

**Michele Giannantonio**

## **Eye Movement Desensitization and Reprocessing (E.M.D.R.) e psicoterapia del Disturbo Post-Traumatico da Stress: considerazioni critiche e linee di tendenza**

*Sito Internet: [www.psicotraumatologia.com](http://www.psicotraumatologia.com)*

*Questo articolo è stato pubblicato sulla “Rivista di psicoterapia Cognitiva e Comportamentale”, 2001, 1: 5-23*

### **Riassunto**

L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) è una forma di psicoterapia relativamente recente nota soprattutto per la sua discussa efficacia nella psicoterapia del Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), ma anche per l'accesa polemica che ruota attorno ad essa. Nel presente articolo viene valutata la più recente letteratura sull'efficacia dell'EMDR nella psicoterapia del PTSD, prestando una particolare attenzione alla comparazione con altre forme di psicoterapia ed alle critiche concettuali e metodologiche che sono state rivolte a questa metodica. Una review della letteratura porta con un ragionevole grado di certezza ad affermare l'efficacia dell'EMDR nella psicoterapia del PTSD. È invece necessaria ancora molta ricerca per dipanare le incertezze relative ai meccanismi specifici sui quali si basa l'efficacia dell'EMDR. Vengono infine accennate alcune attuali linee di tendenza nell'evoluzione dell'EMDR.

### **Summary**

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is a relatively recent model of psychotherapy known especially for its controversial effectiveness in Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) psychotherapy, but also for the intense polemic centred on it. In the present article the most recent literature about effectiveness of EMDR in PTSD psychotherapy is evaluated, paying a particular attention to the comparison with other forms of psychotherapy and to the conceptual and methodological criticisms addressed

to this psychotherapeutic approach. A review of literature leads to assert - with a reasonable degree of certainty - EMDR efficacy. On the contrary, extensive research is still required to dispel doubts concerning the specific mechanisms on which the efficacy of EMDR is based. Finally, some of the current trends in EMDR development are mentioned.

### **Cenni storici**

L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) è un approccio psicoterapico creato dalla Psicologa americana Francine Shapiro nel 1987. Chiamato inizialmente "EMD", era originariamente concepito come uno strumento utile a persone con Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD) in quanto l'impiego di determinati movimenti oculari sembrava consentire un rapido ed efficace effetto decondizionante nei confronti delle memorie traumatiche presentate dai reduci di guerra e dalle vittime di stupro. Successivamente la metodica è stata via via affinata concettualmente ed empiricamente, mutando il nome in "EMDR" nel momento in cui la Shapiro si è resa conto che la procedura da lei creata produceva molto di più di una semplice desensibilizzazione, modificando profondamente la rete di informazioni e ricordi connessa al trauma oggetto dell'intervento (Shapiro, 1995). Questa comprensione si è accompagnata ad una più fine articolazione della metodica. L'EMDR, inoltre, si è trasformata progredendo su due versanti: 1) da un lato, con un approccio estremamente pragmatico, ha incorporato al suo interno spunti teorici ed applicativi provenienti da differenti paradigmi psicoterapeutici allo scopo di potenziarne l'efficacia e la flessibilità (Shapiro, 1995); 2) dall'altro lato, il punto precedente ha consentito l'applicabilità della metodica ben oltre i limiti dell'originario ambito del PTSD.

Attualmente nei differenti Paesi del mondo le persone che hanno effettuato un training organizzato dall'EMDR Institute sono circa 30.000. In Italia i primi corsi

sull'EMDR sono stati condotti nel febbraio 1999 e sono attualmente coordinati dall'Associazione per l'EMDR in Italia<sup>1</sup>, a sua volta riconosciuta e patrocinata dalla EMDR Europe.

### **Il dibattito attuale sull'EMDR**

L'EMDR è - per così dire - nell'occhio del ciclone. Sono ormai moltissimi i clinici che la utilizzano, aumentano le pubblicazioni che la riguardano, ma contemporaneamente proliferano le critiche rivolte alla metodica ed alle ricerche orientate a valutarne l'efficacia terapeutica, comparando saltuariamente toni indecorosi. Probabilmente si tratta di una questione multifattoriale, ed alcuni degli elementi più importanti coinvolti nella diatriba mi paiono essere i seguenti. Innanzitutto, il dibattito pro o contro l'EMDR sembra avere assunto per molte persone un aspetto ideologico e, si sa, l'ideologia non va d'accordo con la ricerca scientifica. Inoltre, sono state prodotte alcune critiche sulla base dell'applicazione dell'EMDR, ma senza seguire i protocolli previsti dalla ricerca, portando a risultati negativi circa l'efficacia della metodica (Shapiro, 1999). A molti clinici l'EMDR è sembrata una tecnica troppo fredda, meccanicistica e semplicistica, laddove si tratta invece di un approccio creativo alla psicoterapia (Goldwurm, 2000). Altri autori, poi, hanno pensato che si volesse proporre l'EMDR come una psicoterapia magica sempre funzionante in una sola seduta; tale equivoco si è generato probabilmente a causa della prima pubblicazione della Shapiro (Shapiro 1989), laddove l'autrice sosteneva di avere appunto ottenuto risultati importanti nei confronti del PTSD con interventi di una sola seduta nel 100% dei soggetti (risultati, però, mai più replicati). Tale visione parziale dei fatti sarebbe poi

---

<sup>1</sup> Associazione per l'EMDR in l'Italia, Via Paganini n° 50 – 20030 – Bovisio Masciago (MI), tel/fax

stata ulteriormente avvallata dall'autorevole consenso di Joseph Wolpe (cit. in Butler, 1993; Shapiro, 2000). Una tale concezione eccessivamente magnanima nei confronti dell'EMDR, però, non è certo quella più attuale e condivisa (Shapiro, 1995, 1999). Molto recentemente è stata nuovamente pubblicata una ricerca che compara una singola seduta di EMDR con una singola seduta di intervento comportamentale basato sull'esposizione (Rogers et al., 1999). Questa non fa che fomentare le incomprensioni ed i settarismi, qualunque siano i risultati a cui portano ricerche concepite in questo modo.

Dai fautori dell'EMDR, inoltre, sono anche state pubblicate alcune ricerche metodologicamente dubbie o francamente fragili, che non hanno fatto altro che attirare gli strali dei critici.

Per ultimo, ma non per importanza, è da osservare che un metodo che si propone come più efficace o più rapido nella terapia di alcuni disturbi psicologici e che è supportato da un efficacissimo meccanismo di diffusione commerciale non può non essere valutato come un rivale, soprattutto in una realtà sociale, come il Nord America, dove le spese per la psicoterapia sono pagate dalle assicurazioni.

### **Alcuni basi teoriche e cliniche dell'EMDR**

L'impiego dell'EMDR ha portato la sua creatrice ad adottare come modello esplicativo dei cambiamenti ottenuti quello della *elaborazione accelerata dell'informazione*. Impiegando l'EMDR in psicoterapia, ed in particolare nel trattamento del PTSD, si ha frequentemente l'impressione che la metodica riattivi un meccanismo innato ed ecologico, presente in ogni persona, di elaborazione delle informazioni a contenuto emotivamente pregnante. Il caso ipotetico migliore, quello al

quale la "filosofia" dell'intervento si ispira, è rappresentato dalla situazione in cui il terapeuta rappresenta solamente un *facilitatore* di un processo che il paziente gestisce in modo completamente autonomo, senza interferenze di sorta. Si presume, cioè, che il paziente possieda potenzialmente tutte le risorse necessarie per rielaborare emotivamente e cognitivamente un evento traumatico. In realtà, in molte situazioni cliniche, questo è semplicemente un modello di ispirazione al quale bisogna tendere asintoticamente. Un intervento terapeutico più direttivo e ben più supportato teoricamente è infatti indispensabile laddove la rielaborazione del target di intervento non proceda autonomamente ed efficacemente (i.e.: Manfield, 1998, Parnell, 1999). A tale scopo, sono state create molteplici tecniche d'intervento che vengono racchiuse sotto l'unico termine di "cognitive interwave", ovvero "intervento cognitivo integrativo". Lo scopo di queste strategie è molteplice: rendere i ricordi emotivamente meno disturbanti e quindi rielaborabili; introdurre informazioni mancanti che producano una differente comprensione degli eventi sui quali si lavora; aiutare la persona a fruire di risorse delle quali dispone ma che risultano di accesso difficoltoso o al momento impossibile; accelerare il processo terapeutico; agevolare cambiamenti terapeutici che stentano a generalizzarsi (Lipke, 2000; Shapiro, 1995, 1999).

La ricerca ha dimostrato come alcuni tipi di stimolazione prodotti dal terapeuta attivino il processo della elaborazione accelerata delle informazioni. In particolare, i movimenti oculari orizzontali generati seguendo il movimento delle dita del terapeuta, sono stati il primo tipo di stimolazione individuata, casualmente, per questo scopo. È per questo motivo che l'EMDR deve il suo nome ai movimenti oculari. In realtà, il prosieguo della ricerca e della pratica clinica sta dimostrando come siano efficaci anche altri tipi di stimolazione alternata, ovvero rivolta contemporaneamente al target di intervento e ad uno stimolo esterno ritmico bilaterale proposto dal terapeuta: altri tipi di

movimento oculare, tamburellamenti sul dorso o sul palmo delle mani, rumori proposti alternatamente ad entrambe le orecchie, l'osservazione di una luce che scorre su una barra luminosa (per una rassegna sulla ricerca sulla stimolazione alternata, Lipke, 2000). L'individuazione di questi dispositivi elicitori di un'accelerazione nell'elaborazione delle informazioni è certamente la caratteristica distintiva maggiore dell'EMDR, quella che ha attirato l'interesse ma anche lo scetticismo di molti clinici. L'utilità di stimolazioni duali è una scoperta di notevole rilevanza clinica per almeno due motivi: 1) si sono dimostrate notevolmente efficaci e 2) sono provviste di notevole flessibilità. Il terapeuta, infatti, può modificarle molto liberamente adattandole all'andamento del processo terapeutico, sostituendole con altri tipi di stimolazione se ciò è utile a risolvere difficoltà nel processo rielaborativo. Durante la continua calibrazione del processo terapeutico, inoltre, al terapeuta è consentito verificare direttamente o indirettamente l'efficacia del dispositivo impiegato. L'osservazione della comunicazione metaverbale del paziente, unitamente ai riscontri verbali che egli fornisce, sono le fonti sulle quali la stimolazione duale viene continuamente calibrata.

### **La procedura d'intervento per il Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD): il protocollo standard per adulti e adolescenti**

L'EMDR è nata come terapia elettiva del PTSD ed ha modellato la struttura fondante della propria procedura di intervento (nonché le proprie basi teoriche) su questa patologia. I protocolli di intervento rivolti ad altre patologie (adeguatamente validati o meno) sono l'adattamento dell'originale protocollo per il PTSD. Non si tratta però di un limite metodologico dell'EMDR o di un residuo storico della sua evoluzione. L'EMDR, infatti, è e resta innanzitutto un intervento efficace sugli eventi traumatici o altamente stressanti, e come tale interviene su questi target di intervento adattando le

proprie procedure alle peculiarità con le quali gli eventi traumatici o altamente stressanti si manifestano all'interno delle differenti manifestazioni psicopatologiche. Il trauma, infatti, più che essere connesso in modo privilegiato al PTSD, sembra doversi considerare un elemento trasversale di parte significativa della psicopatologia (Bremner, Vermetten, Southwick, Krystal, Charney, 1998; Briere, 1997; Williams, Joseph, 1999). Considerando, infine, che il protocollo EMDR per il PTSD negli adulti e negli adolescenti connesso ad un singolo evento traumatico è senza dubbio quello maggiormente consolidato e verificato sperimentalmente, farò riferimento dettagliatamente solo a questo protocollo, semplicemente accennando in seguito ad ulteriori applicazioni dell'EMDR.

La procedura-tipo o algoritmo di intervento consta di otto fasi specifiche, composte di elementi "non specifici" (relazione terapeutica, elementi psicoeducazionali, etc.), di elementi genuinamente specifici (movimenti oculari o altri tipi di stimolazione adeguata, sequenzialità degli interventi effettuati) ed elementi mutuati – direttamente o indirettamente - da altre tradizioni di ricerca (assessment cognitivo e ristrutturazione, esposizione graduale, abreazione, assecondamento delle libere associazioni, valorizzazione di immagini a contenuto simbolico, manipolazione delle immagini mentali, tecniche provenienti dalla tradizione della terapia ipnotica ed altro ancora).

Nelle fasi iniziali viene raccolta l'anamnesi del paziente, viene valutata l'opportunità dell'intervento e la presenza di condizioni indispensabili per evitare di ritraumatizzare il paziente o generare un *drop-out*. In seguito viene spiegato e calibrato il procedimento terapeutico, e viene verificata la possibilità di raggiungere una condizione di sicurezza psicofisiologica, eventualmente in sinergia con tecniche di rilassamento, di ipnosi e/o di autoipnosi (esercizio del "luogo sicuro").

La fase dell'assessment è di particolare importanza, ed è caratterizzata dalla

costruzione di un'accurata *baseline* articolata sulle componenti cognitive, emotive, sensoriali del trauma, con una particolare attenzione rivolta alle sensazioni fisiche. Un accesso olistico alla memoria traumatica massimizza la probabilità che abbia effetto l'intervento terapeutico successivo. In particolare, l'enfasi posta sulle sensazioni fisiche è in accordo con la ricerca traumatologica attuale che evidenzia un massiccia e cruciale presenza della componente cenestesica e, in senso lato, *implicita*, nella memorizzazione dei traumi (Bremner, et al., 1998; van der Kolk, 1996; van der Kolk, Fisler, 1995). Le difficoltà di accesso ai ricordi (evitamento, dissociazione, intrusività, frammentazione, razionalizzazione, banalizzazione, etc.) sono elementi decisivi nella calibrazione delle modalità d'intervento.

La fase della desensibilizzazione consiste nell'applicazione della stimolazione alternata più adeguata al paziente che ha avuto accesso al materiale traumatico. All'interno di questa fase si deve includere ogni forma di risposta che il paziente esibisce nei confronti dell'intervento, e tipicamente: associazioni verso altri ricordi, prese di coscienza, cambiamento delle differenti componenti sensoriali costitutive del ricordo del trauma, modificazione di convinzioni, abreazioni, e così via. Il compito del terapeuta è di stimolare la rielaborazione spontanea del trauma, intervenendo solo se strettamente necessario, evitando interpretazioni o commenti interferenti, ma anche arbitrarie manipolazioni della direzione della rielaborazione autonoma del trauma. Esistono alcune importanti eccezioni a questa regola di procedura: 1) se il paziente è in difficoltà ed in particolare se il processo rielaborativo è in stallo; 2) se il paziente è sopraffatto dalle emozioni; 3) se il paziente manca delle risorse cognitive ed emotive per affrontare il problema; 4) se, piuttosto che eliminare "chirurgicamente" un trauma, dobbiamo anche ricorrere ad un modello "riparativo" o "integrativo" relativamente ad esperienze di vita assenti, come nel caso dell'incuria e dell'abuso, sessuale, fisico o



psicologico (Giannantonio, 2000, a, b; Leeds, 1998). Durante il processo di rielaborazione il terapeuta si ferma periodicamente, calibrando il proprio procedimento su quanto può comprendere della rielaborazione che sta avvenendo nel paziente, fermandosi tipicamente quando ha l'impressione che sia terminato uno *step* rielaborativo oppure se il paziente appare essere in stallo. A questo punto il paziente viene invitato a verbalizzare quanto sta accadendo dentro di lui sotto forma di pensieri, sensazioni, emozioni e connessioni ad altri ricordi. Questo consente normalmente di comprendere la modalità e la direzione della rielaborazione in atto, fornendo inoltre le informazioni necessarie al terapeuta per agevolare la ripresa del processo nell'eventualità che questi sia impossibilitato.

Quando il coinvolgimento emotivo è notevolmente ridotto o eliminato si interviene agevolando la ristrutturazione cognitiva delle cognizioni disfunzionali (o inadeguate rispetto al tempo presente) che usualmente sono associate ad un trauma. Nello specifico, viene utilizzata una "cognizione positiva" già evidenziata nella fase di assessment, ovvero quello che il paziente vorrebbe realisticamente riuscire a pensare su di sé mentre accede al trauma (i.e.: "Ora sono al sicuro" oppure "Non è stata colpa mia", mentre accede al ricordo di un incidente automobilistico). Attraverso la stimolazione alternata si intende integrare il materiale mnestico originario con nuove informazioni che precedentemente erano inaccessibili emozionalmente e/o cognitivamente (Lipke, 2000). Effettuata l'installazione si verifica l'eventuale presenza residua di sensazioni negative presenti mentre il paziente accede al trauma originario unitamente alla cognizione positiva. Se la ristrutturazione cognitiva non è completa viene ripetuta o modificata. Se sussistono ancora ricordi percepibili somaticamente, questi diventano il target d'intervento da stimolare per mezzo della stimolazione alternata. Spesso l'intervento su questi residui sensoriali connette il paziente a ricordi variamente collegati al trauma dal

quali si è partiti, portando l'intervento a dirigersi su una rete mnestica coinvolta nel disturbo presentato dal paziente. Ottenuto questo obiettivo o, come più comunemente avviene, al termine della seduta, il paziente viene invitato ad interrompere la fase di rielaborazione orientando la piena attenzione verso il proprio luogo sicuro. In questo modo si intende evitare che la rielaborazione del trauma proceda senza soluzione di continuità al termine della seduta, magari in presenza di ricordi altamente disturbanti. Il paziente viene infine invitato a monitorare sé stesso fra una seduta e l'altra e a riferire successivamente l'eventuale presenza di elementi connessi alla rielaborazione in atto del trauma (pensieri, emozioni, sensazioni, ricordi, sogni, etc.).

L'inizio di ogni seduta di EMDR dovrebbe poi iniziare con una rivalutazione dell'opportunità di proseguire il lavoro sul target di intervento della seduta precedente. In particolare, è necessario effettuare un nuovo assessment cognitivo, emotivo, percettivo e sensoriale del target sul quale si sta lavorando, per valutare l'opportunità di un intervento ulteriore o di uno spostamento del focus d'intervento. Potrebbe essere che l'intervento termini con la rielaborazione di un singolo evento traumatico, ma in realtà questa eventualità non è certo la più frequente. Il trattamento di un evento traumatico sovente porta il paziente a riferire di altri episodi stressanti o francamente traumatici variamente connessi al target di partenza, all'interno di una vera e propria rete mnestica.

Il protocollo standard di intervento per il PTSD prevede, inoltre, che sia clinicamente necessario rielaborare gli eventi traumatici passati, ma intervenire anche sulle situazioni contingenti attuali che fungono da *triggers* nei confronti degli eventi traumatici e, infine, sulle ipotetiche situazioni future che si presumano possano riattivare i comportamenti disfunzionali connessi alle originarie esperienze traumatiche. Di conseguenza, è teoreticamente corretto e clinicamente efficace considerare come target d'intervento non tanto il singolo evento che il paziente riferisce - appunto - come

traumatico, quanto piuttosto il ricordo in questione all'interno di una specifica rete mnestica, con connessioni al passato, al presente ed al futuro. Questa non è un'opzione teoretica arbitraria, ma la formalizzazione di una necessità metodologica evidenziata regolarmente dai pazienti. Di fatto, l'EMDR consente frequentemente di potere ripercorrere gli elementi costitutivi nella produzione di ciò che definiamo comunemente "traumatico", ovvero di evidenziarne l'etiologia psicobiologica multifattoriale (Briere, 1997; Carlson, Dalemborg, 2000).

### **Efficacia dell'EMDR nella psicoterapia del PTSD: certezze, dubbi e prospettive di ricerca**

Fino a pochi anni fa la ricerca sull'efficacia della psicoterapia del PTSD era estremamente esigua (Shapiro, 1995). Negli ultimi anni, invece, questo settore ha collezionato un crescente numero di pubblicazioni sull'efficacia delle psicoterapie, e l'EMDR è uno degli approcci terapeutici che vanta il maggior numero di conferme di efficacia nella psicoterapia del PTSD. Nonostante le vivaci polemiche ed incomprensioni, questo stato di cose ha consentito all'EMDR nel 1995 di essere considerata "trattamento probabilmente efficace" (valutazione A/B) nella terapia del PTSD dalla Task Force on Psychological Intervention dell'American Psychological Association. Questa attribuzione di efficacia è spartita solo con lo Stress Inoculation Training e con le terapie basate sull'esposizione (Chambless et al., 1998). Più recentemente, l'EMDR è stata riconosciuta efficace nel trattamento del PTSD anche dall'International Society for Traumatic Stress Studies all'interno della pubblicazione delle sue linee guida per il trattamento del PTSD (Chemtob, Tolin, van der Kolk, Pitman, 2000).

Al di là di ogni ragionevole dubbio, l'EMDR risulta essere una psicoterapia efficace per il PTSD, come dimostrano innanzitutto recenti reviews sull'efficacia dell'EMDR e studi meta-analitici sull'efficacia di differenti approcci terapeutici al PTSD, sia farmacologici che psicoterapeutici (Cahill, Carrigan, Frueh, 1999; Maxfield, 2000; Shepherd, Stein, Milne, 2000; Van Etten, Taylor, 1998), sebbene il meccanismo esatto del suo funzionamento sia al momento oscuro ed oggetto di speculazione (vedi oltre; per una rassegna sulle teorie al riguardo, Shapiro, 1995). A tale conclusione si arriva anche se vengono adottati rigidi criteri di selezione nella valutazione della metodologia delle ricerche (Shepherd, et al., 2000). Infatti, sono attualmente disponibili alcune ricerche ben strutturate sull'efficacia dell'EMDR nel PTSD, che sembrano non essere vanificate da sostanziali critiche metodologiche (i.e.: Marcus, Marquis, Sakai, 1997; Rothbaum, 1997; Scheck et al., 1998; Wilson, Becker, Tinker, 1995, 1997), con follows-up fino a 15 mesi (Wilson et al., 1997); con ciò tali studi si differenziano da una parte non irrilevante di letteratura sull'EMDR, aneddotica o sprovvista di adeguata o verificabile evidenza sperimentale (Shepherd et al., 2000), diventata bersaglio (a volte correttamente) di alcuni critici. Fra le ricerche più accreditate alcune sono caratterizzate dalla presenza di valutatori indipendenti dell'efficacia dell'intervento con l'EMDR o con altri interventi o dell'inclusione in una lista d'attesa (Carlson, Chemtob, Rusnak, Hedlund, Muraoka, 1998; Rogers et al., 1999; Rothbaum, 1997; Scheck et al., 1998; Vaughan et al., 1994). Le ricerche, globalmente considerate, hanno dimostrato l'efficacia dell'EMDR in una grande varietà di situazioni traumatiche connesse al PTSD: guerre recenti o lontane nel tempo, incidenti e ustioni, violenze sessuali attuali o pregresse, calamità naturali, lutti, azioni terroristiche.

Sintetizzo succintamente alcuni dati provenienti da alcune fra le pubblicazioni di maggior rilievo e che non verranno ripresi nel prosieguo.

Rothbaum (1997). Un campione di 21 donne vittime di stupro è stato trattato con quattro sedute di EMDR da 90 minuti a cadenza settimanale. L'assessment pre- e post-trattamento (a tre mesi) è stato effettuato da un valutatore indipendente all'oscuro sul tipo di intervento effettuato. Strumenti psicodiagnostici utilizzati: PTSD Symptom Scale (PSS; Foa, Riggs, Dancu, Rothbaum, 1993), Impact of Event Scale (IES; Horowitz, Wilner, Alvarez, 1979), Rape Aftermath Symptom Test (RAST; Kilpatrick, 1988), State-Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger, Gorsuch, Lushene, 1970), Beck Depression Inventory (BDI; Beck, Ward, Mendelsohn, Mock, Erbaugh, 1961), Dissociative Experience Scale (DES; Bernstein, Putnam, 1986) più altri reattivi psicodiagnostici meno noti. Il 90% dei soggetti non ha più soddisfatto i criteri per la diagnosi di PTSD, contro il 12% dei soggetti di controllo, cioè una lista di attesa. Un valutatore esterno ha valutato l'elevato grado di adeguamento al protocollo EMDR.

Wilson et al. (1995, 1997). Un campione di 80 soggetti vittime di traumi (di cui 37 con diagnosi di PTSD) sono stati trattati con tre sedute da 90 minuti di EMDR, con attribuzione randomizzata ad un terapeuta, con assessment pre- e post-trattamento effettuato da un valutatore indipendente. Strumenti psicodiagnostici utilizzati: IES, STAI, Symptom Check List (SCL 90-R; Derogatis, 1992), misurazioni soggettive di intensità del disagio e della ristrutturazione cognitiva (SUDS: Subjective Units of Disturbance Scale e VOC: Validity of Cognition Scale) e Post-Traumatic Stress Disorder Interview (PTSD-I; Watson, Juba, Manifold, Kucala, Anderson, 1991). L'EMDR è risultata globalmente efficace rispetto ai soggetti in attesa di trattamento nei controlli effettuati a 30 e 90 giorni. A 15 mesi di distanza è stata registrata una riduzione dell'84% delle diagnosi di PTSD.

Marcus et al. (1997). Un campione di 67 soggetti con diagnosi di PTSD è stato trattato con assegnazione randomizzata con tre sedute da 90 minuti di EMDR. Un

valutatore indipendente ha valutato la condizione pre- e post-trattamento attraverso: SCL-90, BDI, STAI, SUD, IES, Modified PTSD-Scale (Falsetti, Resnick, Resnick, Kilpatrick, 1993). Il 100% dei soggetti vittime di un solo trauma e l'80% dei soggetti pluritraumatizzati non hanno più soddisfatto i criteri per la diagnosi di PTSD, risultati molto superiori rispetto al controllo, ovvero al trattamento standard del Kaiser Permanente Hospital, composto da terapia individuale (o cognitiva, o comportamentale o psicodinamica) più terapia farmacologica, più terapia di gruppo (riferirsi alla pubblicazione per maggiori precisazioni).

Scheck et al. (1998). 60 donne di età compresa fra i 16 ed i 25 anni, vittime di stupro, sono state assegnate in modo randomizzato a due sedute di EMDR o di "ascolto attivo" (Gordon, 1974). La valutazione pre- e post-trattamento è stata effettuata in modo indipendente attraverso i seguenti strumenti: BDI, STAI, Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder (Hammarberg, 1992), IES, The Posttraumatic Stress Disorder Interview (PTSD-I; Watson et al., 1991), Tennessee Self-Concept Scale (Roid, Fitts, 1991). L'EMDR si è dimostrata più efficace dell'ascolto attivo su tutti i parametri. Nonostante la brevità dell'intervento, i valori registrati dai soggetti trattati con EMDR sono risultati, per tutti gli strumenti utilizzati, non significativamente diversi da quelli della popolazione generale o da quelli dei gruppi normativi trattati con successo.

Le ricerche citate sono alcune fra quelle che hanno contribuito ad ottenere i recenti ed autorevoli riconoscimenti dell'efficacia dell'EMDR. Ciò che invece è più controverso relativamente all'EMDR nella psicoterapia del PTSD riguarda i seguenti ambiti:

1. Presenza di studi che indicano l'EMDR come inefficace o di efficacia dubbia.
2. Supposta maggiore efficacia dell'EMDR rispetto ad altre psicoterapie.
3. Supposta maggiore velocità di intervento dell'EMDR rispetto ad altre psicoterapie.

#### 4. Specificità delle componenti dell'EMDR e loro efficacia terapeutica.

##### **Risultati dubbi o assenti dell'EMDR**

A parte le pubblicazioni fondate su presupposti ideologici contrari all'EMDR o su conoscenze di terza mano - che non verranno prese in considerazione (i.e.: Thaler, Lalich, 1996) - esistono alcune pubblicazioni che indicano l'EMDR come inefficace o di efficacia dubbia nella psicoterapia del PTSD, specialmente nel trattamento dei reduci del Vietnam (i.e. Boudewyns, Hyer, 1996; Boudewyns, Stwertka, Hyer, Albrecht, Sperr, 1993; Devilly, Spence, Rapee, 1998; Pitman et al., 1996). In realtà questi studi, globalmente considerati, incappano in uno o più dei seguenti problemi: 1) impiegano solo una o due sedute di EMDR nel trattamento di reduci del Vietnam, ottenendo - ovviamente - risultati nulli o dubbi, oppure 2) trattano con l'EMDR solo uno o due episodi traumatici in soggetti che devono essere considerati, intrinsecamente, pluritraumatizzati (Shapiro, 1999). Studi ben condotti impieganti 12 sedute per ogni soggetto (Carlson et al., 1998), dimostrano la notevole efficacia dell'EMDR con i reduci del Vietnam, poiché ad un follow-up di nove mesi il 75% dei soggetti trattati non soddisfavano più i criteri per la diagnosi di PTSD. Diversi altri studi, invece, sembrano dimostrarne l'inefficacia o l'efficacia dubbia dell'EMDR, ma impiegando protocolli di intervento per il PTSD o le per fobie errati o liberamente modificati (cfr. Shapiro, 1999, 2000 per una rassegna più approfondita) o, infine, ci sono dubbi sulle competenze professionali impiegate (Shapiro, 1995, 1999, 2000). Alcuni autori, aprioristicamente, valutano negativamente le riserve mostrate dalla Shapiro quando sostiene che l'inefficacia di alcune ricerche può essere dovuta all'incompetenza dei terapeuti. Ma questo, invece, può essere verosimile. L'EMDR è solo apparentemente una tecnica di facile applicazione (Goldwurm, 2000), ed anche terapeuti che hanno seguito l'iter di

formazione ufficiale possono essere inefficaci o dannosi, come si evince anche alla ricerca di Wilson et al. (1995, 1997) laddove, nonostante si confermi globalmente un'ottima efficacia dell'EMDR nel trattamento del PTSD e delle memorie traumatiche in generale, un'analisi dell'efficacia per ogni singolo terapeuta ha mostrato che uno di essi è stato in parte poco efficace ed in parte dannoso (Wilson, 2000).

### **EMDR ed altre psicoterapie nella psicoterapia del PTSD**

Lo studio meta-analitico di Van Etten e Taylor (1998) indica che l'EMDR ha una efficacia uguale a quella dello *Stress Inoculation Training*, ma porta i pazienti a non soddisfare più la diagnosi di PTSD in un tempo minore (4.6 contro 14.8 sedute). L'EMDR sembra essere ugualmente efficace delle terapie comportamentali basate sull'*esposizione* (Boudewyns et al., 1993) e del *training di abituaione immaginativa* accoppiato al rilassamento muscolare (Vaughan et al. 1994), più efficace del *biofeedback* (Foa, Meadows, 1997; Carlson et al, 1998) e dello *ascolto attivo* nella tradizione di Carl Rogers (Scheck et al., 1998), meno efficace della variante cognitivo-comportamentale rappresentata dal *Trauma Treatment Protocol* (Deville, Spence, 1999). L'EMDR è risultata meno efficace degli *SSRIs* nel trattamento della depressione associata al PTSD (Van Etten, Taylor, 1998), ed inoltre la sua efficacia in questo ambito varia notevolmente all'interno degli studi (Maxfield, 2000) e non è ancora adeguatamente compresa (Cahill et al., 1999). Rispetto alla terapia comportamentale basata sull'esposizione, l'EMDR si è dimostrata superiore nel ridurre i sintomi intrusivi (Van Etten, Taylor, 1998; Rogers et al., 1999) e più confortevole per i pazienti (Rogers et al., 1999). Nello studio di Van Etten, Taylor (1998), attraverso la confrontazione fra 61 studi sulla psicoterapia e la farmacoterapia del PTSD, emerge che l'EMDR, insieme alla terapia comportamentale (esposizione in vivo, immaginativa e mista), sembra essere



l'intervento più efficace se paragonato ad un ampio spettro di altre forme di intervento: supporto psicologico, ascolto attivo, psicoterapia psicodinamica, ipnotica e training di rilassamento (Van Etten, Taylor, 1998); le pubblicazioni utilizzate per la comparazione con gli ultimi tre di questi approcci sono comunque estremamente ridotte, e quindi i risultati non possono assolutamente considerarsi definitivi. Nonostante l'apparenza di una sostanziale equivalenza rispetto ai risultati delle terapie comportamentali o cognitivo-comportamentali, l'EMDR sembra ottenere i medesimi risultati in tempi sensibilmente inferiori (i.e.: Foa, Rothbaum, Riggs, Murdock, 1991; per una rassegna di comparazioni: Shapiro, 1995, 1999, 2000). In ogni caso, l'evidenziazione di definitive ed univoche differenze in quest'ultimo ambito è attualmente impossibile poiché l'EMDR è stata confrontata con differenti modelli di intervento comportamentale o cognitivo-comportamentale a causa dell'assenza di omogeneità fra questi approcci terapeutici (Shapiro, 2000). L'EMDR, invece, dal 1995 in poi ha adottato un unico protocollo di intervento per il PTSD (anche se Rosen, 1999, nega tale evidenza) e quindi, laddove tale protocollo sia stato applicato correttamente e da terapeuti adeguatamente formati, gli studi degli ultimi cinque anni rappresentano un corpus di letteratura omogeneo. Inoltre, la quasi totalità delle affermazioni sulla differente efficacia fra EMDR e tecniche cognitivo-comportamentali si basa su comparazioni effettuate paragonando molteplici ricerche dove si applica uno o l'altro metodo (Cahill et al., 1999).

### **Valutazione di componenti specifiche dell'EMDR**

Sono state effettuate ricerche impiegando alcune varianti dell'EMDR allo scopo di valutare l'efficacia di alcune sue componenti specifiche, innanzitutto i movimenti oculari.

Sanderson e Carpenter (1992), hanno confrontato il risultato del trattamento di alcuni soggetti fobici sottoposti 1) a EMDR e 2) ad una situazione simile all'EMDR, ma con l'istruzione di tenere gli occhi chiusi. Hanno riscontrato risultati positivi paragonabili in entrambe le condizioni. Dalla descrizione della ricerca, però, sembra si possa dedurre che il protocollo EMDR non sia stato correttamente impiegato, in particolare non rispettando per la prescrizione di applicare i movimenti oculari ad ogni nuova associazione mentale prodotta dal soggetto (Lipke, 2000). Agli stessi risultati di Sanderson e Carpenter (1992) porta lo studio di Acierno et al. (1994) condotto su un soggetto sofferente di molteplici fobie, ma applicando l'EMDR con la prescrizione al soggetto di restare ancorato all'immagine target durante i movimenti oculari, processo che non è EMDR. Da altri problemi procedurali sembra essere affetto lo studio di Boudewyns e Hyer (1996), che porta agli stessi risultati dei due precedenti (Lipke, 2000).

Gosselin e Matthews (1995) e Feske e Goldstein (1997) hanno confrontato il trattamento dell'ansia in generale, nel primo lavoro, e del Disturbo di Panico, nel secondo, trattate con EMDR e EMDR con la variante rappresentata dalla fissazione delle dita del terapeuta, senza che venissero mai mosse. In entrambi gli studi i soggetti hanno ottenuto miglioramenti da entrambe le condizioni sperimentali, ma con una differenza significativa di efficacia dei movimenti oculari rispetto alla fissazione delle dita. Nello studio di Boudewyns et al. (1993) con i reduci del Vietnam, invece, la sottrazione dei movimenti oculari non ha prodotto risultati clinici positivi nei soggetti, come si deduce anche da Montgomery e Ayllon (1994).

Sono a conoscenza di un unico studio che manipoli volontariamente la componente cognitiva e, nello specifico, che elimini la ricerca della cognizione positiva dal protocollo EMDR e la conseguente fase di installazione della cognizione positiva. La

ricerca di Cusack, Spates (1999) effettua questa operazione e non trova una differenza significativa rispetto all'efficacia del protocollo standard, giungendo alla conclusione che l'aspetto cognitivo è superfluo nel protocollo standard EMDR. In effetti, avviene non di rado, specialmente con un PTSD legato ad un episodio singolo e senza comorbidità (come nel campione degli autori), che l'installazione della cognizione positiva risulti ridondante per l'efficacia dell'intervento. Se però il soggetto ha vissuto più esperienze traumatiche e/o si è in presenza di comorbidità (tipicamente, in presenza di Disturbi di Personalità), si nota frequentemente che l'installazione della cognizione positiva è una fase cruciale dell'intervento, in quanto porta il soggetto a rivolgere spontaneamente la direzione della propria attenzione verso altri ricordi traumatici oppure verso problematiche che rendono impossibile la completa risoluzione del target di intervento. Di conseguenza, ritengo errata la deduzione di Cusack e Spates, poiché è corretto che il protocollo standard includa la fase da loro eliminata in quanto massimizza la probabilità di efficacia dell'intervento nel PTSD in generale.

#### **Altre forme di stimolazione alternata**

Deville, Spence e Rapee (1998) hanno sottoposto alcuni reduci del Vietnam con PTSD a due sedute di EMDR e ad una variante di EMDR, senza movimenti oculari, ma con l'attenzione rivolta ad una fonte luminosa lampeggiante ad intervalli irregolari. In entrambi i casi si sono raggiunti miglioramenti rispetto ai controlli, con una differenza non significativa di maggiore efficacia dei movimenti oculari.

Renfrey e Spates (1994) in soggetti con PTSD hanno paragonato l'efficacia di tre diverse condizioni: 1) EMD (la vecchia modalità di applicazione dell'attuale EMDR), 2) EMD senza movimenti oculari provocati dall'osservazione delle dita bensì provocati dall'osservazione di una barra luminosa con una luce oscillante tra i due lati e 3) EMD

con osservazione di una luce fissa. Nell'immediato, tutte le e tre le condizioni hanno prodotto risultati positivi, ma senza differenze significative fra le tre condizioni. Al follow-up la condizione EMD standard si è dimostrata superiore, ma il campione esiguo non consente conclusioni definitive.

Wilson, Silver, Covi, Foster (1996) hanno applicato a soggetti portatori di memorie traumatiche tre differenti condizioni: EMDR, movimenti alternati delle dita dei pazienti al tempo di un metronomo al posto dei movimenti oculari e condizione di quiete al posto dei movimenti oculari. Solo la prima condizione ha prodotto risultati positivi. Al contrario, Bauman e Melynk (1994) riportano risultati positivi nella riduzione dell'ansia ottenuti dalla sostituzione dei movimenti oculari con il tamburellamento alternato su un tavolo delle dita indice dei soggetti, sincronicamente ad un metronomo. In modo simile, Pitman et al. (1996), non hanno riscontrato differenze di efficacia fra i movimenti oculari e il tamburellamento alternato da parte del terapeuta sulle dita del paziente.

Alcuni autori (i.e. Lohr, Lilienfed, Tolin, Herbert, 1999), constatando differenze dubbie o assenti fra EMDR e EMDR senza movimenti oculari, ma provvisto di altre forme di stimolazione alternata (tamburellamenti) o con fissazione dell'attenzione, concludono che i movimenti oculari non sono necessari per l'EMDR. La conclusione è errata per il fatto che molte situazioni scelte per studiare l'aspetto specifico dei movimenti oculari, ovvero la loro sostituzione con altre stimolazioni ritmiche, dimenticano che le medesime stimolazione sono impiegate dai terapeuti EMDR in alternativa ai movimenti oculari, in quanto ritenute efficaci (Shapiro, 1995; Lipke, 2000). Inoltre, il fatto che sia possibile ottenere risultati anche con la semplice fissazione di un punto luminoso (Deville et al., 1998), invece di portare inevitabilmente a pensare che i movimenti oculari siano inutili, dovrebbe indurre alla valutazione della

eventualità che l'accesso ad un ricordo traumatico congiuntamente ad un elemento nuovo con funzione distraente (la luce luminosa) possa contribuire alla parziale modificazione di un evento traumatico, per esempio intervenendo a livello della rigida associazione esistente fra elementi percettivi ricordati e risposte emozionali e psicofisiologiche. In effetti, ci sono indicazioni che portano a considerare realistica questa eventualità, come ad esempio la tecnica messa a punto da F. Ochenberg, laddove il terapeuta conta a voce alta da 1 a 100 mentre il paziente ha accesso al trauma, tecnica che sembra avere un effetto parzialmente decondizionante nei confronti di un trauma (Ochenberg, 1996). La tradizione della psicoterapia ipnotica, inoltre, impiega da molti anni e con efficacia la rottura di schemi associativi come strumento di desensibilizzazione nei confronti di un trauma (Phillips, Frederick, 1995). In attesa di verifiche sperimentali più precise, sembra verosimile che la funzione distraente sia una componente non specifica dell'EMDR, parzialmente responsabile della sua efficacia.

Non mi sembra quindi lecito concludere, come Lohr et al. (1999), che l'efficacia dell'EMDR sia semplicemente dovuta 1) a fattori non specifici e 2) ad elementi mutuati dalla tradizione cognitivo-comportamentale, nello specifico l'esposizione immaginativa presente nella desensibilizzazione sistematica e nel flooding e 3) ad elementi di immaginazione mentale guidata, propria di altre tradizioni, mentre 4) i movimenti oculari sarebbero semplicemente stati aggiunti per creare una caratteristica distintiva della metodica. Infatti, sebbene sia estremamente verosimile che parte dell'efficacia dell'EMDR sia dovuta ad elementi non specifici (come avviene per ogni forma di psicoterapia), l'esposizione immaginativa impiegata dall'EMDR nel protocollo standard per il PTSD è diversa significativamente da quella della tradizione cognitivo-comportamentale, che tende ad essere ininterrotta e con elevati livelli emozionali (Rogers et al., 1999). Nell'EMDR, infatti, l'immagine del trauma viene adottata come

punto di partenza delle libere associazioni mentali del paziente che, di norma, si rivolgono a molte altre immagini, contenuti di pensiero ed emozioni. Non si tratta, cioè, di un meccanismo di abitudine o di inibizione reciproca rivolto ad una sequenza fissa di immagini, dalla quale non ci si deve spostare. Ciò che addirittura succede con relativa frequenza è che il pazienti si distacchi molto rapidamente dall'immagine scelta come target per rivolgersi ad altro, producendo comunque una desensibilizzazione nei confronti dell'immagine di partenza. Quindi, sebbene sia verosimile che l'abitudine generata dall'esposizione sia in parte implicata nel processo terapeutico dell'EMDR, non può essere considerata l'elemento fondamentale della sua efficacia.

L'eventualità che l'efficacia dell'EMDR sia dovuta all'impiego di tecniche di immaginazione guidata, poi, è priva di ogni sostegno. Tali tecniche possono essere impiegate ed anche con grande efficacia (i.e.: Parnell, 1999) ma solo quando il processo rielaborativo spontaneo del paziente si è bloccato o il paziente è sovrastato dalle emozioni. Nei casi rimanenti, da parte del terapeuta non è prevista alcuna manipolazione dell'immaginazione del paziente, che può per giunta essere anche assente, senza compromissione del processo.

Non mi sembra neppure che si possa concludere, come Lohr et al. (1999), che in attesa della piena, perfetta e completa comprensione di ogni elemento costitutivo dell'EMDR, non ci sia giustificazione clinica per la sua applicabilità. Se pure è vero che ci sia ancora molto da comprendere circa i meccanismi di funzionamento dell'EMDR, la sua efficacia è sostenuta da molte pubblicazioni, e non si vede perché si debbano richiedere all'EMDR prerogative mai pretese nei confronti di nessun altro approccio psicoterapeutico affinché lo si possa impiegare. D'altronde, come affermano gli stessi autori, **la forza e la precisione delle verifiche che vengono richieste all'EMDR è commensurabile alla forza del clamore che ha suscitato la sua presunta efficacia**

(ibid., p. 200), ma questa, più che scienza, è ideologia.

Considerando globalmente gli studi effettuati per valutare l'efficacia di alcune componenti specifiche dell'EMDR emerge un quadro complesso e contraddittorio che necessita certamente di ulteriori approfondimenti. In ogni caso, ciò che invece si evince con chiarezza è che i movimenti oculari prodotti dal movimento delle dita del terapeuta non sono certamente l'unico tipo di stimolazione alternata capace di produrre l'accelerazione dell'informazione comportante decondizionamento e rielaborazione delle memorie traumatiche. È possibile che si sia solo all'inizio della scoperta di dispositivi induttori di elaborazione accelerata delle informazioni (Lipke, 2000). In particolare, sarà forse opportuno considerare acceleratori di informazioni a valenza traumatica anche particolari stati di coscienza modificati (Giannantonio, 2000b; Parnell, 1999).

Riferendomi esclusivamente all'EMDR, la ricerca futura dovrà certamente sottoporre a controllo i tipi di stimolazione alternata che vengono abitualmente utilizzati dai terapeuti EMDR in alternativa ai movimenti oculari, attualmente supportati dall'evidenza sperimentale in modo variabile.

### **Nodi teoretici e limiti delle ricerche**

1) Innanzitutto il problema della comorbilità. La maggior parte delle ricerche esclude dai campioni di trattamento molti soggetti che presentano diagnosi o problemi addizionali oltre al PTSD (i.e.: disturbi psicotici in atto o recenti o schizofrenia: Carlson et al., 1998; Cusack, Spates, 1999; Devilly et al., 1998; Rogers et al., 1999; Vaughan et al., 1994; rischio di suicidio: Devilly et al., 1998; Marcus et al., 1997; Wilson et al., 1995, 1997; Disturbo Ossessivo-Compulsivo: Carlson et al., 1998; Cusack, Spates, 1999; Rogers et al., 1999; Vaughan et al., 1994; Disturbi di Personalità: Carlson et al.,

1998; Rogers et al., 1999; Vaughan et al. 1994; Disturbo Borderline di Personalità: Cusack, Spates, 1999; Disturbi Dissociativi: Marcus et al., 1997; Rogers et al., 1999; Wilson et al, 1995, 1997; abuso di alcool e/o di stupefacenti in atto o recente: Carlson et al., 1998; Cusack, Spates, 1999; Marcus et al., 1995; Rothbaum, 1997; Wilson et al., 1995, 1997). I casi in cui la comorbilità è riportata in modo quantificabile (anche per i Disturbi dell'Umore e per ulteriori Disturbi d'Ansia oltre al PTSD) rappresentano una percentuale troppo esigua per permettere conclusioni anche semplicemente provvisorie (Van Etten, Taylor, 1998). Le scelte metodologiche di restrizione dei campioni sono certamente corrette, nel momento in cui si vuole rendere il campione il più omogeneo possibile, ma in questo modo non esistono ancora elementi indiscutibili che affermino l'efficacia dell'EMDR in presenza di comorbilità. Considerando, inoltre, che la presenza di comorbilità nel PTSD è piuttosto elevata (Briere, 1997; Yule, Williams, Joseph, 1999), ciò induce a considerare in modo condizionale i risultati relativi alla terapia del PTSD, che potrebbero variare anche considerevolmente e poliedricamente in funzione della presenza di altre patologie. Inoltre, potrebbero essere necessari importanti cambiamenti nel protocollo terapeutico.

A ciò si deve aggiungere, infine, la considerazione che non è affatto detto che l'algoritmo diagnostico impiegato dal DSM-IV per la diagnosi di PTSD sia effettivamente esaustivo per la sua valutazione e comprensione (Bremner et al., 1998; Briere, 1997). Queste ultime due precisazioni valgono, ovviamente, per ogni forma di psicoterapia che voglia verificare la propria efficacia nella psicoterapia del PTSD.

2) Il punto 1) si collega necessariamente ad una esigenza di ampio respiro, ovvero alla necessità di effettuare assessment molto più articolati ed approfonditi allo scopo di enucleare le differenze di risposta all'EMDR presentate da differenti gruppi di individui. Ciò richiede anche campioni consistenti (Shapiro, 2000).



3) Nell'ambito dell'applicazione dell'EMDR in età infantile, e quindi con importanti adeguamenti procedurali della metodica, attualmente non esiste ancora la stessa mole di evidenze cliniche disponibile invece per i soggetti adulti.

4) È necessario che si inizino a pubblicare ricerche che non si riferiscano solo all'obiettivo di non soddisfare più i criteri per la diagnosi di PTSD. Se per questo obiettivo l'EMDR è verificata, non lo è affatto per il **completo** superamento delle articolate conseguenze dei traumi abitualmente presenti in soggetti con PTSD. Ciò renderà molto più complessa la ricerca in quanto l'ottenimento di ambiziosi obiettivi a vasto raggio comporta l'adozione di maggiore creatività e deviazione dai protocolli standard di intervento (Manfield, 1998; Parnell, 1999). Queste precisazioni si intendono rivolte anche ad ogni altro approccio terapeutico rivolto al PTSD.

5) Deve essere ancora abbondantemente compreso attraverso quali meccanismi si esplica l'efficacia dell'EMDR, poiché le molte teorie attualmente esistenti non sembrano essere totalmente convincenti o esaustive (per una rassegna, Shapiro, 1995). Anche le recenti ricerche e i tentativi di interpretazione di tipo psicobiologico (i.e. Levin, Lazrove, van der Kolk, 1999), per quanto utili ed affascinanti, sembrano condurci verso la comprensione di *cosa* succede quando si supera un trauma, *come* è organizzato cerebralmente un evento traumatico, ma non ci dicono nulla della natura dello specifico intervento impiegato a scopo terapeutico, ovvero l'EMDR, se non che è efficace. Gli stessi cambiamenti a livello psicobiologico, infatti, potrebbero essere raggiunti con differenti dispositivi psicoterapeutici (Giannantonio, 2000b).

6) Deve essere dimostrato se il protocollo EMDR per il PTSD ha la medesima efficacia in presenza di PTSD parziale o subclinico (Yule, Williams, Joseph, 1999). Pur essendo estremamente verosimile, tale assunto deve essere maggiormente verificato, anche se ci sono certamente importanti conferme in questo senso (i.e.: Scheck et al.,

1998; Wilson et al., 1995, 1997). Molto meno verificata è l'efficacia dell'EMDR nei confronti degli eventi traumatici o altamente stressanti presenti in modo trasversale in molte altre patologie, ma in assenza di PTSD o di PTSD subclinico.

7) È necessaria una maggiore quantità di ricerche che utilizzi follows-up a lunga distanza.

### **Sviluppi contemporanei dell'EMDR**

Osservando la letteratura recente sull'EMDR fino ad arrivare al congresso dell'EMDR International Association tenutosi a Toronto nel settembre 2000, sembra si possano scorgere le seguenti linee di tendenza nell'evoluzione dell'EMDR.

- 1) Approfondimento della tecnica di intervento nel PTSD e attenzione rivolta ad una maggiore accuratezza nella metodologia della ricerca.
- 2) Ricerche orientate all'indagine della componente psicobiologica del meccanismo di funzionamento dell'EMDR.
- 3) Pubblicazioni essenzialmente finalizzate a difendere l'EMDR dalle frequenti critiche che le vengono rivolte.
- 4) Approfondimento di ulteriori ambiti clinici in cui l'EMDR sembra dimostrarsi efficace: Disturbo di Panico, Fobia Sociale e Specifica, Disturbo di Dismorfismo Corporeo, Disturbo Ossessivo-Compulsivo, Disturbi dell'Alimentazione, Disturbi Sessuali, Disturbi Dissociativi, Disturbi di Personalità, comportamenti di addiction (per una elencazione più analitica degli ambiti di applicazione e di ricerca attuali: Shapiro, 1995, 1999; Lipke, 2000).
- 5) Si stanno sempre più evidenziando i limiti intrinseci di un approccio alla psicoterapia essenzialmente rivolto alla rielaborazione di singoli eventi

traumatici ed avente la pretesa di essere virtualmente compatibile con ogni tradizione di psicoterapia. Il confronto con soggetti pluritraumatizzati, con frequente comorbidità con Disturbi Dissociativi e di Personalità, per esempio, sta portando molti autorevoli esponenti del mondo dell'EMDR ad incorporare nelle proprie procedure operative e nella comprensione teoretica del processo clinico le risorse provenienti dalla migliore tradizione della psicoterapia ipnotica (i.e.: Phillips, Frederick, 1995). In particolare, il modello della "Terapia degli Stati dell'Io" (Watkins, Watkins, 1997), implementato dall'EMDR, viene attualmente sperimentato nella terapia dei Disturbi Dissociativi, di Personalità, di Panico, Ossessivo-Compulsivo, Alimentari. In definitiva, l'EMDR sembra stia mutando, implicitamente o esplicitamente, in un vero approccio alla psicoterapia in senso lato, con un sempre maggiore apporto teoretico necessario per la sua applicazione, ed in questo modo diventando probabilmente un corpus di conoscenze e procedure incommensurabile con alcune tradizioni cliniche.

## **Bibliografia**

- Acierno, R., Tremont, G., Last, C., Montgomery, D. (1994). Tripartite assessment of the efficacy of eye movement desensitization in a multi-phobic patient. *Journal of Anxiety Disorders*, 8, 259-268
- 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, 29-33
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelsohn, M., Mock, J., Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571
- Bernstein, E.M., Putnam, F.W. (1986). Development, reliability, and validity of a

- dissociation scale. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 174, 727-735
- Boudewyns, P.A., Hyer, L.A. (1996). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) as treatment for post-traumatic stress disorder (PTSD). *Clinical Psychology and Psychiatry*, 3, 185-195
- Boudewyns, P.A., Stwertka, S.A., Hyer, L.A., Albrecht, J.W., Sperr, E.V. (1993). Eye movement desensitization and reprocessing: a pilot study. *Behaviour Therapist*, 16, 30-33
- Bremner, D.J., Marmar, C.R. (eds.) (1998). *Trauma, Memory, and Dissociation*. Washington: American Psychiatric Press
- Bremner, D.J., Vermetten, E., Southwick, S.M., Krystal, J., Charney, D.S. (1998). Trauma, memory, and dissociation: an integrative formulation. In D.J. Bremner, C.R. Marmar. (eds), *Trauma, Memory, and Dissociation* (pp. 365-402). Washington: American Psychiatric Press
- Briere J. (1997). *Psychological Assessment of Adult Posttraumatic States*. Washington: American Psychological Association
- Butler J. (1993). Too good to be true?. *Family Therapy Networker*, Novembre/Dicembre, 19-31
- Cahill, S.P., Carrigan, M.H., Frueh, C.B. (1999). Does EMDR Work? And if so, Why?: A Critical Review of Controlled Outcome and Dismantling Research. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 5-33
- Carlson, J.G., Chemtob, C.M., Rusnak, K., Hedlund, N.L., Muraoka, M.Y. (1998). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment for Combat-Related Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 11, 1, 3-24
- Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S., Crits-Christoph, P., Daiuto, A., De Rubeis, R., Detweiler, J., Haaga, D.A., Bennet, J.S.,

- McCurry, S., Mueser, K.T., Pope, K.S., Sanderson, W.C., Sholam, V., Stickle, T., Williams, D.A., Woody S.R. (1998). Update on Empirically Validated Therapies. *The Clinical Psychologist*, 51, 1, 3-16
- Chemtob, C.M., Tolin, D., van der Kolk, B., Pitman, R. (2000). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). In E.B. Foa, T. Keane., M.J. Friedman (eds.), *International Society for Traumatic Stress Study (ISTSS) Guidelines for PTSD*. New York: Guilford
- Cusack, K., Spates R.C. (1999), The Cognitive Dismantling of Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 87-99
- Devilley, G.J., Spence, S.H., (1999). The relative efficacy and treatment distress of EMDR and cognitive-behavior trauma treatment protocol in the ameliorating of posttraumatic stress disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 131-157
- Devilley, G.J., Spence, S.H., Rapee, R.M. (1998). Statistical and reliable change with eye movement desensitization and reprocessing: Treating a trauma within a veteran population. *Behavior Therapy*, 29, 435-455
- Falsetti, S.A., Resnick, H.S., Resnick, P.A., Kilpatrick, D.G. (1993).The modified PTSD Symptom Scale: A brief self-report measure of posttraumatic stress disorder. *The Behavior Therapist*, 16, 6, 161-162
- Feske, U., Goldstein, A.J. (1997). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment for panic disorder: A controlled outcome and partial dismantling study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 25, 1026-1035
- Foa, E.B., Rothbaum, B., Riggs, D.S., Murdock, T.B. (1991), Treatment of posttraumatic stress disorder in rape victims: a comparison between cognitive behavioral procedures and counselling. *Journal of Consulting and Clinical*

- Psychology*, 59, 715-723
- Foa, E.B., Keane, T., Friedman, M.J. (eds.) (2000). *International Society for Traumatic Stress Study (ISTSS) Guidelines for PTSD*. New York: Guilford
- Foa, E.B., Meadows, E.A. (1997). Psychological Treatments for Post-Traumatic Stress Disorder: A Clinical Review. *Annual review of Psychology*, 48, 449-480
- Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V., Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing posttraumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473
- Giannantonio, M. (2000a). Attaccamento e psicoterapia ipnotica. *Rivista Italiana di Ipnosi Clinica e Psicoterapia Ipnolica*, 1, 10-20
- Giannantonio, M. (2000b). Trauma, psicopatologia e psicoterapia. L'efficacia della psicoterapia ipnotica e dell'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). *Attualità in psicologia*, 3, 336-345
- Goldwurm, G. (2000). Presentazione dell'edizione italiana. In F. Shapiro, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures* (pp. XV-XX). New York: Guilford
- Gordon, T. (1974). *Parent effectiveness training*. New York: Van Nostrand Reinhold
- 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, 331-337
- Hammarberg, M. (1992). Penn Inventory for Posttraumatic Stress Disorder: psychometric proprieties. *Psychological Assessment*, 4, 1, 67-76
- Horowitz, M.J., Wilner, N., Alvarez, W. (1979). Impact of event scale: A measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 207-218
- Kilpatrick, D.G. (1988). Rape aftermath symptom test. In M. Hersen., A.S. Bellack

- (Eds.), *Dictionary of behavioral assessment techniques*. Oxford: Pergamon
- Levin, P., Lazrove, S., van der Kolk, B. (1999). What Psychological Testing and Neuroimaging Tell Us about the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder by Eye Movement Desensitization and Reprocessing. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 1-2, 159-172
- Leeds, A.M. (1998). Lifting the Burden of Shame. Using EMDR Resource Installation to Resolve a Therapeutic Impasse. In P. Manfield (ed.), *Extending EMDR. A Casebook of Innovative Applications* (pp. 256-281). New York: Norton
- Lipke, H. (2000). *EMDR and Psychotherapy Integration. Theoretical and Clinical Suggestions with Focus on Traumatic Stress*. Boca Raton: CRC Press
- Lohr, J.M., Lilienfeld, S.O., Tolin, D.F., Herbert J.D. (1999). Eye Movement and Reprocessing: An Analysis of Specific versus Nonspecific Treatment Factors. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 1-2, 185-207
- Manfield P. (ed.) (1998). *Extending EMDR. A Casebook of Innovative Applications*. New York: Norton
- Marcus, S.V., Marquis, P., Sakai, C. (1997). Controlled Study of Treatment of PTSD Using EMDR in a HMO Setting. *Psychotherapy*, 34, 3, 307-315
- Maxfield, L. (2000). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: A Review of Treatment Efficacy for Posttraumatic Stress Disorder, *Traumatology*, V, 4
- Montgomery, R.W., Ayllon, T. (1994). Eye Movement Desensitization across subjects: Subjective and physiological measures of treatment efficacy. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 217-230
- Ochenberg, F. (1996). The counting method for ameliorating traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 9, 873-880
- Parnell, L. (1999). *EMDR in the Treatment of Adults Abused as Children*. New York:

- Norton
- Phillips, M., Frederick, C. (1995). *Healing the Divided Self. Clinical and Ericksonian Hypnotherapy for Post-Traumatic and Dissociative Conditions*. New York: Norton
- Pitman, R.K., Orr, S.P., Altman, B., Longpre, R.E., Poire, R.E., Macklin, M.L. (1996). Emotional Processing during eye-movement desensitization and reprocessing therapy of Vietnam veterans with chronic post-traumatic stress disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 37, 419-429
- Refney, G., Spates, C.R. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing: A partial dismantling study. *Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry*, 25, 231-239
- Rogers, S., Silver, S.M., Goss, J., Obenchain, J., Willis, A., Whitney, R.L. (1999). A single session, group study of exposure and eye movement desensitization and reprocessing in treating posttraumatic stress disorder among Vietnam War veterans: preliminary data. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 119-130
- Roid, G.H., Fitts, W.H. (1991). *Tennessee Self-Concept Scale: Revised manual*, Los Angeles: Western Psychological Services
- Rosen, G.M. (1999). Treatment Fidelity and Research on Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 173-184
- Rothbaum, B.O. (1997). A Controlled Study of Eye Movement Desensitization and Reprocessing in the Treatment of posttraumatic Stress Disordered Sexual Assault Victims. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 61, 3, 317-334
- Sanderson, A., Carpenter, R. (1992). Eye Movement Desensitization versus image confrontation: A single-session crossover study of 58 phobic subjects. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 23, 269-275



- 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, 25-44
- Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223
- Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures*. New York: Guilford
- Shapiro, F. (1999). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and the Anxiety Disorders: Clinical and Research Implications of an Integrated Psychotherapy Treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 1-2, 35-67
- Shapiro, F. (2000). EMDR Ten Years After Its Introduction: A Review of Past and Future Directions, "*EMDR... Forward from the future*", 8-10 settembre, Toronto
- Shepherd, J., Stein, K., Milne, R. (2000). Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of post-traumatic stress disorder: a review of an emerging therapy. *Psychological Medicine*, 30, 863-871
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., Lushene, R.E. (1970). *Manual for the Stait-Trait Anxiety Inventory (self evaluation questionnaire)*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press
- Thaler, S., Lalich, J. (1996). "*Crazy*" Therapies. San Francisco: Jossey-Bass. (Trad. it. *Psicoterapie folli*. Trento: Centro Studi Erickson, 1998
- Van der Kolk, B. (1996). The body keeps the score: Approaches to the psychobiology of posttraumatic stress disorder. In B. van der Kolk, A.C. McFarlane, L. Weisaeth (eds), *Traumatic Stress: The effects of overwhelming experience on mind, body, and society* (pp. 214-241). New York: Guilford
- Van der Kolk, B., Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of

- traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505-525
- Van Etten, M.L., Taylor, S. (1998). Comparative Efficacy of Treatments for Post-traumatic Stress Disorder: A Meta-Analysis. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 5, 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 and applied muscle relaxation in post-traumatic stress disorder. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 25, 283-291
- Watkins, J.G., Watkins, H.H. (1997). *Ego States. Theory and Therapy*. New York: Norton
- Watson, C.G., Juba, M.P., Manifold, V., Kucala, T., Anderson, P. (1991). The PTSD interview: Rationale, description, reliability and concurrent validity of a DSM-II-Based technique. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 179-188
- Wilson, D.L., Silver, S.M., Covi, W.G., Foster, S. (1996), Eye movement desensitization and reprocessing: effectiveness and autonomic correlates. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 27, 219-229
- Wilson, S.A. (2000). Comunicazione personale
- 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, 6, 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 Posttraumatic Stress Disorder and Psychological Trauma. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 6, 1047-1056
- Yule, W., Williams, R., Joseph, S. (1999). Il Disturbo Post-Traumatico da Stress negli

adulti. In W. Yule (ed.). *Post-Traumatic Stress Disorder. Concepts and Therapy* (pp. 1-19). Chichester: Wiley. (Trad. it. *Disturbo post-traumatico da stress. Aspetti clinici e terapia*. Milano: McGraw-Hill 2000)

Yule, W. (ed.) (1999). *Post-Traumatic Stress Disorder. Concepts and Therapy*. Chichester: Wiley. (Trad. it. *Disturbo post-traumatico da stress. Aspetti clinici e terapia*. Milano: McGraw-Hill 2000)