

Intervento EMDR di gruppo per la riduzione dello stress percepito in genitori con figli disabili: studio di efficacia

Franco Bin¹, Viviana Langher², Daniela Marchetti³, Rosa Disnan, Maria Michaela Bin⁴, Lorenzo Beltrame⁵

1Direttore della SC di Neuropsichiatria Infantile dell'Azienda Sanitaria Universitaria Friuli Centrale di Udine

Dipartimento di Neuroscienze - Dottorato in Psicopatologia e Funzionamento Mentale: Metodi di Ricerca in ambito Forense, Università La Sapienza di Roma

2Dipartimento di Psicologia Dinamica e Clinica e della Salute, Università La Sapienza di Roma

3Dipartimento di Scienze Teritoriali Psicologiche e della Salute "G. d'Annunzio" Università di Chieti-Pescara

4Medicina e Chirurgia dell'Università di Siena

5Educatore professionale Università di Udine

Riassunto

Premessa

La grave disabilità rappresenta un fattore di elevato stress familiare correlato non solo alla cura, ma anche alla scarsa conoscenza delle procedure di cura dei propri familiari. In letteratura scientifica non sono presenti studi sull'utilizzo di interventi di gruppo EMDR per ridurre lo stress genitoriale/caregiver. L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) è un intervento terapeutico che può essere utilizzato anche per trattare problemi correlati allo stress e si basa sul modello di elaborazione adattiva delle informazioni (AIP).

Obiettivi

- a) verificare l'efficacia dell'intervento di gruppo EMDR nel ridurre lo stress percepito nei familiari di minori con grave disabilità;
- b) rilevare una possibile riduzione di alcuni aspetti psicopatologici legati alla gestione quotidiana della relativa disabilità.

Metodi

Questa ricerca ha coinvolto 15 genitori con figli a carico della Neuropsichiatria Infantile di Udine con diagnosi importanti nell'ambito della disabilità infantile. Sono state condotte 10 sedute da 90-100 min ciascuna, a cadenza quindicinale, secondo il protocollo di gruppo EMDR da due terapisti EMDR qualificati e da un educatore professionista. Prima dell'inizio della prima seduta, ai partecipanti sono stati somministrati la PSS (Stress Perception Scale) e la SCL-90 (per la valutazione di alcune componenti psicopatologiche). Al termine delle 10 sedute, sono state somministrate le stesse scale insieme a un questionario di soddisfazione.

Risultati

I risultati hanno dimostrato un importante miglioramento nello stress percepito e in alcune componenti psicopatologiche, come emerso sulla SCL-90.

Conclusione

L'intervento di gruppo EMDR sembra essere un approccio efficace nel ridurre lo stress percepito dai caregiver di persone disabili ed è utile nel ridurre l'ansia e aumentare l'umore correlato al carico di lavoro e all'incertezza sul futuro dei loro familiari.

Introduzione

L'EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) (Shapiro, 2001, 2011) è un noto trattamento evidence based raccomandato da numerose linee guida, ad esempio dall'American Psychiatric Association (2004), per la cura del PTSD e dei ricordi traumatici. Numerosi studi hanno inoltre riportato l'efficacia del trattamento EMDR per il PTSD esordito nello specifico in seguito a disastri naturali come l'Uragano Andrew, l'Uragano Iniki e il terremoto nella regione di Marmara in Turchia.

L'EMDR sembra aver dimostrato la sua efficacia anche con bambini e adolescenti traumatizzati, risultando essere ancora più rapido (Greenwald, 2000).

La procedura standard dell'EMDR è costituita da otto fasi che comprendono elementi "non specifici" che riguardano la relazione paziente-terapeuta, elementi "specifici", ovvero i movimenti oculari o le altre stimolazioni, e elementi ricavati da altre tradizioni cliniche, come le installazioni di risorse, le visualizzazioni, l'uso delle immagini, l'assessment cognitivo (Giannantonio, 2009b).

La caratteristica fondamentale è che, all'interno di un piano psicoterapeutico globale, attraverso un lavoro di stimolazione bilaterale, mentre il paziente si concentra sulla parte disturbante del ricordo traumatico, è possibile ottenere, in modo rapido ed efficace, la desensibilizzazione e la rielaborazione di ricordi traumatici (Fernandez, Maxfield, Shapiro, 2009). La desensibilizzazione e la rielaborazione di ogni aspetto del ricordo traumatico e dei ricordi connessi

permette di integrare i ricordi traumatici, di creare associazioni più adattive e di dare origine ad una ristrutturazione cognitiva ed emotiva (Giannantonio, 2009b).

Dal punto di vista teorico, l'EMDR parte dal presupposto che tale procedura abbia la capacità di attivare un meccanismo neuropsicologicamente innato, tipico di ogni persona, che è quello dell'elaborazione dell'informazione (Fernandez, Maxfield, Shapiro, 2009), ovvero "alcuni tipi di stimolazioni prodotte dal terapeuta all'interno di un campo di attenzione duale, con l'attenzione rivolta contemporaneamente da un lato a uno stimolo esterno prodotto dal terapeuta, dall'altro al flusso dell'elaborazione mentale, attivano un efficace processo di elaborazione accelerata ed ecologica delle informazioni" (Giannantonio, 2009, p.210). Si parte dunque dal presupposto che il paziente possieda le risorse utili per l'elaborazione emotiva e cognitiva di un ricordo traumatico, e che il terapeuta abbia il ruolo di facilitare tale processo (Dworkin, 2010).

La scoperta di Francine Shapiro, avvenuta nel 1987, ha sfidato i tradizionali trattamenti clinici per la cura del trauma, e dopo poco più di vent'anni continua a stupire, ad essere oggetto di cura e di ricerca e a dimostrare il suo successo e la sua efficacia. In realtà, in origine, l'EMDR, era stato respinto dalla comunità scientifica, ma gli studi randomizzati sono riusciti a dimostrarne la sua efficacia. Oggi l'EMDR si è affermato come il trattamento più efficace per il PTSD, riuscendo a dimostrare la sua efficacia non solo nella risoluzione dei ricordi traumatici, ma anche nella capacità di produrre cambiamenti globali e più adattivi. Inoltre, molti terapisti, utilizzano l'EMDR non solo per la cura del PTSD, ma anche per altri disturbi clinici, come i disturbi d'ansia, i disturbi di somatizzazione, i disturbi dissociativi, i disturbi alimentari, i disturbi dell'umore, i disturbi sessuali. L'utilizzo dell'EMDR per tutti i disturbi clinici, ad eccezione del PTSD, è considerata attualmente la parte più sperimentale e le ricerche e gli studi clinici sono ancora in corso. Nonostante l'EMDR abbia avuto un grande successo, ha ancora una lunga strada da percorrere (Maxfield, 2009).

Nell'ambito delle terapie di gruppo, a seguito dell'uragano Pauline in Messico che ha provocato 230-500 morti e 300.000 sfollati, nel 1997, un gruppo di terapisti EMDR, Ignacio Jarero e Lucina Artigas si sono ritrovati ad affrontare l'evento traumatico e successivamente i membri della Mexican Association for Mental Health Support in Crisis hanno sviluppato un protocollo per riuscire a far fronte a tale catastrofe. Nasce così EMDR-IGTP (Eye Movement Desensitization and Reprocessing- Intergrative Group Treatment Protocol).

EMDR di gruppo è un intervento che *"combina un protocollo di gruppo con una stimolazione bilaterale autosomministrata (abbraccio a farfalla) e usa le 8 fasi dell'EMDR"* (Maxfield, 2008).

Questa tecnica è stata utilizzata nell'ambito della psicologia dell'emergenza ed in letteratura sono presenti studi che dimostrano l'efficacia e utilità di questo intervento (Maxfield, 2008; Fernandez, 2004).

EMDR-IGTP è stato poi anche adattato successivamente da Maslovaric e Fernandez (2015). Infatti in Italia, in seguito a disastri sia naturali sia provocati dall'uomo, l'EMDR di gruppo è stato implementato. Questo intervento è stato applicato a diversi livelli di esposizione all'evento traumatico e a differenti fasce d'età.

Il trattamento con EMDR-IGTP mira a facilitare la gestione e l'elaborazione del materiale traumatico presente dopo l'evento, offrendo inoltre supporto e trattando il maggior numero di persone all'interno di un medesimo contesto.

Il trattamento è rivolto a gruppi di persone omogenee o gruppi pre-esistenti all'evento ed è applicabile sia in fase acuta (0-3 mesi dall'evento) che in fase cronica (dopo i 3 mesi).

Un ambito in via di sviluppo è l'uso di questa metodica in gruppi terapeutici a tematica specifica. In letteratura, sono riportate poche esperienze, ma il protocollo di gruppo è ampiamente usato nei gruppi con adulti con patologie degenerative e bambini soggetti a eventi traumatici o con disabilità importati. Per esempio, lo studio preliminare di Passani et al. (2016) sui caregivers di pazienti con demenza, progetti che riguardano genitori con bambini con disabilità (Incerti A., Rossi F.), bambini sottoposti a intervento chirurgico per craniostenosi (Di Carlo S., Finocchiaro C.Y, Lemmo A.), bambini con lo spettro autistico (Gullo R., Maslovaric G., Renna A.).

La grave disabilità rappresenta un fattore di elevato stress familiare correlato non solo alla cura, ma anche alla scarsa conoscenza delle procedure di cura dei propri familiari. In letteratura scientifica non sono presenti studi sull'utilizzo di interventi di gruppo EMDR per ridurre lo stress genitoriale/caregiver.

Questo studio ha principalmente lo scopo di verificare l'efficacia dell'intervento di gruppo EMDR nel ridurre lo stress percepito nei familiari di minori con grave disabilità e nello stesso tempo rilevare una possibile riduzione di alcuni aspetti psicopatologici legati alla gestione quotidiana della disabilità.

Metodo e Materiali

Questa ricerca ha coinvolto 15 genitori con figli a carico della Neuropsichiatria Infantile di Udine con diagnosi importanti nell'ambito della disabilità infantile. Il percorso terapeutico è stato proposto a 20 genitori, ma hanno aderito 15. Ai partecipanti sono state spiegate le finalità del trattamento, le modalità di svolgimento delle sedute, i questionari pre e post ed è stato firmato un consenso scritto.

Sono state condotte 10 sedute da 90-100 min ciascuna, a cadenza quindicinale, secondo il protocollo di gruppo EMDR da due terapisti EMDR qualificati e da un educatore professionista.

Prima dell'inizio del primo incontro, ai partecipanti sono stati somministrati la PSS (Stress Perception Scale) e la SCL-90 (per la valutazione di alcune componenti psicopatologiche) in una seduta individuale all'interno della quale è stata

spiegata nel dettaglio la procedura EMDR di gruppo, sono stati raccolti i dati, è stato installato il POSTO SICURO e somministrati i questionari. Al termine delle 10 sedute, sono stati risomministrati i test ed il questionario di gradimento. Ogni seduta era strutturata in questo modo: 20-30 min di Psicoeducazione; 40 min di seduta di gruppo EMDR; 20-30 min di riflessioni e discussione.

I temi psicoeducativi che sono stati trattati riguardavano la Disabilità in generale, le leggi di tutela (L. 104, Invalidità, L.68), l'organizzazione dei servizi territoriali, la gestione dei comportamenti problema ed altri argomenti su richiesta dei genitori.

Questionari utilizzati

SCL-90 (Symptoms Checklist-90, Derogatis L.R., 1973 – Adattamento Italiano a cura di Sarno I., et al., 2011)

La *SCL-90* è un questionario autosomministrato che valuta un ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici, misurando tanto i sintomi internalizzanti (depressione, somatizzazione, ansia) che quelli esternalizzanti (aggressività, ostilità, impulsività). Validato in un campione ampio di età compresa tra i 13 e 70 anni. E' un questionario a 90 item su una scala Likert da 0 a 4 che valuta 10 dimensioni sintomatologiche primarie. In generale si considerano di interesse clinico i punteggi medi uguali o maggiori a 1 per ogni singola area.

- *Somatizzazione (SOM)*: riflette il disagio legato alla percezione di disfunzioni corporee (apparati cardiovascolare, gastrointestinale, respiratorio, ecc);
 - *Ossessività-Compulsività (OSS)*: si focalizza sui pensieri, impulsi e azioni sperimentati come persistenti e irresistibili, di natura egodistonica o indesiderati;
 - *Ipersensibilità interpersonale (INT)*: valuta i sentimenti di inadeguatezza e inferiorità;
 - *Depressione (DEP)*: include sentimenti di disperazione, pensieri suicidari e altri correlati cognitivi e somatici della depressione;
 - *Ansia (ANX)*: comprende segni generali di ansia come nervosismo, tensione, tremori così come attacchi di panico e sensazione di terrore;
 - *Ostilità (HOS)*: riflette pensieri, sentimenti, comportamenti caratteristici di uno stato affettivo negativo di rabbia;
 - *Ansia fobica (PHOB)*: è definita come una persistente reazione di paura a una specifica persona, luogo, oggetto o situazione, percepita come irrazionale o sproporzionata;
 - *Ideazione paranoide (PAR)*: pensiero proiettivo, ostilità, sospettosità, grandiosità, riferimento a sé, paura di perdere l'autonomia e deliri;
 - *Psicoticismo (PSY)*: rappresenta il costrutto come una dimensione continua dell'esperienza umana e contiene item indicativi di ritiro e isolamento così come i sintomi di primo rango della schizofrenia.
 - *Disturbi del sonno (SLEEP)*: riguarda insonnia, sonno disturbato, risveglio precoce.
- Nel nostro campione abbiamo valutato anche:
- *Global Severity Index (GSI)*: indicatore globale dell'intensità attuale del disagio psichico percepito dal soggetto.

PSS (Perceived Stress Scale, Cohen S., et al., 1983 e 1988 – Traduzione italiana a cura di Andrea Fossati, Vita-Salute San Raffaele University of Milano, 2010)

La Perceived Stress Scale (PSS; Scala per lo Stress Percepito) è lo strumento psicologico più utilizzato per misurare la percezione dello stress. Consta di 10 items ed è basata su una scala Likert da 0 a 4. Un punteggio totale maggiore di 27 è clinicamente significativo ed individua un sovraccarico di stress che influisce negativamente sul benessere psicofisico.

Questionario di gradimento

Il questionario utilizzato è basato su una scala Likert da 1 a 5 ed ha indagato la soddisfazione riguardante i trattamenti ricevuti, il luogo, la durata, le abilità del terapeuta e la soddisfazione generale.

Risultati

La tabella 1 evidenzia le caratteristiche del campione sottoposto alle sedute EMDR. Il gruppo era omogenei per sesso, età, fratria, scolarizzazione e nazionalità. Evidente la differenza rispetto all'occupazione tra maschi e femmine. Nella tabella 2 sono riportate le diagnosi riferite dei figli.



Tabella 1

	Maschi	Femmine	Globale
Numerosità	7	8	15
Età	37,14 (3,58)	36,25 (6,29)	36,66 (5,05)
Figli	1,83 (0,82)	2,17 (0,64)	2 (0,7)
Istruzione	12,28 (3,45)	13,62 (3,21)	13 (3,27)
Nazionalità	Italiana	Italiana	Italiana
Occupazione	7 Occupati	3 Occupate 5 Casalinghe	10 Occupati 5 Casalinghe

Tabella 2

Diagnosi	Numero
Dist. Spettro Autismo	5
Sindrome di Down	2
Sindrome genetiche rare	3
Ritardo Mentale NAS	5
Tot	15

La tabella seguente riporta i valori ottenuti alla scale dello stress percepito ad inizio trattamento ed alla fine dei 10 incontri. Anche i vari parametri della SCL-90 sono riportati con i valori ad inizio e fine degli interventi EMDR di gruppo. Si ricorda che un punteggio superiore a 27 per la PSS è considerato clinicamente significativo. Per i parametri del SCL-90 un valore superiore ad 1 è clinicamente significativo. In colore diverso sono riportati i valori significativi delle varie dimensioni psicopatologiche. La tabella n. 4 riporta i parametri considerati divisi per sesso prima e dopo gli interventi.

Tabella 3

Parametro	Gruppo t0	Gruppo t10
PSS	33,33 (2,41)	22,86 (1,88)
SCL-90		
• GSI	1,31 (1,13)	0,72 (0,05)
• SOM	1,15 (0,22)	0,54 (0,19)
• OSS	0,47 (0,14)	0,42 (0,11)
• INT	1,49 (0,17)	0,45 (0,21)
• DEP	2,59 (0,31)	1,33 (0,26)
• ANX	3,06 (0,39)	1,44 (0,27)
• SLEEP	2,21 (0,54)	0,99 (0,25)

Tabella 4

Parametro	Gruppo t0		Gruppo t10	
	Maschi	Femmine	Maschi	Femmine
PSS	34,28 (1,49)	32,5 (2,83)	23 (1,53)	22,75 (2,25)
SCL-90				
• GSI	1,26 (1,13)	1,33 (0,12)	0,69 (0,05)	0,74 (0,04)
• SOM	1,03 (0,23)	1,24 (0,16)	0,63 (0,19)	0,45 (0,17)
• OSS	0,41 (0,07)	0,52 (0,16)	0,4 (0,09)	0,44 (0,13)
• INT	1,42 (0,16)	1,56 (0,15)	0,51 (0,22)	0,38 (0,19)
• DEP	2,49 (0,23)	2,69 (0,35)	1,15 (0,19)	1,49 (0,19)
• ANX	3,03 (0,34)	3,08 (0,45)	1,39 (0,17)	1,47 (0,34)
• SLEEP	2,19 (0,69)	2,22 (0,42)	0,87 (0,31)	1,08 (0,14)

Ai partecipanti, a fine corso, è stato chiesto quali sono state le loro impressioni e riflessioni rispetto al percorso oltre alla compilazione del questionario di gradimento. Di seguito vengono riportati sia le riflessioni emerse sia le valutazioni al test di gradimento. Per quanto riguarda il grado di soddisfazioni, i risultati sono riportati nella tabella n. 6.

Tab. 5: Riflessioni a fine corso

Riflessioni	Numero
Maggiore consapevolezza	15
Meno spaventati del futuro	12
Più informazioni per intervenire	15
Meno soli e più condivisione	13
Trovato aiuto reciproco	15
Necessità di voler continuare con gruppo autogestito	15

Tabella 6. Livello di soddisfazione

Articolo	Valore
Soddisfazione generale	5
Utilità delle sessioni	5
Orario della sessione	5
Organizzazione generale	5
Luoghi	5
Strumenti utilizzati	5
Temi spiegazione	5
Abilità dei terapeuti	5
Gestione delle sessioni	5
Informazione ricevuta	5
Conoscenza prima dell'inizio sessioni	1
Conoscenza a fine sessioni	4

Scala Likert: 1 Non soddisfatto; 2 Poco soddisfatto; 3 Soddisfatto; 4 Abbastanza soddisfatto; 5 Molto soddisfatto

Discussione

Il campione considerato ha coinvolto in modo eguale i padri e le madri, ma la differenza che si registra riguarda l'occupazione delle madri che probabilmente risultano maggiormente ingaggiate nella cura dei propri figli, a discapito della carriera lavorativa. Un dato che non compare nella tabella riguarda il livello di istruzione generale che è maggiore nelle madri in quanto tra i partecipanti del gruppo risultavano più madri laureate che padri laureati. Nelle discussioni a fine sessione spesso sono emersi sentimenti di rammarico da parte delle donne che dichiaravano di aver rinunciato ad una carriera lavorativa per il bene dei propri figli.

Considerando i risultati riportati in tabella 2 interfacciandoli con quelli riportati in tabella 3, si può constatare che il livello di stress percepito appare alto prima dell'inizio del percorso, mentre a fine percorso il punteggio totale è al di sotto del valore critico (cut off 27). Interessanti i risultati del valore dello stress percepito in relazione al sesso (tabella 3). Si osserva che i padri risultano più stressati dalle madri anche se il maggior carico assistenziale ricade sulle madri ed anche a fine percorso risulta una lieve differenza del punteggio nei maschi rispetto alle femmine, seppur al di sotto del valore soglia. Rispetto agli aspetti psicopatologici rilevati con SCL-90, si ricorda che sono stati considerati solo i parametri che presentavano un valore medio superiore a 1. Fa eccezione a questo il parametro dell'ossessività che comunque è risultato al di sotto di 1 sia prima che dopo il percorso seguito.

L'indicatore globale del disagio percepito (GSI) appare clinicamente significativo e maggiormente presente nelle madri (Tabella 3) come pure i sintomi di somatizzazione (SOM), ma quest'ultimo ha un valore molto più basso nelle madri a fine percorso (Tabella 3). Lo stesso andamento del parametro sommatizzazione lo si riscontra per i sentimenti di inadeguatezza (INT) che si riducono maggiormente nelle madri dopo le 10 sedute. I parametri legati alle tensioni, irritabilità, ansia (ANX), i sintomi della depressione (DEP) e disturbi del sonno (SLEEP) presentano punteggi molto alti all'inizio delle sedute, mentre si riducono dopo il percorso. Si segnala che alcuni sintomi d'ansia e depressivi permangono seppur con una riduzione significativa ed in modo particolare nelle madri. I disturbi del sonno invece rientrano, dopo il percorso, nei padri, mentre permangono nelle madri anche se presentano una riduzione.

Le riflessioni che maggiormente sono state riportate (Tabella 5) a fine percorso hanno riguardato il tema della consapevolezza del carico di assistenza, il futuro (il dopo di noi), il sentirsi supportati e meno soli che testimoniano l'efficacia del percorso stesso confermato anche dai punteggi ottenuti al test di gradimento somministrato a fine sessione, riportati nella tabella 6.



Conclusioni

Questa ricerca, seppur nell'esiguità del campione, testimonia che un intervento di gruppo EMDR risulta essere un approccio efficace nel ridurre lo stress percepito dai caregiver di persone disabili e permette una riduzione di alcuni sintomi d'ansia e depressivi correlati al carico di lavoro e all'incertezza sul futuro dei loro familiari. Nel nostro campione, i benefici migliori vengono esperiti dai padri rispetto alle madri in modo particolare per quanto riguarda i sintomi depressivi, ansiosi e i disturbi del sonno. Viceversa, i sintomi da somatizzazioni sono maggiormente presenti nei padri.

Bibliografia

- American Psychiatric Association. (2004). Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines;
- Artigas, L., Jarero, I., Mauer, M., López Cano, T., & Alcalá, N. (2000). EMDR and traumatic stress after natural disasters: Integrative treatment protocol and the butterfly hug. In Poster presented at the EMDRIA Conference, Toronto, Ontario, Canada.
- Fernandez, I. (2007). EMDR as treatment of post-traumatic reactions: a field study on child victims of an earthquake. *Educational and Child Psychology*, 24(1), 65.
- Fernandez, I., (2017). Terremoto e ferite dell'anima: come affrontare le macerie emotive. *Psicologia Contemporanea*, 261(3), 16-21.
- Fernandez, I., Gallinari, E., & Lorenzetti, A. (2004). A school-based intervention for children who witnessed the Pirelli building airplane crash in Milan, Italy. *Journal of Brief Therapy*, 2, 129-136.
- Jarero I., Artigas L., Hartung J. (2006), EMDR Integrative Group Treatment Protocol: a post disaster trauma intervention for children and adults. *Traumatology*, 12, 121- 129.
- Jarero, I., & Artigas, L. (2010). The EMDR integrative group treatment protocol: Application with adults during ongoing geopolitical crisis. *Journal of EMDR Practice and Research*, 4(4), 148-155.
- Jarero, I., Artigas, L., Mauer, M., López Cano, T., Alcalá, N., (1999). Children's post- traumatic stress after natural disasters: integrative treatment protocol, Poster presented at the annual meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies, November, Miami, FL.
- Jarero, I., Artigas, L., Montero, M., & Lena, L. (2008). The EMDR integrative group treatment protocol: Application with child victims of a mass disaster. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2(2), 97-105.
- Korkmazlar-Oral, U., & Pamuk, S. (2002). Group EMDR with child survivors of the earthquake in Turkey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37, 47-50.
- Luber, M. (Ed.). (2013). Implementing EMDR early mental health interventions for man-made and natural disasters: Models, scripted protocols and summary sheets. Springer Publishing Company.
- Maslovaric and Fernandez (2015) "Utilizzo dell'EMDR di gruppo". Acts of the workshop held in collaboration with the Italian EMDR Association.
- Maxfield, L. (2008). EMDR treatment of recent events and community disasters. *Journal of EMDR Practice & Research*, 2(2), 74-78.
- Passoni S., Curinga T., Torlodo A., Berlinger M., Fernandez I., Bottini G. Preliminary results of a randomized controlled trial about the effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing integrative group treatment protocol (EMDR-IGTP) for the reduction of psychological distress in caregiver of patients with dementia. Second International Meeting of the Milan Centre for Neuroscience (NEUROMI) prediction and prevention of Dementia: New Hope Milan, July 6-8, 2016.
- Pynoos, R. S., Goenjian, A., Tashjian, M., Karakashian, M., Manjikian, R., Manoukian, G., ... & Fairbanks, L. A. (1993). Post-traumatic stress reactions in children after the 1988 Armenian earthquake. *The British Journal of Psychiatry*, 163(2), 239-247.
- Rossi F., Fernandez I., Fiore F., Maslovaric G., Incerti A. Caregiving parent group: intervento di gruppo con i genitori di bambini con disabilità basato sull'integrazione tra emdr e cbt FORUM di PSICOTERAPIA e RICERCA scuola di specializzazione Studi Cognitivi, 5-6 Maggio, 2017.
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Basic Principles, Protocols and Procedures* (1st ed.). New York: Guilford Press.
- Shapiro, F. (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, Protocols, and Procedures* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Wilson, S., Tinker, R., Hofmann, A., Becker, L., & Marshall, S. (2000). A field study of EMDR with Kosovar-Albanian refugee children using a group treatment protocol. Paper presented at the annual meeting of the International Society for the Study of Traumatic Stress, San Antonio, TX.
- Zaghrou-Hodali, M., Alissa, F., & Dodgson, P. (2008). Building resilience and dismantling fear: EMDR group protocol with children in an area of ongoing trauma. *Journal of EMDR Practice and Research*, 2, 106.
- Aciemo R., Tremont G., Last C., Montgomery D. (1994). *Tripartite assessment of the efficacy of eye movement desensitization in a multiphobic patient*. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 259-276.
- Aduriz M. E., Bluthgen C., Knopfler C. (2009), *Helping child flood victims using group EMDR intervention in Argentina: treatment outcome and gender differences*, *International Journal of Stress Management*, American Psychological Association, Vol. 16, No. 2, p. 138-153.
- Ahmad A., Larsson B., Sundelin-Wahlsten V. (2007), *EMDR treatment for children with PTSD: results of a randomized controlled trial*, *Nord J Psychiatry*, 61, p. 349-354.
- Ainsworth M., Blehar M., Walter E., Wall S. (1978), *Patterns of attachment*, Erlbaum, Hillsdale.
- Albasi C., Boschirolì A. (2003), *Introduzione. Sándor Ferenczi: per un pensiero clinico vivo*, in *Incontrando Sándor Ferenczi. Temi ferencziani nella pratica clinica contemporanea*, a cura di Boschirolì A., Albasi C., Granieri A., Moretti e Vitali, Bergamo.
- American Psychiatric Association (1980), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-III)*, tr. it. Masson, Milano, 1983.
- American Psychiatric Association (1987), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-III-R)*, tr. it. Masson, Milano, 1988.
- American Psychiatric Association (1994), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV)*, tr. it. Masson, Milano, 1995.
- American Psychiatric Association (2000), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-IV-TR)*, tr. it. Masson, Milano, 2001.
- American Psychiatric Association (2004), *Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and post-traumatic stress disorder*, American Psychiatric Association, Arlington, VA.
- Ammaniti M. (2010), *Psicopatologia dello sviluppo. Modelli teorici e percorsi a rischio*, Raffaello Cortina, Milano.
- Ardino V. (2009), *Il disturbo post-traumatico nello sviluppo*, Unicopli, Milano.
- Armstrong M. S., Vaughan K. (1996), *An orienting response model of eye movement desensitization*, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, p. 21-32.
- Balbo M. (2006), *EMDR: uno strumento di dialogo tra le psicoterapie*, McGraw-Hill, Milano.
- Bara B.G. (2005), *Nuovo manuale di psicoterapia cognitiva - Clinica*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Barbasio C. (2009), *La cura e la curiosità nell'ascolto psicoanalitico orientato*, in *Esperienze in ascolto in situazioni di crisi*, a cura di Granieri A., Fratelli Frilli, Genova.
- Barrowcliff A., MacCulloch M.J., Gray S. (2001), *The de-arousal model of EMDR*, Comunicación presentada en el EMDR Europe 2nd Annual Meeting, London, U.K.
- Bauman W., Melnyk W. T. (1994), *A controlled study of eye movement and finger tapping in the treatment of test anxiety*, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, p. 29-33.
- Beck A. T., Gary E. (1988), *L'ansia e le fobie: una prospettiva cognitiva*, Astrolabio, Roma.

- Bisson J. I., Ehlers A., Matthews R., Pilling S., Richards D., Turner S. (2007), *Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis*, British Journal of Psychiatry, 190, p. 97-104.
- Blandino G. (2009), *Psicologia come funzione della mente. Paradigmi psicodinamici per le professioni di aiuto*, Utet, Torino.
- Bleich A., Kotler M., Kutz I., Shalev A. (2002), *Guidelines for the assessment and professional intervention with terror victims in the hospital and in the community*, National Council for Mental Health, Jerusalem.
- Bohm, K., Voderholzer, U. (2010), *Einsatz von EMDR in der Behandlung von Zwangsstörungen: Eine Fallserie [Use of EMDR in the treatment of obsessive-compulsive disorders: A case series]*, Verhaltenstherapie [Behavior Therapy], 20(3), p. 175-181.
- Bonomi C., Borgogno F. (2001), *La catastrofe e i suoi simboli. Il contributo di Sándor Ferenczi alla teoria psicoanalitica del trauma*, Utet Libreria, Torino.
- Borgogno F. (1999), *Psicoanalisi come percorso*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Borgogno F. (2005), *Ferenczi e il trauma: una piccola mappa introduttiva*, relazione presentata all'IPA 44th Congress, Rio de Janeiro, p. 1-7.
- Borgogno F. (2007), *The Vancouver Interview*, Borla, Roma.
- Boschirolti A. (2003), *Aspetti evolutivi e costruzione del Sé: alcune ipotesi*, in *Incontrando Sándor Ferenczi. Temi ferencziani nella pratica clinica contemporanea*, a cura di Boschirolti A., Albasi C., Granieri A., Moretti e Vitali, Bergamo.
- Bowlby J. (1986), *Interview*, in *Attachment, life span and old age*, a cura di Munnichs J. e Miesen B., Van Loghum Slateurs, Deventer, cit. in Blandino G. (2009), *Psicologia 107 come funzione della mente. Paradigmi psicodinamici per le professioni di aiuto*, Utet, Torino.
- Carlons J. G., Chemtob C. M., Rusnak K., Hedlund N. L., Muraoka M. Y. (1998), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Treatment for combat-related post-traumatic stress disorder*, Journal of Traumatic Stress, 11, 1, p. 3-24.
- Carrigan M.H., Levis D.J. (1999), *The contributions of eye movements to the efficacy of brief exposure treatment for reducing fear of public speaking*, Journal of Anxiety Disorders, 13(1-2), p. 101-118.
- Chemtob C. M., Tolin D., van der Kolk B., Pitman R. (2000), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)*, in Foa E. B., Keane T., Friedman M. J., International Society for Traumatic Stress Study (ISTSS), *Guidelines for PTSD*, Guilford, New York.
- Cionini L. (2006), *Psicoterapie. Modelli a confronto*, Carrocci, Roma.
- Corrigan F.M., Jennett J. (2004), *Ephedra alkaloids and brief relapse in EMDR-treated obsessive-compulsive disorder*, Acta Psychiatrica Scandinavica, p. 110-158.
- CREST (2003), *The management of post-traumatic stress disorder in adults*. A publication of the Clinical Resource Efficiency Support Team of the Northern Ireland Department of Health, Social Services and Public Safety, Belfast.
- De Jongh A., ten Broeke E. (1996), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): een procedure voor de behandeling van aan trauma gerelateerde angst. Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): A procedure for the treatment of trauma-related anxiety*, Tijdschrift voor Psychotherapie, 22, 93-114.
- De Jongh A., ten Broeke E. (2007), *Treatment of specific phobias with EMDR: Conceptualization and strategies for the selection of appropriate memories*, Journal of EMDR Practice and Research, 1, p. 46-57.
- De Jongh A., ten Broeke E. (2009), *EMDR and the Anxiety Disorders: exploring the current status*, Journal of EMDR Practice and Research, Vol. 3, N. 3, p. 133-140.
- De Jongh A., ten Broeke E., Renssen M.R. (1999), *Treatment of specific phobias with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): protocol, empirical status, and conceptual issues*, Journal of Anxiety Disorders, 13, p. 69-85.
- De Jongh A., van den Oord H.J.M., ten Broeke E. (2002), *Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the Treatment of Specific Phobias: Four Single Case Studies on Dental Phobia*, Journal of Clinical Psychology, Vol. 58(12), p. 1489-1503.
- De Jongh A., ten Broeke E., van der Merwe K. (1995), *Eine neue entwicklung in der behandlung von angst und traumata: eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)*, Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 43, p. 226-233.
- De Ross C.J.A.M., de Jongh A. (2008), *EMDR treatment of children and adolescents with a choking phobia*, Journal of EMDR Practice and Research, 2, p. 201-211.
- De Silva P., Marks M. (1999), *The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder*, Behavior Research and Therapy, 37, p. 941-951.
- Dworkin M. (2010), *La relazione terapeutica nel trattamento EMDR*, edizione italiana a cura di Barbara Gallo e Maria Silvana Patti, Raffaello Cortina, Milano.
- Egger H.L., Angold A. (2006), *Anxiety Disorder*. In Luby J.L. (a cura di) *Handbook of Prechool Mental Health. Development, Disorders and Treatment*, The Guilford Press, New York, London.
- Eloffson U.O.E., von Scheele B., Theorell T., Sondergaard H. P. (2007), *Physiological correlates of eye movement desensitization and reprocessing*, Journal of Anxiety Disorders, 22, p. 622-634.
- Eschenroder C. T. (2003), *EMDR, la nuova tecnica fondata sul movimento guidato degli occhi che fa superare traumi, fobie e ansia*, Red, Novara.
- Farina B., Liotti G. (2011a), *Dimensione dissociativa e trauma dello sviluppo*, Cognitismo clinico, Vol. 8, No. 1, p. 3-17.
- Farina B., Liotti G. (2011b), *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano.
- Fernandez I., Fareta E. (2007), *Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of panic disorder with agoraphobia*, Clinical Case Studies, 6, p. 44-63.
- Fernandez I., Gallinari E., Lorenzetti A. (2004), *A school-based intervention for children who witnessed the Pirelli building airplane crash in Milan*, Journal of Brief Therapy, 2, p. 129-136.
- Fernandez I., Maxfield L., Shapiro F. (2009), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)*, in Giannantonio M. (2009), *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi*, Centro Scientifico Editore, Milano.
- Feske U., Goldstein A. J. (1997), *Eye movement desensitization and reprocessing treatment for panic disorder: A controlled outcome and partial dismantling study*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65, 1026-1035.
- Frankel K. A., Boyum L. A., Harmon R. J. (2004), *Diagnoses and presenting symptoms in an infant psychiatry clinic: comparison of two diagnostic systems*, Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43, p. 578-587.
- French National Institute of Health and Medical Research (2004), *Psychotherapy: an evaluation of three approaches*, Paris.
- Gauvreau P., Bouchard S. (2008), *Preliminary evidence for the efficacy of EMDR in treating generalized anxiety disorder*, Journal of EMDR Practice and Research, 2, p. 26-40.
- George C., Kaplan N., Main M. (1996), *The adult attachment interview*, 3^{ed.}, Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- Giannantonio M. (2001), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) e psicoterapia del Disturbo Post-Traumatico da Stress: considerazioni critiche e linee di tendenza*, Rivista di Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 1, p. 5-23.
- Giannantonio M. (2009a), *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi*. Centro Scientifico Editore, Milano.

- Giannantonio M. (2009b), *L'approccio con l'eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)*, in *Il disturbo di panico. Psicoterapia cognitiva, ipnosi, EMDR*, a cura di Giannantonio M., Lenzi S., Raffaello Cortina, Milano.
- Gilligan S. (2002), *EMDR and hypnosis*, in F. Shapiro (Ed.), *EMDR as an integrative psychotherapy approach: Experts of diverse orientations explore the paradigm prism*, Washington, DC: American Psychological Association Press, p.225-238.
- Goldstein A. J., de Beures E., Chambless D.L., Wilson K.A. (2001), *EMDR for panic disorder with agoraphobia: comparison with waiting list and credible attention-placebo control condition*, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, p. 947-956.
- Goldstein A. J., Feske U. (1994), *EMDR treatment of panic disorder*, *Journal of Anxiety Disorders*, 8, p. 351-362.
- Goldwurm G. F. (2006), *Presentazione al libro EMDR: uno strumento di dialogo tra le psicoterapie*, in Balbo M. (2006), McGraw-Hill, Milano.
- Gosselin P., Matthews W. J. (1995), *Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the Treatment of test anxiety: A study of the effects of expectancy and eye movement*, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, p. 331-337.
- Greenwald R. (1993), *Magical installations can help clients to slay their dragons*, *EMDR Network Newsletter* 3 (2), p. 16-17.
- Greenwald R. (1994), *Family interventions to enhance child EMDR treatment*, *EMDR Network Newsletter* 4 (3), p. 8.
- Greenwald R. (2000), *L'EMDR con bambini e adolescenti*, traduzione di Angelina Cunsolo, Astrolabio, Roma.
- Hassard A. (1995), *Investigation of eye movement desensitization in pain clinic patients*, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 23, p. 177-185.
- Hekmat H., Edelstein M., Cook L. (1994), *Managing worries with eye movement desensitization*, relazione presentata al 28° Annual Meeting of the Association for Advancement of Behavior Therapy, San Diego.
- Herman J. L. (1992), *Complex PTSD: syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma*, *Journal of Traumatic Stress*, 5 (3), p. 377-391.
- International Statistical Classification of Diseases, ICD-10 (1992), *Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali : descrizioni cliniche e direttive diagnostiche*, ed.it. di D. Kemali, Organizzazione mondiale della sanità, Masson, Milano.
- Ironson G. I., Freund B., Strauss J. L., Williams J. (2002), *Comparison of two treatments for traumatic stress: A community-based study of EMDR and prolonged exposure*, *Journal of Clinical Psychology*, 58, p. 113-128.
- Jarero I., Artigas L., Hartung J. (2006), *EMDR Integrative Group Treatment Protocol: a post disaster trauma intervention for children and adults*, *Traumatology*, 12, p. 121- 129.
- Kandel E. (2005), *Dalla metapsicologia alla biologia molecolare. Uno studio sui meccanismi dell'ansia*, Raffaello Cortina, Milano.
- Kleinknecht, R. A. (1993). *Rapid treatment of blood and injection phobias with eye movement desensitization*, *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 211-217.
- Kleinknecht R. A., Morgan M. (1992), *Treatment of post-traumatic stress disorder with eye movement desensitisation and reprocessing*, *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, p. 43-49.
- Kutz I., Resnik V., Dekel R. (2008), *The effect of single-session modified EMDR on acute stress syndromes*, *Journal of EMDR Practice and Research*, Vol. 2, N. 3, p. 190- 200.
- Lambruschi F. (2004), *Psicoterapia cognitiva dell'età evolutiva: procedure di assessment e strategie psicoterapeutiche*, Bollati Boringhieri, Torino.
- Lee C., Gavriel H., Drummond P., Richards J., Greenwald R. (2002), *Treatment of posttraumatic stress disorder : A comparison of stress inoculation training with prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing*, *Journal of Clinical Psychology*, 58, p. 1071-1089.
- Liotti G. (2004), *Trauma, Dissociation, and Disorganized Attachment: Three Strands of a Single Braid*, *Psychotherapy: Theory, research, practice, training* Vol. 41, p. 472-486.
- Liotti G. (2005a), *Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell'attaccamento*, *Infanzia e Adolescenza*, Vol. 4, N. 3, p. 130-144.
- Liotti G. (2005b), *Il ruolo dell'attaccamento nella conoscenza e regolazione delle emozioni*, in *Nuovo Manuale di Psicoterapia cognitiva. Teoria*, a cura di B. G. Bara, Boringhieri, Torino.
- Lohr J. M., Lilienfeld S. O., Tolin D. F., Herbert J. D. (1999), *Eye movement desensitization and reprocessing: an analysis of specific versus nonspecific treatment factor*, *Journal of Anxiety Disorder*, 13, p. 185-207.
- Lohr J. M., Tolin D. F., Kleinknecht R. A. (1995), *Eye movement desensitization of medical phobias: two cases studies*, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, p. 141-151.
- Lorenzini R. (2006), *Cos'è l'ansia, a cosa serve e dove si trova nella normalità, nei disturbi d'ansia e negli altri disturbi*, in Sassaroli S., Lorenzini R., Ruggiero G.M. (2006), *Psicoterapia cognitiva dell'ansia*, Raffaello Cortina, Milano.
- Lorenzini R., Capo R., Stratta F. (2006), *I processi generativi e di mantenimento dei disturbi d'ansia*, in in Sassaroli S., Lorenzini R., Ruggiero G.M. (2006), *Psicoterapia cognitiva dell'ansia*, Raffaello Cortina, Milano.
- Main M., Goldwyn R. (1994-1998), *Adult attachment scoring and classification system*, Department of Psychology, University of California, Berkeley.
- Main M., Kaplan N., Cassidy G. (1985), *La sicurezza nella prima infanzia, nella seconda infanzia e nell'età adulta: il livello rappresentazionale*, Tr.it. in Riva Crugnola C. (a cura di), *Lo sviluppo affettivo del bambino*, Raffaello Cortina, Milano (1993).
- Main M., Solomon J. (1990), *Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation*, in Greenberg M., Cicchetti D, Cummings M. (a cura di) *Attachment in the Preschool Years: theory, research and intervention*, University of Chicago Press, Chicago.
- Marcus S. V., Marquis P., Sakai C. (1997), *Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in a HMO setting*, *Psychotherapy*, 34, p. 307-315.
- Marcus S. V., Steven V., Marquis P., Priscilla, Sakai C., Caroline (2004), *Three- and 6- Month Follow-Up of EMDR Treatment of PTSD in an HMO Setting*, *International Journal of Stress Management*, Vol. 11(3), p. 195-208.
- Marquis J. A. (1991), *A report on seventy-eight cases treated by eye movement desensitization*, *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, p. 187- 192.
- Maxfield L. (2009), *Twenty years of EMDR*, *Journal of EMDR Practice and Research*, Vol. 3, No. 3, p. 115-116.
- McNally V. J. (1999), *Research on eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as a treatment for PTSD*, *PTSD Research Quarterly*, 10 (1), p. 1-7.
- Menzies R. G., Clarke J. C. (1993), *A comparison of in vivo and vicarious exposure in the treatment of childhood water phobia*, *Behaviour Research and Therapy*, 31, 9-15.
- Muris P., Merckelbach, H. (1995), *Treating spider phobia with eyemovement desensitization and reprocessing: Two case reports*, *Journal of Anxiety Disorders*, 9, 439-449.
- Muris P., Merckelbach, H. (1997), *Treating spider phobics with eye movement desensitization and reprocessing: A controlled study*, *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 25, 39-50.

- Muris P., Merckelbach, H. (1999), *Traumatic Memories, Eye Movements, Phobia, and Panic: A Critical Note on the Proliferation of EMDR*, Journal of Anxiety Disorders, Vol. 13, No. 1-2, p. 209-223.
- 115 Muris P., Merckelbach H., Holdrinet I., Sijsenaar M. (1998), *Treating Phobic Children: Effects of EMDR Versus Exposure*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 66, N. 1, p. 193-198.
- Muris P., Merckelbach H., van Haften H., Mayer B. (1997), *Eye movement desensitization and reprocessing versus exposure in vivo. A single-session crossover study of spider phobic children*, British Journal of Psychiatry, 171, 82-86.
- Perkins B. R., Rouanzoin C. C. (2002), *A critical evaluation of current view regarding eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): clarifying points of confusion*, Journal of Clinical Psychology, 58 (1), p. 77-98.
- Puk G. (1991), *Treating traumatic memories: a case report on the eye movement desensitization procedure*, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatric, 22, p. 149-151.
- Quality Institute Helath Care CBO/Trimbos Institute (2003), *Dutch National Steering Committee Guidelines Mental Health Care*, Urecht, Netherlands.
- Rosen G., McNally R., Lohr J. R., Devilly G. J., Herbert J. D., Lilienfeld S. O. (1998), *Four points to consider before you buy EMDR products: a replay to Shapiro et al.*, Californian Psychologist, 31, p. 15.
- Rothbaum B. O. (1997), *A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disordered sexua assault victims*, Bulletin of the Menninger Clinic, 61, p. 317-334.
- Sassaroli S., Ruggiero G. M. (2006), *Le credenze psicopatologiche centrali dell'ansia*, in Sassaroli S., Lorenzini R., Ruggiero G.M. (2006), *Psicoterapia cognitiva dell'ansia*, Raffaello Cortina, Milano.
- Scheck M. M., Schaeffer J. A., Gillette C. (1998), *Brief Psychological Intervention with Traumatized Young Women: The Efficacy of Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, Journal of Traumatic Stress, 11, 1, p. 25-44.
- Schore A. N. (2002), *Dysregulation of the right brain: A fundamental mechanism of traumatic attachment and the psychopathogenesis of posttraumatic stress disorder*, Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 36, p. 9-30.
- Schurmans K. (2007), *A Clinical Vignette: EMDR Treatment of Choking Phobia*, Journal of EMDR Practice and Research, Vol. 1, N. 2, p. 118-121.
- Shalev A. Y., Friedman M. J., Foa E. B., Keane, T. M. (2000), *Integration and summary*, in E. A. Foa, T. M. Keane, M. J. Friedman (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* pp. 359-379. New York: Guilford Press.
- Shapiro F. (1989), *Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories*, Journal of Traumatic Stress, 2, p. 199-223.
- Shapiro F. (1995), *Eye movement desensitization and reprocessing. Basic principles, protocols, and procedures*, New York: Guilford Press.
- Shapiro F. (1999), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment*, Journal of Anxiety Disorders, Vol. 13, p.35-67.
- Shapiro F. (2011), *L'EMDR e la concettualizzazione del caso secondo la prospettiva dell'Adaptive Information Processing*, in *Manuale di EMDR e terapia familiare*, a cura di Shapiro F., Kaslow F. W., Maxfield L., Ferrari Sinibaldi, Milano.
- Shapiro F., Forrest M. S. (1998), *EMDR. Una terapia innovativa per l'ansia, lo stress e i disturbi di origine traumatica*, Astrolabio, Roma.
- Siegel D. J. (2001), *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano.
- Silver S. M., Brooks A., Obenchain J. (1995), *Eye movement desensitization and reprocessing treatment of Vietnam war veterans with PTSD: Comparative effects with biofeedback and relaxation training*, Journal of Traumatic Stress, 8, p. 337-342.
- Solomon R. M., Shapiro F. (2008), *EMDR and the adaptive information processing model: potential mechanisms of change*, Journal of EMDR Practice and Research, Vol. 2, p. 315-325.
- Stickgold R. (2002), *EMDR: A putative neurobiological mechanism of action*, Journal of Clinical Psychology, Vol. 58, p. 61-75.
- Ten Broeke e., de Jongh A. (1993), *Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): praktische toepassing en theoretische overwegingen*, Gedragstherapie, 26, p. 233-254.
- Triscari M. T., Faraci P., D'Angelo V., Urso V., Catalisano, D. (2011). *Two treatments for fear of flying compared: Cognitive behavioral therapy combined with systematic desensitization or eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)*, Aviation Psychology and Applied Human Factors, 1(1), 9-14.
- Van der Kolk B. (1994), *The body keeps the score: Memory and the evolving psychobiology of post-traumatic stress*, Harvard Review of Psychiatry, 1, p. 253-265.
- Van der Kolk B. (2005), *Developmental trauma disorder: toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories*, Psychiatric Annals, 35 (5), p. 401-408., cit. in Farina B., Liotti G. (2011b), *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano.
- Van Etten M. L., Taylor S. (1998), *Comparative Efficacy of Treatments for Posttraumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis*, Clinical Psychology and Psychotherapy, 5, p. 126-144.
- Vaughan K., Armstrong M. S., Gold R., O'Connor N., Jenneke W., Tarrier N. (1994), *A trial of eye movement desensitization compared to image habituation training an applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder*, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatric, 25, p. 283-291.
- Whitby P., Allcock K. (1994). *Spiderphobia control. Computerized behavioural treatment for fear of spiders*, Newport: Gwent Psychology Services.
- Wilson S.A., Tinker R.H., Becker L.A. (1995), *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment for Psychologically Traumatized Individuals*, Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 63, No. 6, p. 928-937.
- Wilson S.A., Tinker R.H., Becker L.A. (1997), *Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR). Treatment for post-traumatic stress disorder and psychological trauma*, Journal of Consulting an Clinical Psychology, 67, 6, p. 1047-1056.
- Wilson S., Tinker R., Hofmann A., Becker L., Marshall S. (2000), *A field study of EMDR with Kosovar-Albanian refugee children using a group treatment protocol*, Paper presented at the annual meeting of the International Society for the Study of Traumatic Stress, San Antonio, TX.
- Wolpe J., Abrams J. (1991), *Post-traumatic stress disorder overcome by eye movement dese case report*, Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 22, p. 39- 43.
- Young W., Walter C. (1994), *EMDR treatment of phobic symptoms in multiple personality disorder*, Dissociation, 7, p. 129-133.
- Yule W., Williams R., Joseph S. (2000), *Il disturbo post-traumatico da stress negli adulti*, in *Il disturbo post-traumatico da stress. Aspetti clinici e terapia*, ed. it. Biondi M., Mc Graw-Hill, Milano.
- Zimmermann P., Guse U., Barre K., Biesold K. H. (2005), *EMDR in the German Armed Forces--Therapeutic Impact of Inpatient Therapy of Posttraumatic Stress Disorder*, Krankenhauspsychiatrie, Vol. 16(2), p. 57-63.