

LA PROPOSTA

L'uso dell'EMDR nella terapia con i bambini.

*Alessia Boccioni**

Abstract

L'articolo si propone di condividere alcune riflessioni dedotte dall'esperienza del lavoro di psicoterapia con i bambini traumatizzati. A partire dalle conoscenze scientifiche sul risvolto neurofisiologico del trauma, sul funzionamento del nostro sistema nervoso autonomo, nonché sullo sviluppo dei sistemi motivazionali all'interno del legame di attaccamento tra madre e bambino, si dà corpo al lavoro clinico con i piccoli pazienti traumatizzati bisognosi di poter elaborare le esperienze traumatiche all'interno di un contesto sicuro e rassicurante. L'EMDR può rappresentare uno strumento utile a tal fine, lavorando sull'integrazione dei tre livelli, cognitivo, emotivo, fisico, tutti coinvolti nel trauma e manifesti soprattutto nei bambini. L'articolo mira a condividere qualche suggerimento utile al fine di adattare il protocollo dell'EMDR alle diverse fasce di età evolutive, a partire dalla consapevolezza che il lavoro con i bambini deve attingere spesso alla parte più creativa ed emotiva di noi terapeuti costringendoci ad assottigliare la nostra parte cognitiva.

*Dott.ssa Alessia Boccioni, psicologa, psicoterapeuta sistemico-relazionale, esperta di psicologia giuridica, socia dell'associazione Il Contrario di Uno.

Abstract

The article aims to share some reflections deduced from the experience of the work of psychotherapy with traumatized children. Starting from scientific knowledge on the neurophysiological implications of trauma, on the functioning of our autonomic nervous system, as well as on the development of motivational systems within the attachment bond between mother and child, the clinical work is given body with the small traumatized patients in need of being able to elaborate the traumatic experiences within a safe and reassuring context. EMDR can be a useful tool for this purpose, working on the integration of the three levels, cognitive, emotional, physical, all involved in trauma and manifested especially in children. The article aims to share some useful suggestions in order to adapt the EMDR protocol to the different age groups of evolution, starting from the awareness that working with children must often draw on the most creative and emotional part of us therapists forcing us to thin our cognitive part.

I bambini imparano a gestire la loro esperienza nel corso del loro sviluppo attribuendo un significato a eventi, emozioni e pensieri e collocandoli in certe categorie. Grazie a questo imparano a valutare ciò che accade dentro e intorno a loro e a sviluppare strategie per fronteggiare le situazioni, acquisendo un senso di autoefficacia e sicurezza.

Affinché ciò accada il bambino ha bisogno che il suo ambiente sia stabile e prevedibile e che i suoi affetti corrispondano ai suoi bisogni di cura e protezione.

I bambini traumatizzati spesso sperimentano sensazioni di angoscia e paura ingestibile e vedono alterati i meccanismi biologici e fisiologici che regolano la risposta allo stress.

La descrizione del disturbo da stress post traumatico non coglie la dimensione evolutiva del trauma, collocandolo in un contesto temporale circoscritto e definendo le conseguenze che esso provoca come un insieme di sintomi direttamente collegati a uno o più episodi traumatici; lo sviluppo infantile di un bambino traumatizzato subisce però un danno pervasivo che si manifesta attraverso segni e modalità più complessi. Diversi clinici e ricercatori esperti di patologie correlate ai traumi hanno proposto varie diagnosi, al fine di identificare anche negli adulti gli esiti psicopatologici di traumi relazionali ripetuti e cumulativi subiti nell'infanzia, come ad esempio Disturbo Traumatico dello Sviluppo (Van der Kolk, 2005) e PTSD complesso (Herman, 1992).

Esperienze sfavorevoli infantili e stress cronico possono causare danni alle strutture neuroendocrine e sistema nervoso centrale. Sembra, infatti, esserci un buon accordo sul fatto che la vulnerabilità conseguente a itinerari di sviluppo traumatici riguardi principalmente funzioni integratrici di memoria e coscienza ed esiti pertanto in sintomi dissociativi (Liotti e Farina, 2011).

La teoria polivagale di Porges (2001) viene descritta e chiamata in causa per spiegare come la drammatica disregolazione neurovegetativa sia una conseguenza diretta della cronica attivazione del sistema di difesa come effetto di traumi cumulativi.

Il sistema nervoso autonomo si divide in: - simpatico, evolutivamente più primitivo e meno flessibile, che regola le risposte difensive di mobilitazione, permettendo l'attivarsi delle reazioni di attacco e fuga, innalzando il livello di arousal globale per incrementare le possibilità di sopravvivenza; - parasimpatico,

più recente e sofisticato, che regola l'impegno sociale e favorisce un arousal ottimale.

Il sistema parasimpatico, di cui il nervo vago è principale elemento, si divide a sua volta in ventro-vagale, più evoluto, e dorso-vagale, più arcaico.

I tre sistemi non sono attivi contemporaneamente: il sistema ventro-vagale è attivo quando l'ambiente intorno viene percepito sicuro, regola gli organi sopra il diaframma e i muscoli del collo, della faccia, della testa, cioè tutto ciò che rende possibile l'interazione sociale, quindi è un circuito che frena l'attivazione simpatica rallentando il battito cardiaco, rendendo il respiro più profondo, ci permette quindi di essere calmi; viceversa se c'è la percezione di un pericolo si attiva il simpatico preparando il corpo a reazioni di attacco o fuga, allertando l'attività viscerale e motoria che deve sostenere tali reazioni. Qualora queste ultime reazioni non siano sufficienti a garantire la sicurezza si attiva il sistema più arcaico, cioè il dorso-vagale, responsabile delle reazioni più primitive come l'immobilità fisica, gli stati di trance (dissociazione), l'insensibilità agli stimoli, il collasso, quindi risposte di difesa estrema di fronte alla minaccia di morte insormontabile. Questo stato di immobilizzazione nel mammifero superiore si accompagna all'ottundimento emotivo e all'arresto della regolazione viscerale che può portare alla mancanza di controllo degli sfinteri.

Questa condizione è molto diversa dal freezing, l'immobilità vigile e pronta all'azione che appare nell'istante in cui si percepisce la minaccia e si valuta quale difesa potrebbe essere più efficace, che è invece determinato dall'attivazione simultanea del sistema simpatico e di quello parasimpatico.

La finta morte rappresenta l'estrema via di salvezza che viene attivata in maniera assolutamente involontaria, al di fuori di ogni controllo corticale, in presenza di una minaccia contro la quale le due precedenti risposte difensive falliscono.

Cosa accade nel bambino esposto precocemente a esperienze sfavorevoli infantili?

Il sistema ventro-vagale compare nella 32° settimana di gestazione e completa il suo sviluppo nel primo anno di vita grazie anche a un buon rapporto con il caregiver. L'iniziale sintonizzazione fra madre e bambino è corporea ed avviene attraverso reciproche interazioni sensomotorie. La madre regola l'arousal del bambino e lo aiuta a rimanere in uno stato ottimale, ponendo così le basi per le successive capacità di autoregolazione del bambino.

In termini di sistemi motivazionali, quando il bambino si spaventa per un evento, non necessariamente un trauma, si attiva il simpatico che stimola il sistema di attaccamento, quindi il bambino ricerca la vicinanza del caregiver che se si avvicina e lo regola, attivando il suo sistema di accudimento, ripristina il ventro-vagale del bambino; se il caregiver non regola il bambino, perché a sua volta angosciato o spaventato, si attiva il dorso-vagale che espone alla sopraffazione, al collasso, alla dissociazione.

Il bambino esposto a maltrattamenti, abusi o trascuratezza vive in costante stato di allerta e tende ad attivare alternativamente e ripetutamente il sistema simpatico e soprattutto quello dorso-vagale poiché la sua condizione di fragilità lo porta a non poter né fuggire né attaccare. Queste ripetute esperienze aprono una via preferenziale alla dissociazione e alla disregolazione emotiva e influiscono anche sulle aree dell'umore, della fame, del sonno, della motivazione, regolate dalla corteccia cerebrale. Rimangono attive anche di fronte a stimoli che non sono realmente pericolosi. Quando gli stati di iper o ipoarousal diventano così estremi e duraturi i processi di elaborazione dell'informazione che normalmente sono integrati possono diventare cronicamente dissociati. Le memorie traumatiche restano come congelate al di fuori della possibilità di integrazione e riemergono sotto forma di sensazioni corporee, postura, movimenti e immagini intrusive quando l'arousal si alza o si abbassa al di fuori delle soglie di tolleranza.

Il risvolto clinico di quanto finora la scienza ci ha spiegato lo ritroviamo nelle parole di una mamma di un piccolo paziente adottato e traumatizzato che descrive così il suo bambino: *".....ogni tanto questi ricordi lo rapiscono in un altro mondo del quale ci accorgiamo perché tira ceffoni o morsi o pizzicotti a spiovere... altre volte lo vediamo ridere terrorizzato, con lo sguardo assente, perché casomai abbiamo alzato la voce o dato uno sculaccione al fratello.....quando ride in modo isterico a volte si fa anche la pipì addosso...."*.

Queste conoscenze ci aiutano a lavorare con i nostri pazienti traumatizzati nei momenti in cui il trauma riemerge all'interno della stanza di terapia.

Se il nostro paziente mentre lavoriamo su un ricordo traumatico ha una manifestazione di iperarousal attivando il simpatico, dobbiamo mettere in atto comportamenti contenitivi mirati ad abbassare il suo livello di attivazione, cercando di ripristinare il suo stato di calma. Alcune esperienze utili in queste

occasioni sono rappresentate dal fare grounding, gestire la respirazione (deve essere corta l'ispirazione e lunga espirazione), normalizzare attraverso parole rassicuranti "... bene così.", focalizzare lo sguardo sul qui ed ora, aumentando così il riflesso di orientamento che lo fa rientrare nella finestra di tolleranza.

Se si attiva il dorso-vagale nel nostro paziente cosa possiamo fare? Si potrebbe far alzare in piedi, camminare per la stanza, far sentire il contatto con il pavimento, mettersi seduti a terra per aumentare la sensazione di ancoraggio, si potrebbe dire: "... siamo qui adesso... mi guardi... mi prenda la mano..."; il paziente adulto che ha sonno nel corso dell'elaborazione del ricordo può farci ipotizzare il rischio di un momento di dissociazione. I bambini, invece, man mano che si procede verso l'elaborazione sbadigliano, si stiracchiano, si rilassano perché l'elaborazione sollecita l'attivazione del sistema ventro-vagale che genera uno stato di calma e quindi favorisce l'addormentamento. I tipici sintomi del PTSD, di intrusione, di iperattivazione, di alterazione negativa di pensieri ed emozioni, di evitamento ecc., non sono facilmente "visibili" nel bambino così come nell'adulto. Un bambino con un sintomo intrusivo come un flashback ad esempio, non è detto che lo verbalizzi, anzi è probabile che non lo faccia, ma potremmo comprendere che un elemento traumatico sta intrudendo osservando il suo gioco, un gioco ripetitivo in cui compaiono elementi del trauma. L'evitamento può essere dedotto dalla reticenza e dal rifiuto dimostrato dal bambino nel parlare dell'evento, dei luoghi e/o delle persone coinvolte. L'iperattivazione si traduce spesso in ipervigilanza, irrequietezza motoria, disturbi del sonno, difficoltà di gestire la rabbia e di concentrazione.

I bambini traumatizzati hanno una percezione del pericoloso molto sviluppata, perché devono sopravvivere e quindi tengono tutto sotto controllo. In terapia, quindi, i bambini traumatizzati possono elaborare le loro esperienze traumatiche, ma per farlo devono poter sviluppare uno spazio e uno stato di sicurezza. Proprio a causa del trauma, spesso fanno fatica a trovare un posto al sicuro. Infatti, una delle conseguenze dell'attaccamento traumatico è che l'interazione sociale non è più fonte di sicurezza, pertanto i bambini traumatizzati sono portati ad interpretare le situazioni neutre come situazioni potenzialmente pericolose da cui bisogna difendersi.

Per implementare la sicurezza del bambino in terapia bisogna costruire una forte alleanza terapeutica che non può prescindere dal bisogno di contatto visivo, contatto fisico, sintonizzazione e ascolto, gioco.

I bambini hanno bisogno di avere padronanza anche del setting, pertanto lo spazio di terapia deve essere attrezzato e flessibile alle esigenze di protezione del bambino. Aiuta la disponibilità di cuscini, tappeti, la possibilità di regolare la luce e i rumori. In diversi casi la possibilità in stanza di poter costruire capanne in cui sentirsi protetto ha rappresentato la prima fase del lavoro indispensabile per poter procedere all'elaborazione. I bambini hanno bisogno di prevedibilità, di sapere cosa vogliamo da loro, cosa si può fare insieme, quanto si starà insieme. Inoltre devono sapere che concorderemo insieme ogni cosa, che possono rifiutarsi di rispondere dicendo non voglio, che tutto ciò che ci diciamo è privato, quindi confidenziale, a meno che non vengano fuori cose pericolose per loro o per altri, perché obiettivo principale è la loro sicurezza. Tutto questo fa parte del contratto che dobbiamo fare con i nostri piccoli pazienti.

I bambini hanno bisogno di capire come i loro sintomi sono legati alla loro storia. Il sintomo rappresenta la risposta disfunzionale che però diventa regolativa quando falliscono le altre strategie, quindi è la possibilità che il paziente si è dato di essere visto, ascoltato e richiedere aiuto. È indispensabile chiederci e chiedere al bambino perché ha dovuto manifestare questo sintomo? A cosa è servito nella sua esperienza finora? Da che cosa lo protegge, da quale altra minaccia o pericolo? Quale emozione sta regolando? La comprensione di tutto questo permette al bambino di percepirsi meno difettoso, responsabile, colpevole.

Il lavoro con il bambino non può ovviamente prescindere dal coinvolgimento dei suoi genitori o adulti di riferimento protettivi. I bambini con gravi esperienze infantili traumatiche sono caratterizzati da un'iperattivazione cronica del sistema di difesa: questo infatti si attiva al posto del sistema di attaccamento in condizioni di vulnerabilità e domina sugli altri sistemi d'azione, come la socialità, l'esplorazione, il gioco, ecc., innescando tendenze automatiche all'azione che perdurano e possono dunque risultare disfunzionali in situazioni diverse da quelle minacciose che le hanno inizialmente elicitate. Questa spiegazione dovrebbe essere data ai genitori e/o ai caregiver che si occupano di questi bambini, poiché dà un senso a quanto loro vedono accadere e riduce il rischio di

interpretazioni errate di tali comportamenti/reazioni emotivamente molto impattanti.

Inoltre i colloqui con il genitore protettivo ci aiutano a comprendere la storia del bambino e del suo sintomo, il suo legame di attaccamento, il loro stile di accudimento, la storia della famiglia allargata e gli eventi significativi che l'hanno caratterizzata, poiché gli eventi traumatici dei genitori possono aver influito sullo sviluppo del problema del figlio e sulla storia del suo trauma.

Stabilita l'alleanza terapeutica e stabilizzata la sensazione di sicurezza il bambino può concedersi la possibilità di elaborare le esperienze traumatiche.

I bambini spesso non amano parlare dei loro eventi traumatici, quindi potrebbe risultare faticoso individuare la sequenza di target da utilizzare per procedere alla desensibilizzazione attraverso l'EMDR. Di solito hanno trigger e non target, perché rimangono nel presente e nell'ambiente. Alcuni esempi di target per i bambini sono: i litigi/separazioni tra genitori, prese in giro e esperienze di esclusione e/o umiliazione tra pari, un brutto sogno, esperienze di paura, la morte di qualcuno, ecc..

Si può aiutare il bambino fornendo una lista delle cose peggiori che possono capitare ai bambini, all'interno della quale possiamo inserire qualche evento traumatico che sappiamo essere capitato loro perché comunicatoci dai genitori. Le preoccupazioni dei bambini possono essere disegnate o messe sulla lavagna/foglio o "fissate" con qualsiasi strumento creativo indicato per l'età del bambino. Facciamo attribuire al bambino un punteggio da 0 a 10 ad ogni target per valutare il livello di disturbo (scala SUD), in modo da avere chiaro quali sono le "emergenze" per lui. Prima di procedere con l'EMDR va spiegato al bambino cos'è, come funziona, come può fermarsi se lo desidera per poter tornare al suo posto sicuro. Il posto al sicuro deve essere accessibile al bambino prima di iniziare qualsiasi elaborazione del trauma attraverso la stimolazione bilaterale. Lo può disegnare, lo può modellare, lo può immaginare, lo può costruire nella stanza di terapia e deve associare le sensazioni, gli odori, i suoni. Possono portare nel posto al sicuro qualche amico immaginario, gioco, peluche che incrementino la sensazione di sicurezza. Di grande aiuto è anche la fase di installazione delle risorse del bambino. Si può far rievocare al bambino le volte in cui ha imparato bene a fare una cosa, una volta in cui si è sentito proprio bravo ecc. e quindi

procedere con la stimolazione bilaterale; questo facilita la relazione e comincia a modificare l'immagine di sé del bambino.

Solo dopo questa fase di lavoro si può procedere all'elaborazione del ricordo target; nel caso in cui al bambino non sia accessibile il ricordo possiamo chiedere al genitore di essere lui a fare la narrazione (un racconto semplice ma realistico dell'evento traumatico in terza persona) del ricordo al bambino, mentre il terapeuta procede con la stimolazione bilaterale; accade spesso quando il trauma è preverbale e manca la narrativa biografica dell'evento, con i bambini da 0 a 3 si lavora esclusivamente con la narrativa dei genitori. Individuata l'esperienza target si chiede al bambino quanto lo disturba (SUD da 0 a 10), cosa gli dice di sé (cognizione negativa CN, cognizione positiva CP), cosa prova (emozione), quale sensazione sente nel corpo, cosa gli piacerebbe invece poter pensare di sé, ad es. *"io sono.....amabile....protetto..."* e quanto sente vera questa affermazione in questo momento (VOC da 1 a 7); raccolte tutte queste informazioni si procede alla stimolazione bilaterale poiché l'obiettivo è l'integrazione dell'aspetto cognitivo, emotivo, somatico. Spesso nei bambini le cognizioni negative sono organizzate intono a tre temi, sicurezza, scelte e responsabilità, perché il bambino ha un pensiero egocentrico e spesso si ritiene responsabile dell'evento subito. Per aiutare il bambino più piccolo a misurare l'intensità della VOC o del SUD possiamo usare altri modi, più accessibili a chi non ha padronanza ancora dei numeri: la distanza tra le mani, un righello, ecc.; se il bambino ha difficoltà ad identificare le emozioni e a localizzarle nel corpo possiamo utilizzare le emoticons, oppure fare con lui un piccolo lavoro di psicoeducazione sulle emozioni in modo da aiutarlo a dare un nome condiviso a cosa sente. Questo protocollo si attua con bambini dai 9 ai 12 anni e, dopo la fase della desensibilizzazione, segue come nel protocollo classico dell'adulto quella dell'istallazione, della scansione corporea e chiusura che non approfondiremo. I bambini più piccoli, dai 6 agli 8 anni, possono fare più fatica ad individuare la cognizione positiva e negativa, mentre per quelli dai 4 ai 6 si lavora solo sull'immagine e sulla sensazione corporea.

A volte il bambino ha il ricordo in mente ma non lo vogliono verbalizzare, in questo caso si può accettare di poter lavorare per un po' alla cieca, fintanto che si rassicuri a sufficienza. Nelle fasi iniziali del lavoro il bambino può frequentemente proporre il segnale di stop per assicurarsi che effettivamente l'accordo preso con

lui sia rispettato. Nel caso in cui il bambino sembri effettivamente turbato, si può ribadire che l'esperienza è una cosa passata, la può guardare come se fosse in macchina e la vedesse scorrere attraverso il finestrino: questa metafora mette una certa distanza tra il bambino e l'evento traumatico e lo aiuta a riprendere padronanza di sé. Spesso i bambini arrivano velocemente a SUD=0, quindi è importante che il terapeuta si accerti che effettivamente non ci siano altri canali associativi connessi a quel ricordo target, chiedendo ad es. *“se pensi a quel ricordo ci sono altre cose che ti disturbano ora?”*, *“ti viene in mente un'altra volta in cui...?”*, bisogna cioè essere attivi nel sviluppare tutti gli aspetti del tema su cui si sta lavorando.

Alla fine di ogni seduta il bambino deve tornare ad uno stato di benessere e di calma prima di lasciare la stanza di terapia, altrimenti fatterà a sottoporsi ancora all'EMDR. Tra una seduta e altra i genitori e il bambino possono compilare un diario in cui ciò che emerge di significativo può essere trascritto (un brutto sogno, un episodio nel quotidiano, un altro ricordo, ecc.) e lavorato nelle sedute successive. Un cenno particolare vorrei farlo sulla vergogna, un sentimento che nei bambini traumatizzati assume una rilevanza particolare. Un bambino con una grave perdita alle spalle, ad esempio il lutto di un genitore, potrebbe sviluppare atteggiamenti aggressivi. In termini di sistemi motivazionali il bambino sente di avere meno risorse di un suo pari ed attiva il sistema agonistico al fine di fronteggiare le sfide ambientali e comunicare al gruppo di essere in grado, nonostante tutto, di essere up. Il sentimento corrispondente in opposizione alla rabbia agonistica è proprio la vergogna. Nei bambini vittime di violenza, abuso, trascuratezza, la vergogna e la stigmatizzazione rappresentano emozioni strettamente legate al trauma subito e alla spiegazione che il bambino si è dato di quanto è accaduto, spesso legata all'auto-biasimo, alla responsabilità, alla colpa. La persistenza delle risposte di vergogna e dei pensieri di auto-biasimo creano dunque una barriera importante alla remissione completa dei sintomi o alla possibilità di condurre una vita soddisfacente, quindi devono essere ben presto presi in considerazione nel lavoro terapeutico.

Il lavoro con i bambini richiede quindi la capacità terapeutica di entrare in sintonia con loro, e per farlo bisogna “allentare” la nostra sfera più cognitiva e razionale e “sentire, pensare, giocare, emozionarsi...” come fanno loro. Ma non

basta entrare nei loro panni e fare un po' come loro, perché il bambino, oltre a sentirsi compreso, deve sentire la nostra parte adulta, protettiva, sicura e capace di aiutarlo a trovare le soluzioni riparatrici delle sue ferite.

BIBLIOGRAFIA

Liotti G. e Farina B., (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, Clinica e Terapia della Dimensione Dissociativa*. Milano, Raffaello Cortina.

Herman J., (1992). *Trauma and Recovery: The Aftermath of Violence*. New York, Basic Books.

Porges S., (2011). *The Polyvagal Theory: neurophysiological foundations of emotions Attachment, communication and self regulation*. Norton, New York.

Van der Kolk B., (2005). *Developmental Trauma Disorder*. Psychiatric Annals 35,5, 401-408.

Verardo A. R., (2016). *L'attaccamento traumatico: il ritorno alla sicurezza. Il contributo dell'EMDR nei traumi dell'attaccamento in età evolutiva*. Roma, Giovanni Fioriti Editore.