Una lunga lettera aperta ai colleghi del Milan Approach sull'integrazione con l'EMDR

Quanto costa un letto alla locanda di Procuste?

Di Massimo Giuliani[1]

0. Premessa

Care Colleghe, cari Colleghi,

alcuni di voi sanno che dall'indomani del congresso "Sistemi e violenze" in conversazioni private e in post sul blog esprimo alcuni dubbi, e più di qualcuno mi ha detto che sarebbe stato utile metterli in fila, approfondirli e dotarli di riferimenti bibliografici. Mi sono fatto convincere, ma alla fine avevo in mano un saggio che mi persuadeva nel contenuto ma a cui mancava qualcosa. L'ho riscritto in forma di lettera, perché rendeva meglio il mio spirito. È un messaggio personale con cui rivolgo tre domande (più una). Ho lasciato comunque l'impianto bibliografico della prima versione: spero che così si veda l'impegno che ci ho messo, e spero che si veda che questo impegno (come la lunghezza di questo scritto) è proporzionale alla considerazione che ho per le colleghe e i colleghi a cui volevo arrivare.

Per i meno aggiornati: sto parlando di come il metodo EMDR (*Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, cioè "desensibilizzazione e riprocessamento attraverso i movimenti oculari") ha conquistato, forte di una procedura solidamente manualizzata e di un corredo di validazioni scientifiche, la fiducia di terapeute e terapeuti in più di un ambito teorico clinico, fra cui ampie parti del mondo sistemico e,

---

[1] Psicologo e psicoterapeuta, Didatta del Centro Milanese di Terapia della Famiglia.

per quel che mi riguarda da vicino, del Milan Approach. Il quale, lo sappiamo, non è proprio un pensiero omogeneo, e però alcuni punti fermi ce li ha, nel modo in cui l'ecologia della mente di Bateson, la cibernetica del secondo ordine e il costruttivismo hanno riconfigurato la clinica (Barbetta e Telfener, 2019, Telfener *et al.*, 2024). È il pensiero che ha preso forma attraverso il lavoro di Luigi Boscolo e Gianfranco Cecchin dopo la scissione del primo gruppo di Milano, e non lo dico per pedanteria storica, ma perché sarà utile per chi legge tenere a mente questi passaggi (rimando chi non ne sapesse abbastanza a Bertrando e Toffanetti, 2000).

Vedo nel *trapianto* dell'EMDR nel Milan Approach un fenomeno che per dimensioni e impatto segna un passaggio storico: il metodo è entrato nelle scuole di specializzazione (Mosconi *et al.*, 2014; Floris, 2024) e nel curriculum di molti allievi che in cerca di una nicchia nel mercato della clinica si affidano alla formazione in questa tecnica di grande richiamo e di consolidato *appeal* non solo clinico. Proprio perché tutto questo non sta soltanto nelle scelte di singole, per quanto numerose, persone, ma si presenta con i contorni di una ingente operazione culturale, spero riterrete legittimi questi pensieri ad alta voce.

Questo *innesto* (scusate la scelta dei termini, ma si capirà poi perché ho qualche problema con la parola "integrazione") avviene decenni dopo l'archiviazione delle tecniche istruttive di ispirazione strategica in seguito alle nuove ragioni epistemologiche ed etiche che inquadravano in un'altra luce un patrimonio storico che pure, come sappiamo, aveva fatto la fortuna del modello (v. Barbetta e Giuliani, 2013; Barbetta, 2017). Quelle ragioni indicavano la necessità di un modo di lavorare meno occulto, più cooperativo (Hoffman, 1990). Una domanda cruciale era se la remissione di un sintomo fosse, da sola, un criterio per definire efficace ed eticamente plausibile un in-

tervento così orientato dalla finalità cosciente (v. Bateson, 1972), e cosa comportasse per la clinica sistemica misurarsi con la cornice teorica della nuova cibernetica dell'osservatore (von Foerster, 1981).

È un percorso, a mio modo di vedere, non ancora compiuto e forse un punto d'arrivo non ce l'ha. Una "terapia dei sistemi osservanti" è più una direzione da seguire, un modo di porsi le domande, che una collezione di risposte. E però nel bel mezzo di questo viaggio, sballottati da un improvviso testacoda, ci siamo trovati a celebrare l'"integrazione" (scusate le virgolette) con pratiche che rimettono al centro l'individuo come oggetto, anzi un suo organo (il cervello), anzi una parte di esso, astratto da qualunque considerazione contestuale.

Lo dico con chiarezza: non ci sono confini o purezze da difendere, e se la sistemica che pratichiamo preferisce da anni definirsi un "approccio" anziché un "modello" (Barbetta, 2017) non è per una questione banalmente nominalistica, ma avviene proprio in seguito a quel ripensamento di pratiche, teorie ed epistemologie. Proprio perché "approccio", dunque libero dall'autorità coercitiva di un "modello", essa è in grado di accogliere nella propria cornice esperienze e idee anche molto diverse. Ma in questo caso non parliamo delle scelte responsabili e creative che un o una professionista esercita nella relazione con le proprie premesse: parliamo invece di un'operazione di giustapposizione innescata "a freddo" dall'alto e che diventa la nuova narrazione che il Milan Approach propone di sé.

So che fra i motivi di questa operazione c'è anche la necessità di trovare legittimazione scientifica fra le altre psicoterapie attraverso le *evidence-based practices* (EBP), cioè le valutazioni di efficacia basate su prove misurabili. Queste richiedono alle pratiche di cura di poter essere descritte attraverso protocolli, scansioni in fasi manualizzate e misurabili. Ma il processo sistemico è guidato più dalla circolarità della conversazione che da tecniche ripetibili, e pertanto non è mai

stato a proprio agio con le metodologie quantitative. Così si fanno strada proposte di manualizzarne le pratiche (Mosconi e Trotta, 2021) e di introdurvi tecniche standardizzate che nascono già pronte per affrontare la prova delle ricerche di efficacia.

Nessuno sembra almeno un po' interdetto dal principio che se uno strumento di misurazione non è adeguato a misurare un oggetto, invece di mettere in discussione lo strumento inadeguato, piuttosto si manomette l'oggetto. Continuo a pensare a Procuste (*Procruste* per qualcuno), un brav'uomo che non negava mai la propria ospitalità ai viandanti nella sua locanda sul monte Coridallo, a ovest di Atene, e dopo averli rifocillati offriva loro un letto. Peccato che non sempre il letto avesse la misura giusta per gli ospiti, ma lui aveva trovato il modo perché fosse sempre perfetto: se l'avventore era troppo corto lo costringeva a energiche trazioni per allungarlo, e se era troppo lungo lo amputava con un'ascia.

Ma vado con ordine. Credo che, prima di dirvi le mie perplessità, per facilitare la comprensione di chi non avesse ben chiara la questione dovrò provare a riassumere i punti salienti del metodo e della teoria dell'EMDR. Spero di essere chiaro nonostante la sintesi, ma naturalmente più di me sono attendibili i testi "ufficiali", a cominciare da quelli della sua ideatrice (v. per esempio Shapiro, 2018).

Il metodo: l'EMDR

Della narrazione sull'EMDR fa parte una storia sull'origine del metodo (Shapiro, 2012, pp. 27-28), che immagino vada presa come una specie di mito fondativo: una storia letterariamente coinvolgente e capace di creare comunità, ma non necessariamente dotata di rigorosa fondatezza storica. La storia dice che un giorno della fine degli anni '80, passeggiando in un parco, Shapiro sperimentò che un pensiero che la tormentava era sparito improvvisamente. Fece uno sfor-

zo per richiamarlo alla mente, ma quello non aveva più la stessa "carica" disturbante. Continuando a passeggiare, notò che quando le veniva in mente quel genere di pensieri, i suoi occhi iniziavano a muoversi rapidamente da una parte all'altra e si spostavano diagonalmente, dopodiché il pensiero si era allontanato dalla coscienza. Shapiro richiamava il pensiero e lo trovava meno "forte". Eseguiva i movimenti oculari e, dice, "i miei sentimenti cambiavano".

Di lì la nascita di questa terapia, scandita in otto passaggi (Shapiro, 2018; Shapiro e Maxfield, 2002). Nel primo ("storia del paziente"), verificato che il paziente sia "pronto" dal punto di vista della "stabilità personale" e dei "vincoli attuali", si raccoglie la storia del sintomo e delle cause, si definiscono obiettivi e miglioramenti desiderati. Nel secondo ("preparazione"), di contenuto e durata variabile, si spiegano tecnica e principi base dell'EMDR; attraverso tecniche di visualizzazione e di rilassamento ci si assicura che il paziente sia in grado di eliminare piccoli gradi di disturbo e che abbia risorse per sopportare eventuali emozioni spiacevoli nell'affrontare ricordi.

La terza fase ("valutazione") è quella della raccolta di dettagli sull'immagine legata al ricordo disturbante, dell'identificazione di un "pensiero negativo" (vale a dire una autovalutazione disadattiva collegata all'evento) e di un "pensiero positivo" (che il paziente desidererebbe al posto della cognizione negativa); gli si domanda quanto lo senta "vero" in quel momento su una scala da 1 a 7 (la scala VOC, *validity of cognition*); infine, in quale punto del corpo il ricordo si fa sentire.

Nella quarta ("desensibilizzazione") si domanda quanto quel ricordo sia disturbante in quel momento su una scala da 0 a 10 (la scala SUD, "unità soggettiva di disturbo"); si interviene così con la stimolazione alternata (movimento degli occhi, suoni alternati, *tapping*) fino a che la SUD arriva a zero, che significa che la disfunzione lega-

ta all'evento è stata eliminata. La quinta consiste nella"installazione" della cognizione positiva, cioè delle parole positive scelte nella terza fase: per esempio "ora ho il controllo"; alla fine il punteggio VOC dovrebbe essere 7.

Una volta "installata" la cognizione positiva, nella sesta fase ("scansione del corpo") si domanda se nel corpo resti qualche fastidio residuo: nel qual caso, si ripete l'"elaborazione". Nella fase di "chiusura" (la settima) si concorda col paziente che se emergessero nuovi pensieri disturbanti ne prenderà nota per riparlarne in seduta, e infine nell'ottava ("rivalutazione") si torna a "misurare" il disturbo sulla scala SUD per assicurarsi che il processo sia stato "completato".

La letteratura sull'EMDR non ha fornito una spiegazione definitiva da attribuire ai meccanismi d'azione. L'aggiornata revisione sistematica di Landin-Romero *et al.* (2018) evidenziava la necessità di approfondire la conoscenza di quei meccanismi, le cui spiegazioni fornite fino ad allora erano classificate in tre categorie: modelli psicologici, psicofisiologici e neurobiologici. Fra i primi, quello più ricorrente fa riferimento alla memoria di lavoro: immaginiamo un sistema esecutivo centrale che si occupa dell'integrazione e del coordinamento delle informazioni; immaginiamo che sia fatto di sottosistemi, fra cui un sistema "visuo-spaziale": se certi ricordi sono conservati nel taccuino visuo-spaziale, il doppio compito (concentrarsi sui ricordi traumatici e contemporaneamente seguire lo stimolo proposto) richiederà una competizione per le capacità limitate del sistema e per la memoria di lavoro dell'esecutivo centrale. In questa competizione le immagini disturbanti perderanno vividezza.

Fra i modelli psicofisiologici c'è quello proposto dalla stessa Shapiro (2018): i movimenti oculari ritmici e multisaccadici nell'EMDR funzionerebbero come un meccanismo di inibizione cerebrale con riduzione dell'ansia quando associati al ricordo traumatico, allo stes-

so modo in cui il materiale che emerge durante il sogno viene desensibilizzato dai movimenti oculari rapidi (REM).

Infine fra i modelli neurobiologici — che hanno avuto impulso dalle tecniche di *neuroimaging* — una ipotesi è che i movimenti oculari facilitino l'elaborazione della memoria associativa e il recupero della memoria episodica favorendo la comunicazione interemisferica tramite il corpo calloso.

Quale che sia la spiegazione, il metodo — originariamente applicato in modo particolare allo stress post-traumatico — è diventato abbastanza in fretta una risposta a una discreta lista di disturbi. Numerosi studi (v. Devilly, 2002) attribuiscono al metodo la capacità di migliorare il dolore, di curare il PTSD geriatrico e nei pazienti dementi, i disturbi dissociativi, il disturbo di panico, le fobie, il lutto e le disfunzioni sessuali; di guarire dal gioco d'azzardo patologico, dalle dipendenze da droghe chimiche, dai problemi di personalità; di essere d'aiuto nelle prestazioni aziendali e nell'atletica — ma anche nelle discipline equestri come il *dressage*, ché magari c'è chi se lo sta domandando.

La teoria: l'AIP

La cornice teorica che Shapiro ha costruito per spiegare il funzionamento dell'EMDR (Shapiro, 2018; Shapiro e Laliotis, 2010) è il modello *Adaptive Information Processing* (nella prima edizione del manuale era *Accelerated Information Processing*; resta immutata la sigla: AIP). L'AIP sostiene che il trauma rimarrebbe "immagazzinato" in modo patologico e i movimenti oculari riattiverebbero un sistema naturale di elaborazione il cui funzionamento, abbiamo visto, è spiegato in modi diversi, ma che consisterebbe nel permettere al cervello di completare "spontaneamente" il processamento. Il modello AIP, infatti, teorizza l'esistenza di un sistema innato di elaborazione delle

informazioni che immagazzina nuove esperienze nelle reti di memoria associando e collegando in uno stato adattivo pensieri, immagini, emozioni e sensazioni associati alle esperienze. La patologia si manifesterebbe quando le nuove informazioni vengono elaborate in modo inadeguato e immagazzinate, con pensieri, sensazioni ed emozioni distorti, in una modalità disadattiva.

Se questi ricordi rimangono in quella condizione senza essere elaborati, quando uno stimolo esterno simile a quell'esperienza innesca sensazioni e immagini del trauma essi diventano la base del PTSD (il disturbo da stress post-traumatico). Forme di stimolazione bilaterale come i movimenti oculari, favorirebbero l'elaborazione di quei ricordi traumatici e quindi l'eliminazione dei sintomi.

1. Prima domanda: ma siamo sicuri che l'integrazione con l'EMDR porterà in dote una solida legittimazione scientifica?

Premetto che meritano il massimo rispetto tutti quei pazienti che dall'EMDR hanno ricavato sollievo. Se dei dubbi sul metodo sono fondati, questo vuol dire che quelle persone hanno incontrato terapeuti che, al di là delle teorie e degli strumenti, hanno instaurato un'alleanza efficace. In quella distanza che sempre esiste fra il racconto della terapia — la sua misurazione, se preferite — e quello che succede nella stanza, c'è la relazione terapeutica.

Proverò a unire i puntini di un percorso che passa attraverso svariate ricerche e meta-analisi sul metodo EMDR, condotte nell'ambito delle metodologie *evidence based*: che dunque non mettono in discussione il paradigma sperimentale, anzi lo assumono pienamente, e proprio dalla sua applicazione rigorosa concludono che le affermazioni trionfali sull'EMDR avrebbero bisogno di essere temperate da una certa prudenza. Anzi, quello che ne emerge sembra spiegare la mordace e citatissima affermazione di McNally (1999, p. 619), diret-

tore della formazione clinica presso il dipartimento di psicologia dell'Università di Harvard: "…ciò che è efficace nell'EMDR non è nuovo, e ciò che è nuovo non è efficace".

Il procedimento di scomporre un oggetto per dire cosa funziona e cosa no non è la parte che mi importa di più, ma se stiamo parlando dell'oggetto grazie al quale si spera di essere accolti nel salotto buono delle terapie *evidence based*, la coerenza con le premesse scientifiche non è un dettaglio.

Procuste sul suo stesso letto: EMDR e ricerca

Alla fine degli anni '90 del secolo scorso esiste una letteratura tale da permettere a Cahill *et al.* (1999) di passare in rassegna *dismantling studies* per rispondere a due domande: l'EMDR funziona? E se sì, perché? La loro conclusione è che l'EMDR sembra in grado di ridurre almeno alcuni indicatori di disagio rispetto al gruppo di controllo nel disturbo da stress post-traumatico, nel disturbo di panico e nell'ansia di parlare in pubblico. Non sembra meno efficace di trattamenti non validati — come rilassamento e ascolto attivo — ma gli autori osservano che nessuno studio ha confrontato direttamente l'EMDR con un trattamento validato in modo indipendente per il PTSD (altrettanto segnalano Devilly e Spence, 1999). Nel trattamento delle fobie altre tecniche si sono dimostrate più efficaci, ma soprattutto dalla revisione degli studi di smantellamento non emergono prove che i movimenti oculari facciano la differenza per l'esito. Dunque, spiegano, non è chiaro perché l'EMDR funzioni, ma probabilmente non per i movimenti oculari. Ipotizzano che la variabile procedurale più rilevante sia quella già nota, cioè l'"esposizione" al ricordo traumatico, e consigliano di attendere ulteriori ricerche per capirne di più. Ma nell'attesa si domandano:: in un panorama in cui già esistono cure indicate per i disturbi d'ansia, c'era davvero biso-

gno di un altro trattamento?, cioè: il nuovo trattamento è migliore o peggiore dei precedenti?

Herbert *et al.* (2000) sostengono con parole piuttosto dirette che "l'EMDR rappresenta un ottimo strumento per *illustrare le differenze tra tecniche terapeutiche scientifiche e pseudoscientifiche*" (corsivo mio). Analizzano le prove di efficacia dell'EMDR e le tecniche di quello che chiamano "marketing pseudoscientifico" che ne hanno promosso la diffusione e l'accettazione da parte dei professionisti. Gli autori non negano una certa utilità del metodo, ma si domandano se la cornice teorica e commerciale costruita intorno ad esso non sia sproporzionata rispetto alle prove disponibili. Le loro critiche sono molto circostanziate: all'AIP dedicano alcune pagine, per concludere che il linguaggio neuropsicologico del modello è più sofisticato che fornito di basi sperimentali adeguate. Il confronto fra pazienti trattati con EMDR e pazienti in lista d'attesa mostra un vantaggio dell'EMDR nella cura di ansia, PTSD e ricordi traumatici — in sostanza l'EMDR è meglio che *non fare nulla*. Ma quando il confronto è con counseling non direttivo, training di rilassamento o biofeedback, i vantaggi dell'EMDR si fanno irrisori o non emergono differenze. Non appare superiore alle terapie di esposizione e alla CBT, e anzi in alcuni studi di follow-up risulta meno efficace. E, di nuovo, i movimenti oculari o qualunque altra forma di stimolazione bilaterale non fanno alcuna differenza. Devilly (2002) aggiunge che eventuali benefici iniziali svaniscono nel tempo.

La meta-analisi di Davidson e Parker (2001) prende in esame 34 studi, con la cura di escludere dal campione ricerche da cui emergono problemi metodologici. Le questioni che affronta sono l'efficacia dell'EMDR, il ruolo dei movimenti oculari (o di altri stimoli alternati), la formazione specifica del terapeuta presso l'EMDR Institute e se la tecnica funzioni meglio per alcuni disturbi o in alcune popolazio-

ni. Come nella ricerca farmacologica, la prima prova riguarda la differenza fra il trattamento da testare e nessun trattamento: l'EMDR si conferma più efficace che non fare niente, ma non più di altre terapie di esposizione e cognitivo comportamentali. Sugli effetti della formazione, l'esclusione degli studi con terapeuti non certificati dall'EMDR Institute lascia immutati i risultati. Anche qui, da 13 studi e 6 tesi non pubblicate che confrontano l'EMDR con la stessa procedura ma senza movimenti oculari (EFixDR, "Desensibilizzazione e rielaborazione a occhi fissi"), non emerge un beneficio incrementale significativo attribuibile ai movimenti oculari, né sulle misure di processo né su quelle di esito. A ciò si aggiunge un numero di studi, per quanto esiguo, con anche altri tipi di stimoli alternati (*tapping*, suoni): anche qui, nessuna differenza, e tali componenti della procedura vengono dichiarati decisamente superflui.

Insomma, con le conclusioni interlocutorie volano anche parole grosse: ma quando studiosi come Perkins e Rouanzoin (2002) reagiscono con vigore alle accuse di "pseudoscienza", definendole "calunnie personali", sul piano del contenuto ammettono comunque delle "criticità" nel metodo.

C'è un aspetto che mi sembra macroscopico, ed è quello su cui puntano l'attenzione Rosen e Davison (2003), quando affermano che i sistemi di catalogazione delle terapie supportate empiricamente dovrebbero tener conto dell'efficacia della terapia, anziché di *trademark* e peso imprenditoriale. Osservano come l'EMDR, in virtù del marchio registrato, goda di una classificazione a parte rispetto a procedure analoghe che vengono raggruppate sotto la dizione "terapie di esposizione": eppure in confronto a quelle gli studi non ne confermano la superiorità. Definiscono l'EMDR "un recente esempio di un trattamento privo di qualsiasi collegamento credibile con la scienza psicologica". Aggiungono che "il metodo è stato promosso in

modo aggressivo con diverse affermazioni che non hanno ricevuto supporto empirico" e rimandano al citato Herbert *et al.* (2000) per una trattazione di quelli che ritengono gli aspetti "pseudoscientifici" del metodo.

Sui toni agguerriti della promozione del metodo e sulla risonanza mediatica che hanno accompagnato la sua diffusione senza precedenti, mi pare sia difficile obiettare. L'agenzia ANSA nel 2017 parla della "tecnica del movimento degli occhi che debella i traumi e le paure". Per il programma 20/20 della ABC è la "svolta entusiasmante" nel trattamento dell'ansia. Vedo questo entusiasmo rimbalzare in una infinità di video di professionisti e *influencer* su Youtube e nelle conversazioni sui forum, dove ci si interroga sull'efficacia del metodo anche sulla ricrescita dei capelli.

Una rivista a larghissima tiratura definisce in un titolo l'EMDR "la terapia scelta da Chiara Ferragni per superare un trauma". Attori, cantanti e celebrità come Miley Cyrus, il principe Harry, Lady Gaga, Jameela Jamil, Sandra Bullock, Lily Allen, Michele Bravi, Elena Santarelli, vengono intervistati sulla loro esperienza con l'EMDR e le storie vengono rilanciate dai siti di organismi e professionisti EMDR che ne raccontano le infanzie trascurate e li definiscono "testimonial d'eccezione", vellicando il desiderio del pubblico di identificarsi con persone di successo. Scelte di comunicazione e linguaggio, converrete, hanno meno a che fare con la scienza che con un marketing a volte, come dire?, eticamente spensierato: i pazienti diventano "testimonial" e il fatto di essere mediaticamente esposti li rende "d'eccezione" rispetto agli altri.

Questa capacità di creare *hype* e costruire intorno alla pratica una sorta di *community* attraverso social e pubblicistica, genera libri come una guida per i pazienti (Croitoru, 2014), che contiene passaggi non proprio di scientifica sobrietà, come "Benvenuti nella rivoluzione!" e

"Credo che la dottoressa Shapiro dovrebbe vincere il premio Nobel per la rivoluzione che l'EMDR ha portato nel campo della psicologia e della salute, e per il contributo che questo metodo ha dato al miglioramento di milioni di vite in tutto il mondo".

Non riesco a separare l'EMDR dalla sua narrazione pubblica, perché credo che le aspettative positive su di esso non possano essere disgiunte dalla sua fama, così come l'*appeal* mediatico del metodo e il furore agonistico dei suoi supporter hanno contribuito a rendere il metodo molto popolare fra le terapeute e i terapeuti in formazione. E questo è comprensibile, perché è una tecnica chiara e maneggiabile, ed è raccomandata per diverse applicazioni. E immagino anche che garantisca una nicchia di mercato in un panorama sempre più segnato dalla sovrappopolazione e dalla competizione, per la sua popolarità oltre che per la facilità con cui spiega un po' tutto e un po' tutto sana. Tanti pazienti — che meritano rispetto — sono incoraggiati dalla rinomanza di un metodo rapido ed efficace, e lo richiedono esplicitamente.

Tornando a Herbert *et al.*, (2000), è difficile non prenderli sul serio quando affermano: "Se si eliminano i movimenti oculari dall'EMDR (le prime due lettere), rimangono le componenti del trattamento già note e supportate empiricamente, ovvero l'esposizione e le terapie cognitive (le ultime due lettere)" (p. 303). Calcano la mano citando il riferimento di McNally (1999) al mesmerismo (la commissione istituita da Luigi XVI nel 1784 concluse che gli effetti di quella terapia erano attribuibili alla suggestione e non al "magnetismo animale" come pretendeva Mesmer, screditando così il medico tedesco e tutto il suo movimento). Come il metodo di Shapiro è stato dichiarato "probabilmente efficace" perché dimostrato statisticamente superiore all'assenza di trattamento, dicono, anche quella commissione avrebbe potuto dichiarare "probabilmente efficace" il magnetismo

animale.

Diciamo che da parecchia letteratura ricavo l'impressione che l'EMDR mi richieda di metterci un credito di fiducia, che non mi pare proprio un presupposto scientifico. Patihis *et al.* (2020) sostengono che Shapiro, dopo aver presentato il metodo nella sua ricerca di dottorato nel 1989, iniziò a promuoverlo con una certa premura quando molti studiosi ritenevano premature le affermazioni sui movimenti oculari bilaterali e il loro effetto sulla comunicazione tra gli emisferi del cervello e il recupero dei ricordi traumatici.

Tornando alle meta-analisi, fra le più recenti c'è quella di Cuijpers *et al.* (2020) che passa in rassegna 76 studi di efficacia per concludere che dove L'EMDR mostra un vantaggio su altre terapie, lo perde del tutto negli studi con un basso rischio di bias. Risultati più significativi emergono per l'EMDR nel trattamento delle fobie e dell'ansia da prestazione, ma il numero di studi è troppo limitato e, ancora, il rischio di bias troppo elevato. Insomma, gli studi sono molto eterogenei, il rischio di *publication bias* è forte, le indicazioni di parzialità (*allegiance*) da parte dei ricercatori non mancano. La loro conclusione è persino prudente: non ci sono prove sufficienti per trarre conclusioni sui vantaggi dell'EMDR né per raccomandarne l'uso in altri problemi di salute mentale, al di là dei benefici sul PTSD nel breve termine, per via di una letteratura metodologicamente troppo debole.

Parliamo dello stesso Cuijpers che in uno studio precedente (Lee, Cuijpers, 2013) traeva conclusioni favorevoli sui movimenti oculari, in risposta a precedenti meta-analisi che a loro volta ne mettevano in dubbio l'utilità. Ma alla sua meta-analisi del 2013 Devilly *et al.* (2014) avevano contestato che trascurasse numerosi studi rilevanti e ne contasse due volte degli altri, compreso quello di uno dei coautori.

La "cintura protettiva"

Non mi importa tanto interrogare questi lavori — ed altri che giungono a conclusioni simili — per sapere se il metodo funzioni o meno: mi interessa di più cosa si vede addentrandosi nella ricerca quantitativa sull'EMDR. Cercando di capire come sia possibile che uno stesso autore è citato sia da sostenitori che da detrattori, quel che si vede è che quando gli studi dichiarano "efficace" l'EMDR intendono "efficace" nel confronto con la lista d'attesa (cioè che è meglio che non fare niente); oppure quando dicono che dimostra una certa efficacia clinica, non sono certi che sia superiore a quella di altri metodi; o aggiungono che sì, pare che funzioni, ma la qualità media e i *publication bias* non ci permettono di giungere a conclusioni più definitive. Soprattutto, in gran quantità dicono che se c'è qualcosa che funziona, non sono i movimenti oculari.

Herbert *et al.* (2000) sostengono che il "nucleo duro" di assunzioni dell'AIP non generi previsioni nuove e confermate, ma sopravviva grazie a quella che il filosofo della scienza Lakatos (1980) chiama una "cintura protettiva" di ipotesi ausiliarie aggiunte volta per volta: se i *dismantling studies* ridimensionano il valore dei movimenti oculari, l''EMDR sposta la spiegazione al "doppio compito", poi ad altro ancora, senza che nessuna di queste riformulazioni generi previsioni verificabili nuove. Che mi pare un modo di argomentare piuttosto ricorrente, che blinda il metodo rispetto a quasi qualunque critica: ogni volta che i dati portano un risultato negativo, i fautori del metodo ricorrono puntualmente a spiegazioni nuove. Per esempio che i ricercatori non avevano ricevuto una formazione adeguata (ma le ricerche misurano in esattamente zero la differenza fra terapeuti con formazione ufficiale e quelli che non l'hanno ricevuta), e poi che la valutazione non era imparziale. Davanti agli studi che mostravano che la formazione ufficiale di Livello I non produceva risultati, la formazione di Livello II divenne obbligatoria; i risultati nulli della

formazione di II livello, allora, vennero liquidati come conseguenza di una formazione incompleta.

Negli ultimi anni, via via che cresceva la popolarità dell'EMDR, anche i toni dei detrattori si sono fatti più accesi. Non mi riferisco a qualche scanzonato narrativista, no: cito autori di cui non è in discussione l'adesione al paradigma sperimentale e al razionalismo critico di Popper. In fondo anche a Procuste, per intervento di Teseo, toccò provare il supplizio del suo letto.

Il contributo di Cox e Codd (2023) ha un titolo che è un po' bollettino dal fronte, un po' chiamata alle armi: "I sostenitori delle terapie per il disturbo da stress post-traumatico basate sulla ricerca stanno subendo sconfitte su molti fronti: cosa intendiamo fare al riguardo?". Gli autori addirittura vedono nei movimenti oculari un avversario dell'EBP. A nome degli "*Advocates of Research Supported Treatments*" — che è un termine coniato in ambito accademico per indicare medici e psicologi che sostengono il primato dei trattamenti di cura supportati dalla ricerca scientifica *evidence based* — si scagliano contro l'EMDR, che vedono precipitare verso la pseudoscienza. A dar credito ai *dismantling studies*, dicono, esso fallisce proprio nell'aspetto caratterizzante della sua tecnica, cioè i movimenti oculari. Auspicano un'azione collettiva degli ARST per restituire alle persone il diritto di ricevere cure *evidence based* per i loro traumi e per promuovere la presenza di ARST negli enti di accreditamento accademico e nei ruoli decisionali, in modo che i "non-ARST" non vengano rimborsati dalle assicurazioni. Sostengono che, anche curando il posizionamento nelle ricerche sul web, vada accresciuto l'ascendente di ARST sul pubblico che invece, come tanti operatori della salute, è influenzato da personaggi come Bessel van der Kolk e Peter Levine, molto in voga ma non sempre benedetti dalle evidenze scientifiche e con uno scarso credito negli ambienti governativi e di ricerca.

Ecco, mi preoccupa un matrimonio dal quale il Milan Approach si aspetta di ereditare il viatico per l'empireo della scienza quella vera, quando persino frange di custodi degli EST (*empirically supported treatments*) prendono sdegnosamente le distanze da quel metodo.

Il colpo di scena, in tutta questa confusione su cosa funziona e cosa no, è quello dell'American Psychological Association che decide nel 2025 di non raccomandare più l'EMDR come trattamento di prima linea per il PTSD e lo declassa a trattamento di seconda linea. Sostiene l'APA che "l'EMDR può essere una psicoterapia efficace per il PTSD, sebbene non sia chiaro il meccanismo d'azione specifico": sono fragili le certezze sui movimenti oculari (APA, 2025, p. 42) e insufficienti le repliche ai *dismantling studies* che sollevano dubbi. Tradotto: probabilmente funziona, generalmente non più di altre tecniche e comunque non per le ragioni per cui dice di funzionare.

Conflitti e bias

Giustamente, poco dopo è arrivata la replica tempestiva di Lee *et al*. (2026): la posizione dell'APA, dicono, sarebbe in contraddizione con quelle di altri organismi e si spiegherebbe con revisioni datate, evidenze di qualità inferiore e criteri più conservativi rispetto ad altre linee guida internazionali. È una replica "istituzionale", su una pubblicazione dell'EMDRIA, l'associazione internazionale dei terapeuti EMDR, e almeno quattro dei sei autori sono didatti o membri con cariche importanti in organismi EMDR. Nulla da ridire, naturalmente, è una replica legittima. Viene dalla stessa rivista che si dichiara la più attiva nella ricerca sull'EMDR (Bogolyubova e Lovakov, 2023), avendo pubblicato da sola il 32,8 % di tutta la letteratura sull'argomento, e lo rivendica con comprensibile orgoglio. E però qui ho un problema. Scusate, davvero un terzo della ricerca è fatta in casa? Se Teseo volesse di nuovo legare Procuste al suo stesso letto gli ricorde-

rebbe che sono proprio le regole dell'EBP ad attribuire una certa importanza alla terzietà di chi parla, perché sia considerato affidabile.

C'è una dettagliatissima analisi di Zimmerman e Marcus (2024) sulla letteratura, da cui emerge che — sebbene non si possa necessariamente dire che il bias invalida la ricerca — i *trial* negli studi EMDR hanno maglie piuttosto larghe rispetto alla *researcher allegiance*, la "fedeltà del ricercatore", se si tiene conto almeno dei conflitti di interesse dichiarati. Ma c'è chi si è preso la briga di spulciare i curriculum per contare i conflitti di interesse occulti: è toccato nientemeno che al CICAP, il Comitato di controllo delle affermazioni sul paranormale e sulle pseudoscienze (Coco, 2024). Il CICAP, colleghe e colleghi, quello che si occupa di avvistamenti UFO e rabdomanti.

Cosa ci dicono tutte queste ricerche, coi loro dubbi? Che l'EMDR non funziona? No, non possono dirci nemmeno questo: possono mostrarci solo un oggetto disincarnato e scomposto in pezzi. Mostrano che il credito di scientificità che convenzionalmente queste pratiche conferiscono ha un costo alto, quello della disgregazione dell'oggetto studiato in parti isolate e indipendenti. Esse semplicemente misurano una cosa che *non esiste* nella realtà.

Eppure là fuori c'è chi discute dello strapotere del metodo quantitativo nella clinica (Wampold e Imel, 2015); là fuori si parla di ricerche qualitative (Blasi, 2010), della loro marginalità — che è il vero grande nodo della questione — e della loro urgenza, che è ben spiegata da Barbetta *et al.* (2022, p. 8):

> "In sintesi, consideriamo la psicologia come una scienza culturale e la psicoterapia come un'arte applicata, che richiede molta più sensibilità verso le sfumature e le sottigliezze che verso le competenze statistiche. Questo è il motivo per cui consideriamo la terapia un'arte complessa che necessita di una metodologia di ricerca qualitativa. (…) il nostro problema è come affrontare la questione della responsabilità".

Non è che — la butto lì — alla nostra autorevolezza fra le psicoterapie gioverebbe alimentare quel dibattito, portare la nostra voce lì, per promuovere modalità di ricerca che colgano il senso del nostro specifico modo di lavorare, le sue "sfumature e sottigliezze", anziché partecipare al *mainstream* indistinto che sgomita per un posto sul letto di Procuste delle EBP?

"La mente non è un videoregistratore"

In tutto questo, come è successo che siamo tornati all'idea, fondamentalmente cognitivista, del cervello come elaboratore dei informazioni e del trauma come un oggetto che vi si deposita? E soprattutto della memoria come archivio più o meno accessibile? Ma poi: era davvero necessario, quando gli stessi capisaldi di questa idea del trauma fanno storcere il naso a tanta parte del mondo EBP?

Dicevo della polemica degli ARST contro Bessel van Der Kolk.

Per avere la misura dell'impatto di questo autore sulla nostra cultura e sul nostro pensiero, considerate un libro (Van der Kolk, 2014) circolato in tre milioni di copie[2], restato per sette anni in cima alla classifica dei best seller di *Times*, con traduzioni in trentasei lingue e con un sequel opzionato per dieci milioni di dollari[3]. La definizione di "bibbia del trauma" che gli tributò la scrittrice Tara Westover su Twitter è diventata l'appellativo con cui lo si indica spesso, anche nel sito dell'editore. È il testo che ha promosso l'idea che del trauma possano sopravvivere nel corpo ricordi impliciti e privi di una nar-

---

[2] Dato, oggi ampiamente superato, dal sito dell'editore: https://www.penguin.co.uk/books/259420/the-body-keeps-the-score-by-kolk-bessel-van-der/9780141978611

[3] Dati dal sito Literary Hub: https://lithub.com/the-body-keeps-the-score-sequel-just-got-an-eight-figure-deal/, ma anche il numero delle traduzioni oggi è da aggiornare.

razione, e quindi è comunemente citato in lavori sull'EMDR anche in area sistemica.

Fra chi mette in discussione la costellazione di teorie che va da Van der Kolk all'AIP una delle voci più stentoree è, ancora, quella di Richard McNally. Nel suo contributo "Sfatare i miti sul trauma e la memoria" (2005) contesta la centralità di meccanismi dissociativi e il fatto che i ricordi di un trauma vengano repressi. Sostiene che i teorici dell'amnesia traumatica dissociativa facciano confusione perché citano a sostegno studi che interpretano in modo errato, giacché "la codifica incompleta non è amnesia traumatica" (p. 819). Il criterio del DSM-IV per il PTSD relativo all'"incapacità di ricordare un aspetto importante del trauma" è inattendibile, considerato che "la mente non funziona come un videoregistratore" e che dunque non ha senso credere che ogni aspetto di un'esperienza traumatica venga codificato nella memoria fin dal principio. Anzi, in una condizione di forte attivazione (*arousal*), le persone per lo più prestano attenzione agli elementi centrali dell'evento a scapito di quelli periferici.

La questione dei ricordi recuperati tocca tasti dolorosi, tanto che McNally (*ivi*, p. 818) afferma: "questa linea di ragionamento errata ha ispirato la cosiddetta 'terapia della memoria recuperata', probabilmente la più grave catastrofe che abbia colpito il campo della salute mentale dall'era della lobotomia". E in Italia Convertino *et al.* (2022, pre-print) citano il tristemente famoso caso dei "diavoli della bassa modenese" per sostenere che "la creazione di false memorie sia un fenomeno imponente, alla base del quale ci sarebbero meccanismi cognitivi e sociocognitivi". Contestano affermazioni come "i ricordi inconsci repressi portano a problemi di salute, fisica e mentale, e il recupero della memoria repressa è cruciale per alleviare i sintomi" (citando Van der Kolk e Fisler, 1995), che sono diffuse nella letteratura scientifica ma che, a loro avviso, non tengono conto del di-

battito, fiorente sin dagli anni '90, su memoria e suggestionabilità.

Un altro autore piuttosto impegnato in questo filone è lo psichiatra Joel Paris (2023): la "cultura del trauma", dice, è la tendenza a dare per scontata l'esistenza di un trauma infantile come fattore di rischio per l'adulto. Sulla base del lavoro di Allan Young (1995), antropologo che aveva studiato il PTSD in un ospedale della Veterans Administration, Paris argomenta la natura di costrutto sociale del trauma, e sostiene che le tecnologie cui ricorre il discorso diagnostico, la rappresentazione sociale, gli interessi istituzionali e le stesse aspettative culturali contribuiscono a reificare questa categoria nosografica. Ma il PTSD non assume la stessa forma sintomatica in tutti i periodi, ci sono differenze storiche in ciò che viene definito trauma e le risposte al trauma possono essere diverse da quelle previste dai criteri del DSM-5 o dell'ICD-11. Elementi che vengono ritenuti cruciali, come i flashback, non erano segnalati nei soldati britannici prima della Guerra del Golfo del 1991; piuttosto, sensazioni di debolezza, sintomi somatici, ansia e depressione erano i disturbi ricorrenti nelle guerre precedenti (Jones e Wessely, 2005).

Il PTSD, allora, non è l'oggetto discreto di cui si parla, ma un costrutto (insieme a quello di "cause traumatiche") che dipende da fattori storici e dal tempo. Secondo Paris la diagnosi di PTSD — e in generale l'attribuzione dell'infelicità a cause traumatiche — è sostenuta culturalmente dal fatto che le persone possono identificare un agente e definirsi come vittime (condizione che talvolta ha anche implicazioni economiche). Che non vuol dire mettere in dubbio che le persone stiano male, ma discutere che tale diagnosi coincida con l'oggetto circoscrivibile e immutabile nel tempo di cui parlano i manuali diagnostici e non vada invece considerata un costrutto eterogeneo. Che è esattamente la postura che noi siamo abituati a tenere al cospetto di un qualunque fenomeno, ma da un po' di tempo ti fa

passare per un tipo un po' originale.

Eppure, sempre là fuori, ci sono voci che discutono seriamente la costruzione storica del concetto di trauma e le sue implicazioni sociali (Bonomi, 2000; Salvini in Stecca, 2015). Ci sono autori (Haslam, 2016; Baes *et al.* 2023; Haslam e McGrath, 2024) che studiano il *concept creep*, vale a dire l'inflazione semantica per cui i concetti psicologici — "trauma" su tutti — mentre si estendono orizzontalmente per includere fenomeni nuovi, contemporaneamente si estendono verso il basso per includere fenomeni di minore gravità. Noi celebriamo congressi dove si sente dire che la classe di eventi definiti "trauma" va dal campo di concentramento al tradimento coniugale.

In campo sistemico e altrove si parla di trauma sullo sfondo dell'aggressione ai diritti umani, dove lo sguardo degli psicologi non è circoscritto ai sintomi di cui occuparsi, e la pratica clinica non è disgiunta da un pensiero sull'etica delle relazioni e della stessa professione (Barbetta e Scaduto, 2021).

Mi pare serio e rigoroso il modo in cui di recente una stampa non specialistica muove obiezioni importanti, a beneficio del grande pubblico, sul *best seller* di Van der Kolk (v. Carr, 2023, Nietfeld, 2025, De Roeck, 2026). Articoli a larga diffusione passano al setaccio l'uso che fa delle fonti, l'accuratezza scientifica e l'aspetto politico della teoria, oltre che di una diagnosi (la PTSD) che è nata per il riconoscimento sociale ed economico della condizione dei reduci del Vietnam e delle sue comorbilità, e che ha finito per essere applicata ad eventi distantissimi da quelli, fino alla violenza domestica. Ops! il New York Magazine è arrivato prima di noi.

Dunque seguendo la logica delle EBP, che permette di smembrare la realtà e di misurarne dei pezzi separati (è il presupposto della scientificità), a questo punto la domanda dovrebbe essere: ma se i movimenti oculari, o le sue varianti successive, non hanno nulla a

che fare con gli esiti che questo metodo vanta, cosa rimane?

Rosen e Davison (2003) ci mostrano come quella logica che separa e isola si ritorca facilmente contro sé stessa: immaginano un terapeuta ciarlatano che fa indossare ai pazienti con fobia della guida un grande cappello viola con dei magneti, mentre applica tecniche di rilassamento; li informa con toni molto convincenti che i magneti agiscono sui campi energetici, migliorano la coerenza interemisferica e combattono l'evitamento fobico. Chiama il suo metodo "desensibilizzazione e rimobilizzazione elettromagnetica" (eMDR), conduce un singolo *trial* randomizzato controllato contro nessun trattamento e infine richiede l'inserimento del cappello viola nell'elenco delle terapie sperimentali.

Ecco, io, ve lo dico chiaramente, non penso che quella di Shapiro sia una "terapia del cappello viola" e, sul serio, tutti questi numeri non mi confermano né la sua efficacia né il contrario. Certo, una cosa ve la voglio dire: io non lo so se comprerei un'auto usata da chi lancia un metodo la cui scientificità è garantita da prove di efficacia oggettiva e poi, quando gli studi mettono in questione addirittura il meccanismo che intitola il metodo, si tiene strette la "E" e la "M" del marchio. Ma insomma, *transeat*.

2. Seconda domanda: ma tutto questo non vi ricorda una vecchia storia?

Ma "cosa rimane se tolgo un pezzo?" è una domanda coerente con lo spirito della ricerca *evidence based*, in cui pezzi della realtà si possono separare e isolare per misurarli uno alla volta. In quella logica, se tolgo quel pezzo del metodo rimangono due individui che parlano in una stanza. Ricorda qualcosa? Si chiama *conversazione terapeutica*. Le reificazioni e le brandizzazioni del mercato della psicoterapia possono chiamarla *esposizione* e assegnarne l'esclusiva a uno dei mo-

delli più in voga e più favoriti dalle EBP, ma parlare del proprio dolore, delle proprie brutte esperienze, dei propri ricordi ingombranti, è quello che le persone fanno tutti i giorni nella stanza di terapia. Rievocare una sofferenza in un'altra cornice, dentro una relazione dalla quale si attendono un certo tipo di ascolto, è il senso di quello che facciamo da sempre.

Guardando il processo nel suo complesso non scomponibile, invece, ci spostiamo da una cornice intrapsichica a una culturale, relazionale e *rituale*. La domanda non è più "qual è l'effetto dei movimenti oculari sul cervello?", ma "che tipo di contesto terapeutico costruisce quella particolare pratica, nel contesto più grande della sua narrazione pubblica?".

Intorno alle due persone nella stanza (una che racconta il proprio ricordo più terribile, l'altra che propone di fare delle cose che si susseguono e si ripetono) c'è l'enorme influenza del libro di Van der Kolk su quello che pensiamo del trauma, c'è la scienza ufficiale, ci sono riviste e social network che partecipano alla conversazione sul metodo, scuole di psicoterapia che inventano "integrazioni" (e ci sono io che scrivo queste pagine). I valori dell'EMDR sono testimoniati quotidianamente da personaggi che hanno presa sul pubblico, in un contesto che continuamente lo legittima e lo incoraggia e in cui quotidianamente tengono desta l'attenzione sia le voci esultanti che quelle scettiche che si rincorrono nella letteratura scientifica. L'idea dell'AIP che il trauma sia un evento che mina l'*agency* del paziente perché genera un'informazione che il suo cervello non riesce a elaborare in modo sano e induce un senso di impotenza e di perdita del controllo sul proprio corpo e sulla propria esistenza è un caposaldo culturale attraverso il quale le persone danno senso alla propria esperienza.

La tecnica della desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i

movimenti oculari chiede al paziente di sfidare quell'impotenza guardando in faccia il suo ricordo più spaventoso e associando ad esso un apparato rituale, che consiste nei movimenti oculari — o in altre pratiche ritmiche come il *tapping* — e nelle domande sulle scale VOC e SUD.

Se qui ci fosse il calcolatore di Bateson, direbbe "Questo mi ricorda una storia!". Perché tutto questo assomiglia molto da vicino alla struttura del *rito*. Vi propongo temporaneamente questa chiave di lettura, non perché la ritenga più "vera" dell'AIP ma perché mi pare che se proviamo a guardare all'EMDR oltre il linguaggio delle neuroscienze, come a un dispositivo simbolico, emerga una prospettiva interessante.

Apparati mitico rituali nell'EMDR e nella terapia strategica

Ernesto De Martino, nel descrivere il fenomeno della "fattura", del "malocchio", si riferisce alla sensazione di essere "legati", a una percezione di "essere-agito-da". La vittima della fattura, dell'"affascino", si vive come soggiogata da una forza ostile che è in essa e che — fuori dal suo controllo — la inibisce o la costringe.

"Cefalgia, sonnolenza, spossatezza, rilassamento, ipocondria accompagnano spesso la fascinazione: ma l'esperienza di una forza indomabile e funesta resta il tratto caratteristico" (1959, p. 8). La fascinazione è agita da un agente fascinatore su una vittima — c'è anche il caso in cui l'agente ha una forma umana, e la fascinazione si definisce "malocchio", come dire "sguardo invidioso". "Legamento" è la parola chiave, perché evoca qualcosa che stringe e non lascia che il sangue fluisca liberamente nelle vene.

Per De Martino la crisi è crisi di *presenza* (1948), è l'essere-agito-da, essere dominato da una fattura, un affascino, e quindi perdere la capacità di scegliere, di agire come soggetti. Non è tanto rilevante la

qualità del sintomo, l'eziologia e la diagnosi insomma, quanto il "sentirsi agito", "dominato" da quella forza occulta, dall'angoscia di non essere il *soggetto* della storia.

Bernardi (1988) cita il caso descritto da De Martino in Lucania, in cui dopo il parto la donna si reca al fiume e vi immerge più volte la placenta recitando la formula: *"come se jegne sta borza d'acqua, cussì se pozzano anghì sti menne de latte"* ("come si riempie questa borsa di acqua, così si possano riempire questi seni di latte"). L'intento non è solo di evitare l'agalattia: è ancora di più sventare l'impotenza psicologica sperimentata davanti a quel rischio.

Qualcosa di simile fanno i contadini che tornano da una dura giornata col mal di testa (lo "scindone") che come una cinghia stretta intorno al capo minaccia la successiva giornata di lavoro, necessaria alla sopravvivenza come lo è il latte. Il contadino invoca il sole, a cui attribuisce sia la causa che la terapia: *"levati cigghie come se leva 'o sole, come se leva Ddie Sante Salvatore"* ("levati mal di testa come si leva il sole, come si leva Dio santo salvatore"). La risoluzione del sintomo non è altrettanto importante che sentirsi "slegato", sentirsi di nuovo parte della storia. Per capire quell'angoscia va considerato il contesto di questi riti, una cultura in cui le condizioni di vita sono costantemente a rischio e il bisogno di sentirsi parte in causa nel determinare la propria sorte è particolarmente angoscioso.

Il modo in cui Bernardi (1988) guarda a De Martino ci riguarda, perché va in cerca di convergenze con un altro antropologo, Gregory Bateson, e perché c'entra con gli aspetti rituali della terapia. Descrive il "simbolismo mitico-rituale" (v. De Martino, 1961) come un'istituzione magico-religiosa che implica un elemento mitico, ideoverbale (astratto); un elemento rituale, comportamentale (concreto); la mediazione di un sistema simbolico e intersoggettivo che rende quella pratica significativa e praticabile e le dà legittimazione culturale. Ci

riguarda perché De Martino trae e rielabora dalla psichiatria e dalla filosofia esistenzialista i concetti di essere-agito-da, della forza inibente della crisi, di impotenza a scegliere, e di lì l'accento sull'esperienza di essere dominati e agiti-da, sul sentirsi soggiogati da quella forza misteriosa: è a quel vissuto, non al sintomo, che si rivolge la dinamica di cura e di risoluzione della crisi. Che è, appunto,"crisi della presenza" (De Martino, 1948), cioè perdita della capacità di esserci nel mondo come soggetto attivo, centro di decisione morale e culturale. È a quella crisi che rispondono la magia e il rito, in cerca di riscatto dall'assoggettamento al potere di tutto quello che non si può governare. Per De Martino la guarigione da quell'impotenza avviene inserendo *mito* e *rito* in un contesto storico di valori intersoggettivi che apre a una scelta.

Due sono le ragioni del fatto che ricorro a Ernesto De Martino. Una è che se pensiamo alla condizione di essere-agito-da, se pensiamo a quel potere che minaccia la presenza e fa precipitare in una condizione di impotenza nello scegliere, se pensiamo a quella "forza indomabile e funesta", nel linguaggio attuale stiamo pensando al "trauma". La seconda è che c'è qualcosa nell'EMDR che ha le caratteristiche di un potente apparato rituale: il protocollo delle otto fasi, i movimenti oculari (o il *tapping*, o altri tipi di stimolazioni alternate), le domande stereotipate e ripetitive, le misurazioni SUD e VOC, la ripetizione delle serie di azioni, la gestione della "chiusura". È ripetibile, è codificato, è indipendente dalle preferenze personali. Il terapeuta non segue qualche forma di circolarità nelle proprie azioni: officia una procedura.

L'elemento ideoverbale, il mito, è riconoscibile nella cognizione negativa: "sono incapace", "non ho valore", "non riuscirò mai", "sono in pericolo", l'elemento narrativo tanto potente da organizzare il senso dell'esperienza. Il rito offre una cornice culturale in grado di

restituire al soggetto la sua presenza; è un modo che è già stato sperimentato dalla comunità. Attraverso esso il problema subisce una destorificazione in un piano metastorico: la crisi non è più un evento unico, che minaccia la presenza: se lo scindone, come la fattura, la fascinazione, il morso della taranta, è un evento che minaccia me ora, è un evento concreto e unico, il rito è un'azione compiuta una volta per tutte, un "exemplum" (Bernardi, cit., p. 38). La puerpera che riempie d'acqua la placenta per scongiurare l'agalattia non compie un gesto isolato, recita un rito che ha già "risolto" nel passato quel tipo di crisi. Come dire: "so che si può fare, che esiste un'azione che possa restituirmi il controllo".

L'evento negativo "viene ritualmente riassorbito in una viva esemplarità mitica risolutiva" (Bernardi, *ibidem*) e nella prospettiva metastorica perde la sua minacciosità. La "scelta" è la possibilità di uscire dalla posizione di impotenza e conquistare una posizione in cui le possibilità di scelta si moltiplicano, in cui la persona si riprende la sua *agency*. È da quel piano metastorico che la persona può guardare dall'esterno il suo doppio legame, la logica bloccata nella quale era invischiata. Bernardi infatti mette a confronto il mondo magico descritto da De Martino con la teoria di Bateson, che contiene un apparato mitico-rituale coi suoi possibili effetti psicoterapici, a partire dalla prima formulazione di "doppio legame" (Bateson *et al.*, 1956). So di non doverlo ricordare a nessuno, ma sempre per la maggiore comodità di chiunque stia leggendo: è quella situazione relazionale in cui è possibile riconoscere due o più persone, un'esperienza ripetuta che contiene una ingiunzione negativa primaria e una seconda ingiunzione, che di solito si situa a livello non verbale, in conflitto con la prima a un livello più astratto — ma, come quella, sostenuta da punizioni o da segnali che minacciano la sopravvivenza — e una terza ingiunzione che impedisce alla vittima di abbandonare il

campo. Fra messaggi che si negano reciprocamente, l'individuo è incapace di analizzare la loro contraddizione (Bateson 1972, pp. 249-252). Nella confusione in cui opera la comunicazione umana fra livelli di astrazione diversi (enunciativo, metalinguistico, metacomunicativo) nasce il paradosso: ma sappiamo che questo stesso paradosso, indotto in un contesto terapeutico, diventa "un ingrediente necessario di quel processo di cambiamento che chiamiamo psicoterapia" (*ivi*, p. 233), dunque non più patogeno. In quest'ottica sia il mito/rito sia il paradosso terapeutico producono una sospensione della distinzione reale/non-reale, l'accettazione paradossale "di una metafora come cosa vera".

Questa "area di esperienza crepuscolare" (Bernardi, cit., p. 40) è da sempre nota alla letteratura sistemica, perché è quella dimensione libera dalla finalità cosciente nella quale è possibile e legittima la comunicazione metaforica (Giuliani, 2016). È quella dimensione che ha a che fare con lo stato quasi-ipnotico, indotto dalla cornice, dalle parole, dall'accoglienza, dal rilassamento, caratterizzata da uno stato di coscienza non ordinario (Schinco, 2002 e 2011). Come nello stato ipnotico in cui si trova il creativo, la terapia è caratterizzata dalla creazione di idee nuove e fertili in uno stato di isolamento sensoriale e di concentrazione. È una condizione che non si riscontra nella vita quotidiana, dove anzi un simile isolamento sarebbe di grave impaccio alla comunicazione normale, e che richiede di essere preservato in un modo che nella vita quotidiana darebbe luogo a comportamenti asociali (Schinco, 2002, p. 150).

In quell'"area crepuscolare", dice Bernardi (cit.) si trovano anche il gioco, l'arte, l'umorismo, e l'oggetto transizionale di Winnicott, ed è lì che diventa possibile ciò che nella logica ordinaria in cui è bloccato chi è "agito-da" è impossibile: la scelta, cioè il cambiamento.

Come il rito per De Martino destorifica il negativo per mezzo di

un orizzonte metastorico, Bateson vede quell'orizzonte metastorico nel peculiare contesto istituito dalla psicoterapia. Quel mito che si destorifica corrisponde al paradosso che sospende i normali confini fra tipi logici. Entrambi costituiscono una sospensione temporanea delle cornici ordinarie, della distinzione fra reale e non reale. In entrambi i casi questo apre alla ridefinizione di valori intersoggettivi.

Per entrambi i processi c'è un momento risolutivo, uno sblocco: la "scelta", direbbe De Martino; la "ridefinizione dei rapporti", direbbe Bateson.

Volendo, possiamo trovare nella descrizione del processo mitico-rituale analogie con la psicoterapia in senso ampio. Ma le strategie paradossali di cambiamento che da Milton Erickson, attraverso Palo Alto, sono arrivate a Milano, nella prima fase della nostra storia, appaiono come la forma più essenziale dell'apparato rituale-simbolico in terapia. Erickson, che aveva quel suo modo inimitabile di muoversi nel paradosso (Haley, 1973), a volte forniva ai pazienti suggerimenti post-ipnotici che li distogliessero dalle loro paure. Qualcuno ricorderà la storia della persona che temeva gli ascensori, a cui Erickson induceva delle sensazioni alle piante dei piedi mentre quella si recava in un ufficio in cima a un grattacielo. Concentrata sulle sensazioni ai piedi durante la salita, prendeva l'ascensore senza paura e una volta fatta quella esperienza con successo avrebbe potuto ripeterla in futuro.

Ora arrivo al cuore della mia domanda: se in Erickson che chiede alla paziente di concentrare l'attenzione sui piedi mentre sta nell'esperienza terrificante c'è una analogia con un terapeuta che chiede di concentrare l'attenzione sul movimento delle dita a qualcuno che ha ancora nelle orecchie l'eco del proprio racconto angoscioso, allora — scusatemi — ma non sarà che da anni stiamo parlando di una idea antica come fosse una novità?

Nell'approccio strategico come in quello dell'AIP il terapeuta introduce un elemento rituale che accompagna l'esperienza traumatizzante e permette di scoprirsi capaci di tollerarla. Tutt'e due le pratiche, attraverso una prescrizione di "doppia attenzione" (all'elemento mitico e a quello rituale), ricontestualizzano un sintomo dentro una cornice di cui esso diventa un elemento con assai meno potere strutturante. Tutt'e due, peraltro, sono costruite intorno a una variazione sul tema della mente individuale come "scatola nera" chiusa al mondo: che per la prima resta rigorosamente blindata, giacché tutto quello che conta è fuori; e che per la seconda, al contrario, contiene in sé tutto il necessario.

Ma tutt'e due ricavano legittimazione culturale e emozionale da un discorso pubblico: per quanto le proporzioni siano difficilmente paragonabili, allora c'era un contesto culturale costituito dalla fama di Palo Alto e del gruppo di terapeuti di Milano che venivano dalla storia di Mara Selvini, oggi c'è un sistema mediatico fatto di *best seller* internazionali, social network, pubblicazioni divulgative, comunicazione aggressiva.

3. Terza domanda: come si incastrano le due epistemologie?

Vi chiedo scusa della formulazione un po' brutale della domanda. Ascolto resoconti di casi, leggo gli articoli, comprendo l'intento di "fare interagire gli interventi in modo armonioso e reciprocamente complementare" (Mosconi e Trotta, 2026), apprezzo l'attenzione con cui questo scopo è perseguito: ma ho un problema sulla cornice più generale, e quindi sulla possibilità di una "concezione unitaria (…) di ciò che genera sofferenza psichica" (*ivi*, p. 71).

Nella prospettiva sistemica al centro dell'attenzione non è tanto l'oggetto in sé, quanto le descrizioni dell'oggetto, il discorso sull'oggetto, il suo significato in una rete di relazioni. Come non possedia-

mo territori ma solo mappe, così non sappiamo un granché dell'oggetto, né abbiamo accesso ad esso in quanto tale. L'accesso possibile alla realtà è quello attraverso il linguaggio, anzi: "Il fuori è fatto dal linguaggio, è il linguaggio che produce l'esterno" (von Foerster in Telfener, 2009, p. 48). Un sintomo, un trauma, una diagnosi o un conflitto sono costruzioni discorsive che organizzano le relazioni e che sono organizzate dalle relazioni. Non sono oggetti più o meno nascosti che si possono "scoprire". Nel linguaggio di Foucault (1969), la follia, la malattia, la devianza, il trauma non sono semplicemente dati: diventano tali entro pratiche discorsive.

Il pensiero sistemico sposta l'attenzione dal referente ai processi di significazione: la realtà non è qualcosa di cui offrire la descrizione più vera; le descrizioni si differenziano in base alle possibilità che aprono, non alla loro aderenza a quel che descrivono.

Non c'è un linguaggio grazie al quale un osservatore esterno al sistema può dire qualcosa sulle cose che succedono nella realtà: quel linguaggio e quell'osservatore *sono parte* delle cose che succedono nella realtà. La sistemica pertanto ha mostrato negli anni una certa propensione a occuparsi del discorso sull'oggetto anziché dell'oggetto in sé, con la premessa che il discorso sull'oggetto costituisce il modo in cui l'oggetto prende forma. Di qui, una forma di curiosità, ad esempio, verso la diagnosi non come descrizione veritiera dello stato di un individuo, quanto come atto linguistico che ha delle conseguenze sulla costruzione del discorso e quindi della realtà. Queste mi sembrano le premesse minime condivise, ma voi ditemi se mi sono perso qualcosa.

Perché ora, improvvisamente, irrompe nel quadro teorico il realismo rappresentazionista che considera i "traumi" come "cose" discretizzabili (si può distinguere un trauma con la "t" minuscola e uno con la "T" maiuscola, v. Montano, Borzì, 2019) nel sistema ner-

voso e accessibili oggettivamente. La realtà precede la narrazione e il trauma è *lì*, al di là di come viene raccontato.

È un salto concettuale che comporta delle domande, ma sembra che quando la risposta a una domanda è "integrazione", quella sia la spiegazione ultima, non c'è bisogno d'altro.

Ma intanto, se il trauma è lì ad attendere di essere asportato come un'appendicite, il paziente è il corpo sul tavolo del chirurgo, e tutto quello che abbiamo detto negli anni sulla costruzione collaborativa del cambiamento (Hoffman, 1990; Giuliani, 2016, Ganda e Canova, 2023) si risolve in una spiegazione esauriente della tecnica operatoria prima dell'anestesia.

Torna il terapeuta agente del cambiamento, e nessuno spiega come si concilia con la cognizione di sistemi autopoietici, che comporta l'impossibilità di indurre cambiamenti intenzionali.

Non è un problema nuovo. Dell disse molti anni fa (1980) che la ricerca sul familiare nella schizofrenia ha sofferto di un problema sin dagli anni '50. Le teorie erano una mescolanza di teoria familiare e teoria individuale che metteva insieme due epistemologie: una basata su relazione e differenze, l'altra basata su forza, quantità e caratteristiche. Così la ricerca è andata avanti sul presupposto che la differenza fra le teorie familiari e le altre fosse nel fatto che, semplicemente, postulano un diverso insieme di fattori eziologici. Ma la lettura sistemica ed ecologica non sostiene, banalmente, che bisogna cercare "cause" diverse: sostiene che il concetto di "causa" è meno utile che pensare a un pattern relazionale in cui paziente, famiglia, e persino il sistema psichiatrico che lo tratta, sono tutti co-costitutivi dello stesso fenomeno. Ma questo equivoco continua a circolare in tanta letteratura che resta "essenzialmente aristotelica", dice Paul Dell (cit., p. 6), e questo credo ci porti ai giorni nostri.

Lo stesso Bateson si avvide che la prima formulazione del doppio

vincolo (Bateson *et al.*, 1956) riecheggiava le idee di Frieda Fromm-Reichmann (1948) sulla madre schizofrenogena. Così nelle formulazioni successive (Bateson, 1979) la teoria del doppio vincolo è un'epistemologia, un modo radicalmente diverso di osservare o classificare il mondo. Si concentra su modelli di interazione e non su eventi, o individui distinti. Non è l'individuo con la diagnosi ad essere schizofrenico, lo è il modello di interazione di cui è parte. I genitori non *causano* la schizofrenia con i doppi legami, sono tutte le parti a comportarsi in un certo modo nel quadro di un certo modello interattivo.

Io sostengo che una ambiguità del genere esista ancora e sopravviva alle scissioni, ma anche che sia inevitabile in una comunità che valorizza la pluralità delle voci su un'ortodossia che non esiste perché semplicemente non è possibile. Ma credo sia il frutto di una reificazione fallace vedere le diverse teorie come strumenti diversi per lavorare su cause diverse (se è un conflitto hai la sistemica, se è un trauma hai l'EMDR). L'idea che per ogni sintomo "funzioni" lo strumento indicato è ricalcata sul modello medico: se hai una gamba rotta c'è l'ortopedico, ma se hai un infarto ci vuole il cardiologo. Ma qui non parliamo di attrezzi diversi per compiti diversi, parliamo di progetti epistemologici, ciascuno valutabile solo secondo i propri criteri. Quando esprimo i miei dubbi qualcuno mi risponde "ma sì, avrai anche ragione, però funziona". È una risposta che mi confonde tutte le volte. Dal punto di vista dell'ecologia della mente, un sintomo che sparisce "separando" il suo portatore dal sistema, configura una "guarigione"? O non piuttosto un processo del tutto isomorfo alla patologia? E allora cosa vuol dire "funziona", come se fosse un'affermazione neutra e indipendente da qualunque cornice valoriale?

La sistemica ha da sempre una relazione problematica con i criteri delle EBP, perché funziona in un altro modo e perché li ritiene ina-

deguati al proprio oggetto, che è costituito da sistemi autopoietici, che cioè non possono essere istruiti dall'esterno in modo predittivo e deterministico (Maturana e Varela, 1980). Ha sostituito la ricerca di una verità essenziale con la pratica, più impervia e meno realista, del perseguire una sorta di "viabilità" nell'interazione con la realtà (von Glasersfeld, 1984).

Stiamo parlando dunque dell'esercizio di integrare due approcci cui sottostanno epistemologie che hanno presupposti piuttosto differenti su questioni fondamentali, con la speranza che uno erediti la misurabilità dell'altro.

Epigenetici e integrati

Mosconi e Trotta (2026) ricordano, a sostegno dell'"integrazione", come Bateson raccomandi i vantaggi del vedere le cose da due punti di vista. Giusto, ma se parliamo dello stesso Bateson che ruppe col gruppo che a Palo Alto portava il suo nome, per via del progetto di Watzlawick *et al.* (1967) di ricavare dai suoi studi sulla comunicazione un modello di tecnica terapeutica, è difficile vedere nel suo principio della visione binoculare un incoraggiamento a una "integrazione" con procedure e protocolli.

La posizione del terapeuta fra i molteplici punti di vista e i molteplici strumenti che si offrono a sua disposizione è una questione che non si presenta da oggi e che richiede di percorrere vie che non passano attraverso l'istituzionalizzazione di un modello, ma piuttosto per la responsabilità epistemologica di ciascuno. In Boscolo e Bertrando (1996) si racconta dei primi tentativi di Luigi Boscolo di "integrare" la teoria psicoanalitica con l'approccio strategico-sistemico che stava sperimentando più di recente. La giustapposizione di due pensieri generava il "disturbante stato d'animo di sentirsi scisso in due" e "la creazione di un contesto confusivo" (p. 5). Quel processo

di armonizzazione di idee diverse proseguì in modo intermittente, occultato in alcuni tratti dalla convinzione che si potesse ricacciare indietro le idee "di prima", e questo risolveva apparentemente la dissonanza. Ma a un altro livello si faceva strada la consapevolezza che quel che è inscritto nella nostra biografia ci ha attraversato lasciando una traccia: non sparisce, ma se ingenuamente crediamo che possa farlo, finisce per costituire un archivio di "non detto", di idee che lavorano ma delle quali siamo meno consapevoli. Quello che i due autori concettualizzarono come "approccio epigenetico", allora, era un modo di accogliere quell'archivio di "non detto" che contiene anche le idee e le teorie che abbiamo abbandonato. Ma tutto questo è un'operazione di assunzione di responsabilità sul proprio modo di costruire la realtà, ed è un processo che ciascuno di noi affronta faccia a faccia con la propria biografia. Non cerca l'efficacia o l'oggettività, o uno strumento che "funzioni" meglio in modo da giustapporlo ai propri: è una dichiarazione di responsabilità epistemologica sulla propria memoria, sulla propria formazione e la propria storia personale e professionale. Non è la costruzione consapevole di un modello condotta *integrando* pezzi di teorie, o *sostituendoli* secondo un criterio di utilità. È un processo che nasce dall'accoglimento di parti di sé.

Dicevo più su di quel percorso senza un punto di arrivo che va dalle tecniche paradossali verso idee più complesse. In un certo senso quello spazio vuoto che era occupato dalle tecniche ha lasciato inevasa una domanda: in che modo questa nuova e sofisticata epistemologia può generare strumenti di cambiamento? Mi pare che la risposta più convincente che abbiamo trovato — con l'aiuto di Luigi Boscolo — sta proprio nell'approccio epigenetico, ed è affidata alla responsabilità del singolo terapeuta. Richiede lavoro e conoscenza della propria storia.

La necessità di salvaguardare una pluralità di lenti è evocata anche in un recente articolo corale alla cui stesura abbiamo partecipato come docenti del Centro Milanese di Terapia della Famiglia, col coordinamento di Umberta Telfener (Telfener *et al.*, 2024, p. 11):

> "Altre teorie mutuate da altri modelli clinici possono prestarsi come descrizioni temporanee del processo sistemico in atto (attaccamento, idee legate al trauma, teorie legate alla neuro-psico-endocrinologia, ecc.) ma senza che queste ipotesi siano fissate in un'idea definita e chiusa (una diagnosi). Piuttosto, vengono *utilizzate come supporti temporanei*, una sorta di sgabello pieghevole che viene costantemente spostato, cambiando posizione, allo stesso modo in cui cambiamo il nostro aspetto e la nostra descrizione" (corsivo mio).

È un lungo scritto che illustra nel terzo decennio del 2000 lo stato dell'arte dell'approccio e, come fu, allora, per "Ipotizzazione, circolarità, neutralità", si estende a cavallo di uno spazio in cui convivono differenze, e l'ampiezza di quello spazio si può misurare oggi nella distanza tra la frase "utilizzate come supporti temporanei" e l'avanzata dell'EMDR quale componente "integrato" e stabile della sistemica. A differenza di allora, oggi abbiamo gli strumenti concettuali per tenere insieme premesse diverse, modi per costruire cornici più grandi, ma far finta che le premesse non siano diverse non può essere uno di quelli. Confrontare esplicitamente le ragioni del costruttivismo e quelle dell'aprirsi la strada fra i metodi che legittimano le psicoterapie può essere un'occasione di evoluzione.

Non si tratta soltanto di trovare mediazioni su singoli punti: se esista un accesso diretto al trauma o se la memoria sia una costruzione emergente dall'interazione; se il terapeuta sia uno scopritore di condizioni disadattative o un conversatore co-costruttore di senso; se il significato sia da scoprire o se sia co-creato; se la realtà preceda la narrazione o se sia quello che costruiamo insieme; se il cambiamento sia la processazione di un trauma o la costruzione di una nuova sto-

ria; se l'informazione sia un contenuto o una "differenza che fa la differenza"; e nemmeno se la mente stia nel cervello o invece sia distribuita in sistemi che generano pattern ricorsivi. Credo si tratti prima ancora di capire dove arriva la nostra responsabilità di osservatori del secondo ordine se il nostro sguardo è sempre più orientato da teorie prescrittive su cosa guardare e perché.

Insomma: una "integrazione" può risolversi nella giustapposizione di premesse opposte come se dicessero cose compatibili?

4. E, dunque, quarta domanda: qual è il prezzo giusto per un letto da Procuste?

Mi è chiaro che l'operazione di cui stiamo parlando nasce come risposta a una "crisi di presenza" della sistemica, alla prospettiva di non avere voce, e mi è chiara la necessità di una base sicura che consolidi il suo status. Guardacaso, consolidare lo status delle scienze psicologiche è esattamente la ragione per cui nel 2006 l'APA definì la pratica basata sulle evidenze in psicologia (EBPP) come "l'integrazione della migliore ricerca disponibile con la competenza clinica nel contesto delle caratteristiche, della cultura e delle preferenze del paziente" (APA Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, 2006, p. 271). Se quella base sicura è il modello medico, rappresentato dalla pratica EBPP, oggi per la sistemica la via possibile per arrivarci è l'AIP.

Mosconi e Trotta (2021) sostengono che "Ipotizzazione, circolarità, neutralità" costituì nella sostanza un primo tentativo di manualizzazione della terapia sistemica. Hanno ragione nel sottolineare che l'intento dichiarato del Gruppo di Milano nella stesura di quella "guida" è "la ricerca di metodiche descrivibili e trasmissibili che erodessero spazio a stereotipi come: fiuto, sesto senso, ecc." (Selvini Palazzoli, Boscolo, Cecchin, Prata, 1980, p. 101). Condivido che in quello

scritto storico, e nella definizione delle tre direttive, fosse piuttosto esplicito l'intento di porre le basi per una metodologia *trasmissibile*. Ma gli stessi Mosconi e Trotta raccontano come di lì a poco quelle tre linee guida paradossalmente mostrarono una direzione per i terapeuti di due tendenze opposte, addirittura di qua e di là da una "netta linea di demarcazione". La definizione che danno di quei terapeuti è molto chiarificatrice: "orientati alla famiglia" gli uni, "orientati alla relazione terapeutica" gli altri. Accadde insomma che, dopo aver steso quelle linee guida, una parte del gruppo proseguì il lavoro in direzione della ricerca sulle famiglie e della manualizzazione della terapia, di una forma di riproducibilità in fasi che scandissero il processo terapeutico; un'altra, invece, si assunse le conseguenze radicali della circolarità e proseguì nella direzione dello studio della relazione terapeutica in una cornice costruttivista e narrativa.

Ora, se quello che sto per dirvi vi sembra una lettura dietrologica ci penserò. Io credo però che fu quello scritto a rendere evidente in superficie una faglia sotterranea che già attraversava il gruppo: di là una concezione popperiana dell'ipotesi e di qua una posizione in cui le ipotesi servono per generare altre ipotesi, non per trovare una descrizione "vera" delle relazioni. Per quelli che si riconoscevano in questa seconda posizione e in quella che veniva identificata come "cibernetica del secondo ordine" (von Foerster, 1981), il principio della circolarità diventò il modo di descrivere un processo nel quale i soggetti coinvolti stanno in un flusso di conversazione e sono essi stessi, e nessun altro, che ne determinano regole e confini. È il fatto che ci facciamo guidare dalla circolarità a rendere la conversazione terapeutica un processo difficile da modellizzare. Questo non vuol dire che non abbia bisogno di regole e di linee guida, e non è vero che queste siano esclusive di processi modellizzabili e ripetibili: non

lo è l'arte, per esempio, eppure nessuno negherebbe che la creazione artistica funzioni secondo regole anche piuttosto severe (Giuliani, 2017), e credo che questo sarebbe un buon punto di partenza condiviso in una conversazione con Andrea Mosconi. Tanto per dissipare il dubbio che la metà del gruppo "orientata alla relazione terapeutica", facesse terapia cantando "Anything Goes", va detto che anch'essa non abbandonò elementi relativamente stabili e ripetibili della pratica sistemica, come la presenza di una équipe di supervisione in dialogo con i colleghi nella stanza, o lo specchio unidirezionale. Conservò la suddivisione in cinque parti della seduta. Studiò autori che avevano classificato e sistematizzato aspetti conversazionali della seduta. Guardò ad autori come Karl Tomm (1987a, 1987b, 1988), con la sua sistematizzazione meticolosa dei tipi di domande, come Peggy Penn che la stessa attenzione riservò alle domande sul futuro (1985), come Carlos Sluzki che sulla "trasformazione delle trame narrative" spacca il capello in quattro catalogando ogni micromovimento narrativo (1991).

Secondo Wampold e Imel (2015, pp. 27-30) quella presa di posizione dell'APA (cit.) sulle pratiche EBPP costituisce un passo verso l'adozione del modello medico, per tre ragioni: la prima è che i criteri EBPP orientano chiaramente la psicoterapia verso il disturbo, il problema; la seconda è che solo i trattamenti somministrati tramite un manuale (che è uno strumento della medicina) sono certificabili come EST, e dunque soprattutto trattamenti cognitivo-comportamentali che sono quelli che meglio si offrono al paradigma dei *trial* clinici; la terza ragione è che i criteri per gli EST sono fondamentalmente modellati su quelli di approvazione dei farmaci della FDA, che richiedono prove sia per la specificità sia per l'efficacia: e la specificità si stabilisce dimostrando la superiorità rispetto a un placebo o l'equivalenza con un trattamento già certificato.

Il modello medico viene adottato per rafforzare lo status della psicoterapia ma l'adozione dello schema degli EST, al contrario, ha generato una egemonia del primo sulla seconda, creando un modello medico in psicoterapia. Se il modello in medicina comporta una malattia, una spiegazione biologica, un meccanismo di cambiamento, delle azioni terapeutiche e una specificità, nel passaggio alla psicologia l'unica differenza è che la spiegazione non è biologica ma psicologica. Resta un disturbo, resta la sua spiegazione, restano un meccanismo di cambiamento e delle azioni terapeutiche. E non basta: i criteri EST non lo pretendono, ma i sostenitori di uno specifico trattamento sosterranno che le azioni specifiche previste da quel trattamento siano curative attraverso i percorsi specificati nella base teorica del trattamento stesso. Creeranno etichette, *brand*, per reificare un repertorio di strumenti specifici del proprio modello (vi dicevo più su circa l'"esposizione" nella CBT).

Desistemicizzazione e depoliticizzazione della cura

Il metodo EMDR viene definito dalla stessa ideatrice (in Shapiro e Laliotis, 2010) come "compatibile con la pratica psicodinamica, cognitivo-comportamentale e sistemica". L'"integrabilità" è nelle sue premesse, lo strumento viene presentato come nato già pronto, "chiavi in mano", per essere associato ad altri: non alternativo, ma complementare con l'ecosistema di strumenti già esistenti e già radicati nelle abitudini. A me sembra che questo sia un approccio inedito in campo clinico, non mi pare di ricordare un metodo terapeutico che venisse promosso come un nuovo programma interfacciabile con tutti i sistemi operativi. Una pratica simile è nota nell'economia, e si chiama "horizontal compatibility strategy" (v. Besen e Farrell, 1994).

Ma quando parlo di scollamenti epistemologici non penso tanto a una frattura narrativa, a una bruttura estetica, a due colori che non

stanno bene uno accanto all'altro. Penso a delle conseguenze concrete, e quelle conseguenze riguardano quello che vogliamo offrire ai nostri pazienti.

Parlo di quelle conseguenze facendo mio il termine "depoliticizzazione" al quale da anni sta lavorando e dando spessore Franco Della Maggiora (2026), che descrive come, nel contesto culturale neoliberista, il modello biomedico spinga verso la biologizzazione e la individualizzazione della sofferenza mentale. Nella sua definizione, "depoliticizzazione" in psicoterapia è "un processo costituito da operazioni cognitive che consistono nel tentare di oscurare o sottrarre alla discussione teorico-clinica gli aspetti dell'esistenza connessi alla sua dimensione pubblica, ossia a tutto ciò (teorie e prassi) che riguarda la convivenza di soggetti in una società" (p. 28). In quanto lente che guarda relazioni prima che processi intrapsichici, la sistemica ha avuto sempre come oggetto proprio la convivenza fra soggetti, e nella sua storia ha incluso nella propria visuale anche i contesti allargati per guardare come non solo le persone e le famiglie, ma anche essa stessa, sono immerse in narrazioni che generano significati (McNamee e Gergen, 1992).

Barnett Pearce (1989) iscriveva l'intervista sistemica del Gruppo di Milano nel novero delle rarissime forme realizzate dell'utopia di una comunicazione veramente cosmopolita. È un grande riconoscimento all'opera dei quattro Maestri di Milano: ma è anche, a mio modo di vedere, un aspetto che dà veramente senso a quello che facciamo tutti i giorni. Vuol dire che in quel modo di fare domande c'è un'idea sulle relazioni, sulle differenze e sulla convivenza. Sulla pace, persino. Per me questo è fonte di un grande senso di responsabilità ed è la principale delle ragioni per cui riscelgo ogni giorno di stare dentro la storia del Milan Approach.

Nella nostra idea di terapeuta, diciamo, eticamente consapevole

abbiamo accolto il dubbio se un intervento "efficace" può essere quello che riduce al silenzio un sintomo che solleva un conflitto. Oppure che riporta il paziente a condizioni che lo rendano di nuovo compatibile col sistema produttivo. Una voce di grande lucidità che si è occupata di questo negli anni recenti non è la voce di un sistemico, e non è nemmeno la voce di un clinico: Marco Rovelli (2024) discute i legami fra salute mentale e neoliberismo, e il modo in cui la salute mentale finisce per coincidere con la piena produttività, e il suo contrario con ciò che la minaccia. Il suo libro, da una posizione totalmente estranea al dibattito fra i modelli terapeutici, reclama uno sguardo globale e sistemico su questioni che vengono strumentalmente inquadrate nei termini del "malfunzionamento" individuale.

Nella nostra idea di terapeuta "eticamente consapevole", ancora, ci siamo fatti domande su quale sia il rapporto fra quello che facciamo e le premesse familiari e culturali di tipo autoritario e patriarcale della cultura nelle quali operiamo (Goldner, 1985; Olson, 2000). Da decenni c'è chi imbastisce un pensiero sul potere e sulle premesse culturali, e sul rischio che la figura di cura si faccia garante di quei valori (v. Gergen in Isari, 2025).

Ebbene, non c'è in questo riduzionismo che torna a identificare la mente con l'organo e che abdica non dico al relazionale, ma persino allo psichico, una sostanziale rinuncia a un pensiero sul contesto e sul presente? Magari ci conquisteremo l'accoglienza di Procuste, ma non vedete il rischio della riduzione alla marginalizzazione di una vicenda del pensiero che in questo passaggio storico individualista e violento è ancora più necessaria?

Non avete l'impressione che il pensiero sistemico, là fuori, sia muto? Non siamo nei media, raramente qualcuno ci chiede un parere sulla realtà. Però stiamo lavorando sodo per farci accettare dal modello biomedico.

Attraversiamo un momento storico in cui le cose che il movimento sistemico sa fare — mettere al centro la relazione, pensare in termini di responsabilità condivisa, costruire modi creativi di pensare al conflitto, di comprendere ragioni e punti di vista, di affrontare crisi e, sì, traumi — sono competenze necessarie come mai prima.

Quando parlo delle mie perplessità sull'integrazione con l'EMDR, una delle risposte che mi sento dare è che "in fondo è solo una tecnica". Ma una tecnica non è mai "solo una tecnica", perché non è mai ideologicamente neutra. Ogni intervento definisce in qualche modo i suoi obiettivi, e ad ogni obiettivo soggiace una visione dell'individuo e delle relazioni. Pensare che le nostre azioni possano essere semplicemente "pragmatiche" è illusorio. La stanza di terapia sta dentro un contesto culturale, ed è un interfaccia con quel contesto. Vedere che torniamo a una posizione ingenua di pretesa neutralità ("è solo una tecnica") disorienta.

Uno dei concetti più semplici e più fondamentali della terapia sistemica, quello di "paziente designato" a proposito del portatore del sintomo (Bateson, 1972), non è *neutro*. Era forse, al tempo, l'idea più *politica* che qualcuno avesse introdotto nella clinica. Non solo liberava il "malato" dallo stigma: leggeva il problema in una cornice di assunzione condivisa di responsabilità e vedeva nel "cattivo", nel difettoso, il punto del sistema in cui si concentra e si manifesta una sofferenza collettiva.

Non è che lo sforzo di assecondare il paradigma medico ci sta richiedendo il prezzo di una definitiva de-sistemicizzazione della cura?

Tornando al parallelo con il simbolismo mitico-rituale di De Martino, a me pare che nell'EMDR l'elemento della "scelta" resti marginale: il gestore del rito resta l'esperto, il terapeuta, mentre in De Martino la puerpera e il contadino col mal di testa sono gli attori principali del rito di guarigione, i titolari di *agency*. Il sofferente è protago-

nista attivo e possessore della magia. È la puerpera a recitare lo scongiuro e a compiere il gesto; è il contadino che invoca il sole; è la tarantata a ballare — è il suo corpo, non quello dell'esperto, a dar vita al rito.

Anche nella prescrizione paradossale è la paziente a salire sull'ascensore, sebbene "distratta" dall'apparente irrilevanza del pensiero che il terapeuta le prescrive di pensare.

Oggi parliamo di tecniche in cui è il terapeuta a prendere le decisioni, a governare il ritmo della stimolazione bilaterale, a giudicare se una serie è "completa". Il terapeuta è l'artefice del cambiamento, lavora su un materiale che per definizione è *ignoto* al paziente. È lui che conosce le domande e anche le risposte giuste. "Installa" idee utili nel paziente, che segue il dito, si affida e "lascia che accada".

Mi domando che fine faccia quella dimensione collettiva e valoriale, quella scelta che per De Martino è sempre "scelta secondo valori intersoggettivi" (tecnica, morale, arte, rapporti giuridici e politici, religione) e per Bateson è "ridefinizione dei rapporti". Ho assistito a interi congressi in cui si parlava di un cambiamento che è riorganizzazione neurologica interna. Dov'è il piano comunitario e intersoggettivo, in cui abbiamo sempre pensato incarnato il cambiamento?

Eppure attraversiamo un momento della storia del pensiero in cui l'intuizione di Bateson del "bastone del cieco", di una mente come un circuito complesso non circoscritto dentro il cervello né dentro il corpo appare davvero fertile e promettente. Thomas Fuchs, successore di Karl Jaspers all'Università di Heidelberg, scrive di una "visione sistemica della mente" (2002) in cui "il ruolo del cervello nei fenomeni mentali è comparabile al ruolo del cuore nel sistema circolatorio o del polmone nel sistema respiratorio" (p. 261): un ruolo nella relazione fra il soggetto e il mondo, come la respirazione non riguarda solo i polmoni e nemmeno l'organismo in sé, ma uno scam-

bio con l'ambiente. Così nel suo libro più recente (2017) immagina una svolta delle neuroscienze spinta dalla considerazione che il cervello è un organo mediatore nelle interazioni fra l'interno e l'ambiente esterno di un corpo umano. E immagina quest'ultimo come l'avrebbe immaginato Bateson, un corpo che non finisce ai confini dell'epidermide, una mente che non è più un prodotto di quell'organo ma una attività della soggettività incarnata.

C'è una cibernetica della cosiddetta "terza ondata" (Yuk, 2024) che amplia la visione sistemica della relazione fino ad addentrarsi nel rapporto col non-umano, e cioè con l'ambiente e con le macchine. C'è il suo braccio filosofico, il postumanesimo (Haraway, 1985/2018; Hayles, 1999; Clark, 2003) che riparte dalla mente incarnata di Varela *et al*. (1991) e da Bateson, per parlare dell'uomo nel sistema più grande — che include la tecnologia e l'intelligenza artificiale — e dunque dei grandi temi della salute del pianeta. Storici, filosofi, sociologi, studiosi di media, riprendono il discorso iniziato dalle Macy Conferences per rispondere a un bisogno enorme di una lettura sistemica e globale della realtà — e non manca, da quelle parti, chi prova a dire qualcosa sul trauma (Baelo-Allue, 2022).

Non difendo nessuna "identità" perché non penso che esista una identità e non proteggo nessuna tradizione perché penso che il concetto stesso di tradizione sia un imbroglio. Ma credo che gli esseri umani abbiano una *storia*, e là fuori c'è una storia che reclama la nostra presenza, perché è la nostra storia.

5. Conclusioni: dialogare con Procuste

Vorrei aggiungere un'ultima considerazione per prevenire un'altra replica che arriva di consueto agli argomenti che ho esposto fin qui, e che arriverà anche stavolta: cioè che contestare questa "integrazione" è sbagliato perché la sistemica è sempre stata aperta al *dialogo*. Non

mi pare un argomento lucido, almeno finché confonde *dialogo* con *assimilazione*. Si può dialogare fra portatori di premesse incommensurabili (Pearce, 1989), e spesso si deve, ma il dialogo è quella relazione in cui due epistemologie si interrogano reciprocamente e fanno lo sforzo di conoscersi; non è *integrazione*, se "integrazione" è tradurre una delle due nel linguaggio dell'altra. Nessuno qui difende un'ortodossia o una "purezza" sistemica contro le contaminazioni: niente di tutto questo è a rischio, lo sono piuttosto le condizioni per un dialogo autentico fra epistemologie.

Una condizione per il dialogo è partecipare alla pari, ma se il dialogo comincia con "qual è il tuo protocollo? Quali sono i tuoi numeri?", la cornice è stata scelta, e *non è* una cornice di dialogo. È una cornice in cui il modello medico produce un'asimmetria di legittimazione: l'incontro non avviene fra due soggetti che negoziano reciprocamente i propri presupposti, ma fra un soggetto che entra già investito dell'autorità di definire le pratiche discorsive rilevanti e un altro che finisce per giustificarsi entro i confini di quel discorso.

Perché ad essere accoglienti e aperti all'incontro ma a patto di stabilirne la misura e le condizioni, son capaci tutti. Anche Procuste.

Ed ora grazie veramente a chi è riuscito a leggermi fin qui. Grazie anche a chi si è intrattenuto con me in conversazioni sull'argomento, da quel famoso congresso del 2023 in poi. Ho portato con me tutte quelle voci, e scrivere queste parole è stato come rispondere a loro. Grazie perché oggi credo di aver detto finalmente tutto quello che volevo dire. E grazie al Centro Milanese, che è una delle poche "case" che sento di avere e che vale la fatica di spendere due anni della mia vita (eh, già) a scrivere queste righe, a cercare argomenti e a connettere quelli che già avevo in testa, per dare parole a tutte queste emozioni.

Massimo Giuliani

I testi che ho consultato

American Psychological Association (2025), "A.P.A. Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) in Adults", https://www.apa.org/ptsd-guideline/ptsd.pdf (URL verificato 18 agosto 2016).

American Psychological Association, Presidential Task Force on Evidence-Based Practice (2006), "Evidence-based practice in psychology", American Psychologist, 61(4), 271–285. https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271.

Baelo-Allue S. (2022), *"Posthumanism and Trauma"*, in Herbrechter S., Callus I. Rossini M., Grech M., de Bruin-Mole M., Muller C.J. (eds.) *Palgrave Handbook of Critical Posthumanism*, Springer Nature, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-031-04958-3.

Baes N., Vylomova E., Zyphur M., Haslam N. (2023), "The semantic inflation of 'trauma' in psychology", Psychology of Language and Communication 2023, Vol. 27, No. 1. https://doi.org/10.58734/plc-2023-0002.

Barbetta P. (2017), "Per riscrivere la storia della clinica sistemica", Connessioni Nuova Serie, n. 2, https://connessioni.cmtf.it/per-riscrivere-la-storia-della-clinica-sistemica/ (URL verificato 18 agosto 2026).

Barbetta P., Giuliani M. (2013), "Strategie per una terapia non strategica" [video], https://www.youtube.com/watch?v=ll6-JZUTQ-Nw (URL verificato 18 agosto 2026).

Barbetta P., Telfener U. (a cura) (2019), *Psicoterapia e Complessità*. Raffaello Cortina Editore, Milano.

Barbetta P., Scaduto G. (2021), *Diritti umani e intervento psicologico*, Giunti Editore, Firenze.

Barbetta P., Cavagnis M. E., Krause, I.-B., Telfener U. (2022), *Ethical and Aesthetic Explorations of Systemic Practice. New Critical Reflections*, Routledge, New York, London.

Bateson, G., Jackson, D. D., Haley, J. and Weakland, J. H. (1956), trad. it. *"Verso una teoria della schizofrenia"*, rist. in Bateson (1972).

Bateson G. (1972), trad. it. *Verso un'ecologia della mente*, Adelphi, Milano, 1976.

Bateson, G. (1979), trad. it. *Mente e natura. Un'unità necessaria*, Adelphi, Milano, 1984.

Bernardi G. (1988), "Magia psicoterapeutica. Sul tema del rito e cambiamento psicoterapeutico in E. De Martino e G. Bateson", La Ricerca Folklorica, contributi allo studio della cultura delle classi popolari, n. 17: L'etnopsichiatria, pp. 37-41.

Bertrando P., Toffanetti D. (2000), *Storia della terapia familiare. Le persone, le idee*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Besen S. M., Farrell J. (1994), "Choosing How to Compete: Strategies and Tactics in Standardization", Journal of Economic Perspectives, Vol. 8, n. 2, pp. 117–131.

Blasi S. (2010), "La ricerca qualitativa in psicoterapia. Controversie, applicazioni e 'criteri di qualità'", Research in Psychotherapy 2010; 1(13): 23–60.

Bogolyubova O., Lovakov A. (2023), "What Do We Know About EMDR Therapy Research? A Bibliometric Analysis", Journal of EMDR Practice and Research, Vol. 16, Issue 2, 1 May 2023, pp. 76-91. https://doi.org/10.1891/EMDR-2021-0008.

Bonomi, C. (2000), "La psicologizzazione del trauma. Nascita e tramonto della diagnosi di 'nevrosi traumatica' (1870-1920 ca)", Teoria & Modelli, n.s., 5 (1-2):125-161.

Boscolo L., Bertrando P. (1996), *Terapia sistemica individuale*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Cahill S. P., Carrigan M. H., Frueh B. C. (1999), "Does EMDR work? And if so, why?: a critical review of controlled outcome and dismantling research", Journal of Anxiety Disorders, Jan-Apr;13(1-2):5-33. https://doi.org/10.1016/S0887-6185(98)00039-5.

Carr D. (2023), "Tell me why it hurts: How Bessel van der Kolk's once controversial theory became the dominant way we make sense of our lives", The New York Magazine, July 31, https://nymag.com/intelligencer/article/trauma-bessel-van-der-kolk-the-body-keeps-the-score-profile.html (URL verificato 18 agosto 2026).

Clark A. (2003), *Natural-Born Cyborgs: Minds, Technologies, and the Future of Human Intelligence*, Oxford University Press, Oxford.

Coco M. (2024), "L'utilizzo dei movimenti oculari EMDR come tecnica per il trattamento dei traumi" [video], https://www.youtube.com/watch?v=5XgNO7-GYdU (URL verificato 18 agosto 2026).

Convertino G., Marchetti M., Mazzoni G. (2022, pre-print),"EMDR E Memoria Autobiografica: Una Discussione Per Desensibilizzare e Riprocessare". PsyArXiv, April 11, 2022. https://doi.org/10.31234/osf.io/mzgdb.

Cox, K. S., Codd, R. T., III (2023), "Advocates of research-supported treatments for PTSD are losing in lots of ways: What are we going to do about it?", Research on Social Work Practice, 34(4), 347–359. https://doi.org/10.1177/10497315231206754.

Croitoru T. (2014), trad. it. *EMDR Revolution. Cambiare la propria vita un ricordo alla volta. Una guida per i pazienti*, Mimesis, Sesto S. Giovanni, 2019.

Cuijpers P., van Veen S. C., Sijbrandij M., Yoder W., Cristea I. A. (2020), "Eye movement desensitization and reprocessing for mental health problems: a systematic review and meta-analysis", Cognitive Behaviour Therapy, May; 49(3):165-180. https://doi.org/10.1080/16506073.2019.1703801.

Davidson, P. R., Parker, K. C. (2001), "Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): a meta-analysis", Journal of consulting and clinical psychology, 69(2), 305. https://doi.org/I0.1037//0022-006X.69.2.305.

Dell P. (1980), "Researching the Family Theories of Schizophrenia: An Exercise in Epistemological Confusion", Family Process 19:321-335, 1980. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1980.00321.x

Della Maggiora F. (2026), "Depoliticizzazione della sofferenza psichica e ripoliticizzazione della psicoterapia: una proposta sistemica", in Quaderni SIRTS n. 7, pp. 24-40. https://doi.org/10.48299/QS6-2026-020-081.

De Martino E. (1948). *Il mondo magico. Prolegomeni a una storia del magismo*, Einaudi, Torino, 2022.

De Martino E. (1959), *Sud e magia*, Einaudi, Torino, 2024.

De Martino E. (1961), *La terra del rimorso. Contributo a una storia religiosa del Sud*, Einaudi, Torino, 2023.

De Roeck E. (2026), "A Feminist Theory Critical Evaluation of 'The Body Keeps the Score'", https://ellerae.substack.com/p/a-feminist-theory-critical-evaluation (URL verificato 18 agosto 2026).

Devilly G. J. (2002), "Eye Movement Desensitization and Reprocessing. A Chronology of Its Development and Scientific Standing", The Scientific Review of Mental Health Practice: Objective Investigations of Controversial and Unorthodox Claims in Clinical Psychology, Psychiatry, and Social Work, 1(2), 113–138.

Devilly G. J., Ono M., Lohr J. M. (2014), "The use of meta-analytic software to derive hypotheses for EMDR", Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 45 (2014) 223-225. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2013.10.004.

Devilly, G. J., Spence, S. H. (1999), "The relative efficacy and treatment distress of EMDR and a cognitive-behavior trauma treatment protocol in the amelioration of posttraumatic stress disorder", Journal of Anxiety Disorders, 13(1-2), 131-157. https://org.-doi/10.1016/S0887-6185(98)00044-9.

Floris R. (a cura di) (2024), *Sistemi e violenze. Idee, valori e pratiche di psicoterapia. Atti del congresso del Centro Milanese di Terapia della Famiglia, 18-19 novembre 2023*, Edizioni del Centro Milanese di Terapia della Famiglia, Milano.

von Foerster H. (1981), trad. it. *Sistemi che osservano*, Astrolabio, Roma, 1987.

Foucault M. (1969), *t*rad. it. *L'archeologia del sapere*, Rizzoli, Milano, 1971.

Fromm-Reichmann, F. (1948), "Notes on the Development of Treatment of Schizophrenics by Psychoanalytic Psychotherapy", Psychiatry, 11, 263-273.

Fuchs T. (2002), "Mind, leaning, and the brain", Philosophy, Psychiatry, & Psychology, 9: 261-264. https://doi.org/10.1353/ppp.2003.0040.

Fuchs T. (2017), *t*rad. it. *Ecologia del cervello: fenomenologia e biologia della mente incarnata*, Astrolabio, Roma, 2021.

Ganda G., Canova R. (2023), *Il mistero del rispetto: Il pensiero di Cecchin e la terapia inclusiva*, Alpes Italia, Roma.

Giuliani M. (2016), *Corpi che parlano. Psicoterapia e metafora*, Durango, Trani.

Giuliani M. (2017), *Non puoi improvvisare sul niente. Devi improvvisare su qualcosa. Terapia sistemica fra musica e narrativa*. E-book autopubblicato.

von Glasersfeld E. (1984), trad. it. in P. Watzlawick (a cura), *"Introduzione al costruttivismo radicale"*, in *La realtà inventata. Contributi al costruttivismo*, Feltrinelli, Milano, 1989.

Goldner, V. (1985), "Feminism and Family Therapy", Family Process, Mar;24(1):31-47. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1985.00031.x.

Haley J. (1973), trad. it. *Terapie non comuni. Tecniche ipnotiche e terapia della famiglia*, Astrolabio, Roma, 1976.

Haraway D. J. (1985), trad. it. *Manifesto cyborg. Donne, tecnologie e biopolitiche del corpo*, a cura di Rosi Braidotti, Feltrinelli, Milano, 2018.

Haslam N. (2016), "Concept Creep: Psychology's Expanding Concepts of Harm and Pathology", in Psychological Inquiry, Vol. 27, 2016, Issue 1. https://doi.org/10.1080/1047840X.2016.1082418.

Haslam, N., McGrath, M. J. (2024), "The Creeping Concept of Trauma", Social Research: An International Quarterly 91(1), 311-334. https://doi.org/10.1353/sor.2024.a923123.

Hayles N. K. (1999), *How We Became Posthuman*, The University of Chicago Press, Chicago, London.

Herbert, J. D., Lilienfeld, S. O., Lohr, J. M., Montgomery, R. W., O'-Donohue, W. T., Rosen, G. M., Tolin, D. F. (2000). "Science and pseudoscience in the development of Eye Movement Desensitization and Reprocessing: Implications for Clinical Psychology", Clinical Psychology Review, 20(8), 945–971. https://doi.org/10.1016/s0272-7358(99)00017-3.

Hoffman, L. (1990), trad. it. "Costruire realtà. Un'arte di lenti", Connessioni, 37/2016, pp. 83-99.

Isari F. (2025), "An Interview with Kenneth J. Gergen - Social Constructionism: From Provocation to Practice", Metalogos Systemic Therapy Journal, issue 49. Trad. it. "Il costruzionismo sociale: dalla provocazione alla pratica. Intervista a Kenneth J. Gergen", Connessioni Web, https://connessioni.cmtf.it/il-costruzionismo-sociale-dalla-provocazione-alla-pratica-intervista-a-kenneth-j-gergen/ (URL verificato 18 agosto 2026).

Jones, E., Wessely, S. (2005), *Shell shock to PTSD: Military psychiatry from 1900 to the Gulf War*, Psychology Press, New York.

Lakatos I. (1980), *The methodology of scientific research programs*, in John Worrall and Gregory Currie (eds.), vol. 1, Cambridge University Press.

Landin-Romero R., Moreno-Alcazar A., Pagani M., Amann B. L. (2018) "How Does Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy Work? A Systematic Review on Suggested Mechanisms of Action". Frontiers in Psychology, 9:1395. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.01395.

Lee C. W., Cuijpers P. (2013), "A meta-analysis of the contribution of eye movements in processing emotional memories", Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, vol. 44, Issue 2, June 2013, Pages 231-239. https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2012.11.001.

Lee C. W., Jongh A., Farrell D., Meysner L., Dominguez S., El-Leithy S. (2026), "A Critique of the 2025 American Psychological Association Clinical Practice Guideline for the Treatment of Posttraumatic Stress Disorder in Adults: Underrating EMDR Effectiveness", Journal of EMDR Practice and Research, Vol 20, Article ID: 0034. https://doi.org/10.34133/jemdr.0034.

Maturana H. R., Varela F. J. (1980), trad. it. *Autopoiesi e cognizione. La realizzazione del vivente*, Marsilio, Venezia, 1985.

McNally, R. J. (1999), "On eye movements and animal magnetism: A reply to Greenwald's defense of EMDR", Journal of Anxiety Disorders, 13, 617–620. https://doi.org/10.1016/S0887-6185(99)00020-1.

McNally R. J. (2005), "Debunking Myths about Trauma and Memo-

ry", The Canadian Journal of Psychiatry, Vol. 50, Issue 13, https://doi.org/10.1177/070674370505001302.

McNamee S., Gergen, K. J. (a cura) (1992), trad. it. *La terapia come costruzione sociale*, FrancoAngeli, Milano, 1998.

Montano A., Borzì R (2019), *Manuale di intervento sul trauma. Comprendere, valutare e curare il PTSD semplice e complesso*, Erickson, Trento.

Mosconi A., Pezzolo, M., Trotta, B. (2014), "Ottica sistemica e EMDR: quando l'integrazione diventa una risorsa", S.I.P.P.R. News, ottobre/dicembre, pp. 8-12.

Mosconi A., Trotta B. (2021), *"Manualizing the Therapeutic Process in Systemic Therapy: From the Construction of the Hypothesis to the Assessment of Change"* in Mariotti M., Saba, G., Stratton, P. (eds.), *Handbook of Systemic Approaches to Psychotherapy Manuals. Integrating Research, Practice, and Training*, Springer Nature, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-73640-8.

Mosconi A., Trotta B. (2026), "Integrare le narrazioni terapeutiche: protocolli di integrazione tra terapia sistemica ed EMDR", in Quaderni SIRTS n. 7, pp. 70-92, https://doi.org/10.48299/QS7-2026-006-067. *(Nota mia: in data 25/08/2026 ho segnalato alla Fondazione DOI che il codice attribuito a questo articolo è sbagliato e porta a una segnalazione di errore; il saggio di Mosconi e Trotta è comunque consultabile qui: https://www.sirts.org/images/documenti-generali/quaderni/numeri-pubblicati/Quaderno_SIRTS_N7-2026.pdf)*

Nietfeld E. (2025), "What the Most Famous Book About Trauma Gets Wrong", MotherJones, https://www.motherjones.com/media/2024/12/trauma-body-keeps-the-score-van-der-kolk-psychology-therapy-ptsd/ (URL verificato 18 agosto 2026).

Olson, M. (2000), *Feminism, Community and Communication*, Haworth Press, New York.

Paris J. (2023), trad. it. *Miti del trauma. Perché le esperienze negative non ci fanno necessariamente ammalare*, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2024.

Patihis, L., Cruz, C. S., McNally, R. J. (2020), *"Eye Movement Desensi-*

tization and Reprocessing (EMDR)", in V. Zeigler-Hill V., Shackelford T. K. (a cura di), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*, Springer Nature, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-319-24612-3_895.

Pearce, B. W. (1989),trad. it. *Comunicazione e condizione umana*, Franco Angeli Editore, Milano 1998.

Penn P. (1985), "Feed-Forward: Future Questions, Future Maps", Family Process, 24:299-310.

Perkins B. R., Rouanzoin C. C. (2002) "A Critical Evaluation of Current Views Regarding Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR): Clarifying Points of Confusion", Journal of Clinical Psychology, Vol. 58(1), 77–97. https://doi.org/10.1002/jclp.1130.

Rosen G. M., Davison G. C. (2003), "Psychology Should List Empirically Supported Principles of Change (ESPs) and Not Credential Trademarked Therapies or Other Treatment Packages", Behavior Modification, Vol. 27, No. 3, July 2003 300-312. https://doi.org/10.1177/0145445503027003003.

Rovelli M. (2024), *Soffro dunque siamo. Il disagio psichico nella società degli individui*, Minimum Fax, Roma.

Schinco M. (2002), *O divina bellezza, o meraviglia*, Carabà, Milano.

Schinco M. (2011), *The Composer's Dream. Essays on Dreams, Creativity and Change*, Pari Publishing, Pari (GR).

Selvini Palazzoli M., Boscolo L., Cecchin G. e Prata G. (1980), "Ipotizzazione, circolarità, neutralità. Tre direttive per la conduzione della seduta", Terapia Familiare, vol. 7, 5-19/1980, pp. 7-19.

Shapiro F. (2012), trad. it. *Lasciare il passato nel passato. Tecniche di autoaiuto nell'EMDR*, Astrolabio, Roma, 2013.

Shapiro F. (2018), trad. it. *EMDR. Il manuale. Principi fondamentali, protocolli e procedure*, 2a ed., Raffaello Cortina Editore, Milano, 2019.

Shapiro F., Laliotis D. (2010), "EMDR and the Adaptive Information Processing Model: Integrative Treatment and Case Conceptualization", Clinical Social Work Journal (2011) 39:191–200. https://doi.org/10.1007/s10615-010-0300-7.

Shapiro F., Maxfield L. (2002), "Eye Movement Desensitization and reprocessing (EMDR): Information Processing in the Treatment of Trauma", Psychotherapy in Practice, vol 58 (8), 933-946. https://doi.org/10.1002/jclp.10068.

Sluzki C. (1991), "La trasformazione terapeutica delle trame narrative", Terapia Familiare, 36: 5-19.

Stecca A. (2015), "Il 'trauma' e le spiegazioni di causa in psicologia. Dialogo con Alessandro Salvini", in Scienze dell'Interazione, 1/2, pp. 97-99.

Telfener U. (2009), "'Il mondo non ha oggetti'. Intervista a Heinz von Foerster", in Giuliani M. (a cura) (2025), *L'esperienza è la causa, il mondo è la conseguenza. Quattro conversazioni e un saggio sulla conoscenza*, Edizioni del Centro Milanese di Terapia della Famiglia, Milano.

Telfener U., de Bustis E., Cazzaniga E., Ferrari F., Floris R., Ganda G., Giordano C., Giuliani M., La Barbera C., Marchiori R., Mosconi A., Mreule S., Pasini B., Pezzolo M., Rosas R., Sacchelli D., Sannasardo P., Sbattella F., Tettamanzi M., Troielli W., Trotta B., Barazzetti A. (2024), "The Milan Approach today", Family Process, 2024;00:1–20. https://doi.org/10.1111/famp.13075.

Tomm K. (1987a), trad, it. riveduta: "Intervista Interventiva: parte I. Un processo di formulazione di strategie come quarta linea guida per il terapeuta", Connessioni, n. 23, 2009, pp. 11-26.

Tomm K. (1987b), trad it. riveduta: "Intervista Interventiva: parte II. Le domande riflessive come mezzi per condurre all'autoguarigione", Connessioni, n. 23, 2009, pp. 29-52.

Tomm K. (1988), trad. it. riveduta: "Intervista interventiva: parte III. Porre domande circolari, strategiche o riflessive?", Connessioni, n. 23, 2009, pp. 55-75.

Van der Kolk B., Fisler, R. (1995), "Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study", *Journal of traumatic stress*, *8*(4), 505-525. https://doi.org/10.1007/BF02102887.

Van der Kolk B. (2014), trad it. *Il corpo accusa il colpo. Mente, corpo e*

cervello nell'elaborazione delle memorie traumatiche, Raffaello Cortina Editore, Milano, 2015.

Wampold B. E., Imel Z. E. (2015), *The Great Psychotherapy Debate. The Evidence for What Makes Psychotherapy Work*, 2nd Ed., Routledge, New York, London.

Watzlawick P., Beavin J. H., Jackson D. D. (1967), *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Astrolabio, Roma, 1971.

Young A. (1995), *The Harmony of Illusions: Inventing Post-Traumatic Stress Disorder*, Princeton University Press, Princeton.

Varela F. J., Thompson E., Rosch E. (1991), trad. it. *La mente è nel corpo. Scienze cognitive ed esperienza umana*, Astrolabio, Roma, 2024.

Yuk, H. (ed.) (2024), *Cybernetics for the 21st Century. Vol. 1: Epistemological Reconstruction*, Hanart Press, Hong Kong.

Zimmerman J. A., Marcus D. K. (2024), "Does Researcher Allegiance Bias Outcomes in Psychotherapy Research? A Quasi-Experimental Secondary Analysis", Clinical Psychology & Psychotherapy, vol. 31, Issue 2, e2974. https://doi.org/10.1002/cpp.2974.