha nulla a che fare con l'efficacia del metodo, ma con la fiducia del terapeuta nelle proprie capacità: i clinici che si sentono sicuri delle proprie competenze saranno più propensi a utilizzare la terapia EMDR nella pratica.

In questo capitolo vengono presentati strumenti concreti e interventi clinici progettati per affrontare le difficoltà che si possono incontrare con la terapia EMDR. Sono fornite anche spiegazioni dettagliate ed esempi di Interventi Cognitivi (IC) utili quando il bambino/adolescente sperimenta un'elaborazione bloccata. I terapeuti sono fortemente incoraggiati a provare le tecniche del libro di Shapiro (2001) e le nuove idee e gli adattamenti forniti in questo capitolo per lavorare con i giovani pazienti.

L'elaborazione bloccata

Quando l'elaborazione è bloccata le Unità Soggettive di Disturbo (SUD) non scendono e/o il paziente è sopraffatto dall'emozione intensa, che impedisce l'elaborazione. Nei bambini e negli adolescenti, l'elaborazione bloccata può presentarsi sotto forma di editing, looping, intorpidimento, evitamento

o dissociazione. Esistono molte ragioni diverse per cui un bambino può sperimentare un'elaborazione bloccata durante la fase di desensibilizzazione, tra cui scarso o eccessivo accesso all'emozione, abreazioni, convinzioni bloccanti o memorie alimentatrici.

Editing

L'*editing* si verifica quando il bambino/adolescente valuta mentalmente il contenuto di ciò che pensa o sente durante la simulazione bilaterale (BLS) e limita la sua esternazione. A volte ciò è dovuto alla mancata comprensione delle istruzioni, mentre in altri casi può accadere che non si senta a proprio agio nel riferire ciò che sta vivendo. Il terapeuta potrebbe aver bisogno di spiegare al paziente che deve solo osservare e riferire, senza apportare modifiche prima di dire cosa sta pensando o provando durante la BLS. Se questi non si sente a suo agio o è troppo imbarazzato per dire ciò che sta accadendo, potrebbe essere necessario ricordargli che non è obbligato a riportare una descrizione dettagliata per poter continuare con la rielaborazione.

L'editing può avvenire anche quando il bambino/adolescente riferisce la sua esperienza in termini generali, come «È lo stesso», «Nulla» o «Sono intorpidito» (un bambino più piccolo dirà cose come «Non sento niente»). Chiedetegli, in modo rispettoso, di descrivere nei dettagli tutto ciò che sta pensando, sentendo e sperimentando o chiedetegli di descrivere com'è il «nulla». Si può anche chiedere al bambino di descrivere l'intorpidimento o il nulla e chiedergli dove lo sente nel suo corpo.

A volte l'editing si verifica quando il paziente cerca di ricordare tutto quello che è successo per poterlo raccontare al terapeuta. Questo può richiedere ulteriori istruzioni, ad esempio si può dire: «Osserva e lascia che tutto ciò che accade accada, e dimmi cosa stai notando nel momento in cui te lo chiedo. Cosa noti adesso?».

Looping

Si parla di *looping* quando il bambino/adolescente ripete la stessa cosa (cognizioni, emozioni, immagini, sensazioni corporee) nella stessa modalità per almeno due o tre volte, come ad esempio «Sto male» (pronunciando diverse cognizioni praticamente identiche a «Sto male»), «Ho paura» (verbalizzando emozioni simili a «Ho paura»), «Vedo mia madre in piedi sulle scale» (riportando l'immagine esatta per tre volte), o «Mi fa male lo stomaco» (pronunciando la stessa sensazione corporea come «Mi fa male la

pancia» o «Mi fa ancora male» per tre volte). In questi momenti, il paziente non riferisce delle sequenze del trauma, ma è bloccato e non emergono nuove informazioni o associazioni.

Se il terapeuta ritiene che il bambino sia in loop, deve innanzitutto provare a cambiare la velocità, la direzione o il tipo di BLS. In alternativa, può chiedere al paziente di focalizzarsi sul proprio corpo o notare dove la sensazione corporea sia più pronunciata; può anche chiedergli dove sente la CN nel corpo. Ad esempio, se la CN è «Sono cattivo», il terapeuta chiede al bambino: «Dove lo senti nel tuo corpo?». Quali sono le parole non dette che il bambino potrebbe aver bisogno di pronunciare (invitarlo a fare semplici affermazioni come «No!» può essere molto potente)? Quali movimenti ha bisogno di fare? È statico e ha bisogno di muoversi, alzarsi e sentirsi forte, scalciare e così via? Il terapeuta può anche chiedergli di premere le mani sul proprio corpo nel punto in cui sta provando la sensazione per accedere a un'immagine, a un pensiero o a un ricordo. Tutte queste azioni favoriscono l'accesso a diversi aspetti del target.

Intorpidimento

L'*intorpidimento* può verificarsi quando i bambini o gli adolescenti riferiscono di non sentire nulla oppure quando iniziano a sbadigliare. L'intorpidimento è un esempio di depersonalizzazione, in cui i bambini sono ancora connessi con lo studio e il terapeuta, ma non con la propria esperienza di rielaborazione del ricordo. Se il terapeuta sospetta che il paziente si stia intorpidendo, dovrebbe trattare il fenomeno come un altro livello di emozioni (Shapiro, 2001). I bambini possono diventare sonnolenti, sbadigliare o riferire di non sentire niente quando sono intorpiditi. A quel punto, il terapeuta potrebbe insegnare loro ad accorgersi di questo stato o a notare dove si sentono insensibili o intorpiditi nel corpo.

La sensazione di intorpidimento o di «nulla» può anche essere una forma di editing quando il bambino/adolescente non riferisce ciò che sta effettivamente notando perché pensa che non sia importante o non sia correlato. Se il terapeuta sospetta che il paziente stia omettendo o nascondendo informazioni o che abbia bisogno di essere riorientato verso il target, può chiedere: «Dimmi l'ultima cosa a cui stavi pensando». Qualunque sia la risposta, il terapeuta dice: «Nota questo» e la rielaborazione continua. Tuttavia, se il bambino sembra troppo fuori tema, può essere necessario ricordargli il target. Il terapeuta può suggerire: «Ok, voglio solo controllare velocemente. Ti ricordi la cosa con cui abbiamo iniziato?». Se il bambino risponde di sì, il terapeuta dice: «Nota

questo»; se il bambino non ricorda qual era il target, il terapeuta può offrire un suggerimento.

Per alcuni bambini, la BLS crea una risposta di rilassamento. Il paziente non è intorpidito né in fase di editing, ma si sta rilassando. Uno degli aspetti positivi della terapia EMDR è che i bambini possono distendersi e trovarsi in uno stato di calma che permette loro di far emergere nuove idee o associazioni.

Evitamento/riluttanza

I bambini e gli adolescenti sono evitanti quando mostrano comportamenti che fanno presumere che stiano facendo di tutto tranne che concentrarsi sul processo terapeutico.

Come riconosce la maggior parte dei clinici che lavorano con l'età evolutiva, i bambini si spostano, cambiano argomento o fanno qualcosa per distrarsi dal processo terapeutico quando non vogliono dedicarvisi. Possono essere maestri nell'eludere il lavoro terapeutico perché la maggior parte di loro non vuole pensare o parlare di ciò che li preoccupa: è più divertente giocare con il terapeuta che pensare alle cose che causano disagio. È importante ricordare che l'evitamento è un segno distintivo del disturbo post-traumatico da stress (PTSD).

I terapeuti dovranno essere costanti, creativi e convincenti nello spiegare a un bambino/adolescente perché dovrebbe voler partecipare alla rielaborazione del target.

Il terapeuta infantile talentuoso e creativo è quello che sa progettare giochi e attività o utilizzare tecniche di terapia del gioco per coinvolgere i giovani pazienti nella psicoterapia. I clinici possono usare il potere della persuasione, senza ingannare il bambino, e integrare la terapia EMDR nelle attività ludiche. Poiché a molti piace lavorare nel vassoio di sabbia, i terapeuti possono guidare i bambini attraverso le fasi della terapia EMDR usando questa attività. I bambini possono creare scene di potenziali target che esprimono le cose che li infastidiscono. Il terapeuta può quindi scattare foto digitali delle creazioni o semplicemente copiare la scena nei propri appunti. Spesso è molto più coinvolgente chiedere al bambino di identificare i target nel vassoio di sabbia, anziché limitarsi a parlarne.

I bambini e gli adolescenti possono essere reticenti a partecipare alla terapia per molte ragioni e la loro esitazione può costituire un target per la terapia EMDR. Una tecnica consiste nel far condurre al terapeuta una Prova Futura (PF), in cui il bambino può visualizzare se stesso partecipare alla terapia EMDR e avere successo.

I terapeuti che hanno difficoltà a coinvolgere i bambini nella terapia EMDR spesso hanno bisogno di ulteriori competenze nel lavoro con l'età evolutiva o trarrebbero beneficio da un consulto o da una supervisione. A volte, il solo fatto di lavorare con un collega può aiutare a capire meglio ciò che serve in seduta: l'intervisione tra pari fornisce sostegno e nuove opportunità di apprendimento, verifica la presenza di problemi di controtransfert e aiuta a elaborare il trauma vicario che può manifestarsi quando si lavora con i bambini.

La capacità di coinvolgere bambini e adolescenti nella psicoterapia è fondamentale per lavorare con loro. È importante distinguere tra le competenze cliniche e la metodologia terapeutica EMDR: come si è detto nel Capitolo 1, chi ha già esperienza di lavoro con bambini/adolescenti e conosce lo sviluppo infantile ha molto più successo nell'utilizzo del metodo. La formazione in EMDR da sola non è sufficiente affinché i terapeuti siano in grado di attuarla con l'età evolutiva; è possibile trarre beneficio da una formazione congiunta sulle competenze di terapia infantile e sull'uso della terapia EMDR con bambini e adolescenti.

Questo vale anche per chi lavora con la dissociazione: per trattare con successo la dissociazione nei bambini e negli adolescenti è necessaria una formazione aggiuntiva sulla dissociazione.

Dissociazione

La dissociazione si verifica quando i bambini/adolescenti non solo sono insensibili al processo, ma perdono anche la connessione con il clinico e lo studio e si separano dal loro corpo. Il bambino/adolescente può apparire assonnato, ritirato o immobilizzato oppure sembra aver sviluppato un'altra personalità. Quando ciò accade, il paziente non è più partecipe alla terapia.

È importante notare che la dissociazione non solo blocca l'elaborazione, ma molto probabilmente la interrompe del tutto e può lasciare il paziente restio a tornare all'esperienza terapeutica. Una volta accertato che il bambino/adolescente si è dissociato, è fondamentale interrompere la BLS e radicarlo nello studio. Nel Capitolo 13 sono illustrate varie tecniche di *grounding* adatte ai bambini e utili per trattare gli episodi di dissociazione.

I terapeuti non dovrebbero evitare di lavorare con i bambini/adolescenti dissociati, ma piuttosto rendersi conto del fatto che la maggior parte del lavoro con il trauma comporta la frequente gestione di un certo grado di dissociazione. È quindi utile sviluppare abilità e comfort nel lavorare con giovani pazienti di questo tipo.

12

Adattamenti della terapia EMDR per preadolescenti e adolescenti

La terapia EMDR con preadolescenti e adolescenti è simile a quella per gli adulti in quanto i passi della procedura sono essenzialmente gli stessi. Tuttavia, il terapeuta dovrà prevedere alcuni adattamenti alle varie fasi per renderle più appropriate agli specifici bisogni evolutivi di tale fascia di età.

Questo capitolo illustra le modifiche che è necessario apportare all'utilizzo della terapia EMDR con preadolescenti e adolescenti, pur rimanendo fedeli alle otto fasi. Ai fini di questo libro, per «preadolescente» si intende l'età compresa tra i 10 e i 12 anni e per «adolescente» o «teenager» l'età compresa tra i 13 e i 18 anni. Per aiutare il terapeuta a comprendere meglio gli adolescenti e le loro fasi di sviluppo, questa fascia d'età sarà suddivisa in tre categorie: prima adolescenza, media adolescenza e tarda adolescenza. Ciascuna di esse presenta esigenze, problemi e sfide particolari, che saranno discusse nel corso del capitolo. Come per gli adulti, l'aderenza alle otto fasi della terapia EMDR con preadolescenti e adolescenti è predittiva di un esito positivo del trattamento.

Le differenze tra l'impiego della terapia EMDR con gli adulti e la sua applicazione con i preadolescenti e gli adolescenti risiedono principalmente nell'anamnesi, nella preparazione, nel ritmo delle fasi, nella sintonia del terapeuta con il paziente e nella relazione terapeutica. I preadolescenti e gli adolescenti presentano un insieme unico di problemi evolutivi, familiari, sociali e situazionali i quali possono avere un impatto sul trattamento e ostacolare anche i clinici più esperti; tutti questi aspetti sono importanti e influenzano la partecipazione

del paziente e il risultato del trattamento. Molte delle decisioni cliniche e delle considerazioni procedurali per il lavoro con i preadolescenti e gli adolescenti avvengono nelle prime due fasi: la fase di anamnesi, concettualizzazione del caso e pianificazione del trattamento e la fase di preparazione. Le altre sono pressoché uguali al protocollo per adulti, con piccoli aggiustamenti linguistici e meccanici. I concetti di attaccamento e sintonia permeano tutto il capitolo. Inoltre, poiché il ritmo e i tempi della terapia EMDR con gli adolescenti sono cruciali, questo capitolo illustra modi creativi per affrontare l'elaborazione bloccata, il flooding, le tempistiche e gli Interventi Cognitivi (IC).

Fase 1: anamnesi, concettualizzazione del caso e pianificazione del trattamento

Per guidare il processo terapeutico EMDR è necessario raccogliere un'anamnesi approfondita sia dal paziente sia dai suoi caregiver. I preadolescenti e gli adolescenti potrebbero fornire informazioni parziali, minimizzare o omettere dati essenziali per la concettualizzazione del caso e la pianificazione del trattamento. Gli adolescenti potrebbero distorcere le informazioni o presentarsi sotto una luce positiva a causa di sentimenti di sfiducia, vergogna ed evitamento; inoltre, potrebbero negare molti dei loro sintomi e comportamenti, come strategia di coping, e ignorare l'impatto negativo di tali sintomi e comportamenti sulla loro vita. Per questo motivo è fondamentale raccogliere informazioni dal genitore o da chi si prende cura del ragazzo.

Per contro, il genitore o il caregiver potrebbero non avere tutte le informazioni sull'esperienza del preadolescente/adolescente e non capire i suoi pensieri e sentimenti interni. È invece necessario conoscere le percezioni e le esperienze esterne e interne del preadolescente/adolescente per stabilire se un ricordo è stato codificato in modo disadattivo e per procedere con la fase di assessment. Il modello dell'elaborazione adattiva dell'informazione (AIP) si concentra sul modo in cui il paziente ha codificato questi dati nella sua rete mnestica e guida il terapeuta nel considerare il resoconto del medesimo sulle proprie esperienze: la comprensione dei pensieri e dei sentimenti interni dell'adolescente è quindi indispensabile per decidere come indirizzare e rielaborare gli eventi disturbanti.

L'anamnesi è un processo ricorsivo; spesso in una seduta emergono nuove informazioni che influenzano la concettualizzazione del caso e il processo di pianificazione del trattamento. Ciò vale soprattutto per gli adolescenti: quando si sentono più a loro agio e si fidano del terapeuta, possono condividere

nuove informazioni (ad esempio stupri, abuso di sostanze, autolesionismo). Inoltre, man mano che il preadolescente/adolescente sviluppa una maggiore consapevolezza di sé durante il processo terapeutico EMDR, possono emergere informazioni più personali (ad esempio, problemi di identità sessuale e di genere). Altre informazioni che potrebbero rivelarsi nel corso delle sedute possono riguardare i traumi medici, altri eventi traumatici e abusi sessuali e/o fisici. Queste informazioni potrebbero essere qualcosa che il paziente ha ricordato solo di recente o che ha taciuto a causa dell'evitamento o della paura, ma devono essere prese in considerazione nella pianificazione del trattamento.

Valutare gli stadi evolutivi e le abilità

Valutare e comprendere lo stadio di sviluppo, le abilità e le capacità del ragazzo è fondamentale per il trattamento. In base a questa consapevolezza, il terapeuta potrà tradurre la terapia nel linguaggio che più risuona per il paziente; inoltre, individuerà i compiti di sviluppo non raggiunti e gli strumenti e abilità che devono essere insegnati durante la fase di preparazione. Questa parte del capitolo esplora gli aspetti degli stadi di sviluppo dei preadolescenti/adolescenti che hanno un impatto sulla concettualizzazione del caso, sull'identificazione del target, sulla selezione della Cognizione Negativa (CN)/Cognizione Positiva (CP) e sulla rielaborazione.

Dal punto di vista dello sviluppo, i preadolescenti e i ragazzi nella prima adolescenza tendono a essere più concreti nei loro pensieri e a concentrarsi maggiormente sui gruppi dello stesso sesso. Stanno iniziando a mettere alla prova i valori e le regole dei loro genitori, all'interno di un generale processo di individuazione dai loro adulti di riferimento. I possibili target per queste fasce d'età possono essere incentrati sul fatto di non essere apprezzati dagli amici o sulle violazioni percepite alla loro privacy o alle loro scelte. Un esempio di CN, spesso specifico e concreto, relativo a problemi amicali è: «Non ho amici. Non vado bene». La possibile CP potrebbe essere: «Ho un amico. Mi trovo bene con persone simili a me». Una CN riguardante un genitore che limita il tempo dedicato ai videogiochi e che causa al paziente scoppi di rabbia può essere: «Non posso giocare ai miei giochi. Non posso scegliere»; una possibile CP è: «Una volta finiti i compiti posso giocare. Ho delle opzioni». Questi tipi concreti di CN/CP possono necessitare di una guida da parte del terapeuta attraverso delle domande, ma alla fine la CP deve provenire dal paziente. La selezione di CN e CP è descritta in dettaglio più avanti in questo capitolo.

CASO CLINICO: Tabitha e la sua migliore amica

Una ragazzina di 13 anni di nome Tabitha era entrata in depressione e aveva iniziato a pizzicarsi dopo che la sua migliore amica Charlotte aveva smesso di parlarle. L'autostima e il senso di valore di Tabitha erano stati fortemente compromessi dall'alienazione subita da parte della sua compagna. Charlotte aveva trovato un nuovo gruppo di amici e aveva iniziato a ignorarla perché Tabitha non era *cool* e non le piaceva la musica dei New Direction. Il terapeuta prese in considerazione la prima volta che Charlotte aveva ignorato Tabitha all'ora di pranzo. Tabitha scelse la CN: «Non sono figa. Non sono abbastanza». La sua CP era: «Mi piace quello che mi piace. Quello che mi piace va bene, quindi vado bene anche io». Il terapeuta riuscì a rielaborare quell'episodio e Tabitha smise di pizzicarsi, si sentì meno depressa e trovò un'altra amica con cui sedersi a pranzo.

In genere, nella media adolescenza (15-16 anni) si sviluppano modi di pensare paradossali. I ragazzi hanno un ragionamento astratto, ma si concentrano eccessivamente sulle conseguenze concrete, vedendo le cose bianche o nere. Ai fini della sintonizzazione, dell'identificazione del target e della selezione delle CN/CP, è importante che il terapeuta comprenda che in questo stadio i pazienti iniziano a gradire entrambi i gruppi sessuali, sono spesso egocentrici e sono ambivalenti riguardo alla vicinanza ai genitori. Questi sono tutti possibili target se l'adolescente ha vissuto eventi negativi associati a tali aree tematiche.

Un esempio di CN che rappresenta la difficoltà di un adolescente a stare a scuola e il suo egocentrismo è: «Odio quel fastidioso ragazzo Asperger nella mia classe. Non riesco a gestirlo». La sua CP era: «Non può farci niente. Posso smettere di essere così giudicante. Posso gestirlo». Un altro esempio di CN relativa all'ambivalenza di una adolescente nei confronti della madre era: «Mi dà la nausea. Non posso essere me stessa con lei». La CP era: «È mia madre. Posso pensare che sia giusto essere me stessa ovunque». Come si evince da queste CN/CP, la maggior parte degli adolescenti è molto orientata al presente e spesso non vede le conseguenze dei propri pensieri o delle proprie azioni. Per questo motivo è utile includere un Modello Futuro (MF) nel loro piano di trattamento. Ecco un esempio di MF sviluppato dal paziente che era infastidito dal compagno Asperger: il ragazzo voleva vedersi calmo e concentrato sui suoi compiti scolastici quando l'adolescente Asperger mostrava un comportamento fastidioso; il terapeuta fece in maniera tale che il paziente immaginasse di gestire la situazione in modo calmo e concentrato a scuola. L'applicazione del MF nelle sedute con i preadolescenti/adolescenti è discussa più avanti in questo capitolo.

CASO CLINICO: Josh e il suo ragionamento in bianco e nero

Il sedicenne Josh era solitario e depresso e lottava contro il disturbo da deficit di attenzione e iperattività (ADHD). Aveva un solo amico online e, nonostante fosse intelligente, aveva lasciato diverse scuole a causa dello scarso rendimento. Con grande frustrazione dei suoi genitori, Josh non vedeva come un problema il fatto di non avere amici e di non avere buoni voti.

L'unico problema in cui si identificava era l'alienazione che provava in quanto ebreo agnostico: inveiva contro la discriminazione presente negli Stati Uniti nei confronti degli ebrei. Il terapeuta concordava con Josh sul fatto che la discriminazione si verificasse regolarmente negli Stati Uniti e che ciò fosse un grosso problema; tuttavia il ragazzo, nel suo pensiero in bianco e nero, riteneva che tutte le persone e tutti gli adolescenti fossero contro di lui e non era in grado di vedere che non era così, e che c'erano stati alcuni coetanei nella sua attuale scuola che si erano avvicinati a lui. La sua CN era: «Sono un fenomeno da baraccone. Sono diverso». La sua CP era: «Vado bene». Il terapeuta gli chiese quando ricordava di aver pensato o sentito per la prima volta di essere un fenomeno da baraccone e di essere diverso, e lui rispose: «In classe quarta della scuola primaria, quando un bambino mi ha chiesto dove fossero le mie corna perché ero ebreo». Il terapeuta si concentrò su questo target. Durante la rielaborazione Josh riferì di aver avuto istinti suicidi, di essersi sentito depresso e alienato durante la classe quarta, periodo in cui i suoi genitori stavano divorziando.

Mentre Josh elaborava quell'evento, fu in grado di vedere che il bambino che aveva pronunciato quelle odiose parole aveva problemi personali. Cominciò a capire che il divorzio lo aveva colpito più di quanto si rendesse conto e si ricordò che c'erano stati uno o due amici che gli erano piaciuti nel corso degli anni e a cui lui era piaciuto. Cominciò quindi a rendersi conto che un adolescente che sedeva accanto a lui nella sua nuova scuola continuava a cercare di parlargli di calcio, ma lui lo ignorava.

Una volta che l'incidente originale fu elaborato e ridotto a zero, Josh disse: «Quel ragazzo in classe quarta era un idiota con dei problemi. Io ero davvero a posto». Il terapeuta quindi installò queste parole. Poi gli fece immaginare di andare a scuola il giorno seguente con il pensiero positivo «Vado bene». Josh si immaginò di iniziare a parlare con l'adolescente seduto accanto a lui e disse: «Forse posso farlo».

Poco dopo aver rielaborato questo target, il paziente aveva già stretto due amicizie a scuola e si sentiva meno depresso.

Se il terapeuta avesse preso di mira i problemi che i genitori volevano affrontare per primi, ovvero gli insuccessi scolastici e l'assenza di amici, non avrebbe risolto il ricordo che guidava il suo sentimento di alienazione e la causa della sua depressione.

In tarda adolescenza, di solito, i ragazzi hanno sviluppato una migliore capacità di pensiero astratto, ma possono avere una prospettiva idealistica della vita. Inoltre, questo gruppo di età si concentra maggiormente sulla formazione di relazioni individuali, divenendo più orientato agli altri e indipendente. Tutte queste sfaccettature dello sviluppo informano il terapeuta sui possibili target e sul modo in cui le CN/CP possono dover essere tradotte.

Le relazioni romantiche e la perdita del «primo amore» potrebbero essere dei target. Un esempio di CN potrebbe essere: «Non troverò mai più l'amore. Non sono amabile»; la CP corrisponderebbe a «Io sono amabile». L'idealizzazione del progetto di frequentare l'università in un altro Paese può essere un target quando l'adolescente diventa depresso e fa scenate dopo aver capito che il costo della retta è al di fuori delle possibilità della famiglia. Una possibile CN è «Non posso avere ciò che voglio», e la CP «Ho altre opzioni accettabili».

I terapeuti potrebbero trovarsi in difficoltà di fronte alla fiera indipendenza degli adolescenti più grandi. Un terapeuta lavorò con una ragazza di 18 anni con disturbo bipolare che si rifiutava di smettere di usare la marijuana su richiesta del suo psichiatra. La ragazza insisteva dicendo di conoscere molto meglio di lui il proprio corpo e che la marijuana fosse l'unica cosa che alleviava la sua ansia; il medico, invece, riteneva che la marijuana interferisse con i farmaci.

Poiché il terapeuta aveva stabilito una buona relazione con la paziente, fu in grado di prendere come target questo problema e concentrarsi sul conflitto con il medico. La CN era «Conosco il mio corpo meglio di tutti gli altri. Ho il controllo», mentre la CP era «Posso prendere in considerazione ciò che dice il medico. Posso abbandonare il controllo per avere più controllo (sugli sbalzi d'umore bipolari)».

Oltre a capire a che punto si trova il preadolescente/adolescente nel proprio sviluppo psicologico, è essenziale valutare lo stadio della pubertà: non tutti attraversano fisicamente l'adolescenza nello stesso momento. I terapeuti devono ricordare che il ragazzo può sembrare un adulto, ma non lo è ancora dal punto di vista intellettivo ed emotivo.

Inoltre, gli ormoni hanno un impatto sulla regolazione emotiva: potrebbe essere necessario educare il paziente a questi cambiamenti e potenziare le sue risorse di gestione degli affetti per aiutarlo a comprendere e modulare le proprie emozioni. La regolazione emotiva è discussa più avanti in questo capitolo.

L'insorgenza precoce o tardiva della pubertà ha effetti sullo sviluppo fisico, può influenzare l'immagine corporea ed essere una fonte di prese in giro o bullismo da parte di altri adolescenti. Un'adolescente si rese conto che la sua ansia di andare a scuola era iniziata quando aveva iniziato ad avere le mestruazioni con cicli molto abbondanti. Un altro adolescente identificò il momento in cui tutti i ragazzi nello spogliatoio avevano riso di lui perché il suo corpo era poco sviluppato: allora era iniziata la sua ansia sociale. Questi tipi di problemi sono tutti possibili target per la rielaborazione.

13

Concettualizzazione del caso con specifiche diagnosi DSM-5© e ICD-10 dall'infanzia all'adolescenza

Affrontando la concettualizzazione del caso relativa a diagnosi specifiche dall'infanzia all'adolescenza, il capitolo esplora l'applicazione avanzata della terapia EMDR ad altre problematiche cliniche, emotive, dello sviluppo e comportamentali. Poiché la terapia EMDR è spesso associata al trauma, molti professionisti non considerano l'applicazione di questa psicoterapia a una più vasta gamma di problemi che emergono nella giovinezza. Il capitolo è organizzato per specifiche diagnosi con consigli per la procedura e gli adattamenti delle fasi della terapia EMDR. Inoltre, è pensato per ispirare i clinici a essere creativi quando lavorano con bambini e adolescenti, pur rimanendo fedeli alle fasi della terapia. Verranno forniti esempi di casi tratti dalla pratica professionale per illustrare l'efficacia dell'EMDR in presenza di specifiche diagnosi. Dove non diversamente indicato, le otto fasi seguono ciò che è stato già discusso nei Capitoli dal 3 all'8, con aggiunte o modifiche relative a questioni e/o sintomi correlati alla diagnosi. Ovviamente, non è stato possibile includere tutte le patologie; pertanto, si è scelto di focalizzarsi sulle diagnosi che si presentano con maggior frequenza tra i bambini/adolescenti.

Concettualizzazione del caso

Una volta esclusi i problemi di genitorialità e di sviluppo, e dopo aver stabilito che alla base dei sintomi del bambino ci sono i problemi di salute

mentale, si può continuare con la terapia EMDR. Durante la fase di preparazione, come illustrato nel Capitolo 4, i bambini possono aver bisogno di sviluppare competenze e risorse per far fronte a sintomi e diagnosi specifiche. Ad esempio, la maggior parte di loro trarrà beneficio dall'apprendimento di abilità di rilassamento e di respirazione, mentre alcuni con scarsa tolleranza alla frustrazione trarranno maggiori vantaggi dall'apprendere l'esercizio del «fare pausa».

La psicoterapia con i bambini migliora notevolmente quando si insegnano loro le risorse e le abilità di padronanza, sostenendo l'alfabetizzazione emotiva e la regolazione degli affetti per gestire le forti emozioni. Molte di queste competenze sono state descritte in dettaglio nel Capitolo 9.

Quando si prepara il bambino al lavoro di psicoterapia, ogni problema infantile può indurre a sottili cambiamenti o aggiunte alle fasi, mentre altre aree richiedono modifiche più significative.

Esistono corsi di specializzazione avanzati per migliorare la formazione dei terapeuti EMDR in relazione al lavoro con i bambini e gli adolescenti: un elenco di enti specializzati e opportunità di formazione è disponibile sul sito web dell'Associazione Internazionale EMDR.[1] Questo sito include anche un link alla Francine Shapiro Library con riferimenti a pubblicazioni e training su un'ampia gamma di argomenti specialistici.

Detto questo, un terapeuta potrebbe scegliere di concentrarsi sul trattamento incentrato sui sintomi senza considerare una diagnosi specifica, mentre in altri casi il bambino potrebbe già avere una diagnosi ed essere in trattamento.

Le categorie generali menzionate di seguito riassumono le diagnosi specifiche che sono alla base dei motivi per cui i bambini vengono portati in terapia, anche se molti possono presentare sintomi che rientrano in più di una categoria. Altre volte, i bambini presentano sintomi che non raggiungono il livello di una diagnosi specifica, oppure possono rispondere a problemi situazionali all'interno del sistema familiare.

Per i criteri specifici relativi alle diagnosi differenziali, invitiamo a consultare il *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, quinta edizione* (APA, 2013), la *Classificazione ICD-10 dei disturbi mentali e comportamentali* (World Health Organization, 2016) e la *Classificazione diagnostica dei disturbi mentali e dello sviluppo dell'infanzia e della prima fanciullezza, edizione rivista* (Zero to Three, 2005). Ai fini del presente capitolo, le categorie di diagnosi seguiranno le classificazioni dell'ICD-10.

---

[1] www.emdria.org, pagina Formazione e istruzione EMDR (ultima consultazione 25 novembre 2022).

Disturbi dissociativi

I terapeuti che trattano bambini con sintomi dissociativi devono essere a conoscenza delle attuali ricerche e linee guida per lavorare con questi pazienti. Per ulteriori informazioni si consiglia di consultare le Linee guida della International Society for the Study of Trauma and Dissociation [ISSTD] Task Force on Children and Adolescents (2004).[2] Ad esempio, il terapeuta deve essere consapevole del fatto che i bambini spesso presentano qualità dissociative, soprattutto quando hanno vissuto un qualsiasi tipo di evento angosciante o traumatico nella loro vita.

Poiché i bambini sono estrosi per natura e usano molto la fantasia, il terapeuta potrebbe non capire se stanno dissociando o meno: è importante non patologizzare la loro presentazione, ma considerare il continuum dello sviluppo normale e confrontarlo con il continuum dei problemi/sintomi legati alla dissociazione. I bambini e gli adolescenti possono dissociare in risposta a eventi traumatici, compresi gli abusi estremi e cronici: i professionisti dovrebbero quindi essere motivati ad approfondire il tema della dissociazione e a capire come si presenta nell'età evolutiva. Un certo grado di dissociazione è evidente nella maggior parte dei bambini e degli adolescenti con una storia di traumi, ma con la terapia EMDR non è consigliabile rivolgersi direttamente alla dissociazione.

La dissociazione è sintomo di uno o più traumi nella vita di un bambino/adolescente ed è una risposta magnifica a tutto ciò che minaccia la sua sopravvivenza. I terapeuti devono prendere nota di qualsiasi sintomo dissociativo che il paziente presenti, come ad esempio un comportamento sonnolento o uno sguardo vitreo, come se stesse guardando nel vuoto. I bambini e gli adolescenti possono anche dare l'impressione di sognare a occhi aperti o di spaventarsi quando il terapeuta parla loro o si muove, il che fa pensare a una trance o a un'esperienza di derealizzazione. Alcuni mettono in atto la dissociazione assumendo l'identità di un personaggio o di un animale. Secondo la Task Force ISSTD, «un importante obiettivo della terapia è che il bambino impari modi sempre più adattivi e flessibili di gestire le emozioni e di integrare le esperienze passate, presenti e future in modo da non compromettere lo sviluppo» (International Society for the Study of Trauma and Dissociation [ISSTD] Task Force on Children and Adolescents, 2004, p. 134).

---

[2] La traduzione italiana del documento è disponibile al link https://www.aisted.it/sites/default/files/news/allegati/Linee%20Guida%20ESTD%20aggiornate%20luglio%202017.pdf (ultima consultazione 25 novembre 2022) [ndt].

CASO CLINICO: Mylie e il cervo

Una terapeuta lavorò con una bambina di 9 anni di nome Mylie che aveva subito un abuso estremo e che si comportava come un cervo quando era sopraffatta. La terapeuta si rese presto conto che il comportamento di questa bambina non era solo un gioco: Mylie si guardava intorno in uno stato di allarme e ipervigilanza, camminava a quattro zampe e saltava per la stanza ogni volta che era spaventata. Quando si comportava come un cervo, la terapeuta non poteva affrontare ed elaborare la storia del trauma. Usò la sintonia, la relazione e la creatività (che è essenziale nel lavoro con la dissociazione) per sviluppare risorse per Mylie. La bambina e la terapeuta crearono poi la storia di un cervo rilassato e installarono le esperienze positive dell'essere un cervo con BLS brevi e lente. Queste risorse contribuirono allo sviluppo di abilità di regolazione emotiva e supportarono la capacità di esplorazione dei traumi passati e dei fattori scatenanti attuali. In seguito, la terapeuta chiese a Mylie di parlare di ciò di cui un cervo ha bisogno per rilassarsi o dormire. La bambina fu in grado di capire cosa spaventasse il cervo e cosa lo facesse preoccupare. Decise quindi di costruire un'area sicura dove il cervo potesse ricordare l'abuso, senza farsi male. La terapeuta riconobbe che l'«area sicura» era un modo adattativo e flessibile per Mylie di gestire le emozioni. Usò serie lente e brevi di BLS per installare il senso di sicurezza della bambina.

Mylie iniziò a muoversi dentro e fuori dall'essere un cervo molto più rapidamente. Sembrava che si sentisse più potente, sia come persona che come cervo, fino a quando non ebbe quasi più bisogno di impersonare l'animale. Poiché il cervo era silenzioso, la terapeuta incoraggiò Mylie a diventarne la voce, per interpretare ciò che solo lei poteva sentire.

Una volta che i genitori adottivi accettarono che la figlia avesse bisogno di essere un cervo per gestire le sue emozioni, impararono a dirle: «Sembra che stia succedendo qualcosa di spaventoso perché il cervo è qui. Puoi spiegarci cosa sta succedendo?». Mylie iniziò a parlare più apertamente con i suoi genitori e a spiegare loro le sue esperienze e i suoi sentimenti. All'inizio era completamente dissociata, per cui si sorprendeva quando si metteva nei guai per essersi comportata come un cervo e poi per aver mentito al riguardo. Quando i genitori iniziarono a capire che in effetti non stava mentendo, ma che si stava dissociando, svilupparono una maggiore sintonia e impararono da Mylie come avrebbero dovuto comportarsi quando il cervo era presente.

Quando i genitori iniziarono a creare una zona di sicurezza per il cervo, l'attaccamento di Mylie verso di loro migliorò e i confini tra la bambina e il cervo cominciarono ad ammorbidirsi e a risolversi. Mylie divenne consapevole del cervo e il cervo imparò a conoscere Mylie. Alla fine, il cervo divenne parte della bambina: una parte da proteggere dal male con l'aiuto della sua nuova famiglia. Quando si sentì più sicura, sia internamente che esternamente, la sua intelligenza e creatività divennero evidenti. La bambina ebbe successo a scuola e si affezionò ai suoi nuovi genitori.

È indispensabile che i terapeuti valutino la dissociazione dei bambini di tutte le età, poiché questa (insieme al trauma) può avere un impatto sul progresso evolutivo: devono considerare fino a che punto i pazienti utilizzano la

dissociazione come meccanismo di coping, soprattutto nelle circostanze attuali. Alcuni possono presentare affettività appiattita, intorpidimento e persino sonnolenza. In effetti, il sonno può essere una forma di dissociazione, soprattutto nei bambini: quando sperimentano un'angoscia o un'emozione travolgente, possono iniziare ad avvertire sonno e a sbadigliare; fa parte della risposta di lotta/fuga o congelamento. Perry (2006) scrive che nei bambini il continuum dissociativo comprende il riposo, l'evitamento, la protezione e la *compliance,* in cui il bambino sperimenta un senso di distacco e di depersonalizzazione, e poi la dissociazione. Questo processo include la presentazione da parte del paziente di una risposta vuota e non comunicativa, dove il soggetto appare congelato o mostra comportamenti come dondolarsi in posizione fetale e/o addormentarsi.

Quando utilizza la terapia EMDR con bambini che si dissociano, il terapeuta deve dedicare molto tempo allo sviluppo di competenze e all'insegnamento delle tecniche durante la fase di preparazione prima di procedere con la desensibilizzazione dei target. La prassi migliore è quella di spiegare al bambino e ai genitori la dissociazione insieme a strumenti per la regolazione emotiva e la gestione delle emozioni intense, in modo che il bambino possa rimanere connesso durante la terapia.

Una volta iniziata la rielaborazione del trauma, il paziente potrebbe cominciare ad angosciarsi; pertanto, potrebbe essere utile invitarlo a fare grounding per riconnettersi con il terapeuta e la stanza. Le tecniche di radicamento possono includere l'uso di un aroma per aiutare il bambino a ritrovare la strada nella stanza; in alternativa si può lanciare delicatamente un cuscino al bambino nel tentativo di farlo riconnettere al suo corpo e alla sicurezza dell'ufficio del terapeuta. È bene tentare qualsiasi risorsa installata prima di iniziare la rielaborazione del trauma, se il bambino sembra essere dissociato (come raccomandano le citate Linee guida ISSTD per il trattamento dei bambini con dissociazione).

Quando i bambini smettono di elaborare e si addormentano, molti terapeuti interrompono la rielaborazione del trauma; tuttavia, i clinici sono incoraggiati a continuare con la desensibilizzazione per vedere se il bambino alla fine si sveglia. Alcuni si rilassano e dormono per qualche minuto prima di iniziare lentamente a riorientarsi; al risveglio, alcuni saranno confusi, mentre altri sembreranno più tranquilli. Con il sostegno e l'assistenza dei genitori, molti si sentiranno più a proprio agio e cercheranno il contatto fisico con un adulto sicuro. Il terapeuta può aiutare il bambino a creare un luogo fisico sicuro in studio, utilizzando cuscini e coperte o anche una grande scatola di cartone con una porta dove il piccolo può entrare per sentirsi protetto. Il terapeuta può chiedere al genitore di trovare una grande scatola di cartone da tenere a casa dove il figlio possa conservare le proprie risorse.

CASO CLINICO: Jessica e la sua ansia

Jessica, 4 anni, era sempre ansiosa e si presentava come un piccolo coniglio: nervosa e iperallertata. Durante la fase di preparazione della terapia EMDR, il terapeuta raccontò a Jessica la storia di un coniglietto spaventato che correva nella sua tana ogni volta che aveva paura. Utilizzò una grande scatola di cartone per aiutare la bambina a creare una tana sicura dove potersi nascondere. All'interno della scatola la bambina disegnò immagini di cose tranquillizzanti. Nella scatola teneva anche la sua cassetta degli attrezzi per le attività di auto-rilassamento, che includevano un aroma che la aiutava a sentirsi calma. Jessica teneva la scatola a casa, dove poteva nascondersi e usare i suoi strumenti per calmarsi. Il terapeuta le chiese poi di tenere un secondo posto calmo/sicuro in studio, dove poteva nascondersi durante la rielaborazione del trauma. Il clinico si sedeva fuori dalla scatola e inseriva gli strumenti di stimolazione tattile sotto la porta affinché Jessica li tenesse in mano mentre lavorava sui ricordi delle cose che la spaventavano. Jessica disegnava le immagini dei ricordi spaventosi e metteva le manopoline sul disegno. Quando aveva finito, apriva la porta e invitava il terapeuta a interrompere la BLS. Questo processo continuò per diverse sessioni prima che Jessica iniziasse a lasciare la porta aperta e a guardare il terapeuta mentre lavorava sui suoi obiettivi o «preoccupazioni». I sintomi di Jessica cominciarono a migliorare e imparò a usare il suo posto calmo/sicuro a casa, immaginandolo anche quando non poteva effettivamente nascondersi nella scatola. La bambina stava affrontando un disagio da attaccamento dovuto all'adozione internazionale e il suo posto calmo/sicuro l'aveva aiutata a rielaborare i sentimenti di paura e a spiegare ai suoi genitori adottivi cosa stava accadendo. I genitori di Jessica impararono a ricordarle come calmarsi da sola utilizzando il posto calmo/sicuro reale o immaginario.

La terapia EMDR con bambini con disturbi dell'attaccamento

Esiste un'interazione tra trauma in senso lato e trauma da attaccamento in relazione allo sviluppo della dissociazione nei bambini. In teoria, la dissociazione fa parte dello sviluppo normale, ma diventa problematica quando ne modifica il corso e causa difficoltà nella vita del bambino. Chi sperimenta difficoltà o abusi nelle relazioni con i propri caregiver primari spesso si trova in un conflitto sul tema della sopravvivenza e dell'attaccamento, e ciò comporta intenso disagio.

Per affrontare una situazione e sopravvivere, i bambini spesso si dissociano; possono sperimentare depersonalizzazione, derealizzazione e intorpidimento psichico, senza presentare personalità separate. All'estremo del continuum dissociativo, la ricerca suggerisce che un trauma da attaccamento precoce con un bambino intelligente e creativo possa portare a gravi tipi di dissociazione e forse al Disturbo Dissociativo dell'Identità. L'obiettivo è aumentare la capacità di regolazione emotiva del bambino, in parte affrontando il trauma dell'attaccamento e creando nuovi legami sani nell'ambiente.

Nella concettualizzazione del caso, quando si lavora con bambini con trauma da attaccamento, i terapeuti sono incoraggiati a seguire le otto fasi della terapia EMDR perché esse rappresentano un percorso conciso e completo. Durante l'anamnesi e la pianificazione del trattamento, il terapeuta deve considerare che anche i bambini sono capaci di «lutto patologico» (Bowlby, 1999); pertanto, occorre seguire le fasi discusse nel Capitolo 3, con diverse modifiche aggiuntive.

Come per ogni paziente, il terapeuta deve valutare la presenza di disturbi concomitanti, tra cui PTSD, ansia e depressione. Inoltre, deve considerare ciò che è accaduto al bambino, tra cui l'esposizione prenatale alle droghe, l'esposizione alla violenza domestica, la presenza di più caregiver, i trasferimenti multipli, gli interventi medici e le precedenti interruzioni delle relazioni nella vita del bambino. I terapeuti possono utilizzare gli strumenti di valutazione per raccogliere informazioni in modo completo, perché i caregiver potrebbero non riferire alcuni elementi in modo spontaneo. Inoltre, i clinici sono incoraggiati non solo a porre domande al bambino e al genitore, ma anche a raccogliere dati dalle cartelle cliniche e dai registri di nascita dell'ospedale, se disponibili.

Attaccamento e dissociazione

Nel concettualizzare il caso, è fondamentale sapere che nei bambini con trauma da attaccamento è quasi sempre presente un elemento di dissociazione. Inoltre, spesso è presente un'esposizione o un qualche tipo di violazione dei confini sessuali, con agiti sessuali, tra cui una masturbazione eccessiva (è bene valutare la questione e istruire i genitori su ciò che è tipico e sano per i bambini e su quali comportamenti sono preoccupanti). Il terapeuta deve esplorare la portata degli *acting out* sessuali del bambino e considerare i fattori di rischio e le esigenze di sicurezza. Ulteriori informazioni sul lavoro con i bambini con comportamenti sessualmente reattivi o reattivi al trauma sono riportate più avanti in questo capitolo.

Storia di attaccamento del genitore/caregiver

La storia di attaccamento dei genitori gioca un ruolo enorme nell'attaccamento del bambino; pertanto, i terapeuti devono prendere in esame la storia di attaccamento dei genitori o quella di qualsiasi caregiver. Possono utilizzare un genogramma per esplorare le relazioni nella famiglia del paziente; se non c'è un genitore disponibile, si può chiedere a quelli adottivi o affidatari, oppure si può invitare il bambino a riferire le storie che ha sentito sulla sua famiglia.

Durante questo processo esplorativo è importante annotare i traumi da attaccamento e altri traumi come interventi chirurgici, il numero di caregiver e così via. I terapeuti possono utilizzare la mappatura (Capitolo 5), incentrata sulle relazioni di cura e di accudimento, per concettualizzare i problemi di attaccamento come traumi relazionali da una prospettiva di lutto e perdita: la terapia EMDR con bambini che presentano sintomi di disturbi dell'attaccamento si concentra sul trattamento di questi ultimi come traumi relazionali. Affrontando il trauma relazionale del bambino e includendo il genitore naturale o adottivo come terapeuta, la terapia EMDR può insegnare la sintonia, l'accudimento, la consapevolezza dei bisogni del bambino e le abilità di cui un genitore adottivo ha bisogno per prendersi cura di un figlio con problemi di attaccamento. Queste abilità possono essere insegnate al genitore e al bambino durante la fase di preparazione della terapia EMDR.

Durante questa fase, così come avviene con qualsiasi altro paziente, è importante considerare quali risorse possieda il bambino e di cosa abbia bisogno: chi sono le possibili figure di attaccamento, sia reali sia immaginarie? Quali traumi ha potenzialmente sviluppato il bambino a causa di quella prima relazione? Ci sono attualmente ambienti di attaccamento ricettivi nella sua vita? Con i bambini con trauma da attaccamento, è necessario prendere in considerazione l'inclusione in terapia delle figure di attaccamento più sane nella sua vita, se possibile: questi caregiver possono diventare parte delle risorse del paziente, anche se si tratta di membri dello staff della casa-famiglia.

È inoltre utile installare le abilità di padronanza e diversi posti calmi/sicuri. Se lo studio del terapeuta è l'unico luogo sicuro nella vita del bambino, il terapeuta può chiedergli di notare come si sente lì. Può fornire al bambino un oggetto di transizione, se appropriato, come un quaderno su cui scrivere o una coperta da stringere, spiegandogli che quando si sente turbato può mettersi la coperta intorno alle spalle per darsi un abbraccio immaginario. Il terapeuta può anche suggerire al bambino di avere un peluche o un altro oggetto da tenere come oggetto transizionale. Lo scopo è creare un senso di permanenza dell'oggetto con il terapeuta. Ciò può rivelarsi difficile con i bambini a carico dei servizi sociali, che si spostano spesso e possono cambiare frequentemente terapeuta. Tuttavia, è importante capire che il bambino ha bisogno di sentire che c'è una persona sicura e attenta nella sua vita, anche se essa è presente solo per un breve periodo di tempo. Questo aspetto viene discusso ulteriormente quando, più avanti in questo capitolo, vengono spiegati gli «episodi di cura» per i bambini inseriti nel sistema di assistenza all'infanzia.

È inoltre fondamentale insegnare la mindfulness, la regolazione emotiva, l'alfabetizzazione emotiva e la consapevolezza del corpo per mantenere il

bambino stabile durante il processo terapeutico. Nel Capitolo 4 sono riportati esempi di abilità e risorse che i bambini possono imparare a utilizzare durante la fase di preparazione. Essi possono inoltre imparare a usare il loro Sé attuale per nutrire il loro Sé più giovane. Ciò può essere considerato come parte della creazione di una narrazione coerente o come Intervento Cognitivo (IC) durante le fasi successive della terapia EMDR. Il terapeuta può chiedere al bambino: «Se potessi prenderti cura di quella parte di te che è triste o ferita, di cosa pensi che avrebbe bisogno per sentirsi meglio?».

CASO CLINICO: Stormy e il suo Sé più giovane

Un terapeuta lavorò con una bambina di 12 anni, di nome Stormy, che era stata inserita nella sua casa adottiva all'età di 10 anni. Stormy era stata con la sua famiglia biologica violenta fino all'età di 6 anni e poi era stata spostata avanti e indietro dalle case adottive alla famiglia d'origine per 4 anni. Non si era mai sentita al sicuro perché era sempre in movimento e non riusciva a legarsi alle persone che la accoglievano. La sua Cognizione Negativa (CN) era «Non sono al sicuro». Durante la rielaborazione, decise che avrebbe portato la sua mamma adottiva e la sua se stessa dodicenne indietro nel tempo per prendersi cura della sua se stessa di 6 anni. Stormy decise di «impacchettare» la se stessa di 6 anni e di portarla nel presente per condividere la sua attuale stanza e la sua nuova famiglia. Una volta che la preadolescente Stormy si era sentita unita alla se stessa traumatizzata, si era sentita autorizzata a fare nuove scelte per essere al sicuro e per legarsi alla sua nuova famiglia.

Il lavoro con bambini con problemi di attaccamento richiede al terapeuta di elaborare le memorie dei traumi di attaccamento con particolare focalizzazione sulla fase del body scan. Dal momento che un trauma di quel tipo spesso si presenta nelle relazioni precoci, il ricordo è frequentemente immagazzinato nel corpo, e il terapeuta deve sostenere il bambino nel raggiungere una scansione corporea priva di disagi. Liberarsi di emozioni e sensazioni corporee sgradevoli aiuta il paziente a risolvere i ricordi immagazzinati dall'infanzia e dalla prima giovinezza; questo vale anche per il MF. È importante lavorare con il bambino e con i genitori sulle sensazioni che il primo prova nell'essere accudito: «Cosa senti nel tuo corpo quando tua madre si prende cura di te? Notalo». Il terapeuta aggiunge poi alcune brevi serie di BLS. La terapia EMDR si rivela particolarmente utile per installare sensazioni corporee positive associate all'accudimento da parte del genitore in sostituzione della precedente paura di essere accuditi codificata a livello cerebrale. Il terapeuta può fornire al genitore del cibo semplice, come ad esempio dei cereali soffiati, da offrire al figlio e, mentre quest'ultimo viene imboccato, il clinico gli fa notare l'esperienza positiva

dell'essere nutrito, utilizzando al contempo serie lente e brevi di BLS. Si tratta di un'esperienza di padronanza che può essere rafforzata come risorsa. Inoltre, è possibile chiedere al genitore di applicare una lozione per il corpo (è utile tenerne un flacone in studio) sulle mani o sui piedi del bambino come esperienza di cura, in modo da installare quest'ultima come risorsa con la BLS. Unendo l'odore e la sensazione della lozione al contatto fisico, il terapeuta può istruire il genitore a stringere delicatamente le mani del bambino in modo alternato mentre applica la crema. In questo modo si creerà un'alternanza di pulsazioni tattili del tessuto profondo che molti bambini trovano decisamente rilassante.

Un'ulteriore risorsa da installare prevede di aiutare il bambino a creare una narrazione coerente con un genitore affidatario e/o adottivo. Una delle autrici è solita assistere le famiglie adottive nella creazione di una narrazione coerente di ciò che potrebbe essere accaduto al bambino e prendere come target la parte peggiore della storia, affinché il paziente possa provare dispiacere e rielaborare il ricordo. La terapeuta non suggerisce cosa pensare, ma pone domande del tipo: «Come pensi che sarebbe stato per un bambino stare in un orfanotrofio in Romania, con così tanti bimbi e così pochi soldi per curarli?». Qualsiasi cosa il bambino riferisca, la terapeuta lo utilizza per creare una narrazione coerente. Potrebbe anche chiedere al genitore di fornire tutte le informazioni fattuali di cui è a conoscenza sull'orfanotrofio o sulla/e famiglia/e affidataria/e. Poi invita il genitore a raccontare cosa ha provato quando ha portato il bambino nella nuova casa; successivamente, chiede al genitore di ipotizzare come potrebbe essere stata l'esperienza per il bambino. La terapeuta intreccia ciò che il genitore sa, ciò che il bambino riferisce e le informazioni plausibili che ha ricavato lavorando con le famiglie adottive per molti anni, per creare una storia che il paziente riconosce come un'approssimazione a ciò che potrebbe essere accaduto nella sua vita precedente. Porrà quindi al bambino le domande previste dal copione per prendere come target la storia che ha creato. Una volta che il bambino ha elaborato questa storia, la terapeuta chiede a lui e al genitore di crearne una nuova come risorsa e installare il fatto che il bambino abbia trovato una famiglia che lo ama e lo vuole: questa nuova storia diventa una risorsa che consentirà al bambino di attaccarsi e di creare una nuova narrazione.

I bambini con problemi di attaccamento che stanno per essere adottati hanno bisogno di rielaborare il trauma originato dalle prime relazioni e di elaborare il lutto per ciò che hanno perso, per potersi attaccare a una nuova famiglia. A volte il terapeuta può chiedere al bambino: «A cosa puoi rinunciare e a cosa hai bisogno di aggrapparti?». I bambini possono dire: «Posso sapere che mia madre mi amava ma non poteva prendersi cura di me». Il terapeuta risponde «Nota questo», poi aggiunge serie lente e brevi di BLS. Quando si utilizza la

terapia EMDR con l'attaccamento e l'adozione, il terapeuta deve rielaborare le perdite traumatiche e il lutto del bambino e poi installare la richiesta della nuova famiglia. Il clinico fa in modo che il paziente si concentri sull'essere un membro della famiglia, il che significa rivendicare la famiglia adottiva come propria. La rivendicazione è il processo psicologico associato al processo legale di adozione; il bambino è convinto dell'affermazione: «Questa è la mia famiglia e io appartengo a questo posto». Si tratta di una convinzione positiva che può essere oggetto della terapia EMDR. Non tutti coloro che soffrono di trauma dell'attaccamento sono in fase di adozione; per quelli che vengono adottati, tuttavia, il trattamento del trauma è spesso necessario per il successo dell'adozione stessa, anche per i bambini più piccoli.

I clinici devono tener conto del fatto che i traumi dell'attaccamento potrebbero sottendere molti problemi emotivi e comportamentali con cui i bambini si presentano in terapia: è dunque essenziale considerare sempre l'impatto degli attaccamenti sani sulla vita del bambino.

Fasi dell'EMDR nel trattamento dei problemi reattivi al trauma o reattivi sessualmente

I bambini che vengono inviati in terapia a causa di comportamenti sessuali richiedono ai terapeuti considerazioni peculiari sulla concettualizzazione del caso. I clinici che utilizzano le fasi della terapia EMDR come modello per il trattamento e intrecciano informazioni psicoeducative, rilassamento, regolazione emotiva e riduzione degli impulsi possono avere successo nel lavoro con questi problemi. Non si tratta di un lavoro clinico semplice o breve ma, se vengono utilizzate le otto fasi della terapia EMDR come cornice di riferimento, la psicoterapia può funzionare, con risultati che si manifestano molto presto nel corso del trattamento. Data la complessità dell'intervento, il paragrafo è organizzato in modo da affrontare gli aggiustamenti e le integrazioni all'interno di ciascuna delle otto fasi della terapia EMDR. Questo modello di trattamento ha lo scopo di assistere il terapeuta nella concettualizzazione dei casi di bambini sessualmente reattivi e traumatizzati.

Anamnesi, concettualizzazione del caso e pianificazione del trattamento

Durante questa fase del trattamento, il terapeuta conduce lo stesso processo discusso nel Capitolo 3, con alcune aggiunte. È molto probabile che debba dedicare più tempo all'esplorazione di eventuali lutti e perdite precoci nonché

14

Problemi situazionali tipici dell'età evolutiva

I bambini arrivano in psicoterapia a seguito di varie situazioni traumatiche o stressanti, peculiari di questa fascia d'età, che includono episodi relativi alla nascita (come l'affido o l'adozione o problemi medici dovuti a traumi da parto); eventi come incidenti automobilistici, divorzi, abusi o violenze domestiche; coinvolgimento in circostanze spiacevoli (come la testimonianza in tribunale); difficoltà scolastiche; fattori di stress sociale o bullismo. Questo capitolo è stato pensato per aiutare il clinico a concettualizzare queste specifiche situazioni attraverso le otto fasi della terapia EMDR. Ciascun argomento implica considerazioni e modifiche procedurali adatte all'età, che il terapeuta potrebbe dover apportare al percorso.

Problemi situazionali tipici dei bambini

Testimonianza in tribunale

I terapeuti potrebbero incontrare bambini e adolescenti chiamati a testimoniare in un tribunale minorile o penale. Prima di fornire qualsiasi tipo di intervento, occorre verificare con gli avvocati dell'accusa o con quelli del tribunale minorile l'opportunità del trattamento e ottenere il consenso del legale. Successivamente, se vi è sufficiente tempo a disposizione per la terapia, il clinico può seguire le otto fasi dell'EMDR per elaborare qualsiasi problema

passato o presente legato alle questioni giudiziarie. Se non c'è tempo, può insegnare al bambino/adolescente le abilità di contenimento e alcune risorse e proporre una Prova Futura incentrata sulla possibilità di vedersi testimoniare con successo. Questo aiuterà il bambino/adolescente a compartimentare i problemi passati/presenti e a gestire i fattori di stress imminenti, fino al momento in cui potrà tornare in terapia al termine della testimonianza. In altre parole, si tratta di fornire un contenitore.

Una volta che il bambino avrà appreso le abilità di contenimento e le risorse, il terapeuta potrà farlo focalizzare sull'ansia anticipatoria di testimoniare. Se possibile, può portare il bambino a vedere l'aula di tribunale e farlo parlare con l'avvocato dell'accusa per aiutarlo a familiarizzare con l'ambiente. Poi può eseguire una Prova Futura nell'aula di tribunale vera e propria o in vivo presso lo studio.

Il copione della Prova Futura prevede che il terapeuta chieda al bambino di immaginare di testimoniare, e di produrre nella sua testa un filmato dell'esperienza immaginata. Il clinico può anche decidere di utilizzare un Protocollo Inverso (Adler-Tapia, 2012a); indaga poi sulle potenziali paure che il bambino potrebbe nutrire riguardo alla futura testimonianza, chiedendogli: «Qual è la cosa che ti preoccupa di più riguardo all'evento?». È utile continuare a chiedere al bambino quali sono le sue preoccupazioni per il futuro e rielaborare l'ansia anticipatoria. Quando il paziente non riferisce più alcuna paura e riesce a vedere un esito positivo dell'evento, il terapeuta introduce possibili fattori di stress che potrebbero essere stati tralasciati, dicendo: «E se succedesse…?». In questo modo ci si concentra sulla desensibilizzazione di potenziali eventi stressanti in aula. Infine, si fa riprodurre mentalmente il filmato della testimonianza prevista, finché il bambino non riferisce più alcun disagio.

Un esempio è quello di un terapeuta che aveva lavorato con bambini segnalati da Mothers Against Drunk Drivers (MADD), i quali sono tenuti a testimoniare in tribunale, spesso contro i loro genitori. Il clinico aveva scoperto che utilizzare un protocollo inverso (Adler-Tapia, 2012a) si rivelava molto utile non solo per prepararli a testimoniare, ma anche per fornire loro risorse in modo da evitare che fossero traumatizzati dal processo. Il terapeuta chiedeva al bambino quali fossero le convinzioni negative sul futuro e quelle positive in cui invece voleva credere. Poi conduceva una fase di assessment completa e utilizzava la desensibilizzazione attraverso i movimenti oculari (EMD) sull'evento stressante imminente finché il bambino rielaborava l'angoscia futura, era in grado di credere alla Cognizione Positiva sul futuro e sperimentava una scansione corporea chiara, così da poter avviare il filmato

mentale della propria testimonianza e immaginare qualsiasi ulteriore fonte di angoscia che potesse sorgere tra una seduta e l'altra.

I bambini che devono testimoniare contro i membri della famiglia o affrontare situazioni stressanti all'interno del nucleo familiare spesso hanno difficoltà a identificare risorse e sistemi di supporto che li aiutino a far fronte alle circostanze della loro vita. A volte decidono di aver bisogno di un ulteriore rinforzo o di un posto calmo/sicuro per poter gestire queste difficili situazioni familiari. Ad esempio, un ragazzo non riusciva a identificare un luogo veramente sicuro o tranquillo nella sua vita, così scelse di usare i personaggi di un videogioco e di creare una fortezza dove potersi sentire protetto se avvertiva disagio, soprattutto durante la testimonianza. A ogni sessione, aggiungeva rinforzi alla roccaforte, tra cui cani da guardia, un sistema d'allarme, guardie armate e un sistema laser invisibile per impedire le intrusioni. Si esercitava a recarsi ogni giorno nella sua fortezza sicura, così al momento di testimoniare si vedeva rifugiarsi nella struttura e rispondere alle domande in tribunale da lì dentro. Alla fine, testimoniò efficacemente contro un membro della famiglia e lasciò il banco dei testimoni sentendosi sostenuto e coraggioso.

Affrontare una separazione

Sono molti i problemi che neonati, bambini e adolescenti devono affrontare quando i loro genitori si separarono. Il problema della perdita è enorme: i bambini/adolescenti non solo sperimentano la perdita della loro routine quotidiana, ma anche della vita come l'avevano conosciuta e questo può essere traumatizzante. Il loro ambiente di vita cambierà, così come la quantità di tempo che trascorreranno con ciascun genitore, e ciò potrebbe influire anche sulle relazioni con i parenti e gli amici. Inoltre, di solito la conflittualità tra i coniugi è elevata; quindi, anche il sostegno e la sintonia dei genitori con i bisogni del bambino/adolescente cambiano. Tuttavia, i caregiver devono cercare un aiuto esterno quando i figli sviluppano disturbi significativi nelle attività della vita quotidiana: qualsiasi cambiamento pronunciato nel sonno, nelle abitudini alimentari e di evacuazione, nella concentrazione, nelle relazioni sociali o nei voti, che duri per più di due settimane, indica che il bambino/ragazzo sta avendo difficoltà riguardo alla separazione. I neonati e i bambini più piccoli potrebbero reagire in modo diverso, piangendo, agitandosi o facendo i capricci, oppure possono chiudersi in loro stessi.

La terapia EMDR funziona bene con i giovani che devono affrontare il senso di perdita, sicurezza, potere e controllo in una situazione di separazione. Il protocollo può necessitare di alcuni aggiustamenti a seconda della fascia

di età, come indicato nei capitoli precedenti, ma molti dei temi da affrontare rimangono gli stessi. Per i ragazzini e gli adolescenti la terapia EMDR può essere d'aiuto per risolvere il loro errato senso di responsabilità e di autocolpevolizzazione, che può sfociare in rabbia verso di sé e/o i genitori. Si tratta di possibili aree da esplorare e indirizzare alla rielaborazione. Per i neonati e i bambini piccoli i problemi possono essere incentrati più sulla sicurezza e sull'essere amabili.

Come si è detto nei capitoli precedenti, è il bambino/adolescente che deve scegliere il target. Spesso questo target è un sintomo (ad esempio, gli incubi) o qualcosa che preoccupa o infastidisce (ad esempio, la perdita degli amici). I sintomi possono essere rappresentativi di problemi più ampi in uno scenario di divorzio (ad esempio, un genitore violento) e può essere opportuno affrontarli direttamente. Ecco alcuni esempi di target rielaborati in questi casi da bambini/adolescenti: una bambina era preoccupata all'idea di vomitare nel letto del nuovo appartamento del padre; un adolescente aveva sviluppato attacchi di panico prima di imbarcarsi su un aereo per andare a trovare la madre; un altro bambino era diventato scontroso e arrabbiato e aveva urlato contro i suoi amici a scuola. Qualsiasi cosa il bambino o l'adolescente identifichi come disturbante rappresenta il modo in cui il trauma è stato codificato e quindi l'aspetto che deve essere preso come target nella terapia.

Come discusso nel Capitolo 11, pur adattando il copione alle necessità dello stadio evolutivo, si tratta sempre di affrontare la sintomatologia: il terapeuta deve concentrarsi sui sintomi che il bambino/ragazzo manifesta (ad esempio, incubi o capricci) ed elaborarli come target con l'assistenza dei genitori.

CASO CLINICO: Tessa e la separazione dei suoi genitori

Un terapeuta lavorò con Tessa, 8 anni, quando i suoi genitori si stavano separando. La grande preoccupazione della bambina era quella di lasciare la casa in cui aveva sempre vissuto. La sua Cognizione Negativa era: «Non voglio andarmene. Non ho scelta». La Cognizione Positiva era «Me ne farò una ragione». Tessa era molto turbata e il suo SUD era pari a 8. Impiegò solo 15 minuti per rielaborare e la sua Cognizione Positiva si tramutò in «Potrebbe piacermi di più la mia nuova stanza. Potrebbe essere emozionante decorarla e scegliere il suo aspetto».

I bambini e gli adolescenti elaborano con parole naturalmente adatte a loro: a volte si esprimono in modo molto specifico e concreto, altre sotto forma di metafora. Tuttavia, il bambino/adolescente elabora sempre le cose in un modo che per lui è significativo e potenziante.

Appendice E

Mappatura dei target per la rielaborazione EMDR

Istruzioni per la mappatura dei target

La mappatura dei target è una tecnica utilizzata per organizzare le informazioni raccolte quando ci si prepara alla rielaborazione dei problemi con la terapia EMDR. Inoltre, è uno strumento efficace per eseguire i vari passaggi della terapia con soggetti di tutte le età. Questo protocollo è stato scritto specificamente per i bambini/adolescenti, ma può essere usato anche con gli adulti. Il terapeuta può utilizzare la mappatura per la concettualizzazione del caso a partire dalla prima fase, per poi continuare attraverso le altre sette fasi della terapia. La mappatura integra i passaggi e aiuta i pazienti a comprendere quale concettualizzazione il terapeuta stia prendendo in considerazione. Aiuta inoltre a chiarire il funzionamento della terapia EMDR in modo tangibile anche per i pazienti più giovani.

Quando il terapeuta inizia a esplorare i parametri del problema in base agli input ricevuti dai genitori e al colloquio avvenuto con il bambino/adolescente, cominciano a emergere dati relativi alla storia del trauma e il terapeuta spiega al paziente che si tratta di informazioni importanti per aiutare il suo cervello a risolvere il problema. Il terapeuta può dire al bambino/adolescente che parlare di queste informazioni potrebbe infastidirlo un po'; pertanto, con il suo aiuto, vorrebbe creare una mappa in cui inserire tutte le sue preoccupazioni o paure più importanti. Mettendo le preoccupazioni sulla carta, è possibile che queste si riducano, perché la mappa fungerà da contenitore. Il terapeuta mostra al bambino/adolescente come utilizzerà un foglio di carta e una penna per iniziare a disegnare una mappa delle cose che lo preoccupano, ma specifica che avrà bisogno del suo aiuto per realizzare una mappa corretta. Il bambino/adolescente può aiutare a stendere la mappa o farla completamente da solo.

Dopo aver completato la mappa, il terapeuta spiega al bambino/adolescente che potrà modificarla in qualsiasi momento se si accorge di aver dimenticato qualcosa o se qualcosa è cambiato. Infine, è importante incoraggiare il paziente ad assumersi la responsabilità della mappa e spiegargli che sarà lui a decidere cosa fare in seguito di questo strumento.

Protocollo per la mappatura

Il terapeuta esegue i passaggi che seguono.

1. Accoglie il bambino/adolescente e il genitore e li accompagna nello studio.
2. Rivede la seduta precedente e risponde alle domande del bambino/adolescente e del genitore.
3. Valuta il funzionamento generale dalla seduta precedente. Riconsidera lo stato attuale di qualsiasi sintomo identificato ed esplora eventuali nuovi sintomi. Chiede al bambino/adolescente e al genitore: «È cambiato qualcosa dall'ultima seduta?» (istruzioni dettagliate sono riportate nel Capitolo 5).
4. Esamina qualsiasi annotazione riportata dal genitore sul modulo di monitoraggio dei sintomi del bambino/adolescente.
5. Ricorda al bambino/adolescente il posto calmo/sicuro e il segnale di stop.
6. Intervista il genitore sull'identificazione di possibili target per la terapia EMDR.
7. Intervista il bambino/adolescente in merito all'identificazione di target per la terapia EMDR e li confronta con le risposte del genitore.
8. Spiega la mappatura al bambino/adolescente.
9. Inizia a disegnare la mappa assieme al bambino/adolescente, facendogli scegliere singole parole da inserire nelle figure che aiutino a identificare la preoccupazione presente dentro ogni forma.
10. Rivede il posto calmo/sicuro o utilizza gli Interventi Cognitivi se il paziente diventa ansioso durante l'identificazione dei target.
11. Insegna al bambino/adolescente in che modo usare le voci della mappa come contenitori in cui «intrappolare» i target.
12. Ricorda al bambino/adolescente che la mappa può essere modificata in qualsiasi momento, con nuove aggiunte o cancellature.
13. Aiuta il bambino/adolescente a classificare i target sulla mappa.
14. Chiede al bambino/adolescente di stimare le Unità Soggettive di Disturbo (SUD) per i target sulla mappa.
15. Rivede quindi i valori dei SUD rispetto alla classifica.
16. Spiega in che modo i target si collegano nel cervello. È possibile tracciare linee tra i target sulla mappa e mostrare la forza della connessione attraverso lo spessore della linea.
17. Chiede al bambino/adolescente di identificare il pensiero cattivo (CN) per ogni target.

Appendice K

Questionario delle credenze bloccanti per bambini e adolescenti

Istruzioni per il questionario delle credenze bloccanti per bambini e adolescenti

Questo questionario può essere utilizzato dai terapeuti per discernere le credenze bloccanti di bambini e adolescenti. È adattato a partire dalle domande della Thought Field Therapy (Callahan & Callahan, 1996) e dal Blocking Belief Questionnaire (Knipe, 1998a).

Spesso i terapeuti non si rendono conto di quando i bambini e gli adolescenti esprimono delle vere e proprie convinzioni bloccanti che rallentano o impediscono l'elaborazione. È possibile utilizzare il questionario per valutare se un bambino/adolescente stia dicendo qualcosa che sta effettivamente contribuendo a bloccare l'elaborazione; si può anche semplicemente usare le affermazioni in esso riportate come guida.

Le affermazioni/credenze bloccanti degli adulti sono elencate per prime, seguite da esempi di parole che un bambino o un adolescente potrebbe usare per esprimere le proprie convinzioni bloccanti. Una volta identificate le possibili credenze bloccanti, queste possono essere prese come target direttamente con la fase di assessment e poi rielaborate per consentire il proseguimento dell'elaborazione dei target precedenti.

Questionario delle credenze bloccanti per bambini e adolescenti

Seleziona un numero da 1 (totalmente falso) a 7 (totalmente vero) per ciascuna affermazione.

Mi vergogno di avere questo problema. *Solo i pazzi vanno in terapia.* *Mi sento come un esperimento scientifico.*	1 2 3 4 5 6 7
Non riuscirò mai a superare questo problema. *Durerà per sempre.*	1 2 3 4 5 6 7
Non sono sicuro di voler superare questo problema. *Niente ha importanza (nichilismo).*	1 2 3 4 5 6 7

© 2023, R. Adler-Tapia e C. Settle, *La terapia EMDR in età evolutiva,* Trento, Erickson

Se risolvo questo problema, mi sentirò deprivato. *Se mangio sempre in modo sano, non potrò più mangiare caramelle.*	1 2 3 4 5 6 7
Non ho la forza o la volontà di risolvere questo problema. *È troppo impegnativo.* *Non mi interessa.*	1 2 3 4 5 6 7
Se parlo davvero di questo problema, succederà qualcosa di brutto. *Non va bene dire quello che provo per la mia famiglia.* *Preoccuparmi è il modo in cui proteggo la mia famiglia.*	1 2 3 4 5 6 7
Questo è un problema che può essere risolto solo da qualcun altro. *È colpa loro (amici, famiglia).*	1 2 3 4 5 6 7
Se risolvo questo problema, perderò una parte di chi sono veramente. *Essere dark è ciò che mi rende cool (emo, goth, cutting).* *Se faccio quello che dicono gli insegnanti, i ragazzi non penseranno più che sono divertente.*	1 2 3 4 5 6 7
Non voglio più pensare a questo problema. *È troppo impegnativo.*	1 2 3 4 5 6 7
Dovrei risolvere questo problema, ma non sempre faccio quello che dovrei. *Tutti mi dicono sempre cosa fare... quindi non voglio farlo.*	1 2 3 4 5 6 7
Mi piacciono di più le persone che hanno questo problema che le persone che non ce l'hanno. *È un bene essere un perfezionista.*	1 2 3 4 5 6 7
Potrebbe essere pericoloso per me superare questo problema. *Tutto (famiglia, amici) potrebbe cambiare se io fossi migliore.*	1 2 3 4 5 6 7
Anche se cerco di pensare a questo problema, non riesco a rifletterci. *È noioso (stupido) pensarci.*	1 2 3 4 5 6 7
Dico di voler risolvere questo problema, ma non lo faccio mai. *Dico che questo è un problema perché i miei genitori pensano che lo sia... ma in realtà non lo penso.*	1 2 3 4 5 6 7
Potrebbe essere dannoso per qualcun altro se io superassi questo problema. *Non posso essere indipendente perché mia madre ha ancora bisogno di me.* *È mio compito far sì che tutto vada bene per i miei amici e la mia famiglia.*	1 2 3 4 5 6 7
Se supero questo problema, non potrò mai più tornare ad averlo di nuovo. *Non voglio essere perfetto.*	1 2 3 4 5 6 7

© 2023, R. Adler-Tapia e C. Settle, *La terapia EMDR in età evolutiva,* Trento, Erickson

Non merito di superare questo problema. *Sono cattivo/stupido.*	1 2 3 4 5 6 7
Questo problema è più grande di me. *Sono solo un ragazzino. Cosa posso fare?*	1 2 3 4 5 6 7
Se superassi questo problema, andrei contro i miei valori. *Conosco il mio corpo meglio di qualsiasi medico.* *So che la marijuana mi aiuta con l'ansia.*	1 2 3 4 5 6 7
Qualcuno nella mia vita odia questo problema. *Tutti mi odiano (problema).*	1 2 3 4 5 6 7
Ci sono alcuni aspetti positivi nell'avere questo problema. *È divertente infastidire le persone.*	1 2 3 4 5 6 7
Francamente, non ho alcun problema. *Non è un problema.*	1 2 3 4 5 6 7
Ho questo problema da così tanto tempo che non potrei mai risolverlo completamente. *Non cambierà nulla.*	1 2 3 4 5 6 7
Devo aspettare per risolvere questo problema. *Devo aspettare di andare in una scuola migliore (casa diversa, amici diversi).*	1 2 3 4 5 6 7
Se risolvo questo problema, rischio di perdere molto. *Non piacerò più al mio ragazzo.*	1 2 3 4 5 6 7
Se risolvo questo problema, sarà principalmente per qualcun altro. *È quello che vogliono i miei genitori, non io.*	1 2 3 4 5 6 7

© 2023, R. Adler-Tapia e C. Settle, *La terapia EMDR in età evolutiva,* Trento, Erickson