



EMDR come metodo terapeutico evidence-based per il PTSD dell'arte sulla ricerca

Dott.ssa Isabel Fernandez

Presidente Associazione per l'EMDR in Italia

e-mail: isabelf@tin.it

L'EMDR (cioè desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti) è un metodo terapeutico basato su un'ampia base di pubblicazioni e di ricerca controllata che lo supportano quale valido e validato empiricamente per il disturbo post-traumatico da stress.

Infatti, le attuali linee guida dell'International Society for Traumatic Stress Disorders stabiliscono che l'EMDR è un trattamento efficace per il PTSD (Chevan van der Kolk & Pitman, 2000) così come lo stabilisce anche il United Kingdom Department of Health (2001).

L'EMDR è stato strutturato come metodo terapeutico nel 1989 da Francine Shapiro. L'EMDR uscì dal campo sperimentale per diventare un metodo terapeutico standardizzato in otto fasi.

La focalizzazione dell'EMDR è sul ricordo dell'esperienza traumatica per elaborare l'emozione emotiva, cognitiva e a livello delle sensazioni corporee. È un metodo per il trauma che potrebbe agire a livello neurofisiologico perché si basa sulla stimolazione dei 2 emisferi cerebrali, mentre il paziente si focalizza sulle componenti dell'esperienza traumatica. Quindi viene creato un duplice focus di attenzione (dove il paziente si concentra sullo stimolo interno (ricordo ed emozioni disturbate dall'esperienza traumatica), mentre segue uno stimolo esterno (dato dalla stimolazione alternata).

L'obiettivo dell'EMDR è di mettere in moto l'intrinseco e innato sistema di elaborazione dell'informazione per trasformare le percezioni immagazzinate in modo disfunzionale.

La desensibilizzazione e la ristrutturazione cognitiva osservabili che avvengono durante una seduta di EMDR permettono l'elaborazione del ricordo dell'esperienza traumatica, e si osserva che il paziente cambia la sua prospettiva sull'evento, le valutazioni cognitive incorporando emozioni adeguate alla situazione ed eliminando le reazioni fisiche disturbate.

Questo permette in ultima istanza di adottare comportamenti più adattivi. L'esperienza in modo costruttivo dall'individuo ed è integrata in uno schema cognitivo ed emotivo

Joseph Wolpe ha approfondito il metodo EMDR e nel 1991 ha pubblicato un caso sull'EMDR. I risultati significativi ottenuti direttamente da lui lo hanno portato ad un congresso annuale del 1991 dell'Association for the Advancement of Behaviour Therapy. L'EMDR era un grande progresso nel campo della psicoterapia. Questo ha aperto la strada alla pubblicazione di più di 100 studi sull'EMDR. Visto il grande effetto di desensibilizzazione osservato in questi studi Wolpe ha fatto la seguente affermazione: "PTSD è una sindrome particolarmente difficile da trattare.... La prognosi è migliorata radicalmente dall'introduzione dell'Eye Movement Desensitization"... Ha inoltre osservato che spesso c'era una riduzione marcata dell'ansia dopo una seduta e praticamente una tendenza alla ricaduta."

Nel 1995 il Dipartimento di Psicologia Clinica dell'American Psychological Association ha iniziato un progetto per definire fino a che grado tutti i metodi terapeutici erano supportati da evidenze empiriche solide e per determinarne il grado di efficacia. Nel 1998, 19 studi indipendenti (Chambless et al., 1998) hanno posizionato l'EMDR nella lista dei trattamenti validati empiricamente e hanno stabilito che era "probabilmente efficace nel trattamento del PTSD con popolazioni civili". La stessa valutazione l'hanno avuta la esposizione (fobia) e la terapia di stress inoculation, che sono state descritte appunto come "probabilmente efficaci nel trattamento del PTSD". Queste 2 tecniche comportamentali e l'EMDR sono state le uniche supportate empiricamente da ricerca controllata per il PTSD.

L'ultima valutazione dell'American Psychological Association risale a giugno 2002 e viene affermato che sembrano esserci sufficienti dati ora per considerare l'EMDR un trattamento efficace del PTSD in popolazioni civili. Nonostante non ci siano ancora dati sufficienti per trarre delle conclusioni sull'efficacia relativa dell'EMDR e altri trattamenti per il PTSD (Cognitivo-comportamentale, esposizione, ecc.), l'evidenza suggerisce che l'EMDR può essere più efficiente (meno sedute richieste) e più tollerabile (meno drop-out) rispetto ad altri trattamenti. American Psychological Association Clinician's Research Digest, Giugno 2002.

Inoltre, come riportato prima le linee guida dell'International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS) indicano che l'EMDR è supportato da una ricerca maggiore di quella per le altre terapie per il PTSD. Infatti, l'ISTSS ha valutato l'EMDR efficace per il PTSD nella classificazione A/B (Shalev, Foa, Keane & Friedman, 2000). La classificazione A/B è assegnata sulla base di una revisione di 7 studi random controllati con risultati statisticamente significativi, su vari gruppi, compresi i bambini. La classificazione B indica che sono necessari ulteriori studi e che confrontino l'EMDR con altre terapie focalizzate sul PTSD. A questi studi saranno completati si ritiene che, l'EMDR potrebbe ricevere il più alto riconoscimento della sua efficacia. Dopo la pubblicazione delle linee guida del 2000, altri studi e ricerche si sono già focalizzate sul confronto dell'efficacia dell'EMDR con altri trattamenti come viene descritto di seguito. Tre studi clinici randomizzati hanno confrontato l'EMDR alle terapie di esposizione (Ironson et al., 2002) e alla terapia di stress inoculation (Power et al., 2002 e Lee et al., 2002). Questi studi hanno osservato che c'erano differenze tra l'EMDR e il gruppo di terapia cognitivo/comportamentale (CCT).

valori superiori in due delle ricerche a favore dell'EMDR soprattutto per i sintomi del PTSD.

Autori come Lee et al., 2002; Marcus et al., 1997; Rothbaum, 1997 hanno indovinato seguito ad un trattamento con l'EMDR la diagnosi di disturbo post-traumatico (PTSD) è stata eliminata nel 77-90% dei partecipanti alla ricerca. Il trattamento era a 7 sedute di EMDR.

Altri studi su soggetti con PTSD (e.g. Ironson et al., 2002; Scheck et al., 1998; S. Al., 1995) hanno riscontrato riduzioni significative nei sintomi dopo due o tre sedute. Gli effetti del trattamento si mantenevano nelle valutazioni fatte ai follow up. Per la ricerca ha riportato la remissione della diagnosi di PTSD nel 84% dei casi (S. Al., 1997). Questa ricerca ha inoltre dimostrato che dopo 15 mesi di follow up si mantenevano.

Le ricerche con gruppi di controllo consistenti in liste di attesa hanno riscontrato risultati superiori al gruppo di controllo. Le ricerche che confrontano i trattamenti comunemente usati come rilassamento con biofeedback (Carlson e ascolto attivo (Scheck et al., 1997), e altre forme di terapia individuale (Marcus) hanno stabilito che l'EMDR era superiore al gruppo di controllo nelle misurazioni post-traumatiche.

Una meta analisi condotta da Van Etten su tutti i trattamenti psicologici e farmacologici per PTSD ha riportato: l'EMDR è insieme alla terapia comportamentale la più efficace per il PTSD ed è più efficiente di altri trattamenti (Van Etten & Taylor, 1998; Feske, 1999, Spector & Read, 1999).

Oltre alle ricerche menzionate, l'efficacia dell'EMDR è stata documentata con la strumentazione SPECT condotti presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Bessel van der Kolk (1999). Egli ha riscontrato cambiamenti nei soggetti affetti da PTSD seguito ad una seduta con l'EMDR. Scansioni pre-post-trattamento indicano dei cambiamenti a livello neurofisiologico.

Infatti, si rilevò che in quattro dei sei soggetti, due aree del cervello erano più attive dopo il trattamento con l'EMDR: il giro del cingolato anteriore ed il lobo frontale. Inoltre, misurazioni oggettive (psicometriche) e soggettive (quindi quelle riportate con la scala SUD –subjective units of disturbance di Wolpe) del PTSD hanno mostrato cambiamenti significativi. Gli autori ritengono che l'attivazione del giro del cingolato anteriore e della corteccia pre-frontale sinistra, aiutano il soggetto a discriminare minacce reali e gli stimoli traumatici non più legati all'esperienza attuale. L'iper-vigilanza si è trasformato da positivo a negativo, indicando che il soggetto spende meno tempo scandagliando l'ambiente per valutare eventuali minacce. Questo ha un effetto significativo nei disturbi d'ansia dove si attiva il meccanismo di reazione ad un immaginario come se fosse vero. Inoltre, l'attivazione della corteccia pre-frontale favorisce l'attribuzione di un significato alle emozioni legate al ricordo traumatico. Perciò, con EMDR sembra aver portato a una integrazione del ricordo traumatico nella coscienza. I soggetti erano in grado di parlare del loro trauma senza essere essi stessi sconvolti, e considerandolo come un evento passato.

Nel 1994, Nicosia notò che l'esame per mezzo dell'analisi qualitativa dell'elettroencefalogramma di pazienti trattati con l'EMDR, mostrava una normalizzazione dell'attività delle onde lente nei 2 emisferi corticali. Egli ritiene che l'EMDR risincronizza l'attività dell'encefalogramma attraverso la stimolazione alternata ripetitiva.

Nell'edizione di dicembre del Journal of Clinical Psychology, Volume 58, Issue 1 è stata dedicata all'EMDR è stata pubblicata la prima ricerca che valuta gli effetti del trattamento sul livello della risposta neuroendocrina (Heber, Kellner, Yehuda 2002). Dato che i soggetti con PTSD risultano avere dei livelli basali di cortisolo più bassi (nelle urine, nel siero e nella saliva) in confronto ai soggetti con disturbi mentali non traumatizzati oppure a quelli che non sono stati misurati i livelli di cortisolo salivari e la risposta salivare del cortisolo al test di dexametasone, prima e dopo il trattamento con EMDR. I risultati dimostrano un miglioramento della sintomatologia, un aumento dei livelli basali di cortisolo e una minore ipersuppressione del cortisolo più attenuata in risposta al test di supressione con dexametasone. Questi risultati supportano l'efficacia dell'EMDR nei migliori sintomi da PTSD. Inoltre, l'intervento con EMDR in questo studio è associato ai miglioramenti biologici evidenziati dai test neuroendocrini a seguito di un intervento non-farmacologico.

Riassumendo i risultati delle ricerche condotte in questi 13 anni sull'EMDR:

E' stato evidenziato che dal punto di vista clinico e diagnostico il paziente non presenta più la sintomatologia tipica del disturbo post-traumatico da stress.

Questo è evidenziato da varie fonti e caratteristiche della ricerca sull'EMDR: con la sua efficacia con altri trattamenti, valutazioni pre-post trattamento con relative meta-analisi sulle ricerche realizzate sull'EMDR, pubblicate sui giornali scientifici di psicologia e psichiatria. In particolare è stato riscontrato che c'è una buona correlazione tra la parte degli studi sull'EMDR e le Golden rules della ricerca che stabiliscono i criteri per rendere attendibile qualsiasi ricerca scientifica si voglia intraprendere (Maxfield e Hyer, Journal of Clinical Psychology). Attualmente un grande lavoro di ricerca si sta conducendo sull'azione dell'EMDR nel trattamento di altri disturbi (d'ansia, alimentari e dell'umore). E' importante segnalare che gli studi sull'EMDR devono continuare. La ricerca deve anche darci i dati per comprendere come avviene a livello clinico, neurofisiologico e neurochimico e continuare ad indagare i meccanismi di azione dell'EMDR.

In questo senso, l'EMDR sembrerebbe interagire con il sistema limbico e potrebbe essere il primo strumento psicoterapeutico dove si può evidenziare l'interfaccia con l'amigdala e altre strutture limbiche.

Come dicevano all'inizio questo tipo di trattamento può costituire un esempio dell'integrazione tra aspetti organici e psicologici, dato che dopo un intervento psicoterapeutico si riscontrano delle evidenze nelle risposte neurofisiologiche e neuroendocrine. Questo è un momento storico perché ci sono delle strumentazioni in grado di misurare questi cambiamenti. Questo apre delle strade molto promettenti dal punto di vista scientifico in psicologia e in particolare per la psicoterapia.

BIBLIOGRAFIA:

American Psychological Association Clinician's Research Digest (2002). Review of special Journal of Traumatic Stress on EMDR. June issue.

British Department of Health (2001). Treatment choice in psychological therapy & counseling for PTSD, in Evidence Based Clinical Practice Guidelines.

Carlson, J.G., Chemtob, C.M., Rusnak, K., Hedlund, N.L., & Muraoka, M.Y. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing for combat-related posttraumatic stress disorder. Journal of Traumatic Stress, 11, 3-24.

Brown, K.W., McGoldrick, T. & Buchanan, R. (1997). Body dysmorphic disorder: Seven cases of eye movement desensitization and reprocessing. Behavioural & Cognitive Psychotherapy, 25, 201-210.

Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, A., DeRubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A.F., Bennett Johnson, S., McCurry, S., Mueser, K.S., Sanderson, W.C., Shoham, V., Stickle, T., Williams, D.A., & Woody, S.R. (1998). Updated empirically validated therapies, II. The Clinical Psychologist, 51, 3-16.

Chemtob, C.M., Tolin, D.F., van der Kolk, B.A. & Pitman, R.K. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing in Edna A. Foa, Terence M. Keane & Matthew J. Friedman [Eds.] Effective Treatment of Posttraumatic Stress Disorder: Practice Guidelines from the International

Society for Traumatic Stress Studies. New York: Guilford Press, p. 139-155, 155, 333-335

De Jongh, A. & Ten Broeke, E. (1998) Treatment of choking phobia by targeting traumatic memories with EMDR: A case study. Clinical Psychology & Psychotherapy, 5, 264-269.

De Jongh, A., ten Broeke, E., and Renssen, M.R. (1999). Treatment of specific phobias with eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): Research, protocol, and application. Journal of

Clinical Psychology: Science and Practice, 5, 171-181.

Goldstein, A. (1992, August). Treatment of panic and agoraphobia with EMDR: Preliminary data. Paper presented at the Fourth National Congress on Behavior Therapy, Queensland, Australia.

Goldstein, A.J., de Beurs, E., Chambless, D.L., & Wilson, K.A. (2000). EMDR for panic disorder and agoraphobia: Comparison with waiting list and credible attention-placebo control condition. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68, 947-956.

Goldstein, A. & Feske, U. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing for panic disorder: A series. Journal of Anxiety Disorders, 8, 351-362.

Heber, R. & Kellner, M., Yehuda R. (2002). Salivary cortisol levels and the cortisol response to dexamethasone before and after EMDR: A case report. Journal of Clinical Psychology, 58: 1521-1524.

Ironson, G.I., Freund, B., Strauss, J.L., & Williams, J. (2002) A comparison of two treatments for posttraumatic stress: A pilot study of EMDR and prolonged exposure. Journal of Clinical Psychology, 58: 1521-1524.

Lee, C. & Gavriel, H., Drummond, P., Richards, J. & Greenwald, R. (2002). Treatment of post-stress disorder: A comparison of stress inoculation training with prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing. Journal of Clinical Psychology, 58, 1071-1089.

Levin, P., Lazrove, S., & van der Kolk, B. (1999) What psychological testing and neuroimaging tell us about the treatment of Post-traumatic Stress Disorder with EMDR. Journal of Anxiety Disorders, 13 (1)

Lipke, H. (1999) Comments on "thirty years of behavior therapy . . ." and the promise of the application of scientific principles, the Behavior Therapist, 22, 11-14.

Marcus, S. , Marquis, P. & Sakai, C. (1997) Controlled study of treatment of PTSD using EMDR in an HMO setting. Psychotherapy, 34, 307-315.

Power K, Mc Goldrick T, Brown K, (2002). A controlled comparison of EMDR versus Exposure and cognitive restructuring versus wait list in the treatment of post traumatic stress disorder. Clinical & Psychotherapy. vol 9, 299-318.

Rothbaum, B.O. (1997). A controlled study of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of posttraumatic stress disorder in sexual assault victims. Bulletin of the Menninger Clinic, 61, 317-324.

Scheck, M.M., Schaeffer, J.A. & Gillette, C.S. (1998) Brief psychological intervention with trauma victims: The efficacy of eye movement desensitization and reprocessing. Journal of Traumatic Stress 11, 25-44.

Shapiro, F. (1989a). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of trauma-related memories. Journal of Traumatic Stress, 2, 199-223.

Shapiro, F. (1989b). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 20, 211-217.

Shapiro, F., (1995a). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols, and Procedures. New York: Guilford Press.

Shapiro, F. (2000). EMDR Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari. Roma: Erickson Italia.

Shapiro, F. & Solomon, R. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing: Neurocognitive mechanisms of information processing. In G. Everley (Ed.) Innovations in disaster and trauma psychology. Chicago: Praeger Publishing: Elliot City, MD.

Spector, J. & Read, J. (1999). The current status of eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of trauma. Clinical Psychology and Psychotherapy, 6, 165-174

Tinker, R.H. & Wilson, S.A. (1999) Through the eyes of a child: EMDR with children. New York: Guilford Press.

van der Kolk, B. (2001) Trauma e Memoria. Seminario organizzato dall'Associazione per l'Elaborazione del Trauma. Milano.

Van Etten, M.L. & Taylor, S. (1998) Comparative efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder: A meta-analysis. Clinical Psychology & Psychotherapy, 5, 126-144.

Wilson, S.A., Becker, L.A., & Tinker, R.H. (1995). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for psychologically traumatized individuals. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *63*, 928-937

Wilson, S.A., Becker, L.A., & Tinker, R.H. (1997). Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for PTSD and psychological trauma. Journal of Consulting and Clinical Psychology, *65*, 1047-1056.

Wolpe, J. & Abrams, J. (1991). Post-traumatic stress disorder overcome by eye movement desensitization and reprocessing: a case report. Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry *22*, 39-43.

