

Editoriale

EMDR in Psichiatria. Introduzione al Supplemento

EMDR in Psychiatry. Introduction to the Supplement

ANTONIO ONOFRI

E-mail: dottoronofri@gmail.com

Psichiatra, Vicepresidente della Associazione per l'EMDR in Italia

RIASSUNTO. L'Autore, dopo aver sintetizzato in che cosa consiste l'EMDR, ricorda i riconoscimenti internazionali ricevuti da questa innovativa tecnica psicoterapeutica e riassume le principali ipotesi di funzionamento e gli studi di neurofisiologia. Specifica infine come, da tecnica terapeutica e metodo clinico, l'EMDR sia divenuto un approccio globale applicabile a molti campi della psicopatologia, fino alle situazioni post-traumatiche più complesse.

PAROLE CHIAVE: EMDR, riconoscimenti internazionali, ipotesi di funzionamento, neurofisiologia, traumi complessi.

SUMMARY. The Author, after having summarized what EMDR is, remembers the international acknowledgements it has received and points out the main hypothesis of functioning and the studies of neurophysiology. He specifies how EMDR, from an initial step of therapeutic technique and clinical method, has become a global approach useful from many fields of the psychopathology, till to the most complex post-traumatic situations.

KEY WORDS: EMDR, international acknowledgments, hypothesis of functioning, neurophysiology, complex PTSD.

La pubblicazione di questo Supplemento della Rivista di Psichiatria dedicato a "EMDR in Psichiatria" rappresenta un'importante occasione di diffusione e conoscenza di un approccio terapeutico che rappresenta senz'altro una delle maggiori novità apparse nel panorama scientifico della psicoterapia negli ultimi venti anni.

L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari, EMDR) è nato come una tecnica innovativa, che sfrutta i movimenti oculari da stimolazione bilaterale alternata, in grado di facilitare e accelerare la desensibilizzazione e l'elaborazione di eventi traumatici disturbanti (1,2).

Nell'ultimo decennio, ha ricevuto importanti riconoscimenti internazionali, che lo hanno accreditato come una terapia elettiva per il disturbo da stress post-traumatico (PTSD).

Tra i vari accreditamenti ricevuti nel corso degli anni, ricordiamo solo i principali: nel 2000 l'EMDR è stato inserito nelle linee-guida dell'International Society for Traumatic Stress Studies come la terapia con maggiori evidenze scientifiche. Nel 2001 anche lo United Kingdom Department of Health lo ha inserito, insieme

all'Esposizione e allo Stress Inoculation Training, tra le terapie evidence based nelle linee-guida per la pratica clinica. Nel 2002, è stato riconosciuto dall'Israeli National Council for Mental Health come uno dei tre metodi più consigliati per il trattamento delle vittime di atti terroristici. Nel 2004, il Veterans Health Affaire National Clinical Practice Guideline Council e il Ministero della Difesa USA lo hanno incluso nelle loro linee-guida per il trattamento del PTSD, con una valutazione "A" (fortemente raccomandato). E, sempre nel 2004, anche le linee-guida per la pratica clinica dell'American Psychiatric Association hanno segnalato la sua efficacia. Nel 2005 nel Regno Unito il National Institute for Clinical Excellence (NICE) ha raccomandato che i pazienti con PTSD ricevano un trattamento focalizzato sul trauma (con terapia cognitivo-comportamentale o con EMDR). Nel 2007, infine, il British Journal of Psychiatry ha indicato l'EMDR, accanto alla terapia cognitivo-comportamentale focalizzata sul trauma, come un trattamento di elezione nel campo del trauma. Il Dipartimento di Salute del Governo degli Stati Uniti, nell'ambito del Centro per i Servizi della Salute Mentale, ha inserito l'EMDR fra i trattamenti consigliati non solo per il PTSD, ma anche per gli altri

disturbi d'ansia, per la depressione e per la promozione della salute mentale. Questo riconoscimento è stato basato sulla qualità della ricerca e delle pubblicazioni scientifiche che dimostrano l'efficacia dell'EMDR e l'assenza di effetti dannosi, secondari o indesiderati dopo la sua applicazione (www.samhsa.gov).

Ma come funziona l'EMDR? Gli studi su come i movimenti oculari o altri stimoli bilaterali attivino i processi di elaborazione sono tuttora in corso, anche se al riguardo esistono già numerose ipotesi di ricerca: la stimolazione bilaterale avrebbe effetto sulla "Risposta di Orientamento" (rilevabile attraverso la rilevazione della conduttanza cutanea), riducendo significativamente il livello di arousal (3). O, ancora, i movimenti oculari faciliterebbero i processi di distrazione nei confronti del trauma: l'effetto di dual focus attention permetterebbe al paziente un'esposizione dosata al materiale traumatico (1,4). Ma forse i movimenti oculari potrebbero indurre quei cambiamenti sinaptici più direttamente legati all'elaborazione dei ricordi (5,6). Secondo numerosi Autori, inoltre, i movimenti oculari produrrebbero effetti sulla memoria assimilabili a quelli che si verificano durante le fasi REM del sonno (7-10). I movimenti oculari indurrebbero una risposta di rilassamento per mezzo della formazione reticolare o di altri meccanismi attivanti il Sistema Nervoso Parasimpatico. Tale attivazione inibirebbe il Sistema Nervoso Simpatico, favorendo la desensibilizzazione della risposta ansiosa (1). Recentemente, si vanno moltiplicando gli studi che mostrano come l'EMDR conduca verso una normalizzazione dell'attività delle onde cerebrali lente nei due emisferi corticali e quindi, sostanzialmente, una risincronizzazione dei due emisferi (11). Altri studi hanno rivolto la propria attenzione agli effetti dei movimenti oculari su determinate componenti della memoria, mostrando una riduzione della vividezza delle immagini legate al ricordo traumatico, dei pensieri relativi a esso, dell'emozione collegata, un incremento della flessibilità cognitiva, un aumento della memoria episodica, oltre a vari cambiamenti fisiologici come il rallentamento del battito cardiaco e la riduzione della conduttanza dermica (12). Studi con strumentazione SPECT, condotti presso la Facoltà di Medicina dell'Università di Boston (13) hanno mostrato come l'EMDR produca un'attivazione cerebrale delle aree del giro del cingolo anteriore e del lobo frontale sinistro, che rappresenterebbe la base biologica degli effetti clinici prodotti da questo trattamento. L'EMDR condurrebbe anche a una normalizzazione dei livelli ematici di cortisolo, notoriamente alterati nel PTSD (14).

L'EMDR è stato visto inizialmente come una tecnica innovativa, che ha mantenuto sempre uno stretto rap-

porto con il mondo della ricerca scientifica e con gli studi di psicofisiologia. Particolarmente indicato nella cura del PTSD, nel tempo si è via via trasformato in un metodo terapeutico e quindi in un approccio sempre più raffinato, complesso e globale, in grado di affrontare gran parte dei disturbi psicopatologici, fino ai più gravi tra quelli che giungono quotidianamente all'osservazione dello psichiatra e dello psicologo clinico, come indicato da alcuni articoli contenuti in questo Supplemento.

L'importanza dello stress, dei lutti (15) e degli eventi di vita negativi come fattore di rischio aspecifico per tutta la psicopatologia è del resto ormai ampiamente riconosciuta dalla letteratura psichiatrica.

Così, l'EMDR diventa uno strumento importante per l'elaborazione di quegli eventi di vita negativi che spesso rappresentano un importante fattore di insorgenza o di scompenso nella depressione, nel disturbo di panico, ma anche nei disturbi fobici, ossessivi (16), in quelli del comportamento alimentare, nelle dipendenze, fino ai disturbi bipolari e alle psicosi, come ben illustrano alcuni contenuti di questo Supplemento.

Soprattutto, l'EMDR si propone come una terapia di elezione in quei casi che la letteratura scientifica indica, ormai sempre più spesso, come traumi complessi: i traumi dello sviluppo, le relazioni traumatiche, le situazioni di traumatizzazione prolungata o estrema che conducono ai disturbi dell'area borderline, ai disturbi dissociativi (17), ai disturbi gravi della personalità.

L'EMDR è infatti considerato, ormai sempre più spesso, come l'approccio più valido per le situazioni psicopatologiche da traumi complessi, offrendo procedure specifiche e tecniche utili sia per raggiungere la necessaria stabilizzazione clinica del paziente, riconosciuta come una premessa indispensabile a ogni tipo di intervento terapeutico, sia per l'elaborazione vera e propria dei ricordi traumatici che si verifica nelle fasi terapeutiche più centrali, sia per l'integrazione auspicata e raggiunta nei momenti finali di una psicoterapia (18-22) sempre con la necessaria attenzione alla qualità e ai processi della relazione terapeutica (23).

Un approccio terapeutico, quello dell'EMDR, utilizzabile in assoluta sinergia e in integrazione con tutti i modelli più tradizionali di psicoterapia – dalla psicoanalisi agli interventi sistemici fino alla terapia cognitivo-comportamentale – o di cura farmacologica (24). Per tutti può rappresentare un arricchimento, una velocizzazione dei risultati, insomma un valore aggiunto che nulla toglie al patrimonio di esperienza e competenze teoriche e cliniche del terapeuta esperto, considerando che le psicoterapie tradizionali incontrano frequentemente difficoltà nel risolvere i disturbi causati da traumi e in particolare da traumi precoci, dei quali molto spesso il paziente non ha neanche un ricordo consapevole.

EMDR in Psichiatria. Introduzione al Supplemento

Siamo quindi particolarmente felici di offrire agli psichiatri italiani questo Supplemento e con esso la possibilità di un aggiornamento qualificato e una panoramica ampia, anche se assolutamente non esaustiva, delle ricerche più importanti condotte recentemente, soprattutto in Italia, nell'ambito della neurofisiologia, della psicobiologia e della clinica riguardanti l'EMDR.

BIBLIOGRAFIA

1. Shapiro F. Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures. New York: Guilford Press 1995; Ed. It. A cura di Fernandez I., EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari. Milano: Mc Graw-Hill, 2000.
2. Fernandez I, Maslovic G, Veniero Galvagni M. Traumi psicologici, ferite dell'anima. Il contributo della terapia con EMDR. Napoli: Liguori, 2011.
3. MacCulloch MJ, Fieldman P. Eye movement desensitization treatment utilizes the positive visceral element of the investigatory reflex to inhibit the memories of post traumatic stress disorder: a theoretical analysis. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 571-9.
4. Lee CW, Taylor G, Drummond PD. The active ingredient in EMDR: is it traditional exposure or dual focus of attention? *Clin Psychol Psychother* 2006; 13: 97-107.
5. Arai A, Lynch G. Factors regulating the magnitude of long-term potentiation induced by theta pattern stimulation. *Brain Res* 1992; 598: 173-84.
6. Larson J, Lynch G. Theta pattern stimulation and the induction of LTP: the sequence in which synapses are stimulated determines the degree to which they potentiate. *Brain Res* 1989; 489: 49-58.
7. Fishbein W, Gutwein BM. Paradoxical sleep and memory storage processes. *Behav Biol* 1977; 19: 425-64.
8. Gabel S. Information processing in rapid eye movement sleep: possible neurophysiological, neuropsychological, and clinical correlates. *J Nerv Ment Dis* 1987; 175: 193-200.
9. Sutton JP, Mamelak AN, Hobson JA. Modeling states of waking and sleeping. *Psychiatr Ann* 1992; 22: 137-43.
10. Winson J. The biology and function of rapid eye movement sleep. *Curr Opin Neurobiol* 1993; 3: 243-7.
11. Nicosia G. A mechanism for dissociation suggested by the quantitative analysis of electroencephalography. Sunnyvale CA: 1994, International MDR Annual Conference.
12. Christman SD, Garvey KJ, Propper RE, Phaneuf KA. Bilateral eye movements enhance the retrieval of episodic memories. *Neuropsychology* 2003; 17: 221-9.
13. Levin P, Lazrove S, van der Kolk B. What psychological testing and neuroimaging tell us about treatment of Post-Traumatic Stress Disorder by Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *J Anxiety Disord* 2000; 13: 159-72.
14. Heber R, Kellner M, Yehuda R. Salivary cortisol levels and the cortisol response to dexamethasone before and after EMDR: a case report. *J f Clin Psychol* 2002; 58: 1521-30.
15. Onofri A, Dantonio T. La terapia del lutto complicato. Interventi preventivi, psicoeducazione, prospettiva cognitivo-evoluzionista, approccio EMDR. *Psicobiettivo* 2009; 3.
16. Onofri A. Pensare la mente del padre. Psicoterapia Cognitiva orientata dalla Teoria dell'Attaccamento e approccio EMDR: un caso clinico di Disturbo Ossessivo Compulsivo. In: Luigi Onnis (a cura di). Attaccamento. Una teoria ponte per la psicoterapia. Torino: Bollati Boringhieri, 2010.
17. Miti G, Onofri A. La Psicoterapia Cognitiva dei Disturbi Dissociativi: dalle tecniche cognitivo-comportamentali all'approccio EMDR. *Cognitivismo Clinico* 2011; 8: 73-91.
18. Liotti G, Farina B. Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2011.
19. Van der Haart O, Ellert RS, Nijenhuis KS. Fantasmie nel Sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2011.
20. Solomon R, Shapiro F. EMDR and the Adaptive Information Model. *Journal of EMDR Practice and Research* 2008; 2: 315-22.
21. Knipe J. EMDR Toolbox. Targeting Defenses and Ego State Conflicts within an AIP Model, London. London: 2008, EMDR Europe Annual Conference.
22. Leeds A. A Guide to the Standard EMDR Protocols for Clinicians, Supervisors, and Consultants. New York: Springer Publishing Company, 2009.
23. Dworkin M. La relazione terapeutica nel trattamento EMDR. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2010.
24. Balbo M (a cura di). EMDR: uno strumento di dialogo fra le psicoterapie. Milano: Mc Graw-Hill, 2006.

*Si ringrazia l'Associazione per l'EMDR in Italia per il materiale messo a disposizione.
Per ulteriori riferimenti si invita alla consultazione dei siti Internet www.EMDR.com e www.EMDRItalia.it.*