

**TINKER R.H., WILSON S.A. (1999) *Through the eyes of a child*, W.W. Norton & Company N.Y.**

Questo libro mostra come l'EMDR possa essere utilizzato con successo sui bambini di tutte le fasce d'età dalla prima seduta, con i genitori, alla fine della terapia. Il protocollo per gli adulti, infatti, viene modificato cosicché possa essere applicato anche a bambini molto piccoli (addirittura di soli due anni). Viene inoltre presentato un sistema di classificazione dei traumi infantili che permette di fare delle previsioni circa le possibili reazioni dei bambini a questo metodo. Sono illustrati molti casi in cui l'EMDR viene applicato a svariate tipologie di trauma. Vengono riportati esempi di traumi semplici, inclusi incidenti automobilistici, lutti e fobie specifiche come la paura degli animali, e esempi di traumi complessi, dove il trauma è continuato e l'EMDR diventa una parte dei diversi interventi terapeutici possibili.

L'EMDR viene proposto anche come un modello d'intervento per bambini che hanno dei problemi non necessariamente legati ad un evento traumatico; l'EMDR si è dimostrato efficace in casi di ADHD, disturbi d'ansia, depressione e disturbo reattivo dell'attaccamento.

Con uno stile uno stile avvincente, *Through the Eyes of a Child* richiama l'attenzione di tutti coloro che sono interessati ad applicare questa nuova e rivoluzionaria terapia sui bambini.

**Parole chiave:** *EMDR, classificazione del trauma, depressione, disturbi d'ansia, ADHD, PTSD*

## **SINTESI**

### **Capitolo 2 TRAUMA, DIAGNOSI E EMDR: CONSIDERAZIONI INIZIALI**

E' fondamentale e molto utile fare una diagnosi ecologica e non basata solo sul DSM IV quando si utilizza l'EMDR. Una efficace previsione sull'utilità dell'EMDR può infatti essere fatta considerando la natura dell'esperienza traumatica, l'età del bambino, quanto la famiglia è in grado di essere supportiva, considerando quindi sia elementi individuali che socio-familiari. Una diagnosi da DSM-IV che si basa sui sintomi, è irrilevante per una previsione degli esiti del trattamento.

E' importante ricostruire la storia del trauma e la frequenza degli eventi traumatici nella vita del bambino: se infatti questi per lungo tempo non sono stati trattati, possono evolvere in patologia in età adulta.

Almeno due terzi di un campione di adulti traumatizzati (66) mostrano significativi miglioramenti dopo tre sessioni di EMDR.

Sono in corso ricerche controllate per accertare l'efficacia dell'EMDR con bambini traumatizzati di età compresa tra i 7 e gli 11.

E' stato dimostrato che l'EMDR ha avuto positivi risultati con i bambini vittime dell'uragano Iniki. Sono stati utilizzati strumenti standardizzati come la CRI (Children's Reaction Inventory), l'RCMAS (Revised Children's Manifest Anxiety Scale) e la CDI (Children's Depression Inventory) che hanno evidenziato riduzioni sostanziali nei punteggi CRI relativi all'ansia e alla depressione, e riduzioni, anche se più modeste, ai punteggi RCMAS e CDI.

#### **Caratteristiche del trauma come predittori dell'esito del trattamento EMDR.**

Qualsiasi scienza si basa su delle previsioni.

I progressi e l'esito dell'EMDR può essere previsto partendo dalle caratteristiche dei traumi.

La previsione dell'esito di un trattamento EMDR ha sostanziali implicazioni scientifiche.

I parametri del trauma che clinicamente si sono dimostrati predittivi dell'esito del trattamento con l'EMDR sono:

1. **SEMPLICE VERSUS COMPLESSO:** di fronte ad un trauma semplice i risultati con EMDR sono miracolosi, anche dopo una singola sessione di EMDR.

Con i traumi complessi l'EMDR può essere efficace e accelerare il percorso di terapia, ma in quanto parte di una terapia dove può essere necessario integrare diversi approcci.

2. **ACUTO VERSUS CRONICO:** non sembrano esserci importanti differenze anche se i traumi acuti si risolvono più velocemente.

3. SINGOLO VERSUS TRAUMI MULTIPLI: i bambini che sono stati ripetutamente traumatizzati vanno incontro a trattamenti terapeutici di lunghezza superiore rispetto a coloro che hanno subito pochi eventi traumatici o uno solo.

Anche bambini ripetutamente traumatizzati possono essere trattati abbastanza velocemente con EMDR a condizione che siano in sicurezza e che si sia certi che l'abuso è interrotto.

4. ETA' DEL PRIMO EVENTO TRAUMATICO: più precocemente avviene l'evento traumatico, più profonde sono le conseguenze. L'EMDR è efficace anche quando il trauma è avvenuto nei primi due anni di vita.

5. ASSENZA DI VIOLENZA VERSUS USO DELLA VIOLENZA: quando il trauma implica anche l'uso della forza è molto più difficile da trattare.

6. GRADO DI DISSOCIAZIONE: la dissociazione rallenta il trattamento. Se un bambino dissocia ogni volta è come se l'evento traumatico venisse tenuto fuori dal contesto di lavoro, pertanto il terapeuta deve procedere lentamente. Ci sono però dei metodi per minimizzare e controllare la dissociazione dei bambini (vedi oltre).

### **Presentare l'EMDR ai genitori**

Esiste un opuscolo intitolato "che cos'è l'EMDR?" che fornisce informazioni in un formato molto semplice (EMDRIA).

Spiegare ai genitori che l'EMDR è una tecnica terapeutica per i traumi e per le emozioni correlate e bloccate. Identificare il target su cui lavorare.

Talvolta i genitori sono consapevoli dell'evento traumatico ma i bambini no poiché per esempio l'evento si è verificato quando erano molto piccoli, oppure l'hanno represso o rimosso.

Altre volte può accadere il contrario e cioè che durante il trattamento EMDR emergono traumi di cui la famiglia non era a conoscenza.

Spiegare che con l'EMDR occorre spingere il bambino a ripensare all'evento e che contemporaneamente gli verrà chiesto di muovere gli occhi seguendo il movimento della mano del terapeuta (spiegare che possono essere utilizzati anche altri metodi tapping o altro) per 15-30 secondi. Dopo un set di movimenti oculari (MO) ci si ferma, dicendo al bambino di liberare la mente e lasciare che accada qualsiasi cosa, segue un profondo respiro. Spiegare che poi si chiederà al bambino che cosa è successo nella sua mente e che in genere qualche cosa cambia, vengono riportati altri pensieri, altre immagini o sensazioni. Si chiede quindi al bambino di tenere questo nella mente e si comincia con un altro set di movimenti oculari. Tale procedura continua fino a quando il bambino non risulta più turbato dall'evento.

Spiegare il posto sicuro, che può essere usato dal bambino durante l'EMDR anche a casa.

Se serve fare esempi.

E' bene essere al corrente dello stato della ricerca perché talvolta i genitori fanno domande in tal senso, sull'EMDR come metodo scientifico (utile consultare newsletter EMDRIA).

Dove necessario, utilizzare il consenso informato.

Importante spiegare pro e contro l'utilizzo dell'EMDR con i bambini (quanto sicuro è l'EMDR per i bambini? C'è un rischio di ritraumatizzare il bambino? Ad oggi non è mai successo anzi il non ottenere alcun risultato sembra essere inferiore con l'EMDR rispetto ad altre forme di terapia).

Importante che tra una seduta e l'altra i genitori documentino eventuali cambiamenti o quello che è successo (aggiornamento).

DUE CASI CLINICI uno su una situazione di un trauma singolo, una su un caso più complesso (leggere in originale).

## **Capitolo 3 LA PRIMA SEDUTA CON IL BAMBINO**

Dopo avere conosciuto i genitori è utile iniziare la seduta successiva sia con il bambino che con i genitori: questo permette al bambino di sentirsi sicuro quando conosce il terapeuta, e al terapeuta di poter osservare la relazione familiare.

### **Il posto sicuro**

E' estremamente importante per un bambino sentirsi sicuro nella stanza della terapia.

Con alcuni bambini il posto sicuro può essere introdotto nella stessa seduta, con altri possono essere necessari anche diversi mesi prima di poterlo introdurre. I bambini gravemente traumatizzati, infatti, non si sentono sicuri in nessun posto, pertanto non riescono a sentirsi al sicuro nemmeno nel setting terapeutico.

In seduta: pensa ad un posto speciale dove ti senti sicuro o felice. Immaginatelo nella mente. Descrivilo. Cosa ti fa sentire bene? Dove provi questa sensazione nel tuo corpo? Ora tieni questa immagine nella tua mente, concentrati sulla sensazione e sulla parte del corpo dove la senti, e segui le mie dita con gli occhi.

Con i bambini si può chiedere di fare un disegno.

Installarlo con uno - quattro set di movimenti oculari.

Il posto sicuro si utilizza in tre casi:

1. quando i pensieri e le emozioni fanno tanto male e ti vuoi fermare;
2. alla fine di ogni seduta per far sì che il bambino vada via tranquillo;
3. tra una seduta e l'altra quando il bambino ne sente la necessità.

Spiegarlo al bambino.

Il posto sicuro è una parte estremamente importante del lavoro con EMDR in quanto:

1. aiuta il bambino a sentirsi sicuro;
2. introduce l'EMDR in modo semplice e permette di capire se i movimenti oculari (MO) vanno bene o è meglio il tapping (tamburellamenti);
3. permette al clinico di individuare quanto il bambino è stato traumatizzato: quando infatti non riesce ad identificare un posto sicuro si è di fronte ad un trauma complesso.

Il posto sicuro rappresenta una via di uscita dalla procedura EMDR quando diventa emozionalmente insostenibile.

Il posto sicuro può essere considerato come una forma controllata di dissociazione che è coscientemente regolata.

Talvolta può essere necessario fare dei set di movimenti oculari mentre il bambino continua ad immaginare il posto sicuro, fino a quando il bambino non si sente sufficientemente rassicurato per tornare al target iniziale.

Maneggiare la dissociazione è estremamente importante nell'EMDR. In alcuni casi, la dissociazione è facilmente riconoscibile, come quando, durante i movimenti oculari, in un momento di forte intensità emotiva il bambino comincia a dare segni di addormentamento: si sta verificando la dissociazione. E' bene quindi riportare il bambino al posto sicuro: 'vedo che sei disturbato, forse è il momento di andare nel posto sicuro'.

## **Selezionare il target**

La selezione del target iniziale è estremamente importante, sia con gli adulti che con i bambini.

I brutti sogni sono un eccellente target iniziale perché scompaiono nel giro di poco tempo, probabilmente perché l'alternanza della stimolazione destra-sinistra, attiva le stesse strutture neurofisiologiche del sonno REM e sollecita lo scambio di informazioni tra un emisfero e l'altro.

La risoluzione veloce dei brutti sogni permette ai bambini di sentirsi maggiormente motivati ad utilizzare l'EMDR anche con altri target.

Se il bambino è troppo spaventato dal focalizzare l'evento traumatico o un problema ad esso connesso, è utile iniziare con una situazione positiva che permette di rafforzare la stima di sé e il senso di auto-efficacia, e permette di costruire un senso di fiducia verso il terapeuta e verso la procedura EMDR.

Può succedere che venga scelto un target non rilevante e che non conduce da nessuna parte: in questo caso si può chiedere al bambino di pensare a quando ha provato una brutta sensazione, oppure qual è il pensiero che lo disturba di più o ancora la peggiore cosa che gli è capitata. E da qui partire.

## **POSSIBILI TARGET INIZIALI PER I BAMBINI**

L'evento traumatico

I brutti sogni

Eventi in cui il bambino si è sentito bene con se stesso (target sull'autostima)

Eventi in cui il bambino si è sentito bene rispetto a qualche cosa che ha fatto (target sull'auto efficacia)

Eventi felici nel passato

Abiti preferiti indossati

Qualche cosa che il bambino vorrebbe fare in futuro  
Qualche cosa che farebbe felice il bambino in futuro  
Uno speciale compleanno nel passato  
Uno speciale Natale nel passato  
Una festa di compleanno ideale  
Un evento che ha fatto sentire il bambino triste  
Un evento che ha fatto sentire il bambino arrabbiato  
Un evento che ha fatto sentire il bambino impaurito  
Un evento che ha fatto sentire il bambino colpevole  
Un evento che ha fatto sentire il bambino odiato  
Un evento che ha fatto sentire il bambino indignato  
Le tre cose peggiori che sono accadute al bambino  
Le tre cose migliori che sono accadute al bambino  
La peggiore sensazione provata  
La migliore sensazione provata

### **Cognizione negativa e positiva ed emozioni**

I bambini tra i 9 e i 12 anni con uno sviluppo normale e che non hanno subito traumi ripetuti sono in grado di dare sia la cognizione negativa (CN) che quella positiva (CP), così come la VOC e la SUD.

Quando diventa difficile ottenere una CN o una CP andare avanti cercando di focalizzare l'emozione e la sensazione fisica.

Per aiutare il bambino a definire la CN si può chiedere al bambino che pensa quando ritorna all'immagine dell'evento traumatico. Oppure si può chiedere al bambino che cosa dice a se stesso quando è insoddisfatto di qualche cosa che ha fatto. La risposta può poi essere utilizzata per costruire la CN.

Anche i bambini piccoli riescono a definire un sentimento. Talvolta però può succedere che il bambino anziché il sentimento dia una cognizione. E' bene accettare la verbalizzazione e chiedergli l'emozione associata.

I bambini tra i 9 e i 12 anni sono in grado di capire la scala numerica. Bambini più piccoli possono avere delle difficoltà, si possono pertanto utilizzare metodi differenti:

- disegnare una faccia con una linea a sinistra felice più si va a destra più diventa triste;
- oppure dei cerchi piccolo e grande;
- oppure si può utilizzare l'apertura delle braccia per dire tanto o poco.

### **Desensibilizzazione**

Sovente i bambini alla fine di un canale associativo dicono "niente". Gli adulti invece quando arrivano alla fine di un canale associativo ne iniziano un altro.

Per essere più sicuri è bene chiedere ai bambini di pensare ad un'altra volta in cui si sono sentiti in quel modo, e andare avanti fino a quando il bambino non fa più alcuna associazione.

E' meglio evitare che la seduta sia incompleta in quanto:

- o il processo continua a livello conscio e inconscio dopo la fine della seduta;
- o il processo non continua e deve essere ripreso la volta successiva;
- oppure rimane una emozione negativa irrisolta e la volta successiva il bambino si rifiuterà di lavorare con l'EMDR.

Più i bambini sono piccoli, più attentamente deve essere tenuta a mente questa terza possibilità.

### **Installazione, scansione corporea e chiusura**

L'installazione con i bambini 9-12 anni è come per gli adulti. Con i bambini più piccoli occorre aiutarli a trovare delle CP semplici (es. "bravo ragazzo").

Per la maggior parte dei bambini è invece difficile riuscire a tenere in mente il pensiero target iniziale, la CP e la scansione corporea.

Importante che tra una seduta e l'altra il bambino si segni su un foglio sogni particolari, pensieri importanti, ecc...

## **Capitolo 4    MODIFICHE DEL PROTOCOLLO EMDR CON I BAMBINI**

Anche con i bambini: è bene seguire il principio della MINIMA CREATIVITA' e modificare il protocollo solo quando veramente necessario per attivare dei movimenti nel processo di elaborazione.

Il clinico in ogni caso aumenta le possibilità di successo quando segue il più possibile l'intero protocollo.

Le catene associative sono imprevedibili, e solo retrospettivamente si riesce a ricostruirne il senso. Sovente può capitare al clinico di non capire quale via stia prendendo la catena associativa.

### **Con i bambini dai 9 ai 12 anni**

In questa fascia di età in genere sono necessarie solo poche modifiche.

In caso di dissociazione, il terapeuta può intervenire in diversi modi:

- incoraggiando il bambino a rimanere nel presente –‘rimani qui, rimani con me’;
- utilizzando il contatto fisico, con una mano si fanno i movimenti oculari e con l'altra si dà la mano al bambino;
- passando dai movimenti oculari al tapping (tamburellamenti);
- suggerire di ritornare al posto sicuro;
- ritornare al target più frequentemente;
- set brevi;
- utilizzare tecniche immaginative: per esempio utile chiedere al bambino che cosa metterebbe nell'immagine per sentirsi più sicuro. Bambini introducono un eroe che interviene;
- fare camminare il bambino nella stanza, fare entrare i genitori, accendere o spegnere la luce, mettere musica.

Talvolta le catene associative possono condurre assai lontani dall'evento target. Il clinico può esercitare un controllo sul processo ritornando indietro al ricordo target. Questa è una importante decisione del terapeuta e può portare a commettere degli errori, sia permettendo che il bambino si allontani troppo dal target, sia interrompendolo troppo presto. La decisione presa deve tenere conto di quanto tempo manca alla fine della seduta, se c'è molto tempo lasciare andare il bambino secondo le sue associazioni.

### **Con i bambini dai 6 agli 8 anni**

Il primo aspetto del protocollo che viene meno è la CN e la CP. Meglio in questo caso stimolare un ricordo, un'immagine, un'emozione e la scansione corporea. Il clinico può poi aiutare il bambino a formare una cognizione positiva semplice come “sono un bravo ragazzo” e da qui risalire a come non vorrebbe essere in quella situazione (CN).

Ricordarsi che è utile utilizzare strumenti diversi per facilitare la SUD (faccia, cerchi, ecc).

In questa fascia di età i canali associativi sono brevi, più brevi che negli adulti. Quando un canale associativo sembra essere arrivato alla fine, verificare la SUD e anche se il valore è sceso lavorare su un altro aspetto del trauma. Questa è una differenza rispetto al protocollo degli adulti perché con gli adulti alla fine di una catena associativa se la SUD è 0 si passa all'installazione della CP.

Con i bambini è necessario un ruolo più attivo del terapeuta allo scopo di massimizzare le catene associative.

L'installazione della CP avviene chiedendo al bambino di tenere nella mente la CP e il trauma originario (non l'immagine perché nel frattempo può essere cambiata).

Qualora la CP non “prende” tornare alla catena associativa, vuol dire che la SUD non è scesa a 0, occorre fare altri set di stimolazione.

Se il terapeuta non riesce ad ottenere una CP l'installazione non è possibile. E' possibile talvolta ottenere la CP in un secondo momento. Si può chiedere al bambino, dopo la stimolazione, se può pensare a qualche cosa di buono per sé che vorrebbe associare con quello che è successo.

La seduta deve essere conclusa con il posto sicuro.

### **Con i bambini di 4-5 anni**

Formato: posto sicuro, descrizione dell'evento, descrizione di un'immagine, sentimento associato, localizzazione corporea.

Se il bambino non riesce ad identificare una sentimento ora, chiedergli come si è sentito al momento dell'evento traumatico e chiedergli se ora ha un po' meno questa sensazione.

I bambini di questa età fanno fatica con i movimenti oculari. Si possono quindi utilizzare altre stimolazioni destra-sinistra, come i tamburellamenti o i suoni.

Poiché però i MO sono quelli più efficaci tra le diverse forme di stimolazione, è importante provare diverse forme di MO, si possono utilizzare per esempio dei pupazzetti da mettere sulle dita che motivano di più il bambino. Un'altra tecnica è quella di utilizzare entrambe le mani alzando alternativamente un dito della mano destra a destra e un dito della mano sinistra a sinistra. In questo modo il bambino non deve seguire un percorso ma osservare due punti diversi.

In questa fascia di età non è possibile la CN e la CP. Dopo il ricordo target e l'immagine identificare il sentimento e lavorare su questo.

### **Con i bambini di 2-3 anni**

Fondamentale l'assistenza da parte dei genitori.

La stimolazione bilaterale va fatta mentre il bambino sta pensando o parlando dell'evento traumatico. Se il bambino è incapace di fare questo, prezioso è il racconto dei genitori che evocano la memoria del bambino descrivendo l'episodio traumatico. La stimolazione bilaterale in questo caso viene fatta o dal terapeuta o dal genitore stesso mentre racconta. Il bambino può sedersi in braccio al genitore. Il terapeuta in questo caso è una guida per il genitore. Questo è utile però soprattutto quando gli stessi genitori sono stati coinvolti direttamente nel trauma, quando quindi hanno assistito direttamente.

Utili possono essere anche dei disegni o delle fotografie del trauma che il bambino può guardare durante la stimolazione.

Con bambini di questa fascia di età non è possibile fare il posto sicuro e nemmeno sapere con precisione quello che è lo stato emotivo del bambino. Per questo non si possono fare set lunghi, e la stimolazione bilaterale deve essere intervallata da altre attività come per esempio il gioco.

Bambini così piccoli possono essere anche molto resistenti nei confronti della procedura EMDR, possono mettersi sotto il tavolo, non ne vogliono sapere, molto di più che bambini più grandi. In questo caso è fondamentale avere una buona alleanza con i genitori.

## **Capitolo 6      TRAUMI SEMPLICI: LUTTO E FOBIE**

L'EMDR permette di ottenere ottimi miglioramenti in tempi brevi nel corso dei traumi semplici. L'EMDR è una tecnica terapeutica che si integra bene con terapie di orientamento diverso come quella cognitivo-comportamentale, ma anche con quella psicoanalitica.

### **Lutto**

La morte è particolarmente difficile da capire per un bambino, soprattutto la morte di un genitore.

Judi a 7 anni ha perso la mamma per malattia. Dopo la morte della mamma Judi inizia a manifestare delle difficoltà: crolla cognitivamente a scuola, si allontana dagli amici nei confronti dei quali ha scoppi di rabbia, litiga spesso con il fratello mettendogli le mani addosso fino ad arrivare ad infilargli una penna nella mano.

Il padre della bambina preoccupato chiede aiuto a dei professionisti: la bambina viene vista per 20 volte poi inizia una psicoterapia di 3 anni ma senza alcun successo. La situazione peggiora sempre più e Judi diventa incontenibile.

Cambia terapeuta e accettano di provare con l'EMDR.

Judi inizialmente è riluttante a parlare della morte della mamma perché dice di averne già parlato nella precedente terapia.

La terapeuta le chiede di raccontare quando era andata a veder la mamma in ospedale poco dopo la sua morte e rimane colpita dall'intensità emotiva del racconto di Judi. Era quindi chiaro che era ancora vivo in lei il ricordo di quel momento in tutta la sua intensità emotiva anche a distanza di 4 anni, come se in realtà fosse successo il giorno prima.

Terapeuta decide su questo ricordo target di fare l'EMDR focalizzando l'attenzione sul sentimento e tralasciando la CP e la CN.

Nel pieno dell'elaborazione del ricordo traumatico Judi dissocia arrivando quasi ad addormentarsi. Per contenere la dissociazione è utile tornare più frequentemente al target originario. Judi però non riesce più a visualizzare l'immagine, terapeuta chiede allora di tornare al ricordo e di visualizzare altra immagine correlata.

Emerge successivamente il senso di colpa. L'Autore si chiede se le persone non sono pre-programmate per reagire sviluppando il senso di colpa. Solo da adulti, infatti, quando si riescono a capire le cause e gli effetti in termini logici, si diventa in grado di assegnare in modo appropriato le responsabilità. Molto spesso i bambini si sentono loro la causa primaria degli avvenimenti anche quando ciò è irrealistico.

L'EMDR ha un profondo impatto sulle emozioni, lascia il ricordo ma questo viene liberato dall'intensa emotività correlata. L'EMDR facilita l'elaborazione delle informazioni e questo permette di accelerare il corso della terapia.

Dopo una seduta di EMDR, soprattutto se positiva, è importante, nella seduta successiva, andare a verificare due cose: se ci sono stati dei cambiamenti a livello comportamentale e se i cambiamenti emotivi avvenuti durante la seduta precedente si sono mantenuti. Quindi occorre ripartire da dove si è terminato.

La terapia di Judi è andata avanti per 9 sedute di cui tre con EMDR.

Kevin, perde la mamma per malattia all'età di 6 anni. I genitori erano separati da quando lui ne aveva 2. Nel corso della malattia della mamma e dopo la sua morte Kevin sta da uno zio sposato.

Il terapeuta vede Kevin per 30 volte ma utilizza l'EMDR solo in poche occasioni. Ciò nonostante dopo una sessione di EMDR gli zii riferiscono incomprensibili miglioramenti.

## **Lutto e trauma**

Quando al lutto si aggiungono anche eventi traumatici, l'elaborazione diventa più difficile. E' il caso di Jim e Susan, fratelli rispettivamente di 10 e 8 anni che hanno perso il papà per suicidio. I bambini sono salvi grazie all'intuizione della mamma che temeva che li uccidesse e poi che si uccidesse. Nell'ultimo mese prima del suicidio il padre ha un crollo depressivo grave, dorme sempre più, diventa aggressivo, minaccia i bambini di uccidere i loro cagnolini se non li danno via velocemente. In un'occasione lui beve, la mamma manda i bambini da baby sitter e dormono da lei, lei va da un'amica, torna il giorno dopo e trova il marito morto a causa delle esalazioni dello scarico dell'auto e l'auto preparata perché salissero anche i bambini.

5 mesi dopo la morte del marito, la mamma si rivolge al terapeuta per l'EMDR in quanto i bambini stanno male e si colpevolizzano per la morte del papà.

Nelle prime due sedute di EMDR con Jim succede che l'intensità emotiva correlata al ricordo target su cui si lavora invece che diminuire aumenta, così come aumentano i dettagli del ricordo. E' solo con la terza seduta di EMDR che la SUD comincia a scendere da 8 a 4 e parallelamente compaiono i primi ricordi positivi connessi al padre. Quando si verificano situazioni di questo tipo, si crea, nel terapeuta, uno stato d'ansia dovuta al fatto che non si osservano miglioramenti per alcune sedute. Occorre andare avanti.

Con la sorella è stato più semplice il lavoro in quanto lei aveva un legame affettivo più intenso e di maggiore vicinanza con la mamma a differenza del fratello che lo aveva con il papà.

Figli di genitori che hanno commesso un suicidio hanno probabilità più elevate di commettere a loro volta un suicidio rispetto agli altri bambini. L'EMDR forse diminuisce il terribile legame con il suicidio di un genitore. Solo il tempo potrà dirlo ma sicuramente a distanza di due anni, al follow up, entrambi questi fratelli stanno bene e non presentano difficoltà nella loro vita quotidiana né aspetti sintomatici.

L'EMDR dà la speranza che si possa scongiurare la trasmissione intergenerazionale del trauma.

A Berry muore il papà all'età di 4 anni, sempre per suicidio, dopo che il padre aveva tenuto in ostaggio lui e la moglie. Berry ricorda tutto ciò solo perché glielo hanno raccontato. Dopo morte del padre non manifesta alcun malessere particolare. A 11 anni muore il nonno ed è a questo punto che Berry inizia ad avere PTSD. In questo caso poiché Berry è rientrato in un progetto di ricerca è stato valutato il suo comportamento da lui

stesso, dalla mamma e dalla maestra prima e dopo l'EMDR. L'EMDR è stato unico intervento terapeutico effettuato. E' quindi certo che i miglioramenti che sono avvenuti siano imputabili all'EMDR.

### **Fobie specifiche**

Le fobie nei bambini sono molto simili ai traumi semplici nel senso che con l'EMDR si risolvono velocemente nello stesso modo. La fobia è una paura irrazionale per un determinato oggetto che scatena elevati livelli di ansia. I miglioramenti si ottengono anche se nell'ambiente circostante ci sono dei vantaggi secondari a mantenere la paura.

Kerry è una bambina molto paurosa, ha paura dei cani ma anche degli altri animali in generale, non riesce ad addormentarsi da sola. All'età di non ancora 5 anni, il papà e un fratello maggiore sono stati coinvolti in un grave incidente stradale in cui il padre ha perso la vita e il fratello si è salvato ma con delle disabilità. Tale evento sembra avere intensificato le paure di Kerry.

Terapeuta segue il protocollo e inizia a desensibilizzare la paura del cane.

Terminata la desensibilizzazione sulla paura del cane, passano ad un altro animale, il gatto.

Quando passano all'immagine successiva il terapeuta modifica il protocollo e dice a Kerry che muoverà le dita avanti e indietro fino a quando a Kerry non verrà in mente un altro pensiero, un'altra immagine. Chiede quindi a Kerry di interromperla quando c'è un'altra immagine nella sua mente. Questa variazione nel protocollo facilita i canali associativi soprattutto quando i bambini hanno difficoltà a fare delle associazioni. I cambiamenti di istruzione possono anche alzare il livello di attenzione.

Proseguono la seduta desensibilizzando ad una ad una le paure degli altri animali. Alla fine il terapeuta ritorna sull'immagine iniziale del cane per verificare la tenuta della desensibilizzazione.

Vedi esempio dettagliato con domande e tutta la seduta EMDR.

Jay, un bambino di 6 anni, ha terrore dei cani, paura che si è generalizzata nel tempo ad altri animali. La mamma ricorda che quando Jay aveva tre anni al parco due grossi cani erano saltati addosso a lei e che da quel momento lui ha cominciato ad avere paura dei cani. Per la paura degli animali Jay non esce più in giardino, non va più in bicicletta e non vuole più andare al parco. Dopo una sola seduta di EMDR Jay entra in un negozio di animali. Dopo la seconda seduta di EMDR in cui l'EMDR viene fatto su possibili episodi futuri in cui Jay immagina di poter avere paura, i genitori interrompono la terapia per i grandi miglioramenti avvenuti. Tempo dopo però, forse perché terapia interrotta prematuramente, Jay ha una nuova paura: non esce più da casa se non con un adulto. Forse è più opportuno desensibilizzare tutti i canali prima di passare ad uno scanner sul futuro.

## **Capitolo 7      TRAUMI COMPLESSI**

In caso di traumi complessi non ci si possono attendere i 'miracoli' constatati con i traumi 'semplici'. Considera qui traumi con aspetti che continuano nel tempo, che non possono migliorare con l'EMDR se non ci sono altri interventi contemporanei. Segnala che i bambini, a differenza degli adulti, sono spesso bloccati in situazioni che non possono cambiare, anche se negative.

In particolare cita i casi:

- in cui non c'è sufficiente protezione: per es. quello di una ragazzina molestata sessualmente dal fratello, con peggioramento dei sintomi, benché già in terapia, quando il fratello è tornato a casa e ha cominciato ad attaccarla ritenendola responsabile del suo allontanamento temporaneo da casa; risolto in terapia familiare con le scuse del fratello.

- in cui non c'è un trauma preciso e noto, ma il malessere dimostrato dal bambino ha origini complesse: per es. il bambino figlio di genitori separati che diventa sintomatico dopo la visita con il genitore non affidatario, quando è probabile che l'intera situazione cooperi al malessere stesso.

### **Disturbo reattivo dell'attaccamento**

Patologia verso cui c'è crescente attenzione, anche se il DSM-IV la definisce rara. Si può trovare in bambini che sono stati sbalottati tra vari datori di cura e che diventano resistenti all'attaccamento: in particolare nelle adozioni internazionali. Si verifica nei primi 5 anni di vita.

C'è indicazione di trattamento con l'holding, tecnica applicata in origine nell'autismo. Interessante confrontare l'efficacia di holding ed EMDR. I due metodi puntano sull'elaborazione del lutto (EMDR) oppure della rabbia (holding). L'EMDR appare meno intrusivo e coercitivo.

Caso di Kip, 10 anni. Nato e allevato in una tribù di indiani di Alaska, fino a un anno con la madre, poi fino a 5 anni dalla nonna materna, adottato a 5 anni e mezzo da una coppia con altra figlia adottiva. A 10 anni nonostante gli sforzi dei genitori non c'era attaccamento. Incluso in una ricerca, nessun esito dopo le 5 sedute di EMDR previste per la ricerca. Ha continuato con altre 19 sedute alla fine delle quali il disturbo dell'attaccamento era risolto, anche se rimanevano dei problemi.

Descrive il processo di cura, di cui è notevole:

- il modo di maneggiare un bambino che parlava e si mobilizzava pochissimo, i cui sentimenti più forti erano "un po'" (triste o altro), in cui non si producevano pensieri
- l'utilizzo sia dei movimenti oculari (MO) 'ad oltranza' ("continua finché non ti è venuto un nuovo pensiero/immagine/ricordo"), sia dei tamburellamenti agiti dal bambino
- il fatto di aver cominciato dal posto sicuro e dai target positivi (eventi in cui si è sentito orgoglioso di sé), cosa che ha permesso l'affioramento di ricordi pre-adozione, rifiutati precedentemente. Essere stato investito da una bicicletta e l'incendio della casa di un vicino erano stati traumatici per lui e sono stati elaborati in EMDR
- la focalizzazione, in seguito, sui ricordi dell'adozione, negativi e spaventosi per lui
- il miglioramento dell'attaccamento, avvenuto a quel punto non è coinciso con la scomparsa dei problemi (passivo-resistente e rabbioso), elaborati successivamente con l'EMDR. In seguito migliora la qualità della vita di Kim a scuola e a casa.

Segue la dettagliata descrizione della terza seduta, in cui si è focalizzato sulla imminente morte del nonno materno adottivo, a cui K sembrava legato.

Nella seduta, lo sforzo per far produrre qualsiasi tipo di pensiero, dando parecchi suggerimenti (di situazioni, di sentimenti, con domande dirette), pur mantenendo il massimo rispetto sul lavoro fatto ("stai facendo proprio un buon lavoro con i tamburellamenti") anche se i risultati erano assenti, facilitando in ogni caso il pensiero anche senza espressione diretta ("non è necessario che tu mi dica..."), cercando di tenere insieme immagini, ricordi, sentimenti, auto consapevolezza degli stessi.

E' comunque necessario fare un break per rinforzare la motivazione (perché vieni qui? perché ti hanno portato qui?), accettando quella di essere meno diverso dagli altri e così evitare di essere preso in giro.

Quando compare una qualsiasi associazione, viene accettata; seguendola, si continua ad espanderla.

Nella 5° seduta, due mesi dopo, si comincia dal chiedere se c'è qualche nuovo pensiero, indipendente dalla qualità o dal tema. Anche qui la tecnica consiste nel seguirlo espandendolo, cercando di orientare il pensiero in un'epoca più precoce. Di fronte al rifiuto del bambino si insiste richiamando episodi del passato già citati da lui, stimolando nuovi pensieri ("tamburella finché non ti viene in mente qualcosa di nuovo"). Il bambino è molto più mobile, è addirittura necessario rendere meno dispersive le associazioni, orientando il bambino ("la parte peggiore", suggerendo il sentimento corrispondente, riassumendo il target mettendo 'in asse' ricordo, immagine, sentimento).

Gli autori richiamano alla fine che:

- l'EMDR è efficace anche con minima rispondenza da parte del bambino
- i sentimenti attivati e i pensieri si concatenano e amplificano a vicenda, producendo maggiore responsività
- il tamburellamento (da parte del bambino) è efficace perché fornisce una quantità di stimoli, cinestesici, visivi, uditivi, bilaterali, sistematici e ripetitivi.

Altri due casi, molto meno dettagliati (la figlia di una terapeuta, di 8 anni e adottata a 2 anni dopo un'esperienza di trascuratezza e abuso gravi da parte della madre biologica, curata dalla stessa terapeuta: cosa generalmente sconsigliata, ma possibile come intervento 'di emergenza'; adolescenti o giovani adulti ritardati in affidamento familiare, trattati sulla perdita connessa alle precedenti esperienze fallite, in presenza del genitore affidatario che abbraccia il soggetto), inducono una considerazione di fondo (*già preannunciata nel confronto con l'holding*) sulla necessità di elaborare innanzitutto il lutto per i legami persi o falliti, prima di produrre attaccamento: il *lutto* diventa quindi il target dell'EMDR.

Caso di Bill, 14 anni. Allevato dai suoi genitori, ma iperattivo fin da piccolo, curato con Ritalin; da sempre distaccato, evita il contatto tattile e oculare. Da adolescente, bugiardo e ladrunco.

Vista la lontananza dell'abitazione, nella stessa prima seduta viene raccolta l'anamnesi e fatta la prima seduta EMDR con il ragazzo. Pur presentandosi distante e chiuso, focalizzando sulla sua rabbia per i problemi in famiglia ricorda un episodio accaduto a 3 anni, in cui era stato lasciato dal resto della famiglia in un asilo ("mi hanno abbandonato là"). La procedura è 'classica' (VOC, SUD): ricorda vari particolari, in quel giorno si era fatto anche male alla gamba; conclude però che era stata anche una sua scelta andare là e alla fine sta meglio. A casa produce comportamenti di attaccamento (richiesta e offerta di coccole fisiche): anche la terapeuta è stupita.

Tra la seconda e la terza seduta, muore in un incidente una bambina vicina di casa e per la prima volta, con l'EMDR, Bill piange abbracciato alla madre, facendo un lutto.

In tutto sono state fatte 6 sedute EMDR. Al follow up, 4 anni dopo, va tutto bene, ottimi risultati a scuola e nello sport; cerca ancora il bacio della buonanotte! (deve recuperare il tempo perduto? si chiede l'autrice).

La riflessione finale: l'episodio citato da Bill non è vissuto come traumatico dalla maggior parte dei bambini, anche se spiacevole: è possibile che i problemi di crescita avuti da piccolo (frequenti malattie e iperattività) l'abbiano reso più vulnerabile. L'episodio vissuto come traumatico ha a sua volta interferito con l'attaccamento.

Solo vedendo l'esito del trattamento (e non i sintomi, preoccupanti e di lunga durata: altri colleghi avevano consigliato un terapia a lungo termine) è stato possibile concludere che si trattava probabilmente di un trauma semplice e non complesso.

Caso di Nancy, 13 anni. Coreana, vissuta con la madre fino circa un anno, poi abbandonata. Dopo un anno in affido, è stata adottata a 2 anni. Piange nel lasciare la madre affidataria. Molti interventi terapeutici nell'infanzia perché ostile, depressa, sempre in conflitto con la madre, che la vive come manipolatoria, ('doccia scozzese'): nelle fasi acute, spinge la madre ad abbandonarla come quella biologica. Minaccia di uccidersi col coltello; forse ha cominciato l'uso di droga. La sua ultima terapeuta la definisce gravemente depressa e suicidaria, con disturbo dell'attaccamento: necessita di farmaci. Nella storia, subito dopo l'adozione si dondola e batte la testa, ha terribili collere: migliora, ma in 4° elementare peggiora di nuovo e va male a scuola (prima bene; a quel punto fa solo quello che le piace).

La terapia con l'EMDR (quasi tutte le sedute, qualche volta terapia familiare) dura 2 anni e mezzo, con 38 sedute. C'è una ospedalizzazione per TS dopo un grave conflitto con madre.

Inizialmente non comunicativa (sembra scema...) si rivela presto con l'EMDR intelligente, animata, immaginativa. Per il primo anno si lavora sulla sua rabbia verso la madre, per i suoi atteggiamenti punitivi, quando la vedeva in difficoltà.

Alla fine del primo anno, in una seduta non EMDR, rivela, piangendo e gridando un abuso sessuale da parte dello zio materno, che vive con la nonna materna che frequenta nelle vacanze estive. Grande rabbia perché la madre non l'ha protetta (ma non gliel'ha detto); continua in quella seduta ad andare dentro e fuori la dissociazione. I genitori sono inizialmente scettici (avvertiti durante un seduta familiare fatta subito dopo), ma denunciano.

Successivamente Nancy ripercorre le memorie traumatiche con l'EMDR (violenze orali e genitali, anche con oggetti; ha spiegato il sanguinamento alla nonna come menarca). Arriva a pensare di perdonare lo zio, sentendosi così più forte come persona. Piange molto su quanto ha perso. Nelle altre terapie non hanno toccato i suoi problemi, le chiedevano soltanto che obiettivi si prefiggeva per la successiva settimana.

Dopo 4 sedute, emergono immagini (che la ragazza non sa se reali) relative a sé nel bagnetto con una donna che le assomiglia molto, presumibilmente la madre biologica. Vicino a lei c'è un uomo, forse suo padre, che vede giacere con metà testa mancante; sua madre piange, fa freddo. Le immagini, anche se forse irreali, sono state usate come segno della necessità di "dire addio" ai suoi genitori biologici.

A causa del cambio di scuola, passa a un'altra terapeuta. In quel momento aveva lavorato molto e aveva ottenuto molti miglioramenti a scuola e con i genitori. Rimanevano fasi di conflitto e grande paura dello zio, che era anche fisicamente minaccioso ed era rimasto a vivere con la nonna, presso cui Nancy temeva di andare. Niente era successo dopo la denuncia.

Le riflessioni:

- il modo 'puzzling' di presentarsi dei bambini con disturbi dell'attaccamento (chi li vede depressi, chi ribelli, chi deficitari ecc)
- il dubbio sulla 'realtà' delle immagini relative ai ricordi di infanzia: comunque un punto di partenza per l'elaborazione con EMDR (*parla delle immagini presunte dei genitori biologici e non dei ricordi sull'abuso sessuale*)

- la necessità di un intervento ‘multimodale’: in casi del genere non si può fare solo l’EMDR, ma ci vuole una terapia familiare in vari formati, un intervento legale, un intervento presso la scuola, ospedalizzazioni psichiatriche e la prevenzione del rischio suicidio.

## **Divorzio**

Caso di Aaron, anni 4 e mezzo. Ha una sorella di 6 anni microcefala, con problemi vari (intellettivi, di linguaggio, visivi, di aggressività) e un fratello di 9 anni. Il padre è un militare, facilmente irritabile e con metodi duri di disciplina. Spesso quando ritorna dalle visite al padre il bambino ha incubi e bagna il letto. I nonni materni erano dalla parte del padre nel divorzio e favoriscono Aaron anche nel confronto con la sorella. Il padre, anche quando le visite con i nonni erano sospese per i problemi relazionali con la madre, portava Aaron da loro quando lo prendeva con sé. Aaron desidera vivere con i nonni invece che con la madre e il suo nuovo fidanzato; dopo le visite con loro diventa più aggressivo verso la sorella.

Lo portano in terapia dopo che ha tentato di strangolare la sorella.

Aaron viene trattato con i tamburellamenti da parte del bambino sulle mani della terapeuta (hand taps). Risponde bene e in fretta all’EMDR, anche se (per la giovane età) non si riesce a ottenere né cognizione negativa né positiva.

La sottolineata ‘breveità dei canali’, con repentina trasformazione dei sentimenti; la terapeuta suggerisce il target (“pensa a come eri arrabbiato con tua sorella ieri sera”, “pensa a quel brutto sogno in cui l’alieno mangiava il ragno e il ragno mangiava la persona”) e il sentimento (triste e spaventato); chiede, dopo stimolazione, cosa gli viene in mente ora. Utilizza anche il disegno del target (per esempio l’incubo) e della sua modificazione dopo l’EMDR.

Aaron viene seguito in terapia per 3 anni. La sua situazione ha alti e bassi, a seguito delle vicende conflittuali tra la madre e i nonni materni, con interruzione del rapporto con loro. Ciò nonostante Aaron migliora molto, a scuola, a casa, con la sorella; permane il conflitto con il fratello.

Caso di Art, 8 anni. Affidato al padre, insieme ai suoi due fratelli (uno maggiore e uno minore), per il maltrattamento subito dalla madre. Ancora picchiato dalla madre e dal suo convivente durante le visite e legato al segreto. Dopo la rivelazione al padre di questo maltrattamento (cui segue la sospensione delle visite con il patrigno e visite supervisionate con la sola madre), Art comincia ad avere ogni notte allucinazioni e incubi, vede fantasmi che lo vogliono uccidere e non vuole andare a letto da solo. A volte sogna che la madre lo vuole uccidere e ci riesce. Riesce a dormire per brevi periodi tenendo la mano del padre o stando nel suo letto. Spesso si sveglia urlando.

Le sedute di EMDR hanno come target gli incubi e producono maggiore rilassamento. Il cambiamento decisivo si ha però dopo l’interruzione delle visite con la madre (mentre i fratelli le continuano), ottenuto dato che i sintomi erano fortemente correlati alle visite.

Migliorato Art, la terapeuta si dedica a Ken, il fratello maggiore, che sta male perché si sente colpevole di non riuscire a proteggere i fratelli quando la mamma li picchia (se tenta, la madre picchia lui)

*Da notare,*

- dopo l’elaborazione del posto sicuro (che Ken userà frequentemente) viene accettato come target un episodio molto recente (“ieri”).
- qui la tecnica è classica, ma c’è aiuto da parte della terapeuta per ‘tenere in asse’ sentimenti, cognizioni, sensazioni (che propone connessi). Se non c’è evoluzione del pensiero si torna al target.
- spontaneamente Ken torna al ‘posto sicuro’ quando è in difficoltà e gli è permesso.
- in questo caso le sedute sono molto ravvicinate (meno di una settimana).
- la terapia continua per i tre fratelli ancora un anno e mezzo, in cui progressivamente diminuisce l’EMDR e vengono fatte sedute familiari, coinvolgendo sempre più anche la madre; le relazioni vengono riparate.
- negli alti e bassi di questo periodo, l’EMDR subentra nelle fasi di riacutizzazione dei sintomi, per ridurli.

## **Chiarezza dei risultati con i traumi complessi**

Caso di Libby, 5 anni. La madre era fuggita, con la bambina e un altro figlio di 8 anni, dal Colorado a un altro Stato dopo che l’ex marito, padre di Libby, aveva tentato di annegarla. C’erano forti sospetti, specie da

parte della terapeuta di Libby, che il padre avesse molestato sessualmente la bambina: confrontato dalla madre, non aveva negato dicendo che ogni uomo ha questi pensieri sulla sua bambina.

Dopo il tentato annegamento la piccola cominciò ad avere incubi in cui grossi serpenti la mangiavano. Saputo che il padre non l'avrebbe rivista per un bel po' di tempo, aveva ricominciato a dormire nel suo letto, ma quando il padre telefonò tre volte a Natale gli incubi ricominciarono, accompagnati da enuresi ogni notte e da rifiuto di dormire nel proprio letto.

Dopo le sedute di EMDR che focalizzavano sugli incubi, questi cessarono e cessò anche l'enuresi; ma i sintomi ritornarono quando il padre di nuovo telefonò.

Questo caso è un esempio di come l'EMDR non sia risolutivo quando ci sono traumi complessi, con riattivazioni intercorrenti.

Da notare:

- l'uso del disegno per lavorare sugli incubi (disegno di un uomo spaventoso).

## **Capitolo 8 COME AFFRONTARE ED ELIMINARE LE DIFFICOLTÀ NEL TRATTAMENTO**

### **Bambini che non collaborano fin dalla prima seduta:**

Probabilmente pensano che il trauma sia sopraffacente e che non lo si possa affrontare.

1. prima di iniziare ad applicare l'EMDR è fondamentale avere costruito un buon rapporto con il bambino, con tutti i metodi che bene conosciamo (avvicinarsi a lui e al suo mondo mostrando genuino interesse per chi è, cosa fa, cosa gli piace fare, giochi preferiti, racconto di una giornata-tipo ecc.)
2. chiedergli di quale sentimento vorrebbe potersi liberare e poi a quali situazioni associa questo vissuto negativo
3. se anche questo non funziona, provare a indirizzarsi su target relativi all'aumento di autostima
4. se nemmeno questi funzionano, andare a periodi felici prima del trauma
5. se nemmeno questi funzionano, cercare di evocare situazioni felici ideali
6. se nemmeno questi funzionano, tornare al luogo sicuro, installarlo finché il bambino non si sente più a suo agio, poi fare un gioco o un disegno e lavorare sul miglioramento della relazione

### **Bambini che accettano di iniziare ma poi non vogliono continuare con l'EMDR**

Ciò avviene frequentemente quando i bambini si spaventano per le emozioni che vanno emergendo. Se ciò avviene durante la seduta, riportare il bambino al luogo sicuro e fare movimenti oculari finché se la sente di tornare al target. Se il bambino si rifiuta, fare quanto detto sopra: usare un target diverso, o un target più positivo e continuare.

Può succedere che il bambino si rifiuti di usare EMDR alla seconda seduta, dopo che si è riusciti a completare la prima di EMDR: ciò significa che nell'intervallo sono emersi ricordi e /o vissuti che hanno inquietato il piccolo. Se non funzionano un incoraggiamento a proseguire e i metodi prima elencati, fare altro in quella seduta, ricostruire un'alleanza e un buon rapporto e riprendere in seguito.

I bambini più difficili con cui l'A. ha lavorato sono quelli precocemente gravemente abusati, che hanno represso non tanto i brutti ricordi, quanto quelli belli. Viene citato il caso di un bambino di 10 anni, adottato a 5 anni dopo avere subito, insieme ai fratelli, un grave maltrattamento fisico e psicologico. All'inizio della terapia, dopo avere riprocessato alcuni dei suoi ricordi precoci più terribili, si era evidenziato come i risultati sembravano entrare in conflitto con vissuti estremamente radicati non solo di essere una persona cattiva ma anche che non ci si deve mai fidare degli altri. Ciò ha comportato il suo rifiuto di proseguire con l'EMDR. Ha però accettato volentieri l'ipnosi (cosa che, sostiene l'A., fa la maggior parte dei bambini di 10 anni). Con questa metodica sono emersi un certo, piccolo, numero di ricordi positivi, inaccessibili al di fuori della trance. Probabilmente questi ricordi positivi hanno dovuto essere repressi perché troppo in contrasto con i Modelli Operativi Interni del mondo come pericoloso e predatorio. L'A. ha allora lavorato con l'EMDR in stato di trance ipnotica (come consiglia di fare nei casi più difficili, dove combinare EMDR e ipnosi porta a risultati altrimenti irraggiungibili) ma come sono comparsi i primi risultati, il bambino ha rifiutato anche l'ipnosi e ha iniziato ad avere comportamenti di acting out. Ovviamente il bambino aveva problemi di attaccamento alla famiglia adottiva, riteneva di essere cattivo, addirittura diabolico e desiderava ritornare

nella sua famiglia biologica. I genitori adottivi alla fine l'hanno fatto collocare altrove e il trattamento si è interrotto.

Un'ultima considerazione riguarda la motivazione: se una persona non vuole che l'EMDR funzioni, non funziona. Ciò va sempre tenuto presente nei casi in cui non si hanno i risultati attesi.

### **Quando sembra esserci un blocco dell'elaborazione all'interno della seduta**

Regole auree: se l'elaborazione va avanti, non fermarla.

Se si blocca, fare di tutto per sbloccarla, partendo da interventi meno intrusivi a quelli più forti solo se è necessario:

- cambiare direzione dei MO
- usare set più lunghi
- usare set più brevi
- tornare più spesso al target
- tornare al luogo sicuro
- usare tamburellamenti con le mani
- usare *drumming*
- usare stimolazioni acustiche (D-S)
- modificare il target
- sviluppare il target (per es. "pensa a un'altra parte dell'evento")
- usare target per aumentare l'autostima
- usare target positivi
- incoraggiare le catene associative (chiedi al bambino di restare nella stessa stimolazione fino ad allora usata finché succede qualcosa di nuovo)
- dare ulteriori istruzioni
- fare entrare un genitore
- usare i disegni del bambino come target
- usare le connessioni guidate:
  - ❖ visive
  - ❖ emotive ("come ti senti quando pensi a quell'immagine?")
  - ❖ kinestesiche ("dove senti questo nel tuo corpo?")
  - ❖ cognitive (lasciare questi per ultimi, sono quelli che funzionano di meno con i bambini)
  
- usare l'installazione di risorse

### **Quando la seduta va bene ma non c'è progresso tra una seduta e l'altra**

Ciò significa che c'è qualcosa al di fuori delle sedute che blocca l'evoluzione: SUD scende a 0, VOC sale a 7 ma non c'è remissione dei sintomi o il comportamento non cambia. Il terapeuta non esperto pensa che sia il metodo a non funzionare e lo abbandona.

Invece nella maggior parte dei casi accade che quello che si credeva fosse un trauma semplice è in realtà un trauma complesso, il compito più difficile.

Oppure ci possono essere questioni fisiologiche che bloccano il miglioramento: danni cerebrali, ritardi di sviluppo o disordini ossessivo compulsivi (DOC) non di natura traumatica ma biologica, depressione su base biologica, ADHD (Attention Deficit Hyperactive Disorder), psicosi. Alcune condizioni tipo DOC e ADHD non devono di per sé escludere la possibilità di usare con successo l'EMDR, anzi, la procedura può essere considerata diagnostica e a basso costo!

### **Quando il processo non è produttivo**

Ciò avviene quando si passa da un argomento a un altro ecc. sicché le catene associative si allontanano sempre più dall'evento-target.

Quanto lasciare allontanare il paziente può dipendere in parte dallo stile del terapeuta. Oltre a questo, in generale se il bambino è relativamente sano e con una buona autostima, si può lasciare un controllo debole senza troppi problemi. Ma se il bambino è piccolo (3-5 anni), oppure se ha scarsa autostima e ha traumi

complessi, ha più bisogno di essere aiutato a tenere il filo delle sue associazioni per non sentirsi sopraffatto dalle emozioni e per non partire per la tangente.

Un problema opposto si può presentare quando il bambino mantiene un focus troppo rigido e non riesce a passare da un canale a un altro. Allora può essere aiutato da stimoli come: "Cosa ti ricorda di te questo?" Oppure "Tienilo in mente e segui il mio dito finché arrivi a pensare a qualcosa di nuovo: può essere una nuova immagine, un nuovo pensiero, un nuovo sentimento o una sensazione in una diversa parte del tuo corpo".

Se il bambino percorre continuamente lo stesso materiale senza cambiamenti, usare uno degli interventi elencati sopra, sempre partendo dal meno intrusivo.

### **Che ruolo possono avere i farmaci?**

Usati in modo appropriato, i farmaci possono essere d'aiuto nel processo dell'EMDR.

Per esempio un bambino con ADHD può essere aiutato dai farmaci a concentrarsi sul compito dell'EMDR. Oppure gli antidepressivi possono migliorare una depressione grave e il bambino può avere una migliore risposta all'EMDR.

### **Domande specifiche**

**Se il bambino ha l'epilessia**, verificare con il medico che non sia un'epilessia sensibile ai MO. Se lo fosse, usare altre attivazioni.

**Se il bambino ha in corso un procedimento penale**, sia come vittima, sia come persecutore, consultarsi con i legali. Se è una vittima, e deve testimoniare, l'avvocato saprà dire quanto una terapia, di qualsiasi tipo, possa essere deleteria in quello specifico caso. Se non lo è, gli si può chiedere un parere sull'uso dell'EMDR. Se il legale pensa che possa inficiare la testimonianza, è meglio aspettare. Tuttavia poiché i processi sono lunghi, ciò potrebbe significare che il bambino non sia trattato con EMDR per un anno o più: in tale caso si può essere una fonte di informazioni per l'avvocato: bisogna dargli tutte le informazioni sull'EMDR e indicargli che nello stato di Washington c'è un precedente legale per cui l'EMDR è stato considerato diverso dall'ipnosi. Questa sentenza è importante, perché un testimone che è stato ipnotizzato può essere rigettato come testimone, mentre un bambino trattato con EMDR nello stato di Washington è considerato idoneo a testimoniare. Una volta edotto, l'avvocato del bambino può negoziare con la difesa la possibilità che il bambino possa, per motivi umanitari, ricevere un'appropriata ed efficace terapia. Molto spesso si riesce a raggiungere un accordo.

Se il bambino è un abusante, facilmente prima è stato una vittima, e comunque ha bisogno di una terapia. Di nuovo, bisogna parlare con il legale del bambino.

### **Quando non usare l'EMDR?**

- quando è in corso un procedimento legale, a meno che si sia concordato con l'avvocato (v. sopra)
- se i genitori sono coinvolti in dispute legali sull'affidamento del bambino : come sopra, va concordato con i legali di entrambi i genitori
- quando i bisogni primari del bambino non sono soddisfatti e per prima cosa bisogna concentrarsi su questi (il bambino prima deve essere al sicuro, deve essere fermato il maltrattamento ecc.)
- se ci sono serie questioni di guadagni secondari
- se ci sono problemi medici (v. sopra): primo non nuocere al paziente, secondo non nuocere a te stesso!

**Se c'è un ritardo di sviluppo**, adeguare il protocollo alle capacità di comprensione del bambino.

**Perché i bambini sbadigliano?** E' un segno di elaborazione.

**Si può usare EMDR di gruppo?** Ci sono esperienze in tale senso, con i disastri (o incidenti che coinvolgono tante persone, o sparatorie ecc). I bambini disegnano il disastro e si fanno "l'abbraccio della farfalla". I bambini che manifestano disagio, sono quindi seguiti individualmente.

**Si può cantare?** Ai bambini piace, si può provare.

**Se le cose non vanno bene, se ne può discutere tra un set e l'altro?** Certamente: se non funzionano le strategie elencate prima, improvvisare.

## **Capitolo 9 CATEGORIE DIAGNOSTICHE**

Questo capitolo affronta con diversi esempi clinici la possibilità di utilizzare l'EMDR in una serie di disturbi classificati secondo il DSM IV: disturbi dell'apprendimento, disturbi somatoformi, disturbi dell'alimentazione, disturbi d'ansia (PTDS, fobie specifiche, DOC) ADHD, disturbi depressivi, disturbi della condotta e disturbo oppositivo-provocatorio, disturbo reattivo dell'attaccamento, di cui vengono sinteticamente esposti i criteri diagnostici.

In analogia a quanto avviene negli adulti, in cui è noto il collegamento tra PTDS, nella maggior parte dei casi non diagnosticato, e gravi disturbi psichiatrici, (in uno studio di Meuser, 1998, il 98% dei pazienti psichiatrici con schizofrenia, disturbo bipolare, disturbo borderline, era stato esposto ad almeno un evento traumatico e mentre il 43% soffriva di PTDS, questo disturbo era stato diagnosticato solo nel 2%) anche nei bambini il PTDS è enormemente e forse ancora di più sotto-diagnosticato. E' fondamentale quindi ricordare che qualsiasi sia la diagnosi di base del bambino, venga condotta una approfondita indagine sulla presenza di eventuali traumi, per evitare di trascurare l'origine traumatica del disturbo.

Viene riportato l'esempio di una giovane paziente bulimica, trascurata dalla madre e abusata sessualmente dal padre, che fornisce lo spunto per mettere a fuoco che quando un bambino è gravemente abusato o maltrattato fisicamente, l'esperienza di rifiuto e di trascuratezza che gli deriva dal non essere protetto da parte del genitore non abusante è più traumatica dell'abuso o del maltrattamento. Ne deriva infatti una paura di impotenza, di annientamento, e una sensazione di non valere nulla che permangono nella vita adulta e sono il più difficile e profondo target da risolvere con l'EMDR. Ciò si manifesta clinicamente quando il paziente continua a stare male e a sentirsi infelice nonostante si siano potuti desensibilizzare tutti i target relativi al trauma: può esserci un vero miglioramento solo quando vengono affrontate e riproccate efficacemente le angosce di annientamento, di morte, e il profondo disvalore. Anche quando non è possibile accedere direttamente a questi vissuti con i bambini che sono stati lasciati senza protezione da parte della figura di accudimento, bisogna supporre che tali vissuti siano presenti ogni volta che il bambino non migliora nonostante si siano desensibilizzati tutti gli altri target relativi al trauma, e comportarsi di conseguenza. Per esempio, si può chiedere: "Questo ti ha fatto sentire che stavi per morire? Pensaci e segui il mio dito", oppure: "Questo ti ha fatto sentire che non valevi niente?".

Quando il bambino non migliora nonostante si siano desensibilizzati tutti i target relativi al trauma ciò significa o che ci sono altri traumi che non sono stati processati, o che il bambino ha i vissuti appena descritti, che spesso, a differenza dell'adulto, non sono spontaneamente accessibili verbalmente, non sono evidenziabili attraverso domande dirette, così la possibilità di elaborarli dipende dalla sensibilità del terapeuta alla loro presenza.

Il bisogno di essere oggetto di un'attenzione positiva e protettiva è uno dei bisogni primari, ancora più basilare del bisogno di essere amati: se non viene soddisfatto ne derivano vissuti di morte persino nei lattanti, con conseguenti sentimenti di non valere nulla e, come ora è ben noto (Perry, 1998) con conseguenze sulla plasticità cerebrale.

Per quanto riguarda il PTDS, bisogna ricordare che rispetto agli adulti, i bambini hanno meno sintomi cognitivi e più sintomi comportamentali. E' inoltre fondamentale non confondere i sintomi da terrore sopraffacente, che possono manifestarsi con allucinazioni, con manifestazioni di psicosi. Il criterio A della diagnosi secondo il DSM IV, per cui l'evento traumatico deve costituire una minaccia alla vita, dovrebbe essere lasciato cadere: questo renderebbe la diagnosi di PTDS più simile a tutte le altre diagnosi del DSM, che non sono definite nei termini dell'evento, ma solo dei sintomi manifestati.

Più che pensare che l'EMDR "curi" il PTDS, bisogna considerare che risolva alcuni dei sintomi acuti e più floridi, di modo che poi il bambino possa continuare a lavorare sulle altre tematiche o sulle stesse tematiche ma a un livello più profondo.

Per quanto riguarda l'ADHD bisogna ricordare che il 30% dei casi ha associato depressione o disturbi d'ansia, che vanno parimente trattati.

Non ci sono dati sull'associazione con PTSD, il che è sorprendente visto che la sintomatologia può essere almeno in parte sovrapponibile, va fatta un'accurata diagnosi differenziale. Tuttavia secondo Perry (1998) è probabile che ci sia una co-morbilità tra i due disturbi.

Comunque se l'EMDR non guarisce l'ADHD, può limitarne i sintomi, migliorando la vita quotidiana...se invece il bambino guarisce, ciò significa che non aveva ADHD!

L'analisi della prima seduta di un caso di ADHD a predominanza di disattenzione dà lo spunto per sottolineare come iniziare a lavorare con l'EMDR sulle esperienze positive possa spesso indurre un viraggio verso esperienze negative che non sarebbe possibile affrontare direttamente in prima battuta.

L'esempio che riguarda un caso di probabile co-morbilità ADHD/PTSD è interessante per quanto concerne: la diagnosi differenziale, l'importanza per la terapia del bambino che sia curato lo stress della figura di accudimento, l'uso dei disegni come target.

## **Capitolo 10 SINTOMI COME OBIETTIVO DELL'EMDR**

Quando la diagnosi iniziale è oscura o incerta o se i traumi sono inesistenti o sconosciuti, i sintomi possono essere punti di partenza definiti. Anche quando i traumi sono chiaramente identificati ugualmente i sintomi possono essere punti di partenza. Si crea l'opportunità di una diagnosi ex iuventibus: se i sintomi migliorano presto (entro 3 sedute di EMDR), probabilmente la situazione non è complessa; al contrario, vanno fatti sforzi di approfondimento diagnostico.

### **Ansia e paura**

#### Caso di Megan, 11 anni.

Bambina figlia di famiglia calda e accudente, molto coscienziosa negli studi e a casa, ansiosa se vede film di paura. Costretta in un party di coetanei a vedere ancora quel tipo di film, sviluppa un disturbo del sonno importante, con risveglio precoce, impossibilità a riprendere sonno, cosa che cerca nel letto del fratello di 6 anni e poi dei genitori, senza riuscirci.

Da notare rispetto alla tecnica: nonostante la bambina fosse tesa e ansiosa rispetto alla terapia, si comincia subito alla seconda seduta. Il primo target è sull'impossibilità di dormire (immagine di sé nel letto incapace di prender sonno con la paura di essere uccisa. Vengono fatti visualizzare sistemi di gestione della paura (es. controllare sotto il letto). C'è sempre controllo sullo stato emotivo, come verifica di quanto vere sono le affermazioni verbali su SUD e VOC. In terza seduta già si va alle immagini spaventose del film; sempre visualizzazione della cognizione positiva (corrisponde alla installazione di risorse positive, che evidentemente non viene così automatica).

#### Caso di Curt, 7 anni

Il padre si è trasferito per lavoro lontano e Curt ha sviluppato la paura di vomitare e di avere un aneurisma (compagno morto).

Da notare rispetto alla tecnica: non rileva la CN e le CP 'causa età', in prima seduta, ma poi le recupera in seconda seduta ("sono malato", "sono sano"). All'inizio il target sono gli episodi di vomito effettivamente avuti: scompare anche il pensiero dell'aneurisma.

Conclude dicendo che questi casi suggeriscono che l'EMDR può essere utile anche con paure che non dipendono da PTSD.

Casi connessi a PTSD:

- Bambina 10 anni, con riattivazione traumatica quando al fratello abusante più grande viene permesso di ritornare a casa. Chiarisce che l'EMDR non produce miglioramenti se il trauma non è stato interrotto: qui i genitori hanno garantito per la protezione della figlia.

- Bambini con cosiddetta ansia da separazione. Spesso non dipende da attaccamento insicuro, come si tende a credere, ma da traumi non riconosciuti come causa. Credere che si tratti di disturbi della relazione è particolarmente fuorviante.

- Esempi di bambini che avevano avuto o visto incidenti.

Cita infine come parametro con cui confrontare l'efficacia dell'EMDR per i disturbi d'ansia, il protocollo di Kendall (1994, 1997), costituito da 16 sedute di CBT: c'è manuale (bambini 9-12 anni)

## **Incubi e pavor**

EMDR è qui più efficace di altre terapie.

Citati vari casi descritti in altri capitoli, PTDS, solo uno da abuso (Libby, il padre ha tentato di portarla via e poteva averla molestata sessualmente: Libby aveva incubi ed enuresi quando telefonava e lei si sentiva insicura). Con PTDS c'è la possibilità per il terapeuta di scegliere se affrontare come target gli eventi originanti l'incubo o l'incubo stesso o tutt'e due. Con il pavor, data l'amnesia per il contenuto del terrore notturno, è necessario affrontare sempre l'evento originante.

Senza PTDS, si può lavorare solo sull'incubo in sé.

## **Enuresi**

Risultati notevoli. Per il DSM-IV si può parlare di enuresi non prima dei 5 anni, se il bambino si bagna almeno 2 volte/settimana per almeno 3 mesi.

Confronta l'EMDR con i metodi comportamentisti, di cui il più efficace è l'"allarme urina", un sistema che sveglia il bambino quando si bagna di notte (efficace nel 75% dei casi, con ricadute del 41%, riducibili).

### Caso di Everett, 10 anni.

Non conosce il padre, ha un rapporto conflittuale con la madre. Accende fuochi e ne è affascinato.

Ci mette 5 sedute prima di passare all'EMDR, che decide di fare dopo che Everett ha acceso fuochi in casa in assenza di sua madre. Target non sui fuochi, ma sull'enuresi. Lo 'espone', facendogli raccontare il più dettagliatamente possibile la sensazione collegata all'enuresi (odore, umidità, temperatura, emozioni). Il sintomo recede di colpo per i successivi due mesi. Poi passa ai fuochi: risultati più gradualmente.

Caso di Spence, 5 anni, abusato sessualmente da sua nonna materna quando aveva 3 anni e mezzo. Incubi ed enuresi. Due sedute EMDR.

## **Encopresi**

Per il DSM-IV, sopra i 4 anni, uno o più episodi/mese per almeno 3 mesi. Più frequente: retentiva, involontaria. Eventi stressanti sono stati trovati presenti nel 70% (Bellman, 1966).

EMDR efficace nei casi connessi a trauma.

### Caso di Sean, 11 anni.

Si sporca di solito la notte, quotidianamente. E' aggressivo e ha problemi di comportamento. E' stato molestato qualche anno prima da ragazzi più grandi: da allora si mette un dito nel retto e si sporca. Un anno di terapia, prima. Picchiato dal patrigno, denuncia. Sean dice che non ricorda la molestia, ma vuole smettere di sporcarsi. Dopo la prima seduta ricorda la molestia: episodi multipli, a 6 anni, ora abitano altrove.

C'è il verbatim: seduta sul target della molestia condotta secondo il classico protocollo, con l'installazione positiva alla fine ("sono normale"+ scena). CN: "sono strano". CP: "sono normale". Evoluzione rapida e remissione del sintomo. Nella seduta dopo Sean cambia l'immagine, pensando di gridare e spingere via i suoi abusanti. Il sintomo ricompare 4 mesi dopo, quando il patrigno lo maltratta di nuovo.

### Caso di Norman, 5 anni.

Encopresi ed esplosioni di rabbia a scuola, bambino brillante e sensibile. Genitori appena separati, nonna appena morta. Non voleva andare a scuola.

Il primo target è la tristezza e la rabbia per le perdite (del padre e della nonna), successivamente l'encopresi, senza abbandonare gli altri target. Nei bambini ha senso cercare di desensibilizzare quanti più target è possibile.

### Caso di George, 10 anni.

ADHD, cattive relazioni con i pari, bassa autostima, problemi con il fratellino. Divorzio aspro tra i genitori. George aveva espresso propositi suicidi e manifestato encopresi, frequente, ed enuresi diurna e notturna. Contrario alla terapia, la madre aveva dovuto portarlo di forza alla prima seduta. Comincia l'EMDR su un episodio di enuresi alla quarta seduta. Peggiora i sintomi. La volta dopo ancora l'EMDR e si verifica un miglioramento. La volta dopo ancora estremamente oppositivo, lotta fisicamente contro la madre che lo porta. Parecchi 'su e giù' di collaboratività. Su 20 sedute, la metà di EMDR, fino a quando rifiuta

completamente di lavorare con EMDR. Fatte anche sedute familiari, per attenuare il conflitto tra i genitori. George sta peggio quando va in visita dal padre, che si è risposato. Continuano alti e bassi di sintomi.

Un anno e mezzo dopo, George (12 anni) si sporca a scuola, viene deriso. Dice che vuole risolvere da solo il problema: la terapeuta dice che sarebbe meraviglioso, ma visto che ci ha già lavorato da solo per tutto l'anno precedente, è meglio limitare i suoi sforzi ulteriori al mese successivo.. Se non avrà successo, dovrà rassegnarsi a usare ancora l'EMDR. George accetta. Dopo tre settimane dichiara il proprio insuccesso. L'EMDR ha come target l'episodio umiliante a scuola e funziona. Migliorano i sintomi, almeno enuresi ed encopresi. Continua per 6 mesi, con focus su target di autostima.

#### Caso di Joyce, adolescente.

A causa di un difetto che le causava ricorrenti infezioni delle vie urinarie, da piccola ha assunto antibiotici che le hanno causato costante diarrea. Ha cominciato stimolazioni digitali nel sonno che continuano compulsivamente ancora oggi e le causano delle perdite di feci. Ha fatto di tutto per smettere, senza riuscirci, compreso una lunga psicoterapia. Il sintomo le impedisce rapporti amicali, non può andare al college.

Target: un episodio umiliante in cui si era sporcata e dei ragazzi commentavano il cattivo odore. Tre sedute. Con la prima seduta il sintomo passa da due volte/settimana a zero. Si chiude con installazioni positive sul futuro.

## **Colpa**

Niente come l'EMDR permette di togliere gli strati difensivi sotto cui si può vedere il senso di colpa.

La colpa è un sentimento innato, precoce, ma diventa ragionevole quando il bambino matura: prima il bambino può sentirsi colpevole di tutto ciò che di male accade nel mondo (la morte di un genitore, il divorzio, l'abuso fisico sui fratelli).

Con l'EMDR si può partire (starting point) sia dal sentimento di colpa sia dal trauma sia dall'evento.

## **Rabbia e capricci**

E' più duro per gli adulti relazionarsi a questi sintomi, piuttosto che all'ansia e alla depressione, che suscitano maggiore preoccupazione e supporto. I bambini rabbiosi vengono disciplinati ed espulsi. Possono arrivare a comportamenti pericolosi (cita bambini che hanno cacciato una penna nel braccio di un altro fino al muscolo, o fanno capricci di ore). Molti di questi comportamenti sono invece correlati a precedenti traumi.

#### Caso di Ron, 3 anni.

La madre lo porta per "incontrollabili capricci rabbiosi", che durano da 5 mesi; due mesi prima è nata una sorellina. Due sedute sul sintomo, senza risultato. Poi si lavora con l'aiuto delle fotografie del chirurgo che l'ha operato al cuore a un anno: Ron fa un'esclamazione e si dimena imbarazzato per i pochi minuti successivi. La notte successiva si sveglia 3 volte (raro per lui), ma nella settimana successiva ha solo un capriccio. Si lavora ancora sulle foto dell'ospedale la volta dopo: non ha capricci nelle due settimane successive.

#### Caso di Arnie, 4 anni.

Aggressivo, disobbediente e provocatorio a scuola e a casa con la madre. I genitori sono divorziati da quando ha 2 anni, il padre gli fa visita tutte le settimane ma accusa la madre di essere la causa del divorzio. Arnie si scatena con lei, specie al momento del bagno prima del sonno notturno. Nella prima seduta EMDR si focalizza sulla sua rabbia: Arnie è così 'indipendente' che vuole da solo muovere gli occhi avanti e indietro.

Ciò nonostante, l'EMDR è immediatamente efficace: non fa capricci, chiede alla mamma se il bagno è pronto: la madre è sbalordita. Si ripete il comportamento provocatorio a scuola: altra seduta su questo.

Controllo per i 4 anni successivi: Arnie si comporta bene, ma c'è una recrudescenza quando la madre sta per risposarsi e il padre continua a mettere Arnie nel mezzo del conflitto. C'è una seduta con i genitori per diminuire il loro conflitto, con ridotti risultati: Arnie continua i "su e giù".

Come sempre, si può cominciare da dove si vuole: se raggiungi il trauma è più efficace, ma può funzionare anche se si lavora soltanto sul sintomo.

## **Depressione**

In questi casi, la terapia con l'EMDR è più lunga (anche con gli adulti), anche un anno e più. Dipende dal fatto che situazioni depressive possono persistere nel tempo, e che ci possono essere fattori ereditari correlati al temperamento.

I casi citati (di precedenti capitoli) riguardano bambini con importanti perdite traumatiche (padre ucciso o suicida, morte del nonno come riattivatore). Sia i sentimenti depressivi che le situazioni che portano alla depressione possono essere buoni target.

### **Allucinazioni**

Le allucinazioni non sono sempre segno di psicosi nei bambini: se hanno troppa paura spesso allucinano. Cita casi di bambini che temevano vendette dei loro persecutori, o che allucinavano in concomitanza di depressione per perdite importanti.

Come al solito, si può prendere come target sia il sintomo che la situazione di partenza. Difficilmente c'è miglioramento se la situazione reale attuale continua ad essere minacciosa: quindi bisogna lavorarci.

### **Comportamento oppositivo**

Di solito dietro c'è rabbia, espressa sia in modo attivo che passivo (rifiuto di cooperare). E' meglio focalizzare sulla rabbia sottostante e sulle ragioni della rabbia, ma non è escluso lavorare sul comportamento in sé.

### **Dissociazione**

E' un sintomo che non può essere direttamente elaborato, perché il bambino non ne è consapevole. Bisogna lavorare sul trauma o sulla situazione o sulle emozioni di cui il bambino è consapevole.

Descrive un caso in cui il bambino (6 anni) aveva momenti di assenza gravi (sedeva con lo sguardo fisso mentre la sua classe se ne era andata). Alla base c'era un incidente in cui uno zio in casa sua si è sparato: si è lavorato su quello.

Judy (madre morta) dissociava durante la seduta di EMDR: la si ancorava con incoraggiamento verbale, riportandola frequentemente al target. Si può tamburellare, cercare il contatto fisico mentre si continuano i MO (vedi cap 4 e 8).

### **Iperattività**

Il comportamento iperattivo può derivare da traumi.

E' meglio focalizzare sugli eventi disturbanti (vedi cap 4 e 9).

### **Difficoltà di apprendimento**

Possono certamente conseguire a esperienze traumatiche. Non ci si può concentrare sulla scuola quando sono accaduti o stanno accadendo eventi traumatici.

Focalizzare sugli eventi, poi sui gap di apprendimento: si possono installare gli apprendimenti a piccoli segmenti, agendo come un tutor (riferimento: Robbie Dunton).

### **Conclusioni**

I sintomi sono splendidi punti di attacco per l'EMDR, specialmente se sono direttamente connessi alle emozioni. Le emozioni sono lo stimolo del comportamento e sono proprio quelle che si trasformano con l'EMDR. Così l'EMDR può cominciare con il trauma, con il punto emotivo di blocco, o con il sintomo.