

Gianfranco Ravaglia

E.M.D.R. e percorso analitico
(2003)

Per tornare alla Home Page cliccare qui:

<http://www.risorse-psicoterapia.org>

INDICE

Considerazioni preliminari

Capitolo 1.

EMDR: desensibilizzazione e rielaborazione

- 1a) La tecnica
- 1b) Irriducibilità ad altre tecniche

Capitolo 2.

Riflessioni sull'utilizzazione dell'EMDR nelle sedute

- 2a) Note sulla capacità autoriparativa della mente
- 2b) Traumi e organizzazione difensiva della personalità
- 2c) Situazioni difficili con clienti che presentano D.I.
- 2d) Deviazioni dal protocollo di lavoro

Capitolo 3.

Psicoterapia "evidence based"

- 3a) Presupposti del movimento EST
- 3b) Alternative alle "evidenze" del movimento EST
- 3c) Il cambiamento: "effetto della terapia" o "ridecisione"?

Capitolo 4.

EMDR e approcci "evidence based"

- 4a) Rilassamento
- 4b) Desensibilizzazione
- 4c) "Installazione di risorse"

Conclusioni

Riferimenti bibliografici

Considerazioni preliminari

Questo saggio è scritto principalmente per i colleghi che conoscono e praticano approcci analitici centrati sull'analisi dell'intenzionalità difensiva e per i colleghi che conoscono e praticano l'EMDR. Ai primi desidero proporre alcune riflessioni sull'EMDR, che è una tecnica psicoterapeutica decisamente estranea alla logica analitica, ma che ha degli aspetti molto positivi; ai secondi desidero offrire alcune considerazioni presumibilmente estranee alla loro formazione, dato che l'EMDR interessa in modo particolare chi fa psicoterapia in un'ottica non analitica.

La mia ormai consolidata irriducibilità al riduzionismo in psicoterapia (che gli approcci "*evidence based*" stanno di recente trasformando in una sorta di "religione scienziata e tecnicista") mi porterebbe ad ignorare o combattere intellettualmente anche l'EMDR che per certi aspetti costituisce la punta avanzata della psicoterapia "impersonale"; tuttavia, non mi sento di oppormi all'EMDR così come mi sono opposto alla psicoterapia comportamentale, alla PNL, a varie "psicoterapie brevi" o "sistemiche". Preferisco in questo caso cercare una possibile integrazione perché ritengo che l'EMDR sia un approccio *così radicalmente tecnico da poter essere sganciato da una "logica tecnicistica"* e possa quindi essere inserito in un orizzonte teorico complesso e orientato al raggiungimento di cambiamenti profondi.

Chiarito il senso di questo lavoro, devo precisare che non voglio ripetere troppe idee già sviluppate da me in altre pubblicazioni (Ravaglia, 1996) ed in altri saggi presenti in questo sito; non voglio nemmeno dedicare troppo spazio alla presentazione dell'EMDR, poiché tale tecnica psicoterapeutica è esposta in ottimi manuali facilmente reperibili (Shapiro, 1995; Shapiro-Forrest, 1997; Greenwald, 1999).

In questo lavoro non mi occuperò degli interventi brevi e d'emergenza rivolti a persone recentemente traumatizzate, nell'ambito dei quali l'EMDR ha ottenuto una meritata fama, ma mi occuperò soprattutto della possibile integrazione dell'EMDR nel lavoro analitico condotto con clienti che non hanno avuto traumi recenti e che hanno piuttosto sperimentato quella traumatizzazione apparentemente non grave costituita dalla crescita in un ambiente familiare patologico o terribilmente "normale".

Cercherò di chiarire per quali motivi considero l'EMDR uno strumento prezioso se utilizzato nell'ambito di una strategia analitica centrata sull'analisi dell'intenzionalità difensiva ed anche un approccio discutibile se collocato in una logica psicoterapeutica causalistica e tecnicistica.

L'approccio analitico a cui faccio riferimento quando parlo dell'*analisi dell'intenzionalità difensiva e dell'elaborazione dei vissuti non integrati*, non è un "metodo codificato", né l'applicazione di una teoria proposta da una scuola di psicoterapia, ma costituisce un orientamento manifestato da autori appartenenti a varie scuole o "aree" della psicoterapia (psicoterapia umanistica, psicoanalisi, psicoterapia corporea, Gestalt Therapy, Analisi Transazionale, psicoterapia cognitiva, psicoterapia esistenziale). Autori diversissimi hanno compreso le difese individuali come *azioni* e quindi come aspetti *intenzionali* (non consci) anziché come effetti di conflitti intrapsichici o come difetti di maturazione o come apprendimenti "errati". Hanno quindi concepito *il cliente come un soggetto attivo nella creazione, nell'espressione e nel mantenimento di un dato rapporto con la realtà e non come un individuo malato da curare*. Hanno inoltre concepito il lavoro analitico come un percorso finalizzato alla rielaborazione dei vissuti non integrati ed alla scelta di un altro modo di affrontare l'esistenza personale, anziché come una "terapia" finalizzata al "rilassamento" o al "benessere".

Scopo della psicoterapia non è quindi, in questa prospettiva, la "cura" di "patologie" di cui i clienti sarebbero "affetti", ma la chiarificazione delle modalità difensive di azione e reazione; una volta chiarito che i clienti hanno costruito nell'infanzia (inconsapevolmente) modalità difensive finalizzate all'evitamento di particolari emozioni penose, allora intollerabili, il percorso analitico favorisce il confronto con tali vissuti permettendo di riclassificarli come tollerabili e significativi. Tale lavoro è veramente completo quando le persone accettano non solo il dolore del loro passato, ma accettano la dimensione del dolore anche nella loro vita presente e futura, riconoscendo che *una vita ben vissuta non può essere semplicemente "appagante", ma può essere una vita emotivamente ricca ed aperta sia al dolore inevitabile, sia a quei livelli profondi di gioia e felicità che "normalmente" non vengono sperimentati proprio grazie alle strategie difensive costruite nell'infanzia*.

L'accettazione in tutta la sua intensità della dimensione emozionale personale *rende superflue le difese* e rende possibile un modo di vivere "adulto" che in genere viene bloccato *sia* dalle persone ufficialmente "nevrotiche", *sia* da quelle che pur essendo "normali" vivono al di sotto delle loro potenzialità di contatto e di espressione.

Il filone "intenzionalista", in psicoterapia, è caratterizzato da alcuni essenziali principi guida, che ora elenco.

a. L'assoluto *rispetto per la persona*, non solo nel senso dell'etica professionale, ma nel senso di un pieno riconoscimento dell'unicità del soggetto in analisi e della sua irriducibilità a qualsiasi schema diagnostico.

b. Il riconoscimento della completa *responsabilità personale* (consapevole o inconsapevole) del cliente nella costruzione dei suoi particolari sintomi, che vengono quindi considerati come aspetti superficiali di un globale e personalissimo progetto di vita.

c. La teorizzazione dei disturbi psicologici *al livello d'analisi della persona* intesa come totalità. Ciò equivale al rifiuto di qualsiasi teorizzazione fatta a livello d'analisi intrapsichico (tipico di molte "psicoterapie dinamiche") o comportamentale o fisiologico o interpersonale; in questo senso, la teoria di riferimento è orientata a chiarire ciò che la persona *fa*, per quali *ragioni* agisce (sia costruttivamente che difensivamente) e quali emozioni teme ed evita irrazionalmente. La teoria non deve spiegare "a causa di quale guasto nel meccanismo" o "a causa di quale disfunzione familiare" una persona esibisce determinati sintomi. La persona è intesa come soggetto che vive, sente, pensa e agisce (e che può ridecidere molte cose); non è intesa come un insieme di "pezzi" psichici o somatici o energetici; non è intesa nemmeno come semplice "pezzo" di un meccanismo sociale più ampio (la coppia o la famiglia di origine); non è intesa nemmeno come macchina comportamentale che essendo stata condizionata malamente può essere ricondizionata in modi migliori.

d. *Il rifiuto del modello causale in psicoterapia*. Tale rifiuto (che costituisce un aspetto o risvolto del punto c) non è ideologico, ma deriva da una rigorosa riflessione sull'originarsi dei disturbi e sul manifestarsi dei profondi cambiamenti nel corso dell'analisi. Le difese individuali (e quindi anche i sintomi e le strutture caratteriali) sono concepite non come semplici patologie, ma come risposte *creative* del soggetto a situazioni eccessivamente frustranti. In tale prospettiva sono azioni, atti intenzionali adattivi in quanto permettono (nell'infanzia) la sopravvivenza psicologica in assenza di adeguate forme di nutrimento e protezione sul piano affettivo. Esse nella vita adulta diventano irrazionali semplicemente perché costituiscono modalità rigide di risposta e riducono il contatto emotivo. Se proteggevano il bambino da situazioni allora intollerabili continuano ad essere attive anche negli anni in cui è presente la capacità di aderire sul piano cognitivo ed emozionale alla realtà così come è, cioè sia meravigliosa, sia terribile. Gli adulti hanno infatti risorse sufficienti per fare il "lavoro del lutto", ovvero per elaborare processi dolorosi accettandone l'inevitabilità ed esprimendo compiutamente il dolore con il pianto (non con piagnistei vittimistici o depressivi o comunque rabbiosi). In altre parole, le difese sono una creazione geniale con cui il bambino riesce a proteggersi, ma essendo "senza scadenza", permangono nella vita adulta come limitazioni, alterazioni o manifestazioni distruttive.

e. La considerazione del lavoro analitico come un *processo di chiarificazione di ciò che il cliente fa*, anche quando sente e crede di "non riuscire a fare" qualcosa o di "non poter evitare di fare qualcosa". Tale chiarificazione si sviluppa anche come scoperta delle ragioni per cui il cliente agisce in certi modi. Tali ragioni, sempre uniche e personalissime sono comunque riconducibili all'evitamento di vissuti molto dolorosi, percepiti erroneamente come ancora insostenibili.

f. La considerazione del lavoro analitico come un processo che (dopo l'attività di chiarificazione del punto e) conduce alla *rielaborazione cognitiva ed all'espressione emozionale dei vissuti dolorosi non integrati nell'infanzia*. In tale fase, il percorso analitico comporta il contatto con emozioni molto profonde ed è *assolutamente ingestibile se l'analista non ha fatto un approfondito percorso analitico personale e quindi non è in grado di distinguere perfettamente le espressioni emotive autentiche da quelle difensive*.

Non è possibile scrivere in poche righe una sintesi davvero soddisfacente dell'approccio "intenzionalista" nella psicoterapia contemporanea. Nel saggio *L'intenzione ritrovata* (pubblicato in versione parziale nel 2000 sulla rivista telematica *Psychomedia* e presente in questo sito in una versione completa, articolata e ricca di esempi clinici) ho cercato di presentare il filo conduttore del lavoro analitico consistente nella chiarificazione sul piano cognitivo delle operazioni difensive e nell'elaborazione di esperienze emozionali intense non integrate. Per un'approfondita esposizione di questi temi rinvio quindi a tale saggio.

Vorrei ora fare solo alcuni cenni ad un lavoro analitico svolto con una cliente che chiamerò Gianna, perché tale breve sintesi ragionata può chiarire meglio la differenza fra un percorso analitico e un (discutibile) approccio "terapeutico".

Una donna trentacinquenne, divorziata da molti anni, separata da un compagno che l'aveva molto delusa e sola da tre anni, mi chiese un colloquio perché dopo un intervento al seno era in chemioterapia e non riusciva a gestire bene la sua situazione. Entro circa cinque mesi avrebbe saputo se con la chemioterapia avrebbe ottenuto i risultati sperati o se sarebbe stata praticamente alla fine della sua giovane vita. Ciò che però occupava i suoi pensieri e che impegnava i suoi sentimenti non era il fatto di doversi confrontare con la

possibilità di morire presto, ma la necessità di fare esperienze che contraddicevano l'immagine di persona "forte, sana e autonoma" che si era costruita. Era insofferente al "gruppo di autoaiuto" offerto dall'ospedale per le persone nella sua condizione e mi disse: "Forse è presunzione, ma non mi va il Club delle cancerose". Nel colloquio iniziale chiarimmo che si impediva un confronto realistico con la realtà (obiettivamente gravissima) perché innamorata irrazionalmente di un'immagine irrealistica di sé. Le feci notare che aveva utilizzato persino certe letture di impostazione "olistica" per considerarsi in qualche modo "responsabile" della sua malattia e che con questa lettura personalissima di interessanti teorie sui rapporti fra malattia fisica e atteggiamenti psicologici stava solo salvando la propria "onnipotenza" (cioè l'idea di essere capace di farsi "autonomamente" tutto il male possibile e tutto il bene possibile). Stava cioè negando che certe sofferenze non dipendono da noi, ma dagli altri, dalla realtà oggettiva o dal caso e che quindi siamo anche dipendenti, vulnerabili, "piccoli" e non soltanto "bravi oppure coglioni". Le dissi che non avrei potuto aiutarla a diventare "quella di prima" e che se a lei non andava bene il "Club delle cancerose" a me non andava bene nessun club, nemmeno quello delle donne "brave e sane".

Lavorando sulla sua identità fasulla (molto bene e molto velocemente anche perché la situazione ovviamente drammatica ed "incalzante" la motivava a spremere al massimo il lavoro delle sedute), chiarimmo che la sua pseudo-autonomia (o pseudo-forza o pseudo-salute) era la sua risposta difensiva a vissuti di abbandono e solitudine molto profondi e non elaborati. Lavorando sulle marcate tensioni della sua bocca, Gianna sperimentò delle situazioni fisiche ed emozionali molto precoci e presumibilmente preverbali (in quanto "difficili da tradurre in parole") di completo smarrimento, impotenza, "inconsistenza" e mancanza di sostegno e contatto fisico. Questo la aiutò ad accettare di essere una persona; non una "persona malata", ma nemmeno una "persona forte". Una persona che ora era malata, in cura ed in pericolo di vita, con tutto il dolore che ciò comportava attualmente e con tutto il dolore relativo ad un'infanzia devastata dalla solitudine.

La chemioterapia ha dato risultati buoni, una terapia omeopatica e naturale svolta con un medico molto competente ha ridotto i danni della chemioterapia e ora questa persona, oltre che essere viva ha rispetto per la sua vita. Piange con relativa facilità per molte piccole cose che le ricordano il suo passato di bambina dipendente e rifiutata, ma gioisce realmente per il fatto di essere la persona che è.

Già il colloquio rendeva possibile la comprensione del fatto che questa persona non era "malata" (sul piano psicologico) e non era da "curare". Gianna non "aveva" alcun "disturbo": faceva da trent'anni qualcosa allo scopo preciso di sentire poco. Messa alle strette dalla malattia oggettiva ha cominciato a fare altre cose. Nel suo percorso analitico ha capito cosa *faceva* ed ha sentito ed espresso i suoi vissuti da sempre temuti e ignorati. Ciò le ha dato la possibilità di cambiare la sua strategia di vita e di vivere *per vivere* anziché *per non soffrire*. La sua ridecisione è stata positiva non tanto sul piano dello "star bene", ma sul piano dell'*essere con se stessa*, del *rispettare la sua esistenza*. Prima dell'analisi soffriva nevroticamente ed ora soffre umanamente perché la vita umana è piena di gioia, ma anche di sofferenza. Prima dell'analisi aveva gioito illusoriamente per la soddisfazione di essere "un tipo di persona" che in realtà non era; dopo l'analisi ha iniziato a gioire per il fatto di essere viva e per il fatto di amare se stessa, altre persone e la vita. Il cambiamento è stato qualitativo, non quantitativo: soffriva e gioiva prima e soffre e gioisce ora. Sul piano quantitativo non è cambiato nulla. La psicoterapia però non dovrebbe essere un lavoro contabile, ma un percorso umano e proprio per questo io e Gianna siamo soddisfatti del lavoro svolto.

Qualsiasi orientamento psicoterapeutico volto a ridurre l'ansia per le sedute di chemioterapia, magari inducendo stati artificiali di rilassamento mentre immaginava il "Club delle cancerose" o volto a rassicurarla sul fatto che molte volte la chemioterapia funziona o volto a farle comprendere che se anche aveva cellule malate aveva delle ossa molto sane, sarebbe stata per lo meno discutibile, anche se avesse dato risultati "*evidence-based*" sul piano della riduzione dell'ansia. Qualsiasi lettura del suo disturbo come effetto del "trauma" recente (la diagnosi medica crudele) sarebbe stata sballata in quanto Gianna aveva reagito a tale trauma in modi peculiari e coerenti con la sua strategia caratteriale consolidata in tre decenni. Qualsiasi atteggiamento "terapeutico" volto a considerare Gianna come un "caso clinico" o come una paziente "affetta" dal disturbo x e "trattabile" nel modo y sarebbe stata riduttiva oltre che non rispettosa. Inoltre, qualsiasi domanda circa l'efficacia del protocollo seguito da me sarebbe a dir poco fantasiosa. Io e questa persona non avevamo un protocollo, ma un progetto: abbiamo cercato di capire perché lei aveva reagito così irrazionalmente ad una brutta diagnosi, e abbiamo fatto il possibile per capire a quali vissuti mai elaborati aveva opposto il muro costituito dal suo atteggiamento "forte" che poi, di fronte alla malattia, non aveva retto. Abbiamo verificato che alla sua età poteva accettare il vissuto doloroso di un'infanzia da incubo e poteva quindi accettare anche di essere malata. Gianna, ora non solo sta meglio: sa cosa faceva per star male in quel modo superficiale e difensivo e cosa ha deciso di fare per affrontare la sua vita (ed anche il suo dolore) in modi più compassionevoli e umani.

Questo esempio non mira a suggerire che la psicoterapia non debba includere l'utilizzazione di particolari tecniche. Deve includerle e sarebbe opportuno che ogni psicoterapeuta conoscesse molte tecniche suggerite da varie scuole. Tuttavia, credo che le tecniche non costituiscano il nocciolo della psicoterapia; credo che esse siano inutili o poco utili se non collocate in una strategia complessiva riguardante cambiamenti più profondi di quelli auspicati dai clienti nel primo colloquio (e da tante scuole di psicoterapia "scientifica"). *Se il cliente inizialmente desidera semplicemente sentirsi meglio mantenendo intatte la sua irrazionalità e la sua emotività fasulla, l'analista (o lo psicoterapeuta) non dovrebbe colludere con questa filosofia minimalista riducendo il proprio impegno a qualcosa di codificato e finalizzato a risultati superficiali e particolari.*

A mio avviso l'EMDR costituisce una tecnica utile, positiva, sicura e quindi da applicare in varie occasioni. Essa costituisce un pilastro fondamentale per molti interventi in situazioni di emergenza, un trattamento insostituibile per i "disturbi post traumatici da stress" ed una tecnica efficace e completa da applicare quando non ci sono le condizioni per impostare un percorso analitico. Costituisce a mio avviso *anche* uno strumento utilizzabile nell'ambito di un percorso analitico articolato.

Cercherò di chiarire che l'EMDR può essere concepita in vari modi e che le alternative possibili nell'ambito dell'applicazione di tale tecnica dipendono dall'orizzonte mentale (ed emozionale) degli psicoterapeuti.

Capitolo 1

EMDR: desensibilizzazione e rielaborazione

L'EMDR non è un indirizzo psicoterapeutico, ma una tecnica, uno strumento psicoterapeutico da applicare in modo non meccanico ma strutturato. Costituisce una sollecitazione che può far affiorare emozioni intense e vissuti profondi e i trainers sottolineano che gli psicoterapeuti *non* devono utilizzare la tecnica se non sono personalmente e professionalmente in grado di gestire situazioni emozionali molto intense. I corsi accolgono solo psicoterapeuti già formati, poiché tutto quello che si verifica prima o dopo una sessione di EMDR deve essere gestito con competenze che rientrano nella *formazione generale in psicoterapia*.

1a) La tecnica

Francine Shapiro scoprì casualmente nel 1987 che certi movimenti oculari facilitavano la chiarificazione, integrazione e rielaborazione di pensieri disturbanti e approfondì l'argomento fino a definire un protocollo di lavoro che è diventato l'intervento psicoterapeutico elettivo per il PTSD (Disturbo post traumatico da stress) e che attualmente, forse per la sua efficacia nel trattamento di molti disturbi dissociativi e per la sua stupefacente semplicità, costituisce uno degli argomenti su cui si svolgono moltissime ricerche. I tanti studi sull'argomento sono giustificati dal fatto che l'indiscutibile successo pratico della tecnica non si accompagna ad un'altrettanto chiara spiegazione teorica. Sembra che tale intervento favorisca la capacità individuale di affrontare esperienze non integrate inducendo un funzionamento sinergico degli emisferi destro e sinistro del cervello e inducendo un'attività mentale simile a quella del sonno REM. Di fatto, in una sessione EMDR le persone riescono in molti casi a rivivere e comprendere in modo razionale situazioni originariamente recepite in modo frammentato e successivamente divenute il cardine di vari disturbi psicologici.

Credo che nulla di preciso vada detto sul protocollo di lavoro, perché è bene che esso venga appreso nei corsi appositamente tenuti dall'EMDR Institute Inc. (California, U.S.A.) in tutto il mondo. In Italia si ha l'opportunità di apprendere la tecnica da Roger Salomon, esperto molto qualificato e persona preziosa.

Personalmente ritengo che l'EMDR costituisca un utile strumento di lavoro nel quadro di un percorso analitico avviato su solidi presupposti.

La tecnica EMDR viene utilizzata per lavorare su un preciso tema disturbante ("*target*") di tipo traumatico individuando una convinzione negativa che il cliente ritiene di aver costruito reagendo a quella esperienza. Le convinzioni negative su cui si lavora sono quelle che riguardano direttamente la persona ("non valgo nulla", "sono in pericolo", ecc.) e che in qualche misura sono divenute dei pregiudizi implicitamente attivi nell'ordinaria concezione di sé. Si lavora con l'obiettivo che il cliente giunga a sentire come "propria" una convinzione più ragionevole di quella di partenza (ad.es.: "valgo come le altre persone" o "posso affrontare eventuali pericoli", ecc.). All'inizio il cliente attribuisce alla convinzione negativa ed a quella positiva (che desidera sentire come sua non solo intellettualmente) un punteggio in una scala soggettiva di

valutazione riguardante l'intensità delle due convinzioni. Il lavoro si conclude quando la convinzione negativa ottiene un punteggio nullo e quella positiva un punteggio massimo. Si deve tener presente che le persone possono essere "filosoficamente" convinte di valere quanto gli altri anche se, di fatto, si sentono delle nullità. E' a questo livello (al livello del "sentire una convinzione") che si lavora con l'EMDR e, di fatto, la rielaborazione delle situazioni traumatiche fatta con la sollecitazione data dal terapeuta durante gli esercizi, porta ad una modificazione dei punteggi inizialmente attribuiti alle due convinzioni.

La tecnica si articola in successivi esercizi brevi e molto semplici durante i quali il cliente non deve cercare né di rilassarsi, né di attivarsi mentalmente, ma deve lasciare che i pensieri fluiscano partendo dal target iniziale e successivamente dalle ultime sensazioni, idee o immagini emerse. Dopo ogni esercizio il cliente riferisce cosa ha pensato ed il terapeuta, di norma, non interviene e invita solo ad andare avanti col successivo esercizio. Riferisco questi approssimativi elementi informativi per sottolineare che il nocciolo dell'EMDR sta nella *facilitazione* di un lavoro mentale del cliente e non in un "lavoro di squadra" in cui analista e cliente affrontano un problema, come nel normale percorso analitico centrato su difese e vissuti. Ovviamente la tecnica EMDR prevede anche che il terapeuta prenda delle decisioni uscendo dalla neutralità in certe situazioni e che comunque decida quanto prolungare gli esercizi e se lavorare sul canale visivo o tattile o auditivo. In altre parole, una persona seduta davanti ad un metronomo che oscilla da destra a sinistra mentre pensa ai fatti suoi non fa una seduta di EMDR.

Quando il terapeuta considera "completata" una sequenza di esercizi, propone al soggetto di ripartire dal target iniziale e di avviare un altro ciclo. Il lavoro può essere ripreso nel corso di successive sedute e in qualche misura prosegue a casa, poiché spesso i clienti notano che il lavoro fatto ha avuto degli strascichi emozionali o ha dato luogo a particolari riflessioni o ha fatto riaffiorare dei ricordi.

Quando si giunge al punteggio ottimale, si eseguono alcuni controlli e si completa il lavoro con esercizi che dovrebbero "installare" la convinzione positiva. Queste operazioni vengono svolte in modo abbastanza ritualizzato, come tutto il lavoro EMDR e sono sempre condotte mentre il terapeuta sollecita l'attività dei due emisferi cerebrali con i consueti esercizi.

La tecnica è decisamente banale anche se la "passività" del terapeuta è solo apparente e per questo deve essere sconsigliata la pratica selvaggia da parte di "apprendisti stregoni".

Va comunque sottolineato il fatto che anche se l'EMDR viene proposta come tecnica applicabile da terapeuti formati in qualsiasi scuola, tale tecnica è in certa misura dipendente da una concezione psicologica e psicoterapeutica cognitivista. Si consideri ad esempio che quando affiorano emozioni molto potenti i terapeuti sono invitati, se debbono intervenire, a non "guidare" il cliente nella gestione del vissuto emotivo, ma a sottolineare che esso è un aspetto del passato. Se la situazione emozionale non si placa da sola il terapeuta è invitato ad utilizzare tecniche di rilassamento, tra le quali quella del "posto sicuro" che, infatti, viene "preparata" prima dell'inizio del lavoro. In tale fase preparatoria si invita il cliente ad immaginare un luogo fisico, reale o immaginario in cui egli si sente (o si è realmente sentito) in pace ed al sicuro e si procede con l'EMDR per "collegare" il cliente a tale "oasi" in modo che possa tornare là, in caso di necessità.

La *cornice cognitivista* della tecnica EMDR costituisce a mio avviso *il suo punto più debole*, anche se può avere una sua validità in psicoterapie di emergenza in cui il cliente fa solo alcune sedute, non ha esperienze analitiche precedenti e rischia di star male a casa senza saper gestire le sue emozioni. Come chiarirò in seguito, tale orizzonte concettuale rischia però di essere limitante per una tecnica che ha una sua validità anche in un percorso analitico approfondito. Nelle prime sedute EMDR da me svolte ho scelto di seguire meticolosamente il protocollo, persino nell'individuazione di un "posto sicuro". Uno dei miei clienti è rimasto molto sorpreso e ha commentato: "Beh! Lavoro con te da due anni per accettare che cercare sicurezze è illusorio e che la mia vita merita di essere vissuta anche con la consapevolezza di tutto ciò che non mi piace e che non posso modificare ... e ora mi fai aggrappare ad una favola! Che senso ha?!". Gli ho risposto che stavo solo collaudando una tecnica per vedere se gli sarebbe stata utile, ma che concordavo sulle sue perplessità.

EMDR sta per "*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*", ovvero desensibilizzazione e rielaborazione attraverso movimenti oculari (anche se in realtà la tecnica non riguarda solo l'induzione di certi movimenti oculari). La parola "desensibilizzazione" suona male per chi fa analisi, dato che rinvia ad una tecnica della terapia del comportamento in cui il paziente viene posto in stato di rilassamento muscolare ed invitato ad immaginare situazioni per lui ansiogene in modo da associare l'evento temuto allo stato di rilassamento e ad "apprendere" modi non evitanti di reagire allo stimolo temuto. Suona male perché questa rozza psicoterapia assomiglia più all'addestramento dei topolini che ad un lavoro con persone. In tale prospettiva non ha alcun valore il fatto che la persona in questione scelga di agire (per qualche ragione

presumibilmente inconscia) in modo irrazionale di fronte a certi stimoli e per quale ragione scelga proprio quegli stimoli per attivarsi in modo disadattivo.

In realtà l'intento dell'EMDR non è quello di desensibilizzare in modo artificioso le persone rispetto a certe situazioni, ma di "sbloccare" un processo interno di autoguarigione. A questo proposito Francine Shapiro si è espressa con chiarezza: "Questo processo di guarigione scaturiva dall'interno. Il mio ruolo era di guida, di agevolatore e testimone, ma non ero io a causare il mutamento nei miei soggetti" (Shapiro-Forrest, 1997, p.37). L'idea di fondo quindi non è di condizionare un soggetto desensibilizzandolo, ma di favorire un funzionamento mentale ottimale che non dia luogo a risposte disadattive. Per questo il termine desensibilizzazione viene associato a quello di rielaborazione e l'EMDR ha l'obiettivo di far superare la frammentazione con cui molte persone esposte ad una situazione traumatica recepiscono i vari aspetti della loro esperienza. La rielaborazione diventa quindi un'adattiva rivisitazione di esperienze difficili nel quadro di un adeguato esame di realtà. Sulla fiducia dell'EMDR nelle capacità autoriparative del cervello parlerò più avanti quando chiarirò che nelle situazioni frustranti o traumatiche le persone non rispondono *bloccandosi*, ma *attivandosi in una modalità difensiva intenzionale*. In ogni caso per ora vorrei sottolineare che l'intento dell'EMDR non è semplicemente quello di mettere una pezza su uno strappo, ma di aiutare le persone ad elaborare certi dati in modo costruttivo e razionale.

1b) Irriducibilità dell'EMDR ad altre tecniche psicoterapeutiche

L'EMDR è fondamentalmente un atto di fiducia nella capacità della persona di riorientarsi nella vita se ha per qualche ragione affrontato in modo disadattivo la realtà. Il terapeuta EMDR nel corso di una normale sessione di lavoro non ha la funzione di aiutare il cliente ad accrescere la sua capacità di contatto emotivo, o di chiarire situazioni elaborate in modo confuso. Deve lasciare che il cliente trovi il proprio orientamento e deve fornirgli semplicemente alcune sollecitazioni esterne necessarie affinché questi usi al meglio le sue capacità di elaborazione.

L'operatore EMDR ovviamente deve essere psicoterapeuta e quindi deve essere in grado di capire se e quando intervenire nei modi a lui noti, ma fondamentalmente accompagna il cliente fornendogli una semplice e meccanica sollecitazione stabilita da un protocollo di lavoro predefinito.

Vorrei sottolineare l'irriducibilità dell'EMDR a due modalità di lavoro analitico che solo superficialmente potrebbero essere ritenute affini: l'associazione libera di tipo psicoanalitico ed il lavoro sugli occhi di matrice reichiana.

Nell'associazione libera, il cliente associa e l'analista ascolta, annota, cerca un filo conduttore e chiude il lavoro fornendo un'interpretazione o chiave di lettura che avrebbe la funzione di produrre nel cliente un certo tipo di *insight* riguardante il materiale emerso.

In pratica, le sedute di EMDR sono sedute di associazione libera, anche se strutturate in fasi successive nelle quali lo psicoterapeuta sollecita a livello oculare (o su altri canali sensoriali) il cliente. Tuttavia, nell'EMDR l'interpretazione non ha spazio. Il cliente non "associa" per arrivare con l'analista ad un chiarimento di materiale inconscio, ma "associa" per ricomporre aspetti non collegati di esperienze che non solo sono state elaborate in modo inadeguato, ma sono state recepite in modo frammentato. Il cliente, in altre parole non deve diventare consapevole di conflitti interni e operazioni difensive, ma deve soprattutto recuperare dei pezzi di vita che non ha proprio recepito, al fine di assemblarli in modo adattivo. Inoltre, l'EMDR non implica la concezione della mente e dell'inconscio che orientano le interpretazioni di tipo psicoanalitico e questa "neutralità", per chi come me non condivide le premesse teoriche della psicoanalisi, è ovviamente positiva.

L'aspetto di "associazione libera" dell'EMDR non avvicina quindi l'EMDR né alla tecnica psicoanalitica, né ad altri orientamenti psicoterapeutici (non psicoanalitici) centrati sull'attività interpretativa dell'analista.

Poiché l'EMDR prevalentemente si traduce nella sollecitazione di certi movimenti oculari, può erroneamente essere associata al lavoro sugli occhi di matrice reichiana. Pur considerandomi da molti anni distante dall'orizzonte (pseudo)teorico reichiano, ho ricevuto una formazione di base in una scuola che riproponeva gli insegnamenti di Wilhelm Reich e quindi conosco bene il lavoro sui "blocchi dell'armatura corporea" ed in particolare il lavoro sul segmento oculare. Continuo ad utilizzare tecniche corporee ed anche quelle relative al segmento oculare che ritengo tuttora valide, anche se inserisco tali interventi in un approccio analitico più articolato di quello reichiano. Vorrei in ogni caso sottolineare l'irriducibilità della tecnica EMDR al lavoro corporeo.

La logica del lavoro corporeo si sviluppa a partire da varie idee strane di W.Reich e da alcune sue intuizioni cliniche corrette e molto valide; tra queste intuizioni è centrale quella relativa al fatto che le persone non si difendono solo concependo la realtà in modi riduttivi e comportandosi in modi irrazionali, ma anche alterando il tono muscolare in segmenti corporei deputati all'espressione di emozioni profonde (W.Reich 1945). Così come le persone bloccano il diaframma o i muscoli respiratori del torace per "sentire di meno" o irrigidiscono le spalle in modi adatti ad offrire un'immagine "forte", o vittimistica, possono anche congelare lo sguardo in espressioni spaventate, sfuggenti, fredde, "vuote", ecc.

I muscoli estrinseci del bulbo oculare, se mantenuti in uno stato di tensione cronica possono ridurre sia la mobilità fisica degli occhi, sia la percezione e l'espressione di certe emozioni molto profonde, incidendo sulla qualità e sull'intensità del contatto emotivo. Anche altri muscoli del segmento oculare sono molto significativi per la comunicazione emotiva e per l'espressione del pianto.

Il lavoro sugli occhi nella terapia reichiana (E.F.Baker, 1969) si svolge nello stesso quadro di riferimento del lavoro sugli altri segmenti dell'armatura, anche se ovviamente non può includere la pressione meccanica su tutti i muscoli del segmento. Si sviluppa quindi principalmente con l'induzione di movimenti espressivi e con esercizi finalizzati a stancare certi muscoli fino ad indurre un rilassamento forzato ed a facilitare quindi l'affioramento di emozioni congelate dalla persistenza del blocco. Lavorando sugli occhi, a volte, le persone entrano in contatto con intense emozioni (difensive o autentiche) e possono, se adeguatamente aiutate dall'analista, comprendere meglio cosa temono, evitano o confondono nelle loro relazioni interpersonali e nel loro dialogo interiore. La dr.ssa Barbara Goldenberg ha introdotto il lavoro con una piccola fonte luminosa nel contesto degli esercizi sugli occhi, ampliando ed approfondendo la qualità dell'intervento sul blocco oculare (E.F.Baker, 1969, pp.72-75).

E' curioso che uno degli esercizi sugli occhi, che pratico da quasi vent'anni, sia sostanzialmente identico a quello generalmente svolto nell'EMDR. Esso, come gli altri provoca a volte profonde emozioni, soprattutto di paura, e costituisce un buon espediente per mobilitare gli occhi e affrontare certe situazioni non elaborate. Gli esercizi "reichiani" sono però assolutamente irriducibili a quelli dell'EMDR a)per la modalità del loro svolgimento e b)perché collocati in un diverso rapporto analista-cliente.

a)Gli esercizi per gli occhi elaborati dalla scuola reichiana hanno come scopo quello di stressare i muscoli estrinseci dell'occhio fino ad indurre un loro rilassamento forzato, e quindi devono durare almeno dieci minuti. Quelli dell'EMDR, avendo invece come scopo l'attivazione sinergica dei due emisferi cerebrali, durano molto meno, ovvero quel tanto che serve al cliente per lasciar affiorare un pensiero o una sensazione da comunicare poi al terapeuta.

b)Qualsiasi tecnica ha un significato preciso nel quadro di un particolare rapporto interpersonale fra analista e cliente, caratterizzato da certi obiettivi condivisi. Nel caso degli esercizi sul segmento oculare, il cliente è invitato a seguire il movimento della punta di una matita o di una piccola fonte luminosa e ad accogliere le emozioni che può sperimentare. Nell'EMDR il cliente è invitato invece a focalizzarsi su una particolare scena traumatica ed a lasciare che la sua mente sviluppi una catena associativa mentre egli segue il movimento delle dita dell'analista. In entrambi i casi il cliente non è passivizzato ed è invitato a lasciare che affiori ciò che deve affiorare, ma nel lavoro corporeo il cliente è sollecitato a "sentire" e ad esprimere ciò che affiora quando il blocco "cede"; è anche guidato dall'analista a realizzare un'espressione compiuta di ciò che ha sentito ed è aiutato dall'analista a chiarire ciò che può affiorare in modo confuso. Nell'EMDR, invece, il cliente è sollecitato a lasciare che ricordi ed emozioni relativi ad una specifica situazione emergano e si organizzino "naturalmente" in un modo realistico e costruttivo.

Anche se in una cornice teorica diversa da quella psicoanalitica il lavoro corporeo sul segmento oculare è di tipo interpretativo ed implica quindi un ruolo attivo dell'analista.

La diversità fra le tecniche utilizzabili in un percorso analitico non implica necessariamente una incompatibilità fra esse. Per questo cercherò di mostrare che l'EMDR può utilmente armonizzarsi con altri interventi nel contesto di un percorso analitico.

Capitolo 2

Riflessioni sull'utilizzazione dell'EMDR nelle sedute

Ho praticato l'EMDR con persone in analisi da almeno un anno (in genere da alcuni anni), che quindi avevano già avuto l'opportunità di chiarire la loro strategia difensiva, di toccare alcuni vissuti significativi e di fare dei cambiamenti. In genere i clienti erano in una situazione avanzata dell'analisi in cui gli obiettivi urgenti per i quali avevano iniziato il lavoro non erano più al centro della loro attenzione. Dico questo per

chiarire che non ho esperienza di sedute di EMDR con persone sconosciute, o in situazioni di emergenza, o con persone con traumi recenti. In ogni caso, le mie riflessioni non riguardano l'utilità (già da altre ricerche dimostrata) dell'EMDR per disturbi psicologici post-traumatici, ma riguardano *specificamente l'utilità dell'EMDR nell'ambito di un percorso analitico*.

Ho notato che a volte i clienti che svolgono una seduta di EMDR nella fase avanzata o conclusiva del loro percorso, fanno un'esperienza abbastanza particolare (che io stesso ho fatto nel corso del mio training per sperimentare di persona -da cliente- la tecnica): non "scoprono" niente di nuovo, ma collegano armoniosamente e con un adeguato coinvolgimento emozionale esperienze recenti ed antiche, conoscenze acquisite ed emozioni significative. In questi casi il lavoro è una sorta di "lusso", ma costituisce un'esperienza valida.

Con clienti collocabili "a metà strada", ho notato che il lavoro svolto con la tecnica EMDR aveva spesso esiti positivi anche se mi mantenevo nel ruolo "passivo" di "facilitatore" previsto dal protocollo di base. Ho però anche notato che in altri casi sono stati necessari interventi attivi e focalizzati: a volte, infatti, i clienti entravano in circoli viziosi mentali o in stati emotivi difensivi da cui non uscivano da soli in tempi per me accettabili. Di questo discuterò in seguito facendo alcune riflessioni sulle ipotizzate capacità "autoriparative" della mente (o del cervello). L'EMDR prevede tali situazioni in una certa percentuale di casi e include l'utilizzazione di tecniche attive adatte a sbloccare la situazione. A questo proposito chiarirò la mia posizione suggerendo l'importanza di interventi diversi da quelli solitamente applicati per sbloccare le situazioni critiche.

Ho notato che lavorando con l'EMDR a volte affiorano ricordi plausibili che erano stati "accantonati" e a volte affiorano probabili pseudo-ricordi che comunque costituiscono almeno una metafora interessante di qualcosa di pertinente su cui il lavoro analitico può dare risultati positivi.

Nonostante la semplicità apparente della tecnica EMDR, essa richiede una solida formazione per essere praticata con sicurezza ed efficacia. Per questa ragione non si devono trarre conclusioni affrettate sui limiti del metodo nel caso di risultati insoddisfacenti. Giustamente Francine Shapiro scrive: "Perciò, se il terapeuta che usa l'EMDR non riesce a raggiungere effetti positivi con un'elevata percentuale di pazienti, egli non dovrebbe automaticamente presumere che è colpa del metodo, bensì dovrebbe almeno considerare la possibilità che il problema è nel modo in cui il metodo viene usato" (Shapiro, 1995, p.353). Sempre la Shapiro ricorda che "sebbene l'EMDR sia largamente usato nel trattamento PTSD, ... i terapeuti non dovrebbero presumere che l'EMDR sia efficace con tutte le popolazioni cliniche" (p.281). Non a caso, con clienti che hanno una bassissima consapevolezza della loro dimensione emozionale, i trainers consigliano di rinviare un'eventuale utilizzazione dell'EMDR fino al momento in cui essi avranno acquisito un contatto emotivo sufficiente a rendere possibile la rielaborazione delle esperienze. In genere mi sono attenuto a questa regola; con pochi clienti che presentavano grosse difficoltà nel riconoscere ed esprimere emozioni, ho però voluto fare un tentativo ed ho potuto confermare che la tecnica EMDR non serve a sbloccare tali situazioni.

Ritenendo valide le indicazioni generali fornite per l'applicazione dell'EMDR, eviterò quindi di discutere alcune sedute di EMDR che sono risultate di scarsa utilità. Con circa venti clienti (sui trenta con i quali ho scelto di sperimentare la tecnica) il lavoro è stato decisamente utile. Credo quindi che, almeno in questi casi, esso sia stato svolto correttamente e, per quanto mi riguarda, ciò dimostra la basilare validità della tecnica.

In queste esperienze, ho anche notato alcuni limiti negli effetti del lavoro che credo di poter considerare "strutturali" e che infatti mi spiego sulla base di convinzioni da me consolidate nel tempo e che credo possano costituire utili spunti di riflessione per i colleghi che praticano già l'EMDR. Evidenziando tali limiti non mi propongo di sostenere che la tecnica EMDR sia inadeguata, ma che *se usata nel contesto di un percorso analitico debba essere sviluppata in certi modi e non in altri*. Voglio cioè dire che come intervento "di emergenza" ha una sua autonomia e può produrre risultati che in base ad aspettative legittime rispetto alla situazione contingente, vanno considerati più che positivi; tuttavia nell'ambito di una psicoterapia di ampio respiro, la "forza" dell'EMDR sembra essere inferiore a quella di altri interventi (a cui può essere comunque affiancata) ed i risultati dell'EMDR richiedono ulteriori approfondimenti.

Spesso sono intervenuto nel corso di sedute EMDR quando ero convinto che il cliente fosse in un circolo vizioso e dopo le prime settimane di sperimentazione, ho ridotto la mia fedeltà al protocollo per le ragioni che più avanti chiarirò, trascurando alcuni aspetti che mi sembrano dipendenti dalla matrice cognitivista che fa da cornice all'EMDR.

Non riferirò quindi nulla che possa essere considerata l'ennesima "ricerca sistematica" sugli effetti dell'applicazione del protocollo EMDR, perché comunque sono uscito spesso dal protocollo standard di lavoro. Ora, poiché i miei clienti fanno in genere un percorso analitico molto intenso sia sul piano della

ristrutturazione cognitiva che su quello dell'espressione emozionale, ho preferito accantonare temporaneamente o applicare in modo relativamente libero la tecnica ogni volta in cui capivo di poter lavorare in modo più incisivo seguendo procedimenti alternativi. E' chiaro che se si introduce la tecnica EMDR in psicoterapie superficiali, che producono poco sul piano dell'*insight* e che non prevedono l'espressione appropriata e compiuta di emozioni profonde, l'EMDR può costituire un elemento quasi "sconvolgente" (per lo psicoterapeuta), ma se si inserisce l'EMDR in un lavoro analitico centrato sull'analisi dell'intenzionalità difensiva e sulla rielaborazione ed espressione (non regressiva!) di vissuti personali, i risultati dell'EMDR, anche quando sono validissimi, costituiscono momenti di chiarificazione e di espressione che, come tanti altri, caratterizzano il normale percorso già avviato.

Quello che sostengo è in sintonia con la tendenza presente nell'EMDR a concepire tale tecnica come una semplice tecnica ed è meno in sintonia con l'altra tendenza che pure mi sembra presente, che considera l'EMDR come una sorta di filo conduttore di una psicoterapia; in quest'ultima prospettiva, "saltando di trauma in trauma" si realizza un progetto psicoterapeutico organico. Ciò che non condivido di questa "tendenza" è l'idea che un'intera psicoterapia possa essere "centrata sul paziente", cioè essere delegata alla persona in analisi. Considerando il percorso analitico come un lavoro finalizzato ad una ridecisione complessiva rispetto ad un intero progetto esistenziale, credo che le provocazioni e le interpretazioni di un'altra persona siano indispensabili per un superamento di atteggiamenti difensivi inconsci molto radicati.

Voglio ora affrontare alcuni punti nodali dell'EMDR che sollecitano delle riflessioni a mio avviso importanti.

2a) Note sulla capacità autoriparative della mente.

Ho notato che lavorando con la tecnica EMDR i punteggi attribuiti inizialmente dal cliente alla sua convinzione "negativa" ed alla convinzione "positiva" che vorrebbe far sua si modificano facilmente nella direzione auspicata. Questo è un fatto decisamente apprezzabile. Però il solo lavoro EMDR, affidato alla semplice "capacità autoriparativa della mente", non porta necessariamente a cambiamenti profondi, dato che in certi casi i clienti manifestano reazioni difensive nel corso del lavoro. Una cliente, rivisitando con l'EMDR un'antica situazione traumatica, ha cominciato a sentire il bisogno di avere pace, di "riposare", di essere "tranquilla", di "non esserci", di morire, di suicidarsi. Non ho aspettato "fiduciosamente" che, dopo ben dieci minuti di caduta libera, la sua mente ingranasse una marcia bassa per risalire la china e ho scelto di lavorare in altri modi su vari temi: ho sottolineato che il suo desiderio di non esserci coincideva col desiderio di sua madre di non aver figli e ho chiarito che il desiderio di non esserci non era tanto espressione dell'eccesso di dolore, ma della rabbia rispetto ai ripetuti abbandoni e maltrattamenti.

In casi di questo tipo, è indispensabile la ricerca del vecchio dolore svolta per rendere chiaro al cliente che dopo molti anni esso è ancora presente, ma è tollerabile; è pure indispensabile la consapevolezza del fatto che la "speranza" di essere visti a volte si associa all'idea di esibire azioni autodistruttive; inoltre, sia per ridurre le tendenze autodistruttive, sia per attribuire un significato profondo all'esistenza personale occorre che l'analista aiuti il cliente a scoprire l'importanza delle esperienze personali, sia di quelle gioiose, sia di quelle dolorose..

E' necessario sottolineare la distinzione fra i risultati di una tecnica (valida) e la cornice in cui essa viene inserita. In una cornice psicoterapeutica centrata sul superamento di certi stati d'animo o sintomi, il lavoro EMDR può accrescere le potenzialità di una psicoterapia che a monte è pensata in termini riduttivi. Se le aspettative (o il progetto di lavoro) dello psicoterapeuta sono basse, ovviamente una parziale ristrutturazione cognitiva di una particolare situazione o una modificazione di un particolare stato emotivo possono sembrare risultati profondi.

Il lavoro su traumi significativi (più o meno gravi), necessita di un consolidamento nel tempo e inevitabilmente, se non ci si limita ad accogliere come sufficienti dei risultati immediati, rende necessario un proseguimento del lavoro analitico in modi che consentano al cliente di elaborare in profondità (sul piano sia cognitivo che emozionale) il dolore da cui egli era fuggito.

L'elaborazione di un lutto *richiede infatti tempo*. Ciò non significa che l'EMDR non contribuisca a tale processo: significa semplicemente che non è una magia e che non può risparmiare al cliente la lunga, dolorosa e complessa esperienza di elaborazione della sofferenza. Il fatto che molti psicologi considerino un pianto come l'espressione di un lutto non significa che le cose siano così semplici. Nel lavoro del lutto si deve accettare una mancanza di amore o di contatto o di appagamento, si deve accettare la presenza di vissuti di rifiuto, di solitudine e di vuoto e si deve imparare a considerare l'esistenza personale come una realtà che resta significativa anche se alcune perdite o mancanze sono irreparabili. Una ristrutturazione dell'immagine

di sé e del progetto esistenziale richiede il chiarimento di molti atteggiamenti difensivi, l'elaborazione profonda del dolore non integrato e l'espressione compiuta e ripetuta del dolore.

Negli anni iniziali della mia attività professionale credevo che una psicoterapia svolta con l'intensità tipica di un approccio corporeo potesse concludersi in un paio d'anni se aveva dato luogo ad una chiarificazione delle difese e ad una capacità di esprimere intense emozioni. Mi sono però spesso trovato a riprendere il lavoro con clienti che dopo un anno o sei anni si erano ritrovati in difficoltà. Tali persone si erano sentite in equilibrio solo fino a quando la loro vita personale non era stata scossa da un grosso dispiacere e a quel punto avevano ripreso a "scappare" nei modi a loro noti. Nel percorso "breve" con me fatto avevano scoperto di poter accettare un particolare dolore relativo alla loro infanzia, ma non avevano avuto il tempo di accettare quel dolore come elemento costitutivo della loro vita e di accettare che nel corso della loro esistenza si sarebbero inevitabilmente confrontate con altre perdite, mancanze, sofferenze. Se una psicoterapia conclusa in un paio d'anni con risultati soddisfacenti non riesce a modificare un'intera concezione dell'esistenza, nemmeno poche sedute di EMDR possono far tanto. Esse vanno quindi considerate un elemento che favorisce il processo di cambiamento o che lo avvia o che lo conclude, ma non una magia.

Ci sono altre ragioni per intervenire nel corso di una seduta di EMDR o per sospendere il lavoro in corso e fare altre cose. Fra queste ragioni, si deve considerare il fatto che molte volte affiorano delle emozioni che non si sviluppano adeguatamente perché le ipertonie muscolari caratterialmente operanti (e anche specifiche contrazioni muscolari al momento accentuate) interrompono la respirazione, la completezza dell'espressione della voce o il pianto. Il lavoro fisico a quel punto è indispensabile. Ciò ovviamente implica che lo psicoterapeuta sia in grado di capire ad esempio quando un pianto è completo, e ciò è tutt'altro che scontato, almeno per gli psicoterapeuti che non hanno fatto un lavoro personale ed un training in **psicoterapia corporea**. Inoltre a volte il cliente si lascia andare ad intense espressioni emotive che però sono fasulle perché presentano marcate o sottili sfumature di vittimismo, pseudo-disperazione o rabbia. In questi casi, se lo psicoterapeuta ha una formazione in Analisi Transazionale, Gestalt Therapy, Analisi del carattere può cogliere il significato *manipolativo e non espressivo* di tali manifestazioni. Se si è formato in psicosintesi, psicoterapia comportamentale e/o cognitiva o in psicoanalisi rischia di capire solo che il cliente "soffre tanto" e magari può cercare di tranquillizzarlo anziché "smascherarlo", oppure può pensare che l'EMDR procede bene.

Nel lavoro da me svolto con l'EMDR nessun cliente ha avuto un *insight* relativo alla sua attività difensiva. Alcuni clienti hanno intuito di poter fare cose che evitavano di fare, ma non hanno scoperto le ragioni per cui non le avevano fatte; alcuni clienti hanno pensato di aver agito in modo irrazionale, ma non hanno capito che in quelle situazioni avevano seguito una strategia difensiva. Questo non indica un "difetto" della tecnica EMDR, così come il fatto di non volare non indica nei leoni alcuna manchevolezza. Può invece rendere possibili degli interventi discutibili se si applica l'EMDR in modo meccanico. Se uno psicoterapeuta pensa che certe cognizioni siano sbagliate ed altre siano giuste, può considerarsi soddisfatto quando un cliente scopre (da solo, con gli esercizi sui movimenti oculari) di poter vedere una certa situazione in modo più razionale. Tuttavia il cambiamento auspicabile non è la correzione di un "errore", ma la comprensione di una strategia di vita finalizzata all'evitamento di certe situazioni emotive, in cui si finisce anche per fare (apposta) certi "errori di valutazione" e solo quelli.

2b) Traumi e organizzazione difensiva della persona.

Varie ricerche sottolineano l'importanza delle alterazioni della memoria che si verificano facilmente nelle situazioni traumatiche: "Queste ricerche indicano che la memoria traumatica è caratterizzata dalla dissociazione e dall'essere immagazzinata come insieme di frammenti sensoriali che hanno limitate o inesistenti componenti linguistiche" (Van der Kolk e AA.VV., 1997). L'EMDR ha appunto come scopo principale quello di consentire alla persona di recuperare una memoria abbastanza integra e tale da favorire un'adeguata elaborazione di certe esperienze.

Il lavoro sulle situazioni traumatiche svolto secondo la tecnica EMDR può avere effetti "a cascata" sulla personalità del cliente, ma tali effetti sono lasciati alla casualità del processo, non essendo ottenuti secondo la tipica logica dell'indagine che caratterizza un percorso analitico. In questo senso, la tecnica EMDR può sbloccare delle situazioni anche gravi, provocando la remissione di sintomi disturbanti, ma non si caratterizza come una vera psicoterapia perché non ha come oggetto la personalità del cliente e la comprensione della sua intenzionalità difensiva. La struttura difensiva di una persona è operante prima che una situazione traumatica in età adulta si verifichi ed anche quando i traumi si verificano nell'infanzia il

soggetto reagisce ad esso *cercando di proteggersi* e non "casualmente" o in modi "determinati" dalle circostanze esterne. Da quando il bambino nasce comincia ad interagire con l'ambiente e comincia quindi anche a strutturare modalità difensive di interazione.

Francine Shapiro mostra in una frase sia il valore che il limite della tecnica EMDR e a mio avviso fornisce (senza volerlo) un elemento a favore dell'inserimento della tecnica in un progetto analitico: "Una donna di mezza età non è in buoni rapporti con il padre e ha rifiutato per tutta la vita i suoi tentativi di avvicinamento. Al proprio terapeuta dice che siccome suo padre l'ha abbandonata quando era bambina ora non vuole avere niente a che fare con lui. Durante la seduta EMDR, però, le ritornano alla mente i particolari del giorno in cui lui andò via. Così si rende conto che era stata la madre a cacciare di casa suo padre; non era stato lui a volersene andare. Alcune testimonianze corroborano questa versione della storia, e così la donna si riconcilia felicemente con il padre. Quante persone soffrono perché sono rimaste vittime della fallibilità della loro memoria?" (Shapiro-Forrest, p. 248). Ci sono due osservazioni importanti da fare su questo esempio, che non tolgono nulla al valore di una tecnica che a volte riesce a far recuperare dei ricordi così importanti, ma che giustificano la necessità di inserire tale tecnica in un orizzonte teorico più ampio.

a) Il ricorso esclusivo alla tecnica EMDR in relazione a quel problema ha favorito la riconciliazione col padre lasciando assolutamente intatto *il vero problema della cliente*: la sua indisponibilità ad elaborare i lutti, la sua rabbia vittimistica e vendicativa, la sua tendenza a "capovolgere i ruoli" entrando in quello "genitoriale-persecutorio" per soffocare il vissuto di bambina rifiutata.

b) L'uso della tecnica EMDR senza una teoria di riferimento adeguata consente di trarre conclusioni semplicistiche come quella dell'ultima frase riportata: la cliente non soffriva (in modo autentico) a causa della fallibilità della sua memoria perché soffriva nevroticamente (rabbiosamente, difensivamente) allo scopo di non accettare il vero dolore consistente nel fatto di essere stata sola; è secondario che sia stata una bambina sola per "colpa" della madre o del padre perché il dolore vero da accettare e integrare riguarda la privazione di un'adeguata presenza genitoriale.

Anche se recentemente la psicoterapia ha riscoperto l'importanza delle situazioni traumatiche (che, dopo i primi anni di vita della psicoanalisi erano stati posti in secondo piano rispetto all'idea della "conflittualità intrapsichica"), gli irrigidimenti caratteriali, gli atteggiamenti personali ed i sintomi non sono concepibili come effetti meccanici di una situazione traumatica, ma come costruzione adattiva dell'individuo (nei primi anni) ad un certo clima familiare, a diffuse situazioni frustranti sul piano dei bisogni di accudimento, contatto ed accettazione. I traumi specifici (con la "t" maiuscola) possono esserci ed essere importantissimi, ma le persone ad essi soggette, reagiscono comunque *attivandosi* con precise modalità difensive che bloccano il contatto con il dolore.

Non c'è modo di cambiare una strategia di vita "saltando di trauma in trauma", cioè applicando la tecnica EMDR a tutti i "traumi" perché la vita personale non è neutra negli intervalli fra i traumi significativi e perché i bambini sono costantemente attivi nel tentativo di sopravvivere psicologicamente a tutte le esperienze di solitudine, rifiuto o abbandono. Le difese psicologiche non sono realisticamente pensabili come "difetti" di elaborazione, ma come scelta adattiva ottimale in una situazione in cui le risorse infantili non consentono né l'elaborazione solitaria di un lutto né la lotta o la fuga. Purtroppo tali difese restano attive anche nella vita adulta.

Tutte le ricerche (validissime e sempre in evoluzione) sulla psicofisiologia del trauma trascurano un fatto fondamentale: al di là di quello che si può capire di ciò che accade nel cervello delle persone che subiscono traumi, quando uno stesso trauma è condiviso da più persone, alcune reagiscono in modo disadattivo o addirittura producendo un PTSD, mentre altre integrano l'esperienza brutta o terribile nel loro percorso esistenziale, con tutto il dolore che comporta. Viktor Frankl (1946), ad esempio, dopo essere stato prigioniero in un campo di concentramento nazista scrisse un libro sull'amore e proseguì la sua carriera con impegno e devozione fino alla vecchiaia. In altre parole, *l'idea che un trauma sia la causa di un disturbo "post-traumatico" confonde il nesso causale con quello temporale. Le reazioni al trauma non sono reazioni meccaniche di un cervello, ma azioni di una persona che si inseriscono nel progetto di vita già esistente prima del trauma.* Niente da obiettare a metodi utili per interrompere i circoli viziosi perversi in cui le persone con PTSD si trovano, a condizione che non si pretenda di concepire un disturbo psicologico come effetto di una causa isolata (o di una catena di "cause") e come oggetto su cui intervenire "causando" una "guarigione" grazie ad una tecnica precisa. Le emergenze richiedono giustamente trattamenti di emergenza: i medici in un campo di battaglia possono operare anche senza anestetici, antisettici appropriati o strumenti indispensabili in qualsiasi ospedale, ma non considerano quella situazione come ottimale. In psicoterapia quindi la riflessione teorica sui disturbi psicologici ed anche su quelli scatenati dai traumi dovrebbe essere

più complessa di quanto consentito da una logica esplicativa causale-lineare (cfr. Ravaglia, 2003, capitoli 1-4).

Il modello dell'Elaborazione Accelerata dell'Informazione che la Shapiro ha suggerito come cornice teorica di riferimento per l'EMDR, oltre ad essere accettata "*solo come ipotesi*" dalla stessa studiosa (Shapiro, 1995, p.30), non può diventare una vera teoria esplicativa (come lei auspica) in seguito agli sviluppi della neurofisiologia. Infatti, come la neurofisiologia non può in linea di principio risolvere il problema mente-corpo (che è un problema filosofico), non può nemmeno dare una risposta conclusiva a problemi strettamente clinici (che riguardano fatti da collocare a livelli d'analisi diversi da quello fisiologico). La neurofisiologia può appunto far comprendere meglio ciò che a livello del sistema nervoso si verifica in varie situazioni, ma non può spiegare compiutamente *l'agire personale*. Non solo: un modello neurofisiologico per il lavoro psicoterapeutico è necessariamente riduttivo. Infatti, quando la Shapiro cerca di spiegarsi l'origine dei disturbi traumatici e gli effetti positivi della tecnica ricorre ad una logica semplicistica e causale: la persona "subisce" un trauma, esso determina uno "squilibrio nel sistema nervoso" e "a causa di ciò" l'informazione acquisita viene "conservata a livello neurologico nel suo stato disturbante". La tecnica EMDR ristabilisce l'equilibrio innescando "un meccanismo fisiologico che attiva il sistema di elaborazione dell'informazione" (Shapiro, 1995, p.31). Tutto semplice, lineare, causale, ma puramente congetturale e completamente indifferente al fatto che si sta parlando di persone e che le persone agiscono intenzionalmente in modi più o meno consapevoli e non solo a causa di certi stimoli. La stessa quantità di alcol produce in Tizio una sbronza allegra ed in Caio una sbronza orribile, dato che Tizio e Caio hanno due storie diverse assimilate in modo personalissimo. La complessità del loro modo di agire dopo l'assunzione di una certa quantità di alcol rende necessarie spiegazioni collocabili ad un livello d'analisi diverso da quello adeguato per la spiegazione di semplici processi chimici (cfr. Ravaglia 2003, cap.3).

Gli esercizi dell'EMDR sono quindi molto importanti per incidere sulle dissociazioni, ma il cambiamento stabile e profondo di personalità che ci si aspetta da una psicoterapia deve riguardare anche i basilari punti di riferimento cognitivi ed emozionali in base ai quali le persone nell'infanzia hanno costruito un'immagine coerente ma non realistica di loro stessi, dei loro rapporti con gli altri, della realtà. Se una persona ha deciso di ridurre il contatto emotivo con le persone con cui ha dei legami o se ha deciso di manipolare i rapporti o di orientarli in una direzione prefissata, difficilmente cambierà questi atteggiamenti solo grazie ad un miglioramento della sua attività cerebrale indotta da alcuni esercizi.

Un singolo sintomo a volte può essere risolto anche in poche sedute, non solo con l'EMDR, ma con qualsiasi approccio psicoterapeutico. L'orizzonte esistenziale di una persona può essere in ogni caso cambiato solo dalla persona in questione in seguito ad un lungo e travagliato confronto sul piano cognitivo ed emozionale con la sua storia personale, sotto la guida attenta di un'altra persona capace di un buon contatto emotivo ed in grado di lavorare sugli atteggiamenti difensivi.

E' la persona che si crea una strategia di vita, non il suo cervello o il suo corpo o la sua mente. Una buona sollecitazione fornita all'attività cerebrale sembra essere un ausilio importante e va all'EMDR il merito di rendere possibile un lavoro semplice e sofisticato. Anche la psicoterapia corporea è di aiuto nell'attivazione e nella "apertura" dei segmenti corporei irrigiditi o bloccati. Tuttavia una psicoterapia non può funzionare come insieme di esercizi per il cervello o per il corpo. Ha senso solo come esperienza personale finalizzata alla comprensione di ciò che la persona fa, alla sperimentazione di ciò che può sentire ed alla ridecisione relativa ad un globale approccio alla vita. In ogni caso voglio sottolineare che l'EMDR non implica necessariamente una lettura riduzionistica dei disturbi psicologici e della psicoterapia.

2c) Situazioni difficili con clienti che presentano D.I.

Ho cercato di acquisire una formazione nella pratica EMDR perché sapevo che l'EMDR può essere utile in presenza di disturbi dissociativi. Pur non avendo lavorato su disturbi post-traumatici in senso stretto e nemmeno su gravi disturbi dissociativi (dato che persone con questi problemi in genere si rivolgono a psichiatri o a servizi pubblici e raramente a psicoterapeuti che lavorano privatamente), con molti clienti ho dovuto affrontare un tipo di difesa molto difficile da superare, che ho per brevità definito "doppia intenzionalità" nel saggio *La doppia intenzionalità (D.I.)*. Con tale termine mi riferisco ad una specifica e frequente tendenza dissociativa in base alla quale certi clienti riescono a portare avanti due progetti incompatibili e contraddittori: quello del cambiamento deciso nel quadro di una "alleanza" con l'analista e quello del mantenimento di specifici comportamenti difensivi.

La D.I. non ha nulla a che fare con le ordinarie resistenze e le inevitabili forme di ambivalenza. Le persone che non manifestano D.I., dopo tenaci opposizioni e resistenze al lavoro analitico, arrivano a capire e sentire che un certo sintomo o comportamento o atteggiamento è superabile e cominciano a cambiare.

Cominciano quindi a lasciare spazio ad emozioni più profonde e modificano alcuni comportamenti. Altre persone, invece, riescono a fare sedute splendide in cui capiscono la funzione di certe loro difese, sperimentano ed esprimono il dolore che in tal modo nascondevano e scoprono di poter tollerare quella emotività intensa, ma non integrano tale "scoperta" in un coerente piano d'azione. Pur continuando ad avere ricordi precisi delle sedute significative, dopo un'ora o tre giorni dalla seduta "illuminante" riprendono ad agire esattamente come prima. Non fanno ciò perché *non si sentono ancora pronte* a cambiare, ma perché *non hanno proprio in mente* il cambiamento che nelle sedute cercano di realizzare.

In questi casi il lavoro da fare si svolge a due livelli: a livello dell'emotività temuta ed evitata procede nel solito modo, con altre sedute centrate sull'analisi degli atteggiamenti difensivi e sull'esplorazione dei vissuti dolorosi, mentre a livello della dissociazione si sviluppa faticosamente e lentamente in modi adeguati a rendere in più occasioni il cliente consapevole della sua capacità di dissociarsi dal suo progetto di cambiamento. Il lavoro è molto frustrante per i clienti perché essi ripetutamente notano di "innestare il pilota automatico" (che li porta "indietro") mentre vorrebbero andare "avanti" in un percorso che ritengono positivo e sentono praticabile. Tali spunti dissociativi in alcuni casi, ma non sempre, sono inseriti in strutture di personalità classificabili come "di confine" e sono comunque molto difficili da superare.

Il mio interesse per l'EMDR si è sviluppato anche in seguito ai miei vari tentativi di affrontare adeguatamente la D.I. in psicoterapia. Le esperienze fatte mi hanno permesso di osservare che a tale scopo il contributo dell'EMDR a volte è evidente ma non tale da rendere superflui gli interventi consueti e da rendere breve il lavoro nelle situazioni critiche.

Con quattro delle persone che manifestano D.I. la pratica dell'EMDR non ha avuto esito ed è stato subito interrotta, ma ciò potrebbe dipendere da limiti miei nell'applicazione della tecnica.

Con tre altri clienti un ciclo di sedute EMDR su una situazione particolare dell'infanzia è stato completato e ha dato risultati buoni anche rispetto alla loro propensione ad attuare la D.I.. I clienti in questione erano comunque molto avanti nella loro analisi e avevano già stabilizzato in qualche misura un discreto contatto con emozioni profonde, anche se la loro modalità difensiva rendeva i risultati sempre precari.

Con altri clienti il lavoro ha dato risultati discreti. Per una comprensione più accurata dell'utilità della tecnica EMDR in presenza di "doppia intenzionalità" credo di dover fare valutazioni più accurate in tempi più lunghi. Per ora posso dire che spesso le persone che manifestano D.I. gradiscono l'EMDR e notano che tale lavoro le aiuta a proseguire l'elaborazione a casa dei temi emersi sia nelle sedute di EMDR che nelle altre.

2d) Deviazioni dal protocollo di lavoro

Le deviazioni rispetto al protocollo standard di lavoro con l'EMDR sono previste ed anche consigliate dai trainers che insegnano la tecnica in tutti i casi in cui si verifica qualche intoppo nel procedimento. Non voglio però parlare di questi interventi, ma voglio piuttosto prendere (o riprendere) in considerazione alcune deviazioni dal protocollo di lavoro che possono essere considerate opportune o "errate" a seconda del più ampio modo di intendere la psicoterapia.

Francine Shapiro scrive a questo proposito: "Per esempio, alcuni terapeuti possono trovare difficile seguire la norma che impone di 'non intralciare il paziente durante un'elaborazione efficace' (...) Perciò, alcuni terapeuti, peraltro eccellenti, potrebbero non diventare mai esperti nell'EMDR, semplicemente perché non si trovano a loro agio con questo metodo. Questo è uno dei tanti rischi relativi al tentativo di imparare qualsiasi nuovo metodo a metà o in una fase avanzata della propria carriera clinica. (...) Possiamo sperare che questo problema verrà ridotto quando i corsi sull'EMDR diventeranno parte del normale curriculum nelle specializzazioni universitarie" (Shapiro, 1995, p.353).

Non credo che le tecniche psicoterapeutiche per essere apprese bene debbano essere apprese solo da "menti vergini". Uno psicoterapeuta "eccellente", di normali capacità o molto limitato, impara le cose da giovane e nella maturità in modi eccellenti, normali o limitati. Il problema relativo alla possibilità di applicare una tecnica in modi predeterminati o in modi "più creativi" si pone ai giovani come agli anziani e la risposta a questo dilemma dipende dal quadro di riferimento generale di chi fa psicoterapia e non dalla sua età. L'EMDR, come qualsiasi tecnica, può essere intesa come una "procedura" da applicare allo scopo di favorire risultati specifici su problemi specifici di specifici casi clinici. Può anche essere (come qualsiasi tecnica) collocata in un percorso di consapevolezza e di cambiamento in cui una persona aiuta un'altra persona a chiarire certi nodi e ad affrontare certe situazioni emotive in modo non difensivo. In questo secondo caso *l'EMDR, come qualsiasi altra tecnica* risulta necessariamente subordinata ad un progetto complessivo di trasformazione personale.

Il metodo EMDR prevede soprattutto in presenza di disturbi di una certa gravità che l'operatore faccia "interventi cognitivi integrativi" per sbloccare la situazione se il cliente si trova in un circolo vizioso che ostacola la capacità "autoriparativa" della mente. La mia sottolineatura del fatto che in molti casi sia ragionevole intervenire per sbloccare situazioni stagnanti non costituisce quindi un'obiezione rispetto al metodo. Tuttavia credo che gli interventi auspicabili in certe situazioni vadano ricondotti ad una logica di fondo che va un po' al di là di quella implicata dagli "interventi cognitivi integrativi".

La "logica" degli interventi che considero utili nelle situazioni bloccate non è riconducibile al "Modello dell'Elaborazione Accelerata" in base al quale il materiale disfunzionale sarebbe in qualche modo bloccato in una rete neurale nella forma specifica della situazione traumatica. A parte la mia preferenza per modelli psicologici anziché neurologici in psicoterapia e comunque per modelli non meccanici, devo purtroppo ricordare che tale modello (rigorosamente causale) è dalla stessa Shapiro considerato una "metafora" (1995, p.251) e che esso trascura l'intenzionalità dei processi difensivi. Ho approfondito in altra sede (Ravaglia 2003) le mie obiezioni al causalismo in psicoterapia e non intendo ripetermi, ma voglio solo ricordare che in psicoterapia trovo decisamente preferibili le congetture falsificabili e verificate alle metafore. A me non interessa ciò che succede nel cervello dei miei clienti (che sono *persone* e non "organismi") e nemmeno ciò che succede nel loro sistema nervoso autonomo o nelle loro ghiandole quando agiscono emotivamente, anche se so che in quei tre ambiti (ed in altri del loro organismo) qualcosa succede. Mi interessa capire perché agiscono in un certo modo e mi interessa falsificare o verificare le mie congetture.

In tanti anni di lavoro mi sono abituato ad ascoltare frasi di questo tipo: "ora mi rendo conto del fatto che quando sono nelle situazioni in cui mi sentivo incapace o confuso o costretto a reagire in un certo modo, ho per un attimo la sensazione di poter prendere una strada o un'altra". Quando i clienti fanno osservazioni di questo tipo notano sempre che "la strada vecchia" li protegge da una sofferenza profonda, molto temuta e scoprono che "la strada nuova" comporta non solo una resa al dolore inevitabile, ma anche una più profonda felicità". La logica "intenzionalista" che utilizzo come cornice teorica del lavoro analitico non è quindi né una metafora né una lettura soggettivamente gradita dei fatti; essa consente di ordinare i fatti in modi ragionevoli e corroborati da significative conferme fornite dai clienti. In una situazione traumatica è estremamente "comodo" per un bambino (o per un adulto che da bambino si è autoprogrammato in modo difensivo) dissociarsi, confondersi, frammentare la percezione di una situazione che è terribile e che sarebbe tollerabile solo da un adulto molto equilibrato. Su questa base è quindi importante considerare la funzione rielaborativa dell'EMDR non già come una cura per un "difetto" di funzionamento, ma come un intervento che facilita un confronto con situazioni dolorose non integrate.

Proprio la limitatezza della cornice teorica dell'EMDR porta a concepire interventi integrativi che a volte sono limitati. La Shapiro suggerisce ad esempio di rispondere ad una cliente che si sente colpevole per una violenza subita nell'infanzia con una frase di questo tipo: "Non capisco. Mi sta dicendo che una bambina di 5 anni può portare un adulto a violentarla?" (Shapiro, 1995, p.265). Questo intervento è a mio avviso perfetto: mette in crisi la logica difensiva di una persona che preferisce sentirsi colpevole piuttosto che vulnerabile ed effettivamente vittima di un'aggressione. In poche incisive parole la Shapiro chiarisce alla sua cliente che prendendosi responsabilità non si evita il contatto con una sofferenza che è sua e che può oggi accettare e superare. Allo stesso modo, interviene con empatia ed intelligenza nei casi in cui suggerisce ai clienti di approfondire l'espressione di emozioni provocate da un set di movimenti oculari, quando i clienti manifestano il timore di esprimere tali emozioni. Tuttavia l'autrice fa questa osservazione: "La rabbia imprigionata per una vita può essere estremamente spaventosa per il paziente. Il terapeuta dovrà rassicurarlo che questa rabbia è semplicemente la manifestazione della rabbia infantile che è rimasta chiusa nel suo sistema nervoso" (Shapiro, 1995, p.275). A parte il riferimento discutibile al sistema nervoso come "contenitore" della rabbia, l'autrice finisce per "togliere" ad una persona la responsabilità di una sua reazione emotiva e la possibilità di una ridecisione.

La deresponsabilizzazione è rassicurante nell'immediato, ma non produce cambiamenti reali perché non è il vero "antidoto" per il "veleno" costituito dai sensi di colpa. Io non ho mai fatto analisi con reduci di guerra traumatizzati, ma ho una certa esperienza del disagio provato da persone che lavorando sul dolore (precedentemente ignorato) del loro rapporto con un genitore distruttivo si sono poi resi conto di aver agito in modi simili o comunque altrettanto devastanti nei confronti dei loro figli. Mi guardo bene dall'intervenire su quei sensi di colpa improvvisi e atroci spiegando fantasiosamente che il loro comportamento era *determinato dalla loro nevrosi*, così come ad esempio si fa a volte nella terapia comportamentale e cognitiva con pazienti "affetti" da disturbo ossessivo compulsivo (cfr. Dèttore, p.170). Affronto il senso di colpa chiarendo che esso costituisce sempre una difesa che protegge dal dolore. Tali clienti si colpevolizzano infatti sia perché in genere hanno la presunzione di essere "migliori dei loro genitori" (in una logica

competitiva), sia perché non vogliono accettare davvero né il loro dolore di figli né il dolore che i loro figli possono sentire o aver sentito. Si svalutano per non accettare che la loro infanzia è stata dolorosa perché i loro genitori erano imperfetti (e non già "colpevoli" o "sbagliati") e per non accettare davvero che anche l'infanzia dei loro figli è stata dolorosa. Appena smettono di colpevolizzarsi cominciano a piangere, a sentire e ad elaborare una genuina (non difensiva e non regressiva) sofferenza, a provare pietà per loro stessi, empatia per i loro figli e per i loro genitori.

Noi siamo responsabili di ciò che facciamo e delle risposte emotive che diamo a certe situazioni e in psicoterapia abbiamo bisogno di riconoscere che a volte siamo stati distruttivi per paura e non perché "incapaci" di fare altro; abbiamo anche bisogno di riconoscere come "nostre" le nostre emozioni, sia quelle ragionevoli, sia quelle difensive, per cambiare il nostro rapporto con gli altri e con la vita. Saltare il passaggio dell'assunzione di responsabilità personale riduce la possibilità di fare cambiamenti profondi. Dire ad un cliente che un'emozione non è una risposta "scelta dalla persona" ma una sorta di pacco depositato in un binario morto del sistema nervoso o dire che è "solo il paesaggio che scorre" mentre la persona "è sul treno" (Shapiro, 1995, p.275) forse abbrevia il lavoro psicoterapeutico, ma toglie ad esso la profondità necessaria. Se non si è costretti da fatti contingenti (ad es. il poco tempo disponibile in una situazione di emergenza), l'intervento ottimale nelle situazioni di stallo va valutato di volta in volta alla luce di ciò che serve al cliente. Può essere un intervento non solo cognitivo e deve essere comunque finalizzato alla comprensione della strategia difensiva del cliente e delle nuove scelte di vita che questi può fare.

Capitolo 3 **Psicoterapia "evidence based"**

Se il direttore di una pinacoteca dividesse i quadri in base ai colori prevalenti, o se un critico cinematografico distinguesse le opere cinematografiche in corte, medie e lunghe, chiunque direbbe che evidentemente tali persone colte non hanno fatto buon uso della loro intelligenza. Gli intellettuali in questione potrebbero obiettare che erano stanchi di discussioni vaghe su concetti generici come "arte", o "sviluppo drammatico di una narrazione" e che desideravano dare ordine ed oggettività alla loro professione. Tuttavia, nessuno prenderebbe sul serio la loro ostinata passione per l'oggettività.

Sembra invece che in psicoterapia si tenda a classificare i clienti come "casi clinici" caratterizzati da specifici disturbi ed a "misurare oggettivamente" l'efficacia di particolari procedimenti standardizzati e ripetibili. Questa valanga di "obiettività" che tende a travolgere la ricerca in psicoterapia prende il nome di "movimento EST" (ove la sigla sta per *Empirically Supported Treatment*) o di "approccio *evidence based*" alla psicoterapia. Questi approcci basati su fatti "evidenti" aspirano giustamente a spazzar via dalla psicoterapia il ricorso a concezioni metafisiche o ideologiche dei disturbi psicologici, trascurando però la complessità ed il significato della dimensione psicologica personale.

3a) Presupposti del movimento EST

Il movimento EST si basa su idee semplici e discutibili:

- a) le persone sono "affette" da disturbi psicologici
- b) tali disturbi psicologici possono essere definibili e misurabili
- c) essi hanno specifiche cause e possono essere trattati con specifiche cure
- d) si possono definire accuratamente dei protocolli standard di terapia
- e) le cure producono risultati oggettivi
- f) si può verificare l'efficacia di ogni cura misurando gli effetti da essa prodotta in campioni di persone che presentano disturbi simili e ricevono differenti trattamenti.

Tale concezione sembra brillante e molte persone che desiderano fare una psicoterapia direbbero: "se ho un disturbo psicologico denominato 'x', perché non dovrei farmi *curare* da uno psicoterapeuta che *applica* un *metodo* 'y' che è risultato *efficace* con 9 persone su 10 *affette* dal mio stesso disturbo?!". Molte persone colte scrivono cose del genere in testi ritenuti fondamentali da altre persone colte. E qui sta il problema, perché più questo *trend* si afferma in psicoterapia, più rischiano di venir screditati i professionisti che non credono ai punti a/f sopra elencati e che ritengono che le cose stiano in un altro modo:

- a) le persone più o meno consapevolmente agiscono in modo da strutturare comportamenti ed atteggiamenti (che alcuni classificano come "disturbi psicologici") allo scopo di evitare il contatto con emozioni profonde e soprattutto con vissuti emotivi che nell'infanzia erano

risultati intollerabili

b) i cosiddetti disturbi psicologici sono unici perché contribuiscono ad unici progetti difensivi personali, anche se superficialmente possono essere simili a quelli di altre persone

c) tali disturbi non sono "causati", ma *decisi inconsapevolmente* dalla persona e costituiscono solo l'aspetto superficiale di un atteggiamento fondamentale che la persona ha assunto rispetto a se stessa, agli altri, all'esistenza

d) non si possono definire protocolli standard di terapia perché non esistono "patologie psicologiche" da curare

e) non ci sono *cure* per ciò che non è una *malattia*, ma è possibile fare un lavoro analitico che chiarisca alla persona cosa sta facendo anche quando crede di essere vittima di una malattia e che mostri alla persona che può tollerare un livello di emotività più profondo di quella a cui è abituata; qualsiasi intervento volto a modificare singoli sintomi produce risultati oggettivi e misurabili, ma irrilevanti per una valutazione dei cambiamenti qualitativi nella vita della persona

f) non si possono confrontare i risultati delle varie psicoterapie perché le persone che chiedono aiuto psicologico sono entità uniche e non assimilabili ad altre e perché i loro disturbi hanno o avevano un ruolo specifico in un unico e specifico progetto di vita; un percorso analitico ben riuscito non risulterà tale perché confrontato "dall'esterno" con altri percorsi personali, ma risulterà tale perché la persona in questione avrà chiarito il significato del suo disturbo, avrà scoperto di poterne fare a meno ed avrà deciso di vivere in un altro modo la sua vita.

Queste affermazioni risulteranno in buona parte assolutamente incomprensibili a molti psicologi del movimento EST se essi non conoscono il significato che nella *loro* vita hanno i *loro* disturbi, magari piccoli e "normali", *compreso il disturbo (grave) costituito dal credere che le persone siano delle macchine da riparare con delle procedure standard.*

Chiarite queste premesse, risulterà ovvio che affermazioni come la seguente sono tutt'altro che scontate: "Per questo, negli ultimi anni ci si è concentrati sull'identificazione e sulla classificazione di specifici trattamenti che si sono dimostrati efficaci sperimentalmente per categorie ben definite di problemi psicologici. (...) Il movimento per i trattamenti di provata efficacia sperimentale (EST) è diventato un movimento nel vero senso della parola e sembra aver preso grande slancio da diverse forze convergenti di tipo economico, politico e professionale" (Lyddon-Jones Jr, 2001, p.249). Inoltre: "La Managed Health Care, un fenomeno sociale e finanziario che mira alla valutazione e riduzione dei costi dei servizi è stato un elemento importante per lo sviluppo del movimento EST" (Lyddon-Jones, pp.249-250). Ovviamente, il fatto che certe istituzioni pubbliche o private o le Compagnie di Assicurazioni possano gradire soluzioni semplici e brevi, non toglie nulla al fatto che i disturbi psicologici sono tutt'altro che semplici e che il loro trattamento non può essere breve.

Il termine "*evidence based*" che tanto piace a psichiatri e psicologi farebbe drizzare i capelli in testa a qualsiasi studente di filosofia del primo anno. Quale evidenza? *L'evidenza* è un concetto rozzo, dato che non c'è modo di osservare nulla neutralmente senza tener conto delle aspettative, delle teorie implicite, delle conoscenze acquisite, dei giudizi e dei pregiudizi dell'osservatore. Per un fumatore un posacenere è evidentemente un oggetto utile che dà un senso di calore ad una stanza. Per un non fumatore lo stesso oggetto è inutile e potenzialmente pericoloso, poiché troppo invitante per gli ospiti. Allora quell'oggetto è *evidentemente* utile o inutile? Non c'è scienza senza epistemologia e ogni scienziato che si rispetti considera ogni verità un dato significativo all'interno di una concezione teorica al momento accettata e programmaticamente provvisoria. Dunque, le evidenze di certi psicologi potrebbero essere *evidenti assurdità* per altri. La valutazione di un cambiamento psicologico non si dovrebbe misurare, come in pubblicità rispetto ai risultati sul pubblico, ma in base a criteri qualitativi.

Alcuni anni fa presi in analisi un uomo di mezza età con varie difficoltà nelle relazioni interpersonali, con un rapporto di coppia che era in crisi e non aveva mai funzionato bene, con una considerazione per se stesso decisamente bassa e con il problema dell'eiaculazione precoce, l'unico che gli stava inizialmente davvero a cuore. Le sue difficoltà personali si erano anche tradotte in difficoltà nella gestione del bilancio familiare e quindi iniziammo, per ragioni economiche, a lavorare con sedute quindicinali anziché settimanali. Cercai di spostare la sua attenzione dal problema particolare che sentiva urgente e lavorai in modo provocatorio e "pesante" sul suo rapporto con la madre e sulla passività con cui aveva reagito alla figura materna e, successivamente, alla moglie. In pochi mesi (cioè in una decina di sedute) era riuscito ad ammettere ed in parte ad esprimere la sua ostilità verso la figura materna invadente e svalutante. Aveva in

due occasioni anche sfiorato il dolore concedendosi alcune lacrime. A quel punto mi disse che dopo aver tenuto testa alla moglie in una delle sue sfuriate e dopo aver fatto pace, aveva avuto un rapporto sessuale pienamente soddisfacente con lei. Dopo poche sedute cominciò a propormi di interrompere il nostro lavoro, dato che le sue difficoltà economiche erano sempre notevoli e sia i costi delle sedute che quelli dei viaggi dalla sua città alla mia erano per lui notevoli. Feci del mio meglio per prolungare il più possibile il nostro rapporto, ma dopo alcuni mesi dovetti accettare un'interruzione dell'analisi. Negli ultimi mesi avevo continuato a lavorare sulle cose per me importanti e assieme avevamo anche ottenuto alcuni risultati significativi. Era cambiato il rapporto con la moglie, egli aveva preso alcune decisioni che col tempo avrebbero contribuito ad un miglioramento del suo bilancio mensile, si sentiva più prezioso come persona e comunque non si sentiva più "sbagliato"; aveva anche sentito di poter perdonare la madre. Aveva alcune volte pianto con me ed alcune volte a casa, ma tendeva comunque a "sistemare le cose" piuttosto che accettare sia di poter combattere in certe situazioni, sia di doversi arrendere e piangere fino in fondo in altre. Il suo rapporto col dolore era fragile e sarebbe stato necessario un approfondimento ed un consolidamento dei risultati ottenuti.

Per come vedo io le cose il lavoro in questione *non è stato un successo*: non sono riuscito a coinvolgere il cliente in un progetto di cambiamento davvero profondo. Anche io quando da giovane ero in analisi ho attraversato un lungo periodo economicamente disastroso, ma non ho mai messo le spese delle sedute in cima alla lista dei costi da tagliare. Credo che il problema economico di quel cliente fosse reale e che in una certa misura egli fosse anche coinvolto in un progetto di cambiamento. Tuttavia, la sua paura di piangere fino in fondo tutte le volte che entrava in contatto col dolore della sua vita, a mio avviso era la vera ragione della sua propensione a concludere appena possibile il lavoro analitico.

Nessun terapeuta centrato sui sintomi avrebbe favorito il tipo di cambiamento che ho perseguito. Un terapeuta del movimento EST avrebbe classificato quel mio cliente in una categoria, applicato un protocollo e forse messo in ordine il funzionamento sessuale del cliente. Poi sarebbe stato soddisfatto dei risultati ed avrebbe concluso che il protocollo adottato aveva avuto un'altra conferma. Soprattutto non avrebbe faticato per prolungare la psicoterapia dopo il primo "successo" e non avrebbe cercato di favorire il contatto con il dolore, perché avrebbe considerato "eccessiva" ogni profusione di lacrime. Basta essere ciechi per trovare evidente che i colori del giorno sono uguali a quelli della notte.

3b) Alternative alle "evidenze" del movimento EST

Così come i sostenitori del movimento EST cercano di dimostrare la validità del loro lavoro con tabelle, cifre, dati statistici, vorrei sostenere la validità di un lavoro completamente diverso con un altro semplice esempio. In questo caso, un sintomo è stato risolto in una sola seduta, ma grazie alle premesse gettate precedentemente lavorando su altri e più significativi problemi.

Una cliente, che chiamerò Rossana e che vedevo da circa un anno e mezzo, aveva iniziato l'analisi per superare un periodo di depressione in cui, pur non avendo compromesso il suo esame di realtà, si era sentita bloccata nel dare esami all'università e nel gestire le sue relazioni sociali. Al momento della seduta che voglio riportare aveva ancora momenti di depressione in cui comunque sapeva di star agendo delle operazioni difensive e col mio aiuto in seduta o (a volte) da sola a casa, riusciva a superare il momento critico. Soprattutto non si considerava più una malata in cura, ma sapeva che con la depressione evitava sia di sentire una profonda ostilità per la madre, sia (soprattutto) di elaborare i suoi vissuti dolorosi di abbandono sperimentati con la figura materna nell'infanzia e nella prima adolescenza.

Nella sua famiglia il padre era stato sempre una figura marginale. Nonostante alcuni suoi atteggiamenti autoritari era la figura genitoriale più equilibrata e capace di leggere la realtà. La madre, al contrario, presa dai suoi conflitti psicologici, non era stata una figura di sostegno ed anzi aveva sempre cercato di "appoggiarsi" a Rossana.

La cliente aveva acquisito una realistica e ragionevole fiducia nel nostro lavoro poiché ora capiva che i suoi problemi riguardavano il timore di entrare in contatto con emozioni antiche e devastanti e non derivavano dal fatto di "essere affetta da qualche misterioso disturbo". Non era uscita dal tunnel, ma aveva già una mappa del tunnel e cominciava a vedere in fondo la luce del giorno.

Stavamo quindi setacciando le sue relazioni interpersonali, i suoi modi di negare la sua rabbia, le sue strategie per sentirsi male da sola piuttosto che rifiutata da altri e, ogni volta che in seduta sentiva qualcosa di più profondo, scopriva di potersi sentire "intera" e non in balia di emozioni ingestibili.

Nella seduta che sto per riassumere mi chiede di lavorare su un problema quasi banale di cui mi aveva brevemente parlato sei mesi prima e su cui non avevamo mai lavorato.

R.-Quando attraverso momenti di tensione in cui tengo delle cose dentro senza capire come esprimermi, sento ancora (e di recente forse con maggior frequenza) la "necessità" di accarezzarmi le dita col pollice tracciando dei piccoli triangoli, come se dovessi "disegnare" con cura dei triangoli perfetti. La cosa è stupida e in fondo non troppo grave, ma mi disturba. Da bambina facevo molte cose del genere: se mi ero toccata il viso a sinistra dovevo toccarmi anche a destra, dovevo evitare di calpestare le righe bianche per strada e così via. Poi quelle stranezze sono passate, ma quella cosa dei triangolini è rimasta latente e ogni tanto affiorava. In questi giorni è molto presente.

[Per la cliente non era assolutamente il caso di ipotizzare una diagnosi di disturbo ossessivo-compulsivo e al momento non avevo alcun elemento per ricondurre questo bizzarro "minisintomo" al lavoro analitico in corso. Potevo quindi solamente fare domande e cercare nelle risposte qualche indizio relativo al senso che questa abitudine poteva avere per Rossana].

G.-Cosa ti dice il concetto di "triangolo perfetto"?

R.-Tre lati che "si incastrano bene". Contatto, armonia, sicurezza.

G.-E perché un triangolo e non un quadrato o un esagono?

R.-Non so. Un altro lato mi sembra "scomodo".

[Qui Rossana mi dà una pista. Se avessi considerato Rossana-persona come una "paziente affetta da qualche sintomo" avrei potuto cercare di attaccare l'errore cognitivo consistente nel "disegnare sulle dita anziché sui fogli" oppure avrei potuto cercare di "desensibilizzarla" con qualche trucco facendola rilassare e visualizzando triangoli imperfetti. La realtà è però un'altra: le persone sono persone e se non si prendono un virus non sono affette da niente. O riusciamo a capire perché agiscono, oppure dobbiamo ammettere che non sappiamo come affrontare il loro vero problema. Già associando i triangoli al "contatto" ed alla "sicurezza" Rossana aveva indicato che il problema da cui scappava era interpersonale e non geometrico. Classificando un eventuale quarto lato come "scomodo" mi sollecita a passare dal sintomo bizzarro a qualche tema affettivamente significativo. La famiglia di Rossana era composta da lei stessa, dal fratello maggiore e problematico, dalla madre depressa e infantile e dal padre assente.]

G.-Chi è il quarto lato "scomodo"?

R.-Papà. Fra noi tre c'era unione, vicinanza.

G.-Però non eravate un triangolo *perfetto*.

R.-[Commosa] E' vero.

G.-Forse ti dai da fare per costruire il triangolo perfetto solo per distrarti dall'imperfezione insanabile in cui sprofondi appena ti senti piccola e parte di una famiglia scombinata? Con l'ansia di "dover mettere tutto a posto" ricordi meglio o dimentichi il dolore che senti quando accetti che la tua famiglia non è stata e non è affatto a posto? Forse il tuo rituale è riparatore e ti distrae dalla necessità di piangere per quel che non è stato e non sarà mai.

R.-[Mi guarda attentamente occhi mentre le lacrime scendono dai suoi occhi] Ora farei tanti triangoli!

G.-Cosa vorresti ora, sul piano affettivo, che non puoi avere?

R.-Serenità.

G.-A quale età?

R.-Dieci anni.

G.-Puoi ottenere *quella* serenità?

R.-No [Piange sommessamente]. ... Ora le mani si sono calmate.

G.-Tutte le volte che ti capiterà di sentire la frenesia dei triangoli, anziché cercare di "calmarti" o "distrarti" e anziché dedicarti con cura a "disegnare" triangoli, devi farti la domanda di prima: "cosa vorrei, ora, sul piano affettivo, che non posso avere?". Consideralo un "compito a casa" e poi fammi sapere quali frutti ha dato.

R.-OK

Nelle due sedute successive mi ha comunicato di aver avuto (anche se in misura ridotta) l'impulso a tracciare triangoli sulle dita e di aver fatto il "compito a casa". Ogni volta aveva sentito un dolore profondo e spesso aveva pianto. Da allora il problema non si è più ripresentato e l'elaborazione del suo dolore è proseguita anche grazie a questa piccola sollecitazione.

Ovviamente questo lavoro ha approfondito la consapevolezza della solitudine sperimentata durante l'infanzia nella famiglia d'origine. Non avrei in alcun modo potuto "curare il sintomo" se (per ipotesi) la cliente si fosse presentata per la prima volta dichiarando solo quel sintomo e chiedendo una terapia per esso. Qualcosa del genere accade quando le persone chiedono di iniziare un'analisi per un disturbo sessuale, per problemi di insonnia, ansia, panico, ecc.

L'autore di un libro che ogni psicoterapeuta dovrebbe aver letto e riletto e riletto ancora, scrive: "Dunque, non c'è da meravigliarsi se, pur sottoponendosi alla terapia insistendo che desidera cambiare, di solito ciò che il paziente vuole veramente è rimanere lo stesso e costringere il terapeuta a farlo sentire meglio. La sua meta è diventare un nevrotico più efficace" (Kopp, 1972, p.10). Quando mi trovo in situazioni di questo tipo, evito accuratamente di sottoscrivere il contratto scellerato che i clienti mi propongono: restare chiusi, confusi, dissociati da emozioni profonde, ma ridurre il disagio grazie a qualche pezza messa su un sintomo disturbante. *Quel sintomo è vita, è un S.O.S. lanciato per suggerire l'esistenza di un disagio profondo. Trattare i singoli problemi con tecniche comportamentali, "rieducative", rilassanti è intelligente quanto dare una martellata su una sirena che suona perché è scoppiato un incendio e concludere che il problema del rumore è stato risolto.*

3c) Il cambiamento: "effetto di una terapia" o "ridecisione"?

L'idea di poter "curare" con la psicoterapia un disturbo dichiarato da un cliente e magari codificato dal DSM-IV è irragionevole, anche se molto comune. Ci sono problemi sessuali che si risolvono in poche chiacchierate e problemi sessuali che affondano le loro radici nel terrore di un'intimità profonda e quindi tali problemi non sono "equivalenti". Ci sono problemi alimentari legati a lievi problematiche orali-depressive che scompaiono dopo pochi pianti ben fatti, mentre altri sono inseriti in atteggiamenti caratteriali masochistici o cementati in personalità borderline e possono essere difficili o difficilissimi da superare. In realtà non esistono disturbi psicologici, ma persone che agiscono difensivamente in vari modi.

Ovviamente, i teorici del movimento EST hanno riconosciuto che le persone con un disturbo non sono "uguali" a quelle che manifestano lo stesso disturbo. Questi studiosi hanno però rimesso in piedi la loro concezione inventando la *compresenza di disturbi distinti*. In tal modo, le persone che erano state "cancellate" con la diagnosi di "pazienti di tipo X", non sono state "recuperate": sono rimaste "casi clinici", anche se considerate come casi clinici più complessi in quanto affetti da due, tre o dieci differenti "disturbi". La perseveranza nell'errore ha dato luogo a strategie terapeutiche basate sul trattamento sistematico (sempre *evidence based*) per ognuno dei disturbi della collezione.

Con buona pace dei cognitivisti i clienti in analisi sono nevrotici ma non sono "zucconi" da educare e con buona pace dei comportamentisti non sono nemmeno macchine con qualche pezzo da limare o da saldare. La scienza in psicoterapia *non* deve formulare leggi empiriche che coordinino i disturbi x, gli interventi y e i risultati z, a meno che la scienza non voglia limitarsi a grattare solo la superficie dei problemi.

Il rigore "scientifico" in psicoterapia non ha alcun senso "a valle", cioè nell'ambito applicativo che deve essere artigianale e creativo, ma deve essere presente e operante "a monte", cioè nella chiarificazione delle relazioni fra vissuti, difese e sintomi. (Cfr. Ravaglia, 2003, cap.9, par.3). In questa prospettiva, per me autenticamente scientifica, chi sente il bisogno di pensare alla psicoterapia come a qualcosa di rassicurante perché standardizzato ed empiricamente "controllato" proverà un po' d'ansia. Però questo turbamento può essere facilmente compensato da un fatto positivo: quando il lavoro analitico funziona non occorre fare nessuna ricerca per capire "perché" ha funzionato, ma è sufficiente chiedere ai clienti come mai sono cambiati. Essi rispondono con affermazioni di questo tipo: "ho capito che *agivo* quando manifestavo certi sintomi e atteggiamenti, ho sperimentato delle emozioni che prima consideravo intollerabili ed ho deciso di mettere più emozioni e meno barriere nella mia vita" (cfr. G.Ravaglia, 2000).

Credo che interventi strutturati e mirati, adatti a situazioni di emergenza o applicabili in situazioni gravi e particolari, possano e debbano essere formulati, studiati ed anche valutati nella loro efficacia. Non mi oppongo quindi in linea di principio ad interventi psicoterapeutici di emergenza o strutturati o brevi. Mi oppongo all'idea di dividere l'ambito dei disturbi psicologici in caselle costituite dai titoli di ogni capitolo e paragrafo del DSM-IV al fine di determinare per ogni disturbo così etichettato una particolare "terapia". La mia opposizione al movimento EST non è quindi ideologica o animata da un purismo pregiudiziale: si basa sul fatto per me assodato ed indiscutibile che i disturbi psicologici non sono effetti di cause esterne o espressione di conflitti interni sorti dal nulla o manifestazione di errori cognitivi: sono azioni, sono manifestazioni interne ed esterne di una strategia difensiva costruita (inconsapevolmente) dalla persona.

Il vero cambiamento si realizza quando la persona in analisi comprende:

1. che non è malata ma agisce,
2. che agisce per evitare emozioni profonde classificate come intollerabili nell'infanzia,
3. che oggi può tollerare qualsiasi dolore emotivo, sia che esso riguardi il presente, sia che "affiori" dal lontano passato,

4. che oggi può decidere di vivere in modo non patologico e non "normale" (dato che la normalità è in gran parte irrazionale e nevrotica), accettando il dolore che temeva e sperimentando anche livelli di gioia e di felicità che non conosceva.

Questo tipo di cambiamento, quando si realizza, non richiede nessuna convalida statistica o scientifica, perché la persona sa benissimo di aver deciso e realizzato dei cambiamenti. Anche l'analista non ha bisogno di dimostrare nulla alla comunità scientifica in merito alla "terapia" fatta, perché sa benissimo che il cliente non è cambiato a causa di questo o quell'intervento (e nemmeno a causa di qualche fattore umano "aspecifico"): sa benissimo che egli non ha "curato" il cliente "togliendogli qualcosa" (ad es. desensibilizzandolo) o "dandogli" qualcosa (ad es. "installando" qualche capacità), ma ha chiarito con lui alcune cose della sua vita e questi ha cambiato il suo modo di vedere se stesso e la realtà dopo aver sperimentato di aver oggi la capacità di vivere in modo meno superficiale e più autentico.

Capitolo 4

EMDR e approcci "evidence based"

Partendo dalla *Home Page* del sito ufficiale dell'*EMDR Institute Inc.* si può arrivare alla pagina web intitolata *The Efficacy of EMDR* (www.emdr.com/efficacy.htm) in cui viene sottolineata, con comprensibile soddisfazione, l'esito di molte ricerche che hanno attribuito al metodo EMDR un alto livello di efficacia per il trattamento di un disturbo tutt'altro che semplice da trattare come il PTSD (in italiano DPTS, o disturbo post-traumatico da stress). Questo, infatti è l'ambito elettivo di intervento per chi pratica l'EMDR in quanto con tale tecnica è possibile incidere in poche sedute su sintomatologie anche gravi risultanti da esperienze traumatiche (cfr. Shapiro, 1995, cap.12 ed anche Shapiro-Forrest, 1997, *Appendice B*).

Credo che il tentativo di formulare specifici protocolli di lavoro finalizzati a lenire particolari sofferenze affiorate dopo eventi specificamente traumatici sia un compito importante. Credo però che l'EMDR possa costituire anche un valido strumento di lavoro in un percorso analitico.

L'EMDR è quindi una tecnica, non una psicoterapia, e non deve diventare una psicoterapia. In essa convivono due anime: quella riduzionista, scienziata, causalista e quella *limpidamente tecnica*.

Questa seconda anima consente un inserimento dell'EMDR in un percorso analitico approfondito che può accogliere quindi varie tecniche (gestaltiche, corporee, ecc.).

La prima anima dell'EMDR associa strettamente la tecnica ad approcci cognitivisti e comportamentisti che tendono ad ignorare la dimensione personale del rapporto psicoterapeutico. In tale prospettiva vengono a mio avviso teorizzati in modo discutibile il rilassamento, la "desensibilizzazione" e la "installazione" di particolari risorse.

4a) Rilassamento

Le **tecniche di rilassamento** associate all'EMDR (come ad esempio l'esercizio del "posto sicuro"), quando vengono applicate in presenza di stati d'animo di dolore profondo mirano proprio a placare il dolore dei clienti anziché consentire un approfondito lavoro del lutto; quando vengono invece applicate in relazione a stati d'animo "brutti", ma difensivi, servono semplicemente a non analizzare tali stati d'animo come difese. In tal modo l'operatore EMDR rinuncia a fare analisi per portare avanti una terapia "centrata sul paziente" (cfr. Shapiro, 1995, p.282 e 305). Considero errato tale approccio, come pure quello della "terapia centrata sul cliente" di Carl Rogers perché le persone in psicoterapia, anche se usano al meglio le loro risorse mentali, non possono smascherare da sole la strategia difensiva che inconsapevolmente seguono. Per il lavoro analitico (cognitivo ed emozionale) occorre che l'analista intervenga sollecitando il cliente a toccare davvero il dolore che ha evitato fino a fargli scoprire che non deve "liberarsene" come se fosse un virus, ma che deve riconoscerlo come un aspetto prezioso della sua esistenza e come un'esperienza che può (oggi, non nell'infanzia) tollerare facilmente. Io seguo questa regola sia quando faccio sedute nel modo consueto, sia quando lavoro con l'EMDR.

Scrivono la Shapiro: "Inoltre, poiché il materiale può continuare a subire un'elaborazione tra una seduta e l'altra, il paziente dovrà essere attrezzato con una serie di tecniche di autocontrollo e un nastro per la riduzione dello stress, al fine di gestire qualunque pensiero ed emozione disturbante possa insorgere" (Shapiro, 1995, p.243). A questo proposito occorre fare una marcata distinzione fra l'applicazione dell'EMDR in situazioni di emergenza, con persone sconosciute che non sono in psicoterapia e l'uso dell'EMDR con persone che stanno facendo un percorso analitico. Nel primo caso, data la possibilità che il lavoro "improvvisato" (ad esempio con una popolazione colpita da un terremoto) produca sviluppi

emozionali a cui le persone non sono minimamente preparate, trovo estremamente raccomandabile che un terapeuta EMDR sia così prudente da preparare il cliente a "gestire" con tecniche di rilassamento eventuali emozioni "disturbanti". La cosa deve invece ovviamente essere valutata in termini diversissimi se l'EMDR è applicata con una persona ben conosciuta, che sta facendo analisi, che non è "emotivamente sprovveduta" e che non ha disturbi dissociativi gravissimi. Proporre in tutti i casi tecniche di rilassamento significa limitare il lavoro psicoterapeutico. Ciò si giustifica solo se l'operatore che fa EMDR non ha fatto analisi, non sa per esperienza personale che le emozioni autentiche sono molto intense, non distingue fra emozioni autentiche e difensive, non sa guidare i clienti a compiere un adeguato lavoro del lutto, non sa che l'elaborazione del dolore porta ad una felicità profonda che non è in alcun modo assimilabile al "rilassamento".

I clienti vengono in psicoterapia perché stanno male e vogliono star bene, non per ribaltare tutto il loro progetto esistenziale. Vogliono le loro difese, ma non le escrescenze sintomatiche di tali difese. Tuttavia, uno psicoterapeuta dovrebbe capire che il disagio di cui il cliente è consapevole (e su cui è giusto intervenire) è l'aspetto più superficiale del suo rapporto con se stesso, con gli altri e con la realtà. Questo è ciò che non vogliono capire i sessuologi, gli esperti in terapie brevi, gli psicoterapeuti comportamentali. Il problema profondo di tutti i clienti riguarda l'intolleranza (infantile) per il dolore e la gestione superficiale della vita personale al fine di non accettare il dolore come componente fondamentale dell'esistenza. Le terapie brevi, quelle più banali o quelle più sofisticate non lavorano in questa direzione ed i professionisti che fanno riferimento a questi indirizzi e che si sono formati in scuole tecnicistiche non conoscono la differenza fra una vita vissuta a tinte forti (molta gioia, molto dolore, intensa felicità di essere vivi) ed una vissuta in modo rattrappito, superficiale, magari con pochi sintomi. Molte scuole riconosciute non richiedono un'analisi personale. Altre scuole (come ad esempio quella psicoanalitica) prevedono un'analisi personale che però ha il difetto di essere molto intellettualizzata e inadeguata per una comprensione profonda dei vissuti personali e per un superamento di atteggiamenti caratteriali difensivi.

Voglio riportare una seduta che può chiarire meglio la necessità di passare in certi casi dal lavoro standard dell'EMDR ad un lavoro analitico (anche corporeo) molto profondo, anziché far "rilassare" il/la cliente con qualche rassicurazione o con l'esercizio del "posto sicuro".

Antonia era in una fase avanzata dell'analisi in cui, superati alcuni disturbi ingombranti per cui aveva cercato aiuto, stava affrontando stati emotivi abbastanza intensi sperimentati nell'infanzia. Dopo aver scelto come *target* su cui lavorare un episodio all'asilo in cui si era sentita molto isolata e non protetta, mette a fuoco la convinzione negativa relativa a tale situazione: "Io non vado bene". Per via del lavoro analitico già svolto non dà un punteggio alto a tale convinzione, ma sente che in qualche misura essa è ancora presente in lei. Sceglie come convinzione positiva, da consolidare sul piano del sentire, quella riassumibile con le parole "Io sono abbastanza forte e sono sveglia".

Dopo alcuni esercizi con i movimenti oculari, Antonia si "ritrova" isolata dagli altri bambini in un angolo con dei cuscini. Dice che lì si sente protetta ma anche in gabbia. Mi chiede se può urlare e le rispondo che può farlo, se sente di volerlo fare. Grida "Aiuto!" con molta voce, ripetutamente e poi si scioglie in lacrime e singhiozzi. Nonostante il pianto sia "fisiologicamente completo" e abbastanza profondo, ho l'impressione che l'esperienza fatta sia stata più una parziale regressione che un'autentica rielaborazione emotiva.

A questo punto, piuttosto che proseguire con altri esercizi di EMDR preferisco chiederle cosa sente e mi risponde che, urlando, ha avuto la sensazione di non essere ascoltata da nessuno e ha sentito di volersi chiudere. Ciò mi conferma che l'EMDR ha riattivato vissuti molto profondi, ma che la regressione almeno in parte c'è stata: Antonia, in altre parole, "era là" (in qualche misura) e non era "qui, nel mio studio, in contatto con l'esperienza dell'asilo". Noto anche una scarsa mobilità della sua bocca e le chiedo se ha delle sensazioni sulle labbra. Mi risponde di sentire un formicolio sulle labbra (e un po' anche attorno agli occhi).

Tali sensazioni nella bocca o attorno agli occhi o nelle mani si presentano spesso in analisi, soprattutto nel corso di esercizi fisici che comportano un'intensificazione della respirazione. Da un punto di vista medico rappresentano un segno lieve di iperventilazione e infatti non devono essere portate troppo avanti. Tuttavia non costituiscono un semplice esito "meccanico" di un processo fisiologico, ma indicano che lo stato di attivazione fisiologica ha fatto affiorare emozioni non riconosciute e non adeguatamente espresse. Infatti, quando una persona sente il formicolio nelle mani perché trattiene un gesto affettuoso o una richiesta di contatto, se colpisce il materassino con i pugni registra un'intensificazione della sensazione, mentre se stringe le mani dell'analista nota una improvvisa scomparsa del disturbo. Ovviamente se trattiene della rabbia sente crescere il formicolio stringendo teneramente le mani dell'analista e supera la sensazione fastidiosa solo colpendo il materassino. In questi casi si deve procedere per prova ed errore "verificando" gli effetti di vari gesti espressivi.

Decido di rinviare ad un'altra seduta il completamento del lavoro con l'EMDR per concludere quella attuale in modo accettabile e possibilmente utile. Invito quindi Antonia a lavorare fisicamente sulla bocca in vari modi con un tovagliolino di spugna, facendole mantenere il contatto con i miei occhi. Sente di voler "immergere il viso nel tovagliolino", lo fa e piange nuovamente con lacrime e singhiozzi. Quando rialza il viso mi dice che il formicolio è calato sensibilmente, ma non è scomparso, e che ora esso è presente, un po', anche nelle braccia. A questo punto penso che l'espressione fisica dell'emozione possa risultare completa solo se meglio identificata sul piano cognitivo.

GF.-Perché piangevi?

A.-Sentivo una solitudine immensa.

GF.- Già. Non è la prima volta. Ma perché piangere, ora, non ti fa trovare pace?

A.-Non so.

GF.-Farò la cavia: stringi la mia mano con le tue e cerca di scoprire quale tipo di comunicazione fisica ed emozionale senti di voler manifestare, posto che io posso rappresentare qualsiasi persona.

[Antonia fa varie "prove": il formicolio nelle braccia cala (ma non scompare) *sia* tirandomi verso di sé e dicendomi "stammi vicino", *sia* respingendomi e dicendomi "no!"].

GF.-Forse non senti né il bisogno di "chiedere" né quello di respingere. Forse vorresti sentirti libera di dire "no!" anche ad una persona da cui desideri vicinanza o sostegno.

A.-[Con un guizzo degli occhi mi fa capire che finalmente abbiamo toccato il punto giusto]. E'così; il formicolio è scomparso. Avevo già sentito la mia paura di dire dei "no" all'interno di rapporti significativi, ma ora questa cosa è più "chiara", dentro di me. Nessuna persona, anche se cara, può obbligarmi a fare ciò che non voglio.

GF.-Bene. Hai fatto dei compromessi perché eri piccola. Hai fatto quel che potevi per sopravvivere allora ... e per crescere. Ora sai di essere cresciuta.

Questo piccolo esempio mostra che effettivamente l'EMDR può riaprire delle situazioni emotive non elaborate (o non sufficientemente elaborate, nel caso di clienti in analisi da tempo). Ciò rende la tecnica tanto preziosa. In tale lavoro possono però attivarsi delle operazioni difensive che richiedono interventi appropriati, anche cognitivi, ma non solo cognitivi. La regressione era difensiva perché in fondo era più comodo per Antonia "disperarsi" da bambina in modo confuso che accettare da persona adulta il dolore di un'infanzia "definitivamente conclusa e dolorosa". Il "rattrappimento agitato" che produceva sensazioni di formicolio era ugualmente difensivo perché confondeva la percezione delle emozioni profonde relative ad un preciso problema. Antonia aveva avviato un pianto di dolore, ma era poi scivolata in un pianto confuso. Sentirsi piccoli, in difficoltà e magari in pericolo, per quanto penoso, è più "comodo" che accettare che non c'è più pericolo, incertezza, ma nemmeno speranza: la storia è stata brutta e tale resterà nel ricordo perché è finita male. In analisi si lavora sull'infanzia per salvare ciò che resta della vita adulta, dato che l'infanzia non ha avuto un lieto fine. Ovviamente il problema di Antonia non era con l'asilo, ma con la madre: proprio la mancanza di sostegno materno la faceva sentire così in difficoltà a cinque anni con gli altri bambini.

4b) Desensibilizzazione

La desensibilizzazione rispetto ad uno stimolo non è di per sé una cosa buona. Se fossimo insensibili al calore ci ustioneremmo facilmente e il fatto di essere sensibili sul piano fisico ci rende prudenti così come il fatto di essere sensibili sul piano psicologico ci rende umani. Tuttavia, anche nei casi in cui lo stimolo non è oggettivamente disturbante e la reazione ad esso risulta irrazionale, la semplice desensibilizzazione resta una cosa sbagliata perché può far sentir meglio un cliente e dar soddisfazione ad uno psicologo, ma non risolve il problema. Infatti, la reazione inappropriata ad uno stimolo ha delle ragioni. Con le risposte inappropriate a certi stimoli, le persone mantengono un distacco emozionale rispetto a qualcos'altro; istituire un ulteriore distacco rispetto agli stimoli in questione costituisce quindi un'ulteriore repressione. Della prima repressione è responsabile la persona in psicoterapia, ma della seconda è responsabile lo psicoterapeuta comportamentista.

Molti miei clienti hanno superato delle reazioni allergiche alle cose più strane (graminacee, peli degli animali ecc.) facendo un lavoro analitico riguardante la loro propensione a dire ciò che *non* volevano piuttosto che ad ammettere (dolorosamente) che desideravano ciò che non potevano avere. Dire "Accidenti, non sopporto qualcosa!" è più comodo che dire "vorrei amore da chi non sa amarmi". Le persone allergiche non tollerano sul piano interpersonale le mancanze proprio concentrandosi su ciò che non vogliono. Con i sintomi allergici estendono in modi anche ridicoli il loro atteggiamento caratteriale difensivo. Un mio cliente (un medico) che era certo di essere oggettivamente allergico ad un sacco di cose, perché aveva fatto tutti i

test "scientificamente validi", smise comunque di gonfiarsi il naso e gli occhi in primavera quando cominciò a piangere per tutto ciò che non aveva avuto e che (non essendo più un bambino) non poteva più avere. Riconobbe il cambiamento nonostante l'incontrovertibile oggettività dei test. Se fosse stato "desensibilizzato" avrebbe perso l'occasione di accogliere nella sua vita una fetta di dolore che "era suo" e che lo ha reso più umano, più felice e capace di chiedere affetto. Analoghe considerazioni valgono per paure strane e cose del genere.

La logica della desensibilizzazione costituisce un tentativo di rendere le persone distaccate emotivamente da una situazione rispetto alla quale sentono un coinvolgimento patologico. In altre parole, la classica desensibilizzazione era ed è l'opposto della rielaborazione: la sensibilità patologica blocca quella autentica e la desensibilizzazione blocca quella patologica quando quest'ultima è troppo ingombrante. La rielaborazione (tipica di un lavoro analitico non intellettualistico) invece porta a sostituire la sensibilità irrazionale con la sensibilità profonda.

Francine Shapiro ha scritto, a proposito dell'EMDR: "Il processo di apprendimento e di trasformazione non si limita a guarire il dolore. L'EMDR può essere utilizzato in modo specifico anche per migliorare la prestazione" (Shapiro-Forrest, 1997, p.268). L'espressione "guarire il dolore" non è accettabile. Il dolore non può essere "guarito" perché proprio l'autentica esperienza del dolore rende possibile la "guarigione" di ogni disturbo emotivo. Quando una persona risulta in grado di accettare il dolore (inevitabile) oltre che la gioia, non ha più bisogno di disturbi psicologici. La distinzione fra *dolore* (il dispiacere per una perdita o un'impossibilità, accettato pienamente senza barriere o deformazioni difensive) e *pseudosofferenza* (depressione, senso di colpa, pantano masochistico, invidia, rabbia difensiva, confusione, ecc.) non è una sottigliezza interessante per gli intellettuali, ma è il *criterio basilare che consente ad uno psicoterapeuta di capire su cosa "lavorare" e cosa cercare*. L'analisi aiuta a cercare il dolore autentico per liberare le persone da pseudosofferenze irrazionali.

Da quel che ho visto, l'EMDR può favorire sia un'elaborazione autentica delle situazioni critiche, sia un'elaborazione orientata nella direzione di un certo distacco emotivo. La differenza nei risultati dipende dalla modalità dell'applicazione della tecnica. Credo che un'adeguata formazione degli operatori EMDR, *includente la capacità di distinguere a livello personale ed a livello teorico fra dolore e pseudosofferenza* sia importantissima.

Nei testi fondamentali dell'EMDR ricorrono sia affermazioni confuse che non sottolineano la differenza fra dolore ed emotività difensiva (cfr. Shapiro-Forrest, 1997, pp.170, 174, 195, e 243), sia affermazioni impeccabili che implicano la consapevolezza di tale differenza: "...l'EMDR non elimina e nemmeno attenua emozioni sane e adeguate, incluso il dolore. Può invece permettere ai pazienti di portare il lutto con un maggior senso di pace interiore" (Shapiro, 1995, p.231). Nelle pagine che fanno seguito a questa citazione, la Shapiro usa però concetti come "dolore eccessivo" e "dolore patologico" senza concettualizzare adeguatamente tali espressioni. Il dolore non è mai eccessivo e se è patologico non va ragionevolmente definito come dolore, ma come depressione, senso di colpa, pantano masochistico, rabbia passiva, ecc. (Cfr. Ravaglia, 2003, capitoli 6 e 7). *Occorre quindi che su una questione così basilare e delicata come la distinzione fra lavoro del lutto e difese rispetto a tale processo integrativo e positivo, nei corsi di formazione in EMDR si facciano i dovuti approfondimenti, dato che non tutte le scuole di psicoterapia hanno idee chiare sull'argomento*. Tale distinzione non è un lusso, ma una necessità clinica. Da essa dipende infatti la possibilità di capire cosa i clienti stanno facendo mentre procedono da un set all'altro. Da essa dipende anche la possibilità di valutare in modo rigoroso se il cliente sta elaborando dei vissuti o si sta chiudendo in un circolo vizioso difensivo. Una volta chiarito bene che il dolore non si "lenisce", ma si integra, sarà ben chiaro che le convinzioni negative dei clienti non sono *mai* l'effetto di una situazione dolorosa, ma sono aspetti cognitivi di una risposta difensiva ad una situazione dolorosa.

Molte considerazioni riportate nei testi dell'EMDR e anche in molti testi di Terapia Comportamentale e Cognitiva, o di psichiatria sono decisamente lacunose per quanto riguarda la netta opposizione esistente fra dolore, tristezza, lavoro del lutto ed altri stati d'animo irrazionali e quindi difensivi (Cfr. Ravaglia, 2000, cap.6, par.5 e cap.7, par.5).

L'EMDR, in quanto tecnica volta a *desensibilizzare e rielaborare* implica quindi un'ambiguità di fondo che può risolvere solo orientandosi nella direzione della rielaborazione. L'ambiguità dell'EMDR si traduce in atteggiamenti psicoterapeutici poco coerenti: da un lato il cliente viene sollecitato a rispettare, accettare e lasciar fluire eventuali emozioni che la tecnica riattiva; da un altro lato viene invitato a "calmarsi" se sta troppo male. La tipica rassicurazione che si invita a porgere ai clienti che stanno molto male ("sì, questo stai sentendo, ma è roba vecchia") mira a far prendere una distanza; il tipico invito a rifugiarsi in un posto sicuro quando si sta troppo male, mira a "placare" dei sentimenti non analizzati. Infatti, il cliente che

manifesta una sofferenza difensiva non dovrebbe essere messo in condizione di calmarsi, ma di spezzare quel circolo vizioso ed accedere al dolore autentico da cui sta scappando. Il cliente che invece sta elaborando un vero dolore non dovrebbe affatto calmarsi, ma attraversare tutte le fasi del suo lutto.

L'unica "desensibilizzazione" rispettosa delle persone consiste nel rendere le persone meno "patologicamente sensibili" e ciò si può ottenere proprio rendendole *più sensibili* sul piano autenticamente emozionale. Per orientarsi in questa direzione, l'EMDR deve armonizzarsi con un lavoro analitico di più ampio respiro che aiuti le persone a gestire nei tempi necessari le emozioni profonde e temute.

4c) Installazione di risorse

Nella cosiddetta fase di "installazione" il lavoro dell'EMDR mira a stabilizzare (con l'induzione dei consueti movimenti oculari) una convinzione positiva che nel corso di una o più sedute il cliente è riuscito a sentire come sua. Un po' come quando a scuola, dopo aver studiato si fa il "ripasso", per "fissare" i nuovi contenuti appresi. Al di là quindi della brutta espressione (più da ingegneri o da meccanici che da psicologi), la fase di installazione costituisce il consolidamento di un lavoro realmente compiuto dal cliente. Il cliente ha elaborato una situazione e scoperto di poter "far sue" certe convinzioni che inizialmente considerava giuste solo in linea di principio e consolida quindi il lavoro fatto concentrandosi su tale risultato mentre l'operatore EMDR gli dà la solita appropriata sollecitazione.

Questo coronamento di un lavoro fatto dal cliente e relativo ad una convinzione razionale ed acquisita realmente dal cliente è un aspetto che considero estremamente positivo. Purtroppo, però, se l'EMDR viene interpretato come una tecnica finalizzata a produrre benessere a qualsiasi costo, ed indipendentemente da un percorso interiore di consapevolezza, il concetto di "installazione" può far venire strane idee e dar luogo ad "approfondimenti" della tecnica decisamente discutibili.

Trascrivo da un recente numero della *Newsletter di EMDR Italia* alcuni passi.

"Nel suo lavoro che troviamo negli atti dell'EMDR European Conference di Roma, il Professor Brurit Laub dell'Università di Gerusalemme, elenca una serie di risorse installabili nei pazienti, raggruppandole per generi:

1)Risorse metaforiche. Per esempio un'aura luminosa che protegge dalle voci critiche, un'ancora che simbolizzi sicurezza e stabilità, una bussola che simbolizzi una chiara direzione.

2)Risorse correttive. Episodi immaginari che concludano esperienze interrotte o modifichino in meglio quelle negative. Per esempio, evocare e vivere una scena in cui la madre, al contrario di quanto è in realtà avvenuto, conforti il paziente dopo l'evento traumatizzante.

3)Fusione (temporale) di risorse. A volte i pazienti preferiscono unire delle proprie risorse relative al passato a risorse disponibili nel loro presente, formando così un'unica e potente risorsa attuale.

4)Risorse relative all'ambito interno del paziente. Per esempio risorse spirituali, anche esplicitate in riti che chiamino sul paziente la protezione del Signore" (EMDR Italia, 2003, p.13).

Questo professore elenca ben 10 tipi di risorse "installabili"; purtroppo non è riuscito ad installare anche gli occhi azzurri, la vittoria nel campionato di calcio, l'aumento di stipendio, una notte con Michelle Pfeiffer, ecc. La mania dell'installazione è a mio avviso innocua per i pazienti, quanto lo sono le terapie rilassanti con musiche indiane e incensini accesi. Non fa bene, ma non credo possa creare danni. Tuttavia resta un intervento errato perché proposto come intervento psicoterapeutico.

Non c'è alcuna utilità nel far immaginare ad un cliente di avere una bussola: se il padre non gli ha fatto da guida, egli deve elaborare il dolore riguardante il fatto di aver avuto un padre che non faceva il padre e se oggi deve prendere delle decisioni deve accettare il fatto che da grandi si decide comunque e si rischia sempre di sbagliare. Se una persona ha avuto una madre che ha reagito in modo distruttivo ad una sua vicenda traumatica, sembra ragionevole che tale persona elabori il dolore dell'evento traumatico ed anche quello di aver avuto una madre distruttiva. Non dico queste cose nella speranza di convincere il Professor Brurit Laub a cambiare idea, ma nella speranza che la rivista italiana non pubblichi altri contributi di questo tipo.

Le considerazioni fin qui fatte convergono nel sottolineare ciò che più mi sta a cuore e che vorrei riprendere nelle conclusioni: le ricerche e le esperienze fatte mostrano che l'EMDR costituisce uno strumento prezioso, ma le modalità di utilizzazione di tale strumento dipendono dalla mentalità, dall'apertura emozionale e dalla teoria di riferimento di chi fa psicoterapia.

Conclusioni

Anche se ho espresso con fermezza le mie obiezioni agli approcci *evidence-based* in psicoterapia e ad una certa chiave interpretativa della tecnica EMDR (e non a caso Francine Shapiro si è formata inizialmente nel comportamentismo), credo che le rigide opposizioni fra schieramenti abbiano il difetto di ignorare il buono che c'è dall'altra parte.

Gli orientamenti "scientifici" (generalmente riduzionisti) in psicoterapia non sono l'espressione di una volontà di calpestare e ignorare la complessità della persona. Di fatto molti psicoterapeuti che scelgono di impegnarsi in quella direzione hanno l'intenzione (apprezzabile) di opporsi a orientamenti psicoterapeutici intellettualistici, sentimentaloidi, confusamente "psicodinamici". Dato questo nebuloso e vago insieme di psicoterapie "olistiche", "energetiche" "umanistiche" in cui i fiori di campo si perdono spesso fra appariscenti fiori di plastica, è comprensibile che molti psicologi dicano "non ci sto" e scelgano approcci "oggettivi", limitati, ma "misurabili" negli effetti, proprio per onestà e non per pigrizia mentale.

Essendo critico nei confronti di gran parte della psicoterapia (pseudo)umanistica quanto lo sono gli psicologi orientati nella direzione opposta, non mi propongo di accendere o rinnovare la polemica, ma di ricordare che in qualsiasi schieramento, la logica dell'insofferenza genera nuove limitazioni.

Un aspetto importante che richiede approfondimenti è il *rapporto fra l'EMDR ed il lavoro analitico*. La Shapiro da un lato ha scoperto e proposto l'EMDR come tecnica utilizzabile da psicoterapeuti di varie scuole, e dall'altro ha suggerito la possibilità che l'EMDR venga concepita come una sorta di ombrello capace di "accogliere" le varie forme di psicoterapie. "Quello che notiamo nell'EMDR è un intreccio di molto di ciò che sembra valido nella psicoterapia tradizionale, perché tutto ciò che è vero deve combinarsi. In sintesi, indipendentemente dai termini usati, ciò che tutti gli approcci psicologici hanno in comune è che l'informazione viene immagazzinata fisiologicamente nel cervello. Con l'attivazione del processo di guarigione, gli elementi chiave della maggior parte degli approcci psicologici sono rappresentati. Però, mentre il modello dell'Elaborazione Accelerata dell'Informazione offre una teoria unificante che può essere considerata come substrato per tutti gli approcci psicologici, apre un nuovo territorio definendo la patologia come informazione immagazzinata in modo disfunzionale che può essere adeguatamente assimilata attraverso un sistema di elaborazione attivato in modo dinamico" (Shapiro, 1995, p.53). Su questo, si deve dire che al di là dei meriti della tecnica, è difficile pensare all'EMDR come al cardine di tutte le psicoterapie, dato che la teoria di riferimento è per la stessa Shapiro una semplice "ipotesi di lavoro" da perfezionare (op.cit.p.54); è anche difficile pensare che una teoria riduzionistica, articolata in una logica causale-lineare, possa costituire il fondamento di teorie dell'analisi più complesse.

Penso che L'EMDR debba consolidarsi come tecnica e lasciare che nella psicoterapia continuino ad esistere orientamenti validi e non validi. Personalmente spero che quelli che considero non validi col tempo scompaiano e che quelli validi inglobino l'EMDR fra le tecniche utilizzabili per perseguire un progetto psicoterapeutico complesso, articolato e teoricamente fondato.

In queste pagine ho cercato di valutare le condizioni di applicabilità dell'EMDR nel contesto di un percorso analitico. Credo che la tendenza ad inquadrare la tecnica nella logica del movimento EST limiti le possibilità di utilizzarla in un percorso analitico. Eppure credo che questa integrazione sia possibile e meriti adeguati approfondimenti. Spero che queste mie riflessioni costituiscano un contributo in questa direzione.

Scrivono Francine Shapiro: "È possibile che le vittime di tutto il mondo imparino che è positivo passare dal ruolo di vittime a quello di sopravvissuti per poi rifiorire? Onorare i morti, le perdite e le esperienze è una conseguenza naturale di eventi che non saranno dimenticati, anche se accettiamo aiuto per mettere il passato nel mondo che gli compete" (Shapiro-Forrest, p.259). Queste parole testimoniano la sensibilità personale della Shapiro e aprono le porte alla speranza: un metodo semplice, applicabile in poche sedute e capace di produrre risultati positivi per la vita di molte persone è una cosa sicuramente preziosa. A prova di ciò vanno menzionati i risultati ottenuti dal Programma di Assistenza Umanitaria (EMDR-HAP) costituito da clinici formati in EMDR che aiutano gratuitamente in luoghi colpiti dalla violenza della guerra o da calamità naturali (Cfr.Shapiro-Forrest, p.271). Questa sincera volontà di individuare ed applicare un metodo capace di risultati immediati e significativi merita un sincero apprezzamento.

Un percorso analitico valido richiede tempo. Produce risultati qualitativamente elevati che investono tutto l'orizzonte esistenziale di una persona. Ma quante persone possono permettersi un percorso analitico lungo e costoso? E anche se gli ostacoli economici e culturali potessero essere rimossi, se le richieste di un lavoro analitico non centrato sui sintomi si moltiplicassero, quanti analisti potrebbero rispondere ad una tale domanda? Qualsiasi analista prima o poi si chiede: "quante persone potrò aiutare nella mia vita?" e

inevitabilmente risponde: "poche". Il limite del lavoro analitico non riguarda la qualità dei suoi risultati, ma la capacità di intervenire in modo quantitativamente significativo sui disturbi psicologici. Questo limite resta a mio avviso insuperabile. Il pregio maggiore dell'EMDR è proprio quello di poter diventare uno strumento utile a milioni di persone.

In ogni caso, pur considerando i limiti del lavoro analitico e anzi, proprio riconoscendoli, va approfondito ogni strumento che può sia migliorare qualitativamente tale lavoro, sia incidere in qualche misura sulla sua lunghezza. Per questo credo che meriti di essere attentamente valutato il contributo che l'EMDR può dare al percorso analitico. Credo che a questo scopo l'EMDR richieda degli approfondimenti che non sono necessari quando tale tecnica viene applicata come intervento breve d'emergenza. *Credo inoltre che la ricchezza di una articolata teoria del percorso analitico possa in tutti i casi migliorare la professionalità degli operatori EMDR (anche di quelli che seguono il protocollo standard ed operano nella logica della psicoterapia breve).*

Il rispetto e l'apertura mentale sono elementi indispensabili per il dialogo e, a mio avviso, fra psicoterapeuti di formazione analitica e psicoterapeuti che applicano l'EMDR un dialogo può sicuramente produrre un reciproco arricchimento.

Riferimenti bibliografici

Il sito dell'Associazione per l'EMDR in Italia è alla pagina web
<http://www.emdritalia.it/>

E.F.Baker (1969), *L'uomo nella trappola*, trad.it. Astrolabio, Roma, 1973.

D.Dèttore (1998), *Il disturbo ossessivo-compulsivo*, McGraw-Hill, Milano.

EMDR ITALIA (2003), *Newsletter italiana*, Anno IV, N.7, Giugno 2003.

V.Frankl (1946), *Uno psicologo nei lager*, trad.it. Ares, 1967 (rist.1996).

R.Greenwald (1999), *L'EMDR con bambini e adolescenti*, trad.it. Astrolabio, Roma, 2000.

S.Kopp (1972), *Se incontri il Buddha per la strada uccidilo*, trad.it. Astrolabio, Roma, 1975.

W.J.Lyddon-J.W.Jones Jr. (2001), *L'approccio evidence-based in psicoterapia*, trad. it. McGraw-Hill, Milano, 2002.

G.Ravaglia - A.Torre (1996), *Il cuore nascosto*, Melusina, Roma.

G.Ravaglia (2000), *Resoconti di sedute individuali*; il testo è riportato in questo sito.

G.Ravaglia (2002), *La doppia intenzionalità (D.I.)*; il testo è riportato in questo sito.

G.Ravaglia (2003), *L'intenzione ritrovata*. Il testo integrale del saggio è compreso in questo sito. Una stesura parziale del testo sopra indicato è stata pubblicata nel 2000 dalla rivista telematica *Psychomedia*, nella sezione *Psycho-Books*, alla pagina web:
<http://www.psychomedia.it/pm-books/ravaglia/ravindex.htm>

W.Reich (1945 – ristampa ampliata, in lingua inglese, dello scritto del 1933), *Analisi del carattere*, trad.it. Sugar, Milano, 1973.

F.Shapiro (1995), *EMDR-Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari*, trad. it. McGraw-Hill, Milano, 2000.

F.Shapiro-M.S.Forrest (1997), *EMDR-Una terapia innovativa per l'ansia, lo stress e i disturbi di origine traumatica*, trad.it. Astrolabio, Roma, 1998.

B.A.Van der Kolk, J.A.Burbridge, J.Suzuki (1997), *The Psychobiology of Traumatic Memory*, in: R.Yehuda & A.C.McFarlane (Eds.), *Annals of the New York Academy of Sciences*, Vol. 821.