

L'INTEGRAZIONE DELL'EMDR NEL TRATTAMENTO DEL DOC

Teresa Cosentino* e Francesco Mancini*^o

* Scuola di Psicoterapia Cognitiva, Roma

^o Università Marconi, Roma

Corrispondenza

E-mail: cosentino@apc.it

Riassunto

L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) è un protocollo di provata efficacia per la desensibilizzazione e rielaborazione dei ricordi di esperienze avverse, tanto da essere indicato dalle linee guida internazionali come trattamento di prima linea per il disturbo post-traumatico da stress. I dati ad oggi disponibili, riportati in questo articolo, non sono ancora sufficienti per trarre conclusioni circa l'efficacia dell'EMDR come protocollo a sé stante nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo. Nel presente articolo si propone la sua integrazione nel protocollo di trattamento per il disturbo ossessivo-compulsivo descritto in dettaglio in Mancini (2016), la cui efficacia è stata misurata (Mancini et al. 2006), in particolare per desensibilizzare e rielaborare i ricordi delle esperienze avverse che hanno contribuito allo strutturarsi della sensibilità del paziente nei confronti della colpa. La rielaborazione dovrebbe essere finalizzata a de-catastrofizzare la rappresentazione di sé colpevole che il paziente si è presumibilmente formato in quegli episodi critici, come illustrato con i due casi clinici riportati nell'articolo, per ridurre la vulnerabilità al disturbo e il rischio di ricadute.

Parole chiave: disturbo ossessivo-compulsivo, sensibilità alla colpa, vulnerabilità storica, EMDR, trattamento del DOC

THE INTEGRATION OF THE EMDR IN THE MANCINI MODEL OF TREATMENT OF THE DOC

Abstract

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is a proven protocol for the desensitization and reprocessing of memories of adverse experiences, so much so as to be indicated by international guidelines as a first-line treatment for post-traumatic stress disorder. The data available to date, reported in this article, are not yet sufficient to draw conclusions about the effectiveness of EMDR as a separate protocol in the treatment of obsessive-compulsive disorder. The present article proposes its integration in the treatment protocol for obsessive-compulsive disorder described in detail in Mancini (2016) and whose effectiveness was measured (Mancini et al., 2006), in particular to desensitize and reprocess the memories of the adverse experiences that have contributed to the structuring of the patient's sensitivity towards the guilt. The reprocessing should be aimed at de-catastrophizing the guilty representation that the patient

DOI: 10.36131/COGNCL20190202

SOTTOMESSO MAGGIO 2019, ACCETTATO NOVEMBRE 2019

presumably formed in those critical episodes, as illustrated with the two clinical cases reported in the article, to reduce the vulnerability to the disorder and the risk of relapse.

Key words: obsessive-compulsive disorder, treatment of obsessive-compulsive disorder, sensitivity to guilt, historical vulnerability, EMDR

Introduzione

L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) è un protocollo di trattamento introdotto circa 30 anni fa dalla psicologa americana Francine Shapiro, dopo aver casualmente notato che certi tipi di movimenti saccadici erano in grado di ridurre l'intensità dei pensieri disturbanti e l'ansia/disagio ad essi associato. Uno studio controllato randomizzato (Shapiro 1991) ha poi dimostrato che i livelli di ansia associati ai ricordi traumatici erano significativamente inferiori nel gruppo di soggetti trattato con l'EMDR rispetto a un gruppo di controllo che aveva ricevuto una procedura simile al flooding e che questi risultati restavano stabili nel tempo (follow-up di 1 e 3 mesi).

Inizialmente, la tecnica era conosciuta con l'acronimo EMD (Eye Movement Desensitization) in virtù dell'ipotesi che fossero i movimenti oculari bilaterali a consentire la desensibilizzazione dei ricordi traumatici (Shapiro 1989). Con la sua applicazione, negli anni diventò sempre più evidente che non solo diminuiva l'ansia associata ai ricordi traumatici, ma si assisteva anche alla comparsa di insight e a cambiamenti in positivo delle iniziali valutazioni negative di sé, alla comparsa di emozioni positive e a cambiamenti nelle sensazioni e nei comportamenti. Alla luce di questo l'EMD si trasformò in EMDR in riconoscimento dei suoi effetti sulla rielaborazione dei ricordi, e si articolò in un protocollo strutturato in otto fasi standardizzate, finalizzato ad affrontare gli aspetti passati, presenti e futuri connessi alle memorie traumatiche (Shapiro 2001). È un approccio integrato che pone attenzione alla componente cognitiva (cognizioni negative su di sé), emotiva e somato-sensoriali correlate al ricordo traumatico. Mira ad alleviare il malessere associato al ricordo di esperienze di vita avverse e a promuovere una risoluzione più adattiva per l'individuo. Sul piano procedurale, il protocollo standard di desensibilizzazione e rielaborazione prevede che il paziente in seduta focalizzi l'attenzione sull'immagine attualmente più disturbante dell'esperienza traumatica mentre è impegnato in una stimolazione sensoriale bilaterale prodotta dal terapeuta (movimenti oculari, stimolazione tattile o uditiva). Secondo il protocollo, l'elaborazione si considera conclusa quando il ricordo non suscita più disagio, né a livello emotivo né sul piano somatico, e il paziente ha generato una cognizione positiva su di sé in associazione al ricordo originario (Shapiro 1991).

Negli anni si sono accumulate diverse prove sperimentali che hanno documentato l'efficacia dell'EMDR nel produrre una riduzione della vividezza delle immagini connesse alla memoria traumatica e del disagio emotivo a esse associato (van den Hout et al. 2013), tanto che oggi è indicato come trattamento di prima scelta per il disturbo post-traumatico da stress (Bisson et al. 2007; Born et al. 2005; Born et al. 2013), assieme alla Esposizione con Prevenzione della Risposta (ERP) e alla Terapia Cognitivo-Comportamentale.

L'accumularsi di evidenze che mostrano come il trauma e le esperienze avverse di vita abbiano un ruolo nella genesi e nel mantenimento di molti disturbi psichici ha spinto diversi clinici a sperimentare l'applicazione dell'EMDR anche in altri quadri sintomatologici. In quest'ultima decade, ad esempio, sono stati pubblicati studi sull'applicazione del protocollo nel disturbo bipolare, nelle psicosi, nella depressione, nella dipendenza da alcool, nel disturbo di panico, nelle fobie specifiche e nel disturbo ossessivo-compulsivo (Landin-Romero et al. 2018).

L'applicazione dell'EMDR nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo (DOC)

L'81% dei pazienti ossessivi riferisce immagini intrusive, spesso riferite a ricordi traumatici di eventi infantili (Speckens et al. 2007), e l'esordio del disturbo è spesso collegato a traumi, eventi di vita stressanti, perdite significative e aumenti di responsabilità (Rasmussen e Tsuang 1986; De Silva e Marks 1999).

Se la sintomatologia ossessiva è direttamente connessa a esperienze traumatiche e il ricordo di quell'evento è per il paziente ancora emotivamente attivante, la desensibilizzazione dell'esperienza avversa dovrebbe produrre una riduzione della sintomatologia (de Jong 2009). Queste le premesse che hanno portato alcuni autori a impiegare l'EMDR nel trattamento del DOC.

Ad oggi sono poche le pubblicazioni scientifiche su questo argomento, alcune delle quali riportano l'applicazione dell'EMDR in combinazione con il protocollo di Esposizione con Prevenzione della Risposta (ERP).

La prima pubblicazione che riferisce dell'applicazione dell'EMDR a pazienti ossessivi è di Böhm e Voderholzer del 2010 e riporta tre casi trattati con l'EMDR in associazione con l'ERP. Dalle misure pre/post-trattamento risulta che solo uno dei tre pazienti ha ottenuto un miglioramento significativo e stabile nel tempo.

Nijdam (2013) qualche anno dopo ha riportato il caso di un paziente con disturbo Post-traumatico da stress e DOC trattato con paroxetina, sedute di EMDR sull'episodio traumatico e sedute di ERP sui sintomi ossessivi residui. Alla conclusione del trattamento e a distanza di un anno, mentre continuava ad assumere paroxetina, il paziente non presentava più sintomi del disturbo post-traumatico né del DOC.

Più di recente, Mazzoni e collaboratori (2017) hanno applicato un intervento ibrido, composto da EMDR in combinazione con l'ERP, a tre pazienti con DOC, resistenti al trattamento cognitivo-comportamentale standard. Due dei tre pazienti hanno riportato una riduzione clinicamente significativa della sintomatologia nel post-trattamento.

Purtroppo questi tre lavori non consentono di trarre conclusioni sull'efficacia dell'EMDR, dato che per come sono stati strutturati non è possibile distinguere il suo contributo da quello degli altri trattamenti impiegati in combinazione (ERP, farmaci).

Altri autori, invece, hanno impiegato l'EMDR come protocollo a sé stante nel trattamento del DOC.

Nazari e collaboratori hanno pubblicato nel 2011 il primo studio controllato randomizzato che ha confrontato l'efficacia del citalopram e dell'EMDR nel trattamento del DOC. Dopo 12 settimane di trattamento, il gruppo sottoposto a EMDR ha ottenuto una riduzione sintomatologica maggiore rispetto al gruppo trattato con citalopram. Tuttavia, come evidenziato dagli autori tra i limiti dello studio, il basso dosaggio del farmaco somministrato (20 mg al giorno) non consente di trarre conclusioni chiare.

Marr, nel 2012, ha sperimentato con quattro pazienti ossessivi un protocollo EMDR adattato alle fobie che ha come primo passo la desensibilizzazione e rielaborazione di tutti i trigger attuali, intesi dall'autore come eventi che rinforzano e mantengono le ossessioni e le compulsioni, seguito dall'installazione di scenari futuri per concludersi con la desensibilizzazione e rielaborazione dei ricordi passati. Tutti i pazienti hanno ottenuto una sostanziale riduzione della sintomatologia, stabile nel tempo (follow-up a 6 mesi), la cui significatività non è stata però verificata statisticamente.

In uno studio del 2016, Marsden ha impiegato la stessa metodologia di Marr (EMDR adattato

alle fobie) con tre pazienti, ottenendo, nel confronto pre/post-trattamento, per due di loro un miglioramento clinicamente e statisticamente significativo (riduzione dei sintomi superiore al 50% e punteggio alla YBOCS inferiore al punteggio cut-off di 16), stabile nel tempo (follow-up a sei mesi).

Keenan e collaboratori nel 2016 hanno trattato con 8 sedute di EMDR otto pazienti con DOC, quattro con trauma e quattro senza esperienze traumatiche, centrando il trattamento nei primi quattro casi, come prevede il protocollo standard, sulle esperienze traumatiche e negli altri quattro casi sulla Not Just Right Experience. In tutti i pazienti hanno riscontrato una riduzione dei sintomi, più evidente nei pazienti con trauma; quelli senza memorie traumatiche al post-trattamento e al follow-up a un mese e a tre mesi continuavano ad essere sintomatici portando gli autori a concludere che il trattamento con EMDR sia più efficace in presenza di ricordi traumatici.

Infine, Marsden e collaboratori nel 2017 hanno confrontato, con un disegno di ricerca randomizzato, l'efficacia di 16 sedute di ERP in 26 pazienti con 16 sedute di EMDR in 29 pazienti (protocollo di Marr 2012), non rilevando al post-trattamento e al follow-up a sei mesi alcuna differenza statisticamente significativa tra i due gruppi in nessuna misura di outcome adottata (punteggi ai test somministrati e percentuale di drop-out). Tuttavia, il gruppo trattato con ERP ha registrato un numero inferiore di drop-out e un indice di miglioramento più elevato al post-trattamento; quest'ultima differenza tra i due gruppi al follow-up a sei mesi scompare. Entrambi i gruppi tuttavia continuavano ad essere sintomatici al post-trattamento e al follow-up.

Alcune considerazioni alla luce degli studi riportati. Al momento sono poche le pubblicazioni scientifiche inerenti l'applicazione del protocollo EMDR al DOC. Ad eccezione dei due studi randomizzati (EMDR vs Citalopram; EMDR vs ERP), si tratta perlopiù di Case Report che utilizzano l'EMDR in combinazione con l'ERP; inoltre, le esperienze riportate non sono confrontabili tra loro per i protocolli differenti a cui fanno riferimento (quello classico di Shapiro, quello adattato alle fobie di Marr), il diverso numero di sessioni di trattamento impiegate, il livello di gravità del disturbo di partenza, l'assenza di gruppi/condizioni di controllo; a rendere poco interpretabili alcune delle esperienze riportate contribuisce inoltre l'assenza di follow-up a medio e lungo termine e l'assenza di indici riguardanti la significatività statistica dei miglioramenti ottenuti. I dati disponibili, dunque, per la scarsa potenza statistica dei lavori e i disegni sperimentali impiegati, non sono ancora sufficienti per trarre conclusioni circa l'efficacia dell'EMDR come protocollo a sé stante nel trattamento del DOC.

Integrazione dell'EMDR nel protocollo di trattamento di Mancini del DOC

Partendo dalla considerazione che l'efficacia del protocollo EMDR nel desensibilizzare e rielaborare le memorie traumatiche e le esperienze avverse è ampiamente documentata (Petrilli 2014; Landin-Romero et al. 2018), in questo articolo se ne propone l'integrazione nel piano di trattamento descritto da Mancini per il disturbo ossessivo (Mancini et al. 2006; Mancini e Cosentino 2016).

Secondo tale modello di concettualizzazione, avvalorato da numerose prove sperimentali e dati clinici (Shapiro e Stewart 2011; Mancini 2016; Basile 2015), l'attività ossessiva è finalizzata alla prevenzione e neutralizzazione della possibilità di essere colpevole e disprezzabile sul piano morale, evenienza catastrofica agli occhi del paziente, da evitare e prevenire a ogni costo. Da questa concettualizzazione deriva una precisa indicazione per il trattamento: ridurre l'investimento del paziente nella prevenzione della colpa, aiutandolo a prendere atto dell'inevitabilità di questa esperienza nel corso dell'esistenza di ogni essere umano, ad accettare la propria imperfezione

morale, al pari di quella altrui.

L'investimento a prevenire la colpa è tanto più massiccio quanto più tale esperienza è rappresentata in maniera catastrofica nella mente del paziente. A tale rappresentazione possono aver contribuito le esperienze precoci vissute dalla persona e il significato che ad esse ha attribuito (Barcaccia et al. 2015) che, come è noto, concorrono a formare gli schemi di base su di sé e sul mondo (Arntz et al. 1999). Oltre ai traumi che hanno un legame diretto con la sintomatologia attuale (ad esempio nei pazienti con elevata sensibilità al disgusto e compulsioni di lavaggio che hanno subito abusi sessuali), rientrano in tale categoria anche quelle esperienze soggettivamente avverse che si sono verificate in contesti interpersonali significativi, in particolare nell'ambiente familiare o scolastico. Ricorre spesso nei racconti dei pazienti ossessivi il ricordo di genitori che tenevano il muso anche per giorni dopo qualche errore o marachella, che utilizzavano frequentemente come punizione la temporanea rottura o la minaccia di rottura della relazione, esperienze che potrebbero aver contribuito allo strutturarsi della credenza che l'amore e l'accettazione dell'altro è vincolata alla correttezza del proprio comportamento (Mariaskin 2009). Altro dato interessante riguarda l'elevato tasso di criticismo che si riscontra nei familiari dei pazienti ossessivi che ha portato diversi autori a ipotizzare che la condotta ossessiva possa essere proprio l'espressione del tentativo del bambino di prevenire le critiche genitoriali future e il dolore ad esse connesso (Cameron 1947; Pace et al. 2011).

Il modello di trattamento descritto da Mancini (2016) individua due obiettivi terapeutici: da una parte l'interruzione o quanto meno la riduzione dei processi e fattori che attivano e mantengono la sintomatologia che il paziente presenta, e dall'altra la riduzione della sensibilità generale verso il timore di colpa, per ridurre la vulnerabilità generale del paziente al disturbo e il rischio di riattivazioni sintomatologiche future (Mancini e Cosentino 2016). Se il paziente, infatti, arriva ad avere una rappresentazione meno catastrofica della colpa, sarà meno proteso a prevenire e evitare tale esperienza e questo si tradurrà in una riduzione della sintomatologia e della vulnerabilità generale al disturbo (Cosentino et al. 2012). Questo obiettivo può esser raggiunto attraverso la desensibilizzazione e rielaborazione dei ricordi di esperienze che hanno contribuito alla catastrofizzazione della colpa, motivando il paziente ad investire massicciamente nella sua prevenzione. La rielaborazione dell'esperienza originaria in modo più funzionale e adattivo consentirà di generare nuovi schemi e convinzioni su di sé e sul mondo e ridurre la pervasività di quelli precedenti (Arntz et al. 1999).

L'impiego del protocollo EMDR, nello specifico la sezione dedicata al lavoro sul passato, può rispondere a tale scopo, essendosi ampiamente dimostrato efficace nel favorire la desensibilizzazione e rielaborazione dei ricordi di esperienze avverse/traumatiche.

Data la precisa concettualizzazione del disturbo ossessivo, è cruciale l'attenta ricostruzione della storia di vita del paziente per rintracciarvi le esperienze che lo hanno sensibilizzato nei confronti della colpa da rielaborare con l'EMDR.

Dai dati presenti in letteratura e dall'osservazione clinica risultano ricorrenti nella storia di vita dei pazienti ossessivi alcune esperienze sensibilizzanti (Tenore 2016; Basile et al. 2018) che potrebbero diventare il target dell'intervento EMDR: colpevolizzazioni e catastrofizzazione delle conseguenze di errori del bambino; atteggiamento critico del genitore accompagnato da un'espressione facciale sprezzante/disgustata (Mancini et al. 2006); critiche svalutanti espresse con urla o tono della voce aggressivo o gelido; reazione del genitore incoerente o imprevedibile rispetto al suo comportamento tipico; muso o minacce di interruzione della relazione da parte dell'adulto di riferimento; assenza di spiegazioni o di interventi di riconciliazione dopo episodi di rimprovero; esempi di iper-responsabilizzazione del bambino; osservazione della

colpevolizzazione di qualcun altro.

Un'indicazione sull'adeguatezza dei ricordi target individuati, affinché l'intervento sia efficace in termini di riduzione della sensibilità generale verso la colpa, viene dalla cognizione negativa su di sé, auto-riferita, che ad essi il paziente collega. L'esperienza e la sua interpretazione hanno contribuito allo strutturarsi di credenze sul mondo e su di sé valide e attive ancora oggi nella mente del paziente. Nel caso del paziente ossessivo la cognizione negativa su di sé che accompagna il ricordo dell'esperienza sensibilizzante ricade di solito nell'ambito del dominio della responsabilità/colpa: *sono meritevole di disprezzo, sono una persona cattiva; sono una persona disgustosa; sono colpevole; sono una persona superficiale; non merito di essere amato; provo sofferenza agli altri; non ho il controllo sui miei comportamenti; ho fatto cose sbagliate.*

La rielaborazione dell'esperienza è tanto più efficace quanto più è in grado di produrre una riformulazione in termini più adattivi e funzionali delle convinzioni su di sé ad essa connesse. Con la stessa cura, dunque, va individuata una cognizione positiva auto-riferita, adatta all'ambito nel quale ci stiamo muovendo e risolutiva rispetto alla questione posta dalla cognizione negativa (Fernandez et al. 2011), con domande del tipo *“per come sono andate le cose, cosa vorrebbe arrivare a pensare di sé oggi? Cosa pensa le sarebbe più utile e funzionale credere di sé ora?”*.

Esempi clinici di integrazione

Di seguito sono illustrati due casi clinici allo scopo di rendere chiara la proposta di integrazione presentata in questo articolo. Il protocollo di trattamento per il disturbo ossessivo-compulsivo descritto in dettaglio nel *La Mente Ossessiva* di Mancini (2016) prevede che parte dell'intervento sia incentrato sulla vulnerabilità storica, ossia sulla rielaborazione delle esperienze passate che hanno contribuito a rendere sensibile il paziente nei confronti dell'esperienza della colpa.

In entrambi i casi riportati, l'EMDR è stata impiegata nella fase dell'intervento dedicato alla riduzione della vulnerabilità storica, per desensibilizzare e rielaborare il ricordo di esperienze di colpa

Patrizia, 32 anni, sposata e madre di un bambino di 5 mesi, è ossessionata dal timore di poter fare del male a suo figlio attraverso comportamenti a sfondo sessuale. Il pensiero ossessivo compare a seguito di notizie di fatti di pedofilia o di stimoli quali il cambio del pannolino, il bagnetto, dormire accanto a lui, contatto accidentale tra le loro parti intime tenendolo imbraccio *“potrei aver toccato le sue parti intime con desiderio, aver fatto qualcosa di sbagliato, di disgustoso, essermi eccitata! Il solo fatto che mi vengano in mente questi pensieri dimostra che sono una madre indegna, una pervertita!”*. L'idea ossessiva è accompagnata da forte ansia, timore di colpa e disgusto ed è seguita da intense ruminazioni centrate sulla ricerca di prove che non si sia eccitata nel contatto con suo figlio, che lo abbia stimolato sessualmente; alle ruminazioni si accompagnano lavaggi, che ripete compulsivamente per neutralizzare la sensazione di disgusto, richieste di rassicurazioni al marito sulla possibilità concreta che possa compiere atti sessuali con il proprio bambino. Ha ridotto al minimo indispensabile le attività che implicano un contatto fisico tra lei e il figlio (gli cambia raramente e frettolosamente il pannolino; evita di fargli il bagnetto, di abbracciarlo, baciargli; non lo allatta per evitare il contatto con il seno).

Essendo la sintomatologia di Patrizia tanto invalidante da impedirle di vivere pienamente e serenamente la maternità e di provvedere con efficacia all'igiene ed alla cura del suo bambino (es eritema da pannolino; incapacità a somministrargli supposte medicinali), la prima fase dell'intervento è stata incentrata sull'interruzione/riduzione dei processi ricorsivi alla base della sintomatologia, con le procedure e tecniche indicate nel protocollo d'intervento descritto

da Mancini (2016). Una volta ottenuta una sostanziale riduzione dei sintomi, il trattamento è proseguito con l'obiettivo di ridurre la generale propensione di Patrizia a sentirsi disgustosa e colpevole, ciò che l'ha resa vulnerabile allo sviluppo del DOC e la espone al rischio di ricadute future. Abbiamo perciò ricostruito la storia di vita di Patrizia per individuare le esperienze avverse che possono averla sensibilizzata in tale direzione, contribuendo alla formazione di un'idea di sé come persona disgustosa e perversa. In particolare questo è stato possibile ricorrendo alla tecnica del float back che consente, a partire dalle sensazioni somatiche, le emozioni e il dialogo interno caratteristici di un recente episodio di attivazione, di rintracciare nella memoria un episodio passato in cui per la prima volta la paziente ha sperimentato qualcosa di simile. Partendo, così, dalle emozioni di colpa e disgusto di sé, dalla sensazione fisica di essere sporca e dalla valutazione di sé *“sono schifosa, una perversa”* tipiche di un recente episodio di attivazione ossessiva, Patrizia ha individuato un'esperienza accadutale all'asilo, quando aveva 4 anni, di cui non aveva più memoria. Racconta, con molta difficoltà ed estremo imbarazzo *“un giorno, la maestra e la bidella trovarono me e una mia compagna di classe in bagno a fare giochetti sessuali....lei mi aveva inserito una matita nell'ano. Avevano la faccia disgustata, ci sgridarono pesantemente, me in particolare, e minacciarono di dirlo ai miei genitori. Un po' mi piaceva quel gioco, l'avevamo fatto altre volte, e ricordo che pensai di essere una schifosa, una vergogna per i miei genitori, di non esser degna di loro”*.

Questo ricordo è diventato il target dell'intervento EMDR: l'immagine più disturbante era proprio il momento del rimprovero delle bidelle (SUD 8), abbinata alla Cognizione Negativa *“Sono una depravata, una persona schifosa”*, a emozioni di colpa e disgusto di sé e a una sensazione di peso sul petto e irrequietezza alle gambe. L'elaborazione completa di questo target, secondo la procedura standard (per la descrizione dettagliata si rimanda a Shapiro 2001) ha richiesto tre sedute. Durante la stimolazione oculare bilaterale Patrizia ha notato la comparsa di pensieri del tipo *“sono una perversa, una libidinosa; potrei fare di tutto, anche con mio figlio che è indifeso e vulnerabile”* e un aumento del peso sul petto e dell'irrequietezza alle gambe. Con il procedere dell'elaborazione Patrizia ha notato quanto ci tenesse all'amicizia di quella bambina *“il gioco mi piaceva, ma ancora di più ci tenevo a essere amichetta di quella bambina”* e un profondo senso di solitudine *“ero proprio sola, non mi sentivo amata da nessuno!”* dice tra le lacrime mentre affiorano immagini della madre depressa e del padre freddo e distaccato, rabbioso e violento in altri momenti, *“volevo solo essere amata!”*. A seguire è comparsa l'immagine di suo figlio che dormiva da solo sul lettone a causa delle sue paure e subito dopo l'immagine di lei che si stendeva accanto al piccolo e se lo abbracciava sentendo un profondo senso di tenerezza e amore. Il lavoro sul target si è concluso con l'installazione della Cognizione Positiva *“sono una brava persona”* connesso ad un senso di benessere e di rilassatezza in tutto il corpo.

Vittorio, 45 anni, riferisce profondo disagio e sofferenza per le estenuanti rimuginazioni che lo impegnano anche per giorni, relative al dubbio di poter far soffrire la moglie smettendo di amarla e tradendola o troncando la relazione.

Le situazioni che innescano il dubbio di Vittorio sono numerose: momenti di noia, inattività o contrasti con la moglie; stanchezza fisica e mentale o umore negativo in presenza della moglie; provare attrazione e fare apprezzamenti su altre donne; il desiderio di solitudine e l'interesse per i propri hobby *“se mi annoio con lei (oppure ci discuto, noto altre donne, desidero curare i miei hobby o vedere gli amici) vuol dire che non la amo, lei se ne accorgerà e ne soffrirà e sarà solo colpa mia, potrei arrivare a voler metter fine alla nostra relazione, infrangendo così tutti i suoi sogni! Sarei davvero una cattiva persona...”*. Centrale dunque è il timore di rendersi responsabile della sofferenza della moglie ed esser perciò meritevole di giudizi morali aspri e sprezzanti.

Già durante l'assessment Vittorio, nel descrivere quello che gli accade, fa riferimento al clima che si respirava a casa sua quando era piccino e al fatto che fosse molto preoccupato che i suoi divorziassero e che la madre soffrisse. Le discussioni erano molto accese e spesso si concludevano con la madre in lacrime e il padre che andava via sbattendo la porta. Lui prendeva le parti della madre, sentiva la responsabilità di proteggerla, e si arrabbiava con il padre, lo rimproverava duramente con la speranza che cambiasse atteggiamento.

Essendo così evidente il nesso tra la sintomatologia attuale e le esperienze infantili che hanno sensibilizzato Vittorio nei confronti del sentirsi responsabile della sofferenza della moglie, si è deciso di iniziare il trattamento proprio dalla vulnerabilità storica, intervenendo su quei ricordi per desensibilizzarli e rielaborarli in maniera più adattiva e funzionale, per poi occuparci della sintomatologia residua con procedure tese a interrompere i circoli ricorsivi attuali.

Tra i diversi ricordi di Vittorio abbiamo individuato come target (secondo il criterio di scegliere quello attualmente più disturbante) quello di una cena in famiglia a cui avevano preso parte la cugina di sua madre col marito e i sue due figli, quando lui aveva 9 anni. L'immagine più disturbante era quella di suo padre pieno di attenzioni verso la cugina della madre *“cambiava proprio fisicamente...quasi diventava più alto...il tono di voce, i suoi occhi, la sua faccia, il suo sorriso, sbavava per lei, tutto seduttivo, se ne infischiava che lì ci fosse pure mia madre e tutti noi... era davvero umiliante per lei e io sentivo la rabbia e il disgusto crescere dentro di me”*. Questa immagine, altamente disturbante per Vittorio (SUD 9), era abbinata alla cognizione negativa su di sé *“sono responsabile della sofferenza altrui”* e a emozioni di colpa e vergogna. Nel procedere dell'elaborazione sono emerse diverse immagini: lui che di notte si alzava per controllare che i suoi dormissero assieme, che a colazione controllava per quanti posti fosse apparecchiata la tavola; a scuola distratto da questi pensieri; i rientri frettolosi da scuola per accertarsi dell'umore della madre, le volte in cui provava a consolarla nel vederla piangere *“ci sono qua io che ti voglio bene, quando torna ci parlo io”*, la rabbia verso suo padre *“perché ti sei sposato, per rovinare la vita a quella poveraccia di mamma”*, fino all'insight *“volevo solo una famiglia tranquilla come gli altri miei compagni; mi sentivo solo, trascurato, non considerato, avrebbero dovuto occuparsi di più di me, accorgersi di quanto ci stessi male”* dice piangendo. *“Anche mamma ha sbagliato, non avrebbe dovuto coinvolgermi ero solo un bambino non c'entravo nulla io..erano cose loro”*. Proseguendo, Vittorio ha riferito di vedere la scena distante, piccola, racchiusa in una palla di Natale, di sentirsi leggero, rilassato e l'elaborazione si è conclusa con l'istallazione della Cognizione Positiva *“sono un essere umano normale”* espressione del fatto di non avere superpoteri tali da consentirgli di prevenire o azzerare il rischio che altri soffrano.

Conclusioni

Numerose ricerche, riassunte in Mancini (2016), sostengono l'ipotesi che la sintomatologia ossessiva consista in un insieme di tentativi di prevenire o neutralizzare la possibilità di essere responsabili di una colpa. La colpevolezza temuta appare essere deontologica, piuttosto che altruistica (per una rassegna vedi Mancini 2016) e, soprattutto, appare inaccettabile agli occhi del paziente. Alcune osservazioni cliniche e alcune ricerche, riassunte in Mancini (2016), suggeriscono che la catastroficità con cui è percepita la possibilità di essere colpevoli sia connessa con esperienze precoci avverse e a volte esplicitamente traumatiche che hanno avuto un notevole impatto negativo sulla rappresentazione morale di se stesso, rendendolo la persona vulnerabile allo sviluppo del DOC.

In linea con tale concettualizzazione del disturbo, il trattamento psicologico del DOC

descritto da Mancini mira a due obiettivi: interrompere i processi ricorsivi di mantenimento e aggravamento della sintomatologia che il paziente presenta e ridurre la vulnerabilità al disturbo, per prevenire il rischio di ricadute (Mancini e Cosentino 2016).

Se è vero che il determinante psicologico prossimo della sintomatologia ossessiva e del suo mantenimento è la rappresentazione catastrofica della possibilità di essere colpevole e se tale rappresentazione si è strutturata a seguito di specifiche esperienze avverse, allora è ragionevole ipotizzare l'utilità terapeutica della rielaborazione di tali memorie. La rielaborazione dovrebbe essere finalizzata a de-catastrofizzare la rappresentazione di sé colpevole che il paziente si è presumibilmente formato in quegli episodi critici.

Alcune ricerche hanno valutato l'efficacia di questa strategia terapeutica. Ad esempio, Veale e collaboratori (2015) e Tenore e collaboratori (in press) hanno riscontrato l'efficacia di poche sedute di Imagery with Rescripting (Arntz 2012) nella terapia del DOC.

Un'alternativa alla Imagery with Rescripting (IwR) potrebbe essere la EMDR, come proposto in questo articolo. Infatti, gli studi sperimentali, clinici e di neuroimaging che si sono accumulati in questi trent'anni dalla sua introduzione, hanno dimostrato l'efficacia dell'EMDR nel desensibilizzare e riscrivere i ricordi connessi a esperienze avverse.

L'EMDR potrebbe essere preferita a altre procedure aventi lo stesso obiettivo, quali ad esempio l'IwR o l'Esposizione focalizzata sul trauma, quando i ricordi dell'evento sono frammentari, quando sono disponibili soltanto alcuni elementi dell'esperienza (ad esempio percettivi, emotivi) e non è possibile una adeguata ricostruzione dell'accaduto. Inoltre, l'EMDR non richiedendo di restare focalizzati sull'esperienza traumatica per tutta la durata della seduta, come invece accade con l'IwR e con l'ERP focalizzata sul trauma, potrebbe essere di utilità con quei pazienti spaventati dall'idea di rivivere le emozioni e le sensazioni dell'evento e restarvi lungamente a contatto. Un altro punto a favore dell'EMDR deriva dal suo essere una procedura poco direttiva che segue gli insight e le libere associazioni del paziente e per questo potrebbe essere utile nel lavoro con quei pazienti che hanno un atteggiamento oppositivo nei confronti di tecniche più direttive (Duca 2012).

Il presente articolo riporta un'esperienza clinica con due pazienti ossessivi nel cui trattamento, per ottenere la riduzione della vulnerabilità all'esperienza della colpa, si è fatto ricorso all'EMDR per rielaborare i ricordi di esperienze sensibilizzanti. Entrambi i pazienti avevano rifiutato l'Imagery with Rescripting per la rielaborazione degli episodi individuati: Vittorio perché giudicava *ridicola* la drammatizzazione che la tecnica prevede "*non riesco a mettermi nei panni di me bambino, mi sento ridicolo, sono adulto adesso, quel bambino non esiste più!*"; Patrizia perché voleva prendere le distanze da quella bambina che giudicava disgustosa e colpevole. Il ricorso a l'EMDR ha consentito di superare questo impasse terapeutico, avendo entrambi i pazienti compreso e accettato la procedura.

Nei due casi descritti si è tentato di illustrare come e con quali obiettivi la tecnica EMDR può essere integrata nel modello di trattamento per il DOC descritto da Mancini. Futuri approfondimenti, con misurazioni pre e post-trattamento, sono necessari per documentare l'efficacia di tale proposta.

Concludendo, dunque, l'EMDR potrebbe essere utilizzata nella fase in cui s'interviene sulla vulnerabilità storica del paziente, per rielaborare i ricordi di esperienze avverse inerenti la colpa e ridurre la generale sensibilità del paziente ossessivo nei confronti di tale esperienza. In particolare, L'EMDR potrebbe dimostrarsi più utile di altre procedure che intervengono su memorie traumatiche o comunque avverse in presenza di alcune caratteristiche dei ricordi e del paziente.

Bibliografia

- Arntz A, Weertman A (1999). Treatment of childhood memories: Theory and practice. *Behaviour research and therapy* 37, 8, 715-740. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00173-9](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00173-9)
- Arntz A (2012). Imagery Rescripting as a Therapeutic Technique: Review of Clinical Trials, Basic Studies, and Research Agenda. *Journal of Experimental Psychopathology* 3, 2, 189-208. <https://doi.org/10.5127/jep.024211>
- Barcaccia B, Tenore K, Mancini F (2015). Early childhood experiences shaping vulnerability to Obsessive-Compulsive Disorder. *Clinical Neuropsychiatry* 12, 6, 141-147.
- Basile B (2015). Una rassegna sul substrato neuronale nel senso di colpa, del disgusto e dell'intenzionalità nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo. *Cognitivismo Clinico* 12, 1, 46-56.
- Basile B, De Sanctis B, Fadda S, Luppino O I, Perdighe C, Saliani A M, Tenore K, Mancini F (2018). Early life experiences in OCD and other disorders: A retrospective observational study using Imagery with Rescripting. *Clinical Neuropsychiatry* 15, 5, 299-305.
- Bisson JI, Ehlers A, Matthews R, Pilling S, Richards D, Turner S (2007). Psychological treatments for chronic post-traumatic stress disorder. Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 190, 97-104. doi:10.1192 / bjpp.106.021402
- Bohm K, Volderholzer U (2010). Use of EMDR in the treatment of obsessive-compulsive disorder: A case series. *Verhaltenstherapie* 20, 175-181.
- Born J, Rasch B, Gais S (2005). National Institute for Clinical Excellence. NICE, Guidelines London.
- Born J, Rasch B, Gais S (2013). *Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress*. World Health Organization, Geneva.
- Cameron NA (1947). *The Psychology of Behavior Disorders*. Houghton Mifflin Company, Boston.
- Cosentino T, D'Olimpio F, Perdighe C, Romano G, Saliani AM, Mancini F (2012). Acceptance of being guilty in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale Monograph Supplement* 39-56.
- de Jongh A, ten Broeke E (2009). EMDR and the anxiety disorders: Exploring the current status. *Journal of EMDR Practice and Research* 3, 133-140. DOI: 10.1891/1933-3196.3.3.133
- De Silva P, Marks M (1999). The role of traumatic experiences in the genesis of obsessive-compulsive disorder. *Behaviour Research and Therapy* 37, 941-951. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(98\)00185-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(98)00185-5)
- Duca N (2012). Aspetti relazionali nel trattamento del disturbo ossessivo-compulsivo: la relazione terapeutica con il paziente ossessivo. *Cognitivismo Clinico* 9, 1, 74-86.
- Fernandez I, Maxfield L, Shapiro F (2009). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR), in Giannantonio M. (a cura di) *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi*. Centro Scientifico Editore, Milano.
- Fernandez I, Maslovaric G, Galvagni MV (2011). *Traumi psicologici, ferite dell'anima. Il contributo della terapia con EMDR*. Liguori, Napoli.
- Keenan P, Farrell D, Keenan L, Ingham C (2016). Treating Obsessive Compulsive Disorder (OCD), using Eye Movement Desensitisation and Reprocessing (EMDR): A case series design. *EMDR 17th European Conference*. The Hague-Olanda.
- Landin-Romero R, Moreno-Alcazar A, Pagani M, Amann BL (2018). How Does Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy Work? A Systematic Review on Suggested Mechanisms of Action. *Frontiers in Psychology* 9, 1-23. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01395>
- Mancini F, Perdighe C, Serrani FM, Gangemi A (2006). Il disagio dei pazienti ossessivi di fronte a espressioni facciali di rabbia e disgusto: risultati di un'indagine preliminare. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale* 12, 197-201.
- Mancini F (2016). *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo-compulsivo*. Raffaello Cortina Editore. Milano.
- Mancini F, Cosentino T (2016). Introduzione alla terapia: il rationale dell'intervento. In Mancini F (a cura di) *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo-compulsivo*. Raffaello Cortina. Milano.
- Mancini F, Barcaccia B, Capo R, Gangemi A, Gagnani A, Perdighe C, Rainone A, Romano G (2006).

- Trattamento cognitivo-comportamentale nel Disturbo Ossessivo-Compulsivo: risultati di uno studio di esito naturalistico in aperto con follow-up a 6, 12 e 24 mesi. *Rivista di Psichiatria* 41, 99-106.
- Marsden Z (2016). EMDR Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: Three Cases. *Journal of EMDR Practice and Research* 10, 2, 91-103. DOI: 10.1891/1933-3196.10.2.91
- Mariaskin A (2009). *The Roles of Parenting and Moral Socialization in Obsessive-Compulsive*. PhD Thesis, Duke University.
- Marr J (2012). EMDR treatment of obsessive-compulsive disorder: Preliminary research. *Journal of EMDR Practice and Research* 6, 1, 2-15. DOI: 10.1891/1933-3196.6.1.2
- Marsden Z, Lovell K, Blore D, Ali S, Delgadillo J (2017). A randomized controlled trial comparing EMDR and CBT for obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 25, 1, 10-18. <https://doi.org/10.1002/cpp.2120>
- Mazzoni G, Pozza A, La Mela C, Fernandez I (2017). CBT combined with Emdr for resistant refractory obsessive-compulsive disorder report of three cases. *Clinical Neuropsychiatry* 5, 345-356.
- Nazari H, Momeni N, Jariani M, Tarrahi MJ (2011). Comparison of eye movement desensitization and reprocessing with citalopram in treatment of obsessive compulsive disorder. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 15, 270.274. <https://doi.org/10.3109/13651501.2011.590210>
- Nijdam MJ, van der Pol MM, Dekens RE, Miranda Olf M, Denys D (2013). Treatment of sexual trauma dissolves contamination fear: case report. *European Journal of Psychotraumatology* 4, 1, 19157 <https://doi.org/10.3402/ejpt.v4i0.19157>
- Pace SM, Thwaites R, Freeston MH (2011). Exploring the role of external criticism in Obsessive Compulsive Disorder: a narrative review. *Clinical Psychology Review* 31, 3, 361-70. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.01.007>
- Petrilli D (2014). *Emdr. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari. Caratteristiche distintive*. FrancoAngeli, Milano.
- Purdon C, Clark DA (1993). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects: Content and relation with depressive, anxious and obsessional symptoms. *Behaviour Research and Therapy* 31, 8, 713-720. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(93\)90001-B](https://doi.org/10.1016/0005-7967(93)90001-B)
- Rasmussen S, Tsuang M (1986). Clinical characteristics and family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry* 143, 317-322. <https://doi.org/10.1176/ajp.143.3.317>
- Shapiro F (1989). Efficacy of the eye movement desensitization procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of traumatic stress* 2, 199-223. <https://doi.org/10.1002/jts.2490020207>
- Shapiro F (1991). Eye movement desensitization and reprocessing procedure: From EMD to EMDR: A new treatment model for anxiety and related traumata. *The Behavior Therapist* 14, 133-135.
- Shapiro F (2001). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principles, protocols, and procedures*. Guilford Press, New York, NY.
- Shapiro LJ, Stewart ES (2011). Pathological guilt: a persistent yet overlooked treatment factor in obsessive-compulsive disorder. *Annual Clinical Psychiatry* 23, 63-70.
- Speckens AEM, Hackmann A, Ehlers A, Cuthbert B (2007). Imagery special issue: Intrusive images and memories of earlier adverse events in patients with obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 38, 411-422. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2007.09.004>
- Tenore K (2016). La vulnerabilità nel disturbo ossessivo-compulsivo. In F Mancini (a cura di) *La mente ossessiva. Curare il disturbo ossessivo-compulsivo*. Raffaello Cortina Editore. Milano.
- Tenore K, Basile B, Cosentino T, De Sanctis B, Fadda S, Gragnani A, Luppino O I, Perdighe C, Romano G, Saliari AM, Mancini F (2018). Efficacy of Imagery with Rescripting in Treating OCD: A Single Case Series Experimental Design (Preliminary Results). In *Sixth EABCT SIG Meeting on OCD*. Assisi, Italia.
- van den Hout MA, Bartelski N, Engelhard IM (2013). On EMDR: eye movements during retrieval reduce subjective vividness and objective memory accessibility during future recall. *Cognition & Emotion* 27, 177-183. <https://doi.org/10.1080/02699931.2012.691087>
- Veale D, Page N, Woodward E, Salkovskis P (2015). Imagery Rescripting for Obsessive Compulsive Disorder: A single case experimental design in 12 cases. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry* 49, 230-236. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2015.03.003>