



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO
DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA
Via Verdi, 10 - 10124 Torino - Tel. 011-6702785 - Fax 011-6702061
Via Po, 14 - 10123 Torino - Tel 011-6703051- Fax 011-8146231

Corso di Laurea Triennale in Scienze e Tecniche Psicologiche
Elaborato finale

Il metodo EMDR applicato al trattamento dei disturbi del comportamento alimentare

Candidata
Valentina Alberti

Relatore
Piera Brustia

Matricola 784628

A. A. 2015/2016

Indice

Introduzione	1
EMDR. Eye Movement Desensitization and Reprocessing	6
1.1 Il trauma	6
1.2 La nascita dell'EMDR.....	7
1.3 Il modello dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione: una spiegazione dell'EMDR.....	9
1.4 Il protocollo EMDR e le sue otto fasi	11
1.5 Gli aspetti relazionali dell'EMDR	14
1.6 L'EMDR come possibile elemento integrante tra le psicoterapie.....	17
1.7 Un'analisi critica.....	19
Disturbi del comportamento alimentare e origini traumatiche	22
2.1 Anoressia nervosa: concetti di base.....	22
2.2 Bulimia nervosa: concetti di base.....	23
2.3 Disturbo da binge-eating: concetti di base	25
2.4 Le origini traumatiche dei disturbi del comportamento alimentare...	27
L'EMDR nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare	32
3.1 Il protocollo EMDR con i pazienti DCA.....	32
Fase uno: anamnesi e raccolta della storia del paziente	32
Fase due: preparazione del paziente	34
Fase tre: assessment.....	35
Fase quattro: desensibilizzazione	36

Fase cinque: installazione della convinzione positiva	37
Fase sei: scansione corporea.....	37
Fase sette: chiusura.....	38
Fase otto: rivalutazione	38
La prevenzione delle ricadute.....	38
3.2 Quando evitare l'esplorazione del trauma	39
3.3 Rischi e benefici del trattamento dei DCA con EMDR	40
Intervista alla Dottoressa Marina Balbo	45
Conclusione	50
Bibliografia	54
Sitografia	56

Introduzione

Questo lavoro nasce essenzialmente da un primo interesse per l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR), un metodo psicoterapeutico che risulta efficace ma allo stesso tempo controverso. Un secondo interesse, non meno importante, è quello per i disturbi del comportamento alimentare (DCA), patologia che negli ultimi decenni ha riscontrato sempre più attenzione, non solo da parte dei clinici, ma anche da parte della società e dei mass media. La presente tesi bibliografica, dunque, si pone la finalità di rispondere a tre quesiti, ciascuno argomentato in uno specifico capitolo. Che cos'è l'EMDR? I disturbi del comportamento alimentare possono avere origine traumatica? E' possibile trattare i DCA con l'EMDR, ottenendo risultati soddisfacenti? L'obiettivo principale è, dunque, presentare teorie e ricerche che hanno affrontato l'argomento, per comprendere se l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing può effettivamente essere un efficace metodo psicoterapeutico per trattare i disturbi del comportamento alimentare.

Il primo capitolo inizia con una breve descrizione dei concetti di base riguardanti il trauma psicologico, poiché fulcro dell'intera tesi e dell'EMDR. A riguardo, viene posto l'accento sull'importante distinzione tra Disturbo Post Traumatico da Stress e Disturbo Post Traumatico da Stress complesso, facendo riferimento alle teorie esposte da Liotti e Farina in *Sviluppi traumatici* (2011). Il capitolo continua con la spiegazione del metodo EMDR: com'è nato, quali sono le sue basi teoriche e com'è strutturato il protocollo clinico nelle sue otto fasi, utilizzando come fonte l'esperienza personale e le idee originarie dell'ideatrice Francine Shapiro (*EMDR. Una terapia innovativa per il superamento dell'ansia, dello stress e dei disturbi di*

origine traumatica, 1997). Viene spiegato che questo metodo ha una forte valenza relazionale, in quanto la relazione terapeutica è cruciale nella maggior parte delle otto fasi del protocollo; ma si ricorda che per costruire una buona relazione terapeutica è necessario aver costruito, in precedenza, una solida alleanza di lavoro (Dworkin, 2005). Si conclude riflettendo sull'importanza dell'integrazione dell'EMDR con l'approccio clinico del terapeuta; le sue basi teoriche e la focalizzazione su elementi quali emozioni, corpo, cognizioni e immagini, sembrano rendere il metodo in questione facilmente integrabile (Balbo, 2006).

Nel secondo capitolo si trova una breve trattazione dei principali disturbi del comportamento alimentare, così come sono descritti nel *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (DSM-5)*. Un'ampia esposizione viene, invece, riservata all'idea centrale dell'intero lavoro: secondo le ricerche di Vanderlinden e Vandereycken (1997) esiste un chiaro legame tra esperienze traumatiche, con conseguente dissociazione, e comportamenti dell'alimentazione disadattivi. Ciò che accomuna questi disturbi sembra essere il fine di regolare intense emozioni traumatiche. Sono riportati due importanti studi: il primo ha indagato la relazione tra esperienze traumatiche e fenomeni dissociativi in un gruppo di 98 pazienti affette da disturbi del comportamento alimentare; il secondo è volto a comprendere la relazione tra trauma infantile e la comorbidità psichiatrica in un campione di 80 pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare. A conferma dei risultati ottenuti, è proposto anche lo studio del 2014 di Cimino, Cerniglia, Ballarotto e Campanelli; essi hanno effettuato una ricerca per valutare l'impatto di situazioni stressanti e/o traumatiche sull'esordio di comportamenti alimentari inadeguati in soggetti in età adolescenziale e ciò che è emerso sembra confermare le tesi di

Vanderlinden e Vandereycken. Sono poi presentati i fattori più importanti che possono svolgere un ruolo di mediazione tra l'esperienza traumatica subita nell'infanzia e lo sviluppo di una psicopatologia, come i sintomi dissociativi e i disturbi del comportamento alimentare, nell'età adulta (Vanderlinden e Vandereycken, 1997). Essi sembrano essere: la fase evolutiva in cui ha avuto per la prima volta luogo l'esperienza traumatica; le caratteristiche specifiche del trauma, tra cui la relazione tra carnefice e vittima, il numero degli autori, la frequenza e il ricorso alla forza fisica; la risposta che la vittima ha ricevuto quando ha rivelato per la prima volta il trauma; le variabili familiari; gli eventi della vita; l'immagine di sé. Con riferimento all'articolo di Brewerton (Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity: Focus on PTSD) del 2007 vengono, infine, chiariti alcuni punti: a)l'abuso sessuale infantile (CSA) è un fattore di rischio significativo, ma non specifico; b)le esperienze traumatiche associate ai disturbi alimentari ora comprendono molte altre forme di vittimizzazione, come stupri, molestie sessuali, aggressioni, abusi emotivi, trascuratezza fisica ed emotiva, canzonature e bullismo; c)le storie traumatiche sono più comunemente associate a disturbi quali bulimia nervosa e anoressia nervosa con sintomi bulimici; d)il trauma non è necessariamente correlato con la gravità del disturbo; e)ma il trauma è associato a comorbilità nei pazienti affetti da disturbo del comportamento alimentare.

Il terzo capitolo si apre con un paragrafo dedicato all'applicazione del metodo EMDR ai sintomi dei disturbi alimentari derivanti da esperienze traumatiche (Balbo, 2015). Vengono, dunque, presentate nuovamente le otto fasi del protocollo, spiegando come dovrebbero essere strutturate in una terapia con pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare. Il secondo paragrafo, invece, invita a

essere prudenti nell'esplorare il trauma, poiché il paziente può vivere alcune situazioni, al di fuori della terapia, che potrebbero portare a una rivittimizzazione, piuttosto che a una rielaborazione. Con riferimento a una breve linea guida data da Vanderlinden e Vandereycken (1997), vengono descritte le circostanze in cui è meglio evitare di esplorare il trauma. Per concludere, viene proposta una riflessione, affidandosi ad alcuni studi scientifici, sui benefici e sui rischi che vi sono nel trattamento di disturbi alimentari attraverso EMDR. Hudson, Chase e Pope (1998) hanno condotto una revisione della letteratura riguardante l'uso dell'EMDR nel trattare i disturbi alimentari, per comprendere se i benefici sono talmente significativi da poter contrastare i rischi. Al momento del loro lavoro, trovarono ben poche evidenze scientifiche rispetto i benefici dell'EMDR. Identificarono, invece, tre potenziali rischi: sembra che questo metodo faccia recuperare memorie prima non disponibili, ma non è chiaro se queste siano accurate rappresentazioni della realtà; l'EMDR può dare ai pazienti con disturbi alimentari informazioni errate circa la connessione fra trauma e sintomi specifici dei disturbi del comportamento alimentare; l'EMDR rischia di essere una perdita di tempo che ritarda altri trattamenti di più sicura efficacia. Dieci anni dopo, invece, Bloomgarden e Calogero (2008) hanno condotto uno studio proprio sull'efficacia dell'EMDR, specificatamente nel trattare l'immagine negativa del corpo, confrontando due campioni: uno, sottoposto a un trattamento standard e l'altro all'EMDR in aggiunta al trattamento standard, valutando i risultati tre e dodici mesi dopo la terapia. I pazienti appartenenti al campione sperimentale hanno riportato meno sofferenza riguardo alla memoria della propria immagine corporea e una più bassa insoddisfazione del proprio corpo. Un altro studio (Sophia F. Dziegielewska, LCSW Professor e Pamela Wolfe, 2000) ha indagato, in un caso singolo, l'immagine

mentale corporea e l'autostima, reputati fattori chiave per lo sviluppo dei disturbi del comportamento alimentare. Oltre a ottenere buoni risultati, questa ricerca è importante perché è stata effettuata con sole due sedute EMDR e, dunque, analizza la rapidità di intervento del metodo. Infine, viene citato lo studio di Protinsky, Sparks e Flemke (2001) affinché si comprenda che, a oggi, l'EMDR è un trattamento certamente valido per il DPTS, ma potenzialmente efficace anche per altri disturbi; l'obiettivo è quello di esplorare le nuove frontiere dell'EMDR con ricerche scientifiche per supportare l'esperienza clinica dei terapeuti, che sembra già affermare la funzionalità di questo trattamento in molti altri ambiti.

Nel quarto e ultimo capitolo si può trovare l'intervista alla dottoressa Marina Balbo, direttore del Centro Studi e Ricerca "Victor Meyer" di Asti e socio fondatore, vicepresidente del Consiglio Direttivo Nazionale, supervisore e co-trainer dell'Associazione Italiana per l'EMDR. Alla dottoressa è stato chiesto di approfondire le questioni cliniche che sembrano essere le più specifiche, ma anche le più critiche, per i disturbi del comportamento alimentare. Il modello di intervista che è stato utilizzato è l'intervista discorsiva guidata (Cardano, 2003).

EMDR. Eye Movement Desensitization and Reprocessing

1.1 Il trauma

Il trauma psicologico è l'esperienza personale diretta di un evento che può causare morte, lesioni gravi e altre minacce all'integrità fisica o alle relazioni di un individuo. E' definito come un evento emotivamente non sostenibile per la persona, dunque bisogna sempre fare riferimento alle capacità di ciascuno di tollerarne le conseguenze. E' considerato trauma psicologico anche solo essere presente o venire a conoscenza di un evento traumatico, senza esserne la vittima.

Si possono distinguere due categorie di traumi. Il Trauma singolo, con la "T" maiuscola, include eventi percepiti minacciosi per la propria vita, come guerre, crimini, stupri, aggressioni, disastri naturali, e crea un danno notevole e duraturo al soggetto. Il trauma complesso, con la "t" minuscola, invece, è caratterizzato dall'esposizione prolungata al pericolo e provoca sentimenti di insicurezza, impotenza e inadeguatezza in chi lo vive (Shapiro, 1997).

Il Disturbo Post-Traumatico da Stress (DPTS) fa riferimento alla prima categoria, permettendo di identificare la sofferenza di molte persone vittime di esperienze traumatiche. Per diagnosticare il DPTS devono essere presenti i seguenti sintomi: esposizione all'evento traumatico; sintomi intrusivi; evitamento del ricordo dell'esperienza traumatica; alterazioni di cognizione e umore; alterazioni dell'arousal; durata del disturbo superiore a un mese; disagio clinicamente significativo; esclusione di cause legate all'assunzione di sostanze o a condizioni mediche (DSM-5, 2014).

Questa categoria diagnostica, però, non può descrivere complesse forme psicopatologiche derivanti da esperienze traumatiche ripetute in periodi di tempo ampi, per esempio le forme psicopatologiche dell'adulto che hanno radici in traumi infantili. Nel tentativo di superare questo limite, Judith Herman ha proposto la nuova categoria diagnostica di Disturbo Post-Traumatico da Stress Complesso (DPTSc). Per trauma complesso s'intende, quindi, un trauma tipicamente di tipo interpersonale, caratterizzato da eventi traumatici multipli ripetuti nel tempo. Questo quadro clinico prevede sette gruppi di sintomi: alterazioni della regolazione delle emozioni e degli impulsi; sintomi dissociativi e difficoltà di attenzione; sintomi somatoformi; alterazioni nella percezione e rappresentazione di sé; alterazioni nella percezione delle figure maltrattanti; disturbi relazionali; alterazioni nei significati personali. Nonostante l'importanza clinica di questa categoria diagnostica, essa non è stata inclusa nel DSM-5.

Il trauma, come si evince proprio dai sintomi del DPTSc, è un concetto strettamente correlato alla dissociazione. Esso, infatti, attiva meccanismi che provocano il distacco dall'esperienza di sé e del mondo esterno e questo ostacola l'integrazione dell'evento traumatico nella continuità della vita psichica. Pierre Janet fu uno dei primi studiosi che si interessò del disturbo dissociativo d'identità: egli, però, non lo considerava una difesa mentale, ma un cedimento strutturale delle funzioni cerebrali, una disorganizzazione dovuta all'effetto dirompente delle emozioni associate all'evento traumatico (Liotti e Farina, 2011).

1.2 La nascita dell'EMDR

Francine Shapiro (1997) racconta che intraprese il viaggio verso l'EMDR nel momento in cui le diagnosticarono un tumore. Quando i

medici, dopo l'operazione chirurgica e la radioterapia, le dissero che il tumore era stato sconfitto, ma che si sarebbe potuto anche ripresentare, lei rimase sconvolta. Fu in quel momento che iniziò la ricerca di qualunque cosa potesse aiutare la gente affetta da malattie gravi. Finì, così, per conseguire un master in psicologia come ricercatrice al Mental Research Institute di Palo Alto.

L'idea, che in seguito portò all'EMDR, arrivò un giorno del 1987, mentre Shapiro passeggiava. Si rese conto di stare pensando a qualcosa di disturbante, ma la cosa strana fu che il pensiero negativo sparì da sé e, quando lo riportò alla mente, la sua carica emotiva negativa era scomparsa. Iniziò a fare attenzione a cosa potesse essere successo e notò che quando un pensiero disturbante entrava nella mente i suoi occhi iniziavano a muoversi avanti e indietro, compiendo rapidi movimenti ripetitivi in diagonale, da in basso a sinistra a in alto a destra. Cominciò, allora, a provocare spontaneamente la situazione descritta e funzionò nuovamente: i pensieri disturbanti perdevano la loro carica emotiva negativa.

Nei giorni successivi chiese ad altre persone di provarlo: il metodo sembrava funzionare. Alcuni, però, avevano bisogno di un aiuto per eseguire i movimenti oculari, così Shapiro iniziò a puntare in aria in modo casuale il suo dito indice chiedendo di seguirne gli spostamenti. Si rese, inoltre, conto che i movimenti non erano sufficienti per liberarsi completamente dell'ansia, ma che era anche necessario che le persone focalizzassero la propria attenzione altrove.

Con il tempo Francine Shapiro si accorse che con i traumi lievi l'EMDR funzionava e, per capire se avrebbe prodotto risultati anche con altri traumi, decise di organizzare uno studio controllato nel quale un gruppo di soggetti traumatizzati avrebbe ricevuto un trattamento EMDR, mentre il gruppo di controllo sarebbe stato sottoposto a un

trattamento dal quale non ci si aspettava un effetto così significativo. Essendo che la misurazione costituisce il cuore della ricerca scientifica, misurò tre aspetti del disturbo da stress. Il primo rilevava quanto fosse molesto il ricordo traumatico per il soggetto, prima, durante e dopo il trattamento EMDR, con controlli un mese e tre mesi più tardi. Per fare ciò Shapiro decise di utilizzare la scala chiamata Unità Soggettive di Disturbo (USD): il soggetto pensa all'evento e ne valuta il carattere disturbante su una scala da 0 a 10. Il secondo elemento era capire se i soggetti fossero ancora sotto l'influenza delle autoconvinzioni negative apprese dal trauma; se l'EMDR avesse funzionato, queste avrebbero lasciato il posto ad autoconvinzioni positive. Così, Shapiro sviluppò la Scala di Validità Cognitiva (VOC), che richiede al paziente di valutare da 1 a 7 quanto sente vera la convinzione positiva. Infine, la terza misurazione consisteva nella frequenza con cui i sintomi post-traumatici si manifestavano, prima, durante e dopo il trattamento, con controlli un mese e tre mesi più tardi, cercando conferme anche dai terapeuti, dai partner e dai familiari. I risultati furono incoraggianti: chi era stato trattato con l'EMDR, quasi senza eccezioni, aveva risolto il ricordo traumatico in una seduta.

Si può, dunque, concludere che il trattamento EMDR è uno strumento per alleviare la sofferenza umana, come conseguenza sia di eventi traumatici sia di esperienze più comuni ma emotivamente stressanti.

1.3 Il modello dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione: una spiegazione dell'EMDR

Fino a oggi, la spiegazione più semplice per comprendere gli effetti clinici del trattamento EMDR è considerarlo un metodo che accede, elabora e porta a una risoluzione adattiva i ricordi di

esperienze traumatiche. Il modello di riferimento è conosciuto come Elaborazione Adattiva dell'Informazione (Adaptive Information Processing). Sembra che ciascun individuo possieda un sistema fisiologico di elaborazione dell'informazione, utile per elaborare gli eventi disturbanti in un'ottica di autoguarigione. Quando accade qualcosa di spiacevole, si continua a pensarvi, a parlarne, a sognarne, finché non cessa di essere disturbante e quindi si può dire che sia avvenuta una "risoluzione adattiva" (Shapiro, 1997).

Dopo un evento traumatico questo sistema può non funzionare correttamente e le percezioni del trauma possono rimanere nel sistema nervoso nella stessa forma di quando se n'è fatta esperienza, dunque non vengono elaborate. Queste informazioni sarebbero intrappolate in una rete neurale con le stesse emozioni, convinzioni e sensazioni fisiche provate durante l'evento. La patologia si svilupperebbe, quindi, nel momento in cui l'evento traumatico rimane isolato dal resto della rete neurale.

L'EMDR attiva il sistema di elaborazione dell'informazione attraverso la stimolazione bilaterale: l'alternanza destra-sinistra dei movimenti oculari bilaterali, quando combinata con le altre fasi procedurali, favorisce l'elaborazione dell'informazione. La doppia focalizzazione che avviene durante la seduta (attenzione ai movimenti oculari e contemporaneamente agli elementi più significativi dell'esperienza traumatica) permette l'elaborazione adattiva verso un'integrazione con reti neurali orientate alla salute mentale.

Nonostante il terapeuta possa osservare questo processo durante la seduta, non c'è una risposta univoca sul perché queste stimolazioni generino una rapida e adattiva elaborazione dell'informazione. Le ipotesi, a oggi, sono le seguenti (Balbo, 2006):

- Il *Modello della risposta di orientamento*, secondo cui i traumi causerebbero una sovr eccitazione del sistema nervoso e i movimenti oculari ridurrebbero significativamente il livello di arousal.
- La *distrazione* dal trauma provocata dai movimenti oculari permetterebbe un decondizionamento.
- I *cambiamenti sinaptici* potrebbero essere legati all'elaborazione del ricordo.
- I movimenti oculari potrebbero stimolare lo stesso processo che si attiva nella fase del *sonno REM*.
- I movimenti oculari provocherebbero una *risposta condizionata di rilassamento*, la cui attivazione inibirebbe il sistema nervoso simpatico.
- L'EMDR sincronizzerebbe l'attività dei due emisferi (*coinvolgimento biemisferico*) attraverso la stimolazione alternata ripetitiva.

1.4 Il protocollo EMDR e le sue otto fasi

L'EMDR non è semplicemente una tecnica, non basta fare dei set di movimenti oculari per ottenere risultati clinicamente significativi. Il piano di lavoro si struttura su tre tempi (Croitoru, 2015): a) gli eventi passati che sono immagazzinati senza essere elaborati; b) i sintomi e gli effetti che i ricordi non elaborati hanno nel presente; c) lo scenario futuro desiderato.

L'intero trattamento si compone di otto fasi essenziali, che costituiscono il protocollo EMDR (Balbo, 2006).

- *Fase uno: anamnesi e raccolta della storia del paziente.* Il terapeuta raccoglie tutte le informazioni necessarie sul paziente e valuta se è pronto per il trattamento EMDR. La raccolta di informazioni, l'anamnesi e la valutazione del

quadro clinico hanno grande importanza perché permettono di identificare i target adeguati. La raccolta della storia del paziente e l'identificazione di traumi con la "t" minuscola e Traumi con la "T" maiuscola sono fondamentali per concettualizzare il caso. I target su cui lavorare possono essere: gli avvenimenti che hanno contribuito allo sviluppo della patologia; le cause scatenanti attuali; le cognizioni positive necessarie per il futuro.

- *Fase due: preparazione del paziente.* Il terapeuta instaura col paziente un'alleanza terapeutica, gli spiega i principi base dell'EMDR e come sarà strutturata la terapia. Inoltre, il terapeuta si deve assicurare che il paziente abbia sufficienti risorse per affrontare l'elaborazione degli eventi traumatici. Si insegnano, per questo motivo, tecniche di rilassamento, utili per chiudere le sedute incomplete assicurandosi che il paziente abbia gli strumenti per mantenere la stabilità.
- *Fase tre: assessment.* Il terapeuta identifica per ogni ricordo traumatico da elaborare tutti gli elementi associati: immagine, cognizioni, emozioni e sensazioni corporee. Viene scelto un target di partenza e viene chiesto al paziente di individuarne i seguenti elementi: l'immagine che rappresenta il ricordo traumatico; la cognizione negativa attuale riguardo se stesso in riferimento al ricordo; la cognizione positiva che il paziente vorrebbe avere su di sé; la VOC; l'emozione collegata al ricordo; la SUD; la localizzazione corporea in cui sente gli aspetti emotivi.
- *Fase quattro: desensibilizzazione.* In questa fase sono attuati i movimenti oculari o altre forme di stimolazione bilaterale, mentre il paziente si focalizza sull'immagine, sulla cognizione negativa e sulla localizzazione corporea. Viene richiesto che

qualunque cosa emerga, avvenga liberamente. Il terapeuta ripete i set di movimenti oculari e alla fine di ognuno di essi chiede al paziente cosa nota; qualunque cosa egli riferisca, il terapeuta chiede di concentrarsi su di essa e inizia un nuovo set. Il ruolo del terapeuta è di permettere che ci siano le condizioni migliori per la rielaborazione. Il modo in cui il paziente fa esperienza di questo processo differisce da individuo a individuo e si basa sulle risorse di coping disponibili. Questa fase si protrae finché il punteggio SUD scende a zero.

- *Fase cinque: installazione della convinzione positiva.* L'obiettivo è il consolidamento della cognizione positiva identificata durante l'assessment. Non è raro, però, che il paziente durante i set di movimenti oculari individui un'altra cognizione positiva più adeguata. Il terapeuta chiede di concentrarsi su di essa, pensando contemporaneamente al target. Si attuano set di movimenti oculari finché il punteggio VOC arriva a 6 o 7. Questa valutazione deve avvenire a livello emotivo e somatico. Questa fase costituisce un momento fondamentale per ottenere un effetto clinico significativo.
- *Fase sei: scansione corporea.* Il terapeuta prosegue chiedendo al paziente di focalizzarsi sia sul target sia sulla cognizione positiva, esplorando contemporaneamente tutto il corpo per identificare qualsiasi tensione residua. Se vengono individuate sensazioni fisiche di tensione queste diventano oggetto di nuovi set, fino a quando esse non spariscono totalmente. Solo così si può affermare che sia avvenuta l'effettiva rielaborazione del trauma.
- *Fase sette: chiusura.* Il terapeuta esegue un intervento psicoeducativo, con cui ricorda al paziente che, tra una seduta

e l'altra, potrebbero emergere immagini, pensieri ed emozioni disturbanti, ma che essi sono conseguenze dell'elaborazione. Richiede, inoltre, di tenere un diario per registrare i disagi che emergono, poiché questo potrebbe facilitare l'accesso a nuovi target nelle sedute successive.

- *Fase otto: rivalutazione.* Il terapeuta chiede al paziente di accedere al target in precedenza elaborato, per verificare se gli effetti terapeutici si sono mantenuti. Esamina, poi, il diario per vedere se vi è del materiale che richiede di essere trattato.

Nonostante il paziente possa provare un sollievo quasi immediato, è molto importante portare a termine le otto fasi del protocollo. Sebbene l'EMDR possa produrre risultati rapidamente, la rapidità non è un obiettivo primario, ma anzi è fondamentale ricordare che ogni persona ha bisogni diversi (Shapiro, 1997).

Il trattamento EMDR potrebbe avere tre effetti collaterali (Croitoru, 2015). Sentirsi stanchi durante o dopo la seduta è il primo e il più comune ed è il risultato naturale dell'elaborazione di elementi emotivi, sensoriali, cognitivi e somatici. Il secondo è un aumento della sofferenza prima che sia percepito un miglioramento ed è per questa eventualità che è importante insegnare strategie di rilassamento, prima del trattamento. L'ultimo e il più raro è la ripetizione nel presente di sentimenti ed emozioni collegati all'evento traumatico, cioè il paziente è confuso riguardo alla loro collocazione temporale e non capisce se fanno riferimento al passato o al presente.

1.5 Gli aspetti relazionali dell'EMDR

Nell'intero protocollo EMDR le questioni relazionali assumono una valenza fondamentale. Quando il terapeuta stabilisce la relazione terapeutica con un paziente traumatizzato, è necessario che lo

ancora al presente, in una relazione sicura. Ciò deve avvenire prima di iniziare i set di stimolazione bilaterale. Se il lavoro attivo sul trauma (fase 3-6) avviene all'interno di una relazione terapeutica, il paziente non si sente più solo e sente di poter condividere il suo dolore.

L'imperativo relazionale è ciò che rende l'EMDR una psicologia bipersonale, essendo che nella stanza vi saranno sempre due persone. Infatti, anche nella pratica dell'EMDR non c'è modo di evitare la natura "Io-Tu" del lavoro clinico.

La base per una relazione terapeutica è una buona alleanza di lavoro. Essa implica la definizione degli obiettivi del paziente, la comprensione della collaborazione rispetto ai compiti condivisi e la comprensione dei differenti ruoli e della responsabilità di ognuno. L'alleanza di lavoro è importante sin dalla fase 1, quando terapeuta e paziente definiscono i rispettivi ruoli. Nella fase 2 essa si esprime nel momento in cui il terapeuta fa da educatore riguardo al processo. Dalla fase 3 alla fase 5 l'alleanza è cruciale, in quanto si tratta del lavoro attivo sul trauma. Dalla fase 6 alla fase 8, invece, non è fondamentale, dato che la detraumatizzazione e la rielaborazione dovrebbero essere già avvenute. Ovviamente, queste sono solo considerazioni generali, poiché ogni seduta ha una storia a sé.

La relazione terapeutica comprende, invece, gli atteggiamenti e i sentimenti reciproci che si sviluppano tra terapeuta e paziente. Essa è il modo in cui i due protagonisti della seduta affrontano insieme tali atteggiamenti e sentimenti nel corso delle otto fasi. Nelle prime due fasi il terapeuta si pone come valutatore dei problemi del paziente, della sua capacità di elaborazione e delle possibili strategie attuabili. Durante il lavoro attivo sul trauma, invece, il terapeuta passa dal ruolo di esperto a quello di co-partecipante e la relazione diventa centrale.

Affinché si stabilisca una relazione funzionale con il paziente, è essenziale capire l'importanza di tutte le otto fasi dell'EMDR. Se, ad esempio, il terapeuta supera velocemente le prime due fasi, non ritenendole parte del trattamento, può vincolare il paziente a fare soltanto progressi parziali o, addirittura, provocare dei danni. In realtà, la relazione si instaura anche prima della fase 1, nel momento in cui il paziente chiama per prendere un appuntamento: il terapeuta, ascoltando la voce, ne è influenzato e il paziente può provare speranza o ansia. Nel momento in cui avviene l'incontro, inizia la fase 1, in cui il campo relazionale diventa una vera e propria esperienza interpersonale. Nella fase 2, in cui avviene la spiegazione di come funziona l'EMDR, è probabile suscitare ansia nel paziente; per questo motivo è importante la sintonizzazione accurata, ma anche fornire un manuale di istruzioni e indirizzarlo verso appropriati siti web. La fase 3 può confondere i pazienti che non comprendono l'utilità della cognizione negativa e il terapeuta potrebbe non capire come mai il paziente ha difficoltà nell'esprimersi. Durante la fase 4 bisogna ricordarsi che il trauma genera vergogna e isolamento e che solo la comunanza diadica tra paziente e terapeuta può condurre alla guarigione: il terapeuta, infatti, deve facilitare la rielaborazione del trauma in modo relazionale. Nella fase 5 è importante che il terapeuta si assicuri che il livello SUD del paziente sia realmente sceso a 0 e che non reciti con lui la parte di chi vuole evitare di toccare altri ricordi dolorosi. Durante la fase 6 il terapeuta deve nuovamente accertarsi della sincerità del paziente, ma anche fare attenzione alle proprie sensazioni corporee. La fase 7 rappresenta il contesto più profondo della relazione, in quanto si analizzano la seduta e i sentimenti da essa emersi. In ultimo, nella fase 8 la preoccupazione del terapeuta è comprendere come il paziente ha reagito nell'intervallo di tempo tra una seduta e l'altra.

Si può concludere che in ciascuna delle otto fasi il terapeuta è in relazione con il paziente; egli prova empatia e sente ciò che il paziente sente, senza perdersi in questo. Il terapeuta fa da contenitore e il paziente ha l'opportunità di rivivere il trauma, ma in una situazione relazionale (Dworkin, 2005).

1.6 L'EMDR come possibile elemento integrante tra le psicoterapie

L'utilizzo dell'EMDR presuppone una riflessione sulla sua integrazione con la prospettiva teorica del terapeuta. Questa integrazione è un processo personale e mai uguale. Alcune caratteristiche, come il Modello dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione e le fasi del protocollo che si focalizzano su aspetti quali emozioni, corpo, cognizioni e immagini, rendono l'EMDR un approccio facilmente integrabile con altre forme di psicoterapia.

Il paradigma dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione offre una teoria unificante, considerabile come substrato per tutti gli approcci: definisce, infatti, la patologia come un'informazione immagazzinata in modo disfunzionale, che può essere integrata attraverso un sistema di elaborazione adattiva, attivabile attraverso il protocollo EMDR. Le esperienze difficili vissute in qualsiasi momento della vita, compresi i modelli genitoriali, possono essere equiparabili agli effetti neuropsicologici del trauma e, quando questo non avviene in modo innato, l'EMDR può innescare la loro rielaborazione.

L'EMDR, inoltre, utilizza contributi di tutti i principali orientamenti di psicoterapia e per questo se ne può parlare come approccio integrativo (Balbo, 2006).

Risorse. Il modello EMDR prevede procedure che hanno l'obiettivo di riferirsi a situazioni di benessere già sperimentate dal paziente. Le tecniche ipnotiche di tipo eriksoniano e alcune tecniche della Gestalt

possono essere utilizzate per mettere in contatto l'io del paziente con la parte di sé più forte.

Elaborazione di target appropriati. Si attiva attraverso la ricerca dei momenti critici e questo è un fattore comune a tutti gli interventi psicoterapeutici.

Elementi psicodinamici. I concetti di trauma e dissociazione, come la ricerca di immagini alla radice dei traumi, sono alla base delle teorie psicodinamiche; ma è indubbiamente rilevante anche la lettura del presente attraverso il passato.

Aspetti cognitivi. Ne fanno parte i concetti di schema disfunzionale, la cognizione negativa e la cognizione positiva, ma anche l'utilizzo del metodo socratico.

Elementi della prospettiva cognitivo-evoluzionista. La teoria dell'attaccamento e il concetto di Modelli Operativi Interni sono un importante riferimento per la ricerca delle esperienze traumatiche; inoltre, l'EMDR favorisce l'alleanza terapeutica e incrementa le capacità metacognitive.

Aspetti somatici ed emotivi. Secondo le ultime teorie sulla memoria, le esperienze alla base della patologia sono conservate senza essere elaborate. Neurologicamente, sembra che la stimolazione bilaterale stimoli alternativamente entrambi gli emisferi, integrando l'attività neocorticale con quella dell'amigdala e quella delle funzioni corticali superiori.

Sviluppo. L'EMDR, come tutte le psicoterapie, considera il periodo dello sviluppo evolutivo il momento più critico per il consolidamento disfunzionale nella memoria dei traumi complessi, che rischiano, così, di diventare parte integrante dell'identità.

Aspetti sistemici. Vengono ricercate le interazioni genitore-bambino per delineare le influenze sociali sul comportamento.

1.7 Un'analisi critica

Nonostante l'EMDR si sia dimostrato nel tempo un trattamento con cui raggiungere risultati clinici significativi, è necessario effettuare un'analisi dei nodi critici (Giusti e Giannini, 2012). Innanzitutto, il linguaggio scientifico utilizzato per spiegare il Modello dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione risulta vago e la spiegazione di cosa determina lo scompenso psicopatologico fin troppo generica. L'EMDR è, inoltre, una tecnica multi-componente di difficile applicazione; infatti, gli studi che hanno omesso alcune fasi hanno ottenuto effetti terapeutici minori. Questo perché il metodo non è né semplice né meccanico e, dunque, i terapeuti dovrebbero essere maggiormente attenti e rigorosi nella sua applicazione. Alcune osservazioni, poi, sembrano mostrare che l'EMDR è una tecnica cognitivo-comportamentale, piuttosto che appartenente a un meta-modello integrato. Fin dai primi studi critici, infatti, esso è stato considerato una variante delle classiche terapie d'esposizione. Nonostante le differenze con queste procedure, l'EMDR mantiene, appunto, l'esposizione immaginativa all'evento traumatico, anche se in forma ridotta. Alcuni studi si domandano, infine, se l'EMDR non somigli alle tecniche di "terza generazione", con approccio "mindful", in cui s'insegna al paziente a concentrarsi sulle proprie reazioni cognitive ed emotive in modo consapevole, distaccato e avalutativo. Tutti questi aspetti critici potranno essere oggetto di ricerche future, per permettere una visione sempre più ampia ed esatta del metodo EMDR, che continua a raggiungere risultati molto incoraggianti, anche applicato ad altri disturbi psicologici, connessi a eventi traumatici.

In difesa dell'EMDR, invece, va sottolineato che si sono diffusi dei miti, che rischiano di dare una visione del trattamento troppo

semplicistica (Dworkin, 2005). L'EMDR non consiste solo di movimenti oculari, ma è un approccio multimodale composto di otto fasi, di cui solo una utilizza la stimolazione bilaterale. Non è una cura miracolosa, che avviene in sole tre sedute, ma ogni caso è a sé e richiede il proprio tempo. E' molto importante che il terapeuta abbia a disposizione la storia completa del paziente e sviluppi un piano terapeutico adatto. E' vero che l'EMDR ha un'ampia applicabilità, ma non può essere utilizzato con qualsiasi disturbo psicologico, tanto meno con qualsiasi tipo di persona. E' molto importante, infatti, non tentare di detraumatizzare una persona non stabilizzata. Infine, dopo il trattamento, la persona non dimentica le motivazioni e le azioni che l'esperienza traumatica le ha insegnato, ma rilascia il dolore associato al trauma.

Nonostante gli aspetti critici riguardanti il metodo in sé, la comunità scientifica continua a discutere in merito all'aspetto che sembra essere, a oggi, il più importante: l'efficacia dell'EMDR.

Nell'articolo *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Current Debates and Comparative Efficacy* (2001), Taylor riporta il dibattito tra Richard McNally e John Spector. Il primo è scettico nei confronti del metodo in questione e lo paragona all'ipnosi; il secondo, invece, ritiene che questo trattamento sia il migliore e il più rapido nelle situazioni di DPTS. McNally propone di risolvere la controversia conducendo uno studio randomizzato in cui l'EMDR è confrontato con una versione dell'EMDR senza stimolazione bilaterale e con un gruppo di controllo. Secondo Taylor, però, questa soluzione non risolverebbe la diatriba poiché la controversia riguarda non uno ma più aspetti del metodo. Quali sono i meccanismi specifici dell'EMDR? La stimolazione bilaterale è uno di essi? L'EMDR è semplicemente una forma di esposizione? L'EMDR è un placebo? Quanto è efficace confrontato con altri trattamenti? E' più rapido? Quanto sono

importanti la formazione e le competenze del terapeuta? Tutte queste domande sottolineano il fatto che la stimolazione bilaterale è solo una delle protagoniste della controversia. Il quesito più importante, come già detto, sembra riguardare l'efficacia dell'EMDR, soprattutto messa a confronto con quella di altri trattamenti, come la terapia comportamentista e la terapia cognitivo-comportamentista. Dai risultati di diverse ricerche sembra che l'EMDR sia ugualmente efficace ai trattamenti sopra citati; sono, invece, controversi i risultati riguardo alla maggiore o uguale rapidità dell'EMDR. Il fatto che non sia più efficace di altri trattamenti, comunque, smentisce l'idea di Spector, secondo cui l'EMDR è il miglior trattamento per il DPTS.

Un esempio delle ricerche sopra citate è lo studio pilota di confronto tra EMDR ed Esposizione Prolungata, nel trattamento di DPTS, condotto nel 2002 da Ironson, Freund, Strauss e Williams. La ricerca è stata svolta su un campione di 22 pazienti, vittime della criminalità e di stupro. I risultati mostrano che entrambi i trattamenti hanno prodotto una significativa riduzione dei sintomi da DPTS e dei sintomi depressivi. Nonostante ciò, sono emerse due importanti differenze tra i due approcci. In primis l'EMDR è risultato più rapido, poiché 7 persone su 10 hanno riportato una diminuzione del 70% dei sintomi dopo tre sedute, rispetto alle 2 persone su 12 trattate con esposizione prolungata. In secondo luogo, l'EMDR si è dimostrato più tollerabile; infatti, solo 1 persona su 10 ha abbandonato il trattamento (tra la quarta e la sesta seduta), mentre 6 persone su 12 hanno abbandonato l'esposizione prolungata (tre tra la prima e la terza seduta, tre tra la quarta e la sesta).

Disturbi del comportamento alimentare e origini traumatiche

2.1 Anoressia nervosa: concetti di base

L'anoressia nervosa ha tre criteri diagnostici (DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 2014):

- A. Restrizione nell'assunzione di calorie, che porta a un peso corporeo significativamente basso, tenuto conto di età, sesso e salute fisica.
- B. Paura di aumentare di peso o di diventare grassi, oppure un comportamento che interferisce persistentemente con l'aumento di peso, anche quando esso è significativamente basso.
- C. Alterazione del modo in cui l'individuo vive il peso o la forma del proprio corpo; eccessiva influenza della forma del corpo sull'autostima; mancanza di riconoscimento della gravità della condizione di sottopeso.

Si possono individuare due tipi di anoressia nervosa:

- Con restrizioni (di "tipo restrittivo"): l'individuo negli ultimi 3 mesi non ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione, ma ha ottenuto la perdita di peso corporeo attraverso diete, digiuno e attività fisica eccessiva;
- Con abbuffate/condotte di eliminazione (di "tipo misto"): l'individuo negli ultimi 3 mesi ha presentato ricorrenti episodi di abbuffata o condotte di eliminazione, come vomito autoindotto, lassativi, diuretici.

Il semidigiuno e le condotte di eliminazione possono portare a condizioni mediche potenzialmente pericolose per la vita. Sono comuni disturbi fisiologici, tra cui amenorrea e anomalie dei parametri vitali. Quando gravemente sottopeso, l'individuo può

presentare sintomi depressivi, come umore depresso, isolamento e minore interesse sociale, irritabilità e insonnia. Possono anche essere presenti manifestazioni ossessivo-compulsive, correlate o meno al cibo, dipendenza da alcol o da sostanze e disturbi di personalità, principalmente borderline, istrionico, narcisistico ed evitante.

L'esordio dell'anoressia nervosa è spesso graduale e insidioso e avviene durante l'adolescenza o la prima età adulta; solitamente nel periodo precedente si osservano eventi stressanti o cambiamenti rilevanti nella vita della persona. Il decorso e la remissione sono estremamente variabili, ma la maggior parte degli individui ottiene una remissione completa entro 5 anni dalla manifestazione.

Il nucleo psicopatologico consiste in un disturbo dell'immagine corporea che altera il rapporto del soggetto con il proprio corpo e con il cibo, al punto da compromettere l'istinto di sopravvivenza comune a tutti gli esseri umani (Balbo, 2015).

I fattori di rischio possono essere molteplici. Tra i fattori temperamentali vi sono i disturbi d'ansia e i tratti ossessivi presenti sin dall'infanzia. Il fattore ambientale più importante è l'appartenenza a una cultura in cui la magrezza è considerata un valore imprescindibile. Infine, sembrano esserci anche fattori genetici, poiché il rischio aumenta se parenti biologici di primo grado sono affetti da anoressia nervosa.

2.2 Bulimia nervosa: concetti di base

La bulimia nervosa ha cinque criteri diagnostici (DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 2014):

- A. Ricorrenti episodi di abbuffata, caratterizzati da due aspetti presenti contemporaneamente:

1. Mangiare, in un determinato periodo di tempo, una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che abitualmente la maggior parte delle persone assumerebbe nello stesso arco di tempo e nella stessa situazione.
 2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio.
- B. Ricorrenti e inappropriate condotte compensatorie, come vomito autoindotto, abuso di lassativi, diuretici o altri farmaci, digiuno o attività fisica eccessiva.
- C. Le abbuffate e i comportamenti compensatori avvengono in media almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
- D. I livelli di autostima sono influenzati dalla forma e dal peso del corpo.
- E. L'alterazione non si manifesta solo durante episodi di anoressia nervosa.

La parola bulimia deriva dal greco e significa "fame da bue"; la metafora animale rispecchia il fatto che i soggetti vivono il cibo come una funzione inferiore e degradante, un bisogno bestiale incontenibile.

Il tipo di cibo assunto durante le abbuffate varia da individuo a individuo e da situazione a situazione; ciò che è caratterizzante è l'anomalia nella quantità di cibo consumato, piuttosto che il desiderio per un alimento specifico. Le abbuffate avvengono in solitudine e spesso continuano finché l'individuo non si sente sgradevolmente o dolorosamente pieno. E' comune che l'antecedente di un'abbuffata sia un'emozione negativa; altri fattori scatenanti sono situazioni stressanti, restrizione dietetica, sentimenti negativi associati alla forma e al peso del corpo, ma anche noia.

Gli individui con bulimia nervosa comunemente sono nei limiti di peso normale o di sovrappeso. Tra le femmine sono presenti

irregolarità del ciclo mestruale o amenorrea. Le condotte di eliminazione possono, invece, comportare gravi problemi medici, come l'alterazione dell'equilibrio elettrolitico, lacerazioni esofagee, rottura gastrica.

L'esordio avviene solitamente in adolescenza o nella prima età adulta e le abbuffate iniziano durante o dopo un periodo di restrizione dietetica. Il decorso può essere cronico o intermittente, con fasi di remissione alternate a fasi di abbuffate. Anche se in una minoranza di casi, può avvenire il cross-over diagnostico dalla bulimia nervosa all'anoressia nervosa.

I disturbi depressivi e l'abuso di sostanze sono i disturbi più frequentemente associati alla bulimia nervosa. Comuni sono anche i disturbi d'ansia, in particolare la fobia sociale, il disturbo ossessivo-compulsivo e il disturbo di panico, e i disturbi di personalità, soprattutto quelli borderline ed evitante.

I fattori di rischio temperamentali sono le preoccupazioni riguardanti il peso, la bassa autostima, i sintomi depressivi e i disturbi d'ansia. Come fattore ambientale si ritrova nuovamente un'ideale di corpo magro. I fattori di rischio genetici e fisiologici sono, invece, l'obesità infantile e la maturazione puberale precoce.

2.3 Disturbo da binge-eating: concetti di base

Il disturbo da binge-eating prevede cinque criteri diagnostici (DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali, 2014):

- A. Ricorrenti episodi di abbuffata, caratterizzati da due aspetti presenti contemporaneamente:
 - 1. Mangiare, in un determinato periodo di tempo, una quantità di cibo significativamente maggiore di quella che abitualmente la maggior parte delle persone

assumerebbe nello stesso arco di tempo e nella stessa situazione.

2. Sensazione di perdere il controllo durante l'episodio.
- B. Gli episodi di abbuffata sono associati a tre o più dei seguenti aspetti:
1. Mangiare molto più rapidamente del normale.
 2. Mangiare fino a sentirsi sgradevolmente pieni.
 3. Mangiare grandi quantitativi di cibo pur non sentendosi affamati.
 4. Mangiare da soli a causa dell'imbarazzo.
 5. Sentirsi disgustati verso se stessi, depressi o molto in colpa dopo l'episodio.
- C. Vi è un marcato disagio riguardo alle abbuffate.
- D. L'abbuffata si verifica, in media, almeno una volta alla settimana per 3 mesi.
- E. L'abbuffata non è associata a comportamenti compensatori inappropriati e non avviene unicamente in corso di bulimia nervosa o anoressia nervosa.

Il disturbo da binge-eating si verifica in individui normopeso/sovrappeso e obesi. Si sa ancora poco sullo sviluppo di questo disturbo; l'esordio avviene tipicamente negli adolescenti o nella prima età adulta, ma può presentarsi anche in tarda età adulta. Il disturbo in questione sembra essere relativamente persistente e il suo decorso è paragonabile, per gravità e durata, a quello della bulimia nervosa. Il cross-over da disturbo da binge-eating ad altri disturbi sembra non essere comune.

Durante le abbuffate, il cibo è introdotto in bocca velocemente, quasi in maniera meccanica, e spesso non viene masticato. La disperazione, derivante dal desiderio irrefrenabile per il cibo, può indurre i soggetti a fare cose che normalmente non farebbero mai,

come prendere il cibo appartenente ad altri, rubare dai negozi o mangiare il cibo che altri hanno precedentemente buttato (Balbo, 2015).

I fattori di rischio più importanti sono quelli genetici e fisiologici, poiché il disturbo sembra essere ricorrente nelle famiglie in cui esso è già presente.

2.4 Le origini traumatiche dei disturbi del comportamento alimentare

In uno dei loro primi studi, Vanderlinden e Vandereycken (Le origini traumatiche dei disturbi alimentari, 1997) indagarono la relazione tra esperienze traumatiche e fenomeni dissociativi in un gruppo di 98 pazienti affetti da disturbi del comportamento alimentare. Presero in considerazione come situazioni traumatiche, oltre alla violenza sessuale, anche maltrattamenti fisici, completa trascuratezza affettiva, abbandono durante l'infanzia e perdita di un familiare stretto; furono valutate solo le situazioni avvenute prima dell'esordio del disturbo. I risultati mostrarono che le pazienti affette da anoressia nervosa di "tipo misto", le pazienti bulimiche e quelle con disturbi alimentari atipici presentavano percentuali di esperienze traumatiche nettamente alte: rispettivamente il 25%, il 37% e il 58% (in confronto al 12% delle pazienti anoressiche di "tipo restrittivo"). Questi dati sembravano dimostrare l'esistenza di una relazione tra la presenza di un'esperienza traumatica e il tipo di patologia alimentare.

Un secondo studio di Vanderlinden e Vandereycken indagò la relazione fra trauma infantile e la comorbidità psichiatrica in un campione di 80 pazienti affette da disturbi del comportamento alimentare. I dati emersi, innanzitutto, confermarono i risultati del primo studio; inoltre, si scoprì che i soggetti che erano stati vittime di violenza sessuale presentavano una quantità molto più alta di

sintomi psiconevrotici, in particolare ansia, depressione e patologia borderline. Quest'ultima evidenza conferma i risultati di molti studi che dimostrano l'esistenza di un legame tra violenza subita nell'infanzia e conseguenze di natura psichiatrica in adolescenza e nell'età adulta.

Ciò che è risultato dalle due ricerche può essere riassunto in questo modo:

- La violenza sessuale è riportata da un numero consistente di donne affette da disturbi del comportamento alimentare, di cui il 20-50% riporta una storia di violenza infantile.
- La percentuale di violenza sessuale sembra essere più alta nelle pazienti con sintomi bulimici.
- La violenza sessuale è spesso associata a comorbidità, in particolare al disturbo della personalità borderline e ai sintomi dissociativi.
- Non è, comunque, stata ancora dimostrata una connessione specifica e diretta tra violenza sessuale e sviluppo di un disturbo del comportamento alimentare.

Nel 2014, Cimino, Cerniglia, Ballarotto e Campanelli hanno effettuato una ricerca con lo scopo di valutare l'impatto di situazioni stressanti e/o traumatiche sull'esordio di comportamenti alimentari inadeguati in soggetti in età adolescenziale. Essi hanno somministrato tre questionari self-report a un campione scolastico (N=263; 139 femmine e 124 maschi) e a un campione clinico formato da pazienti DCA (N=31; solo femmine), di età compresa tra i 14 e i 20 anni. Tra i risultati ottenuti non emergono differenze significative rispetto al genere, in merito al numero di traumi subiti; mentre emergono riguardo alla tipologia dei traumi e ai comportamenti alimentari messi in atto. Considerando i sintomi dissociativi, sono state riscontrate differenze statisticamente significative fra i due

gruppi, evidenziando quanto questi sintomi siano superiori nei pazienti DCA. Il gruppo clinico, inoltre, riporta un numero maggiore di traumi rispetto a quello di controllo. Infine, all'interno del gruppo clinico, le pazienti con anoressia di "tipo misto", le pazienti bulimiche e quelle con disturbi atipici presentano una percentuale di esperienze traumatiche nettamente più alta rispetto alle anoressiche di "tipo restrittivo". Dunque anche questa recente ricerca conferma quanto evidenziato già da Vanderlinden e Vandereycken.

Secondo il modello multifattoriale di Vanderlinden e Vandereycken (1997) esistono specifici fattori che possono svolgere un ruolo di mediazione tra l'esperienza traumatica subita nell'infanzia e lo sviluppo di una psicopatologia, come sintomi dissociativi e disturbi del comportamento alimentare. I fattori in questione sono:

- La fase evolutiva. Vi è un legame tra l'età in cui ha avuto luogo per la prima volta il trauma e le conseguenze psicologiche. Le esperienze traumatiche subite in età più precoce sembrano essere associate a patologie più gravi.
- Natura della violenza. Le caratteristiche specifiche del trauma possono condizionare la gravità dei problemi psicologici; tra queste vi sono la relazione tra carnefice e vittima, il numero degli autori, la frequenza dell'evento traumatico e il ricorso alla forza fisica.
- La rivelazione della violenza. Un fattore importante è la risposta che la vittima ha ricevuto la prima volta in cui ha rivelato il trauma; soprattutto la reazione dei familiari è fondamentale per la formazione dei disturbi psicopatologici dell'età adulta.
- Variabili familiari. Si ritiene che la struttura familiare caotica possa costituire un elemento di mediazione tra il trauma

infantile e le conseguenze psicologiche e che il sostegno ricevuto dai genitori sia un fattore molto importante per la prognosi del trattamento.

- Eventi della vita. La ricerca suggerisce che i soggetti che hanno subito violenza durante l'infanzia hanno più probabilità di vivere esperienze rivittimizzanti, poiché altri tipi di eventi della vita possono fungere da fattori scatenanti.
- L'immagine di sé. Un importante fattore sembra essere l'immagine di sé negativa, basata sull'autocommiserazione, su una scarsa autostima, sui sensi di colpa e di vergogna. Più i soggetti si incolpano per il trauma subito, più è alta la probabilità che l'esperienza venga dissociata dalla coscienza.

Si può, dunque, concludere che se la vittima riuscirà a integrare l'esperienza traumatica nella propria vita psicologica cosciente, o se la dissocerà, dipenderà dalla combinazione di tutti questi fattori.

Timothy Brewerton, nell'articolo *Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity: Focus on PTSD* (2007), riassume le conclusioni, reperibili in letteratura, riguardanti la relazione tra disturbi del comportamento alimentare e trauma. In primo luogo, è stato stabilito che l'abuso sessuale infantile è un significativo ma non specifico fattore di rischio per i disturbi dell'alimentazione, essendo esso un fattore di rischio anche per altre psicopatologie. Inoltre, lo spettro delle esperienze traumatiche associate ai disturbi del comportamento alimentare è stato esteso: oltre l'abuso sessuale infantile, comprende altre forme di vittimizzazione come stupri, molestie sessuali, aggressioni, abusi emotivi, trascuratezza fisica ed emotiva, canzonature e bullismo. La ricerca suggerisce anche che le storie di vita traumatiche sono molto più comuni in soggetti affetti da bulimia nervosa, anoressia nervosa di "tipo misto", disturbo da binge-eating e

altri disturbi con sintomi bulimici, rispetto ai soggetti affetti da anoressia nervosa di “tipo restrittivo”. Molti studi hanno concluso che i disturbi con sintomi bulimici sono maggiormente associati a episodi traumatici multipli; le donne affette da bulimia nervosa hanno, infatti, riportato più alti livelli di abuso sessuale infantile e una più complessa psicopatologia, rispetto alle donne non bulimiche. Bisogna, però, ricordare che la storia traumatica non è sempre associata a gravità e frequenza dei sintomi, mentre sembra essere significativamente correlata a comorbidità psichiatrica, soprattutto quando è presente un Disturbo Post-Traumatico da Stress.

Infine, Marina Balbo (EMDR e disturbi dell'alimentazione. Tra passato, presente e futuro, 2015) definisce fattori precipitanti quei fattori che aumentano il rischio di sviluppare un disturbo del comportamento alimentare. Tra questi individua il trauma e, più precisamente, cinque esperienze traumatiche: l'abuso sessuale e tutte le situazioni in cui bambini e adolescenti sono coinvolti in attività sessuali; il maltrattamento fisico, cioè l'incuria e gli abusi fisici ai danni di un minore da parte del caregiver; il lutto, le malattie e gli incidenti significativi, vissuti dal minore o da una figura di riferimento; l'abbandono e la separazione dalla figura di attaccamento; i maltrattamenti psicologici, come gli abusi emozionali o gli atteggiamenti di freddezza e ostilità da parte del caregiver.

L'EMDR nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare

3.1 Il protocollo EMDR con i pazienti DCA

Fase uno: anamnesi e raccolta della storia del paziente

La raccolta di informazioni, l'anamnesi, la valutazione del quadro clinico e l'identificazione dei traumi sono attività spesso complesse da svolgere con i pazienti DCA, perché hanno la mente annebbiata dal sintomo e dalle difficoltà metacognitive.

Inizialmente è fondamentale costruire e mantenere una buona relazione terapeutica, che consenta al paziente di lasciarsi prendere per mano durante la terapia. Gli schemi interpersonali disfunzionali creano un'ambivalenza da parte dei pazienti DCA nei confronti degli obiettivi del trattamento; dunque il terapeuta deve essere empatico, deve trasmettere calore, sensibilità, compassione, sincerità, onestà, impegno, accettazione e deve essere molto attento a come il paziente vive la terapia e il terapeuta stesso.

Lo schema disfunzionale che è sempre importante indagare è quello relativo alla vergogna, che porta spesso a percepire il terapeuta come una persona che indaga criticamente, pronto a mettere a nudo il senso di inadeguatezza contro cui il paziente è solito combattere. Nel raccogliere la storia di vita, bisogna allora individuare gli eventi chiave che hanno contribuito all'organizzazione della vergogna nella costruzione del sé. Sembrano essere le esperienze di rifiuto sociale le generatrici della vergogna; alcuni esempi sono le critiche di un genitore, il rifiuto di un amico o di un partner, episodi di bullismo, privazioni, abuso fisico o sessuale. I ricordi "vergogna" possono, dunque, funzionare come ricordi

traumatici che generano intrusione, evitamento e riattivazione delle emozioni dolorose. Sembra inoltre che questi ricordi operino come i ricordi di auto-definizione, costruendo un senso di sé difettoso. Si può, così, pensare che la ricerca della perfezione e del controllo, che è alla base della sintomatologia DCA, abbia origine dalle prime esperienze di vergogna.

In questa fase il paziente DCA, solitamente, è molto diffidente e ricopre un ruolo molto importante il primo colloquio, in cui conta notevolmente l'impressione che il terapeuta dà di sé. Bisogna comprendere, il più in fretta possibile, la natura del disturbo alimentare, la sua gravità e le fasi successive da affrontare. L'indice di massa corporea (BMI) è la prima informazione da sapere per capire se il paziente è in una condizione di pericolo di vita; quando questo parametro ha un valore inferiore a 17.5 è preferibile inviare il paziente a strutture cliniche specializzate. Successivamente si può utilizzare uno strumento diagnostico; l'EDI-2 è quello che si è dimostrato scientificamente più efficace. Essa è una scala progettata da David M. Garner nel 1991 come strumento di autosomministrazione per misurare i comportamenti, i sentimenti e i sintomi fisiologici associati al disturbo; è composta da 91 item la cui risposta è graduata da "sempre" a "mai". Dopo la somministrazione, è necessario esplorare alcune aree per poter poi prendere in carico il paziente: la storia del peso, le abitudini alimentari di una tipica giornata e i metodi di controllo della forma del corpo e del peso. Infine, si stabilisce il contratto terapeutico che, con i pazienti DCA, deve anche comprendere l'importanza della sincerità, ricordando che raccontare bugie perpetua il senso di vergogna.

Una volta esplorata la storia di vita, si comincia a individuare i temi, gli schemi, le credenze che possono diventare potenziali target del trattamento. Nella ricerca dei target è importante esplorare i

ricordi riguardanti i nuclei psicopatologici centrali nella sintomatologia DCA: il perfezionismo, il sistema di autovalutazione disfunzionale e la bassa autostima. Si procede formulando prima un elenco di target che comprende gli episodi del Passato (traumi relativi all'attaccamento, primi episodi in cui il cibo è stato usato in modo disfunzionale, ecc.), poi un elenco di target che rappresentano il modo di funzionare del Presente (abbuffate, rituali di controllo, immagine corporea, ecc.), infine un elenco di target che individuano le situazioni desiderate per il Futuro.

In questa fase è anche importante ricercare le esperienze positive di attaccamento per utilizzarle come risorse, includendo tutte le relazioni positive con animali domestici, membri della famiglia, insegnanti e amici (Balbo, 2015).

Fase due: preparazione del paziente

La psicoeducazione è una componente rilevante nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare; il paziente impara a conoscere il proprio funzionamento, impara a dare un nome ai sintomi e apprende delle tecniche che possono aiutarlo a gestire le emergenze.

Il momento in cui si insegnano le tecniche di mindfulness è altrettanto importante, poiché esse aumentano la consapevolezza del presente e interrompono i meccanismi di fuga messi in atto dai sintomi del disturbo. La mindfulness è utile nella preparazione all'EMDR proprio perché incrementa la capacità del paziente di rimanere in contatto con l'esperienza presente durante il trattamento.

I pazienti DCA sono spesso incapaci di discriminare, esprimere ed elaborare le proprie emozioni. Per questo motivo hanno bisogno di imparare strategie per riconoscerle e regolarle. Per aiutarli a dare un nome alle emozioni si può spiegare loro come ci si sente quando si

prova una determinata emozione, dove la si sente nel corpo e a cosa serve, creando una sorta di “traduttore delle sensazioni del corpo”.

Infine, in questa fase il terapeuta introduce e spiega cos'è e come funziona l'EMDR. Fondamentale è far scegliere al paziente il “posto al sicuro” che rappresenterà un'oasi emotiva utile come aiuto per gestire il materiale disturbante che può insorgere in una seduta o tra due sedute. In mancanza di contenuti positivi nella vita passata o presente, si può chiedere di pensare a un momento in cui il paziente si è sentito accolto nella terapia (Balbo, 2015).

Fase tre: assessment

Il terapeuta identifica per ogni target di lavoro tutti gli elementi a esso associati: immagine, cognizioni, emozioni e sensazioni corporee; in seguito vengono effettuate le misurazioni attraverso le scale SUD e VOC per poi confrontarle con quelle che si otterranno dopo la stimolazione bilaterale.

Indipendentemente dal target scelto, per prima cosa si individua con il paziente l'immagine che rappresenta il ricordo traumatico, nello specifico la parte peggiore dell'evento. Spesso i pazienti DCA fanno fatica a far emergere i dettagli più disturbanti dell'esperienza, dunque il terapeuta può accettare anche un'immagine confusa che riassume il contesto traumatico.

Una volta individuata l'immagine, il paziente viene aiutato a identificare le cognizioni negative che ha di se stesso in quel momento. Queste convinzioni si riferiscono agli ambiti della responsabilità (il suo sentirsi difettoso), della sicurezza (il suo sentirsi vulnerabile) e del controllo (le sue scelte).

Immediatamente dopo, gli si chiede cosa invece vorrebbe pensare di positivo su di sé legato allo stesso evento e si individua, così, la cognizione positiva.

In seguito, il terapeuta fa valutare, tramite la scala VOC, quanto la cognizione positiva è valida rispetto all'immagine; il punteggio ottenuto è utile per capire se e quanto il paziente è influenzato dallo schema cognitivo disfunzionale legato al trauma.

Al ricordo viene fatta collegare l'emozione che si prova nel richiamare l'immagine associata alla cognizione negativa; con i pazienti DCA, che spesso hanno difficoltà a identificare le emozioni, si può utilizzare il "traduttore delle sensazioni corporee".

Al paziente viene anche fatto valutare il disturbo che percepisce attraverso la scala SUD; questa misurazione consentirà al terapeuta di monitorare i cambiamenti che il paziente realizza tra prima e dopo la seduta EMDR. Per evitare che il soggetto si trovi in difficoltà con questa valutazione, si può introdurre il concetto di scala SUD già nella fase psicoeducativa.

Infine, si chiede al paziente di riferire in quale parte del corpo sente il disturbo. Essendo un paziente DCA, non ci si può aspettare una risposta chiara poiché il corpo stesso è per lui un elemento di disturbo e la vergogna e la paura possono bloccare la percezione. Bisogna, dunque, che il terapeuta si fidi di quello che egli riferisce (Balbo, 2015).

Fase quattro: desensibilizzazione

In questa fase è importante ricordare al paziente, affinché la vergogna possa essere gestita, che durante i set di movimenti oculari può lasciare che qualunque cosa emerga, avvenga liberamente; chiedergli che cosa nota, inoltre, facilita la verbalizzazione di nuove informazioni.

Nel caso dei pazienti DCA sono fondamentali i cambiamenti corporei che riferiscono, perché significa che l'elaborazione è un'opportunità per iniziare a percepire il corpo positivamente.

Non è necessario che si assista subito a un decrescere emotivo, proprio perché il paziente non è abituato a sentire in positivo e oppone delle resistenze. Quando, però, le valutazioni positive che emergono sono sempre più adattive è segno che il paziente inizia a prendere distanza emotiva dalla situazione (Balbo, 2015).

Fase cinque: installazione della convinzione positiva

In questa fase del protocollo avviene il consolidamento della cognizione positiva che il paziente ha identificato nella fase di assessment, anche se essa può modificarsi nel corso del trattamento. Non bisogna stupirsi se il paziente DCA non riesce ad affermare che la convinzione positiva ha valore 7; questo fa pensare che forse egli ha bisogno di recuperare delle risorse per potervi credere pienamente. Dunque accettare un 6 o un 6.5 è controproducente; bisogna, invece, condurre il paziente per mano chiedendogli cosa gli serve per credere di andare bene così com'è oppure quale parte del suo corpo non è convinta. Grazie a queste domande si aiuta il paziente a decentrarsi dalla convinzione bloccante sino ad arrivare a una valutazione VOC pari a 7 (Balbo, 2015).

Fase sei: scansione corporea

Per verificare se la rielaborazione del target è avvenuta con successo, si prosegue chiedendo al paziente di focalizzarsi sull'evento e sulla cognizione positiva e, contemporaneamente, di esplorare il proprio corpo per identificare eventuali tensioni residue. Solitamente le sensazioni negative riportate in questa fase possono appartenere a due contesti: possono essere tensioni residue non ancora elaborate collegate al target o possono indicare un trauma pregresso che il paziente non ha riconosciuto emotivamente. In ogni

caso si deve continuare la stimolazione con ulteriori set finché il fastidio corporeo sparisce e il paziente riesce a richiamare il ricordo traumatico senza provare tensione corporea (Balbo, 2015).

Fase sette: chiusura

Alla fine della seduta bisogna ricondurre il paziente a uno stato di equilibrio emotivo, sia che la rielaborazione sia stata completata (SUD 0), sia che non lo sia ancora del tutto. Nella fase di chiusura, il terapeuta ricorda comunque che l'elaborazione potrebbe continuare.

Quando una seduta viene chiusa come incompleta, bisogna essere consapevoli che il materiale che manca per arrivare a 0 è tantissimo e in molti casi è costituito da frammenti dissociati. Il paziente DCA spesso ritiene che non potrà mai arrivare a 0; in queste situazioni non bisogna insistere, si chiude la seduta come incompleta e si rinforzano le reti positive del paziente (Balbo, 2015).

Fase otto: rivalutazione

In questa fase si rivalutano VOC e SUD relativi al target elaborato nella seduta precedente. Se i valori sono ancora, rispettivamente, 0 e 7 si può dedurre che il ricordo sia stato rielaborato con piena consapevolezza cognitiva ed emotiva. Può anche succedere che, nonostante i valori raggiunti, parte del materiale richieda un'ulteriore rielaborazione o di rinforzi positivi (Balbo, 2015).

La prevenzione delle ricadute

Il paziente DCA, per affrontare le eventuali ricadute, ha bisogno in primis di lavorare con il modello del futuro dell'EMDR, attraverso cui "allena" il suo cervello all'innata capacità di problem solving. Egli ha anche bisogno di sapere che potranno esserci eventuali ricadute, ma che il terapeuta sarà sempre una base sicura da cui tornare e con cui

recuperare il successo raggiunto, elaborando con l'EMDR proprio i momenti di ricaduta. Inoltre, il paziente ha bisogno di sapere che i pensieri negativi sul cibo e sul corpo potranno tornare in situazioni stressanti della sua vita; dunque è necessario che recuperi le informazioni apprese durante la fase psicoeducativa, così che possa provare a intervenire autonomamente nelle situazioni di emergenza. Molto importante è, infine, spiegare al paziente la differenza tra scivolata e ricaduta: la scivolata è un momento di difficoltà che si verifica attraverso un'abbuffata o una restrizione di cibo, la ricaduta invece è proprio un tornare a una fase precedente; questa distinzione aiuta il paziente DCA a non dare tutto per perduto nel momento in cui avvenga, appunto, una scivolata.

In questa fase di prevenzione, il terapeuta può richiedere al paziente di individuare le situazioni di rischio che teme possano diventare fonte di una ricaduta. Se ne fa un elenco e si costruisce un modello di gestione delle ricadute, che successivamente viene elaborato con l'EMDR attraverso il modello del presente o del futuro (Balbo, 2015).

3.2 Quando evitare l'esplorazione del trauma

Il terapeuta deve sempre essere consapevole del fatto che la terapia del trauma può diventare una sorta di esperienza di rivittimizzazione. E' necessario, dunque, che egli si assicuri che il paziente non viva una delle seguenti situazioni. Innanzitutto, l'esperienza traumatica non deve continuare durante la terapia; la sicurezza è una condizione indispensabile del lavoro terapeutico e talvolta l'ospedalizzazione può essere necessaria per porre fine all'evento traumatico. Se, poi, il paziente non ha né capacità di gestione né di problem solving, ciò costituisce un impedimento temporaneo a un confronto diretto con il trauma. Quando si

riscontrano casi di amnesia psicogena, per cui il paziente non ricorda alcun fatto in particolare prima di una certa età, il terapeuta deve utilizzare molta cautela nell'esplorare la storia di vita, poiché l'amnesia potrebbe funzionare come aiuto per tollerare un trauma non ancora individuato; molto spesso è meglio rispettare la barriera amnestica. Inoltre è fondamentale comprendere la natura del trauma; quando si ha a che fare con traumi complessi, il terapeuta deve prendere in considerazione le possibili conseguenze negative e dannose che l'esplorazione di esso può avere. Bisogna anche assicurarsi che il paziente abbia un sistema di sostegno affidabile al di fuori dell'ambiente terapeutico; se vive in isolamento o non ha rapporti di fiducia con altre persone vi possono essere delle controindicazioni, tra cui il rischio che il paziente sviluppi una dipendenza eccessiva nei confronti del terapeuta. Infine, molta cautela richiedono i casi di comorbidità; prima di aprire un confronto terapeutico con l'esperienza traumatica è necessario che il paziente abbia riacquisito un sufficiente autocontrollo (Vanderlinden e Vandereycken, 1997).

3.3 Rischi e benefici del trattamento dei DCA con EMDR

Nel 1998, Hudson, Chase e Pope hanno affermato che prima di accettare una nuova terapia, come l'EMDR, nel trattamento dei disturbi del comportamento alimentare, bisognerebbe capire se i suoi benefici sono superiori ai rischi. Essi hanno, per questo motivo, passato in rassegna la letteratura inerente.

Per quanto riguarda i benefici, sono arrivati alla conclusione che, oltre i fattori non specifici, non ci sono evidenze scientifiche del fatto che i movimenti oculari offrano qualche beneficio al trattamento. Al contrario, gli autori hanno identificato tre potenziali rischi. Per prima cosa, l'EMDR si focalizza sulla memoria e fa recuperare ricordi prima

non disponibili al paziente; non è chiaro, però, se questi siano rappresentazioni accurate della realtà o falsi ricordi. Il rischio di produrre ricordi non reali trova ragion d'essere se si pensa che questo trattamento è molto simile a tecniche, come l'ipnosi, associate alla produzione di, appunto, falsi ricordi. In secondo luogo, l'EMDR può dare ai pazienti DCA informazioni errate circa la connessione fra trauma e sintomi specifici del disturbo; infatti, questo trattamento è nato per focalizzarsi sulle esperienze traumatiche, ma non è ancora chiaro se l'abuso sessuale, o altri traumi, abbia un rapporto causale con i disturbi del comportamento alimentare. Infine, secondo gli autori, il terzo rischio è che l'EMDR possa rivelarsi una perdita di tempo, ritardando altri trattamenti di più sicura efficacia; per esempio nel caso della bulimia nervosa e del disturbo da binge-eating molti studi hanno già dimostrato che la terapia cognitivo-comportamentale e i farmaci antidepressivi sono funzionali alla cura.

Nel 2008, invece, Bloomgarden e Calogero hanno condotto uno studio per esaminare l'efficacia dell'EMDR nel trattamento dei disturbi dell'alimentazione. Essi partono dal presupposto che vi sono molti casi che suggeriscono l'efficacia dell'EMDR nel trattamento dei DCA, ma che non vi sono studi sperimentali a riguardo. Gli autori hanno scelto l'immagine negativa del corpo come target e l'hanno fatto per tre ragioni: l'immagine negativa del corpo è associata al fulcro centrale della patologia; essa non implica direttamente una relazione causale fra trauma e DCA; questo sintomo continua a essere presente nei due terzi delle persone che hanno ricevuto un trattamento con successo. Lo studio ha confrontato due campioni: il primo (N=43 donne) sottoposto a un trattamento standard e il secondo (N=43 donne) sottoposto all'EMDR in aggiunta al trattamento standard, valutando i risultati tre e dodici mesi dopo la terapia. I risultati ottenuti hanno dimostrato che i pazienti

appartenenti al campione sperimentale hanno riportato meno sofferenza riguardo ai ricordi della propria immagine corporea e una più bassa insoddisfazione del proprio corpo, anche dopo dodici mesi. Una media di quattro sessioni EMDR sono state sufficienti per ridurre la sofferenza fino a tre e dodici mesi. E', dunque, possibile che per generalizzare questi effetti agli altri sintomi sia necessario effettuare più di quattro sessioni e individuare ulteriori target. In conclusione, le evidenze empiriche riportate dal presente studio suggeriscono che l'EMDR può essere usato per trattare specifici aspetti dei disturbi del comportamento alimentare, come l'immagine negativa del corpo, riportando notevoli benefici.

Un altro studio, questa volta su un caso singolo, (Sophia F. Dziegielewski, LCSW Professor e Pamela Wolfe, 2000) ha indagato l'immagine mentale corporea e l'autostima, reputati fattori chiave per lo sviluppo dei disturbi del comportamento alimentare. Il soggetto è una donna caucasica di 26 anni, considerata normopeso, già familiare al trattamento con EMDR. Per registrare quotidianamente la soddisfazione corporea della paziente è stato usato il Daily Body Satisfaction Log, su una scala che va da 1 ("molto soddisfatta del mio corpo") a 10 ("totalmente insoddisfatta del mio corpo"). La paziente ha avuto istruzione di valutare la sua soddisfazione tre volte al giorno, dopo ogni pasto, per 43 giorni (durata dello studio). Per valutare l'autostima, pre-test e post-test, è stata utilizzata la Self-Esteem Rating Scale (SERS). Invece, per analizzare l'immagine mentale del proprio corpo, pre-test e post-test, gli autori hanno scelto il Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ). Durante la prima seduta, la donna ha eseguito la SERS e il BIAQ come pre-test. In seguito ha iniziato il Daily Body Satisfaction Log e le informazioni ricavate da esso sono state raccolte per 20 giorni, in preparazione alla prima seduta di EMDR. Il soggetto è stato sottoposto a due

sedute EMDR: una, il giorno 21, e l'altra il giorno 28. Il Daily Body Satisfaction Log è continuato per tutti i 43 giorni, a seguito dei quali sono stati somministrati i post-test. Durante le sedute sono emersi ricordi di comportamenti bulimici e di due eventi traumatici, elaborati poi con l'EMDR. I risultati pre-test e post-test indicano un cambiamento per quanto riguarda entrambi i sintomi; il punteggio sull'autostima è passato da -1 a +33 e il punteggio riguardante i comportamenti evitanti da 52 a 41. Anche i dati riportati dal Daily Body Satisfaction Log riportano una minore insoddisfazione corporea in seguito alle sedute EMDR. Questi tre indicatori sembrano supportare l'ipotesi che l'EMDR è uno strumento efficace per migliorare l'immagine mentale corporea e l'autostima. E', inoltre, possibile pensare che altre sedute avrebbero potuto migliorare il trattamento; ma i buoni risultati raggiunti dopo solo due sedute dimostrano che l'EMDR è valido anche per la rapidità di intervento, aspetto che assume un'importanza particolare in una società in cui si è chiamati a fare di più, in meno tempo, per meno soldi, ma comunque in modo efficace.

Per concludere si può affermare che, mentre l'EMDR ha una base teorica e ricerche empiriche di supporto per quanto riguarda l'efficacia nel trattamento del DPTS, i terapeuti sono ora propensi a comprendere se la stessa efficacia si può ottenere con altri disturbi, come i DCA. L'articolo *Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Innovative Clinical Applications* (Protinsky, Sparks, Flemke, 2001) tratta proprio di queste nuove frontiere in campo clinico per il metodo EMDR. Gli autori, infatti, ritengono che sia certamente necessario acquisire una buona base teorica, ricavabile dalle teorie di Shapiro, ma che l'espansione del modello sia ormai inevitabile. Essi credono che l'EMDR possa essere un solido terreno dal quale partire per esplorare e migliorare l'efficacia dei trattamenti

per il DPTS e per una varietà di altri problemi psicologici, come fobie, dispareunia, depressione, ansia e disturbi del comportamento alimentare. L'obiettivo è di esplorare le nuove frontiere dell'EMDR con ricerche scientifiche per supportare l'esperienza clinica dei terapeuti, che sembra già affermare la funzionalità di questo trattamento nelle terapie dei disturbi sopra citati.

Intervista alla Dottoressa Marina Balbo

La Dottoressa Balbo è direttore del Centro Studi e Ricerca “Victor Meyer” di Asti, presso il quale svolge attività di psicoterapia. Nell’ambito dell’Associazione Italiana per l’EMDR è socio fondatore, vicepresidente del Consiglio Direttivo Nazionale, supervisore e co-trainer. E’ anche docente e supervisore dell’AIAMC (Associazione Italiana di Analisi e Modificazione del Comportamento e Terapia Comportamentale e Cognitiva). Tra i suoi principali ambiti di interesse e di ricerca vi sono i disturbi del comportamento alimentare. Nel 2015 ha, inoltre, pubblicato il volume *EMDR e disturbi dell’alimentazione. Tra passato, presente e futuro*, un testo che parte dalla visione teorica d’insieme dei disturbi dell’alimentazione, per poi riporre particolare attenzione all’EMDR.

La presente intervista si è dimostrata un’importante occasione di dialogo, con riferimento agli argomenti fin qui trattati. In particolar modo, sono state considerate e approfondite le questioni cliniche che sembrano essere le più specifiche, ma anche le più critiche, per i disturbi alimentari.

Il modello scelto è l’intervista discorsiva guidata (Cardano, 2003), una tecnica di ricerca qualitativa, la cui caratteristica principale è la possibilità dell’intervistato di rispondere alle domande con parole sue, costruendo nel modo a lui più congeniale le argomentazioni. L’intervista è detta guidata, poiché l’intervistatore la conduce seguendo una traccia, che raccoglie un insieme di temi disposti in un ordine dato, ma permette all’intervistato di sviluppare il discorso in piena libertà.

1. La tipologia di trauma più comunemente riscontrata nei pazienti DCA.

Nei pazienti DCA si riscontrano sia Traumi con la “T” maiuscola che traumi con la “t” minuscola. Per quanto riguarda la prima tipologia, spesso si osservano esperienze di abusi, lutti, perdite e separazioni. In merito alla seconda tipologia, invece, si riscontrano traumi legati all'identità, al valore, piccole esperienze traumatiche ripetute nel tempo; un esempio sono gli attacchi al corpo (denigrazioni riguardanti l'aspetto fisico), che possono subire bambini e adolescenti in una fase dello sviluppo in cui sono già molto vulnerabili, che vengono considerati veri e propri maltrattamenti psicologici. I DCA, dunque, insorgono in momenti di criticità ed è per questo che l'EMDR, che lavora proprio sulle esperienze critiche del passato, del presente e prepara al futuro, è un metodo molto indicato.

2. I criteri di evitamento dell'esplorazione del trauma nei pazienti DCA.

Non esistono veri e propri criteri. Servono molta esperienza clinica e un buon colloquio clinico per comprendere quando il paziente evita di parlare del trauma o addirittura dissocia inconsapevolmente dall'esperienza traumatica (dissociazione come conseguenza). Il terapeuta non deve, dunque, evitare l'esplorazione del trauma, ma per attuare il trattamento deve assicurarsi che vi sia una forte relazione terapeutica. Questa è la maggiore criticità; se vi è una forte e adeguata relazione terapeutica tutto diventa più accessibile e, quindi, meno critico.

3. Le criticità della scansione corporea nei pazienti DCA.

Le criticità della scansione corporea non sono dovute alla sintomatologia DCA, ma alla difficoltà del paziente di elaborare completamente l'esperienza traumatica. Si tratta, dunque, di lavorare sul corpo con varie modalità terapeutiche per permettere l'elaborazione delle memorie corporee residue.

4. "Utilizzare l'EMDR col presente e col futuro": l'individuazione di target presenti e futuri da trattare.

Solitamente il terapeuta inizia a lavorare con l'EMDR sul passato, cioè utilizzando come target le esperienze traumatiche emerse durante il racconto della storia di vita del paziente. Nel caso in cui, però, vi fosse un Trauma con la "T" maiuscola avvenuto nella storia recente, con un esito di DPTS, esso diventerebbe il primo target da trattare. Lavorare sul presente vuol dire, invece, lavorare sui sintomi e quindi sulla sintomatologia specifica di ogni DCA. Utilizzare l'EMDR col futuro comprende la prevenzione delle ricadute, cioè rappresenta la sfida col futuro che il paziente deve affrontare.

5. L'eventuale plusvalore dell'EMDR nel trattamento delle ricadute.

L'EMDR ha un grande ruolo nel prevenire e nel trattare le ricadute. Tutto, però, dipende dal piano terapeutico costruito dal terapeuta e da quanto la sua preparazione è approfondita e puntuale. Non è scontato conoscere bene l'EMDR e saper fare un adeguato piano terapeutico; è per questo che l'associazione EMDR Italia propone nella formazione le supervisioni. Una buona terapia prevede le ricadute e prepara il paziente a questo col lavoro sul futuro; quando il paziente

richiama il terapeuta a seguito di una ricaduta si può dire che la terapia ha avuto successo, in quanto la relazione terapeutica è sufficientemente forte e il terapeuta avrà ora l'occasione di lavorare sui frammenti traumatici che prima non potevano emergere. Per fare ciò utilizzerà l'EMDR col presente.

6. La fattibilità dell'inserimento di tranches di trattamento EMDR in percorsi terapeutici per pazienti DCA che si rifanno a un modello psicodinamico.

L'inserimento di tranches di trattamento EMDR in percorsi di altre psicoterapie, come potrebbero essere quelle che si rifanno a un modello psicodinamico, è assolutamente fattibile e spesso avviene, poiché l'EMDR consente di elaborare completamente le esperienze traumatiche anche con il corpo, parte che molti altri modelli trascurano.

7. Le criticità principali dell'applicazione dell'EMDR nei pazienti DCA.

L'unica criticità è la non preparazione del terapeuta e la sua incapacità nel formulare un piano terapeutico adeguato. Non esiste paziente con cui, se ben preparato e istruito (fase due del protocollo), non si possa utilizzare l'EMDR. I DCA oppongono una forte resistenza a qualsiasi trattamento; dunque solo con una forte relazione terapeutica, come già detto, si può portare il paziente a fidarsi e a farsi avvicinare dal trattamento.

8. I dati sull'efficacia dell'EMDR nei pazienti DCA.

Ricerche sull'anoressia hanno già dato risultati a favore dell'efficacia dell'EMDR. Un nuovo studio sulla bulimia ha appena ottenuto l'autorizzazione dal comitato etico (*Bulimia. Un disegno sperimentale randomizzato e controllato sull'efficacia dell'EMDR applicato alla bulimia nervosa.*). Dunque, i dati sull'efficacia dell'EMDR nel trattamento dei DCA esistono già, il lavoro che viene fatto ora è quello di sistematizzare i risultati per i singoli disturbi.

Conclusione

A conclusione di questa tesi, è bene fare alcune considerazioni per comprendere il motivo dell'attenzione riservata all'argomento. L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing è un approccio terapeutico che, nei trent'anni dalla sua scoperta da parte di Francine Shapiro, ha ottenuto sempre più conferme scientifiche per il trattamento dei traumi. Nel 2003 è stato riconosciuto come metodo evidence based per il trattamento dei disturbi traumatici dal nostro Ministero della Salute e nel 2013 l'Organizzazione Mondiale della Sanità lo ha riconosciuto come trattamento efficace per la cura del trauma e dei disturbi a esso correlati (www.emdr.it).

E', dunque, sembrato opportuno dedicare ampio spazio alla spiegazione di cosa questo metodo effettivamente sia. L'EMDR è molto complesso, composto da un protocollo abbastanza rigido di otto fasi e basato sul modello dell'Elaborazione Adattiva dell'Informazione, la cui vaghezza complica ulteriormente il metodo. Nonostante i riscontri scientifici ottenuti negli ultimi anni, l'EMDR è ancora spesso occasione di dibattito, poiché alcuni studiosi sostengono che ci sono delle questioni da chiarire, come la stimolazione bilaterale, i meccanismi specifici e quelli non specifici, la sua efficacia rispetto ad altri trattamenti, ecc. Un punto di forza sembra, invece, essere la sua integrabilità con la maggior parte degli approcci teorici presenti attualmente nell'ambito clinico; questo è dovuto al fatto che l'EMDR si focalizza su aspetti, quali emozioni, corpo, cognizioni e immagini, che sono trasversali a tutte le psicoterapie. Si possono, così, comprendere le valide ragioni che spingono i difensori dell'EMDR a utilizzarlo come eccellente metodo, ma anche le motivazioni per cui gli oppositori ritengono che siano imprescindibili ulteriori ricerche per districare i nodi rimasti.

Una volta ottenuta una visione d'insieme riguardante l'EMDR, ci si può soffermare sull'ipotesi principale della tesi: i disturbi del comportamento alimentare possono avere un'origine traumatica e, di conseguenza, possono essere trattati con l'EMDR. Grazie a una breve descrizione dei tre principali DCA, anoressia nervosa, bulimia nervosa e disturbo da binge-eating, si può ottenere un quadro generico di quali sono le cause e i sintomi presenti nelle persone affette. Esaminando, poi, una rassegna dei principali studi che hanno avuto come obiettivo proprio quello di comprendere se i disturbi dell'alimentazione hanno origini traumatiche e se la comorbidità con i disturbi dissociativi deriva da questo, si possono ottenere le seguenti conclusioni: un'alta percentuale dei pazienti DCA riporta una storia traumatica, ma essa sembra essere presente soprattutto nei casi di bulimia nervosa o di disturbi con sintomi bulimici, e i traumi sono spesso associati a comorbidità. Nonostante ciò, è importante ricordare che non è ancora stata dimostrata causalità fra trauma e DCA. Le esperienze traumatiche che sembrano essere maggiormente correlate allo sviluppo di un disturbo dell'alimentazione sono: l'abuso sessuale e tutte le situazioni in cui bambini e adolescenti sono coinvolti in attività sessuali; il maltrattamento fisico; il lutto, le malattie e gli incidenti significativi, vissuti dal minore o da una figura di riferimento; l'abbandono e la separazione dalla figura di attaccamento; i maltrattamenti psicologici. Infine, sono risultati importanti per l'evoluzione della patologia alcuni fattori, quali la fase evolutiva in cui ha avuto per la prima volta luogo l'esperienza traumatica; le caratteristiche specifiche del trauma, tra cui la relazione tra carnefice e vittima, il numero degli autori, la frequenza e il ricorso alla forza fisica; la risposta che la vittima ha ricevuto quando ha rivelato per la prima volta il trauma; le variabili familiari; gli eventi della vita; l'immagine di sé.

La diretta conseguenza dell'ipotesi fin qui avanzata è la possibilità di trattare i DCA con l'EMDR. Dalla letteratura esaminata, si evince che il metodo diventa ancora più complesso quando si ha a che fare con questi disturbi, già di per sé di difficile trattamento. Risulta essenziale, per il terapeuta, dare la giusta importanza a ogni singola fase del protocollo e mantenere l'attenzione sul fatto che gli schemi interpersonali disfunzionali del paziente rendono il suo atteggiamento, nei confronti della terapia, ambivalente. Durante tutto il trattamento, il terapeuta deve, inoltre, focalizzarsi sui nuclei psicopatologici centrali nella sintomatologia DCA: il perfezionismo, il sistema di autovalutazione disfunzionale e la bassa autostima. Solo in questo modo l'EMDR sarà realmente applicato al disturbo del paziente. Sembrano, però, anche esserci situazioni in cui è meglio evitare l'esplorazione del trauma. Infatti, nonostante l'EMDR risulti efficace, si è concluso che non sempre è consigliato portare il paziente a rivivere i traumi che possono aver dato origine alla sua patologia. In alcune circostanze questo comporterebbe una rivittimizzazione. Le situazioni in cui muoversi con cautela sono la persistenza dell'esperienza traumatica, l'incapacità di gestione e la mancanza di problem solving del paziente, i casi di amnesia psicogena, la presenza di traumi complessi, la mancanza di un sistema di sostegno affidabile al di fuori dell'ambiente terapeutico e i casi di comorbidità. Infine, confrontando i benefici e i rischi del trattamento dei pazienti DCA con EMDR, si evidenzia che questo metodo non sembra ancora mettere d'accordo l'intera comunità scientifica, soprattutto quando si tratta di nuove frontiere di trattamento come, appunto, i disturbi del comportamento alimentare. Dalla maggior parte degli studi riportati emerge, però, che l'EMDR apporta effetti significativi sui principali sintomi DCA, tanto da mettere in secondo piano i possibili rischi, e ha una rapidità di intervento che

può giovare ai casi in cui la terapia non può essere troppo lunga. Tutti gli studi, comunque, affermano che è necessario continuare la ricerca scientifica per esplorare e comprendere sempre meglio l'EMDR e per studiare in quali altri ambiti clinici può essere una risorsa.

A conclusione dell'intero lavoro è posta l'intervista alla dottoressa Marina Balbo, che si è prestata a chiarire alcuni aspetti critici trattati nel corso della tesi. La dottoressa ha parlato della tipologia di traumi che più frequentemente si riscontra nei DCA, dell'evitamento dell'esplorazione del trauma, della scansione corporea, del metodo EMDR utilizzato col presente e col futuro, della prevenzione e del trattamento delle ricadute, dell'inserimento di tranches di EMDR in qualsiasi tipo di psicoterapia, dell'importanza della preparazione del terapeuta e di un buon piano terapeutico, dei dati sull'efficacia dell'EMDR nel trattamento dei DCA. Il suo prezioso intervento ha permesso di ribadire certamente la complessità del metodo, ma soprattutto l'utilità, l'importanza e il valore che i clinici riscontrano quotidianamente. Tutto ciò consente di rispondere all'interrogativo formulato inizialmente, sostenendo che nella pratica clinica l'Eye Movement Desensitization and Reprocessing è un efficace metodo psicoterapeutico per trattare i disturbi del comportamento alimentare; attualmente la comunità scientifica si pone come importante obiettivo la sistematizzazione dei dati, in modo da poter ottenere ulteriori conferme scientifiche.

Bibliografia

American Psychiatric Association (2014). *DSM-5. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2014.

Balbo, M. (2006). *EMDR: uno strumento di dialogo fra le psicoterapie*. Milano: McGraw-Hill.

Balbo, M. (2015). *EMDR e disturbi dell'alimentazione. Tra passato, presente e futuro*. Prato: Giunti Editore S.p.A.

Bloomgarden, A., e Calogero, R. M. (2008). A Randomized Experimental Test of the Efficacy of EMDR Treatment on Negative Body Image in Eating Disorder Inpatients. *Eating disorders*, 16 (5), 418-427.

Brewerton, T. D. (2007). Eating Disorders, Trauma, and Comorbidity: Focus on PTSD. *Eating Disorders*, 15 (4), 285-304.

Cardano, M. (2003). *Tecniche di ricerca qualitativa. Percorsi di ricerca nelle scienze sociali*. Roma: Carocci Editore S.p.a.

Cimino, S., Cerniglia, L., Ballarotto, G., e Campanelli, M. (2014). Il ruolo di esperienze traumatiche e di vissuti dissociativi nello sviluppo di disturbi del comportamento alimentare in adolescenza: uno studio empirico. *Rassegna di psicologia*, 1 (gennaio-aprile), 39-56.

Croitoru, T. (2015). *EMDR Revolution. Cambiare la propria vita un ricordo alla volta*. Tr. it. Milano: Mimesis Edizioni, 2015.

Dworkin, M. (2005). *La relazione terapeutica nel trattamento EMDR*. Tr. it. Milano: Raffaello Cortina Editore, 2010.

Dziegielewska, S. F., LCSW Professor, e Wolfe, P. (2000). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) as a Time-Limited Treatment Intervention for Body Image Disturbance and Self-Esteem. *Journal of Psychotherapy in Independent Practice*, 1 (3), 1-16.

Giusti, S., e Giannini, M. (2012). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): un'analisi critica. *Giornale italiano di psicologia*, 4 (dicembre), 795-818.

Hudson, J. I., Chase, E. A., e Pope, H. J. (1998). Eye Movement Desensitization and Reprocessing in Eating Disorders: Caution Against Premature Acceptance. *The International journal of eating disorders*, 23 (1), 1-5.

Ironson, G., Freund, B., Strauss, J. L., e Williams, J. (2002). Comparison of Two Treatments for Traumatic Stress: A Community-Based Study of EMDR and Prolonged Exposure. *Journal of Clinical Psychology*, 58 (1), 113-128.

Liotti, G., e Farina, B. (2011). *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Milano: Raffaello Cortina Editore.

Protinsky, H., Sparks, J., e Flemke, K. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Innovative Clinical Applications. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 31 (2), 125-135.

Shapiro, F., e Silk Forrest, M. (1997). *EMDR. Una terapia innovativa per il superamento dell'ansia, dello stress e dei disturbi di origine traumatica*. Tr. it. Roma: Casa Editrice Astrolabio – Ubaldini Editore, 1998.

Taylor, S. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Current Debates and Comparative Efficacy. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 7 (2), 169-178.

Vanderlinden, J., e Vandereycken, W. (1997). *Le origini traumatiche dei disturbi alimentari*. Tr. it. Roma: Casa Editrice Astrolabio – Ubaldini Editore, 1998.

Sitografia

<http://www.emdr.it>