



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI
DELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO
ISTITUTO GIURIDICO SAMMARINESE

Il mio terapeuta vive al mare

Validità clinica dell'applicazione EMDR in modalità virtuale
nel trattamento dei disturbi d'ansia, post-traumatici e
dell'umore.

LETIZIA CARDELLI





UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DELLA REPUBBLICA
DI SAN MARINO

DIPARTIMENTO DI
ECONOMIA, SCIENZE,
INGEGNERIA E DESIGN



CENTRO DI RICERCA
E DIDATTICA
IN STUDI BIOMEDICI

Copyright 2026 ©
CENTRO DI RICERCA E DIDATTICA IN STUDI
BIOMEDICI

ISBN 978-88-99430-30-6

Il mio terapeuta vive al mare. Validità clinica
dell'applicazione EMDR in modalità virtuale nel
trattamento dei Disturbi d'Ansia, Post-Traumatici e
dell'Umore © 2026 by Letizia Cardelli is licensed
under [Creative Commons Attribution-](#)

[NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International](#)

Questo documento è distribuito con Licenza Creative
Commons Attribuzione – Non Commerciale – Non
Opere Derivate 4.0 Internazionale



Autore:
Letizia Cardelli

Comitato Scientifico della ricerca:
Nicolò Scuderi
Luca Cimino
Claudio Muccioli
Vincenzo Papa
Alberto Pilotto
Pietro Bugli

Il presente elaborato è risultato il vincitore del bando pubblico di selezione per un elaborato scientifico, originale e inedito, sul tema: *Telemedicina per la fragilità*.

L'Opera non rappresenta la posizione dell'Università della Repubblica di San Marino rispetto all'argomento trattato.

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELLA REPUBBLICA DI SAN MARINO

CENTRO DI RICERCA E DIDATTICA IN STUDI BIOMEDICI

Letizia Cardelli

Il mio terapeuta vive al mare.

**Validità clinica dell'applicazione EMDR in modalità
virtuale nel trattamento dei Disturbi d'Ansia, Post-
Traumatici e dell'Umore**

Repubblica di San Marino

2026

Abstract

Il dibattito scientifico sulla validità delle psicoterapie erogate in modalità digitale ha subito, negli ultimi anni, un'accelerazione senza precedenti, inaugurando scenari inediti nel trattamento dei disturbi dell'umore, dell'ansia (Hofmann et al., 2014; Faretta, 2013) e post-traumatici (PTSD), anche complessi (C-PTSD), (Shapiro, 1989). In questo contesto, l'applicazione dell'EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) in modalità virtuale rappresenta una sfida di particolare interesse, richiedendo la trasposizione di un protocollo ad alta densità procedurale dallo studio fisico alla stanza virtuale.

Metodologia: Il presente lavoro analizza una casistica di otto pazienti (N=8) con diagnosi di Depressione Maggiore (MDD), Ansia Generalizzata (GAD), PTSD e C-PTSD, equamente suddivisi tra setting vis-à-vis e in remoto. L'efficacia clinica è stata monitorata tramite i parametri SUD/VOC e validata dai test psicometrici PCL-5, DES-II e GAD-7 somministrati al T1 e T2. Lo studio propone un'integrazione sistematica con i modelli *Internal Family Systems* (IFS) e *Interpersonal Reconstructive Therapy* (IRT), per la gestione della complessità nel setting digitale.

Risultati: I dati confermano l'equivalenza clinica tra le due modalità (similmente a Todder e Kaplan, 2007; Wandernoth et al., 2022). La riduzione dei sintomi correla positivamente con la stabilità di una 'base sicura digitale' (Ainsworth, 1978; Bowlby, 1988), co-costruita tra clinico e paziente (Perri et al., 2021), dimostrandosi efficace anche in presenza di comorbidità. Il monitoraggio video costante e l'uso di protocolli di sicurezza hanno garantito la stabilità del processo di elaborazione, nonostante la mediazione tecnologica.

Conclusioni: L'integrazione del setting digitale non rappresenta più solo una sfida metodologica, ma un imperativo etico e sociale per garantire il diritto alla salute mentale e alla guarigione. Proponendo soluzioni a nodi metodologici complessi e a criticità fino ad ora scarsamente esplorate, questo studio posiziona l'erogazione dell'EMDR online come uno strumento imprescindibile per la pratica clinica contemporanea, rendendo la cura accessibile oltre i confini fisici dello schermo.

INDICE

1. Obiettivi e metodo di ricerca	4
1.1 Obiettivi	4
1.2 Definizioni	4
1.3 Lo strumento: l'EMDR e le sue otto fasi	7
1.4 Metodologia di ricerca	9
2. Letteratura ed evidenze	13
2.1 Ricerche	13
2.1 Casi clinici	14
2.1.1 Casi clinici in presenza	15
2.1.2 Casi clinici trattati in remoto	18
3. Risultati	24
3.1 Risultati e impatto	24
3.2 Ricerca futura, limiti e criticità	25
4. Aree grigie	28
5. Visioni di minoranza	30
6. Conclusioni	32

1. Obiettivi e metodo di ricerca

1.1 Obiettivi

La ricerca clinica in ambito psicoterapeutico è storicamente finalizzata all'individuazione di protocolli che coniughino la massima efficacia terapeutica con l'ottimizzazione delle risorse temporali. Tale efficacia viene valutata non soltanto attraverso la risoluzione della sintomatologia acuta, ma anche in base alla tempestività della risposta clinica, alla compliance del paziente al trattamento e alla stabilità dei benefici nel lungo periodo.

In questo scenario, la metodologia EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*) si è consolidata come approccio d'elezione per il trattamento dei disturbi post-traumatici, ansiosi e depressivi. La letteratura scientifica sottolinea come la precocità dell'intervento rappresenti un fattore predittivo cruciale, correlato a tassi di remissione più elevati e a una significativa rapidità d'azione (Shapiro, 2001). Tali evidenze risultano particolarmente rilevanti nel confronto con l'approccio Cognitivo-Comportamentale (CBT), specialmente per quanto concerne la velocità di elaborazione del materiale traumatico (Faretta, 2013).

La sfida metodologica centrale nell'applicazione dell'EMDR da remoto risiede nella co-costruzione di un setting percepito come 'sicuro' dal paziente. Tale spazio deve consentire non solo l'elaborazione dei target traumatici e delle cognizioni disfunzionali, ma deve altresì garantire al clinico la capacità di monitorare e contenere eventuali abreazioni (scariche emotive intense legate al materiale mnemonico precedentemente dissociato). Infatti, in assenza di una condivisione dello spazio fisico, il clinico non può fare affidamento esclusivo sulla co-regolazione mediata dai segnali micro-corporei immediati; diviene dunque fondamentale il ricorso a una solida e strutturata alleanza terapeutica, nonché ad un protocollo di emergenza apposito. Il presente studio si propone di analizzare come tale legame, lungi dall'essere inficiato dalla mediazione tecnologica, possa evolvere in una 'base sicura digitale' (ispirata alla teoria dell'attaccamento di Bowlby). Questa cornice relazionale funge da mediatore essenziale dell'intervento clinico a distanza, garantendo la tenuta del processo terapeutico e l'efficacia degli esiti clinici.

1.2 Definizioni

Le definizioni che seguono costituiscono il perimetro teorico-clinico entro il quale si sviluppa l'indagine comparativa tra i due setting di applicazione dell'EMDR:

- ***Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)***

Approccio terapeutico sviluppato dalla psicoterapeuta americana Francine Shapiro negli anni '80 (Shapiro, 1989), e basato sul modello di elaborazione adattiva dell'informazione (AIP; inizialmente citato da Shapiro negli anni '90, poi riformulato in pubblicazioni più recenti nella sua valenza di processi adattivi delle reti neurali, o 'spinta' alla guarigione), (Shapiro, 2001 e 2018).

L'EMDR si focalizza sui ricordi non elaborati di esperienze traumatiche - che rimangono immagazzinati nelle reti neurali in modo disfunzionale -, utilizzando la stimolazione bilaterale (movimenti oculari, suoni alternati o tocchi delle mani sulle ginocchia o sugli avambracci) per favorire l'integrazione neurobiologica del trauma. È riconosciuta dal *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) e dalla *World Health Organization* (WHO) come terapia altamente efficace, e raccomandata nello specifico per il trattamento del *post-traumatic stress disorder*. Più recentemente, ha iniziato ad essere utilizzata anche per trattare sintomi depressivi e dello spettro ansioso (Hofmann et al., 2014; Faretta, 2013).

- ***Disturbo post-traumatico da stress (Post-traumatic stress disorder, PTSD)***

La diagnosi di disturbo post-traumatico da stress include una complessità di sintomi, che possono combinarsi tra loro in modalità diverse a seconda della tipologia di trauma, delle conseguenze ad esso legate e dei fattori di rischio e protettivi (pregressi e conseguenti); il Manuale Diagnostico e Statistico dei disturbi mentali (DSM-5) prevede che sia presente almeno un sintomo appartenente ad ognuno dei cinque cluster identificati; la persistenza di tale quadro sintomatico deve superare i 30 giorni, creare sofferenza e non essere attribuibile a uso di sostanze o ad altre diagnosi concomitanti (American Psychiatric Association, 2014). Tra i criteri: esposizione al trauma, in forma diretta o indiretta; sintomi intrusivi, come flashbacks e incubi; evitamento; alterazione di pensieri e umore; iperattivazione/arousal. In generale, maggiore è l'entità della minaccia percepita e dell'impossibilità di salvarsi (*powerlessness*), maggiore la possibilità di sviluppare la sintomatologia.

L'immediatezza del trattamento è proporzionale alla velocità di recupero e all'efficacia nella prevenzione delle sequele traumatiche.

I fattori di rischio specifici nello sviluppo della sintomatologia post-traumatica sono molteplici:

- pre-traumatici (sesso, età, QI basso, precedente esposizione a traumi, disturbi di personalità)

- aspetti del trauma (danni fisici, esperienza dissociativa)
- post-traumatici (basso supporto sociale, disabilità conseguente al trauma, stress finanziario)

- **Trauma complesso (Complex PTSD o C-PTSD)**

Il Disturbo da Stress Post-Traumatico Complesso (C-PTSD), introdotto ufficialmente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'ICD-11 (World Health Organization, 2019), emerge tipicamente da traumi interpersonali cronici, spesso perpetrati da figure di accudimento (come in contesti di abuso o grave trascuratezza infantile). Clinicamente, il C-PTSD integra i sintomi del PTSD classico con tre dimensioni peculiari, note come disturbi dell'auto-organizzazione: una marcata disregolazione affettiva, un senso di identità profondamente negativo e una cronica compromissione relazionale. Tali caratteristiche, unite alla frequente presenza di sintomi dissociativi, rendono il trattamento in setting virtuale particolarmente complesso. In questo scenario, l'applicazione del protocollo EMDR richiede un monitoraggio rigoroso della 'finestra di tolleranza' (Siegel, 1999; Ogden, 2006), assicurando che il paziente resti in uno stato di attivazione ottimale per l'elaborazione, evitando picchi di iper-attivazione o cadute nell'ipo-attivazione dissociativa.

- **Dissociazione**

La dissociazione identifica uno spettro di manifestazioni cliniche che includono amnesia, depersonalizzazione e derealizzazione. Tale fenomeno non rappresenta solo una componente sintomatologica centrale del PTSD e del C-PTSD, ma funge da indicatore critico durante l'applicazione dell'EMDR: infatti, l'insorgenza di sintomi dissociativi segnala la perdita dell'attenzione duale (il legame simultaneo tra il ricordo traumatico e il presente sicuro), nonché l'attraversamento della finestra di tolleranza, rendendo necessaria l'immediata sospensione della stimolazione, per ripristinare la stabilità emotiva e il contatto con la realtà.

- **Disturbo d'Ansia Generalizzato (*Generalised Anxiety Disorder*, GAD)**

Il Disturbo d'Ansia Generalizzato si manifesta attraverso uno stato di preoccupazione eccessivo e pervasivo, che interessa molteplici ambiti della vita quotidiana per una durata minima di sei mesi, associato a una marcata difficoltà nel controllo dei pensieri intrusivi. Tuttavia, nella pratica clinica, il PTSD viene frequentemente diagnosticato erroneamente come GAD: questo accade soprattutto quando l'impatto del trauma rimane silente o non viene esplicitato dal paziente,

portando il clinico a interpretare l'iper-arousal e l'ipervigilanza tipici del trauma come semplice ansia generalizzata.

In questo contesto, l'EMDR agisce come un potente strumento di diagnosi differenziale, grazie al suo modello teorico di riferimento, l'AIP (*Adaptive Information Processing*). Nella fase anamnestica, infatti, il terapeuta non si limita a mappare i sintomi ansiosi, ma ricerca attivamente potenziali target (ricordi chiave): se l'ansia, apparentemente 'generalizzata', di un paziente si rivela radicata in eventi di vita specifici o traumi relazionali, la diagnosi si sposta verso lo spettro post-traumatico.

- **Disturbo Depressivo Maggiore (*Major Depressive Disorder*, MDD)**

La diagnosi di Disturbo Depressivo Maggiore si fonda su due pilastri sintomatologici: umore depresso e anedonia (intesa come la marcata perdita di interesse o piacere per attività precedentemente gratificanti).

Il quadro clinico, secondo i criteri del DSM-5, è spesso accompagnato da alterazioni del peso o dell'appetito, disturbi del sonno (insonnia o ipersonnia), deficit di concentrazione e, in alcuni casi, ideazione suicidaria.

Nella pratica clinica, il MDD presenta un'elevata comorbidità con il PTSD, poiché la disregolazione emotiva e il senso di impotenza tipici del trauma possono evolvere in una struttura depressiva cronica. Questa sovrapposizione rende la diagnosi differenziale complessa, richiedendo un approccio integrato che tenga conto della storia traumatica del paziente.

1.3 Lo strumento: l'EMDR e le sue otto fasi

La terapia EMDR si articola in otto fasi, strutturate per elaborare i ricordi traumatici e ridurre la loro carica emotiva negativa.

Lo strumento può essere utilizzato su ricordi target, anche multipli, o su 'cognizioni negative' (*Negative Cognitions*, NCs), credenze che il paziente ha di sé; alcuni esempi sono: non sono al sicuro, non posso essere amato, sono un fallimento, non sono abbastanza bravo.

1. Anamnesi e Pianificazione del Trattamento

Il terapeuta raccoglie informazioni sulla storia del paziente e identifica il problema o gli eventi traumatici da trattare. Si stabilisce un piano di lavoro e si identificano gli obiettivi terapeutici.

2. Preparazione

Il terapeuta spiega come funziona la terapia EMDR e cosa aspettarsi durante le sedute. Vengono insegnate al paziente tecniche di rilassamento e di gestione delle emozioni, come il 'luogo sicuro', a cui tornare in caso di alta intensità emotiva.

3. Valutazione

Si identificano il ricordo traumatico target, le emozioni e le sensazioni fisiche ad esso associate, oltre alla cognizione negativa attuale. Si definisce inoltre la cognizione positiva che il paziente vorrebbe raggiungere (solitamente opposta a quella negativa: "sono al sicuro", "posso essere amato", "vado bene così"), e viene chiesto al paziente quanto essa sia 'vera', in una scala da 1 a 7 (validità della cognizione positiva, o VOC; solitamente tra 0 e 1 prima della conclusione del ciclo di sedute EMDR).

4. Desensibilizzazione

Questa è la fase centrale, in cui si utilizza la stimolazione bilaterale (come movimenti oculari, vibrazioni, suoni o tapping) per processare il ricordo. L'obiettivo è ridurre gradualmente la carica emotiva negativa legata al ricordo, fino a renderlo meno disturbante; se, al termine dei set di stimolazione, l'Unità di Disturbo Soggettivo (SUD) è ancora maggiore di zero, la seduta si considera incompleta, e la si riapre la volta successiva, fino alla completa elaborazione. In fase attiva, si chiede quindi al paziente di focalizzarsi sulla parte peggiore del ricordo, notando le sensazioni corporee ad esso associate (il valore del SUD è solitamente compreso tra 7 e 10, in una scala da 0 a 10).

5. Installazione della Cognizione Positiva

Una volta che l'intensità emotiva del ricordo è diminuita, ci si focalizza sulla cognizione positiva che il paziente ha identificato in fase di valutazione, in modo da rafforzarla e ristrutturare il ricordo target.

6. Scansione Corporea

Il terapeuta guida il paziente a rivolgere l'attenzione al proprio corpo per verificare se ci sono ancora tensioni o sensazioni fisiche negative residue legate al ricordo. Se emergono sensazioni disturbanti, viene utilizzata una ulteriore stimolazione bilaterale per elaborarle.

7. *Chiusura*

La fase di chiusura ha l'obiettivo primario di garantire la stabilizzazione emotiva del paziente, facilitando il rientro all'interno della sua finestra di tolleranza. Prima del termine della seduta, vengono fornite precise linee guida per la gestione autonoma di eventuali contenuti intrusivi o stati affettivi che potrebbero manifestarsi nell'intervallo tra gli incontri, quali sintomi somatici (cefalea tensiva, marcata astenia fisica), stati emotivi (deflessione del tono dell'umore) e attività cognitiva e onirica (sogni vividi o l'improvviso affiorare di nuovi ricordi). Il paziente viene incoraggiato a attivare la propria rete di supporto sociale in caso di necessità, e a contattare tempestivamente il terapeuta qualora i sintomi risultassero eccessivamente invalidanti o persistenti.

8. *Rivalutazione*

Alla fine della seduta, e nelle sessioni successive per conferma, il terapeuta rivaluta l'evento per verificare che il lavoro di elaborazione sia completo ($SUD = 0$). Si controlla che tutti gli aspetti del ricordo siano stati processati, inclusi quelli fisici, e che la cognizione positiva sia stata integrata (validità della cognizione positiva, o $VOC = 7$).

1.4 Metodologia di ricerca

Nell'ambito della pratica clinica dell'autrice, sono stati selezionati quattro casi clinici trattati vis-a-vis e altrettanti in remoto; i pazienti rispondevano ai criteri diagnostici relativi a MDD, GAD, PTSD e C-PTSD, anche in comorbidità.

Il campione presenta profili socio-culturali diversificati, pur condividendo il contesto geografico per almeno una parte del trattamento; infatti, per tutti i pazienti l'applicazione dell'EMDR è stata preceduta da una fase di inquadramento clinico effettuata in presenza.

L'efficacia del trattamento è stata corroborata da un'analisi quantitativa condotta tramite test psicometrici autosomministrati, somministrati in fase di pre (T1) e post (T2) intervento. Nello specifico:

- PCL-5 (PTSD Checklist for DSM-5; Weathers et al., 2013): strumento utilizzato per valutare la gravità dei 20 sintomi del PTSD. I dati raccolti evidenziano un decremento dei punteggi medi al di sotto del cut-off clinico (fissato a 31-33), parametro che indica non solo un miglioramento clinico, ma la sostanziale risoluzione della sintomatologia post-traumatica, secondo i criteri del DSM-5.

- GAD-7 (General Anxiety Disorder-7; Spitzer, Kroenke, Williams e Löwe, 2006): essenziale per misurare i livelli di ansia generalizzata. Il decremento dei punteggi (con un cut-off di 10 per l'ansia moderata) ha permesso di distinguere l'ansia di tratto da quella derivante dall'iper-arousal traumatico. La riduzione dei punteggi al GAD-7 conferma che, trattando il trauma con l'EMDR, si ottiene una ricaduta positiva anche sulla sintomatologia ansiosa pervasiva.
- DES-II (Dissociative Experiences Scale - II; Carlson e Putnam, 1993): data la natura del C-PTSD, la DES-II è stata cruciale per mappare la presenza di sintomi dissociativi. Il monitoraggio tramite questo test ha permesso di verificare che i pazienti rimanessero entro livelli di stabilità funzionale, confermando che il protocollo EMDR, se correttamente calibrato sulla finestra di tolleranza, è sicuro ed efficace anche nel setting da remoto, senza innescare scompensi dissociativi.

Setting

Mentre il *setting vis-à-vis* è rimasto costante presso lo studio della terapeuta, la cornice virtuale ha presentato una maggiore variabilità, in funzione della logistica del paziente. Per le sessioni da remoto, i prerequisiti clinici vincolanti includevano la garanzia di privacy, l'assenza di interferenze e la percezione di sicurezza ambientale. È stata inoltre richiesta una connessione di rete stabile che permettesse l'uso costante della videocamera; quest'ultima doveva essere posizionata in modo da inquadrare l'area corporea deputata al tapping - qualora questa fosse la modalità di stimolazione bilaterale prescelta -, assicurando così il monitoraggio costante da parte della terapeuta.

Infatti, uno degli aspetti più dibattuti circa l'efficacia dell'EMDR in modalità digitale riguarda la qualità della stimolazione bilaterale (BLS) e il mantenimento della sintonizzazione terapeutica; nel presente lavoro, la tutela del processo clinico è stata garantita attraverso tre pilastri metodologici:

- Monitoraggio e posizionamento: a differenza di un approccio puramente 'telefonico', il setting video è stato considerato un requisito vincolante. La telecamera è stata sistematicamente posizionata per inquadrare non solo il volto, ma anche il distretto corporeo (solitamente gli avambracci o le ginocchia) deputato al tapping auto-somministrato. Questo ha permesso alla terapeuta di supervisionare in tempo reale la costanza, la velocità e l'ampiezza dello stimolo, intervenendo tempestivamente per correggere eventuali derive esecutive.

- Calibrazione funzionale dello stimolo: è stata mantenuta la distinzione tecnica tra stimolazione rapida per la fase di desensibilizzazione (fasi 4-5) e stimolazione lenta per l'installazione di risorse e la stabilizzazione (fasi 2 e 7). Tale rigore ha evitato il rischio di una stimolazione generica, assicurando che la neurofisiologia del processo rimanesse coerente con il modello AIP.
- Sintonizzazione e alleanza virtuale: la distanza fisica è stata colmata da una presenza verbale e visiva costante, atta a prevenire la sensazione di asetticità del mezzo digitale. La capacità di cogliere i segnali minimi di disregolazione (respiro, micro-espressioni, tono muscolare) è stata potenziata da una fase di preparazione (Fase 2) più estesa, mirata a costruire un 'ponte relazionale' solido prima di procedere con l'elaborazione dei target complessi.

Protocolli di sicurezza e gestione delle emergenze cliniche

Sono inoltre stati seguiti i seguenti protocolli di sicurezza e gestione delle emergenze cliniche per le sedute in remoto:

1. Triage e screening di idoneità

Non tutti i quadri clinici sono eleggibili per il trattamento interamente da remoto: la selezione dei casi è avvenuto tramite uno screening approfondito dei livelli di dissociazione (tramite il questionario DES-II) e della stabilità del supporto sociale. La presenza di ideazione suicidaria attiva o di una grave disregolazione degli impulsi costituisce un criterio di esclusione per la modalità full-remote, privilegiando in tali casi un approccio ibrido.

2. Protocollo di emergenza intra-seduta (safety plan)

Prima di iniziare la fase di elaborazione traumatica (Fase 4), viene stabilito con il paziente un Piano di Sicurezza Digitale (PSD) che prevede:

- Contatto di emergenza (ICE): identificazione di una figura di riferimento (caregiver o familiare) fisicamente reperibile durante la sessione.
- Disponibilità telefonica: mantenimento di una linea telefonica aperta come back-up immediato in caso di interruzione della connessione dati.
- Localizzazione geografica: conferma della posizione fisica del paziente all'inizio di ogni seduta per l'eventuale attivazione dei servizi di soccorso locali.

3. Gestione delle abreazioni e stabilizzazione ('contenimento')

In caso di abreazione massiva (scarica emotiva acuta), vengono utilizzate tecniche di stabilizzazione top-down (esercizi di respirazione, grounding visivo), monitorando costantemente attraverso la webcam i parametri fisiologici osservabili (ritmo del respiro, colorito cutaneo, tono muscolare). La transizione digitale impone una iper-vigilanza sui segnali micro-corporei, garantendo un contenimento che, pur non essendo fisico, deve risultare tecnicamente ineccepibile.

Sicurezza informatica e privacy

Inoltre, la trasposizione del setting clinico in ambiente digitale impone l'adozione di standard di sicurezza informatica, atti a garantire l'inviolabilità del segreto professionale e la protezione dei dati bio-psicometrici.

Il presente studio ha adottato il seguente protocollo:

- Criptazione End-to-End (E2EE): sono state utilizzate esclusivamente piattaforme conformi agli standard sanitari HIPAA/SOC II/ FIPS 140, garantendo che il flusso audio-video fosse criptato e inaccessibile a terzi, inclusi i fornitori del servizio.
- Gestione dei documenti sensibili: la somministrazione dei test psicometrici (PCL-5, DES-II, GAD-7) e la raccolta del consenso informato sono avvenute tramite canali protetti. Ogni file è stato rinominato tramite pseudonimizzazione (codifica alfanumerica), separando l'identità anagrafica del paziente dai dati clinici.
- Infrastruttura e accessi: l'archiviazione della documentazione clinica digitale è avvenuta su supporti hardware protetti da autenticazione a due fattori (2FA). Il clinico ha garantito la conduzione delle sedute da un luogo fisico privato, prevenendo qualsiasi intercettazione ambientale accidentale.

2. Letteratura ed evidenze

2.1 Ricerche

Dall'emergenza alla prassi: l'evoluzione dell'EMDR

Sebbene il massiccio interesse accademico sia recente, le radici dell'EMDR digitale risalgono al 2007, quando Todder e Kaplan documentarono la prima applicazione di successo del protocollo in videoconferenza, chiamandola 'eEMDR'. Tale studio pionieristico ha dimostrato, già in epoca pre-pandemica, che la distanza fisica non costituisce un ostacolo alla desensibilizzazione del trauma, aprendo la strada a quella che oggi definiamo una pratica clinica consolidata.

In precedenza agli studi sull'applicazione online, sono stati sviluppati protocolli come l'EMDR-IGTP (*Integrative Group Treatment Protocol*, Jarero et al., 1998), nato per fare fronte a emergenze umanitarie e catastrofi naturali (come i terremoti ad Haiti e in Italia, oltre a incidenti di massa e attentati terroristici), e che ha gettato le basi per trattamenti flessibili, svincolati dal tradizionale setting clinico; i protocolli venivano infatti applicati in contesti emergenziali, come tende e centri comunitari.

L'approdo dell'EMDR nel setting virtuale ha poi trovato la sua spinta propulsiva nella crisi pandemica da COVID-19, quando l'isolamento globale ha trasformato il setting remoto da opzione di nicchia ad urgenza clinica prioritaria. In questa fase critica, l'EMDR ha dovuto affrontare una sfida metodologica senza precedenti: adattare la stimolazione bilaterale e la gestione delle abreazioni emotive a una cornice digitale, garantendo al contempo la sicurezza del paziente in contesti non controllati fisicamente dal terapeuta.

Le prime evidenze raccolte durante l'emergenza (Perri et al., 2021) hanno inizialmente mirato a tamponare l'ondata di traumi acuti legati alla perdita, all'isolamento e allo stress degli operatori sanitari. Tuttavia, ciò che era iniziato come una risposta emergenziale ha rapidamente prodotto una mole di dati di segno positivo, rivelando che non solo il protocollo era applicabile con successo, ma che la 'distanza' digitale non inficiava la profondità del processo di rielaborazione (Wandernoth et al., 2022).

Con il superamento della fase acuta della pandemia, l'interesse della ricerca si è spostato dalla fattibilità tecnica alla validazione a lungo termine. Studi post-pandemici (McGowan et al., 2021; DuVal et al., 2022) hanno dimostrato che i benefici ottenuti online sono stabili al follow-up, e che l'alleanza terapeutica può consolidarsi efficacemente anche attraverso uno schermo. Quella che era nata come una strategia di resilienza clinica si è così evoluta in una branca strutturata

della psicoterapia digitale, portando alla consapevolezza che l'accessibilità in remoto rappresenta una risorsa permanente, nonché un'evoluzione irreversibile della pratica clinica contemporanea.

2.1 Casi clinici

Il presente capitolo illustra otto casi clinici, quattro per ognuno dei setting (vis-a-vis e in remoto), selezionati per la loro significatività clinica rispetto alle diagnosi primarie di Depressione Maggiore, Disturbo d'Ansia Generalizzato, PTSD e C-PTSD.

I casi sono analizzati da una prospettiva sistemico-relazionale, che prevede l'osservazione dell'individuo come parte di un sistema complesso (famiglia, ambiente sociale), dove il sintomo è inteso non solo come esito di un trauma individuale, ma anche come espressione di dinamiche relazionali e cicli comunicativi che possono mantenere o alimentare il disagio (Watzlawick, Beavin, Jackson, 1967; Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, Prata, 1975; Shapiro, Kaslow, Maxfield, 2007). In questa ottica, l'integrazione con l'EMDR permette di lavorare simultaneamente sulla ferita intrapsichica e sulla sua dimensione interazionale, facilitando una ristrutturazione dei significati che coinvolge l'intero equilibrio del sistema del paziente.

L'ulteriore integrazione di prospettive derivate dalla Terapia Ricostruttiva Interpersonale (IRT; Benjamin, 2003) e dal modello dei Sistemi Familiari Interni (IFS; Schwartz, 1995) ha permesso di raffinare il processo terapeutico, incrementandone la portata trasformativa e l'accuratezza clinica, soprattutto nei quadri di trauma complesso (Fisher, 2017) e dissociativi (Gonzalez e Mosquera, 2012), facilitando l'accesso a nuclei traumatici complessi (Mosquera, 2019), che altrimenti avrebbero presentato resistenze o rischi di scompensazione.

L'alleanza terapeutica è stata costruita in modo differente nei due setting: nella terapia online, la 'presenza' si sposta sulla condivisione dello schermo e sulla stabilità della connessione, mentre *vis-à-vis* si basa sulla co-presenza fisica. A prescindere dal setting, gli strumenti di lavoro utilizzati sono stati movimenti oculari o tapping, a seconda della preferenza espressa dal paziente.

A conclusione della presentazione dei casi clinici, le Tabelle 1 e 2 indicano i dati assunti come indicatori standard dell'avvenuta elaborazione del trigger. Al fine di garantire il rigoroso rispetto della privacy, i dati sensibili, i nomi e i dettagli anamnestici sono stati opportunamente alterati. Tutti i pazienti hanno fornito il consenso informato al trattamento dei dati per finalità scientifiche.

2.1.1 Casi clinici in presenza

Rebecca, 27 anni – Disturbo Depressivo Maggiore e Trauma Complesso

Inquadramento Diagnostico e Sintomatologia

Rebecca presenta un quadro di Depressione Maggiore (MDD) farmaco-resistente, inserito in un contesto di vittimizzazione cronica. La paziente convive con un partner abusante che ha attuato un progressivo isolamento sociale e professionale. Oltre a una marcata anedonia, Rebecca riporta una persistente ideazione suicidaria, esacerbata dal fallimento dei trattamenti farmacologici e da intensi sintomi dissociativi (depersonalizzazione). Tali manifestazioni sono state monitorate tramite la DES-II per calibrare l'intensità dell'esposizione EMDR e garantire la permanenza nella finestra di tolleranza.

Percorso Terapeutico

Dopo la fase di preparazione e l'installazione delle risorse (Luogo Sicuro), il protocollo EMDR si è focalizzato sui nuclei di impotenza e fallimento legati a una figura materna descritta come spaventante e anaffettiva. La narrazione traumatica include un grave episodio di neglect (l'omessa protezione a seguito di un abuso sessuale subito a 8 anni) e un evento di violenza fisica occorso in tarda adolescenza. Durante il *reprocessing*, è emersa una significativa resistenza legata alla rabbia verso la figura materna - emozione percepita come inaccettabile e pericolosa. Il lavoro clinico si è dunque spostato sul contenimento e sull'integrazione di tale affetto, permettendo alla paziente di passare dal senso di colpa per "non essersi protetta" a una sana auto-affermazione.

Esiti

Il raggiungimento di una maggiore regolazione emotiva ha determinato la risoluzione della sintomatologia dissociativa e la scomparsa dell'ideazione suicidaria. Parallelamente al decremento dei punteggi nella PCL-5, Rebecca ha acquisito le risorse necessarie per interrompere la relazione abusante e riprendere il proprio progetto di vita, iscrivendosi a un corso di laurea precedentemente ritenuto inaccessibile. Il caso conferma come, nel C-PTSD, la remissione della depressione sia strettamente legata alla risoluzione dei nodi traumatici relazionali.

Praia, 20 anni – GAD

Inquadramento Diagnostico e Sintomatologia

Il contesto familiare della paziente è caratterizzato da una matrice conservativa e ipercontrollante, con una marcata inversione di ruolo (parentificazione; Boszormenyi-Nagy e Spark, 1973): Praia agisce come caregiver emotivo per il padre e il fratello minore, a scapito della propria autonomia. Il quadro è complicato da una obesità di rilievo clinico, vissuta con profonda vergogna, e da un conflitto identitario legato all'orientamento sessuale, sistematicamente negato dalle aspettative paterne.

Percorso Terapeutico

L'alleanza terapeutica si è stabilizzata rapidamente, permettendo un'efficace installazione del Luogo Sicuro, risorsa utilizzata dalla paziente per la regolazione autonoma dell'arousal domestico. Un momento di svolta nell'elaborazione è stata la consapevolezza di una cognizione negativa estrema emersa durante il ricordo di un incidente automobilistico: “Se fossi morta, i miei genitori sarebbero stati scocciati dal dover cercare un nuovo autista”. Questa immagine ha svelato la profondità della propria oggettivazione all'interno del sistema familiare, dove il sé di Praia esisteva solo in funzione dell'utilità per l' “altro”.

Esiti

Il trattamento EMDR ha permesso di trasformare il senso di colpa e la vergogna in una spinta all'auto-determinazione. Parallelamente alla risoluzione della dinamica intergenerazionale, si è osservato un crollo dei livelli di ansia generalizzata (GAD-7). Praia ha sviluppato la resilienza necessaria per differenziarsi dal nucleo familiare: si è trasferita nella città sede dei suoi studi, ha intrapreso un percorso di salute fisica (frequentando la palestra senza l'attivazione della vergogna) e ha iniziato a esplorare liberamente la propria identità affettiva.

Jennifer, 52 anni – Trauma Relazionale

Inquadramento Diagnostico e Sintomatologia

Jennifer, docente universitaria di successo, afferisce al trattamento riportando episodi di pianto incontrollabile e una “paura viscerale” apparentemente afinalistica. Tali crisi si manifestano prevalentemente in situazioni di stasi (semafori, traffico), momenti in cui la riduzione degli stimoli esterni favorisce l'emergere di contenuti interni intrusivi. Il recente trasferimento

all'estero dei due figli ha agito da trigger ambientale, destrutturando le difese consolidate e rendendo manifesto un cronico vuoto relazionale con il coniuge.

Percorso Terapeutico

In assenza di ricordi traumatici espliciti, è stata utilizzata la tecnica del *floatback* (Shapiro, 2017). Partendo dalla sensazione somatica di “paura viscerale”, la paziente ha recuperato due nuclei traumatici di natura interpersonale: un episodio di umiliazione pubblica da parte di un'insegnante, a 6 anni, culminato nell'espulsione e nella conseguente perdita della rete sociale, e una violenza sessuale subita da un coetaneo, a 17 anni, a cui è seguito il rifiuto del gruppo dei pari, che ha invalidato il vissuto della paziente, isolandola socialmente. L'emozione centrale emersa nel *reprocessing* è la vergogna, definita in letteratura come una delle minacce più potenti all'integrità del Sé, spesso gestita attraverso la dissociazione come difesa estrema (Schoore, 2003) per non esperire il dolore del rifiuto e dell'ostracismo. Il ‘nido vuoto’ e la forzata intimità con un partner affettivamente distante hanno riattivato il timore arcaico di non appartenenza, proiettando nel presente il dolore dei traumi passati.

Esiti

Attraverso l'elaborazione EMDR, Jennifer ha integrato le memorie frammentate, trasformando la cognizione negativa di “essere sola” in un senso di autoefficacia e valore. Parallelamente alla normalizzazione del peso corporeo (indice di un ritrovato accudimento verso di sé: passa infatti da un BMI di 18.2 ad uno di 19.3), la paziente ha maturato la consapevolezza necessaria per affrontare la crisi coniugale, decidendo di terminare una relazione non più funzionale. Il caso dimostra come il lavoro sui traumi relazionali possa restituire al paziente la capacità di compiere scelte esistenziali autentiche, precedentemente bloccate da meccanismi difensivi.

Allyson, 47 anni – C-PTSD

Inquadramento Diagnostico e Sintomatologia

Allyson presenta una sintomatologia dissociativa invalidante, caratterizzata da episodi di simil-svenimenti con amnesia retrograda, e una profonda alterazione dell'immagine corporea (dismorfismo di natura dissociativa: incapacità di guardarsi allo specchio per il terrore di vedervi un volto distorto). Il quadro è esacerbato da una relazione sentimentale abusante e da una recente minaccia di morte subita dal padre (fucile puntato al petto): tale episodio ha agito da trigger, riattivando memorie traumatiche precoci legate a un'infanzia vissuta in un contesto

domestico degradato e spaventante (incuria grave, cibo deteriorato, punizioni fisiche ed emotive intollerabili, minacce costanti).

Percorso Terapeutico

Sebbene non sia possibile una diagnosi formale per il genitore, la condotta descritta suggerisce un disturbo dello spettro psicotico. Per Allyson, crescere con un caregiver imprevedibile e spaventante ha significato vivere in uno stato di iper-vigilanza cronica, dove la figura che avrebbe dovuto garantire protezione rappresentava la minaccia principale. La dissociazione è emersa originariamente come unica difesa possibile per preservare l'integrità psichica. Il trattamento è stato caratterizzato da una complessa gestione della stabilità emotiva: a causa della fragilità della finestra di tolleranza, molte sedute sono state concluse 'incomplete' per evitare il *flooding* (sommersione emotiva) e il conseguente collasso dissociativo. Il lavoro si è concentrato inizialmente sulla stabilizzazione e sull'ampliamento della capacità di autoregolazione, e solo dopo mesi di preparazione è stato possibile procedere al *reprocessing* dei ricordi infantili, permettendo una graduale riduzione degli incubi e degli episodi amnesici.

Esiti

Il successo del percorso si riflette non solo nella risoluzione della sintomatologia post-traumatica e nella riduzione della dissociazione (come da DES-II), ma anche in una profonda trasformazione identitaria. Il momento apicale del trattamento è rappresentato perfettamente dal suo makeup: a 47 anni, Allyson ha potuto guardarsi allo specchio per la prima volta, presentandosi in seduta truccata. Questo simboleggia la fine della frammentazione dissociativa e la riconquista della propria dignità esistenziale.

2.1.2 Casi clinici trattati in remoto

Ali, 30 anni – MDD e Lutto Complicato

Contesto e Accessibilità al Setting

Ali risiede temporaneamente nel Sud-Est asiatico per assistere la madre malata, una condizione che renderebbe impossibile un percorso terapeutico continuativo in presenza. Il paziente afferisce al trattamento per un quadro di profonda depressione e un lutto non elaborato relativo alla morte del padre, avvenuta l'anno precedente. La sintomatologia depressiva, caratterizzata da anedonia e isolamento, affonda le radici in una prima adolescenza segnata dallo stigma sociale seguito al coming out involontario della sua omosessualità. La storia clinica di Ali è segnata, inoltre, da un matrimonio combinato, imposto dal padre per sedare le voci sulla

omosessualità del figlio e preservare l'onore familiare. Sebbene Ali descriva quel periodo come il più oscuro della sua vita, emerge inizialmente una forte resistenza nel riconoscere la responsabilità paterna. Attraverso l'applicazione dell'EMDR focalizzata sul lutto e sul senso di colpa, l'elaborazione ha permesso di recuperare un ricordo rimosso di natura traumatica: la scoperta della segreta omosessualità del padre stesso.

Percorso Terapeutico

Il *reprocessing* ha scatenato un'ondata emotiva complessa: la rabbia per l'ipocrisia paterna e per l'imposizione del matrimonio si è intrecciata a una profonda tristezza per il destino condiviso e mai verbalizzato. La vergogna assume una connotazione intergenerazionale: il padre ha proiettato sul figlio il rifiuto di una parte di sé, trasformando il legame protettivo in un vincolo coercitivo.

Esiti

Nonostante il numero limitato di sedute, l'intervento è stato sufficiente a ristrutturare la prospettiva del paziente sulla propria sessualità e sulla risposta depressiva. Una volta risolto il nucleo traumatico del lutto e della vergogna indotta, la sintomatologia anedonica è regredita, rendendo superflua l'ulteriore applicazione dell'EMDR.

Gioia, 34 anni – GAD e Gravidanza

Contesto e Accessibilità al Setting

Gioia, al quarto mese di gravidanza, si trova in regime di riposo forzato a causa di una minaccia d'aborto. Il setting remoto si è rivelato l'unico strumento possibile per garantire la continuità terapeutica in una fase di estrema vulnerabilità fisica ed emotiva. La paziente presenta un Disturbo d'Ansia Generalizzato cronico, con attacchi di panico e somatizzazioni (nausea, svenimenti), gestiti con una farmacoterapia che desidera sospendere per tutelare la salute del feto.

Percorso Terapeutico

Cresciuta con una madre affetta da disturbi dello spettro psicotico, Gioia ha sviluppato una risposta ansiosa strutturale. Il legame è dominato da un profondo senso di colpa e dal timore costante di scatenare crisi materne. La gravidanza ha agito da potente trigger identitario, innescando una doppia proiezione: il timore di ereditare la patologia della madre (diventare la

madre spaventante) e la paura simmetrica di danneggiare la propria figlia (traumatizzarla). Il trattamento EMDR si è focalizzato sulla risoluzione del trauma vicariante e sulla differenziazione identitaria. Durante il *reprocessing*, è emersa una fantasia traumatica legata a un incidente della madre (avvenuto due anni prima senza gravi esiti), vissuta internamente come un evento catastrofico. L'elaborazione ha permesso la metaforica 'uccisione' della proiezione patologica: Gioia ha potuto finalmente distinguere i comportamenti sintomatici della madre dalla sua reale capacità affettiva. Questa ristrutturazione cognitiva ha neutralizzato il senso di colpa arcaico, riducendo drasticamente l'iper-arousal ansioso.

Esiti

La risoluzione del conflitto ha permesso a Gioia di ridurre il supporto farmacologico durante la gestazione, senza scompensi. Al follow-up post-parto (due mesi), la paziente non presenta segni di ansia clinica (GAD-7 sotto il cut-off) e ha sospeso la terapia farmacologica. La ritrovata stabilità le ha permesso di integrare la madre nel nuovo ruolo di nonna, trasformando una relazione precedentemente minacciosa in una risorsa di supporto, interrompendo la trasmissione intergenerazionale del trauma.

Gianni, 35 anni – PTSD e Conflitto Bellico

Contesto e Accessibilità al Setting

Gianni resta bloccato nel suo Paese di origine a causa dell'improvvisa ripresa di un conflitto bellico cronico. Il setting virtuale si è rivelato l'unico canale di supporto possibile mentre il paziente era esposto quotidianamente a trigger traumatogeni (esplosioni, insicurezza ambientale). Gianni presenta un quadro di PTSD acuto, caratterizzato da incubi ricorrenti, iper-attivazione e scoppi di rabbia incontrollata.

Percorso Terapeutico

Il trauma presente ha riattivato ferite dell'infanzia legate all'abbandono e alla carestia. Durante i primi anni di vita, segnati da una precedente fase del conflitto, Gianni è stato affidato a parenti distanti e punitivi, vivendo in uno stato di costante terrore per l'incolumità della madre. In questo contesto di deprivazione, il cibo (nello specifico, frittelle dolci portate dalla madre durante le sue rare visite) è diventato l'unico strumento di regolazione emotiva, nonché ancoraggio a un senso di sicurezza e di affetto. All'inizio della terapia, il paziente utilizzava ancora il cibo in modo compulsivo per gestire l'arousal traumatico.

L'intervento EMDR ha operato su un doppio binario: la stabilizzazione del terrore attuale e il reprocessing dei ricordi precoci di abbandono. Il lavoro clinico ha permesso di collegare l'iperfagia attuale al bisogno arcaico di protezione. Attraverso l'installazione del Luogo Sicuro e l'elaborazione dei target legati alla figura materna e alla guerra, Gianni ha potuto integrare le emozioni di paura e rabbia. Un segnale clinico di rilievo è stata la trasformazione del desiderio compulsivo di cibo in un senso di disgusto, indicatore dell'avvenuta metabolizzazione del trauma a livello neurobiologico (modello AIP).

Esiti

Il decremento dei punteggi alla PCL-5 e alla GAD-7 è stato accompagnato da una significativa evoluzione relazionale. Risolto il nucleo traumatico, Gianni ha abbandonato i meccanismi di coping disfunzionali (fame emotiva), e la scomparsa del terrore dell'abbandono ha permesso al paziente di guardare al futuro con progettualità, superando la fobia del legame e dichiarandosi pronto al matrimonio. Il caso dimostra l'efficacia dell'EMDR nel trattare traumi complessi anche in zone di guerra, facilitando la resilienza in contesti di crisi estrema.

Cristina, 37 anni - Trauma Complesso

Contesto e Accessibilità al Setting

L'accessibilità al trattamento è condizionata dall'attività lavorativa della paziente, le cui frequenti trasferte lavorative rendono impossibile la presenza fisica in studio.

Percorso Terapeutico

Cristina presenta un quadro di Trauma Complesso (C-PTSD) caratterizzato da una iperattivazione psicofisiologica persistente. Il vissuto di inadeguatezza e l'angoscia abbandonica suggeriscono un Modello Operativo Interno di tipo insicuro-disorganizzato (Main e Solomon, 1986), in cui il sistema di accudimento è intrinsecamente legato a vissuti di minaccia. Tale ambivalenza si riflette nelle relazioni attuali (il compagno Michael) e nel legame idealizzato con uno zio paterno detenuto per una non meglio precisata condanna.

L'impiego del protocollo EMDR ha precocemente slatentizzato memorie di abusi sessuali multipli risalenti all'infanzia; tuttavia, il processo di elaborazione ha incontrato una resistenza specifica: un'amnesia selettiva per il volto del perpetratore, inizialmente ipotizzato nella figura paterna. La rivelazione della reale natura del reato dello zio ha agito come trigger catastrofico,

spingendo la paziente al di fuori della propria finestra di tolleranza. La richiesta di interrompere l'EMDR, che ne consegue, è interpretabile come una strategia di evitamento difensivo, necessaria a prevenire la frammentazione dell'Io. L'emergere di una rabbia decontestualizzata ha segnalato un violento conflitto di lealtà: l'impossibilità di integrare l'immagine dello zio amato con quella dell'abusante ha generato uno spostamento affettivo, mantenendo il senso di inadeguatezza come protezione contro l'attribuzione di colpa esterna.

Esiti

Il focus terapeutico si è spostato sulla stabilizzazione e sulla co-regolazione emotiva, sfruttando i canali non verbali e prossemici per ampliare gradualmente la capacità di modulazione degli affetti. Dopo circa 30 sedute, il consolidamento della sicurezza interna e l'espansione della soglia di tolleranza hanno permesso il superamento del blocco dissociativo. Cristina è approdata alla sintesi traumatica, riuscendo finalmente a identificare nel volto dello zio l'autore delle violenze, permettendo così l'inizio di una reale integrazione dell'esperienza vissuta. È stato inoltre concordato il passaggio ad una modalità ibrida, nel corso della stagione estiva, per garantire il contenimento dei trigger ancora irrisolti.

Tabella 1

Inquadramento clinico, NC e modalità di trattamento (N=8)

Caso	Setting	Diagnosi	Background S-E	NC (cognizione negativa)	Sessioni
1	Vis-à-vis	MDD	Basso	“sono un fallimento”	45
2	Vis-à-vis	GAD	Alto	“non sono importante”	26
3	Vis-à-vis	PTSD	Medio	“sono sola”	12
4	Vis-à-vis	C-PTSD	Medio	“sono in pericolo”	49*
5	Remoto	MDD	Basso	“non sono abbastanza”	19
6	Remoto	GAD	Alto	“sono impotente”	31
7	Remoto	PTSD	Medio	“tutti mi abbandonano”	40
8	Remoto	C-PTSD	Medio	“non sono al sicuro”	34*

* Trattamento ancora in corso o che ha richiesto una fase di stabilizzazione prolungata

Tabella 2

Parametri EMDR (SUD/VOC) e punteggi psicometrici Pre (T1) e Post (T2)

Caso	SUD (T1/T2)	VOC (T1/T2)	PCL-5 (T1/T2)	DES-II (T1/T2)	GAD-7 (T1/Y2)
1	10 / 1	1 / 6	46 / 14	41 / 16	12 / 4
2	9 / 0	1 / 6	22 / 4	29 / 12	15 / 9
3	10 / 1	1 / 7	49 / 11	48 / 14	18 / 8
4	10 / 1	1 / 6	67 / 19	60 / 17	19 / 9
5	8 / 1	1 / 6	38 / 9	9 / 6	10 / 4
6	8 / 0	1 / 7	52 / 11	16 / 6	13 / 9
7	10 / 1	1 / 7	48 / 16	15 / 7	19 / 3
8	10 / 1	1 / 5	47 / 29	28 / 15	18 / 10

SUD: Subjective Units of Disturbance (0-10); VOC: Validity of Cognition (1-7). PCL-5: PTSD Checklist; DES-II: Dissociative Experiences Scale II; GAD-7: Generalized Anxiety Disorder scale

3. Risultati

3.1 Risultati e impatto

Le evidenze raccolte confermano non solo un miglioramento sintomatologico generalizzato, ma soprattutto l'equivalenza terapeutica tra il setting in presenza e quello virtuale. Tale efficacia è documentata dalla significativa riduzione del carico traumatico, rilevata attraverso il decremento dei livelli di disagio soggettivo (SUD) e il contestuale incremento della validità della cognizione positiva (VOC), indicatori cardine del modello AIP, nonché dai risultati dei questionari auto-somministrati nuovamente al T2.

Dall'analisi comparativa dei dati (Tabella 1), emerge un dato di cruciale rilevanza metodologica: la durata dell'iter terapeutico e il numero di sessioni necessarie per l'elaborazione non sono influenzati dalla modalità di erogazione (online vs. presenza), bensì dalla complessità diagnostica intrinseca alla maggior parte delle diagnosi in comorbidità (ICD-11; WHO, 2019).

Questo risultato suggerisce che il setting remoto non necessariamente rallenti il processo di guarigione, confermando che la variabile discriminante resta la gravità dei disturbi, e non il mezzo tecnologico.

L'efficacia clinica trova un ulteriore riscontro oggettivo nei dati riportati nella Tabella 2, che sintetizza l'andamento dei punteggi nei test psicometrici all'inizio (T1) e alla fine del trattamento (T2).

In particolare:

- Il decremento della PCL-5 al di sotto del cut-off clinico certifica la risoluzione della sintomatologia post-traumatica secondo i criteri del DSM-5.
- La riduzione dei valori nel GAD-7 evidenzia come l'elaborazione dei target traumatici produca un effetto a cascata positivo sulle comorbidità ansiose, spesso erroneamente diagnosticate come disturbi primari in assenza di una prospettiva trauma-oriented.
- I risultati della DES-II documentano la sicurezza del setting virtuale: il mantenimento della stabilità dei livelli dissociativi conferma che l'applicazione del modello della finestra di tolleranza permette un monitoraggio efficace dell'arousal anche mediata dallo schermo, prevenendo scompensi iatrogeni.

In sintesi, l'integrazione sinergica tra modalità a distanza e incontri in presenza - modello ibrido - si delinea come una soluzione strategica di primaria importanza. Tale approccio non si limita

a garantire la continuità terapeutica - fattore protettivo essenziale per la stabilizzazione del paziente -, ma neutralizza le barriere logistiche che spesso compromettono la compliance al trattamento. In questa prospettiva, il setting virtuale non è più inteso come una misura emergenziale, bensì come un'estensione funzionale e rigorosa dello studio clinico tradizionale, capace di preservare intatti i parametri di sicurezza e l'efficacia del processo di elaborazione dei ricordi traumatici.

3.2 Ricerca futura, limiti e criticità

Limiti e criticità

I limiti della presente indagine si concentrano principalmente su due dimensioni: le criticità intrinseche al setting virtuale e i vincoli di validità statistica.

1. Criticità del Setting Virtuale

La modalità da remoto comporta sfide metodologiche che possono influenzare il processo clinico:

- Limitazioni percettive: la mediazione digitale restringe il campo visivo, limitando la capacità del clinico di cogliere appieno il linguaggio non verbale e le micro-reazioni corporee, elementi fondamentali per il monitoraggio del processo.
- Gestione tecnica della stimolazione (BLS): la corretta esecuzione del tapping auto-somministrato è soggetta a variazioni di velocità e intensità; ciò può incidere sull'efficacia clinica, data la distinzione funzionale tra stimolazione rapida (per l'elaborazione traumatica) e lenta (per l'installazione di risorse positive o del Luogo Sicuro).
- Variabili ambientali e tecniche: la stabilità della connessione, la sicurezza delle piattaforme digitali e la gestione di potenziali distrazioni ambientali nel contesto domestico del paziente restano variabili critiche.
- Alleanza terapeutica e contenimento: sebbene la letteratura e il presente studio confermino l'efficacia dell'online, la costruzione del legame può risultare più complessa o essere percepita come asettica. Inoltre, la gestione di fenomeni di dissociazione e abreazioni richiede cautele supplementari in assenza di una compresenza fisica per il contenimento.

2. Validità Statistica e Metodologica

Lo studio presenta limiti di generalizzabilità dovuti alla natura della casistica:

- Eterogeneità del campione: la diversità dei background socio-culturali e la variabilità della durata dei trattamenti limitano la replicabilità statistica dei risultati.
- Misure di esito: i dati si basano prevalentemente su self-report e impressioni cliniche dell' terapeuta. Per implementare la validità in ricerche future, sarebbe opportuno integrare:
 - Campioni omogenei per variabili demografiche (età, nazionalità, contesto)
 - Protocolli di follow-up standardizzati a 1 e 3 anni
 - Monitoraggio in *medias res* tramite questionari psicometrici somministrati a intervalli regolari
 - Focus su specifici cluster tematici anziché su diagnosi trasversali.

Infine, sebbene non siano emerse criticità significative in questo senso, resta aperta la questione della sensibilità culturale, necessaria per valutare se la mediazione tecnologica possa influenzare diversamente pazienti appartenenti a culture differenti.

Ricerca futura

La ricerca futura guarderà con sempre maggiore interesse all'integrazione del protocollo EMDR con le neuroscienze applicate, in particolare attraverso la Stimolazione Magnetica Transcranica (TMS); tale sinergia risulta promettente per il trattamento di quadri complessi quali il Disturbo Ossessivo-Compulsivo (OCD; Bodapati, 2025), le dipendenze patologiche (Chen et al., 2013; Terraneo et al., 2016) e la depressione farmaco-resistente (George et al. (2010), dove l'origine traumatica del sintomo suggerisce l'EMDR come valida alternativa o complemento alle terapie convenzionali (Gentile, 2013; Logozzo et al., 2023). Sebbene l'applicazione su dipendenze e OCD necessiti di ulteriori validazioni, i dati preliminari risultano estremamente incoraggianti.

Mentre la neuromodulazione non invasiva interviene sui substrati biologici della farmacoresistenza, l'integrazione metodologica tra EMDR, *Internal Family Systems* (IFS) e *Interpersonal Reconstructive Therapy* (IRT) costituisce il fulcro della personalizzazione clinica nel presente protocollo. L'evidenza empirica suggerisce che tale sinergia non rappresenti esclusivamente una linea di ricerca potenziale, ma un'architettura operativa consolidata: l'implementazione di strategie derivate da IFS e IRT si è dimostrata determinante nel superamento dei plateau terapeutici e degli stalli occorsi durante il processamento traumatico. Nello specifico, tali modelli hanno offerto il framework teorico-tecnico necessario per la

mappatura delle dinamiche relazionali e delle componenti dissociative, convertendo le resistenze al trattamento in processi di integrazione psichica.

In conclusione, se la TMS agisce sulla reattività neurobiologica, l'approccio psicoterapeutico integrato affronta la complessità del Sé, garantendo una stabilità degli esiti che valida l'efficacia del paradigma multidisciplinare nella pratica clinica.

Parallelamente, l'efficacia dell'EMDR si sta consolidando nell'ambito dell'età evolutiva e della neurodiversità, mostrando risultati significativi con bambini e adolescenti in presenza di ADHD, compromissioni sensoriali (come l'ipoacusia) o disturbi dello spettro autistico (Sanz et al., 2022).

Probabilmente, la prossima domanda a cui dovremo rispondere è relativa a come saranno influenzate le politiche sanitarie globali e la formazione dei futuri clinici. La sfida odierna risiede nel conciliare la sostenibilità dei sistemi sanitari - sia pubblici che privati - con la necessità di garantire interventi tempestivi, efficaci e scientificamente validati. L'obiettivo ultimo resta l'abbattimento della sofferenza psichica attraverso protocolli che riducano i tempi della cura, senza compromettere il rigore metodologico e la complessità della dimensione relazionale.

4. Aree grigie

Nonostante l'ampia diffusione dell'EMDR, permangono nodi teorici e metodologici che alimentano il dibattito scientifico. Tali aree grigie possono essere raggruppate in tre direttrici principali:

1. *Meccanismi di azione ed efficacia comparativa*

Il primo ordine di criticità riguarda lo statuto epistemologico del metodo: non vi è ancora un consenso unanime sui meccanismi neurofisiologici sottostanti l'efficacia della stimolazione bilaterale (Giannantonio, 2011). Inoltre, sebbene l'EMDR sia spesso descritto come più rapido rispetto ad altri approcci, il confronto con tecniche quali il *Brainspotting*, l'ipnosi, la *Flash Technique* o la terapia espositiva CBT rimane aperto. Studi comparativi suggeriscono un'efficacia sovrapponibile in diversi domini, lasciando insoluto l'interrogativo se l'EMDR rappresenti sempre l'opzione d'elezione per ogni tipologia di disturbo (Dugandzija, 2011; Giannantonio, 2007), nonostante Seidler e Wagner (2006) concludano che l'EMDR è altrettanto efficace della CBT, ma spesso più rapida e con un minore carico di stress per il paziente.

2. *Eterogeneità dei protocolli e validità a lungo termine*

Una sfida significativa è rappresentata dalla mancanza di una standardizzazione rigorosa circa la durata ottimale del trattamento. La variabilità del 'mezzo' (in presenza vs. digitale) solleva dubbi sulla profondità del processo elaborativo. Inoltre, la letteratura lamenta una carenza di studi di follow-up a lungo termine che possano confermare la stabilità dei risultati nel tempo, rendendo talvolta difficile decretare l'efficacia assoluta del metodo in assenza di dati longitudinali solidi.

3. *Applicazioni in popolazioni speciali e in contesti di fragilità*

L'applicazione dell'EMDR in ambiti quali la terapia di coppia, il deterioramento cognitivo (demenze primarie) e le disabilità intellettive (Sindrome di Down, spettro autistico grave, condizioni neurologiche acquisite) necessita ulteriori validazioni.

In contesti di compromissione comunicativa o barriere linguistiche, sono state ipotizzate soluzioni adattive:

- Storytelling clinico: utilizzo della narrazione - relativa al trigger di riferimento - da parte del terapeuta o del caregiver, mentre il paziente esegue la stimolazione, permettendo l'elaborazione emotiva senza necessità di espressione verbale diretta.

- Adattamenti per l'ADHD: impiego di set più brevi e stimolazioni sensoriali calibrate, per gestire l'iperattività e i deficit attentivi.

4. La Sfida del Setting Virtuale

Infine, persistono riserve sulla modalità digitale, legate non solo alla sicurezza dei dati e alla stabilità della connessione, ma soprattutto alla tenuta dell'alleanza terapeutica e alla gestione delle emergenze cliniche (dissociazione o crisi acute) in assenza di compresenza fisica. Una possibile strategia prudenziale consiste nel riservare il setting virtuale a pazienti già noti al clinico, sebbene ciò rischi di limitare l'accessibilità al trattamento per coloro che risiedono in aree geograficamente isolate o si trovino temporaneamente impossibilitati a recarsi presso lo studio del clinico di riferimento.

5. Visioni di minoranza

Nonostante il consolidamento dell'EMDR come terapia *evidence-based*, permangono visioni critiche e dibattiti aperti che meritano un'analisi approfondita:

1. *Limiti di Efficacia e Protocolli Alternativi*

Una delle principali obiezioni riguarda l'efficacia dell'EMDR in presenza di quadri clinici di elevata complessità, quali i disturbi di personalità, le dipendenze patologiche, le fobie specifiche e il disturbo bipolare in comorbidità. In questi contesti, il protocollo standard può risultare insufficiente o richiedere adattamenti significativi. A tale scopo, la letteratura ha sviluppato strumenti integrativi come il Toolbox (Knipe, 2014), che ha mostrato risultati eccellenti nella gestione dei meccanismi di difesa e della disregolazione emotiva in pazienti complessi.

2. *"False Memorie" e Valore Clinico del Ricordo*

Un punto spesso dibattuto riguarda l'accuratezza dei ricordi rievocati durante l'elaborazione. Sebbene la ricerca si interroghi sulla potenziale creazione di "false memorie", da un punto di vista clinico la priorità risiede nella risoluzione della sintomatologia attuale. Spesso, una memoria distorta rappresenta il tentativo della mente di gestire un evento reale non immagazzinabile attraverso i processi mnemonici standard, a causa dell'alto impatto traumatico; l'obiettivo terapeutico, dunque, non è la verità storica assoluta, ma la neutralizzazione del carico emotivo disturbante.

3. *Sicurezza e Contenimento nel Setting Virtuale*

Le preoccupazioni relative alla perdita di efficacia dello stimolo mediato dallo schermo e al minor contenimento delle abreazioni (crisi emotive) rappresentano sfide concrete per la terapia online. Sebbene il presente studio, in linea con la letteratura recente, suggerisca l'equivalenza dei risultati, tali timori possono guidare i clinici - specialmente i neofiti - verso una gestione più prudente del setting:

- Selezione dei pazienti: valutazione rigorosa di indicatori di psicosi, tendenze dissociative e tratti di personalità prima di procedere con l'EMDR da remoto.
- Protocollo di Emergenza: è essenziale definire e condividere con il paziente, prima dell'inizio del trattamento, una procedura di sicurezza chiara (disponibilità di un contatto di emergenza o supporto logistico immediato), garantendo così una gestione sicura di eventuali fenomeni di dissociazione o scompensi acuti.

In conclusione, l'analisi delle aree grigie, delle posizioni critiche e delle complessità metodologiche non deve essere intesa come un limite intrinseco del setting virtuale, quanto piuttosto come una mappa necessaria per il rigore clinico. Sebbene permangano interrogativi sulla gestione della dissociazione profonda o sulla parziale perdita di alcuni canali di comunicazione non verbale, i dati raccolti dimostrano che la variabile discriminante non è il mezzo digitale, ma la competenza del clinico nel co-costruire uno spazio sicuro e monitorato. Tale competenza permette di regolare l'attivazione del paziente entro la sua finestra di tolleranza, garantendo la continuità della cura e l'efficacia del processo di elaborazione. Il setting remoto si configura, dunque, non come una sottrazione di presenza, ma come una nuova frontiera della flessibilità terapeutica, validata dalla stabilità dei risultati ottenuti.

6. Conclusioni

In un'epoca in cui il benessere psicologico rappresenta una sfida collettiva senza precedenti, la tempestività diagnostica e l'immediatezza dell'intervento si confermano variabili determinanti per l'intero arco di vita.

Dalla stabilizzazione precoce dei disturbi dello sviluppo nell'infanzia al trattamento dei quadri post-traumatici e depressivi nell'adulto, l'accesso a protocolli d'elezione come l'EMDR segna il confine tra un'esistenza segnata dall'evitamento e dall'isolamento - o, nei casi più drammatici, dal rischio suicidario - e il recupero della propria dignità esistenziale.

Pur riconoscendo le sfide metodologiche ancora aperte, l'applicazione dell'EMDR da remoto non può più essere considerata una semplice alternativa emergenziale, ma un vero e proprio imperativo etico. Essa rappresenta il ponte necessario tra la tradizionale 'stanza di terapia' e le nuove frontiere della salute mentale digitale.

Istituzioni, Governi e clinici sono dunque chiamati a una responsabilità inderogabile: abbattere le barriere d'accesso e normalizzare la cura digitale. Ignorare questa evoluzione significa, di fatto, negare un'opportunità di guarigione scientificamente validata che oggi è a portata di mano, separata dal paziente soltanto dallo spazio di uno schermo.

Bibliografia

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. N. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Lawrence Erlbaum Associates.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (5a ed.; DSM-5). Raffaello Cortina.
- Benjamin, L. S. (2003). *Interpersonal reconstructive therapy: Promoting change in nonresponders*. Guilford Press.
- Bodapati, N. V. S. B. (2025). *Transcranial Magnetic Stimulation in Obsessive-Compulsive Disorder and Adolescent Depression: A Systematic Review of Efficacy, Safety, and Predictors of Treatment Response*. *Cureus*, 17(9)
- Boszormenyi-Nagy, I., & Spark, G. M. (1973). *Invisible loyalties: Reciprocity in intergenerational family therapy*. Harper & Row.
- Bowlby, J. (1989). *Una base sicura. Applicazioni cliniche della teoria dell'attaccamento*. Raffaello Cortina.
- Carlson, E. B., & Putnam, F. W. (1993). An update on the Dissociative Experiences Scale. *Dissociation: Progress in the Dissociative Disorders*.
- Chen, B. T., Yau, H. J., Hatch, C., Boehm, I., Margolis, E. B., Otaka, M., & Bonci, A. (2013). Rescuing cocaine-induced prefrontal cortex hypoactivity prevents compulsive cocaine seeking. *Nature*, 496 (7445), 359-362.
- Dugandzija, B. (2011). *EMDR in the treatment of post-traumatic stress disorder: A review*. EMDR Milano.
- EMDR International Association (EMDRIA). (2020). *Guidelines for Virtual EMDR Therapy*. www.emdria.org
- Faretta, E. (2012). EMDR and cognitive-behavioural therapy in the treatment of panic disorder: A comparison. *Rivista di Psichiatria*, 47 (2 Suppl. 1), 19S-25S. doi.org
- Fisher, J. (2017). *Healing the fragmented selves of trauma survivors: Overcoming self-alienation*. Routledge.
- Fisher, N. (2021). Using EMDR therapy to treat clients remotely. *Journal of EMDR Practice and Research*, 15(1), 73-79. doi.org
- Gentile, G. (2013). EMDR e disturbi d'ansia: Il trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo. *Rivista di Psicoterapia EMDR*, 12, 14-22.
- Gentile, G., Forza, G., & Da Ros, A. (2023). *Efficacia dell'EMDR nel disturbo depressivo maggiore*. Centro Soranzo. https://www.centrosoranzo.it/pdf/MDD_12_2013_gentile_et_al_finale.pdf
- George, M. S., et al. (2010). *Daily left prefrontal transcranial magnetic stimulation therapy for major depressive disorder: a sham-controlled randomized trial*. *Archives of General Psychiatry*, 67(5), 507-516
- Giannantonio, M. (2001). EMDR e psicoterapia del disturbo post-traumatico da stress: Considerazioni critiche e linee di tendenza. *Rivista di Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 1, 5-23.
- Giannantonio, M. (2007). *Psicoterapia del trauma con l'EMDR*. Eclipsi.
- Giannantonio, M. (2011). *Traumi psicologici e ferite dell'anima*. Eclipsi.
- Giusti, S., & Giannini, M. (2013). Eye movement desensitization and reprocessing: A critical analysis. *Rivista di Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 19(3), 795-818. doi.org
- Gonzalez, A., & Mosquera, D. (2012). *EMDR and dissociation: The progressive approach*. Ediciones Pléyades.

- Hase, M., Balmaceda, U. M., Ostacoli, L., Hofman, A., & Hofmann, A. (2015). EMDR therapy of currently depressed patients. *International Journal of Psychotherapy*, 19(1), 46-56.
- Hase, M., Schallmayer, S., & Sack, M. (2008). The efficacy of EMDR in residential treatment for alcohol dependence. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 75-84.
- Istituto Beck. (n.d.). *Disturbo post-traumatico da stress*. <https://www.istitutobeck.com/disturbo-post-traumatico-da-stress>
- Kaptan, S. K., Kaya, Z. M., & Akan, A. (2024). Addressing mental health need after COVID-19: A systematic review of remote EMDR therapy studies as an emerging option. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1336569>
- Knipe, J. (2014). *EMDR toolbox: Theory and treatment of complex PTSD and dissociation*. Springer Publishing.
- Loftus, E. F. (2003). Make-believe memories. *American Psychologist*, 58 (11), 867-873.
- Logozzo, F., et al. (2023). Repetitive transcranial magnetic stimulation and EMDR in treatment-resistant OCD. *Journal of Clinical Medicine*, 12 (16). doi.org
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95–124). Ablex Publishing.
- Mosquera, D. (2019). *Working with parts in EMDR*. Institute for Creative Mindfulness.
- Ogden, P., Minton, K., & Pain, C. (2006). *Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy*. W. W. Norton & Co.
- Ostacoli, L., et al. (2018). Comparison of EMDR and CBT in patients with depressive disorders: A randomized clinical trial. *Frontiers in Psychology*, 9. doi.org
- Sanz, V., et al. (2022). EMDR therapy in children and adolescents with autism spectrum disorder: A systematic review. *Frontiers in Psychology*, 13.
- Schore, A. N. (2003). *Affect dysregulation and disorders of the self*. W. W. Norton & Company.
- Schwartz, R. C. (1995). *Internal family systems therapy*. Guilford Press.
- Seidler, G. H., & Wagner, F. E. (2006). *Comparing the efficacy of EMDR and trauma-focused cognitive-behavioral therapy in the treatment of PTSD: a meta-analytic study*. *Psychological Medicine*, 36(11), 1515-1522
- Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1975). *Paradosso e controparadosso*. Feltrinelli.
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2 (2), 199-223.
- Shapiro, F. (2001). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic Principles, Protocols, and Procedures* (2nd ed.). Guilford Press.
- Shapiro, F., Kaslow, F. W., & Maxfield, L. (2007). *Handbook of EMDR and family therapy processes*. Wiley.
- Shapiro, F. (2017). *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy: Basic principles, protocols, and procedures* (3rd ed.). Guilford Press.
- Shapiro, F., & Maxfield, L. (2019). The efficacy of EMDR early interventions. *Journal of EMDR Practice and Research*, 13(4), 291-301. doi.org

- Siegel, D. J. (1999). *The developing mind: Toward a neurobiology of interpersonal experience*. Guilford Press.
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of internal medicine*, 166 (10), 1092-1097.
- Terraneo, A., Leggio, L., Saladini, M., Ermani, M., Bonci, A., & Gallimberti, L. (2016). Repetitive transcranial magnetic stimulation of the dorsolateral prefrontal cortex reduces cocaine use: a pilot study. *European Neuropsychopharmacology*, 26 (1), 37-44.
- The British Journal of Psychiatry. (2020). Themed issue: Disasters and trauma. *The British Journal of Psychiatry*, 216(3), 129-131. <https://doi.org/10.1192/bjp.2020.43>
- Todder, D., & Kaplan, Z. (2007). Rapid eye movement desensitization and reprocessing for panic disorder: A case series. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(3), 261-263.
- Wandernoth, P., et al. (2022). Telehealth EMDR: Efficacy and considerations for depression and anxiety. *Frontiers in Psychology*.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication*. W. W. Norton & Co.
- Weathers, F. W., et al. (2013). The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5). National Center for PTSD.
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/>