

DAVID SERVAN-SCHREIBER

Una nuova strada per
curare lo stress, l'ansia e
la depressione senza
farmaci né psicanalisi



Sperling & Kupfer Editori

5

L'autoguarigione dei grandi dolori: l'EMDR

La cicatrice del dolore

Dopo un anno di amore idilliaco, Sara fu brutalmente abbandonata da Pierre, l'uomo che era certa di sposare. Mai una nube aveva incupito la loro relazione. Entrambi avvocati, avevano una perfetta intesa sul piano sessuale e i loro spiriti vivaci e curiosi erano sempre in armonia. Sara amava tutto di Pierre: l'odore, la voce, la risata spontanea e frequente. Le piacevano molto anche i futuri suoceri: insomma, il loro futuro insieme sembrava definito. Ma un giorno, senza alcun preavviso, Pierre suonò alla sua porta e le consegnò una pianta d'arancio ornata da un grande nastro e accompagnata da una busta indirizzata a lei, poi se ne andò senza una parola. Quando Sara lesse la lettera si sentì morire. In tono molto freddo, il fidanzato le scriveva quello che non aveva avuto il coraggio di dirle: che aveva riallacciato il legame con una vecchia fiamma, cattolica praticante come lui, e che avrebbe sposato lei. La decisione precisava, era irrevocabile.

Sara non fu più la stessa. Da sempre forte come una roccia, cominciò a soffrire di attacchi d'ansia al minimo ricordo di ciò che le era successo. Non poteva più sedersi vicino a nessuna pianta d'appartamento, soprattutto se si trattava di un arancio, e ogni volta che si trovava fra le mani una busta con scritto il nome del suo ex il cuore le balzava in petto. A volte, senza alcuna ragione, riviveva pienamente il terribile momento che aveva vissuto. Di notte, sognava spesso Pierre, lo rivedeva soprattutto nel giorno della rottura, e si svegliava di soprassalto. Sara non era più lei: non si vestiva come prima, non camminava come prima, non sorrideva come prima. Per moltissimo tempo fu incapace di parlare di

quello che le era accaduto, un po' per vergogna (come si era potuta ingannare fino a quel punto sul conto del suo uomo?), un po' perché scoppiava in lacrime alla minima evocazione di quella storia. Le mancavano addirittura le parole per descrivere l'episodio: le poche che le venivano in mente le sembravano scialbe e inadeguate alla reale portata dell'avvenimento.

Come dimostra la vicenda di Sara - e come tutti abbiamo sperimentato più o meno direttamente - gli avvenimenti molto dolorosi lasciano più o meno direttamente - gli avvenimenti molto dolorosi lasciano un'impronta profonda nel nostro cervello. Uno studio effettuato dal dipartimento di Psichiatria di Harvard permette addirittura di vedere a che cosa assomiglia questa impronta. Ad alcuni pazienti che avevano subito un trauma emotivo è stato chiesto di ascoltare una descrizione dell'evento mentre le loro reazioni erano registrate da un tomografo a emissione di positroni («PET scan»). Tutte queste persone soffrivano di disturbo da stress post-traumatico (PTSD).

La tomografia consentiva di visualizzare le aree del cervello attivate o disattivate durante quei minuti di rinnovato terrore (cfr. Figura 2). I risultati erano eloquenti: nella parte più profonda del cervello emotivo era chiaramente attivata la zona dell'amigdala, il nocciolo rettiliano della paura.

Stranamente, poi, si notava un'attivazione considerevole anche della corteccia visiva, come se questi pazienti osservassero una foto della scena, invece di ascoltarne semplicemente il racconto. Più interessante ancora, le immagini elaborate dalla tomografia mostravano una «disattivazione» (una specie di anestesia) dell'area di Broca, la parte del cervello responsabile dell'espressione del linguaggio. Insomma, una specie di attestazione neurologica delle più frequenti ammissioni dei sofferenti di PTSD: «Non trovo le parole per descrivere quello che ho vissuto».¹

Gli psichiatri e gli psicanalisti lo sanno bene: le cicatrici degli avvenimenti più dolorosi non scompaiono facilmente dal cervello, molti pazienti continuano a soffrirne i sintomi anche a decenni di distanza. È una sindrome ricorrente fra i reduci di guerra come fra i sopravvissuti ai lager, ma si manifesta anche dopo i traumi della vita sociale quotidiana. Secondo uno studio recente, *la maggioranza* delle donne sofferenti di PTSD a seguito di un'aggressione (quasi sempre una violenza carnale, ma spesso anche una rapina), presentano l'identica sintomatologia anche dieci anni dopo il fatto.² L'aspetto più intrigante è che in genere questi pazienti sanno benissimo che ormai non dovrebbero stare così male: sono

coscienti che la guerra è finita, che i lager sono solo un incubo del passato e che la violenza subita è soltanto un ricordo, per quanto atroce. Sanno di non essere più in pericolo. Lo *sanno*, ma non lo *sentono*.

Una traccia indelebile

Anche senza avere subito traumi con la «T» maiuscola ai quali si applica la diagnosi di PTSD, tutti noi ne abbiamo vissuti molti con la «t» minuscola. Chi non è stato umiliato alle elementari da un maestro troppo duro? Chi non è mai stato spietatamente mollato da un fidanzatine? A un livello più doloroso, tante donne hanno perso un figlio e molti si sono trovati da un giorno all'altro senza lavoro. E non si contano quelli che stentano a superare un divorzio o la morte di una persona cara.

Quando si sono avute certe esperienze, non si smette mai di rifletterci: si ascoltano i consigli di parenti e amici, si leggono articoli sul giornale o addirittura si comprano libri sull'argomento. Tutto ciò aiuta, spesso molto, a *pensare* alla situazione e si sa perfettamente come ci si *dovrebbe* sentire, una volta che ce la siamo lasciata alle spalle. Eppure siamo bloccati, ci trasciniamo dietro le emozioni, che rimangono aggrappate al passato anche quando acquisiamo una visione razionale del trauma subito. Chi ha avuto un incidente d'auto continua a sentirsi a disagio e teso in autostrada, anche se è consapevole che da anni fa senza problemi quell'identico tragitto per tornare a casa. Una donna violentata continua a irrigidirsi quando è fra le braccia dell'uomo che ama, anche se, dentro di sé, non ha dubbi sull'amore che prova e sul desiderio di avere un'intimità fisica con lui. In sostanza, le parti del cervello cognitivo che contengono tutto il sapere adeguato alla circostanza non riescono a entrare in contatto con le aree del cervello emotivo segnate dal trauma, le quali continuano a evocare emozioni dolorose.

In un laboratorio dell'Università di New York Joseph Le-Doux, un ricercatore originario della Louisiana, ha evidenziato in una luce del tutto nuova il meccanismo secondo il quale le tracce emotive si organizzano nel cervello. Figlio di un macellaio, fin da bambino LeDoux guardava il padre tagliare a pezzi i cervelli dei bovini e ha sempre mantenuto un affascinato interesse per la struttura di questo organo.

Dopo avere studiato a lungo la differenza fra l'emisfero cerebrale destro e quello sinistro, LeDoux ha indagato i rapporti fra cervello emotivo e cervello cognitivo ed è stato fra i primi a dimostrare che l'apprendimento della paura non passa attraverso la corteccia cerebrale. Anzi, avviene il contrario: quando un animale impara ad avere paura di qualcosa, la traccia si forma direttamente nel cervello emotivo.³ Per esempio, se un topo riceve una piccola scossa *j* elettrica subito dopo il trillo di una suoneria, impara molto presto a immobilizzarsi, aspettando la scossa dopo lo squillo. Come gli umani che hanno vissuto un'esperienza traumatizzante, anche se l'esperimento scossa elettrica-suoneria non si ripete per diversi mesi, il topo continua a bloccarsi in preda al terrore quando, anche molto tempo dopo, sente di nuovo la suoneria. E, in più, si paralizza per qualunque altro suono la ricordi anche in modo vago.

Tuttavia, su questo topo è possibile fare della «psicoterapia»: basta far trillare la suoneria molte volte di seguito senza far seguire la scossa. Dopo un numero sufficiente di sedute di questo tipo, tutto sembra indicare che il topo ha imparato a non temere più quel suono (perché non è più associato al dolore), visto che non manifesta più alcuna inquietudine. Anche in presenza della suoneria che l'aveva tanto spaventato, continua tranquillamente le sue abituali attività di topo. A ogni osservatore esterno sembra evidente che la traccia della paura è stata eliminata dal suo cervello emotivo. Dopo Pavlov, questa psicoterapia comportamentale è molto conosciuta per come induce l'«estinzione» dei riflessi condizionati.⁴

Ma non tutto è così semplice. Anzi, è ancora più affascinante di come aveva immaginato Pavlov. In effetti, è accertato che in realtà il controllo della paura non è altro che questo: un controllo. I ricercatori del laboratorio di Le-Doux hanno distrutto una parte della corteccia cerebrale prefrontale (che anche nei topi è più interessata all'attività «cognitiva») nei topi che avevano imparato a non avere più paura per «estinzione». I risultati sono stati stupefacenti: una volta subita questa lesione, i topi hanno ricominciato a bloccarsi quando sentivano lo squillo, esattamente come prima della «terapia». Questo studio ha dimostrato che il cervello emotivo non «disimpara» mai la paura; i topi imparano semplicemente a controllarla grazie alla corteccia cerebrale, il loro cervello «cognitivo». E come se la terapia per esposizione nei topi, anche se perfettamente riuscita, lasciasse una traccia della paura nel cervello emotivo intatto. Se

il cervello cognitivo è distrutto o non fa bene il suo lavoro, la paura riprende immediatamente il sopravvento!⁵

Applicando questi risultati agli esseri umani, si capisce che le cicatrici nel cervello emotivo possono restare latenti per anni, sempre pronte a riattivarsi.

Pauline, una mia paziente di sessant'anni, è una lampante e tragica dimostrazione della persistenza delle tracce della paura nel cervello emotivo. Venne a consultarmi per un problema professionale: aveva cambiato lavoro e non sopportava la presenza del suo nuovo superiore, pur rendendosi conto che il comportamento dell'uomo nei suoi confronti non aveva niente di anormale e che il problema era in lei. Due settimane prima di incontrarmi, la presenza del capo alle sue spalle l'aveva sconvolta tanto da farle interrompere una conversazione telefonica con un cliente importante. Visto che dieci anni prima aveva già perso un impiego per la stessa ragione, Pauline si era allarmata e aveva deciso di ricorrere a uno psichiatra per risolvere la situazione. Purante il colloquio emerse subito che la sua infanzia era stata dominata da un padre distante, collerico e talvolta violento, che l'aveva picchiata molte volte. Le domandai di raccontarmi alcuni di quegli episodi, e Pauline rievocò un fatto accaduto quando aveva cinque anni. Il papà era tornato con un'auto nuova, di cui era molto fiero; vedendolo così felice e desiderando condividere la sua gioia, Pauline aveva pensato di fargli brillare ancora di più la macchina. Appena era entrato in casa, lei aveva preso un secchio e una spugna e si era messa a sfregare la carrozzeria con tutto l'entusiasmo di una bambina di cinque anni che vuole fare un piacere al padre. Sfortunatamente, però, senza rendersene conto aveva usato una spugna abrasiva, rigando la carrozzeria in modo irreparabile. A lavoro finito era corsa tutta orgogliosa a chiamare il papà e lui, vedendo il disastro, era andato su tutte le furie. Pauline, che non poteva capire la ragione di tanta rabbia, era scappata terrorizzata in camera sua, rifugiandosi sotto il letto per paura di essere picchiata.

L'evocazione di quel ricordo le riportò di colpo alla mente un'immagine radicata nel suo spirito con la nitidezza di una fotografia: i piedi minacciosi di suo padre che avanzavano verso il letto, mentre lei, come un animaletto terrorizzato, cercava disperatamente di appiattirsi contro la parete. Con quel ricordo, però, tornò anche l'emozione, in tutta la sua intensità. Davanti a me, oltre cinquant'anni dopo quell'episodio, il viso di Pauline si irrigidì sotto l'effetto della paura e la sua respirazione accelerò tanto da farmi temere che avesse una crisi cardiaca. Il suo cervello e il suo corpo erano completamente in balia dell'impronta

lasciata dalla paura. L'analogia con gli esperimenti di Le-Doux è evidente: così come dopo il condizionamento alle scosse elettriche i topi reagiscono con terrore a ogni stimolo simile a quello che hanno imparato a temere,⁶ a Pauline bastava che il suo capo le facesse pensare tanto o poco a suo padre perché lei, a molti anni di distanza, si sentisse ancora estremamente a disagio e vulnerabile.

In effetti, le cicatrici emotive del cervello limbico sembrano sempre pronte a manifestarsi quando la vigilanza del cervello cognitivo e la sua capacità di controllo si allentano anche solo temporaneamente. L'alcol, per esempio, inibisce il normale funzionamento della corteccia prefrontale: è per questo che ci sentiamo «disinibiti» se beviamo un po' troppo, ma proprio per la stessa ragione, se in passato siamo stati feriti o traumatizzati dalla vita, sotto l'effetto dell'alcol possiamo interpretare una situazione del tutto innocua come un'ulteriore aggressione e reagire con violenza. La stessa cosa può accadere anche quando siamo affaticati, o troppo distratti da altre preoccupazioni per mantenere il controllo sulla paura impressa nel nostro cervello limbico.

I movimenti oculari durante i sogni

Gli psichiatri conoscono bene questo aspetto del PTSD, sanno che esiste una disconnessione fra le conoscenze adeguate del presente e le emozioni inadeguate, residuo del trauma passato, e che proprio questo rende il PTSD tanto difficile da trattare. Gli specialisti sanno che per stabilire una connessione fra le antiche emozioni e una prospettiva meglio ancorata nell'oggi non è sufficiente parlare e che, spesso, il semplice fatto di raccontare più e più volte il trauma non fa che aggravare i sintomi. Infine, sanno che i farmaci hanno un'efficacia relativa. All'inizio degli anni Novanta, uno studio sui trattamenti del PTSD esistenti, pubblicato nel prestigioso *Journal of American Medical Association* - senza dubbio la rivista medica più letta al mondo - concludeva che su questo disturbo nessuna medicina ha effetti risolutivi e che qualunque intervento porta solo benefici limitati.⁷ Di fronte a pazienti come Pauline, ero oltremodo cosciente di questo. Come tutti i miei colleghi psichiatri o psicanalisti, da anni cercavo in ogni modo di aiutare i sofferenti di PTSD, ma sempre con risultati insoddisfacenti, almeno fino al giorno in cui, durante un congresso, assistetti alla proiezione di un video davvero impressionante. Francine Shapiro, una psicologa californiana, presentava una relazione sull'EMDR, un metodo da lei messo a punto e sul quale da tempo

l'ambiente medico si era diviso. Io stesso ero estremamente scettico, perché l'idea che si potessero *risolvere* i traumi emotivi muovendo ritmicamente gli occhi mi sembrava assolutamente strampalata. Ma uno dei casi proposti nel video dalla dottoressa Shapiro attirò la mia attenzione.

Maggie, una donna sulla sessantina, aveva saputo di avere un cancro e di essere condannata a vivere nella sofferenza i pochi mesi che le restavano. Suo marito Henry era già vedovo di una donna morta di cancro. Quando Maggie gli aveva detto del suo stato, lui non aveva retto all'angoscia di rivivere quella situazione straziante e se n'era andato. Dopo lo choc iniziale, la donna era caduta in una profonda depressione, arrivando ad acquistare una pistola per uccidersi. Messi al corrente della situazione, alcuni amici comuni avevano parlato a Henry, convincendolo a tornare a casa. Maggie però era rimasta traumatizzata da quell'abbandono: di notte non dormiva più, tormentata da un incubo ricorrente nel quale il marito la abbandonava, e di giorno non sopportava che lui si allontanasse anche solo per andare a fare la spesa. La loro vita era diventata un inferno e Maggie si infuriava al pensiero di passare così male il poco tempo che le rimaneva. Dopo avere letto di un programma sperimentale sui traumi emotivi, aveva aderito come volontaria a uno dei primi studi controllati sull'EMDR. Dopo avere evocato questi antefatti, Francine Shapiro proiettò la registrazione video della prima seduta di trattamento della paziente.

All'inizio Maggie non poteva nemmeno evocare l'immagine di Henry che si allontanava il giorno in cui l'aveva lasciata. Quando la terapeuta le chiedeva di ricordare quel momento, lei era subito soffocata dalla paura. Poi, con molti incoraggiamenti, era riuscita a farsi tornare alla memoria le immagini più dolorose dell'abbandono del marito. La psicologa l'aveva allora pregata di seguire con lo sguardo la sua mano che si spostava da destra a sinistra davanti ai suoi occhi, per indurre rapidi movimenti oculari paragonabili a quelli che si verificano spontaneamente durante i sogni (nella fase del sonno chiamata in inglese REM, perché caratterizzata da *Rapid Eyes Movements*). Nel video Maggie appariva fisicamente prostrata da quel ricordo doloroso che, si capiva, doveva costarle uno sforzo immane: oltre a rivivere la paura, il cuore le batteva troppo in fretta e lei continuava a sostenere di «sentire male dappertutto». Dopo un'altra sequenza di movimenti oculari il suo viso si era trasfigurato di colpo, illuminato da un'espressione di sorpresa, e la paziente aveva esclamato: «E finito! Non c'è più! È come in treno: si guarda dal finestrino una cosa che si ha davanti e che di colpo sparisce,

diventa il passato, viene sostituita da qualcos'altro. Ma come ho potuto lasciarmi ferire così a lungo da questo?» Mentre parlava, era cambiata anche la sua postura: Maggie stava eretta senza fatica, pur essendo visibilmente ancora un po' sconcertata. Con la successiva sequenza di movimenti oculari, cominciò addirittura a sorridere. La terapeuta interruppe i movimenti per chiederle a che cosa stesse pensando e lei rispose: «È buffo. Mi vedevo sulla porta di casa, guardavo mio marito allontanarsi lungo il vialetto e pensavo: se lui non può affrontare la situazione è un problema suo, non mio! e lo salutavo agitando la mano e dicendogli: 'Arrivederci, Henry, arrivederci!' Riesce a crederci, dottoressa? Arrivederci, Henry!»

Dopo altre sequenze di movimenti oculari, tutte di durata non superiore al minuto, Maggie scivolò mentalmente verso la scena del suo letto di morte: gli amici le stavano intorno e lei era rassicurata dal vedere che in ogni caso non se ne sarebbe andata in solitudine. Ancora una sequenza e sul suo viso, invece della paura che lo irrigidiva all'inizio della seduta, si lesse una grande determinazione. Maggie si batté la mano sulla coscia ed esclamò: «Sapete una cosa? Morirò con dignità! E nessuno potrà impedirmelo». Nel complesso, la seduta di EMDR era durata meno di quindici minuti e la terapeuta non era arrivata a pronunciare dieci frasi.

Nel corso della proiezione, lo scienziato che era in me non aveva mai smesso di sussurrarmi in un orecchio: «È un caso isolato, forse un soggetto particolarmente suggestionabile. Può benissimo trattarsi solo di un effetto placebo». Ma il medico in me rispondeva: «È possibile, ma di effetti placebo così ne vorrei tutti i giorni, con i miei pazienti. Mai visto niente di simile».

A convincermi dell'efficacia dell'EMDR è stato uno studio compiuto su ottanta pazienti sofferenti di PTSD a seguito di traumi emotivi importanti: nell'80% per cento dei casi si è constatata la scomparsa totale dei sintomi dopo tre sedute di EMDR,⁸ un tasso di guarigione paragonabile a quello degli antibiotici per la polmonite.⁹ Non conosco nessun trattamento psichiatrico, compresi quelli con i farmaci più potenti, che abbia attestato una tale efficacia in sole tre settimane. Naturalmente, pensai che un trattamento con risultati così immediati non potesse assolutamente produrre benefici durevoli, ma lo studio chiariva che a quindici mesi di distanza gli ottanta pazienti avevano mostrato risultati anche migliori di quelli ottenuti subito dopo le sedute di EMDR. Eppure, nonostante tutto, quel metodo mi sembrava strano, forse addirittura contrario all'etica professionale, tenuto conto della mia cultura psicanalitica e quindi del mio attaccamento al linguaggio, alla pazienza, alla

durata, all'analisi del transfert e via dicendo.

Ma i risultati erano tali e tanti che, conclusi, l'atteggiamento veramente contrario alla mia etica sarebbe stato *non* imparare l'EMDR per verificarne di persona gli effetti. Rifiutare di provare sarebbe più o meno equivalso a non voler sperimentare la penicillina quando fu scoperta, con il pretesto che si credeva nell'efficacia dei sulfamidici, farmaci più pesanti e meno utili, ma disponibili da molto più tempo e spesso, nonostante tutto, benefici.

Un meccanismo di autoguarigione al Pinterno del cervello

Quando compii quattordici anni mi regalarono il motorino e il giorno dopo ebbi il mio primo incidente: mentre procedevo lungo una fila di auto parcheggiate, una portiera si aprì all'improvviso, troppo vicino a me perché potessi frenare. Oltre agli inevitabili lividi sul corpo, in quell'occasione mi feci male anche al cervello emotivo. Per alcune ore, forse addirittura giorni, rimasi turbato, scosso dall'incidente. Ci ripensavo ogni volta che la mia mente non era impegnata con nient'altro e lo sognavo di notte. Per un po' non provai più alcun desiderio di usare il motorino e arrivai perfino a domandarmi se fosse troppo pericoloso. Ma, una settimana dopo, con i lividi scomparvero anche tutti i dubbi e, con grande costernazione dei miei genitori, ricominciai a inforcare il mio piccolo cavallo meccanico.

Quell'esperienza mi aveva però insegnato a prestare molta più attenzione alle auto parcheggiate lungo la strada e a mantenere sempre la sana distanza di una portiera aperta. L'avvenimento era stato «digerito» e io ne conservavo solo quello che avevo imparato, mentre le emozioni e gli incubi inutili erano stati cancellati.

L'idea fondamentale dell'EMDR è proprio questa: in ogni individuo esiste un meccanismo di «digestione» dei traumi emotivi, il «sistema adattativo di elaborazione dell'informazione». Il concetto è molto semplice: tutti noi nel corso della vita subiamo traumi emotivi con la «t» minu-scola, senza però sviluppare quasi mai un disturbo post-traumatico. Proprio come l'apparato digerente trae dal cibo le sostanze utili e necessarie all'organismo e rigetta il resto, il sistema nervoso estrae dal trauma l'informazione utile, la «lezione», e in pochi giorni si sbarazza delle emozioni, dei pensieri e dell'attivazione fisiologica che, una volta passato l'avvenimento, non sono più necessari.¹⁰

Certo, Freud parlava già di questo meccanismo psicologico, che nel suo celebre saggio *Lutto e malinconia* definiva «elaborazione del lutto». Dopo la perdita di una persona cara, di una cosa alla quale siamo molto attaccati, o in seguito a un avvenimento che rimette in discussione la nostra fiducia in un mondo che credevamo sicuro e conosciuto, il nostro sistema nervoso rimane temporaneamente disorganizzato. I suoi riferimenti abituali non funzionano più e gli occorre un certo tempo per ritrovare l'equilibrio, cioè quello che i fisiologi chiamano «omeostasi». In genere da queste prove l'organismo esce rafforzato, cresciuto e pieno di nuove risorse, dunque più flessibile, più adattabile alle situazioni che deve fronteggiare. Alcuni autori, come Boris Cyrulnik, hanno dimostrato che l'avversità porta spesso alla «resilienza»,¹¹ l'equivalente dell'elaborazione del lutto freudiana. L'EMDR è nata nella zona di San Francisco, intorno alla scuola di Palo Alto, all'epoca della rivoluzione informatica e delle neuroscienze. Perché stupirsi, quindi, se questa nuova teoria parla dello stesso meccanismo «digestivo» del cervello considerato da Freud?

In certe situazioni, però, questo sistema può essere insufficiente. Ciò accade se il trauma subito è troppo forte, per esempio dopo una tortura, una violenza o la perdita di un figlio in tenera età (in tanti anni di esercizio della professione psichiatrica ho riscontrato che la morte o la malattia grave di un figlio ancora piccolo è una delle esperienze più dolorose in assoluto). Ma può succedere anche in seguito ad avvenimenti molto meno gravi, se nel momento in cui si producono noi siamo particolarmente vulnerabili, soprattutto quando si è bambini, quindi incapaci di difendersi, oppure se ci si trova in una posizione di fragilità.

Anne, un'infermiera, venne a consultarmi per sintomi depressivi cronici e per la terribile immagine che aveva di sé, molto deformata rispetto alla realtà: si vedeva grassa e brutta, «nauseante», per usare il suo termine. In realtà era piuttosto graziosa, il suo peso rientrava nella media, aveva un'indole gaia e socievole. Ascoltandola capii che questa idea distorta di sé le si era radicata dentro tre anni prima, nel corso degli ultimi mesi di gravidanza. Anne ricordava con esattezza ogni particolare del giorno in cui il marito Jack, in risposta alle sue proteste per il poco tempo che passava con lei, le aveva detto: «Sembri una balena. Sei la cosa più nauseante che abbia mai visto!» In altre circostanze, anche se annichilita da quell'osservazione, Anne si sarebbe difesa, forse ribattendo che nemmeno lui era esattamente Paul Newman, ma la gravidanza era stata difficile, lei aveva dovuto smettere di lavorare molto presto, temeva di non riavere l'impiego, aveva perso fiducia ed era terrorizzata al pensiero

che dopo la nascita del bambino Jack la lasciasse, come suo padre aveva abbandonato sua madre. In quel periodo Anne era fragile e impotente e l'osservazione velenosa del marito aveva assunto una dimensione traumatizzante che non avrebbe dovuto avere.

Che accada per la gravità dell'episodio o per la particolare vulnerabilità della vittima, un evento doloroso diventa così «traumatizzante» nel senso proprio del termine. Secondo la teoria dell'EMDR, l'informazione riguardo al trauma invece di essere digerita rimane bloccata nel sistema nervoso, impressa nella sua forma iniziale. Le immagini, i pensieri, i suoni, gli odori, le emozioni, le sensazioni fisiche e le convinzioni che se ne sono tratte (per esempio: non posso farci niente, sarò abbandonato) sono immagazzinati in una rete di neuroni che conducono una vita autonoma. Ancorata nel cervello emotivo e disconnessa dalle conoscenze razionali, questa rete diventa un pacchetto di informazioni non elaborate e non funzionali, che si riattivano al minimo ricordo del trauma subito.

I ricordi del corpo

Un ricordo registrato nel cervello può essere stimolato a partire da uno qualsiasi dei suoi costituenti. Un computer ha bisogno di un'indicazione esatta per individuare un file che ha in memoria, così come un bibliotecario deve disporre della referenza di un libro per trovarlo sugli scaffali. L'accesso a un ricordo nel cervello avviene invece per analogia: ogni elemento che ci ricordi anche in modo vago quello che abbiamo vissuto basta a evocare il ricordo completo. Tali proprietà della memoria sono ben note e si parla di «accesso attraverso il contenuto» e «accesso attraverso le corrispondenze parziali».¹² Ciò ha conseguenze importanti per i ricordi emotivi: una qualunque immagine o un qualunque suono, odore, emozione, pensiero e addirittura sensazione fisica simile alle circostanze dell'evento traumatico possono far scattare il richiamo dell'esperienza immagazzinata in modo non funzionale nella sua totalità. Spesso, l'accesso ai ricordi dolorosi avviene attraverso il corpo.

Io compresi per la prima volta l'importanza del codice corporale quando fui chiamato d'urgenza al capezzale di una ragazza appena uscita dalla sala operatoria. La giovane non si era ancora del tutto rimessa dagli effetti dell'anestesia generale ma era piuttosto agitata, così le infermiere le avevano legato i polsi con delle bende alle sbarre del letto per evitare che nel suo stato confusionale si strappasse di dosso gli aghi delle flebo e i fili che la collegavano alle macchine. Poco dopo, risvegliatasi

completamente, la ragazza aveva cominciato a urlare con il viso stravolto da un'espressione di terrore. Quando arrivai nella stanza, la trovai che si dibatteva con tutte le sue forze per liberarsi dai legacci, provocandosi un aumento della frequenza cardiaca e della pressione arteriosa che nelle sue condizioni poteva essere molto pericoloso. La slegai subito e, quando finalmente riuscii a calmarla, lei mi raccontò l'episodio che aveva appena rivissuto: d'improvviso si era rivista, bambina, legata per i polsi al letto dal patrigno, che le bruciava la pelle con una sigaretta. Quel ricordo, immagazzinato nella sua forma non funzionale e dunque molto viva, era riaffiorato a partire dalla sensazione di avere i polsi legati.

La forza dell'EMDR consiste nell'evocare dapprima il ricordo traumatico in tutte le sue componenti (visiva, emotiva, cognitiva e fisica, vale a dire attraverso le sensazioni del corpo), poi nello stimolare il sistema adattativo di elaborazione dell'informazione che fino a quel momento non era ancora riuscito a digerire l'impronta non funzionale.

Si pensa che movimenti oculari, paragonabili a quelli che si verificano spontaneamente durante il sonno REM, possano sostenere il sistema naturale di guarigione del cervello perché completi quello che non è riuscito a fare da solo. Come esistono alcuni rimedi naturali impiegati da secoli per le proprietà attivanti dei meccanismi naturali di guarigione del corpo dopo un trauma (come l'aloè vera per le ustioni¹³ e il *gotu kola*, o centella asiatica, sulle piaghe aperte),¹⁴ sembra proprio che i movimenti oculari dell'EM-DR siano un meccanismo naturale che accelera la guarigione da uno choc psicologico.

Durante i movimenti oculari, i pazienti danno l'impressione di fare quelle «associazioni spontanee» raccomandate da Freud che, com'è noto, sono molto difficili da eseguire a comando. Come nei sogni, i pazienti attraversano un'ampia rete di ricordi uniti gli uni agli altri da frammenti diversi. Spesso cominciano a rammentare altre scene collegate allo stesso evento traumatico, sia perché sono della stessa natura (per esempio altri episodi di umiliazione in pubblico), sia perché sollecitano le stesse emozioni (come un'identica sensazione di impotenza). Ai pazienti accade sovente di provare potenti emozioni che risalgono in superficie anche se fino a quel momento erano state ignorate. Tutto si svolge come se i movimenti oculari - proprio come nei sogni - favorissero un rapido accesso ai canali associativi legati al ricordo traumatico preso di mira dal trattamento. A mano a mano che questi canali sono attivati, possono collegarsi alle reti cognitive che invece contengono l'informazione ancorata nel presente. È grazie a questa connessione che la prospettiva dell'adulto, oggi non più impotente né esposto ai pericoli del passato,

finisce con l'imporsi nel cervello emotivo, dove può allora sostituire l'impronta neurologica della paura o della disperazione. E quando questa impronta è rimpiazzata completamente, spesso dalla terapia si vede emergere un'altra persona.

Dopo molti anni di pratica, sono ancora sorpreso dai risultati dell'EMDR di cui sono stato testimone. Capisco che i colleghi psichiatri e psicologi diffidino, proprio come succedeva a me all'inizio, di un metodo così nuovo e diverso da quelli abituali. Eppure, è impossibile negare l'evidenza, che si manifesta sia nel mio studio sia attraverso i risultati di molte esperienze pubblicati negli ultimi anni. Personalmente, in campo medico conosco poche cose impressionanti quanto l'EMDR in azione, ed è di questo che vi parlerò nel prossimo capitolo.

6

L'EMDR in azione

LILLIAN era un'attrice e insegnava recitazione in un teatro di fama nazionale. Dopo avere calcato le scene un po' in tutto il mondo, sapeva che cosa significasse controllare la paura. Ciò nonostante venne nel mio studio, perché questa volta l'antica nemica aveva avuto ragione di lei. Lillian era terrorizzata perché le era stato diagnosticato un cancro a un rene. Parlando, mi raccontò di essere stata violentata a più riprese dal padre quando era ancora bambina. L'impotenza che provava adesso contro la malattia era molto simile a quella conosciuta da bambina, quando si era già trovata nell'impossibilità di sfuggire a una situazione terribile e senza via d'uscita. Lillian ricordava perfettamente il giorno in cui, a sei anni, si era tagliata l'interno di una coscia mentre cercava di scavalcare la recinzione del giardino. A portarla dal medico era stato suo padre, che aveva poi assistito mentre, senza anestesia, le veniva suturata la ferita con dei punti che risalivano fino al pube. Al ritorno a casa, il papà l'aveva buttata sul letto a pancia in giù e, tenendola ferma con una mano premuta sulla nuca, l'aveva violentata per la prima volta. Dopo avermi descritto l'episodio, Lillian mi spiegò di avere già parlato ripetutamente dell'incesto e della relazione con suo padre durante molti anni di sedute psicanalitiche e di non considerare utile la rivisitazione di quei vecchi ricordi, che considerava ormai risolti. Ma il rapporto fra

questa scena - che collegava i temi della malattia, dell'impotenza assoluta e della paura - e l'angoscia presente della donna di fronte al cancro mi pareva troppo forte per non approfondirlo. Quando glielo spiegai, alla fine Lillian accettò di insistere. Dopo una prima serie di movimenti oculari, rivisse con tutto il corpo il terrore provato da bambina e all'improvviso disse qualcosa che in tutti quegli anni, per sua ammissione, non le era mai venuta in mente: «E se fosse stata colpa mia? Se mio padre fosse stato spinto a farmi questo perché sono caduta in giardino e perché lui dal medico ha visto i miei genitali?» Come quasi tutte le vittime di abusi sessuali, Lillian si sentiva in parte responsabile di quelle azioni atroci. Io mi limitai a chiederle di continuare a pensare a quello che aveva appena detto e di fare un'altra sequenza di movimenti oculari. Trenta secondi dopo, durante la pausa che si osserva fra le diverse sequenze, mi disse che adesso vedeva che non era stata colpa sua, perché lei era molto piccola e suo padre si sarebbe dovuto occupare di lei curandola e proteggendola. Questa considerazione si impose alla sua attenzione come un'evidenza: lei non aveva fatto niente che potesse giustificare una tale aggressione. Lillian era soltanto caduta, cosa assolutamente normale per una bambina vivace e curiosa. La connessione fra il punto di vista dell'adulto e l'antica distorsione conservata nel cervello emotivo si stava stabilendo sotto i miei occhi.

Con la sequenza di movimenti oculari successiva, a trasformarsi fu l'emozione di Lillian: la paura diventò collera giustificata. «Come ha potuto farmi una cosa simile? E come ha potuto mia madre permetterglielo per tanti anni?» Cambiarono anche le sensazioni del corpo, che sembrava avere da dire tanto quanto la parola. La pressione della mano di sua padre sulla nuca rivissuta qualche minuto prima e la paura che le aveva attanagliato le viscere avevano lasciato il posto a una forte tensione nel petto e nella mascella, esito frequente dell'ira.

Per molte scuole di psicoterapia l'obiettivo del trattamento delle vittime di violenza è proprio indurle a trasformare la paura e l'impotenza in collera legittima. In EMDR si procede in questo modo finché il paziente diventa consapevole delle proprie trasformazioni interiori. Infatti, dopo altre sequenze di movimenti oculari, Lillian si vide come una bambina sola, emotivamente abbandonata e sessualmente violata, una povera piccola per la quale provava un'angoscia profonda e un'infinita compassione. Come negli studi sul lutto descritti da Elizabeth Kubler-Ross, la rabbia si era trasformata in tristezza.¹ Subito dopo Lillian capì che l'adulta responsabile che era diventata poteva prendersi cura di quella bambina e questo le fece pensare alla ferocia con la quale aveva sempre

protetto i suoi figli: «Come una leonessa!» mi spiegò. Infine, evocò progressivamente la storia di suo padre, che, entrato molto giovane nella Resistenza durante la seconda guerra mondiale, era stato arrestato e torturato.

Per tutta l'infanzia Lillian aveva sentito la madre e i nonni paterni confessare che dopo quel dramma lui non era più stato lo stesso uomo. A poco a poco, parlandone, Lillian si sentì crescere dentro un'onda di pietà per lui, e anche qualcosa di più: la comprensione. Ormai considerava il papà come una persona che aveva avuto un grande bisogno di amore e di compassione, sentimenti che sua madre, donna dura e arida, non aveva mai saputo dargli, così come i genitori, bloccati da una tradizione culturale che non dava importanza alle emozioni. Adesso Lillian riteneva il padre un individuo disorientato, che aveva vissuto esperienze tanto atroci «da uscirne pazzo». Lo vedeva così com'era al presente: «Un vecchio che fa pena, tanto debole da non poter quasi più camminare. Sono triste per lui».

In sessanta minuti era passata dal terrore della bambina violentata all'accettazione e perfino alla compassione per l'aggressore, il punto di vista più adulto possibile. E in questo processo non aveva saltato nessuno degli stadi abituali dell'elaborazione del lutto, così come sono descritti dalla psicanalisi. Era come se in una sola seduta si fossero condensati mesi, se non anni, di psicoterapia. La stimolazione del sistema adattativo dell'elaborazione dell'informazione sembrava avere aiutato la paziente a stabilire tutti i legami necessari fra gli avvenimenti del passato e la sua prospettiva di donna adulta. Una volta instaurati questi legami, l'informazione non funzionale era stata digerita -«metabolizzata», dicono i biologi - e aveva perso la capacità di scatenare emozioni inadeguate. Lillian era anche riuscita a evocare il ricordo della prima violenza e a guardarlo in faccia senza il minimo turbamento. «È come se io fossi un semplice osservatore. Guardo questa cosa da lontano. È soltanto un ricordo, un'immagine.» Privato della carica «limbica» non funzionale, il ricordo perde vitalità, la sua presa si allenta, e questo è già un risultato enorme. Eppure, non è tutto: l'annullamento degli antichi traumi che portiamo in noi come ferite per niente cicatrizzate non termina con la neutralizzazione dei ricordi più remoti.

Una volta eliminato questo trauma e alcuni altri che si trascinava dietro, Lillian si scoprì una forza interiore che non aveva mai immaginato di possedere e, tanto meno, di poter sfruttare. In questo modo affrontò la malattia e l'eventualità della morte con una serenità infinitamente più grande, collaborando in pieno con i medici e sperimentando numerose

forme di trattamento complementare del cancro di cui anche oggi si serve con discernimento e intelligenza. Più importante ancora, per tutto questo tempo Lillian ha vissuto in ogni suo aspetto la vita di sempre. La sua psicanalista, che ha continuato a vedere una volta al mese, si è talmente stupita per quella trasformazione così improvvisa che un giorno mi ha telefonato per chiedermi delle spiegazioni. Che cosa avevamo fatto di diverso, considerato che tutta quella storia di incesto era stata risolta fin dall'inizio in analisi? Come la maggior parte dei suoi colleghi francesi e americani che hanno avuto un'esperienza analoga con un paziente, quella psicanalista ha deciso di seguire subito una formazione all'EMDR, che attualmente pratica con sistematicità. A tre anni di distanza dalla scoperta del cancro al rene, anche dopo avere subito interventi chirurgici, chemioterapia e radioterapia, Lillian è più viva che mai. L'esperienza della malattia e la forza vitale le hanno conferito una certa radiosità. Lavora ancora in teatro, ha ripreso a insegnare recitazione e spera che tutto questo duri ancora a lungo. Com'è evidente, l'EMDR non cura il cancro. Tuttavia, io so che ha avuto una parte fondamentale nel trattamento di Lillian e di molti altri pazienti che si trovavano a dover fronteggiare un male incurabile.

I bambini del Kosovo

Il lavoro del sistema adattativo di rielaborazione dell'informazione è ancora più rapido nei bambini. A quanto pare, le strutture cognitive più semplici e i canali associativi più frammentari permettono di bruciare le tappe.

Alcuni mesi dopo la fine del conflitto in Kosovo, mi recai là come consulente per i problemi dovuti a traumi emotivi. Un giorno mi fu chiesto di vedere due adolescenti, fratello e sorella. Durante la guerra la loro casa era stata accerchiata dai miliziani e il padre era stato ucciso sotto i loro occhi. La ragazzina era stata violentata, con una pistola puntata alla tempia, nella sua camera, dove adesso non riusciva più a mettere piede. Quanto al fratello, era fuggito attraverso il tetto con lo zio, ma qualcuno aveva lanciato loro una granata: nell'esplosione lo zio era rimasto ucciso e il ragazzino aveva riportato ferite così gravi all'addome che i militari se n'erano andati credendolo morto.

I due adolescenti vivevano in uno stato di ansia costante, dormivano male, mangiavano pochissimo e si rifiutavano di lasciare la loro casa. Il medico che era già andato molte volte a visitarli, doppiamente angosciato perché di quella famiglia era amico da lunga data, era molto preoccupato

e non sapeva più che cosa fare per loro. Una parte del mio lavoro in Kosovo consisteva nell'insegnare ai dottori come diagnosticare il PTSD, e quel pediatra mi chiese se potevo aiutare quei due pazienti.

Quando mi raccontò la loro storia, pensai che sarebbe stato molto difficile ottenere dei risultati, soprattutto perché ero straniero e sarei dovuto ricorrere all'aiuto di un interprete. Inoltre, rievocando quei ricordi i due ragazzini provavano emozioni di estrema intensità. Eppure, fin dalla prima serie di movimenti oculari ai quali li sottoposi, rimasi molto perplesso constatando che nessuno dei due sembrava sconvolto.

Pensai a due possibilità: o la presenza dell'interprete bloccava le loro associazioni mentali, oppure il trauma era stato così forte che ormai non potevano più accedere alle emozioni (per quello che in psichiatria si definisce «fenomeno dissociativo»). Con mio grande stupore, alla fine della prima seduta entrambi mi assicurarono di riuscire a evocare le immagini dell'aggressione senza più provare il minimo turbamento. Questo mi sembrò impossibile, e mi dissi che entro pochi giorni si sarebbe capito che non si era risolto niente.

Una settimana dopo tornai da loro, pronto a ricominciare il trattamento e a riprovare, magari partendo dalla visualizzazione di altre scene. Ma non fu necessario: stupefatto, ascoltai la zia dei due adolescenti spiegarmi che, fin dalla sera successiva alla seduta iniziale, entrambi avevano cenato normalmente per la prima volta dopo l'assalto alla casa da parte dei miliziani e, sempre per la prima volta da quell'orribile giorno di marzo, avevano passato una notte tranquilla, dormendo fino al mattino senza interruzioni. La ragazzina era addirittura riuscita a tornare nella sua camera! Non credevo alle mie orecchie. Senza dubbio, pensai, fratello e sorella erano troppo beneducati e gentili per ammettere che il mio intervento era stato inutile. O forse non volevano che facessi loro altre domande su quell'episodio tanto doloroso? Magari avevano creduto che se mi avessero detto di non avere più sintomi di malessere io avrei rinunciato a continuare il trattamento. Eppure, quando li incontrai capii che qualcosa era davvero cambiato. Sorridevano, e di tanto in tanto ridevano addirittura, proprio come devono fare i bambini, mentre prima sembravano abbattuti e infelici. L'interprete, che prima della guerra aveva studiato Medicina a Belgrado, era convinto che la seduta di EMDR li avesse trasformati. A dispetto di tutto ciò, io continuai a mostrarmi scettico sull'utilità reale di quelle sedute, finché numerosi terapeuti specializzati nell'EMDR sui bambini mi confermarono che questi, in generale, rispondono molto più in fretta ed esprimono le emozioni molto meno degli adulti. Dopo l'esperienza in Kosovo, uno dei primissimi studi

controllati sul trattamento del PTSD nel bambino ha provato che l'EMDR è efficace sin dalla più tenera età.² In questo studio gli effetti dell'EMDR erano notevoli, ma decisamente meno spettacolari di quelli raggiunti in Kosovo sotto i miei occhi.

La battaglia dell'EMDR

Uno degli aspetti più curiosi nella storia dello sviluppo dell'EMDR è la resistenza che gli oppongono la psichiatria e la psicanalisi. Nel 2000, la banca dati più utilizzata sul PTSD, la PILOTS Database del Dartmouth Veteran Administration Hospital, registrò più studi clinici controllati sull'EMDR che su qualsiasi altro trattamento del PTSD, compresi quelli farmacologici. I risultati di queste ricerche erano così impressionanti che tre «metanalisi», vale a dire studi su tutti gli studi pubblicati, conclusero che l'EMDR era efficace almeno quanto le migliori terapie esistenti, ma che rispetto a queste sembrava anche più tollerata e rapida.³ Ciò nonostante, l'EMDR continua a essere considerato un metodo «controverso» nella maggior parte degli ambienti universitari americani, e in Europa la situazione è di poco migliore. Negli Stati Uniti alcuni ricercatori non hanno esitato a definire l'EMDR «moda» o «tecnica di marketing».⁴

Questo atteggiamento da parte di scienziati di fama è sorprendente, perché non poggia su fatti concreti. Penso che il problema di fondo sia il non essere ancora riusciti a capire il *meccanismo* che rende l'EMDR così efficace. Nella storia della medicina la stessa diffidenza si è presentata periodicamente, ogni volta che si è voluto applicare nella pratica una grande intuizione prima che una teoria fosse in grado di spiegarla. In ognuno di questi casi, le istituzioni hanno opposto una strenua resistenza, soprattutto se il trattamento era «naturale» o sembrava «troppo semplice».

L'esempio più illustre e più vicino all'EMDR è quello di Philippe Semmelweis, al quale Louis-Ferdinand Céline ha dedicato la sua tesi di laurea in Medicina. Semmelweis era il medico ungherese che, vent'anni prima degli studi di Pasteur, dimostrò l'importanza di mantenere una rigorosa asepsi (assenza di germi) durante il parto. A quel tempo, nella clinica ostetrica dove il giovane medico era stato nominato assistente del professore, nei giorni immediatamente successivi al parto la febbre puerperale uccideva più di una donna su tre (è questa la statistica corretta, anche se con il suo genio iperbolico, già evidente nella tesi, Céline parla

di nove su dieci). Perfino le donne più povere di Vienna, le sole che facessero ricorso a queste cliniche, non ci andavano a partorire se non erano costrette a farlo, proprio perché consapevoli dei rischi che avrebbero corso.

In quel quadro allarmante, con i medici che abitualmente eseguivano a mani nude dissezioni di cadaveri prima di far partorire le pazienti, Semmelweiss ebbe l'intuizione di proporre questo esperimento: obbligo di lavarsi le mani con la calce per tutti i dottori prima di toccare i genitali delle partorienti. Imporre questa regola fu molto difficile: la scoperta dei germi e della loro pericolosità non era ancora avvenuta e non si capiva perché mai qualcosa di invisibile e inodore si trasmettesse attraverso le mani. Eppure i risultati furono sorprendenti: in un mese il tasso di mortalità fra le puerpere scese da una su tre a una su venti!

Nonostante questo dato di fatto, la principale conseguenza dell'esperimento di Semmelweiss fu... il suo licenziamento! In pratica, i colleghi, che trovavano fastidiosa la pulizia delle mani con la calce, si ammutinarono e ottennero la sua cacciata dalla clinica. Dato che non si conosceva nessuna spiegazione plausibile per i risultati ottenuti, Semmelweiss fu ridicolizzato, a dispetto della sua clamorosa dimostrazione. Morì quasi pazzo pochi anni dopo le scoperte di Pasteur e di Lister, che finalmente permisero di comprendere scientificamente quello che lui aveva individuato in modo empirico.

Più recentemente, in campo psichiatrico, sono occorsi oltre vent'anni al governo americano per riconoscere l'efficacia del litio nel trattamento della sindrome maniaco-depressiva. Siccome il litio era solo un «sale minerale naturale» senza effetti benefici noti sul sistema nervoso centrale e non se ne capiva il meccanismo di azione, il suo impiego in terapia incontrò una grande resistenza negli ambienti medici convenzionali.

Anche se la dimostrazione della sua validità fu fatta già nel 1949 dall'australiano John F.J. Cade, gli psichiatri americani cominciarono a usarlo solo dalla metà degli anni Sessanta e l'approvazione ufficiale da parte delle autorità arrivò solo nel 1974. Attualmente il meccanismo di azione del litio rimane relativamente misterioso, anche se si sono imboccate piste di indagine promettenti con la scoperta dei suoi effetti sulla trascrizione dei geni e l'inibizione della proteinchinasi.⁵

Un esempio ancora più recente, all'inizio degli anni Ottanta, è la scoperta che l'ulcera gastrica può essere causata dall'azione di un batterio, *VHelicobacter pylori*, quindi può essere trattata con una terapia antibiotica. Anche in questo caso il merito va a un australiano, il dottor Barry Marshall, che lo scetticismo dei colleghi esasperò al punto da fargli

ingoiare una fiala di concentrato del batterio per dimostrare che provocava l'ulcera. Eppure, nonostante tutto questo, ci sono voluti oltre dieci anni perché la sua tesi non fosse più ridicolizzata nei congressi medici e venisse finalmente accettata.

L'EMDR e il sonno dei sogni

La realtà è che ancora oggi non capiamo come l'EMDR produca risultati così impressionanti. Il professor Stick-gold, del dipartimento di Neurofisiologia e studi sul sonno di Harvard, ha formulato l'ipotesi che i movimenti oculari o altre forme di stimolazione che evocano un orientamento dell'attenzione giochino un ruolo importante nella riorganizzazione dei ricordi nel cervello, tanto durante il sonno e i sogni, quanto durante una seduta di EMDR. In un articolo pubblicato nella rivista *Science*, Stickgold e i suoi colleghi hanno suggerito che queste forme di stimolazione attivino e trasformino i legami associativi fra ricordi collegati gli uni agli altri attraverso le emozioni.⁶ Altri ricercatori hanno dimostrato che i movimenti oculari inducono anche una «risposta di rilassamento obbligato» fin dalle prime sequenze, cosa che si traduce in una riduzione immediata della frequenza cardiaca e in un aumento della temperatura corporea.⁷ Questo fa pensare che la stimolazione dell'EMDR rafforzi l'attività del sistema nervoso parasimpatico come la pratica della coerenza cardiaca.

La teoria di Stickgold spiegherebbe perché è possibile ottenere risultati in EMDR con forme di stimolazione dell'attenzione diverse dai movimenti oculari. In effetti, durante il sonno REM viene stimolato anche l'apparato uditivo e si osservano contrazioni muscolari involontarie a livello superficiale sulla pelle.⁸ Alcuni clinici utilizzano l'ascolto di suoni alternativamente a destra e a sinistra dell'interlocutore per mezzo di auricolari, oppure la stimolazione della pelle attraverso picchiettamenti o vibrazioni ritmiche. Più avanti vedremo come la stimolazione della pelle può modulare direttamente l'attività del cervello emotivo.

È evidente che rimane ancora molto da scoprire sul sistema adattativo di rielaborazione dell'informazione e sui diversi modi di aiutarlo nel processo di digestione. Nell'attesa, l'EMDR guadagna rapidamente terreno grazie all'accumularsi di studi scientifici che ne dimostrano l'utilità. Oggi è ufficialmente riconosciuto come trattamento efficace per il PTSD dall'American Psychological Association (l'organismo ufficiale della professione negli Stati Uniti),⁹ dalla Società internazionale per lo

studio degli stress traumatici (ISTSS), che seleziona le indicazioni terapeutiche per il PTSD in base alle conoscenze scientifiche acquisite,¹⁰ e dal ministero della Sanità inglese.¹¹ In Francia, Germania e Olanda comincia anche a essere insegnato nelle università.

L'EMDR dovrebbe progressivamente integrarsi sia nella pratica della psicanalisi, sia in quella delle terapie cognitive e comportamentali, con le quali condivide numerose idee. L'EMDR e la psicanalisi non sono opposte, anzi: uno psicanalista freudiano, lacaniano o kleiniano può trovare nell'EMDR un efficace strumento complementare per facilitare di molto il lavoro.

Un ultimo particolare: nel giugno 2002 Francine Shapiro ha ricevuto il riconoscimento più prestigioso per uno psicoterapeuta, il Premio Sigmund Freud, assegnato congiuntamente dall'Associazione mondiale di psicoterapia e dalla città di Vienna.

I «piccoli» traumi lasciano una lunga traccia

È possibile che la scoperta dell'EMDR trasformi la pratica della psichiatria e della psicanalisi. Alla fine del XIX secolo, Pierre Janet e poi Sigmund Freud avanzarono l'audace ipotesi che molti dei più frequenti disturbi psichici - depressione, ansia, anoressia, bulimia, abuso di alcol o di droghe - avessero origine da avvenimenti traumatici. Fu un contributo immenso, ma non fu seguito da un metodo di cura in grado di dare rapido sollievo ai pazienti. Quando invece la traccia non funzionale delle emozioni è finalmente eliminata dall'EMDR, spesso i sintomi spariscono » completamente e dal trattamento emerge una nuova personalità. Disponendo di uno strumento che permette di rivolgersi alla causa dei sintomi, invece di limitarsi a gestirli (magari molto in fretta), l'approccio al paziente cambia completamente, tanto più che i traumi con la «t» minuscola sono estremamente diffusi e responsabili di disturbi molto diversi da quelli del PTSD.

Uno studio australiano illustra le molteplici conseguenze dei «piccoli» choc emotivi. I ricercatori hanno seguito per dodici mesi le vittime di incidenti stradali che si erano presentate al pronto soccorso e, a fine anno, le hanno sottoposte a una serie di test psicologici. Dopo l'incidente oltre la metà di loro aveva sviluppato quadri psichiatrici e, fra questi, il PTSD era il *meno* frequente. I problemi più diffusi erano invece semplice depressione, banali attacchi d'ansia, fobie; in parecchi soggetti si erano sviluppate anche anoressia, bulimia, abuso di alcol o di droghe senza altri

sintomi.¹² L'importantissima lezione di questo esperimento è che non è il solo PTSD a imporre una ricerca negli avvenimenti del passato per guarire le cicatrici emotive che continuano a far soffrire. In tutte le forme di depressione o di ansia si deve sistematicamente tentare di identificare nella storia del paziente le cause scatenanti dei sintomi che lo affliggono, quindi bisogna eliminare il maggior numero possibile di queste tracce emotive.

Anne, l'infermiera di cui ho parlato nel capitolo precedente, era così preoccupata per il suo corpo che all'inizio della prima seduta si era detta convinta che solo un intervento di liposuzione generale le avrebbe permesso di guardarsi ancora allo specchio. Ed è proprio con l'immagine di lei allo specchio, che la faceva inorridire, che iniziammo la prima sequenza di movimenti oculari. Ben presto la paziente associò questa visione al pensiero del suo ex marito che la umiliava durante la gravidanza. Quando quel ricordo affiorò, lei pianse tutte le sue lacrime, come se quell'emozione le fosse rimasta chiusa nel cuore per tre anni, poi sul suo viso apparve una calma gelida e lei, un po' confusa, mi domandò: «Come ha potuto dire una cosa del genere mentre portavo in grembo suo figlio?»

A quel punto le chiesi di pensare soltanto a questo e di ricominciare i movimenti degli occhi. Nel corso della nuova serie Anne sorrise ed esclamò: «Che bastardo, quel tipo! Non vorrei più vederlo nemmeno dipinto!»

Allora la ricondussi alla visione di sé nello specchio e le domandai che cosa vedesse adesso. «Il corpo di una donna normale di trent'anni che ha avuto due figli», mi rispose.

Nonostante questi successi, l'EMDR non è la panacea universale. La mia esperienza personale l'ha rivelato meno efficace sui sintomi non radicati in eventi traumatici del passato: la tecnica rimane utile, ma i risultati non sono impressionanti. L'EMDR non è indicato nemmeno per le depressioni di origine chiaramente biologica, né per le psicosi (schizofrenia o altre), né per la demenza. Per contro, queste situazioni possono trarre giovamento da diversi metodi naturali che agiscono direttamente sui ritmi biologici dell'organismo.

In effetti, il cervello emotivo non è influenzato solo dal cuore, dal sonno e dai sogni, ma è inserito in un ambiente del quale condivide tutti i ritmi: quello del sole con l'alternanza giorno-notte, quello del ciclo mestruale a periodicità lunare e quello delle stagioni. Come vedremo nel prossimo capitolo, anche questi cicli più lunghi rappresentano una via d'accesso al benessere emotivo.

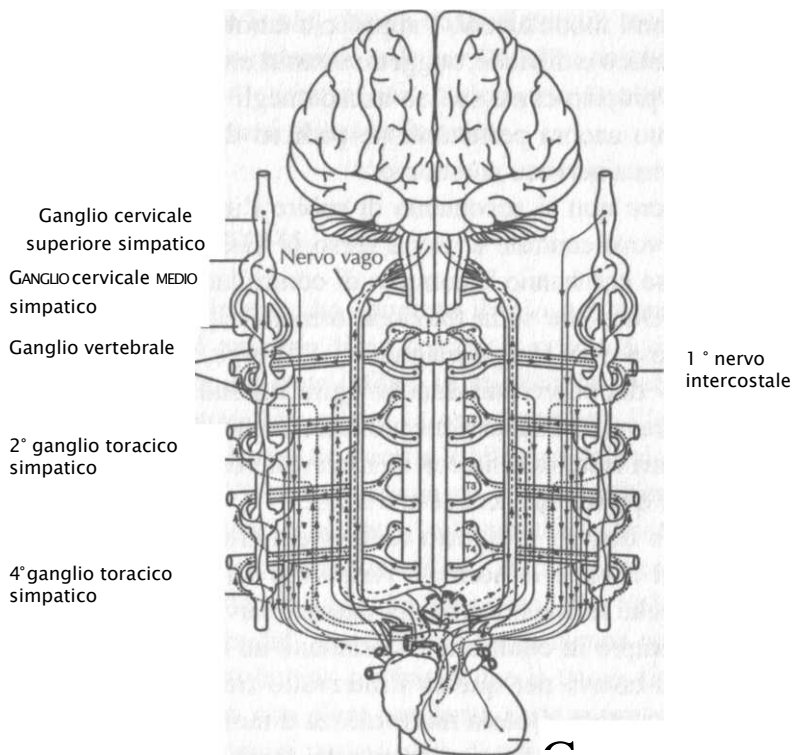


Figura 2. Il sistema cuore-cervello. La rete semiautonomo di neuroni che costituisce il «piccolo cervello del cuore» è profondamente connessa al cervello propriamente detto. Insieme, costituiscono un vero e proprio «sistema cuore-cervello», in seno al quale i due organi si influenzano reciprocamente in ogni momento. Fra i meccanismi che collegano il cuore e il cervello, il sistema nervoso autonomo ha una funzione particolarmente importante ed è costituito da due branche: la «simpatica», che accelera il ritmo cardiaco e attiva il cervello emotivo, e quella «parasimpatica», che li frena entrambi.

5. L'autoguarigione dei grandi dolori: l'EMDR

1. Rausch, S.L., Van der Kolk, B. et al., «A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using position emission tomography and script-driven imagery», in *Archives of General Psychiatry*, vol. 53 (1996), pp. 380-87.
2. Breslau, N., Kessler, R.C. et al., «Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: The 1996 Detroit Area Survey of Trauma», in *Archives of General Psychiatry*, vol. 55 (1998), pp. 626-32.
3. LeDoux, J.E., «Brain mechanisms of emotions and emotional learnings in *Current Opinion in Neurobiology*, vol. 2 (1992), pp. 191-97.
4. Pavlov, L.P., *Conditioned Reflexes*, Oxford University Press, Londra 1927.
5. LeDoux, J.E., Romanski, L. et al., «Indelibility of subcortical emotional memories», in *Journal of Cognitive Neuroscience*, vol. 1 (1989), pp. 238-43; Morgan, M.A., Romanski, L.M. et al., «Extinction of emotional learning: contribution of medial prefrontal cortex», in *Neuroscience Letters*, vol. 163, n. 1 (1993), pp. 109-13; Quirk, G.J., Russo, G.K. et al., «The role of ventromedial prefrontal cortex in the recovery of extinguished fear», in *Journal of Neuroscience*, vol. 20, n. 16 (2000), pp. 6225-31; Milad, M., Quirk, G.I., «Neurons in medial prefrontal cortex signal memory for fear extinctions in *Nature*, vol. 420 (2002), pp. 70-74.
6. Si veda il modello sviluppato da Jorge Armony nel laboratorio di Joseph LeDoux alia New York University in collaborazione con il mio di Pittsburgh in Armony, J.D., Servan-Schreiber, D. et al.. Computational modeling of emotion: explorations through the anatomy and physiology of fear conditionings in *Trends in Cognitive Sciences*, vol. 1, n. 1 (1997), pp. 28-34.
7. Solomon, S., Gerrity, E.T. et al., «Efficacy of treatments far posttraumatic stress disorders in *Journal of American Medical Association*, vol. 268 (1992), pp. 633-38.
8. Wilson, S., Becker, L. et al., «Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment far psychologically traumatized individuals», in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 63 (1995), pp. 928-37; Id., «Fifteen-month follow-up of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) treatment far posttraumatic stress disorder and psychological trauma», in *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 65 (1997).
9. Gli antibiotici guariscono il 90 % dei casi di polmonite trattati all'esterno, ma soltanto l'80 % dei pazienti ricoverati in ospedale, i cui casi sono, ovviamente, più gravi. Fine. M., Stalle, R. et al., «Processes and outcomes of care for patients with community-acquired pneumonia», in *Archives of Internal Medicine*, n. 159 (1999), pp. 970-80.
10. Shapiro, F., *Eye-movement Desensitization and Reprocessing: Basic Principles, Protocols and Procedures*, (Guilford, New York 2001; Stickgold, R., «EMDR: A putative neurobiological mechanism», in *Journal of Clinical Psychology*, vol. 58 (2002), pp. 61-75.
11. Cyrulnik, B., *Les Vilains Petits Canards*, Odile Jacob, Parigi 2001.

12. Rumelhart, D.E., McClelland, J.L., *Parallel Distributed Pro-cessing: Explorations in the Microstructure of Cognition*, MIT Press, Cambridge (Massachusetts) 1986;
- Edelman, G.N., *Neural Darwinism: The Theory of Neuronal Group Selection*, Perseus Publishing, New York 1987.
13. Choi, S.W., Son, B.W. et al., «The wound-healing effect of a glycoprotein fraction isolated from aloe vera», in *British Journal of Dermatology*, vol. 145, n. 4 (2001), pp. 535-45.
14. Anonimo, «Centella asiatica (Gotu kola). Botanical Mono-graph», in *American Journal of Natural Medicine*, vol. 3, n. 6 (1996), p. 22.

6. L'EMDR in azione

1. Kubler-Ross, E., *On Death and Dying*, Touchstone, New York 1969.
2. Chemtob, C.M., Nakashima, J. et al., «Brief treatment far elementary school children with disaster-related post-traumatic stress disorder: A field study», in *Journal of Clinical Psychology*, vol. 58 (2002), pp. 99-112.
3. Van Etten, M.L., Taylor, S., «Comparative efficacy of treat-ments far post-traumatic stress disorder: A meta-analysis», in *Clini-cal Psychology & Psychotherapy*, vol. 5 (1998), pp. 126-44; Spec-tor, J., READ, J., «The current status of eye-movement desensitization and reprocessing (EMDR)», in *Clinical Psychology and Psychotherapy*, vol. 6 (1999), pp. 165-74; Sack, M., Lempa, W. et al., «Study quality and effect-sizes. A meta-analysis of EMDR-treat-ment for post-traumatic stress disorder», in *Psychotherapie, Psy-chosomatik, Medizinische Psychologie*, vol. 51, nn. 9-10 (2001), pp. 350-55; Maxfield, L., Hyer, L.A., «The relationship between efficacy and methodology in studies investigating EMDR treat-ment of PTSD», in *Journal of Clinical Psychology*, n. 58 (2002), pp. 23-41.
4. Herbert, J., Lilienfeld, S. et al., «Science and pseudoscience in the development of eye movement desensitization and reproces-sing: implications for clinical psychology», in *Clin. Psychol. Rev.*, vol. 20 (2000), pp. 945-71. Nel 2002 è stata però pubblicata una ri-sposta particolareggiata a questa critica da due psicanalisti americani: Perkins, B.R., Rouanzoin, C.C., «A critical evaluation of current views regarding eye-movement desensitization and reprocessing (EMDR): Clarifying points of confusion», in *Journal of Clinical Psychology*, vol. 58 (2002), pp. 77-97.
5. Stickgold, R., «EMDR: A putative neurobiological mecha-nism» in *Journal of Clinical Psychology*, vol. 58 (2002), pp. 61-75.
6. Stickgold, R., Hobson, J.A. et al., «Sleep, learning, and dreams: Off-line memory reprocessing», in *Science*, vol. 294 (2001), pp. 219-29.
7. Wilson, D., Silver, S.M. et al., «Eye movement desensitization and reprocessing: Effectiveness and autonomic correlates», in *Jour nal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, vol. 27 (1996), pp. 219-29.
8. Pessah, M.A., Roffwarg, H.P., «Spontaneous middle ear mu scle activity in man: A rapid eye movement sleep phenomenon», in *Science*, vol. 178 (1972), pp. 773-76;

- Benson, K., Zarccone, V.P., «Phasic events of REM sleep: Phenomenology of middle ear muscle activity and periorbital integrated potentials in the same normal population» in *Sleep*, vol. 2, n. 2 (1979), pp. 199-213.
9. Chambless, D., Baker, M. et al., «Update on empirically validated therapies, 11», in *The Clinical Psychologist*, vol. 51, n. 1 (1998), pp. 3-16.
10. Chemtob, CM., Tolin, D. et al., «Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR)», in Foa, E.A., Keane, T.M., Friedman, M.J., *Effective treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*, Guilford Press, New York 2000, pp. 139-55, 333 IV
11. UK-Department-of-Health, *The Evidence Based Clinical Practice Guideline*, Department of Health, (Gran Bretagna 2001).
12. Yehuda, R., McFarlane, A.C. et al., «Predicting the development of post-traumatic stress disorder from the acute response to a traumatic event», in *Biological Psychiatry*, vol. 44 (1998), pp. 1305-13.