

Applicazioni dell'EMDR in chirurgia oncologica.

Descrizione di un caso clinico ed implicazioni per i processi di umanizzazione dell'IRE

Capezzani L.

Psicologa-Psicoterapeuta Cognitivo Comportamentale, Psicooncologa, Coordinatrice dell' Area dell'Emergenza-Urgenza e Psicotraumatologia Oncologica (Area di Supporto alla Persona) – UOSD Psichiatria IRE-ISG, Roma

Riassunto

Scopo di questo articolo è presentare un caso clinico di un paziente oncologico, ricoverato presso la Chirurgia Digestiva Oncologica dell'IRE di Roma e trattato psicologicamente con EMDR. I disturbi per i quali il paziente viene assistito psicologicamente sono legati in fase prechirurgica sia alla rappresentazione negativa di un corpo incapace di sostenere e superare l'intervento, sostenuta da uno stile cognitivo diffidente verso le proprie risorse, sia alla rappresentazione tacita della catastroficità dell'intervento chirurgico. Nel descrivere il caso saranno sottolineati anche quegli aspetti della multidisciplinarietà interna all'équipe medica che possono avere risvolti sui processi di umanizzazione, avviati recentemente presso l'I.R.E.

Breve presentazione di C.M.

DATI ANAGRAFICI

Nome e Cognome: C.M.

Data di nascita: 5-7-1953

Stato civile: Coniugato

Due figlie: 21 e 10 anni: la più grande iscritta al secondo anno di Psicologia.

Professione: medico di famiglia

INVIO

C.M. è ricoverato presso la chirurgia digestiva dell'I.R.E. ed è in attesa di intervento chirurgico per un carcinoma peritoneale. Mi viene segnalato dall'équipe medica come un soggetto in apprensione, con una depressione cronica, autogestita farmacologicamente in modo discontinuo e apparentemente senza evidenti risultati. L'interesse con cui l'équipe domanda il mio contributo è valutare se non sia opportuno proporre a C.M. un sostegno psicologico e richiedere per lui anche una consulenza psichiatrica. L'équipe medica mi segnala anche due caratteristiche fisiche del paziente: l'obesità (oltre i 100 Kg) ed un dismorfismo posturale del collo e della testa, che in seguito ad un incidente stradale sono rimasti stabilmente lateralizzati a sinistra.

DIAGNOSI OCNOLOGICA

Carcinosi peritoneale da adenocarcinoma del colon. C.M. è in attesa di intervento chirurgico presso la Chirurgia Digestiva Oncologica dell'I.R.E di Roma.

PROBLEMI PSICOLOGICI PREGRESSI e NUOVI TEMI PSICOLOGICI EMERGENTI

C.M. dichiara di avere uno stato depressivo cronico da circa 25 anni e di essere angosciato dall'idea che il proprio

corpo, per il fatto di essere obeso, non riuscirà a superare l'intervento chirurgico. La paura dominante è quella di morire sotto i ferri. Quando, durante il primo colloquio psicologico, l'idea di non riuscire a superare l'intervento assume i tratti di una convinzione radicata, la paura di non farcela si alterna ad uno stato di rassegnazione malinconica, accompagnata da pianti silenziosi.

PSICOFARMACI ASSUNTI

C.M. si prescrive da solo, ed in modo discontinuo, 25 mg di Alzalopram senza mai aver sentito il parere di uno psichiatra.

PSICOTERAPIE PRECEDENTI

C.M. riferisce di soffrire di una depressione cronica da circa 25 anni, per la quale solo 5 anni fa inizia una psicoanalisi, che interrompe con insuccesso dopo tre anni. Dalle parole di C.M. l'interruzione avviene quando l'analista dichiara:

- 1) "lei non si vuol far aprire";
- 2) "lei è come se andasse in giro con un taglio aperto alla pancia".

Queste due espressioni creano in quel momento nel paziente forte senso di frustrazione ed incomprensione per cui abbandona l'analisi; oggi evocano in lui qualcosa di suggestivo in senso negativo nei riguardi dell'intervento chirurgico.

Primo incontro 12-05-2010: colloquio psicologico

Il primo impatto con C.M. avviene quando l'équipe medica, durante una visita mattutina di reparto, mi introduce nel-

la stanza di C.M. e mi presenta come figura psicologica che afferisce alla UOSD di Psichiatria, interna all'ospedale, e che affianca il reparto due giorni la settimana.

Il primo colloquio psicologico con C.M. avviene invece il pomeriggio dello stesso giorno. In quel momento mi ripresento al paziente e legittimo il mio ritorno come dovuto al fatto di aver notato in lui espressioni di apprensione e scoraggiamento durante la visita del mattino. Chiedo a C.M. se ha piacere che mi intrattenga sia per una conoscenza reciproca sia per capire se ci siano richieste che lui potrebbe avanzare alla mia disponibilità, sia infine per considerare in che modo, dal mio punto di vista, potrei rendermi eventualmente a lui utile. C.M. accetta volentieri il colloquio.

Durante il colloquio vengono raccolte le seguenti informazioni.

BREVE ANAMNESI PSICOLOGICA

- 1) A 5 anni si perse in una spiaggia. C.M. racconta che, quando la madre lo ritrovò, venne rimproverato gravemente e che ciò procurò in lui sentimenti confusi: al senso di perdita/abbandono, panico, colpa ed autosvalutazione si aggiunse quello di delusione/rabbia nei confronti della madre. Si sarebbe infatti aspettato da lei un atteggiamento rassicurante e protettivo invece che punitivo. Di tutti questi sentimenti quello che negli anni accompagnerà con maggiore frequenza C.M. è – come lui afferma – “un senso di colpa ingiusto”. Va detto che i sensi di colpa maturati nei bambini in seguito ad eventi scioccanti, traumatici, quando siano disattesi e non direttamente provocati dai bambini medesimi, o in seguito ad atteggiamenti non accidenti/rassicuranti da parte delle figure di riferimento, che tradiscono scopi evolutivisti come quello della sicurezza e sopravvivenza, hanno una duplice funzione nell'organizzazione mentale:
 - preservare la bontà delle intenzioni delle figure di riferimento e sostenere quindi un'illusione necessaria, o la speranza credibile, che quelle figure restano ancora risorse affidabili per la propria sopravvivenza;
 - costruire un'illusione di controllo su una realtà imprevedibile: finché resto o mi sento colpevole devo poter assumere di aver avuto un potere, esercitato male o non esercitato affatto, ma che comunque ho avuto a disposizione, che posso reiterare nel presente in una sorta di alone percettivo in cui il sentimento di colpa si sovrappone ed associa al sentimento di potere.

Già dal racconto di questo primo episodio si intravede come C.M. possa psicologicamente strutturarsi entro stili di attaccamento insicuri, organizzazione di personalità e toni dell'umore prevalentemente depressivi e stili di copy attivi-passivi, ovvero dipendenti/manipolatori.

- 2) A 7 anni bevve dell'acido che era stato conservato in frigorifero. Anche in questo caso la madre lo rimproverò. C.M. oggi considera che la madre lo facesse sentire in colpa delle sue proprie inadeguatezze: in psicologia si direbbe che la madre ave-

va una struttura extra-punitiva, mentre il figlio intrapunitiva.

- 3) A 10 anni mise in bocca una canna fumaria e si bruciò. A partire da questo episodio C.M. apprende un giudizio stabile che gli altri formulano su di lui, e cioè che è imbranato, che “è fragile, che da solo non ce la fa e non sa stare.”

È importante sottolineare che questi primi dati anamnestici sono elicitati spontaneamente da C.M. durante il primo colloquio e non sollecitati dallo psicologo. Questo fatto è importante per due ragioni:

- 1) L'approccio psicooncologico adottato nei confronti del paziente è inizialmente, specie nei reparti di degenza, sempre orientato al presente, anche quando si preveda di usare strumenti di intervento tipici di una qualunque psicoterapia. Diversamente, l'indagine volontaria e iniziale diretta su specifici eventi e temi di vita passata, che allo psicologo possono anche sembrare correlati ai vissuti emotivi del paziente oncologico, rischia di indurre nel paziente un sentimento di intrusività e di inadeguatezza psicologica personale, di farlo sentire cioè “osservato”, pregiudicato e “malato mentale” a priori. Per amor di chiarezza l'approccio psicooncologico iniziale dovrebbe esplorare come si sente la persona, quali conoscenze possiede sul proprio quadro clinico, quali attese ha rispetto alla malattia, la guarigione, i possibili trattamenti, se ha avuto altre esperienze passate di malattia, come le ha affrontate, quali possono essere quindi le risorse attuali, psicologiche, familiari, sociali, per fronteggiare il processo di guarigione. Si esplorano inoltre le convinzioni personali riguardo al cancro, la salute, la religione, le relazioni instaurate fino a quel momento con la struttura ed il personale sanitario, eventuali precedenti approcci con psicologi/psichiatri, gli atteggiamenti verso di essi e le relative disponibilità ad incontrare alcune di queste figure durante l'ospedalizzazione. Solo in un secondo tempo, quando il paziente avrà espresso il piacere di avere altri incontri, si potrà formulare qualche discreta domanda di vita personale. Non è il paziente oncologico che va dallo psicooncologo, a meno che non ne faccia esplicita richiesta, ma è lo psicooncologo che è proposto o si propone come eventuale utile supporto di accompagnamento ai processi di guarigione. Da notare quindi l'apertura con cui C.M. si relaziona allo psicologo già dal primo incontro.
- 2) Gli episodi di vita riferiti spontaneamente da C.M. appaiono a prima vista non correlati con i temi oncologici in lui dominanti e potrebbe sembrare perciò fuorviante in questa sede parlarne. In realtà la scelta di presentarli è guidata dalla considerazione ragionata che essi aiutino a comprendere su quali basi si sia organizzata la struttura di personalità di C.M., quali costrutti di significato essa abbia maturato da tali eventi e come tali costrutti interagiscono oggi con la malattia oncologica. Una rappresentazione longitudinale di tali eventi anamnestici offre l'opportunità di delineare scelte strategiche di trattamento psicologico con EMDR e di suggerire all'équipe medica modalità interattive funzionali per il paziente.

PENSIERI DOMINANTI IN RELAZIONE AL PROBLEMA ONCOLOGICO:

Dalle frasi pronunciate da C.M. durante il colloquio è possibile evincere alcuni dei costrutti di significato personali che attengono anche al suo vissuto di malattia:

1) “Non mi fido del mio corpo... c'è la possibilità che non regga all'intervento chirurgico”

→ Costrutto di debolezza somatica.

Questo costrutto sembra possa essere sostenuto da una percezione:

- sia di precarietà/vulnerabilità – (condizionata probabilmente dalle esperienze pregresse di ferite traumatiche di natura fisica e psicologica) –
- sia di scarsa prontezza reattiva, cioè di attivazione – (condizionata dal peso eccessivo di C.M.) –

delle risorse fisiche necessarie per far fronte ad eventi “improvvisi”, o clinicamente definibili come d'urgenza e d'emergenza” nell'ambito del contesto chirurgico.

→ Costrutto catastrofico dell'evento chirurgico e correlato costrutto di impotenza.

C.M. si immagina che durante l'intervento chirurgico possano accadere eventi:

- certi ma improvvisi, per cui il suo corpo, non disponendo delle risorse naturali necessarie, sarebbe impreparato;
- gravissimi di per sé, per cui l'équipe medica non sarebbe in grado di farci nulla: in generale ci si può anche non fidare completamente del proprio corpo, ma poi per compensare la percezione del rischio si considerano anche le risorse esterne, cioè in questo caso l'assistenza medico-chirurgica presente. Ora, siccome C.M. è medico, verrebbe da pensare o che non si fidi della medicina in generale, quindi anche della chirurgia e della rianimazione, o che non si fidi delle competenze dell'équipe medica. In realtà, come vedremo sotto, la relazione e la stima nei confronti dell'équipe medica è molto buona, come pure è buono l'attaccamento alla propria professione medica. Ciò farebbe pensare che la catastroficità, prevista negli eventi chirurgici, sia il prodotto di un costrutto di significato che attiene al senso soggettivo di impotenza appresa, addirittura antecedente al senso di catastroficità medesima dell'evento.

Va detto comunque che l'équipe considera il quadro clinico abbastanza complesso e l'obesità di C.M. un'aggravante. In qualche modo, sebbene nessuno dei medici esponga una situazione impossibile da trattare, la percezione dei rischi sembra comunque abbastanza attendibile.

2) “...Se anche supero l'intervento mi rimane forse

la “sacchetta”... non l'avrei mai pensato io... e poi... io... un medico...”

→ Costrutto di vulnerabilità dell'integrità fisica e dell'immagine corporea.

L'idea di rimanere con la “sacchetta”, incorporata esternamente al proprio corpo, è vissuta da C.M. come una minaccia all'integrità fisica, che crea già nelle sue rappresentazioni una frammentazione dell'immagine corporea. In più, questa frammentazione altera nella propria organizzazione di significati anche l'integrità di un'identità professionale e di ruolo: quella cioè del medico. L'intervento chirurgico nello scenario di C.M. è perciò devastante, perché minaccia o già anticipa una perdita della stabilità:

- dell'identità fisica,
- dell'identità professionale;
- quindi anche parte di quella sociale.

3) “Sono incazzato perché mi sarei aspettato un cancro ai polmoni... visto che fumo tanto da sempre... invece m'è venuto questo... che c'entra?”

→ Costrutto di imprevedibilità e non concernenza.

L'imprevedibilità si riferisce non tanto all'occorrenza del cancro in sé, quanto del tipo di cancro e dell'organo colpito, che C.M. considera non concernenti alle proprie abitudini di vita.

Ciò sottende una preesistente considerazione e valutazione dei propri stili di vita e dei rischi per la salute ad essi correlati. Quindi sottende anche un certo grado di attesa e controllo su un'eventuale esordio di neoplasia - (almeno quella ai polmoni) e sull'andamento della propria salute. Il cancro al colon disatteso rende fallace quel costrutto di controllo e perciò lo invalida. Ne segue un'autosvalutazione personale perché sarebbero state trascurate altre procedure di diagnosi e controllo preventive. Infatti C.M. dirà:

4) “Mi sento in colpa perché avrei dovuto capire i sintomi... essendo medico... del mio problema”.

→ Costrutto di controllo e potere invalidato.

→ Costrutto di competenza invalidato.

La colpa implica un assunto di potere gestito male o non gestito. In questo caso C.M. fa riferimento al potere di prevedibilità, che attiene alle proprie competenze mediche. Ciò comporta, oltre ad un senso di colpa, anche una depressione autosvalutativa che minaccia la propria identità di ruolo.

5) “La fregatura è che il tumore l'ho fatto diventare mio” “Mi vivo il tumore come una parte di me”.

→ Costrutto di concernenza.

Contrariamente a quanto accade in molti pazienti oncologici, che si chiedono “perché proprio a me?”, C.M. identifica ad un certo punto il tumore come una parte di sé,

che lo riguarda, non come qualcosa di esterno, ma come qualcosa di interno. Tale identificazione però non avviene in modo automatico, perché C.M. dice: "l'ho fatto diventare mio... una parte di me". Sembra che cioè esserci un processo attivo, e non necessariamente consapevole, di identificazione, guidato con molta probabilità dalle funzioni da cui psicologicamente esso può essere sostenuto. Si ipotizza che tali funzioni siano quelle di:

- ridurre il senso di improvvisazione dell'evento tumorale, che, in quanto fatto interno e non esterno, può maggiormente attenersi alla conoscenza e gestione del proprio corpo;
- aumentare il senso di controllo e responsabilità, così come avviene per i sensi di colpa infantili, susseguenti ad eventi di umiliazione, trascuratezza e abuso, comunque traumatizzanti, quando essi dipendano da circostanze esterne non attribuibili al bambino.

L'identificazione concernente col tumore, rafforzandosi vicendevolmente col bisogno di incrementare la sensazione di controllo e responsabilità, può invece bloccare in modo paradossale la stima emotiva verso qualunque prospettiva di recupero, guarigione, benessere ed acquisizione della qualità di vita nella convivenza col tumore. In questi casi è perciò necessario separare i processi di identificazione concernente col tumore dalle correlate funzioni di controllo che li supportano. Per C.M. diventa assolutamente importante, quindi, riconoscersi reali capacità e possibilità di gestione della malattia o del processo di guarigione. Poiché C.M. fa il medico di professione, uno dei modi per sollecitare in lui azioni funzionali e concrete di gestione del proprio processo di guarigione è quello di favorire soprattutto l'alleanza terapeutica con l'équipe medica, se non addirittura una certa complicità reciproca. È importante di conseguenza che i medici in questi casi abbiano conoscenza dei processi psicologici dei pazienti, perché possano intervenire nella relazione con essi in modo funzionale alla loro partecipazione attiva ed alla traduzione pratica del loro senso di controllo sulla malattia. È possibile, comunque, che in C.M. la concernenza del tumore come parte di sé derivi anche dalla prospettiva di rimanere con la "sacchetta" esterna, dopo l'intervento.

→ Costrutto autocommiserativo/passivo.

Descrivendo la propria identificazione col tumore come una fregatura, C.M. rappresenta la concernenza del tumore sotto forma di autogol. Essa si configura cioè come una specie di sventura, che, pur avendo nell'assetto depressivo di C.M. le funzioni di conoscenza e controllo elencate

nel punto precedente, genera delle sofferenze - trattandosi di una fregatura, non è desiderata ed è perciò autodeterminata in modo apparentemente inconsapevole. Tale inconsapevolezza riguarda l'intenzionalità del processo di identificazione, che per essere inconsapevole diventa anche non voluto e passivo, quindi autocommiserato. Non riguarda invece l'autodeterminazione dell'effetto, inteso per l'appunto come fregatura, del processo identificatorio. In altri termini, la fregatura di C.M. sta nell'impossibilità di scegliere, in modo consapevole, di evitare di mantenere un'idea di sé come intrinsecamente malata: questa idea gli è necessaria per conservare un potere conoscitivo e di controllo attivo su quegli aspetti del tumore che, prima di diventare parte di sé, erano percepiti come improvvisi e non conoscibili. Si tratta di ciò che in psicoterapia cognitivo-comportamentale è chiamato paradosso nevrotico: il paziente vorrebbe liberarsi della propria sofferenza, ma poi mostra resistenza al cambiamento perché quella sofferenza ha dei vantaggi secondari, di maggiore rilevanza rispetto agli scopi perseguiti in quel momento dall'assetto psicologico della persona. A questo tipo di paradosso nevrotico si possono ascrivere comportamenti di C.M. sia di continuo richiamo e dipendenza dagli operatori sanitari sia di controllo su di sé, come controllo del proprio tumore. Ancora una volta, adeguati e differenziati stili di alleanze terapeutiche con i medici e le altre figure sanitarie possono risultare fondamentali per trovare *escamotage* che sciolgano anche questi tipi di paradossi nevrotici. Ad esempio, per il caso specifico di C.M. viene suggerito che i medici di riferimento, i chirurghi, abbiano un atteggiamento flessibile tra il direttivo autorevole, se necessario, ed il collaborativo partecipativo, mentre gli infermieri dovrebbero rispondere solo per esigenze prettamente cliniche, trascurando qualsiasi altro tipo di richiesta, e lo psicologo oltre al lavoro più tecnico e pertinente dovrebbe prevalentemente contenere tutti gli sfoghi a cui C.M. può dare adito. Ciò consente a C.M. di ridistribuire meglio le proprie risorse in senso funzionale ad obiettivi concreti e raggiungibili e gli restituisce perciò un senso adeguato di efficacia.

In merito alla consapevolezza va inoltre fatto notare che in tutti i costrutti di significato di C.M. esiste un livello di metacognizione, di riconoscimento e gestione cioè dei propri processi mentali.

Fra frasi come "non mi fido", "mi sarei aspettato un cancro ai polmoni", "...avrei dovuto capire...essendo medico...", "la fregatura è che il tumore l'ho fatto diventare mio", "mi vivo il tu-

more come..." hanno:

- verbi di tipo cognitivo, ad esempio fidarsi, capire, aspettarsi,
- rappresentazioni metaforiche, che sottono sempre processi di trasformazione emotiva/cognitiva, ad esempio quando C.M. descrive come si vive il tumore,
- propongono infine un giudizio: "la fregatura è che...".

La metacognizione è uno dei criteri con cui si valuta se un soggetto può favorevolmente essere trattato con EMDR per eventuali sofferenze o blocchi traumatici, ed essere quindi esposto ad essi. Grazie alla metacognizione durante l'EMDR è possibile infatti creare due rappresentazioni distinte e ugualmente presenti dei contenuti traumatici e dei processi di osservazione dei medesimi, abbassando così il rischio di ri-traumatizzazioni vicarie e dissociazioni ulteriori conseguenti. La metacognizione garantisce cioè un livello di co-coscienza, un livello di lavoro profondo e consapevole sul materiale disturbante e un'adesione al piano di realtà presente. Quindi C.M. appare per questa ragione già al primo colloquio idoneo al trattamento con EMDR.

EMOZIONI ESPRESSE DA C.M.

Le emozioni espresse da C.M. in questo primo incontro e sottese dai costrutti di significato sono:

- Ansia da incertezza sulla precarietà delle riposte del proprio corpo
- Senso di impotenza rispetto alla catastroficità percepita dell'evento chirurgico
- Rabbia per la non concerenza del cancro al colon, date le insane abitudini al fumo
- Senso di colpa per non aver saputo intendere da medico i sintomi prodromi del cancro
- Depressione autosvalutativa in relazione alle proprie competenze
- Depressione autocommiserativa per il fatto di sentire come una fregatura che il tumore è stato trasformato in una parte di sé.

ATTEGGIAMENTO VERSO LO PSICOLOGO

L'atteggiamento di C.M. è prevalentemente collaborativo, ma in qualche momento anche valutativo, date le precedenti esperienze fallimentari con l'analista. Tuttavia le comunicazioni sono molto assertive, curiose anche nei riguardi della mia professione. È possibile che parte dell'accoglienza incondizionata, che C.M. via via matura sempre più nei miei riguardi nel corso dell'incontro, sia favorita anche dalla preoccupazione ed interessamento per la figlia, che studia psicologia e per la quale mi chiede successivamente una disponibilità a lasciarle delle informazioni ed approfondimenti per i propri studi.

ATTEGGIAMENTO VERSO LA POSSIBILE CONSULENZA PSICHIATRICA

Viene chiesto a C.M., come suggerito dall'équipe medica, se desidera rivedere la propria terapia psicofarmacologica. C.M. rifiuta questo tipo di supporto, che tuttavia è prescritto in fase post-chirurgica per gli esiti ansiosi indotti dalla sedazione della rianimazione. Successivamente

C.M. sospende comunque la somministrazione dello psicofarmaco. L'atteggiamento ambivalente verso lo psicofarmaco, che in passato è sempre stato autogestito, mostra in questo caso una forma di controllo sul proprio stato psicofisico ed una difficoltà ad affidarsi. Lo psicofarmaco è probabilmente vissuto da C.M. come una minaccia ad un costruito più o meno solido di identità, personale/professionale, autosufficiente e non dipendente, che il paziente sostiene a sua volta boicottando una terapia psicofarmacologica sistematica e gestita da uno specialista.

INQUADRAMENTO DIAGNOSTICO DEL PROBLEMA PRESENTATO SECONDO IL DSM-IV.

Gli elementi emersi durante il primo colloquio sembrano soddisfare almeno in parte alcuni dei criteri diagnostici del DSM-IV per il Disturbo Post-Traumatico da Stress.

Sei sono i criteri per la formulazione di una diagnosi di PTSD secondo il DSM-IV.

- A. La persona è stata esposta ad un evento traumatico nel quale erano presenti entrambe le caratteristiche seguenti:
 1. La persona ha vissuto, ha assistito, o si è confrontata con un evento o con eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, o gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri.
 2. La risposta della persona comprendeva **paura intensa, sentimenti di impotenza o di orrore.**

Da osservare che la malattia oncologica secondo il criterio A1 rimane un "evento traumatico" a prescindere dalla condizione A2, che rappresenta la risposta della persona.

- B. L'evento traumatico viene rivissuto persistentemente in uno (o più) dei seguenti modi:
 1. Ricordi spiacevoli ricorrenti ed **intrusivi dell'evento**, che comprendono immagini, pensieri o percezioni.
 2. Sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento.
 3. Agire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò include sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni, ed episodi dissociativi di flashback, compresi quelli che si manifestano al risveglio o in stato di disintossicazione).
 4. Disagio psicologico intenso per esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.
 5. Reattività fisiologica o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.
- C. **Evitamento** persistente degli stimoli associati con il trauma ed attenuazione della reattività generale (non presenti prima dell'evento traumatico) come indicato da tre (o più) dei seguenti elementi:
 1. Sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associate con il trauma
 2. Sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma
 3. Incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma

4. Riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative
 5. Sentimenti di distacco od estraneità verso gli altri
 6. Affettività ridotta (ad esempio incapacità di provare sentimenti d'amore)
 7. Sentimenti di diminuzione delle prospettive future (ad esempio aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio o dei figli o una normale durata della vita).
- D. Sintomi persistenti di aumentato **arousal** (non presenti prima dell'evento traumatico) come indicato da almeno due dei seguenti elementi:
1. Difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno
 2. Irritabilità o scoppi di collera
 3. Difficoltà a concentrarsi
 4. Ipervigilanza
 5. Esagerate risposte di allarme
- E. La durata del disturbo (sintomi ai criteri B, C, e D,) è **superiore a 1 mese**.
- F. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti.
- Acuto: se la durata dei sintomi è inferiore ai 3 mesi.
 - Cronico: se la durata dei sintomi è 3 mesi o più.

L'evento traumatico a cui C.M. sembra essere esposto non è, come già detto, l'esordio del cancro in sé, o la sua diagnosi, quanto piuttosto altre due condizioni:

- 1) il fatto che il cancro abbia colpito imprevedibilmente il peritoneo: un organo cioè non sospetto rispetto ad altri possibili – i polmoni nello specifico, a causa della frequente abitudine al fumo;
- 2) la rappresentazione stabile e catastrofica di un intervento chirurgico, a cui C.M. si deve ancora sottoporre e durante il quale immagina un improvviso cedimento del proprio corpo, destinato "a rimanerci sotto".

Mentre la prima condizione soddisfa il criterio A1, perché consiste di un fatto oggettivamente accaduto, che può implicare o minacciare la morte, gravi lesioni, la seconda condizione invece soddisfa il medesimo criterio per il fatto che C.M. "si confronta" con l'immagine di un evento futuro. Tale evento deve ancora realizzarsi, ma ha comunque la proprietà di minacciare sia la morte – "ci rimango sotto" – sia la propria integrità fisica (C.M. è al corrente che con molta probabilità l'intervento gli lascerà la "sacchetta esterna"). Il criterio A2 alle analisi del colloquio clinico appare invece sostenuto dai costrutti di impotenza, che C.M. avrebbe in vario modo esplicitato.

Il criterio B sembra soddisfatto prevalentemente dalla condizione che lo scenario catastrofico dell'intervento è abbastanza intrusivo, stabile e pervasivo nelle rappresentazioni di C.M. Inoltre il paziente si comporta non tanto come se l'evento stesse per capitare di nuovo, come descritto nel criterio B3, ma come se fosse già accaduto. Siccome non è accaduto, perché l'evento possa avere una rappresentazione remota, occorre che C.M. anticipi costantemente un fatto che deve accadere – come se si trattasse di un ricordo che riattualizza l'evento nel tempo presente. La funzione di queste anticipazioni, come già accennato, è quella di evocare un dominio, un controllo sull'esperienza – tenendola presente; ma ciò di cui tale funzione rende conto è solo un forte senso di frustrazione ed

impotenza, perché, oltretutto, non è possibile trovare soluzioni ad un problema se il problema non si rivela ancora nelle sue caratteristiche.

Il criterio C appare soddisfatto per gli aspetti di ottundimento o "numbing" nella considerazione paraverbale dell'eloquio di C.M. Esso infatti risulta rallentato e sostenuto da un tono di voce sbiadito, a tratti monotono.

Il criterio D pare definirsi per C.M. in quei momenti in cui a tratti il senso di impotenza e la rassegnazione è alternato all'ansia da incertezza per la precarietà delle medesime risposte fisiche, attese in fase di intervento chirurgico.

Risulta chiaro che dei due vissuti traumatici possibili per C.M., quello relativo alla rappresentazione della fallacia dell'intervento e delle simultanee risposte fisiche soggettive esaurisce maggiormente i criteri diagnostici per il PTSD e, data l'incombenza dell'intervento chirurgico dopo 5 giorni dal colloquio, ottiene una priorità di trattamento psicologico, quando anche C.M. ne abbia considerato l'utilità e fornito il consenso.

Le osservazioni cliniche di tipo diagnostico saranno comunque corroborate, dopo il consenso di C.M. al trattamento con EMDR, dalla valutazione strumentale del PTSD con il questionario CABS.

RESTITUZIONE A C.M. E DEFINIZIONE CONDIVISA DEL PROBLEMA PRESENTATO

Alla fine di questo primo incontro, chiedo a C.M. quali siano le emozioni ed i pensieri per lui più disturbanti in quel momento. La risposta attiene rispettivamente al senso di vulnerabilità fisica e al susseguente giudizio di mancanza di fiducia nei riguardi del proprio corpo.

Spiego quindi a C.M. come queste due caratteristiche siano tipiche nel contesto oncologico e che, proprio per questo, vengono tenute in considerazione suggerendo per esse degli interventi psicologici specifici. Introduco quindi a C.M. qualche concetto riguardo al trauma e alla traumatizzazione, senza fare ovviamente riferimento alla diagnosi di PTSD – tra l'altro non ancora accertata – e ai suoi criteri. Descrivo poi l'EMDR come strumento utile ed efficace a sciogliere alcuni blocchi, alcune angosce o pensieri intrusivi, che possono creare disagi vari, compresi quelli del sonno. Chiedo inoltre a C.M.:

- 1) se gradisce poter accogliere un intervento che lo possa aiutare a sentirsi meglio prima dell'intervento chirurgico;
- 2) se nello specifico avrebbe considerato prioritario incrementare un "senso" di sicurezza e fiducia rispetto al proprio sé corporeo. Specifico che si tratta della possibilità di rafforzare un sentimento di sicurezza e fiducia e non di creare delle "certezze" ottimistiche sull'intervento chirurgico ed i suoi postumi;
- 3) se è favorevole all'uso di alcuni strumenti psicologici testistici per l'osservazione delle variazioni delle sue risposte prima e dopo l'eventuale intervento con EMDR;
- 4) se offre il consenso perché i suoi dati relativi all'intervento con EMDR siano collezionati insieme a quelli di altri pazienti all'interno di un progetto di ricerca sull'EMDR in oncologia, promosso dall'IRE. Viene specificato a C.M. che l'adesione al tratta-

mento psicologico è indipendente da quella per il progetto di ricerca con EMDR e che può beneficiarne, anche senza scegliere di rendere disponibili le osservazioni ricavate per finalità scientifiche.

C.M. offre il consenso a tutte e quattro le richieste.

Secondo incontro 13-05-2010

Il secondo incontro avviene il giorno successivo al primo colloquio ed è preceduto da una breve restituzione ai medici di quanto osservato al primo incontro con C.M.

RESTITUZIONE AI MEDICI

La restituzione all'équipe medica è data alla fine di ogni incontro con C.M. tramite resoconto verbale. La prima volta consegna a tutti i membri dell'équipe brevi appunti scritti relativamente:

- ai temi dominanti di C.M. correlabili alla malattia oncologica,
- a qualche considerazione sulla funzionalità di tali temi entro l'organizzazione di personalità depressiva,
- ad alcune ipotesi sugli sviluppi possibili del comportamento di C.M. durante la degenza,
- ad alcune indicazioni sulle strategie relazionali probabilmente migliori da adottare.

In particolare annoto che C.M. potrebbe non dichiarare mai abbastanza di star bene, anche quando ci stia, e avere atteggiamenti sia di dipendenza che di controllo nei riguardi degli operatori sanitari. Suggestisco quindi:

- un atteggiamento assertivo sulle comunicazioni del paziente, in grado di sollecitare collaborazione, di differenziare lo stile relazionale: più direttivo e a tratti complice da parte dei chirurghi, solo rispondente ai bisogni fisici concreti da parte dello staff infermieristico, privo cioè di qualunque tipo di collusioni, e più contenitivo da parte dello psicologo.

SOMMINISTRAZIONE DEI QUESTIONARI

Viene presentata nel dettaglio la tecnica dell'EMDR e si chiede il consenso informato sia alla raccolta delle informazioni tramite questionari, sia all'intervento con EMDR, sia infine al trattamento dei dati personali per finalità scientifiche.

Viene successivamente compilato il CABS, che è un questionario eterosomministrato, per la valutazione del disturbo post-traumatico da stress. Tutti gli altri questionari, essendo autosomministrabili, vengono lasciati a C.M. e ritirati il giorno successivo quando verrà applicato l'EMDR. Inoltre tutti i questionari somministrati sono quelli previsti all'interno del progetto di ricerca "Valutazione degli esiti medico-clinici e psicologici in seguito all'applicazione dell'EMDR in pazienti oncologici con PTSD o disturbi dello spettro post-traumatico da stress", promosso dalla direzione scientifica dell'I.R.E.

I questionari sono:

- **CABS:** Clinical Adminstrated PTSD Scale: Scala di valutazione del PTSD eterosomministrato
- **QPF:** Questionario psicofisiologico
- **Hamilton Anxiety Scale:** Scala dell'Ansia di Hamilton
- **Irritability Depression Anxiety Scale:** Scala

dell'Irritabilità dell'Ansia della Depressione. Si tratta di un questionario usato per la valutazione degli stati indicati in condizioni di malattia fisica

- **STAY1:** State –Trate Anxiety Inventory: per l'ansia di stato
- **STAY2:** State –Trate Anxiety Inventory: per l'ansia di tratto
- **BDI:** Beck Depression Inventory
- **Scala d'impatto dell'evento**
- **COPE:** Questionario sulle modalità di gestione ed adattamento alle esperienze stressanti.

Terzo incontro 14-05-2010

TRATTAMENTO CON EMDR

Scopo del trattamento

Convegno con C.M. che scopo del trattamento è ottenere:

- di pensare all'intervento chirurgico con una sensazione ed una prospettiva di fiducia;
- un incremento di fiducia e sicurezza sulla "possibilità" che il proprio corpo superi appropriatamente, seppur con fatica, eventuali incombenze negative durante o dopo l'intervento chirurgico;
- di attivare e riconoscere emozioni di calma in relazione alla percezione fisica;

Strategie terapeutiche

Viene applicato il protocollo standard dell'EMDR.

Applicazione dell'EMDR

Il trattamento ha impiegato un'ora ed ha compreso come da prassi:

- l'installazione del "posto al sicuro", funzionale alla stabilizzazione introduttiva del paziente, al recupero della medesima stabilizzazione per i momenti in cui viene persa durante le altre fasi del protocollo standard dell'EMDR, ed infine funzionale anche alla presentazione della procedura in sé.
- La procedura dell'EMDR.
- Chiusura dell'intervento tramite l'esercizio del "raggio di luce".

Scheda di lavoro EMDR

Pre-EMDR

Immagine peggiore: Scenario dell'intervento chirurgico e previsione di non sopravvivere ad esso.

CN: negative cognition: "Non mi fido del mio corpo" → "Ci rimango sotto"

CP: positive cognition: "Io posso fidarmi che il mio corpo ha qualche chance di superare l'intervento".

VOC: value of positive cognition: 1 (da 1 a 7) - [Risponde alla domanda: "Quando pensa all'immagine peggiore o all'evento, quanto vere "sente" le parole (si ripete la cognizione positiva) ora, in una scala da 1 a 7, dove 1 significa completamente falso e 7 completamente vero?].

Emozione disturbante: Ansia-Angoscia.

SUD: desase unit scale: 7-8 (da 0 a 10)

Somatic position: Plesso solare.

Post-EMDR

Immagine peggiore: Scenario dell'intervento chirurgico e previsione di non sopravvivere ad esso.

CN: negative cognition: /

PS: positive cognition: "Perché non dovrei farcela? Perché peso di più? Perché fumo? Tanti ci rimangono per molto meno e tanti altri come me ce l'hanno fatta, ce la posso fare pure io".

VOC: value of cognition: 7 (da 1 a 7)

Emozione disturbante: "no... sto bene... voglio rifarlo dopo l'intervento chirurgico".

SUD: desase unit scale: 1 (da 0 a 10)

Somatic position: /

Atteggiamento verso l'intervento con EMDR

Le comunicazioni di C.M. sono durante tutto l'intervento grosso modo attendibili. Quando però tra un set e l'altro di stimolazione bilaterale con EMDR si tratta di valutare la percezione soggettiva del disagio psicofisiologico e del suo miglioramento, ogni tanto C.M.:

- 1) usa l'espressione: "più o meno... come prima..." e mostra difficoltà a riconoscere quei miglioramenti. Poi, chiedendo di ricordare di associare il valore estremo della scala Likert pari a 10 al peggior disagio percepito fino a quel momento, C.M. diventa maggiormente più fine nelle discriminazioni di intensità delle proprie sensazioni fisiche ed emotive;

- 2) mostra un rifiuto a priori della possibilità di raggiungere un valore di assenza di disagio pari a 0 su una scala 0-10, dove 0 rappresenta assenza di disagio, 10 massimo livello di disagio. "Tanto non ci arriverò mai a 0 ...se lo scordi". La frase veniva pronunciata non con atteggiamento di sfida ma con ironia e contemporaneo senso di benessere e soddisfazione. Data la condizione oncologica del paziente e dell'incertezza che questa implica già prima dell'intervento chirurgico, ritengo accettabile un livello di SUD pari a 1. Nonostante il livello di SUD rimanga ad 1 e non scenda sotto lo 0, sorprende tuttavia la direttività con cui C.M. comunica di sentirsi soddisfatto di quell'1 e del benessere acquisito, quasi che un margine di disagio sia per lui comunque necessario ai vantaggi secondari, descritti prima, entro la sua organizzazione depressiva. Il mio atteggiamento è quello di accettare le sue dimensioni, le sue scale. Non oltre. Non formulo inoltre conclusioni, che delego invece al confronto tra gli esiti dei questionari prima e dopo l'EMDR.

Quarto incontro 18.05.2010

Il quarto incontro avviene a distanza di quattro giorni dal trattamento con EMDR: vengono risomministrati tutti insieme i questionari per il re-test.

C.M.: 5/7/1953

C.M.: ESITI DEL CABS PRE E POST EMDR**CRITERIO A. Evento traumatico:**

Scenario dell'intervento chirurgico sostenuto dall'immagine "ci rimango sotto" e dalla cognizione negativa "non mi fido del mio corpo"

CRITERIO B. Sintomi di rievocazione Numero di sintomi per il Criterio B (necessari:1)	PRE-EMDR 13.05.10			POST-EMDR 18.05.10		
	Freq.	Grav.	F+G	Freq.	Grav.	F+G
1. Ricordi intrusivi	1	1	2	1	2	3
2. Sogni angoscianti	0	0	0	1	2	3
3. Sensazione di rivivere l'episodio	1	3	4	0	0	0
4. Disagio all'esposizione a fattori scatenanti	4	3	7	2	2	4
5. Reattività fisiologica a fattori interni o esterni che simbolizzano l'evento traumatico	0	0	0	0	0	0
SUBTOTALE B			13			10
Criterio soddisfatto?			SÌ			SÌ

CRITERIO C. Sintomi di evitamento ed ottundimento Numero di sintomi per il Criterio C (necessari:3)	PRE-EMDR 13.05.10			POST-EMDR 18.05.10		
	Freq.	Grav.	F+G	Freq.	Grav.	F+G
6. Evitamento di pensieri, sensazioni, ecc.	0	0	0	0	0	0
7. Evitamento di attività, luoghi persone	0	0	0	0	0	0
8. Incapacità di ricordare aspetti del trauma	0	0	0	0	0	0
9. Ridotto interesse o partecipazione ad attività	3	4	7	0	0	0
10. Estraneità o distacco	0	0	0	0	0	0
11. Affettività ridotta	3	3	6	2	1	3
12. Senso di diminuzione delle prospettive future	3	3	6	1	2	3
SUBTOTALE C			19			6
Criterio soddisfatto?			SÌ			NO

CRITERIO F. Disagio significativo o compromissione funzionale	PRE-EMDR 13.05.10		POST-EMDR 18.05.10	
Almeno uno > =2				
21. Sofferenza soggettiva	3		2	
22. Compromissione delle funzioni sociali	0		0	
23. Compromissione della funzione lavorativa	2		2	
<i>Criterio soddisfatto?</i>	NO	SÌ	NO	SÌ

DIAGNOSI DI PTSD	PRE-EMDR		POST-EMDR	
PTSD PRESENTE SE SONO SODDISFATTI TUTTI I CRITERI (A-F)	NO	SÌ	NO	SÌ

VALUTAZIONE GLOBALE	PRE-EMDR		POST-EMDR	
24. Attendibilità globale	0 eccellente		0 eccellente	
25. Gravità globale	3 Grave		1 Lieve	
26. Miglioramento globale			1 Miglioramento notevole	

CARATTERISTICHE ASSOCIATE	PRE-EMDR			POST-EMDR		
	Freq.	Grav.	F+G	Freq.	Grav.	F+G
27. Colpa per azioni o omissioni	3	3	6	3	2	5
28. Colpa del sopravvissuto	0	0	0	0	0	0
29. Ridotta coscienza dell'ambiente	0	0	0	0	0	0
30. Derealizzazione	0	0	0	0	0	0
31. Depersonalizzazione	2	2	4	0	0	0
SUBTOTALE C			10			5

CRITERIO D. Sintomi di iperarousal	PRE-EMDR 13.05.10			POST-EMDR 18.05.10		
Numero di sintomi per il Criterio D (necessari:2)						
	Freq.	Grav.	F+G	Freq.	Grav.	F+G
13. Difficoltà di addormentarsi	2	2	4	0	0	0
14. Irritabilità o scoppi di rabbia	0	0	0	0	0	0
15. Difficoltà di concentrazione	2	1	3	2	1	3
16. Ipervigilanza	0	0	0	1	1	2
17. Esagerata risposta di allarme	0	0	0	0	0	0
SUBTOTALE C			7			5
<i>Criterio soddisfatto?</i>			SÌ			SÌ

CRITERIO E. Durata del disturbo	PRE-EMDR 13.05.10		POST-EMDR 18.05.10	
18. Durata del disturbo > 1 mese	NO	SÌ	NO	SÌ
19. Durata: acuta (< 3 mesi) o cronica (>= 3 mesi)	acuta	cronica	acuta	cronica
<i>Specificare :</i>				
20. insorgenza tardiva (>= 6 mesi dopo il trauma)	NO	SÌ	NO	SÌ

Nella fase pre EMDR tutti i criteri necessari alla diagnosi di un PTSD sono soddisfatti.
Nella fase post EMDR invece il criterio C, che riguarda i sintomi di evitamento ed ottundimento, non è soddisfatto:

poiché per la diagnosi di PTSD è necessario che vengano contemplati tutti i criteri A-F, è possibile sostenere nella fase di post trattamento una remissione del PTSD.
In particolare il criterio C9, cioè il ridotto interesse o par-

tecipazione ad attività, viene a mancare. Ma anche i criteri C11 e C12, che fanno rispettivamente riferimento all'affettività ridotta e al senso di diminuzione delle prospettive future, sebbene ancora presenti, ottengono nella fase re-test dei punteggi di frequenza e gravità molto ridotti. Essi passano da valori di 3 (molte volte) e 3 (molto grave) per entrambi i criteri a 2 (qualche volta) e 1 (lieve gravità) per l'affettività ridotta, e ad 1 (poche volte) e 2 (moderata gravità) per la diminuzione delle prospettive future. D'altra parte livelli di 2 e 1 possono essere comprensibilmente presenti, perché comunque abbiamo a che fare con un paziente oncologico che deve ancora affrontare tutto l'iter terapeutico, incluso l'intervento chirurgico. I cambiamenti osservati nel criterio C sembrano correlabili anche alle variazioni che si realizzano con EMDR sul piano delle cognizioni: C.M. riacquista fiducia nella possibilità di avere delle chance di superare l'intervento chirurgico, conseguentemente aumenta il livello di coinvolgimento e partecipazione e decresce il senso di diminuzione delle prospettive future.

Inoltre, considerando i sintomi di rievocazione (criterio B), il criterio B3, inteso non come sensazione di rivivere l'episodio, ma come sensazione che l'evento futuro sia già calato nell'immediato presente, è percepito qualche volta come molto grave nel pre EMDR e completamente assente nel post EMDR. In qualche modo la rappresentazione che il proprio corpo rimanga sotto i ferri non intrude più, sparando completamente nei tre giorni successivi al trattamento.

I sintomi di iperarousal del criterio D, segnano una marcata risoluzione delle difficoltà di addormentamento: prima dell'EMDR sono qualche volta presenti con intensità di disturbo moderato, mentre dopo l'EMDR non vengono più segnalati.

Tuttavia, dopo il trattamento è registrata una lieve rara presenza dei sintomi di ipervigilanza: essa può correlarsi alla riduzione dei sintomi di ottundimento del criterio C e allo stato di maggiore interesse e partecipazione attiva.

In generale, per tutti gli altri criteri si osserva una riduzione della frequenza e della gravità con cui vengono percepiti i sintomi.

Va tuttavia argomentato che, non trattandosi di una psicoterapia, ma di un intervento singolo e breve, dove tra la registrazione pre e post EMDR intercorrono solo 5 giorni, gli esiti positivi possono essere considerati come attendibili, anche se non consolidati, mentre quelli che indicano soltanto una tendenza positiva al cambiamento, pur non marcadolo, andrebbero intesi come da rafforzare ulteriormente.

È utile ricordare tuttavia che l'EMDR si basa su meccanismi fisiologici innati di auto guarigione, che, una volta sbloccati, riattivati, anche solo con una singola seduta di

EMDR, progrediscono secondo un effetto alone in modo autonomo, e dal terapeuta e dal paziente e dal tempo che intercorre tra una seduta di EMDR e l'altra.

Sta di fatto che nei giorni successivi al trattamento e che precedono l'intervento chirurgico, C.M. mantiene uno stato di vigilanza funzionale, sostenuta ancora dalla percezione, maturata con l'EMDR, di avere chance di farcela. Le osservazioni raccolte da tutta l'équipe medica sull'umore positivo di C.M. durante quei giorni si dimostra indipendente dall'osservatore e convergente con quelle dello psicologo e dei familiari.

Quell'umore fiducioso consente a C.M. di migliorare in quei giorni la qualità delle relazioni con gli operatori sanitari, di approssimarsi all'intervento chirurgico con serenità e di salutare, infine, con identica calma i familiari, i quali d'altra parte riflettono su di lui il suo stesso senso di fiducia e serenità.

Si devono aggiungere altre due note.

La prima è che l'équipe medica segue C.M. con molta attenzione anche da un punto di vista psicologico. Ciò favorisce sicuramente in C.M. prima dell'intervento chirurgico un grado di partecipazione e di sicurezza emotiva. La seconda è che C.M. resta in rianimazione per oltre un mese. Quando rientra in reparto esprime altri disagi che attengono al ricordo di effetti allucinatori, probabilmente dovuti ai processi biochimici, normalmente implicati nella sedazione che viene somministrata durante la rianimazione. Il tema dominante si rivela in questo caso quello della vulnerabilità psicologica. C.M. chiede: "quello che sentivo, quello che mi sembrava di vedere, era reale o no? Sto diventando pazzo per caso?". È stato sufficiente comunicare al chirurgo queste preoccupazioni e decidere di fornire a C.M. delle spiegazioni tecniche riguardo processi ed effetti della sedazione, che in rianimazione può essere di prassi, per normalizzare lo stato di dubbio. Successivamente, realizzo un secondo intervento di "installazione delle risorse" con EMDR, per rafforzare il riconoscimento in C.M. della personale capacità di monitorare i propri processi mentali (in qualche modo le sue capacità metacognitive) e di saper in quel momento discriminare un piano di realtà da uno meno reale.

Anche in questo caso va rilevata l'importanza della multidisciplinarietà, dell'alleanza non solo tra medici e pazienti, o pazienti e psicologi, ma anche tra medici e psicologi, tra psicologi ed infermieri, in funzione del benessere sia del paziente medesimo che degli operatori sanitari che lavorano per lui. L'integrazione multidisciplinare aumenta in tutti, anche nel paziente, il senso di autoefficacia e l'efficacia medesima delle proprie azioni.

Vengono di seguito presentate le schede riassuntive dei punteggi raccolti per tutti gli altri questionari prima e dopo l'EMDR.

**C.M.: ESITI DEL COPE PRE E POST EMDR.
13.05.2010**

C.M. 05/07/1953

SCALE DEL COPE	ITEM	PUNTEGGI		TOT	
		PRE-EMDR 13.05.2010	POST-EMDR 18.05.21010	PRE-EMDR 13.05.2010	POST-EMDR 18.05.2010
ACCETTAZIONE	13,21,44,54	3,4,4,2	4,4,4,2	13	14
FOCALIZZAZIONE ED ESPRESSIONE DELLE EMOZIONI	3,17,28,46	2,3,2,2	2,3,2,2	9	9
SOPPRESSIONE DI ATTIVITÀ INTERFERENTI	15,33,42,55	2,4,4,4	2,3,3,4	14	12
PIANIFICAZIONE	19,32,39,56	3,4,3,4	4,4,4,4	14	16
AFFRONTARE OPERATIVAMENTE	5,25,47,58	2,3,4,4	3,4,4,3	13	14
USO DEL SUPPORTO SOCIALE EMOTIVO	11,23,34,52	2,2,2,2	2,2,2,2	8	8
USO DEL SUPPORTO SOCIALE STRUMENTALE	4,14,30,45	2,2,2,2	2,2,2,2	8	8
NEGAZIONE	6,27,40,57	1,4,1,1	1,1,1,1	7	4
REINTERPRETAZIONE POSITIVA E CRESCITA	1,29,38,59	3,3,3,3	4,3,3,4	15	14
DISIMPEGNO MENTALE	2,16,31,43	3,2,2,2	3,2,1,2	11	8
TRATTENERSI	10,22,41,49	4,2,4,3	3,2,2,3	13	10
RELIGIONE	7,18,48,60	1,1,1,1	1,1,1,1	4	4
DISIMPEGNO COMPORTAMENTALE	9,24,37,51	2,1,1,1	1,1,1,1	5	4
UMORISMO	8,20,36,50	1,2,1,1	1,1,1,1	5	4
USO DI SOSTANZE	12,26,35,53	1,1,1,1	1,1,1,1	4	4

I punteggi del Cope prima e dopo il trattamento con l'EMDR sembrano grossomodo simili.

Si nota una leggera variazione nel coping della pianificazione, i cui punteggi aumentano dopo l'EMDR.

Diminuiscono inoltre i punteggi che riguardano il coping

della soppressione di attività interferenti, del disimpegno mentale e del trattenersi. Queste quattro più evidenti variazioni sembrano in linea con i cambiamenti osservati nel criterio C9 del CABS, dove è mostrato un significativo aumento dell'interesse e della partecipazione ad attività.

ESITI GENERALI PRE E POST EMDR

C.M. 05/7/2010

	VALORI ENTO LA NORMA: M e sd	VALORI PRE-EMDR 13/05/2010	VALORI POST-EMDR 18/05/2010
CABS-PTSD	-	SI	NO
QPF	M : 47.8 DS +/- 11.2	57	40
HAMILTON ANXIETY SCALE	Normale < o = 18 Patologico: > 18	12	9
IRRITABILITY DEPRESSION ANXIETY SCALE	0-4 0-3 0-5	I=4 D=6 A=7	I=3 D=4 A=5
STAY1	Maschi > 49 a. M: 39,68 DS +/- 10,88	43	40
STAY2	Maschi > 49 a. M. 39,94 DS +/- 10,55	43	40
BDI	Maschi M: 12.78 Ds +/- 9.25	12	8
SCALA D'IMPATTO DELL'EVENTO	-	EVITAMENTO: 10 INTRUSIONE: 13 IPERAROUSAL: 7	EVITAMENTO: 7 INTRUSIONE: 9 IPERAROUSAL: 8
COPE	PROFILO	<ol style="list-style-type: none"> 1. REINTERPRETAZIONE POSITIVA E CRESCITA (15) 2. SOPPRESSIONE DI ATTIVITÀ INTERFERENTI + PIANIFICAZIONE (14) 3. ACCETTAZIONE + AFFRONTARE OPERATIVAMENTE + TRATTENERSI (13) 4. DISIMPEGNO MENTALE (11) 5. FOCALIZZAZIONE ED ESPRESSIONE EMOZIONI (9) 6. USO DEL SUPPORTO SOCIALE EMOTIVO + USO SUPPORTO SOCIALE STRUMENTALE (8) 7. NEGAZIONE (7) 8. DISIMPEGNO COMPORTAMENTALE + UMORISMO (5) 9. RELIGIONE + USO DI SOSTANZE (4) 	<ol style="list-style-type: none"> 1. PIANIFICAZIONE (16) 2. ACCETTAZIONE + REINTERPRETAZIONE POSITIVA E CRESCITA + AFFRONTARE OPERATIVAMENTE (14) 3. SOPPRESSIONE DI ATTIVITÀ INTERFERENTI (12) 4. TRATTENERSI (10) 5. FOCALIZZAZIONE ED ESPRESSIONE DELLE EMOZIONI (9) 6. + USO DEL SUPPORTO SOCIALE EMOTIVO + USO DEL SUPPORTO SOCIALE STRUMENTALE + DISIMPEGNO MENTALE (8) 7. NEGAZIONE + RELIGIONE + DISIMPEGNO COMPORTAMENTALE + UMORISMO + USO DI SOSTENZE (4)

In tutti i dati raccolti dai questionari si notano sia prima che dopo l'EMDR punteggi che rientrano nei valori medi. Tuttavia, la tendenza dopo il trattamento indica una diminuzione dei punteggi sulle scale che rappresentano indici psicofisiologici ed emotivi negativi. Solo l'Irritation Depression Anxiety Scale evidenzia un cambiamento in senso normativo dei punteggi della depressione e dell'ansia dal pre al post trattamento con EMDR:

prima si osservavano punteggi superiori alla media e dopo entro la media.

Inoltre si osserva un significativo cambiamento su due delle tre scale dell'Impatto all'Evento tra il pre ed il post EMDR: l'evitamento passa da 10 a 7, l'intrusione dei pensieri da 13 a 9, mentre l'iperarousal sembrerebbe stabile. Questo passaggio è in linea con i cambiamenti osservati nel criterio C (sintomi di evitamento ed ottundimento) del CABS.

Si deve considerare che i questionari diversi dal CABS sono stati somministrati a C.M. perché previsti dal protocollo di ricerca - "Valutazione degli esiti medico-clinici e psicologici in seguito all'applicazione dell'EMDR in pazienti oncologici con PTSD o disturbi dello spettro post-traumatico da stress"- in cui il paziente ha acconsentito di essere incluso. I punteggi di tali questionari andrebbero letti integrandoli a quelli del campione totale reclutato nel progetto. Perciò i dati di C.M. osservati in questi test, escluso il CABS specifico per la valutazione del PTSD, hanno un valore descrittivo e di andamento. Ai fini degli obiettivi clinici condivisi con C.M. e dell'analisi del singolo caso, non possono cioè essere fatte generalizzazioni di significatività statistica sulle inferenze e correlazioni tra gli esiti di tutti i questionari usati.

Conclusioni

Quali aspetti dell'intervento psicologico con EMDR nel caso illustrato di C.M. traducono elementi dei processi di umanizzazione recentemente avviati all'IRE-ISG di Roma? In che modo l'applicazione dell'EMDR, quando indicata per i disagi psicofisici ed emotivi dei pazienti oncologici, favorisce e sostiene quei processi anche nell'ambito dei reparti di chirurgia oncologica?

Considerando che le strategie di umanizzazione intendono rispondere ai bisogni del paziente per come sono espressi, più o meno implicitamente, dal paziente medesimo si possono formulare tre risposte.

- 1) L'EMDR è sempre un intervento centrato sulla persona.

Si è ritenuto opportuno proporre a C.M. un trattamento psicologico con EMDR, non solo perché dal primo colloquio emergevano le caratteristiche di un possibile PTSD, di cui l'EMDR è la tecnica elettiva, ma soprattutto perché C.M. era disfunzionalmente condizionato dalla rappresentazione di un corpo fallace e di uno scenario futuro di morte, anticipato quasi come certo con stile depressivo/rassegnato. In altri termini l'EMDR è intervenuto su difficoltà prodotte da un evento non certo e non ancora accaduto.

Date le incombenze clinico fisiche e quindi psicologiche dell'esperienza di malattia oncologica, specie nei reparti di chirurgia oncologica, i pazienti vengono spesso spontaneamente soccorsi quando diano evidenti segnali di disagio in relazione a qualche evento contingente precipitante: non sono tuttavia compresi o non sono trattati, e se lo sono vengono trattati frequentemente in modo superficiale, quando siano esposti alle angosce dell'incertezza di eventi futuri solo immaginati. Si tende cioè in questi casi, quando il problema è comunque segnalato, a dare un supporto psicologico rassicurante, che tradisce la reale comprensione delle paure del paziente ed anzi rischia di sminuirle. Il rischio a tale tendenza è anche da parte degli psicologi.

L'EMDR è strutturato di per sé in vari protocolli che, come mostrato anche per C.M., dispiegano l'intervento lungo i tre assi temporali del passato, presente e futuro. Questo consente di intervenire in modo puntuale anche su quelle difficoltà, molto fre-

quenti d'altra parte nei pazienti oncologici, che sono prodotte dall'incertezza degli eventi futuri o da una loro rappresentazione negativa e soggettivamente attendibile.

Inoltre, fondandosi su processi innati di auto-guarigione e prevedendo perciò uno scarso uso delle parole da parte del terapeuta, l'EMDR restituisce dignità ontologica a queste difficoltà, in quanto non le violenta con interventi che propongono il sistema di significati dello psicologo e invece ne rispetta la consistenza soggettiva.

Per queste sue due caratteristiche, possibilità di intervenire lungo una proiezione temporale dei problemi del paziente e assenza dell'intrusività strutturale da parte del terapeuta nei processi di elaborazione integrativa del soggetto, l'EMDR favorisce il riconoscimento delle esigenze della persona malata e sostiene perciò i processi di umanizzazione.

- 2) L'EMDR implica anche interventi contingenti, brevi, di efficacia ed efficienza dimostrata, che ben si integrano alle esigenze e ai tempi di lavoro di una struttura oncologica.

C. M. è stato trattato una sola volta col protocollo standard dell'EMDR e per la durata di un'ora, potendo sciogliere alcuni blocchi che lo rendevano incapace di aspettare ed affrontare l'intervento chirurgico serenamente. Altri tipi di supporti psicologici e/o terapeutici avrebbero impiegato tempi di rielaborazione molto più lunghi, rischiando di configgere con le esigenze ed incombenze fluttuanti di una struttura o di un reparto di chirurgia oncologica. La possibilità di offrire uno strumento di intervento efficace ed efficiente nel tempo crea perciò i presupposti per processi di umanizzazione di più ampio respiro, che contemplino anche i bisogni e le esigenze dell'istituzione ospedaliera.

- 3) L'EMDR dispone di protocolli di intervento diversificati che favoriscono un'articolata e diffusa soddisfazione dei bisogni psicologici del paziente.

Il trattamento di C.M. con EMDR si è avvalso inizialmente del protocollo standard, elettivo per i PTSD, che ha prodotto un cambiamento nello stato e nel senso di vulnerabilità soggettiva.

Ma l'EMDR non si propone solo come tecnica elettiva per i PTSD. Dispone infatti di protocolli specifici di intervento che consentono di aiutare i pazienti oncologici anche per i disturbi somatoformi, per quelli del dolore, per le dispercezioni dell'immagine corporea ecc.

L'EMDR sostiene perciò i processi di umanizzazione nella misura in cui riesce a discriminare in modo fine le esigenze ed i bisogni dei pazienti e conseguentemente anche a trattarli.

- 4) L'EMDR favorisce processi di re-identificazione

Il secondo protocollo EMDR usato con C.M. per l'installazione delle risorse ha incrementato il riconoscimento delle proprie capacità metacognitive. Ciò vuol dire che l'EMDR incontra i processi di umanizzazione non solo quando produce un cambiamento nell'assetto psicologico dei pazienti, ma anche quando restituisce loro ciò che già hanno, aiutandoli a fidarsi di se stessi per questo. Soddisfa cioè il bisogno del paziente di reidentificarsi con

se stesso, se e quando l'evoluzione della malattia oncologica crea stati di confusione e depersonalizzazione.

- 5) L'EMDR, usato nei setting dei reparti oncologici, implica un consenso multidisciplinare che integra le sinergie professionali e favorisce la soddisfazione dei pazienti in modo più sostenuto, stabile e credibile.

Poiché l'applicazione di un protocollo standard dell'EMDR consuma più o meno un'ora, l'intervento ha necessità di avvalersi di un tempo ed uno spazio definiti. Quando viene proposto per un paziente oncologico ricoverato in condizioni di degenza, è necessario condividere con l'équipe medica gli scopi di tale intervento per poter legittimare l'uso di un setting che appartiene tipicamente ai reparti. Ciò crea l'occasione per avviare e maturare uno scambio multidisciplinare che nel caso di C.M si è rivelato funzionale inizialmente sia alla sua esigenza di sentirsi bene, fiducioso, in previsione dell'intervento chirurgico, sia a quella dei medici di incontrare un paziente collaborativo e non rassegnato. Questo ha consentito a C.M. di chiedere di poter essere seguito ancora psicologicamente dopo le sue dimissioni e quindi di intendere l'ospedalizzazione non solo come un tempo dissociato o sospeso, interrotto rispetto al fluire della sua vita, ma anche come intermedio lungo un continuum fatto di un prima e di un dopo. Ha consentito inoltre di sentire la struttura ospedaliera come un luogo

dove acquisire risorse di cui avrebbe potuto avvalersi anche fuori o oltre l'iter dell'ospedalizzazione. Ciò risponde esattamente al nuovo concetto dei percorsi di umanizzazione dell'ospedale, avviato presso l'IRE-ISG recentemente, che intende coinvolgere i pazienti in attività importate dalla routine quotidiana o da esportare in essa, come l'arte della pittura, la musicoterapia, lo yoga ed altre ancora.

Ringraziamenti

Ringrazio l'intera équipe della Chirurgia Digestiva Oncologica dell'I.R.E, il primario Prof. Alfredo Garofalo, il Prof. Mario Valle, la Dott.ssa Orietta Federici, il Dott. Fabio Carbone, il Dott. Franco Graziano, tutto il personale infermieristico, per aver adeguatamente e precocemente segnalato C.M come una persona sensibile di attenzione psicologica, per aver quindi prestato questa attenzione lor medesimi durante tutta la degenza di C.M., ed aver infine dato tempo anche allo psicologo di condividere con loro riflessioni e pareri sull'andamento terapeutico di C.M., sia da un punto di vista medico-clinico che psicologico.

Bibliografia

1. American Psychiatric Association. DSM-IV (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder. Washington, DC: American Psychiatric Press.