

EYE MOVEMENT DESENSITIZATION AND REPROCESSING (EMDR): INFORMATION PROCESSING IN THE TREATMENT OF TRAUMA

Autori: FRANCINE SHAPIRO, LOUISE MAXFIELD

Fonte: Psychotherapy in Practice, vol 58 (8), 933-946 (2002)

Parole chiave: EMDR, PTSD, ELABORAZIONE DELL'INFORMAZIONE

La Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari (EMDR, Eye Movement Desensitization and Reprocessing) è un approccio al trattamento basato su un modello di elaborazione dell'informazione.

In tale modello convergono elementi appartenenti a diversi approcci psicoterapeutici (psicodinamico, centrato sulla persona, cognitivo-comportamentale, terapia interazionale, basata sul corpo) che si integrano per formulare un set di procedure standardizzate e un protocollo clinico.

La tecnica dell'EMDR venne introdotta da Shapiro nel 1989, da allora altri ricercatori hanno condotto 19 esperimenti che indagano l'EMDR nel trattamento del PTSD.

Nel presente articolo viene descritta l'AIP (Adaptive Information Processing Model), un modello di elaborazione dell'informazione che descrive lo sviluppo della patologia e la sua risoluzione attraverso l'elaborazione, incrementata durante il trattamento con EMDR. Inoltre vengono presentate le otto fasi del trattamento e un caso clinico che illustra, anche attraverso la trascrizione di una sessione di trattamento, l'applicazione dell'EMDR.

Ad oggi l'EMDR è una tecnica per il trattamento del PTSD riconosciuta nella sua efficacia. Dopo i diversi studi pubblicati, la Società Internazionale per gli Studi dello Stress Traumatico ha definito l'EMDR una tecnica efficace per il PTSD.

Dopo il primo studio di Shapiro, altri 14 esperimenti clinici controllati hanno indagato l'EMDR in un campione di civili (vittime di rapine, abusi infantili, incidenti, violenza fisica, disastri naturali e altri traumi) con PTSD. Il risultato generale è che vi è un decremento della diagnosi di PTSD del 60-90% dopo 3-8 sessioni. In molti studi randomizzati l'EMDR viene riscontrato come superiore in multiple misure se comparato a diverse condizioni di controllo, come differenti forme di psicoterapia individuale. In tutti gli studi randomizzati l'EMDR appare equivalente nel trattamento se comparato alla Terapia Cognitivo-Comportamentale (CBT). Due studi riportano la superiorità dell'EMDR rispetto al CBT sulla subscale dell'intrusività e uno studio sulla subscale dell'intrusività e dell'evitamento. Gli studi non randomizzati sono invece due, uno supporta la superiorità dell'EMDR e l'altro del CBT.

Inoltre la maggior parte degli studi conclude che l'EMDR implica un minor tempo di trattamento e che gli effetti sono generalmente mantenuti nel follow up.

Cinque esperimenti clinici controllati hanno studiato l'efficacia dell'EMDR con il PTSD da combattimento. Di questi studi uno ha indagato un lungo trattamento riportando dopo 12 sessioni un decremento del 78% nella diagnosi di PTSD con un mantenimento dei risultati a 9 mesi di distanza.

Il modello della elaborazione adattiva dell'informazione

L'AIP, introdotta nel 2001 da Shapiro, è una guida alla pratica clinica dell'EMDR. Secondo tale teoria in ogni individuo c'è un sistema fisiologico di elaborazione dell'informazione per cui nuove informazioni vengono elaborate ad uno stato adattivo.

Questo accade quando vengono create associazioni con materiale precedentemente immagazzinato, dando come risultato l'apprendimento, il sollievo da emozioni stressanti e la disponibilità del materiale per usi futuri. L'informazione è immagazzinata in una memoria di rete contenente pensieri, immagini, emozioni e sensazioni che si collegano ad altre memorie di rete. Le reti sono

organizzate quindi intorno all'evento primo e le memorie relative ad un recente incidente possono contenere elementi connessi a esperienze precedenti.

Se l'informazione relativa a una esperienza traumatica o stressante non è pienamente processata, le percezioni iniziali saranno immagazzinate come gli input iniziali, con pensieri e percezioni distorte sperimentate al tempo dell'evento. Se la memoria traumatica rimane non elaborata, diventa la base di reazioni disfunzionali ricorrenti. I sintomi intrusivi del PTSD sono letti in quest'ottica come risultato di elementi cognitivi, sensoriali e affettivi non elaborati della memoria traumatica.

L'ipotesi sottostante la tecnica dell'EMDR è che i movimenti oculari e altre stimolazioni bilaterali incrementino l'elaborazione dell'informazione. I movimenti oculari, secondo recenti studi, riducono la vividezza dell'immagine memorizzata e dei relativi affetti. L'immagine diventerebbe dunque meno saliente e il soggetto sarebbe maggiormente in grado di accedere a informazioni più adattive, creando nuove connessioni all'interno della memoria di rete.

Le otto fasi dell'EMDR

L'EMDR prevede un protocollo di otto fasi di cui tre ripetute in più sessioni.

Nella *prima* fase il terapeuta deve prendere conoscenza della storia e informare il paziente circa l'EMDR. Inoltre in questa fase il terapeuta potrà individuare dei target per il trattamento.

La *seconda* fase è di preparazione o stabilizzazione. Lo scopo è sviluppare la sicurezza e l'autocontrollo del paziente prima di lavorare sulla memoria traumatica. Tipicamente si utilizza la tecnica della visualizzazione dell'immagine di un "luogo sicuro".

Nella *terza* fase si procede alla elaborazione del trauma. Prima il soggetto descrive l'immagine visiva più vivida associata al trauma. Successivamente si identificano due aspetti: la credenza irrazionale negativa circa il sé che questa immagine suscita e la credenza positiva desiderata. Rispetto a quest'ultima deve esprimere un giudizio di verità, indicando sulla scala di validità della cognizione (VOC, Validity of Cognition) da 1 a 7 quanto la sente vera. Stabilizzare la cognizione positiva è un obiettivo del trattamento.

La credenza negativa invece deve essere associata all'immagine visiva e il soggetto deve indicare sulla scala dell'unità soggettiva di disturbo (SUD, Subjective Unit of Disturbance) quanto da 0 a 10 è disturbante, stressante. Il passo successivo è localizzare nel corpo la sensazione evocata dall'immagine traumatica.

Nella *quarta* fase il soggetto deve focalizzarsi sull'immagine, sulla credenza negativa e la sensazione corporea. Deve cercare di mantenere questo focus internamente e simultaneamente muovere gli occhi da un lato all'altro per 15 o più volte seguendo le dita del terapeuta. Generalmente questo provoca l'emergere di nuovo materiale su cui focalizzarsi e ripetere il movimento oculare.

Questa fase può ritenersi conclusa quando il soggetto riporta un valore di disturbo pari a 0.

Giunti alla *quinta* fase il soggetto è dunque in grado di accedere senza stress alla memoria traumatica. Lo scopo è ora promuovere il consolidamento della cognizione positiva fino a quando il soggetto non esprimerà un giudizio di credenza pari a 7.

Nella *sesta* fase il soggetto focalizzandosi sull'immagine e sulla cognizione positiva deve dire se c'è una sensazione di tensione nel corpo. Questo si basa sull'assunto dell'AIP secondo cui l'informazione immagazzinata disfunzionalmente è sperimentata fisiologicamente. L'EMDR infatti si considera concluso solo quando il soggetto può pensare alla memoria disturbante senza sentimenti di tensione corporea.

Nella *settima* fase, il terapeuta determina se la memoria è stata processata adeguatamente e effettua interventi calmanti sviluppati nella fase due. Si devono informare i pazienti che l'elaborazione continua anche dopo la sessione quindi si chiede loro di scrivere il materiale che emerge come i sogni, le intrusioni, le memorie, le emozioni.

L'*ottava* fase è di rivalutazione, il terapeuta chiede di pensare alla memoria processata precedentemente per determinare se il trattamento è stato mantenuto.

Lo scopo dell'EMDR è produrre l'effetto più sostanziale possibile nel più breve tempo possibile, mentre simultaneamente si mantengono le funzioni del soggetto e si prevengono le emozioni eccessive.

Il caso

Il caso riportato riguarda un soggetto che soffre di immagini intrusive riguardanti una passata esperienza con un terremoto e la paura di potenziali terremoti. Riferisce anche la paura di guidare nel traffico per eventuali incidenti. Ci sono stati tre terremoti in cui si è sentito minacciato: il primo sette anni prima mentre era sotto la doccia, il secondo cinque anni prima mentre era sotto ipnosi, il terzo due anni prima. Dopo quest'ultimo sono iniziati i sintomi intrusivi e la paura estrema.

Venne diagnosticato il PTSD. Dopo 4 sessioni di EMDR il PTSD e la paura di guidare furono eliminati. Ben presto però emersero nuovi elementi legati allo stress derivante dalla instabilità infantile, le difficoltà con i genitori, le esperienze di ospedalizzazione e le molestie sessuali da parte del fratello.

Questo, in accordo all'AIP, significa che in molti casi la vulnerabilità a degli eventi stressanti è basata su esperienze precedenti.

Infine è importante dire che nei soggetti con abuso infantile o trascuratezza il trattamento non sarà così veloce, spesso richiede una più lenta fase di preparazione necessaria prima di lavorare sul materiale traumatico.