

## EMDR e terapia psicofarmacologica nel trattamento del disturbo da stress post-traumatico

### *EMDR and psychopharmacological therapy in the treatment of the post-traumatic stress disorder*

RAFFAELE ARNONE, ADA ORRICO, GIUSEPPE D'AQUINO, WALTER DI MUNZIO

E-mail: raffaele\_arnone@libero.it

ASL Salerno 1 Nocera Inferiore (SA)

**RIASSUNTO. Obiettivo.** Questo studio si propone di valutare l'efficacia di due diversi trattamenti nella cura del disturbo da stress post-traumatico (PTSD): la terapia psicofarmacologica, attraverso l'utilizzo di serotonergici, e l'EMDR. **Metodo.** Sono stati utilizzati due gruppi indipendenti ai quali venivano somministrati due trattamenti differenti: il trattamento con sertralina per il gruppo assegnato alla terapia psicofarmacologica; il trattamento con sedute monosettimanali di EMDR per l'altro gruppo. Per la valutazione dei sintomi del PTSD è stata utilizzata la Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS). L'assegnazione dei soggetti ai due gruppi è stata randomizzata. **Risultati.** I risultati confermano precedenti studi riportati in letteratura, evidenziando l'efficacia sia dell'EMDR sia della sertralina nel migliorare la sintomatologia post-traumatica e i livelli di sofferenza soggettiva. Tuttavia il numero di soggetti che al termine della condizione sperimentale non rientrava più nei criteri diagnostici del PTSD è risultato nettamente superiore nel gruppo trattato con EMDR. **Conclusioni.** Data la differenza nei due gruppi, a favore di quello trattato con EMDR, del numero di soggetti che possono essere considerati responder e che, come tali, non soddisfano più i criteri del PTSD al termine della condizione sperimentale, possiamo affermare che l'ipotesi per cui l'EMDR è un trattamento più efficace rispetto al trattamento psicofarmacologico è stata confermata. Questo dato potrebbe stimolare ricerche future con campioni più numerosi che indagano anche l'efficacia a lungo termine.

**PAROLE CHIAVE:** EMDR, sertralina, PTSD, efficacia, CAPS.

**SUMMARY. Aim.** This study evaluates the efficacy of two different treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD): the psychopharmacological therapy, with a SSRI drug, and EMDR. **Method.** Two independent groups have been administered two different treatments: the treatment with sertraline to the group for psychopharmacological therapy; the treatment with one-week sessions of EMDR to the other group. For the evaluation of the symptoms of PTSD has been used the Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS). The inclusion of the subjects in the two groups has been absolutely random. **Results.** The results confirm previous studies available in literature, pointing out the efficacy of EMDR and of sertraline in improving the post-traumatic symptomatology and the levels of subjective suffering. But the number of subjects which at the end of the study didn't satisfy any more the criteria for PTSD has been absolutely greater in the group treated with EMDR. **Conclusions.** The study confirms the hypothesis of EMDR as a more efficacious treatment for PTSD compared to psychopharmacological therapy. This result could be a stimulous for further research with greater groups to investigate also the long term efficacy.

**KEY WORDS:** EMDR, sertraline, PTSD, efficacy, CAPS.

### INTRODUZIONE

La caratteristica essenziale del disturbo da stress post-traumatico (PTSD), secondo il DSM-IV-TR, è la presenza di sintomi tipici che seguono l'esposizione a

un fattore traumatico estremo, che implica l'esperienza personale diretta di un evento che può comportare morte o lesioni gravi o altre minacce all'integrità fisica; o la presenza a un evento che comporta morte, lesioni o altre minacce all'integrità fisica di un'altra persona;

### *EMDR e terapia psicofarmacologica nel trattamento del PTSD*

o il venire a conoscenza della morte violenta o inaspettata, di grave danno o minaccia di morte o lesioni per un membro della famiglia o per un'altra persona con cui si è in stretta relazione. Il DSM-IV-TR include tra i criteri diagnostici anche il tipo di risposta soggettiva della persona all'evento stressante, che deve comprendere paura intensa, impotenza o orrore (oppure, nei bambini, la risposta può comprendere comportamento disorganizzato o agitazione). I sintomi caratteristici che risultano dall'esposizione a un trauma includono il continuo rivivere l'evento traumatico, l'evitamento persistente degli stimoli associati con il trauma, l'ottundimento della reattività generale e sintomi costanti di iperarousal. Il quadro sintomatologico completo deve essere presente per più di un mese e il disturbo deve causare disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti (1).

#### **OBIETTIVI**

Sulla base di quanto riportato da molti autori (2,3), la terapia farmacologica nel PTSD costituisce un trattamento di seconda scelta rispetto a interventi psicoterapeutici (4-7) secondo i criteri dell'Evidence Based Medicine, come quelli cognitivo-comportamentali (8,9) e come l'EMDR (10). Per quanto riguarda la terapia psicofarmacologica, i dati disponibili mostrano come la risposta a tale trattamento dipenda da una serie di variabili fra cui il tipo di trauma, il sesso, l'età di insorgenza (11,12). Un trattamento farmacologico precoce sembra poter evitare l'instaurarsi di quelle modificazioni strutturali del cervello che richiedono un certo tempo per verificarsi e per stabilizzarsi (13). I sintomi che possono trarre più giovamento da questo tipo di terapia sono l'ansia, la depressione e l'iperarousal, mentre l'evitamento e la negazione rispondono poco ai farmaci. Tra i serotoninergici sono stati utilizzati la sertralina, la fluoxetina e la paroxetina. Sono stati adoperati anche la brofaromina, l'amitriptilina, la lamotrigina, le benzodiazepine, gli antipsicotici, la carbamazepina, l'imipramina e la fenelzina; gli studi clinici riportati a tutt'oggi hanno dato risultati controversi che non confermano appieno la reale efficacia di questi farmaci. Tra gli SSRI, la sertralina è il presidio farmacologico più studiato e quello che sembrerebbe offrire, al momento, gli effetti più soddisfacenti (14,15).

L'EMDR è un approccio psicoterapeutico che ha ottenuto ottimi risultati (11). L'EMDR, più che concentrarsi sulla reazione del paziente all'evento disturbante, si focalizza sul ricordo stesso, mantenuto nella

memoria in modo non funzionale. Dopo il trattamento con EMDR, gli stessi ricordi si presentano infatti con immagini meno disturbanti, con pensieri più positivi e con una emotività più adeguata (16-18).

Con l'EMDR la trasformazione dell'informazione disturbante, nel senso della rielaborazione adattiva dello stesso, produce effetti positivi anche sulla struttura cognitiva, sul comportamento e sull'emotività (19). Infatti, l'esperienza clinica ha dimostrato che una volta rielaborati i ricordi specifici, il senso di autostima e autoefficacia del paziente migliorano automaticamente. Con l'EMDR, la capacità di stimolare profondi cambiamenti terapeutici avviene in maniera rapida e indipendente dal numero di anni trascorsi dall'evento traumatico (20). In una rassegna sistematica, pubblicata nel 1999 (16 studi randomizzati, 563 soggetti) due studi hanno mostrato come l'EMDR sia efficace quanto la terapia dell'esposizione, tre studi hanno rilevato che l'EMDR è più efficace della terapia del rilassamento e altri tre studi hanno riscontrato che l'EMDR è più efficace della permanenza in lista di attesa (19-21).

La ricerca che presentiamo si propone di confrontare l'efficacia dell'EMDR con quella della terapia psicofarmacologica nel trattamento del PTSD.

#### **METODO**

Il presente studio è stato condotto nel periodo compreso tra il 1.09.2003 e il 15.05.2004 con soggetti afferenti all'Ambulatorio Speciale di Psicotraumatologia del Dipartimento di Salute Mentale dell'Azienda Sanitaria Locale Salerno 1, nella città di Sarno. In questo Comune, come è noto, il 5 maggio del 1998 un'alluvione provocò un evento franoso che causò la distruzione di numerose abitazioni e la morte di ben 137 persone. I numerosi casi di disturbi psicopatologici attribuibili all'evento e alle sue conseguenze, indusse le autorità sociosanitarie (Dipartimento di Salute Mentale e Dipartimento della Protezione Civile) ad aprire un Centro di Ascolto. Il Centro di Ascolto è stato per un lungo periodo la principale agenzia di invio di pazienti presso l'Ambulatorio di Psicotraumatologia della ASL. In questa struttura, dove è stata effettuata la nostra ricerca, oggi confluiscono soggetti con PTSD sviluppati in conseguenza di eventi stressanti di varia natura.

#### *Selezione dei soggetti*

Dei 63 pazienti con diagnosi di PTSD che si sono rivolti all'ambulatorio di Psicotraumatologia nel periodo di osservazione, ne sono stati inclusi 31 nel nostro studio (Tabella 1). Sono stati esclusi i soggetti con altre patologie psichiatriche e/o abuso di sostanze essendo la finalità dello studio la valutazione dell'efficacia dell'EMDR e della te-

rapia farmacologica nel PTSD “tipico”. Sono stati inoltre esclusi gli utenti che presentavano sintomi dissociativi gravi. La distribuzione dei soggetti nei due gruppi sperimentali è avvenuta in maniera randomizzata, così come la scelta dell’assegnazione alle due condizioni indagate. 19 soggetti (11 femmine e 8 maschi di età compresa tra 19 e 61 anni, Media  $\pm$  DS: 37,15 $\pm$ 11,73) sono stati trattati con EMDR. 12 soggetti (5 maschi e 7 femmine di età compresa tra 24 e 48 anni, Media  $\pm$  DS: 36,58 $\pm$ 6,93) sono stati trattati con un farmaco serotoninergico: la sertralina. Per quanto riguarda le altre caratteristiche socio-demografiche dei soggetti erano le seguenti: scolarità in anni (Media + DS) era di 14,31+3,67 per il gruppo trattato con EMDR e di 13,83+2,89 per il gruppo trattato con sertralina; gli occupati erano 16 (84,2%) nel gruppo trattato con EMDR e 11 (91,7%) nel gruppo trattato con sertralina; infine i coniugati erano 13 (88,4%) nel gruppo trattato con EMDR e 8 (66,7%) nel gruppo trattato con sertralina.

#### Strumenti di valutazione

A tutti i soggetti selezionati è stata somministrata, previo consenso informato: a) una scheda per la raccolta dei dati socio-demografici; b) la Clinician-Administered PTSD Scale (CAPS) (22). La CAPS è un’intervista strutturata per la valutazione dei sintomi del DPTS secondo il DSM-IV, più altre 8 caratteristiche associate al disturbo (3). È stata messa a punto presso il National Center for PTSD del Behavioural Science Division di Boston e del Neurosciences Division di West Haven per valutare la frequenza e la gravità di ciascun sintomo, l’impatto dei sintomi sulla vita sociale e lavorativa del soggetto, la gravità complessiva del disturbo, il miglioramento rispetto alla valutazione basale e la validità delle misurazioni effettuate. La scala consente di porre la diagnosi di PTSD, valutare la gravità sia dei singoli sintomi sia del quadro clinico generale e misurare le modificazioni del quadro clinico in funzione del trattamento. I cluster sintomatologici presi in considerazione sono sei (Intrusività, Evitamento, Iperarousal, Sofferenza soggettiva, Compromissione del funzionamento sociale e Compromissione della funzionalità lavorativa).

Nel nostro studio abbiamo effettuato due misurazioni con la CAPS per ogni soggetto: una pre-trattamento e una post-trattamento.

#### Procedura

I soggetti appartenenti ai due gruppi sono stati tutti trattati per un periodo di 12 settimane. I soggetti appartenenti al gruppo trattato con EMDR hanno effettuato una seduta settimanale della durata di un’ora per otto settimane, e due sedute quindicinali di verifica e chiusura della terapia. I soggetti del gruppo di trattamento farmacologico sono stati trattati con sertralina, partendo da una dose giornaliera di 25 mg/die e arrivando a 100 mg/die; successivamente, il dosaggio è stato modificato sulla base dell’efficacia e della tollerabilità. In entrambi i gruppi trattati ci sono stati due casi di drop-out. Nell’analisi dei dati questi soggetti sono stati esclusi.

## RISULTATI

Non sono state rilevate differenze statisticamente significative tra i due gruppi sia per quanto riguarda le caratteristiche socio-demografiche, sia per la frequenza e la gravità dei sintomi prima del trattamento.

17 (89,47%) pazienti trattati con EMDR hanno completato il protocollo. 2 soggetti, entrambi di sesso femminile, hanno abbandonato lo studio per motivi non precisati. Dei 12 pazienti trattati con terapia farmacologica, 10 (83,33%) hanno portato a termine lo studio. Fra questi ci sono stati 2 drop out, anche in questo caso 2 soggetti di sesso femminile: 1 ha interrotto il trattamento per insorgenza di effetti collaterali (nausea) scarsamente tollerati e l’altra ha optato per una psicoterapia a indirizzo psicodinamico. I punteggi alla CAPS hanno evidenziato, per entrambi i gruppi, un miglioramento statisticamente significativo della sintomatologia post-traumatica, come indicato dalla riduzione dei punteggi alle scale relative ai sintomi di intrusività, evitamento, iperarousal: in entrambi i gruppi, è risultata essere significativamente migliorata la sofferenza soggettiva determinata dai sintomi post-traumatici (F=2,279, df=16, p=0,037; F=4,118, df=9, p=0,003).

Nei soggetti trattati con EMDR è risultata essere significativamente migliorata la compromissione del funzionamento sociale (F=2,279, df=16, p=0,037); mentre nei soggetti trattati con sertralina è risultata significativamente migliorata la compromissione della funzionalità lavorativa (F=3,000, df=9, p=0,015).

Alla fine dello studio, 13 (76,47 %) dei 17 pazienti trattati con EMDR e 3 (30%) dei 10 pazienti trattati con sertralina non soddisfacevano più i criteri diagnostici per il DPTS, e quindi potevano essere considerati responder ( $\chi^2=5,632$ , df=1, p=0,018) (**Tabella 1**).

## CONCLUSIONI

I risultati del nostro studio evidenziano l’efficacia sia dell’EMDR sia della sertralina nel migliorare la sintomatologia post-traumatica e i livelli di sofferenza soggettiva. Tali dati confermano i risultati dei precedenti studi (29,37). Tuttavia, al termine dello studio, 13 soggetti

**Tabella 1. Pazienti responder e non responder nel trattamento con EMDR (n=17) o con sertralina (n=10)**

	EMDR n (%)	Sertralina n (%)
<b>Responders*</b>	13 (76.47)	3 (30)
<b>Non responders</b>	4 (23.53)	7 (70)

### EMDR e terapia psicofarmacologica nel trattamento del PTSD

(76,47%) trattati con EMDR e solo 3 soggetti (30%) trattati con sertralina potevano essere considerati responder. Questo dato sembra indicare una maggiore efficacia dell'EMDR rispetto al trattamento farmacologico.

Data la esiguità del campione studiato, l'analisi dei risultati non ci consente di confermare la maggiore efficacia dell'EMDR sui sintomi di intrusività (o rievocazione) e di evitamento e della sertralina sui sintomi di iperarousal, come indicato in precedenti lavori (23). Studi condotti su campioni più numerosi potrebbero valutare meglio l'efficacia dei due tipi di trattamento su specifici cluster sintomatologici.

Studi ulteriori potrebbero anche valutare l'eventuale diversa efficacia dei due trattamenti nel lungo termine; la letteratura indica infatti che la remissione sintomatologica ottenuta con l'EMDR viene mantenuta anche nel lungo termine, mentre la sospensione del trattamento farmacologico determina una elevata incidenza di ricadute (24-28).

*Questo studio è stato presentato e discusso come tesi sperimentale al Dipartimento di Psichiatria dell'Università di Napoli) diretta dal Prof. Mario Maj (Presidente dell'European Psychiatric Association). È in via di pubblicazione sul British Journal of Psychiatry.*

### BIBLIOGRAFIA

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth ed. Washington, DC: APA Press, 1994 (Edizione italiana: DSM-IV manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Milano: Masson, 1995).
2. Foa EB, Rothbaum BO, Riggs DS. Treatment of post traumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive-behavioral procedures and counseling. *J Consult Clin Psychol* 1992; 159: 715-23.
3. Sherman JJ. Effects of psychotherapeutic treatments for PTSD: a meta-analysis of controlled clinical trials. *J Trauma Stress* 1998; 11: 413-36.
4. Bradley R, Greene J, Russ E, Dutra L, Westen D. A multidimensional meta-analysis of psychotherapy for PTSD. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 214-27.
5. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with acute stress disorder and posttraumatic stress disorder. Arlington, VA: American Psychiatric Association Practice Guidelines, 2004.
6. Bleich A, Kotler M, Kutz I, Shalev A. A position paper of the (Israeli) National Council for Mental Health: guidelines for the assessment and professional intervention with terror victims in the hospital and in the community. Jerusalem: Israel 2002.
7. National Institute for Clinical Excellence. Post traumatic stress disorder (PTSD): the management of adults and children in primary and secondary care. London: NICE Guidelines 2005.
8. Foa EB, Rothbaum BD. Treating the trauma of rape: cognitive-behavioral therapy for PTSD. New York: Guilford Press, 1998.
9. Marks IM, Lovell K, Noshirvani H, Livanou M, Thrasher S. Treatment of posttraumatic stress disorder by exposure and/or cognitive restructuring: A controlled study. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 317-25.
10. Shapiro F. Eye movement desensitisation and reprocessing: Basic principles, protocols and procedures (2nd ed.). New York: Guilford Press, 2001.
11. Breslau N, Davis GC, Andreski P, Peterson E. Traumatic events and posttraumatic stress disorders in an urban population of young adults. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48: 216-22.
12. Yehuda R. Risk factors for Post-Traumatic Stress Disorder. Washington: American Psychiatric Press, 1999.
13. Pitman RK, Altman B, Greenwald E. Psychiatric complications during flooding therapy for Post-Traumatic Stress Disorder. *J Clin Psychiatry* 1991; 52: 17-20.
14. Brady K, Pearlstein T, Asnis GM. Efficacy and safety of sertraline treatment of post-traumatic stress disorder. A randomised controlled trial. *JAMA* 2000; 283: 1837-44.
15. Foa EB, Davidson JRT, Frances A. The expert consensus guidelines series: treatment of post-traumatic stress disorder. *Clin Psychiatry* 1999; 60 (suppl 16): 3-76.
16. CREST. The management of post traumatic stress disorder in adults. Belfast: a publication of the Clinical Resource Efficiency Support Team of the Northern Ireland Department of Health, Social Services and Public Safety 2003.
17. Department of Veterans Affairs & Department of Defense. VA/DoD Clinical Practice Guideline for the Management of Post-Traumatic Stress. Washington, DC, 2004.
18. Dutch National Steering Committee Guidelines Mental Health Care. Multidisciplinary Guideline Anxiety Disorders. Utrecht Netherlands: Quality Institute Health Care CBO/Trimbos Institute 2003.
19. Lee C, Gavriel H, Drummond P, Richards J, Greenwald R. Treatment of post-traumatic stress disorder: a comparison of stress inoculation training with prolonged exposure and eye movement desensitization and reprocessing. *J Clin Psychol* 2002; 58: 1071-89.
20. Jaberghaderi N, Greenwald R, Rubin A, Dolatabadim S, Zand SO. A comparison of CBT and EMDR for sexually abused Iranian girls. *Clin Psychol Psychother* 2004; 11: 358-68.
21. INSERM. Psychotherapy: an evaluation of three approaches. Paris France: French National Institute of Health and Medical Research, 2004.
22. Blake DD, Weathers FW. A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: THE CAPS-I. *Behav Therapist* 1990; 18: 187.
23. Stein DJ, Zungu-Dirwayi N, Van der Linden GJ, Seedat S. Pharmacotherapy for Post-Traumatic Stress Disorder. Oxford: The Cochrane Library 2001; Issue 1.
24. Van Etten M, Taylor S. Comparative efficacy of treatments for post-traumatic stress disorder: a meta-analysis. *Clin Psychol Psychother* 1998; 5: 126-44.
25. Stahl MM, Lindquist M, Pettersson M, et al. Withdrawal reactions with selective serotonin re-uptake inhibitors as reported to the WHO system. *Eur J Clin Pharmacol* 1997; 53: 163-9.
26. Coupland NJ, Bell CJ, Potokar JP. Serotonin reuptake inhibitor withdrawal. *J Clin Psychopharmacol* 1996; 16: 356-62.
27. Rosenbaum JF, Fava M, Hoog SL, Ascroft RC, Krebs WB. Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: a randomized clinical trial. *Biol Psychiatry* 1998; 44: 77-87.
28. Sanz EJ, De-las-Cuevas C, Kiuru A, Bate A, Edwards R. Selective serotonin reuptake inhibitors in pregnant women and neonatal withdrawal syndrome: a database analysis. *Lancet* 2005; 365: 482-7.