

**FrancoAngeli**

Associazione di Psicologia Cognitiva  
Scuola di Psicoterapia Cognitiva

**PSICOTERAPIE**

Daniela Petrilli

**EMDR.**

**Desensibilizzazione e  
rielaborazione attraverso  
i movimenti oculari**

Caratteristiche distintive



## Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.





I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: [www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it) e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e.mail le segnalazioni delle novità.

Daniela Petrilli

**EMDR.**

**Desensibilizzazione e  
rielaborazione attraverso  
i movimenti oculari**

Caratteristiche distintive

**FrancoAngeli**

PSICOTERAPIE

*In copertina: Egon Schiele, Selbstbildnis (recto): Liegende Frau (verso), 1914*

Copyright © 2014 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

*L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore.  
L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le  
condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito  
[www.francoangeli.it](http://www.francoangeli.it).*

# *Indice*

<b>Introduzione</b>	pag. 9
<b>Ringraziamenti</b>	» 11

## **Parte prima Aspetti teorici**

<b>1. Dall'EMD all'EMDR</b>	» 14
<b>2. L'EMDR: la procedura</b>	» 17
<b>3. Una cornice teorica essenziale</b>	» 20
<b>4. Un approccio alla cura orientato al ricordo</b>	» 28
<b>5. Gli effetti del trauma sulla memoria: aspetti neuro- biologici</b>	» 45
<b>6. Alcuni contributi delle neuroscienze allo studio dell'apprendimento e della memoria</b>	» 48
<b>7. Il modello AIP e l'enfasi sull'autoguarigione</b>	» 57
<b>8. Il focus terapeutico e l'aderenza all'esperienza del pa- ziente</b>	» 60
<b>9. L'evidenza dei fatti nella ricostruzione storica del di- sturbo</b>	» 67
<b>10. Aspetti procedurali e metacognizione</b>	» 71
<b>11. I meccanismi di funzionamento</b>	» 76
<b>12. Studi di efficacia</b>	» 81

**Parte seconda**  
**Aspetti pratici**

13. Le otto fasi del protocollo standard dell'EMDR	pag. 86
14. Fase 1. Anamnesi e pianificazione del trattamento	» 88
15. Il diario TICES	» 93
16. L'affetto ponte	» 95
17. Fase 2. Preparazione	» 98
18. Il luogo sicuro	» 102
19. Attingere alle risorse	» 105
20. Fase 3. L'assessment sui ricordi	» 107
21. La sequenza nell'Assessment	» 117
22. La scelta del target	» 119
23. I movimenti oculari (MO)	» 123
24. Fase 4. Desensibilizzazione	» 125
25. Fase 5. Installazione	» 133
26. Fase 6. Scansione corporea	» 135
27. Fase 7. Chiusura	» 136
28. Fase 8. Rivalutazione	» 138
29. Tecniche di gestione dello stress	» 141
30. Ultime note e riflessioni: possibili applicazioni e integrazioni dell'EMDR	» 145
<b>Bibliografia</b>	» 151

In memoria di Guglielmo



## *Introduzione*

L'EMDR, acronimo per Eye Movement Desensitization and Reprocessing (Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari), è un trattamento evidence-based per la cura del Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD), dei traumi psicologici e di altre esperienze di vita avverse (OMS 2013; Bisson e Andrew 2007). Il libro si propone di riassumere i principali aspetti teorico-clinici dell'EMDR nell'ambito degli interventi cognitivo comportamentali. In linea con gli altri libri della serie, anche questo, si compone di una parte teorica e di una parte pratica.

Nel primo capitolo, si introduce il cambiamento di paradigma dai processi di desensibilizzazione a quelli più collegati all'elaborazione delle informazioni dell'esperienza traumatica.

Il secondo capitolo, illustra i passaggi principali della procedura.

Il terzo, mette in luce l'importanza di alcuni presupposti teorici del cognitivismo clinico per meglio chiarire lo sfondo da cui prende forma l'intervento.

Il quarto capitolo, evidenzia la centralità della memoria nell'approccio con l'EMDR e le sue ricadute sul piano terapeutico attraverso una descrizione fenomenologica dei ricordi traumatici compresi i ricordi legati a traumi evolutivi.

Il quinto e il sesto capitolo, sono dedicati al contributo offerto dalle neuroscienze alla comprensione dei processi di apprendimento e delle memorie traumatiche.

Il settimo capitolo, riguarda la descrizione del modello dell'“Adaptive Information Processing” (AIP).

I capitoli otto e nove, si soffermano su alcuni aspetti clinici nodali dell'EMDR e dell'approccio cognitivo come il focus terapeutico e la ricostruzione storica del disturbo.

Il decimo capitolo, prende in esame alcuni aspetti procedurali e i possibili riflessi sulle capacità metacognitive.

Nei capitoli undici e dodici, si enucleano i meccanismi di funzionamento e i principali studi di efficacia.

La parte dedicata alla pratica<sup>1</sup> riguarda le fasi dell'intervento e gli elementi cognitivi, emotivi, percettivi e neurofisiologici per accedere all'esperienza traumatica. In ultimo, alcune riflessioni e spunti di discussione sulla possibilità di un'integrazione dell'EMDR nella pratica clinica.

I casi clinici, descritti nel libro, sono tutti tratti da psicoterapie terminate o ancora in corso alle quali sono state apportate alcune modifiche per tutelare la riservatezza dei pazienti.

La maggior parte dei casi sono stati volutamente ritagliati con una grande forbice e calati all'interno della struttura narrativa del libro. Questo per tre ordini di motivi. Il primo di natura prettamente stilistica, per non appesantire troppo il testo. Il secondo, segue l'intento di effettuare una scansione più limpida possibile di ciò che contraddistingue maggiormente l'EMDR lasciando sullo sfondo, se non omettendo, altri aspetti e passaggi clinici che hanno connotato la terapia dei casi descritti. Il terzo, risponde al tentativo di non vincolare l'EMDR a un particolare orientamento terapeutico lasciando a ogni clinico la possibilità di adattarlo ai propri modelli psicopatologici di riferimento e al suo personale modo di condurre la terapia.

L'intento è quello di introdurre il lettore al trattamento con l'EMDR per aiutarlo a comprendere se possa essere o meno di suo interesse e di ausilio nella sua attività clinica. Non è, quindi, un libro che descrive tutto il trattamento e non può sostituire la lettura del manuale (Shapiro 1995). Allo stesso modo, non può sostituire la formazione e la supervisione.

<sup>1</sup> La parte dedicata agli aspetti pratici si avvale di materiale didattico fornito da CRSP Centro Ricerche e Studi in Psicotraumatologia acquisita durante la formazione in EMDR organizzata dall'Associazione EMDR Europe (Fernandez 2012).

## *Ringraziamenti*

Vorrei ringraziare Francesco Mancini per la sua instancabile capacità di dubitare e di domandarsi le “ragioni” alla base della sofferenza emotiva, privilegiando le conoscenze a disposizione dell’individuo e mai affidandosi a etichette riduzionistiche. Le sue accurate riflessioni mi hanno indotto, più volte, a soffermarmi su alcune fondamentali questioni. Lo ringrazio, in particolare, per la fiducia che mi ha rivolto proponendomi questo lavoro.

Grazie, quindi, alla Scuola di Psicoterapia Cognitiva di Roma che per me è stata come una grande casa in cui ho soggiornato, a volte abitando alcune stanze, alle volte altre, ma sempre con la ferma convinzione di condividere le stesse radici. Guardando al passato ringrazio tutti coloro che hanno inciso, profondamente, nella mia formazione e che mi hanno avvicinato al cognitivismo, Vittorio Guidano, Gianni Liotti, Lorenza Isola e Antonio Semerari in particolare. Molte pagine di questo libro sono state dettate dalla mia attività clinica e di ricerca svolta con il Terzo Centro di Psicoterapia Cognitiva di Roma, a loro vanno i miei ricordi più cari e oggi la mia riconoscenza. Ringrazio, inoltre, Antonio Tundo e Roberta Necci e, con loro, l’Istituto di Psicopatologia per la capacità di accogliere, nel rigore scientifico che lo contraddistingue, ogni nuovo orientamento possa rivelarsi utile alla cura e a lenire la sofferenza dei nostri pazienti.

Nel mio passato più recente, un ringraziamento sincero è rivolto all’Associazione EMDR Italia e a Isabel Fernandez a cui si è legata la mia formazione. Il suo prezioso insegnamento è chiaro e presente in questo volume. Ringrazio, in particolare, Anna Rita Verardo e Bruna Maccarrone per avermi guidato in un percorso così ricco e complesso aiutandomi ad apprezzare sempre più e “sulla mia pelle” l’EMDR. Un sentito grazie anche a Roger Solomon, Onno Van der Hart e tanti autorevoli clinici che animano la formazione continua con l’EMDR, volta principalmente alla discussione e all’integrazione, permettendone l’applicabilità anche nei disturbi mentali gravi. In loro compagnia spero di continuare questo viaggio che ha note-

volmente arricchito non solo la mia formazione ma anche la mia vita. Un ringraziamento doveroso è rivolto a Francine Shapiro per averci donato una via di accesso alla nostra memoria di ineguagliabile efficacia.

Gli ultimi pensieri a mio marito, per la pazienza con cui ha tollerato il tempo sottratto alla nostra vita; a lui devo, inoltre, quel grande cambiamento di rotta della mia esistenza che oggi ha nove anni e si chiama Leonardo. Non riesco a pensare a un impegno, a un dono e a un amore più grande. Infine, ringrazio, soprattutto, il lettore che spero possa tollerare alcune mie imprecisioni, incoerenze e dubbiosità.

*Parte prima*

*Aspetti teorici*

## *1. Dall'EMD all'EMDR*

La nascita dell'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), in italiano Desensibilizzazione e Rielaborazione attraverso i Movimenti Oculari, avvenne nel 1987 a opera di Francine Shapiro.

La tecnica venne introdotta nel 1989 (Shapiro 1989) e, in seguito, ampiamente testata sui veterani del Vietnam. A quel tempo era chiamata "Eye Movement Desensitization" o EMD in quanto nata da un orientamento comportamentista e concepita come una tecnica utile per la desensibilizzazione dell'ansia, basata sull'impiego di specifici movimenti oculari. Buona parte della sua evoluzione sembra avvenire sulla base della semplice osservazione di quanto si verificava durante l'esposizione alle immagini traumatiche e alla stimolazione bilaterale. Durante il trattamento l'ansia legata ai ricordi traumatici diminuiva ma si assisteva anche a una trasformazione in positivo delle emozioni, alla comparsa di insight, e a cambiamenti spontanei delle sensazioni, dei comportamenti e delle valutazioni negative che le persone davano di se stesse. Si ritenne, quindi, plausibile che la procedura attivasse anche un meccanismo di elaborazione delle informazioni oltre a un semplice meccanismo di desensibilizzazione. Da allora l'EMD diventò "EMDR" sottolineando con il termine "Reprocessing" la profonda trasformazione della rete di informazioni connessa ai ricordi traumatici, oggetto dell'intervento (Shapiro 1991). Si delineò con sempre maggior chiarezza un vero e proprio cambiamento di paradigma che portò a integrare aspetti teoretici e applicativi di alcuni concetti dell'informatica e delle reti associative, e aspetti inerenti la ristrutturazione cognitiva di ricordi e di convinzioni disfunzionali che apparivano nel corso delle elaborazioni. L'EMDR inizia a configurarsi come un trattamento integrato che assume in sé elementi teorici e clinici provenienti da differenti approcci psicoterapeutici allo scopo di potenziare l'efficacia e la flessibilità del metodo (Shapiro 1995). I movimenti oculari, elemento con cui spesso si identifica questo strumento terapeutico, di-

vennero soltanto un aspetto di una procedura ben più articolata che ha come obiettivo l'elaborazione del ricordo traumatico. "Essi, come altre forme di stimolazione bilaterale sperimentate in seguito, saranno considerati e utilizzati come facilitatori dell'elaborazione" (Fernandez 2011).

L'EMDR, nel corso della sua evoluzione, si arricchirà di un corpus di conoscenze teoriche, cliniche e metodologiche che oggi lo rendono un intervento terapeutico molto complesso costituito da fattori aspecifici (relazione terapeutica, psicoeducazione, anamnesi ecc.), fattori più specifici e peculiari all'EMDR, quali la breve esposizione al materiale traumatico o associato al trauma, la stimolazione con duplice focus di attenzione e la sequenzialità degli interventi, e fattori mutuati direttamente o indirettamente da altre tradizioni cliniche (l'accento sulla consapevolezza, la libera associazione, l'esposizione, la ristrutturazione cognitiva, la manipolazione delle immagini mentali, l'accettazione ecc.). Il metodo oltrepassa, quindi, i confini dell'originario ambito del PTSD per essere applicato a molte altre patologie nelle quali si riconosca una matrice traumatica.

L'EMDR è, innanzitutto, un intervento efficace sugli eventi traumatici o altamente stressanti, e come tale, interviene su questi target avvalendosi di un modello teorico, il modello dell'Adaptive Information Processing (da ora AIP), che riconosce alla base della patologia i ricordi legati a esperienze di vita traumatiche e i sistemi di elaborazione dell'informazione della mente. Secondo l'AIP gli eventi traumatici producono ricordi disfunzionali non assimilati all'interno delle reti mnestiche della persona, non accessibili verbalmente e non correggibili solo con la riflessione e la comprensione intellettuale. Il trattamento contempla l'attivazione simultanea di tutti i canali dell'esperienza (cognitivo, emotivo, percettivo e somatico) ma il focus dell'intervento è sempre sul ricordo dell'esperienza o esperienze non elaborate che hanno contribuito a sviluppare la patologia o il disagio che presenta il paziente. L'EMDR, tutt'oggi, continua a trarre la sua forza dalla flessibilità con cui può di volta in volta incorporare al suo interno ogni progresso delle scienze di base della mente ed essere integrato in qualsiasi orientamento terapeutico. In campo clinico c'è un grande fermento intorno all'EMDR che non ruota più tanto o solo intorno alla sua validità e alla sua efficacia, peraltro già ampiamente dimostrata, almeno nel PTSD (Cloitre 2009; Ehlers 2010), quanto sui suoi possibili utilizzi che ne massimizzano l'efficacia. La tradizione continua nel rispetto delle sue radici volte a integrare ogni teoria, tecnica o procedura nell'interesse primario dell'efficacia dell'agire clinico. Il campo è molto vasto ed esula dai nostri scopi che si limitano a introdurre il lettore alla procedura standard dell'EMDR e ai suoi aspetti teorico-clinici e pratici più sostanziali. Per ora, quindi, limitiamoci a

notare quello che sembra essere uno dei punti di forza dell'EMDR, nonché, il contributo più significativo che può offrire alla psicoterapia cognitiva e alla psicoterapia in genere, che sembra consistere nell'aver individuato una modalità per accedere alle informazioni immagazzinate in memoria, stimolarne l'elaborazione e portarle a una risoluzione più adattiva e funzionale (Fernandez 2011).

## 2. L'EMDR: la procedura

Per favorire nel lettore una comprensione generale dell'intervento e una visione d'insieme ci soffermeremo sull'andamento generale del processo e rimanderemo l'approfondimento delle singole fasi del trattamento nella parte dedicata alla tecnica.

La procedura EMDR si compone di otto fasi e solo alcune di queste comprendono la stimolazione bilaterale alternata. Ogni fase è concepita per favorire l'elaborazione del materiale traumatico e per massimizzare gli effetti del trattamento.

L'EMDR prevede un'iniziale identificazione del problema e una raccolta anamnestica adeguata con particolare rilievo alla storia di attacco e all'identificazione di eventuali traumi passati potenzialmente collegati al problema attuale. Si identificheranno, inoltre, gli eventi scompensanti, i meccanismi di difesa, le relazioni attuali e ogni informazione utile alla valutazione delle condizioni cliniche e delle reali possibilità di trarre beneficio dall'EMDR. In linea con le terapie che utilizzano l'esposizione (per esempio, Flooding), viene valutata la possibilità di raggiungere una condizione di sicurezza psicofisiologica attraverso alcune tecniche di rilassamento (esercizio del "luogo sicuro" "tecnica del raggio di luce" ecc.) ma anche attraverso il rinforzo delle risorse personali, in modo che sia più agevole sopportare l'inevitabile quota di stress derivante dalla riesposizione al materiale traumatico. Inoltre, sollecitare le risorse del paziente rende più disponibili in memoria, secondo Shapiro (1955), le informazioni positive e la successiva integrazione con le informazioni disfunzionali collegate al trauma oggetto di intervento. Quindi si procederà alla *pianificazione terapeutica* che contemplerà l'individuazione dei ricordi "target" (ricordo generatore o più rappresentativo) connessi al trauma, ma anche il riconoscimento degli stimoli scatenanti attuali che fanno emergere il disturbo (trigger), e di eventuali scenari futuri che possono attivare la sintomatologia. In ultimo, si definiranno gli obiettivi da raggiungere. La durata di queste pri-

me fasi può essere molto rapida in un Disturbo Postraumatico da trauma singolo, più lunga, se presenti traumi multipli (come nei reduci di guerra) o anche estremamente variabile se si tratta di un PTSD in comorbilità con altre patologie. In questi ultimi casi, in particolare, le prime fasi hanno già un valore terapeutico fondamentale perché aiutano il paziente a identificare con maggiore chiarezza gli stati emotivi dolorosi e a collegare le problematiche attuali a modalità acquisite o apprese in relazione a determinati eventi della vita, aspetto quest'ultimo, che restituisce senso a molte condotte e sintomi, apparentemente, poco comprensibili e getta le basi per la costruzione di una narrativa dotata di significato.

La parte centrale della procedura è quella in cui si accede al ricordo "target" precedentemente individuato ma, a questo punto dell'intervento, si costruisce con il paziente un assessment sul ricordo attraverso un'accurata articolazione di tutte le componenti cognitive, emotive, sensoriali e fisiche associate al trauma. "Questo accesso olistico alla memoria traumatica favorirà il processo di elaborazione della fase successiva stimolando in particolar modo quella componente implicita, spesso inscritta nel corpo e ritenuta fondamentale nella memorizzazione traumatica" (Bremner *et al.* 1998; Van der Kolk 1996; Van der Kolk e Fisler 1995 cit. in Giannantonio 2001). L'assessment dei ricordi traumatici avviene senza la necessità, per il terapeuta, di ottenere i dettagli dell'evento e, ciò che ne risulta, è una scansione molto precisa dell'esperienza traumatica nei suoi elementi costitutivi. È con questa scansione che avrà inizio la fase di *desensibilizzazione* in cui si richiederà al paziente di focalizzarsi su tutti gli elementi del ricordo dell'evento precedentemente individuati. Egli è istruito a "lasciare andare la mente" e, semplicemente, a notare tutto quello che accade dentro di lui ed è invitato a non eliminare intenzionalmente le informazioni che emergono. È in questo momento che inizia la stimolazione bilaterale che verrà somministrata in set brevi, scanditi da ricorrenti momenti di feedback in cui il paziente riferisce qualsiasi cambiamento nei pensieri, emozioni, immagini, sensazioni fisiche che può aver notato come pure associazioni con altri ricordi e insight. Qualsiasi risposta dia il paziente, a differenza di altri trattamenti, non viene interpretata, riassunta o commentata. Il terapeuta stimolerà la rielaborazione spontanea del trauma, intervenendo solo se strettamente necessario, per esempio, in casi di abreazione<sup>1</sup> o di stallo del processo. Solo in tali casi sono previsti degli interventi cognitivo-integrativi rapidi e incisivi in cui il terapeuta utilizza, spesso, la maieutica socratica.

<sup>1</sup> Per "abreazione" si intende una reazione emotiva intensa in cui si riesperisce parte dell'evento traumatico.

Quando il disturbo è notevolmente ridotto o eliminato si favorisce l'integrazione di una "cognizione positiva" già evidenziata in assessment, ovvero, quello che il paziente vorrebbe realisticamente riuscire a pensare su di sé mentre accede al trauma in oggetto (per esempio una persona sopravvissuta a un terremoto potrebbe voler pensare semplicemente di essere al sicuro adesso). Anche l'*installazione* della cognizione positiva prevede la stimolazione alternata allo scopo di integrare il materiale mnestico originario con nuove informazioni che precedentemente erano inaccessibili emozionalmente e/o cognitivamente (Lipke 2000).

A questo punto, nelle fasi finali del processo, porremo molta attenzione a ogni indicatore corporeo che ci riveli la presenza residua di sensazioni negative mentre il paziente accede al trauma originario unitamente alla cognizione positiva. Se il paziente ha tensioni nel corpo si procederà ancora con i movimenti oculari perché il disagio potrebbe indicare aspetti irrisolti del ricordo e potrebbero emergere altre informazioni disfunzionali o frammenti dell'esperienza da elaborare. In chiusura di seduta, qualora il target non sia stato sufficientemente elaborato, si interrompe la fase di rielaborazione e si ristabilisce l'equilibrio emotivo e la sicurezza utilizzando il luogo sicuro prescelto. Coerentemente con tutta la procedura, il paziente viene invitato semplicemente a monitorare ciò che accade tra una seduta e l'altra e a riferire successivamente tutto ciò che ha notato (pensieri, emozioni, sensazioni, ricordi, sogni ecc.) e che l'elaborazione ha attivato. L'inizio di ogni seduta di EMDR dovrebbe poi avvenire con una *rivalutazione* dell'opportunità di proseguire il lavoro sul target di intervento della seduta precedente o di uno spostamento del focus d'intervento. Si prevede, inoltre, la necessità di intervenire anche sulle situazioni attuali che fungono da trigger nei confronti degli eventi traumatici e, infine, sulle ipotetiche situazioni future che si presumono possano riattivare i comportamenti disfunzionali connessi alle originarie esperienze traumatiche. In tutta la procedura il terapeuta avrà una consapevolezza limitata di ciò che sta accadendo con il paziente e dovrà attenersi molto a una lettura della comunicazione metaverbale oltre ai riscontri verbali forniti dal feedback del paziente.