

EMDR nei pazienti con tossicodipendenza: integrazione tra protocollo standard e protocolli modificati

EMDR in drug dependent subjects: integration between standard and modified protocols

LUIGI TERRERI

Dirigente Psicologo, Dipartimento delle Dipendenze, ASREM, zona di Campobasso, via Petrella 1 86100 Campobasso, e-mail: luiter53@virgilio.it.

Riassunto

Alcuni autori (Shapiro F., Omaha J., Popky A.J., Hase M.), ipotizzano che il metodo EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) possa essere utile ai pazienti tossicodipendenti sia per avere una migliore adattabilità e funzionalità del comportamento sia per allontanare il tempo delle ricadute. Tuttavia gli studi con l'EMDR applicato alle tossicodipendenze sono rari e in Italia pressoché assenti. L'autore, con l'intento di offrire un input per stimolare future ricerche, riassume il protocollo standard dell'EMDR, il protocollo DSRC sulla desensibilizzazione degli stimoli e la rielaborazione della compulsione e il protocollo DRDA sulla desensibilizzazione e rielaborazione del ricordo del disturbo d'astinenza. Nei soggetti che hanno effettuato i vari protocolli EMDR è stato possibile rilevare un risultato positivo a breve termine tramite i punteggi delle scale SUD (Subjective Units of Disturbance), VOC (Validity of Cognition), LOU (Level of Urge) e anche attraverso la valutazione di disegni effettuati prima e dopo la seduta EMDR.

Parole chiave: EMDR, Trauma, Compulsione, Astinenza, Affetto ponte.

Abstract

Shapiro F., Omaha J., Popky A. J., Hase M. et al. have speculated that Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) could be useful in the treatment of drug addicted subjects, to reach better adjustment and behavioural functioning and/or to increase the time interval between relapses. Currently, studies reporting the use of EMDR with drug addicted patients are scarce and, in Italy, absent. The article, in order to offer an input to stimulate further research and increase its application, summarizes the EMDR method and considers the possibility for the use of the "Standard EMDR protocol", the "Desensitization of Triggers and Urge Reprocessing" protocol and the "Withdrawal Disorder Memory Desensitization and Reprocessing" protocol within the Public Drug Abuse Departments. Subjects who underwent the various EMDR treatment protocols showed positive results in the short-term period, when tested with SUD (Subjective Units of Disturbance), VOC (Validity of Cognition) and LOU (Level of Urge) scales. Encouraging results were also obtained through the evaluation of drawings done by the subjects before and after the EMDR treatments.

Keywords: EMDR, Trauma, Compulsion, Withdrawal, Affect bridge.

Introduzione

Quando una persona subisce un trauma

psicologico sembra che avvenga uno squilibrio nel sistema nervoso causato probabilmente da cambiamenti a livello dei neurotra-

smettitori. Questo squilibrio non permette al sistema di funzionare bene e l'informazione acquisita nel momento dell'evento traumatico, incluse le immagini, i suoni, l'emotività e le sensazioni fisiche, viene conservata a livello delle reti mnestiche nel suo stato disturbante. Il materiale originale conservato nella sua forma disturbante ed eccitatoria, quindi, continua ad essere innescato da tutta una gamma di stimoli interni ed esterni e si esprime sotto forma di incubi, flashback e pensieri intrusivi. Francine Shapiro, Ph. D. (5, pag. IX-XIV) ha scoperto che alcuni tipi di stimolazione bilaterale alternata (per esempio i movimenti oculari destra/sinistra) possono aiutare molto efficacemente una persona a superare un evento traumatico o emotivamente disturbante. Il metodo utilizza principalmente i movimenti oculari prodotti in un paziente invitandolo a seguire il movimento della mano del terapeuta (ma anche altre forme di stimolazione destro/sinistra come, ad esempio, il tapping sulle mani).

L'EMDR (acronimo di Eye Movement Desensitization and Reprocessing) utilizza la terminologia dell'elaborazione neurofisiologica dell'informazione introdotta da Bower (1981) e Lang (1979). La struttura e i principi teorici a cui si ispira il metodo EMDR sono quelli dell'Elaborazione Accelerata dell'Informazione (Shapiro F., 1993; 1994c). Questo modello è coerente con gli studi di Pavlov (1927), secondo cui l'essenza di qualunque trattamento psicoterapeutico è il ripristino di un equilibrio neurologico, un equilibrio che permetterebbe all'elaborazione dell'informazione di dirigersi verso una "risoluzione adattiva". Il modello dell'Elaborazione Accelerata dell'Informazione sostiene che il blocco fisiologico dell'elaborazione è il responsabile della patologia. I rapidi effetti terapeutici positivi dell'EMDR, invece, sono il risultato di cambiamenti elettro-biochimici che riequilibrano il sistema fisiologico (5, pag. 19).

I principali meccanismi che sono stati ipotizzati per spiegare quest'attivazione e

facilitazione dell'elaborazione dell'evento traumatico con l'EMDR sono:

1. L'EMDR si basa per l'appunto sull'ipotesi che l'evento traumatico "congeli" l'informazione nella sua forma ansiogena originaria; pensare ad un evento traumatico mentre contemporaneamente il paziente esegue determinati movimenti oculari, invece, genera l'effetto di riprendere o accelerare l'elaborazione bloccata nelle reti mnestiche. L'EMDR provocherebbe una migliore comunicazione tra gli emisferi cerebrali ristabilendo l'equilibrio eccitatorio/inibitorio, permettendo così il raggiungimento di una risoluzione adattiva, dove l'esperienza del paziente viene integrata in uno schema cognitivo ed emotivo positivo. La stimolazione bilaterale alternata e l'attenzione duale del paziente (verso il mondo interno e verso il mondo esterno), dunque, stimolano gli emisferi cerebrali alternativamente, favorendo la loro intercomunicazione. L'esame di pazienti trattati con l'EMDR, attraverso un'analisi quantitativa dell'elettroencefalografia (QEEG) ha mostrato una normalizzazione nella sincronizzazione dell'attività delle onde cerebrali più lente nei due emisferi corticali (Nicosia 1994).

2. Delle ricerche di laboratorio sugli animali hanno rilevato un potenziamento delle sinapsi nella formazione di ricordi traumatici in varie aree del sistema limbico (12/13/14/15/16). Il depotenziamento di queste sinapsi, attraverso l'induzione di una stimolazione a bassa frequenza, facilita la cancellazione o la modificazione dei ricordi traumatici. Gli effetti terapeutici dell'EMDR sarebbero anch'essi dovuti all'induzione di una stimolazione a bassa frequenza che depotenzia le sinapsi in molte aree del sistema limbico (14/15/16). Lo spostamento del potenziale sinaptico delle reti neurali che includono materiale disfunzionale può far sì che l'informazione subisca successive elaborazioni a ogni set di movimenti oculari con l'EMDR, fino ad arrivare ad una risoluzione adattiva. Shapiro F. (5, pp.327-331) ipotizza,

quindi, che le reti neurali siano parzialmente organizzate dall'emotività, che a sua volta è legata ad una particolare valenza bioelettrica (livello di carica). Maggiore è l'emotività disfunzionale, più elevato sarà il potenziale sinaptico della rete. Le reti neurali a valenza inferiore conterrebbero ricordi di materiale positivo. Il sistema di elaborazione, catalizzato dall'EMDR, abbasserebbe la valenza dei recettori in modo da permettere loro di legarsi ai recettori delle reti neurali aventi valenze progressivamente inferiori e, quindi, di incorporare l'informazione più adattiva ivi contenuta.

3. Il decondizionamento è causato da una risposta di rilassamento. I movimenti oculari possono provocare una risposta condizionata di rilassamento. Questa risposta può essere indotta per mezzo della formazione reticolare che ad es. provoca l'inibizione muscolare nello stato di sonno REM o di altri meccanismi che attivano il sistema nervoso parasimpatico. Il sistema parasimpatico inibirebbe il sistema nervoso simpatico, associato alla risposta di paura "lotta o fuggi" (17/18/19).

4. Le correnti di campo generate dai movimenti oculari (Marquis 1991) interferiscono con gli apparati che collegano i lobi frontali all'ipotalamo e all'ippocampo, in modo da indebolire il collegamento tra stimolo e risposta emotiva.

Il metodo standard dell'EMDR, integrato con protocolli modificati, può essere utile applicato in un Servizio per le Tossicodipendenze come un ulteriore supporto per migliorare la salute dei pazienti.

Materiali e metodi

Il protocollo standard dell'EMDR (5/21)

Le persone traumatizzate non sono più in grado di assorbire nuove informazioni e possono imparare che non c'è niente che possano fare per cambiare la loro vita traumatizzata. Poiché troppo spesso si aspettano che sia

il terapeuta a migliorare la loro qualità di vita, noi riteniamo che per rimediare all'impotenza dei pazienti sia molto meglio applicare la tecnica dell'EMDR la cui via di accesso ai traumi è fisica, piuttosto che fare una terapia di tipo verbale. Un assunto di base dell'EMDR, infatti, è quello secondo il quale il corpo è strutturato per portare i problemi a soluzione.

L'esperienza traumatica, frantumata in stati emotivi e sensoriali non integrati, deve essere rivissuta per fare collegare nuove associazioni. Dopo aver valutato idoneo un paziente per la terapia con l'EMDR, il terapeuta applica un protocollo che si compone di otto fasi:

Fase 1 – Raccolta anamnestica

Una delle finalità principali della raccolta di informazioni è quella di identificare i ricordi passati che mettono in azione il disturbo attuale che presenta il paziente. È fondamentale, inoltre, identificare quali sono gli stimoli scatenanti attuali che fanno emergere il disturbo e quali sono le abilità di cui il paziente ha bisogno per facilitare i comportamenti adattivi nel futuro.

Fase 2 – Preparazione e pianificazione del piano terapeutico

I momenti e le finalità di questa fase sono centrati prioritariamente sulla costruzione di una alleanza terapeutica tra paziente e terapeuta. In questa fase vengono illustrati sia il processo che gli effetti dell'EMDR e il terapeuta aiuta il paziente a gestire le sue preoccupazioni. In questa fase rientra anche l'insegnamento di tecniche di rilassamento per ritrovare la calma. In particolare, una tecnica immaginativa denominata "Il luogo sicuro" permette al paziente di capire che è in grado di gestire il suo livello di ansia.

Fase 3 – Assessment

In questa fase il terapeuta determina le componenti del ricordo target. Successivamente alla descrizione del paziente di alcuni degli elementi importanti dell'evento traumatico, il terapeuta gli chiede di indicare un'unica immagine come

punto iniziale della terapia. Selezionata una particolare immagine (in genere l'immagine che rappresenta la parte più traumatica dell'evento), il terapeuta chiede al paziente un'affermazione che esprima una convinzione negativa di sé (ad es. "Sono in pericolo"). Il terapeuta invita poi il paziente ad identificare un'affermazione positiva, formulata al presente, che vorrebbe sentire vera (ad es. "Ora sono al sicuro"). Il terapeuta richiede al paziente, quindi, di cogliere le emozioni negative (per es. paura, rabbia...) e di indicare le sensazioni corporee (per es. tensioni, spasmi...) collegate all'immagine rappresentante l'obiettivo da elaborare e chiede inoltre al paziente di valutarne l'intensità (scala Subjective Units of Disturbance, SUD 0 – 10). Infine il terapeuta verifica quanto il paziente senta vera l'affermazione positiva (scala Validity of Cognition, VOC 1 – 7).

Fase 4 – *Desensibilizzazione*

Questa fase è quella in cui vengono applicati i movimenti oculari o altre forme di stimolazione bilaterale mentre il paziente si focalizza sull'immagine, la cognizione negativa e su dove sente il disturbo emotivo sul corpo. Questo permette la doppia focalizzazione, in altre parole la focalizzazione del paziente sul materiale interno costituito dal ricordo traumatico, dalla cognizione negativa e dal disturbo che prova e in contemporanea sulla stimolazione bilaterale esterna. Il terapeuta guida il paziente tramite una serie ripetuta di movimenti oculari fino a quando la valutazione della scala SUD risulta essere 1 o 0 (quando cioè la reazione è appropriata alle circostanze attuali). Alla fine di ogni serie di movimenti oculari il terapeuta chiede al paziente "Cosa nota ora?", così da facilitare l'emergere e la verbalizzazione di nuove informazioni che sorgono dopo ogni serie di movimenti oculari.

Fase 5 – *Installazione*

La finalità di questa fase è rivolta ad installare l'affermazione positiva al posto di quella originariamente negativa. Questa installazione si realizza nella pratica facendo associare

all'esperienza traumatica la convinzione positiva e proponendo alcune serie di movimenti oculari. L'installazione è considerata avvenuta quando il paziente ritiene completamente vere le proprie affermazioni positive (scala VOC a livello 7). In questo modo viene rafforzato il legame associativo tra la convinzione positiva e il ricordo dell'esperienza spiacevole, così che, se l'evento traumatico viene rievocato, il suo emergere alla coscienza può essere associato alla nuova convinzione positiva collegata, ad es.: "Ora posso affrontare queste situazioni". La convinzione positiva ha la funzione di estendersi anche ad altre situazioni che possono caratterizzare la vita del paziente, modificando il modo con cui il soggetto si pone nei confronti degli eventi attuali e futuri della sua vita. Questa fase, centrata sull'installazione dell'autovalutazione positiva, costituisce un momento cruciale ai fini di un effetto terapeutico positivo.

Fase 6 – *Scansione corporea*

Dopo la fase dell'installazione, il terapeuta chiede al paziente di rievocare l'evento originario con la cognizione positiva scelta e di esplorare mentalmente il proprio corpo partendo dall'alto verso il basso cogliendo ogni eventuale tensione residua presente in esso. Tali sensazioni corporee divengono progressivamente l'obiettivo di ulteriori rielaborazioni.

Fase 7 – *Conclusioni*

La finalità di questa fase è quella di verificare che, a fine seduta, il paziente abbia acquisito e possa mantenere uno stato emozionalmente accettabile ed equilibrato. Si spiega al paziente che l'elaborazione può continuare nelle ore o giorni successivi e lo si invita a tenere un diario relativo a pensieri, sogni e ricordi che possono insorgere tra una seduta e l'altra.

Fase 8 – *Rivalutazione*

All'inizio di ogni seduta, il terapeuta chiede al paziente di rievocare l'evento originario traumatico precedentemente rielaborato e a valutarne le risposte per determinare se gli aspetti terapeutici sono stati mantenuti.

In questa fase vengono identificate nuove possibili aree che necessitano di essere elaborate e ricercati ulteriori obiettivi.

Il protocollo DSRC (Desensibilizzazione degli Stimoli e Rielaborazione della Compulsione) di Popky A. J. (3/22)

Generalmente è opportuno iniziare con una installazione di risorse (ricordi del paziente delle sue proprie esperienze positive; ricordi di modelli o supporto adeguato da parte di genitori, insegnanti, coetanei; esperienze positive di sogni; immagini positive da libri, storie, film, libri comici, televisione; immagini positive di lavori di arte o derivanti da fonti culturali o spirituali rilevanti; metafore suggerite dal terapeuta che comportano sviluppo di risorse positive), (23) per giungere successivamente alla desensibilizzazione del grado di compulsività e alla eventuale rielaborazione delle ricadute. L'attenzione del paziente è diretta verso un obiettivo positivo, attraente, raggiungibile e irresistibile, NON verso l'abbandono di comportamenti negativi. L'astinenza, sebbene altamente raccomandata, non viene richiesta nella definizione degli obiettivi del trattamento perché l'obiettivo del trattamento è prima di tutto funzionare in modo positivo come descritto dal paziente stesso. Troppo spesso, infatti, i terapeuti dimenticano che la terapia è del paziente, è "la sua terapia". Le ricadute vengono ridefinite non più come fallimenti ma come occasioni per costruire nuovi obiettivi da affrontare nelle sedute successive. Ciò nonostante la dipendenza chimica e l'ansia sembrano essere affrontate poiché il processo si verifica al di fuori del livello di consapevolezza del paziente senza richiedere una sua attenzione costante. Infatti, spesso i pazienti in trattamento con l'EMDR riferiscono di essere sorpresi dal fatto che alla fine di una giornata non hanno avuto comportamenti negativi, o li hanno avuti ma con minore frequenza, oppure hanno notato di averne l'im-

pulso ma di essere riusciti a trattenerli.

Vi sono similitudini e differenze tra il protocollo di Popky e il protocollo classico EMDR. Quest'ultimo affronta l'emotività e i problemi traumatici conosciuti utilizzando le cognizioni negative e positive. Il protocollo DSRC affronta invece i fattori scatenanti e usa gli stati corporei positivi. Mentre l'EMDR standard usa le scale SUD e VOC, il modello DSRC usa come scala solo il Livello di Compulsione (LOU 0-10). Entrambi i protocolli EMDR classico e DSRC utilizzano la stimolazione bilaterale e l'installazione di cognizioni e/o risorse positive e richiedono, prima dell'inizio del trattamento, una precisa anamnesi, una valutazione e una diagnosi allo scopo di tutelare la sicurezza del cliente. Il protocollo DSRC affronta il presente e il futuro, mentre il passato viene affrontato solo se emergono dei ricordi di eventi particolarmente traumatici della vita del paziente.

Fasi del protocollo DSRC

- Parte di un piano completo di trattamento (Rapporto positivo, anamnesi, assessment, diagnosi, risorse di sostegno).
- Installazione di risorse interiori positive (In particolare individuazione di immagini concrete su come sarebbe la vita senza eroina, fumare, bere, ecc. Cosa avrebbe in più il paziente se non avesse il problema della dipendenza?).
 - Identificazione dei fattori che scatenano la compulsione.
 - Desensibilizzazione dei fattori scatenanti la compulsione.
 - Installazione di uno "stato positivo" per ciascun fattore scatenante.
 - Verifica e controllo futuro.
 - Sedute successive.

La domanda classica dell'EMDR per ottenere una cognizione positiva in luogo di una negativa è "cosa preferirebbe credere di sé invece?". Altre volte, però, per il miglioramento della performance occorre che il paziente chieda a se stesso "cosa posso fare?", "quale atteggiamento o azione sareb-

be più utile adesso?”. Ancora, nei momenti di difficoltà del paziente, alcune cognizioni positive potrebbero essere ad es. “posso concentrarmi su una cosa per volta”, “me la cavo bene sotto molti aspetti e posso fare qualcosa per migliorare i miei punti deboli”, “ho fatto del mio meglio” (24).

In questo programma terapeutico è importante che il paziente si impegni a completare la terapia. Egli dovrebbe essere consapevole che risultati rapidi, pur se soddisfacenti, non significano che il trattamento è concluso. Questi risultati rapidi, a volte, portano i pazienti a credere di essere “guariti” e ad abbandonare prematuramente la terapia. Per un successo completo, è necessario desensibilizzare i fattori che scatenano la compulsione e rielaborare completamente gli eventi/aspetti principali.

Il protocollo DRDA (Desensibilizzazione e Rielaborazione del Ricordo del Disturbo di Astinenza) di Terreri L., un adattamento del protocollo sul dolore cronico di Grant M. (25)

Occorre far comprendere ai nostri pazienti che l’EMDR non è qualcosa che facciamo a loro, ma è qualcosa che facciamo con loro. Nel trattamento delle dipendenze con il protocollo EMDR si elaborano non soltanto i traumi, ma le risorse, la sensazione di astinenza e qualsiasi comportamento che interferisce con il disturbo. L’assunzione della sostanza dà un effetto positivo breve che poi è seguito da una sensazione negativa (di vergogna, di colpa, ecc.) che si accumula e contribuisce ad abbassare l’autostima. L’abuso di sostanza ha un ruolo di regolazione emotiva e aiuta a controllare la sensazione di non avere il controllo. Le dipendenze sono delle difese, per esempio per non pensare o non avere a che fare con le conseguenze di un trauma, quindi, per questo motivo, è importante lavorare con tecniche di stabilizzazione. I pazienti devono dapprima poter dire esplicitamente “Io vado

bene, io valgo e mi accetto completamente anche se uso ancora la sostanza”, poi, in un secondo momento, possono liberarsi del tutto dall’assumere sostanze (3).

Il protocollo DRDA si applica con gli utenti che hanno smesso di assumere una terapia farmacologica o che stanno effettuando un programma di assunzione a scalare di metadone cloridrato o subutex, già determinati a raggiungere l’obiettivo dell’astinenza completa da sostanze stupefacenti. Dopo aver motivato i pazienti, essi vengono invitati a ricordare e a ri-sperimentare con la tecnica EMDR una crisi d’astinenza (la prima, quella più forte, l’ultima). I soggetti prima iniziano a mostrare i segni dell’astinenza (lacrimazione, sbadigli, dolori, agitazione, conati di vomito, senso di freddo) anche se da qualche tempo non fanno più uso di sostanze stupefacenti, poi, quando durante il trattamento i sintomi astinenziali si attenuano, si installa quella che nel trattamento EMDR è definita una “cognizione positiva”, ad esempio: “Sono in grado di gestire le mie sensazioni” ecc. Si prosegue, quindi, con l’installazione di un’immagine positiva, la proiezione nel futuro e le altre variazioni del metodo.

Come una persona non vuole rivivere un trauma così un tossicodipendente non desidera una nuova crisi d’astinenza. Sebbene la paura della crisi d’astinenza dovrebbe servire da deterrente per l’uso di sostanze stupefacenti, spesso una ricaduta ri-innesca il processo di dipendenza ed il susseguente evitamento di ri-sperimentare il disturbo della crisi d’astinenza. Allora l’azzeramento delle immagini e delle emozioni negative che avviene con l’EMDR può essere un indice orientato a convincere il paziente che è più forte del disturbo della crisi d’astinenza e che egli può effettivamente rimanere un osservatore dei suoi effetti precedentemente travolgenti. Riteniamo quindi che questo atteggiamento dia al paziente una maggiore capacità di raggiungere la sensazione di comprensione, realizzazione e controllo.

Fasi del protocollo DRDA

- Descrivere e disegnare il disturbo del ricordo dell'astinenza (con indicazione del SUD da 0 a 10).
- Applicazione della tecnica della luce del colore preferito sul disegno del disturbo (una luce che dissolve il disegno del disturbo).
- Set di stimolazione bilaterale fino a SUD 0.
- Installazione di una cognizione positiva.
- Ri-disegnare il disturbo.
- Proiezione sul futuro.

In ogni modo prima dell'applicazione del protocollo DRDA è bene trattare con il protocollo classico dell'EMDR sia i ricordi in cui il paziente ha provato "rabbia" (infatti il modo in cui si affronta la rabbia gioca un ruolo determinante nella mancata auto-affermazione positiva e responsabile del paziente, nei suoi sensi di ansia, di colpa e perdita della relazione, con la susseguente ricerca dell'uso di sostanze stupefacenti per ritrovare un momento di calma e senso di sé), sia le esperienze dolorose precoci accompagnate da un attaccamento insicuro, ad esempio l'assenza dei genitori in un momento cruciale, la separazione dei genitori, oltre il dolore per aver perso la fiducia dei genitori, il senso di colpa per aver preso la strada sbagliata, ecc. (perché la paura di ri-sperimentare una crisi d'astinenza potrebbe essere collegata alla riattivazione di paure intollerabili di disorganizzazione e dissoluzione dell'Io vissute nell'infanzia dal paziente - affetto ponte -) (26).

Risultati

Una nostra iniziale casistica comprende 28 soggetti maschi tra i 20 e 40 anni di età. La verifica dei dati è stata basata esclusivamente su una valutazione personale, tramite colloqui ed osservazione del comportamento e degli atteggiamenti dei pazienti. Ad alcuni soggetti il trattamento EMDR è stato fornito isolatamente, non integrato in un lavoro complessivo d'équipe e di rete (ad

esempio non è stata coinvolta la famiglia o erano assenti altri supporti sociali); ad altri soggetti è stato fornito un trattamento complessivo ma con solo un trattamento EMDR iniziale oppure non completo.

Quattordici soggetti sono stati più costanti nel trattamento con L'EMDR. Di questi 14 soggetti, 5 sono ricaduti dopo circa due mesi e 9 non sono ricaduti da almeno sei mesi. In particolare di questi 9 soggetti, 3 non sono ricaduti da almeno sei mesi, 3 non sono ricaduti da almeno sei mesi ma sono entrati in una Comunità Terapeutica subito dopo i trattamenti EMDR, 3 non sono ricaduti da almeno sei mesi ma non hanno abbandonato una terapia farmacologica. Degli altri 14 pazienti, dodici soggetti hanno avuto delle ricadute ma, a loro dire, hanno tratto un qualche tipo di beneficio dal trattamento EMDR; due soggetti, invece, hanno rifiutato il trattamento EMDR dopo averlo iniziato. In ogni modo, in tutti i soggetti che hanno effettuato i vari protocolli EMDR è stato possibile rilevare un risultato positivo a breve termine tramite i punteggi delle scale SUD, VOC, LOU e anche attraverso la valutazione di disegni effettuati prima e dopo la seduta EMDR.

Discussione

Nel tronco encefalico risiedono i centri che si occupano delle nostre funzioni fondamentali (il battito cardiaco, la respirazione) e nel sistema limbico si definiscono i confini tra il proprio Sè e il mondo esterno. La disregolazione dei nostri orologi interni produce dei cambiamenti al sistema limbico, per cui molte cose vengono considerate pericolose, paurose, terrorizzanti, angosciose, mentre non hanno obiettivamente valore di minacce. Abbiamo già riferito che invitare le persone a raccontare la loro storia e limitarsi a dare un senso con le interpretazioni non sempre aiuta a resettare questi meccanismi, così anche con i soggetti tossicodipendenti

Tabella 1. Trattamento EMDR e periodo di assenza della ricaduta.

Numero soggetti (28)	Protocolli Emdr	Assenza ricaduta	Drug free con terapia farmacologica	Drug free in Comunità Terapeutica
5	Emdr standard +DSRC +DRDA	2 mesi		
9	Emdr standard +DSRC +DRDA	6 mesi	3 soggetti	3 soggetti
12	Trattamento parziale	Non valutabile		
2	Abbandono del trattamento			

riteniamo opportuno che i terapeuti si concentrino e lavorino sul sistema limbico utilizzando la tecnica EMDR.

Come una persona traumatizzata - quando non lo rimuove - si concentra sul proprio trauma da non interessarsi a nient'altro, così un tossicodipendente continua a sbattere contro il ricordo della droga. Si potrebbero ipotizzare quindi meccanismi simili che per mezzo di alcune molecole amplificano, a lungo termine, lo scambio di segnali tra cellule aumentando la sensibilità di alcune aree cerebrali (27). Questo sistema potenziato di comunicazione potrebbe essere la causa della reazione esagerata del cervello ai segnali che evocano sia la droga sia il ricordo del trauma. Come avviene per i traumi, l'EMDR potrebbe offrire il suo contributo per attenuare e riequilibrare le intense forze biologiche - la dipendenza, il craving, il disturbo dell'astinenza - che alimentano l'addiction. L'EMDR, infatti, agisce principalmente sulla regione ippocampale, nell'amigdala e nella corteccia cingolata anteriore, regioni molto "attive" sia durante l'acquisizione condizionata di traumi sia nella dipendenza da sostanze psicoattive (28/29). Tra l'altro è stata rilevata la presenza di traumi nella storia personale di molti pazienti tossicodipen-

denti (30/31).

Il ruolo dello stress nel comportamento di ricerca delle sostanze, inoltre, è stato ampiamente documentato nelle ricerche sperimentali. Adeguate stimoli stressanti possono portare alla riassunzione di etanolo, eroina e cocaina animali drug-free, dopo intervalli di tempo relativamente lunghi dall'estinzione del comportamento tossicofilo, (32) come pure cambiamenti nella reattività allo stress potrebbero essere correlati al craving ed alle conseguenti ricadute nell'abuso di sostanze (33). Alcuni autori ritengono che il CRF (corticotropin releasing factor) svolga un ruolo, a livello dell'amigdala, nella regolazione emozionale e negli effetti ansiogeni dello stress e che sia probabile che la sintomatologia ansiogena, tipica dell'astinenza da sostanze, possa essere correlata agli effetti del CRF a livello amigdaloideo (33).

Considerata la problematicità della tossicodipendenza, l'applicazione dei protocolli EMDR ai tossicodipendenti richiede un'alta competenza nel campo da parte del terapeuta. Per gli approfondimenti sull'EMDR è necessario seguire i corsi organizzati dall'Associazione EMDR (per l'Italia il sito è www.emdritalia.it).

Tabella 2. Valutazione punteggi delle scale SUD, VOC e LOU durante le sedute EMDR e periodo di assenza della ricaduta.

Numero soggetti (trattamento costante)	Valutazione SUD, VOC e LOU	Assenza di ricaduta a due mesi	Assenza di ricaduta a sei mesi
9	+	+	+
5	+	+	-
Numero soggetti (trattamento parziale)	Valutazione SUD, VOC e LOU	Assenza di ricaduta a due mesi	Assenza di ricaduta a sei mesi
12	+	-	-
2	-	-	-

Bibliografia

- Shapiro F., Vogelmann-Sine, S., & Sine, L. (1994). Eye movement desensitization and reprocessing: Treating trauma and substance abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26, 379-391.
- Omaha, J. (1998), Chemotion and EMDR. An EMDR treatment protocol based upon a psychodynamic model for chemical dependency. EMDR International Association Conference "EMDR: Treatment and Transformation", Baltimore, MD July 11, 1998.
- Popky, A.J., (2000) Desensitization of Triggers and Urge Reprocessing, Conferenza Emdr - Europe 2003, Roma.
- Hase, M. (2005). Rielaborazione del ricordo di Tossicodipendenza. 6th EMDR European Conference, Bruxelles, 11-12 giugno 2005.
- Shapiro, F., EMDR, McGraw-Hill, 2000.
- Bower, G. H. (1981). Mood and memory. *American Psychologist*, 36, 129-148.
- Lang, P. J. (1979). A bioinformational theory of emotional imagery. *Psychophysiology*, 16, 495-512.
- Shapiro, F. (1993). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), in 1992, *Journal of Traumatic Stress*, 6, 417-421.
- Shapiro, F. (1994c). EMDR: In the eye of a paradigm shift. *Behavior Therapist*, 17, 153-157.
- Pavlov I. P. (1927). Conditioned reflexes: an investigation of the physiological activity of the cerebral cortex. Translated by G.V. Anrep (1927), Oxford University Press, London.
- Nicosia, G. (1994, March). A mechanism for dissociation suggested by the quantitative analysis of electroencephalography. Paper presented at the International EMDR Annual Conference, Sunnyvale, CA.
- Bliss, T.V.P., & Lomo, T. J. (1973). Long-lasting potentiation of synaptic transmission in the dentate area of the anaesthetized rabbit following stimulation of the perforant path. *Journal Physiology, London* 232, 331-356.
- Bliss, T.V.P., & Collingridge, G. L. (1993). A synaptic model of memory: Long-term potentiation in the hippocampus. *Nature*, 361, 31-39.
- Kalhorn, T. R. and Harper M. L., EMDR and Low Frequency Stimulation of the Brain, *Traumatology*, Vol. 12, No. 1 (March, 2006).
- Barrionuevo, G., Schottler, F., Lynch, G. (1980). The effects of repetitive low-frequency stimulation on control and "potentiated" synaptic responses in the hippocampus, *Life Sciences*, 27, 2385-2391.
- Larson, J., Lynch, G. (1989). Theta pattern stimulation and the induction of LTP: The sequence in which synapses are stimulated determines the degree to which they potentiate. *Brain Research*, 489, 49-58.
- Shapiro, F. (1989a). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of*

- Traumatic Stress Studies, 2, 199-223.
- 18) Shapiro, F. (1989b). Eye movement desensitization: A new treatment for post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 211-217.
 - 19) Shapiro, F. (1991a). Eye movement and desensitization and reprocessing: From EMD to EMDR. A new treatment model for anxiety and related trauma. *Behavior Therapist*, 14, 133-135.
 - 20) Marquis, J. N. (1991). A report on seventy-eight cases treated by eye movement desensitization. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 22, 187-192.
 - 21) Faretta, E., Fernandez, I., (2003). L'integrazione dell'EMDR nel trattamento del DAP, cap. 16, pp. 469-487. Centro di Ricerche e Studi in Psicotraumatologia, Milano.
 - 22) Knipe, J., Usare l'EMDR con pazienti che fanno Abuso di Sostanze e/o che hanno problemi comportamentali con Pattern di Dipendenza, 7° EMDR European Conference, Istanbul 2006.
 - 23) Korn, D. L., & Leeds, A. M. (2002). Preliminary evidence of efficacy for EMDR resource development and installation in the stabilization phase of treatment of complex posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (12), 1465-1487.
 - 24) Lendl, J., Foster, S. (2005), EMDR per il miglioramento della performance sul posto di lavoro, Associazione per l'EMDR in Italia, Milano.
 - 25) Grant, M., (1997), EMDR in a Multi-Modal Approach to Chronic Pain - EMDRIA Conference, San Francisco, California.
 - 26) Watkins, J. G. (1971) The affect bridge: A hypnotherapeutic technique. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 19, 21-27.
 - 27) Nestler E. J., Malenka, R.C. (2004). Il cervello drogato. *Rivista "Mente e Cervello"*, n. 9 anno II, maggio-giugno 2004, pp. 44-53.
 - 28) Van der Kolk, B. A., Fisler, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Review and experimental confirmation. *J. Traumatic Stress*, n. 8, pp. 505-525.
 - 29) 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*, Vol. 13, n.1-2, pp.159-172.
 - 30) Brown, S., (2003). THE MISSING PIECE: The Case for EMDR-Based Treatment for Post Traumatic Stress Disorder and Co-Occurring Substance Use Disorder. Lifeorce Services, Inc. San Diego, CA. (<http://liforceservices.com/article.php> - 07/12/2007).
 - 31) Vogelmann-Sine, S., Sine, L. F., & Smyth, N. J. (1999). EMDR to reduce stress and trauma - related symptoms during recovery from chemical dependency. *International Journal of Stress Management*, 6, 285-290.
 - 32) Ahmed SH, Koob GF. Cocaine but not food-seeking behavior is reinstated by stress after extinction. *Psychopharmacology* 1977; 132: 289-293.
 - 33) Manna V., Daniele M.T., Pinto M.- La dipendenza patologica da sostanze come stress ciclico. *Giornale Italiano di Psicopatologia*, Vol. 9 March 2003, Issue 1, (Paragrafo: Disregolazione del sistema cerebrale di controllo dello stress), <http://sopsi.archicoop.it/italiano/rivista/2003/vol9-1/manna.htm> - 07/12/2007.