

Milano 23 gennaio 2015

DSM5: conseguenze sulle conseguenze nei percorsi di cura e nell'assetto dei servizi per i soggetti adulti

MATTEO SELVINI

psicologo, psicoterapeuta familiare

Scuola di Psicoterapia Mara Selvini Palazzoli

1. Il negazionismo del trauma

Il dato di fatto che l'ultima edizione del DSM apra al trauma è fondamentale perché il negazionismo del trauma è stato e resta drammatico nella storia della psichiatria e della psicoterapia, ha provocato incalcolabili sofferenze, frutto di diagnosi errate, misconoscimenti della realtà, ritraumatizzazioni, trattamenti inutili e dannosi. Ha ben descritto la De Zulueta (2006, p. 191) quando un giovane Freud nel 1886 presentò il suo articolo "Etiologia dell'isteria" alla Società di Psichiatria di Vienna: aveva scoperto che tutte le sue prime diciotto pazienti isteriche erano state abusate sessualmente da bambine, l'accoglienza fu glaciale e derisoria (una fiaba scientifica) provocando lo storico voltafaccia negazionista di Freud.

Il negazionismo del trauma è un mondo, con un gran numero di continenti e paesi. Uno dei principali continenti è proprio quello originario della sessualizzazione del legame tra adulti e bambini. Non sarà proprio un caso se ancora nel 1980 il DSM ignora il trauma: infatti ancora nel 1975 uno dei principali manuali di base degli psichiatri americani alla voce "incesto" affermava: "L'incesto è estremamente raro, e si verifica in un caso ogni 1,1 milioni di persone" e poi sull'argomento aggiunge: "Non ci sono opinioni concordi sul ruolo dell'incesto come causa di patologie. Il legame padre-figlia soddisfa gli impulsi sessuali in una situazione dove l'alleanza con un adulto onnipotente permette la trasgressione... L'atto dà l'opportunità di un test di realtà per una fantasia infantile le cui conseguenze sono gratificanti e piacevoli... Tale attività incestuosa diminuisce il rischio di psicosi e permette un migliore adattamento al mondo esterno... e la grande maggioranza di queste ragazze non hanno ricevuto danni dall'esperienza dell'incesto (Henderson, 1975, p. 1536). Davvero incredibile!!! Sarebbe interessante sentire il parere delle figlie o delle sorelle dell'esimio psichiatra prof. Henderson!

È impossibile trattare tutte le aree dove il negazionismo è stato e resta importante. Ne citerò alcune di quelle che conosco meglio: il trattamento dei bambini adottivi, l'anoressia restrittiva, il disturbo di personalità dei genitori, l'impatto contagioso del trauma vicario.

2. Il trattamento con gli adottivi

Mi vengono i brividi quando ripenso alle mie terapie familiari con adolescenti adottivi negli anni Ottanta, terapie basate sul cercare la disfunzione familiare nel qui ed ora. E l'idea che il bambino fosse stato traumatizzato era vietatissima, bollata come reazionaria: mica vorremo appiccicarli un'etichetta psichiatrica? E infatti a quei tempi Rodolfo De Bernart diceva che una terapia familiare è controindicata con gli adottivi?

3. Con quali occhiali guardiamo l'anoressia?

L'anoressia restrittiva è un esempio eccellente di come i nostri modelli diagnostici fanno mettere a fuoco una parte della realtà ed ignorarne altre. Alla fine degli anni Ottanta e negli anni Novanta (Selvini Palazzoli et al., 1998) abbiamo iniziato a prendere le distanze dal riduttivismo sistemico del qui ed ora e a

studiare il percorso evolutivo personale e familiare di queste ragazze. Ma ancora cominciavamo a studiare il processo dai comportamenti inusitati che avevano preceduto l'esordio anoressico (Selvini Palazzoli et al., 1988). Ecco che i nuovi concetti di trauma vicario e disorganizzazione dell'attaccamento ci hanno aperto una nuova fetta di mondo: studiando il periodo della nascita delle nostre ultime dodici pazienti, abbiamo scoperto in otto casi gravi crisi che avevano sconvolto la madre o entrambi i genitori (tradimento del marito, grave disturbo della sorellina maggiore, crisi di angoscia di genitori anziani, depressione post partum, psicosi post partum, cessione totale della neonata alla suocera, scompenso ansioso della mamma con delega alla nonna materna, crisi di coppia con delega alla nonna materna). Come di vede c'è una bella varietà; e nei quattro casi di crescita serena troviamo traumi importanti negli anni delle scuole elementari, e quindi ben prima dell'esordio anoressico.

Dunque noi vediamo quello che i nostri sistemi diagnostici ci consentono di vedere!

4. Il genitore con disturbo di personalità non diagnosticato

Un altro negazionismo molto importante è quello del disturbo di personalità di un genitore, specialmente quando questo genitore è dominante nella relazione coniugale/genitoriale, o, peggio, è un genitore unico, possono non esserci testimoni della sua malattia, il disturbo grave è per definizione egosintonico/inconsapevole. Spesso questo genitore è stato accusato di essere "matto", ed è quindi accanitamente sulla difensiva.

Gran parte della terapia familiare ha lavorato e lavora sul riconoscimento di questo trauma reso ambiguo dall'accanita negazione del genitore malato. Gran parte dei pazienti gravi non richiedenti sono tali perché hanno accanto un "cattivo maestro" che stanno paradossalmente imitando mentre ne sono vittime!

La sfida di molte prese in carico familiari si gioca su questo filo del rasoio: riusciremo a "voler bene" a questi cattivi genitori e a farli così ravvedere? Oppure dovremo congedarli ed aiutare il figlio in questo lutto?

5. Trauma vicario

Il trauma è contagioso, molto è stato scritto sul contratransfert traumatico subito dai noi terapeuti, ma soprattutto c'è stata insufficiente attenzione su quanto sia tossico vivere in famiglia con una persona post traumatica.

Il genitore con disturbo di personalità è un esempio di trauma vicario: "I padri hanno mangiato il frutto acerbo e i denti dei figli si sono allegati", recita sapientemente la Bibbia. Tutte le famiglie con un bambino adottivo (specie se già grande) o con un paziente psichiatrico devono ricevere un importante sostegno, un trattamento del trauma vicario, purtroppo questo non avviene, sono abbandonate a loro stesse: quanto frequentemente abbiamo visto un paziente difficile traumatizzare gravemente fratelli e sorelle, innescando nella fratria una tragica catena di sofferenza.

Il riconoscimento del trauma è quindi fondamentale anche per la prevenzione: può infatti consentirci di avvicinare/aiutare persone sofferenti o a rischio che non sono richiedenti.

In questo quadro la rivelazione dei deficit evolutivi, dei disturbi dell'attaccamento, è decisiva perché ci consente di capire perché stress relativamente normali possano produrre scompensi importanti: perché Giorgia diventa anoressica mentre sta con un fidanzato ossessivamente possessivo? Non era più semplice mollarlo? Evidentemente un precedente deficit di visibilità ed appartenenza la espone ad una dipendenza affettiva e quindi ad una relazione traumatizzante che provocherà una grave anoressia.

6. DSM V: impossibile non diagnosticare

Sto facendo il verso al primo principio della Pragmatica della Comunicazione Umana: impossibile non comunicare. Uno storico enorme problema della psicoterapia è quello dell'ambivalenza rispetto alla diagnosi.

Nell'ultimo secolo si sono affrontate legioni di fedelissimi del Rorschach, dei DSM, ecc. opposti ai seguaci della spontaneità e della creatività del processo terapeutico. Irvin Yalom, ad esempio, si è decisamente schierato tra gli anti-diagnosi, nel nome della intensità/autenticità della relazione terapeutica, sottolineando il rischio che la diagnosi potesse snaturarla... Anche i sistemici si sono sempre schierati "contro" la diagnosi, seguendo il verbo della depatologizzazione del paziente designato.

Ma gli anti diagnosi corrono un rischio molto grave: quello di cadere nelle varianti psicopedagogiche della psicoterapia, cioè quello di cadere in terapie invariabili e ripetitive. È impossibile non diagnosticare significa che è impossibile non avere una valutazione di chi abbiamo davanti a noi: se ci rifiutiamo di valutare esplicitamente/dichiaratamente, lo faremo comunque implicitamente, ma in modo molto probabilmente ingenuo, banale, ripetitivo.

L'ho vissuto nella storia del movimento sistemico della terapia familiare, a partire dal boom degli anni settanta, sul tema paradossale del paziente designato che si sacrifica per il bene dei suoi genitori: la ragazza anoressica che dà uno scopo alla vita vuota della madre, l'adolescente deviante che distrae i genitori dai loro problemi di coppia, la figlia schizofrenica che mostra al padre troppo educato/inetto com'è un padre ancestrale in grado di mettere in riga figli indisciplinati ecc. Tutti interventi paradossali cioè provocatori, basati su una fondamentale ambiguità: il terapeuta lo pensa per davvero, e sta quindi solo comunicando una diagnosi familiare (ipotizzazione nel gergo dell'epoca) o lo sta dicendo solo per provocare una reazione? (E quindi gabbare l'ingenuo fanciullo/fanciulla come all'epoca pensavano molti furbi genitori).

Quello che purtroppo è successo è stato che queste tecniche un po'strane, ben descritte nel pionieristico testo *Paradosso e Controparadosso* (1975), sono state volgarizzate nel cosiddetto funzionalismo: il paziente si sacrifica per il bene dei suoi familiari, il suo comportamento è utile a stabilizzare la famiglia, ecc. Quindi ogni sintomo dev'essere collegato con qualche problema familiare irrisolto. E qui comincia una psicopedagogia pseudo sistemica altamente pericolosa e dannosa: una simile erronea premessa imbeve di negatività i terapeuti sistemici, che nelle sedute andranno a caccia delle nefandezze che suppongono i familiari del paziente cercheranno di nascondere. Una riedizione di "guardie e ladri". Il terapeuta, come un poliziotto, avvicina la famiglia con la malevolenza di chi cerca di scoprirla in fallo. Al contempo, ufficialmente, ha messo al bando ogni diagnosi, ma non si accorge di agire sulla base di un'unica diagnosi.

M'illudevo che si trattasse di ingenuità del passato sistemico finché, nel settembre scorso, non ho avuto occasione di partecipare a Losanna al congresso dell'associazione sistemica svizzera di lingua francese. Due terapeuti sistemici, l'uno costruttivista e l'altro soluzionista dovevano confrontarsi con la simulata della seduta con genitori di un ragazzo di 28 anni che si era scompensato quando gli avevano preso un appartamento indipendente, anche per liberarsi di una sorta di dittatura che il giovane esercitava su di loro (è la storia del film francese *Tanguy*, 2001, che i colleghi avevano visto insieme la sera prima). Ebbene entrambe le interviste simulate avevano ruotato sui problemi di coppia dei due poveri genitori, mentre sulla storia evolutiva del ragazzo neppure una domanda! Eccellente esempio del principio sistemico del "qui ed ora" e quindi tragica attualità dello psicopedagogismo sistemico tossico! È proprio la precisione, la specificità delle diagnosi a fare la differenza nell'efficacia delle psicoterapie.

La ricerca sulla anoressia restrittiva degli ultimi quarant'anni (Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2011) ci ha mostrato come per queste ragazze il tema di una fallita inversione dei ruoli nei confronti dei loro genitori sia spesso centrale: ecco perché tanti paradossi sul loro sacrificarsi per loro avevano funzionato: erano delle buone diagnosi! Ma ripetere gli stessi interventi in altre situazioni rischia la pura caricatura... (si vedano le mie ricerche sui follow up dei pazienti schizofrenici trattati dalle équipes di Mara Selvini Palazzoli in Selvini, Pasin, 2005).

Insomma abbiamo bisogno di buone diagnosi familiari, sapientemente collegate con specifiche diagnosi individuali di ogni membro della famiglia. Ci servono diagnosi che facciano sentire capito il paziente, non certo diagnosi che lo stigmatizzino come mostro/alienato. Ci servono diagnosi che ci dicano cosa fare nella terapia, diagnosi operative che si colleghino a dettagliati protocolli. Ci servono diagnosi chiare, cristalline, trasparenti, comprensibili anche al gatto di casa, diagnosi che alimentano la nostra buona alleanza con pazienti e famiglie, non certo incomprensibili testi, che paiono critica d'arte contemporanea, (ma mettono più fifa) come troppo spesso certi referti psicodiagnostici di pur prestigiosi centri...

Per questi motivi l'ingresso ufficiale del trauma nell'ultima edizione del DSM rappresenta un grande progresso. Riusciamo finalmente ad andare verso il superamento della pura entomologica, descrittiva diagnosi, per aprirci verso diagnosi che abbiamo seri collegamenti con le eziopatogenesi.

7. La diagnosi come supporto al riconoscimento del trauma

Come ho detto, fino ad oggi il DSM è stato al servizio del negazionismo del trauma. Non è comparso al suo interno fino al 1980, successivamente è stato relegato in un paragrafetto tra i disturbi d'ansia.

Ora si sta invece aprendo la strada per il riconoscimento della eziopatogenesi post traumatica della gran parte dei disturbi psichiatrici. Una svolta decisiva per combattere la stigmatizzazione dei malati. Cominciamo a cancellare dal nostro linguaggio le stigmatizzanti diagnosi di personalità borderline e masochista, per sostituirle con nuove etichette e definizioni di personalità post traumatiche. Ecco le buone diagnosi di cui abbiamo davvero bisogno.

In questo impegno scientifico la teoria dell'attaccamento ed i suoi seguiti di ricerca ci possono veramente aiutare. Proprio perché ci aiutano a collegare un comportamento nel qui ed ora con la storia del suo sviluppo. E con la semplicità di un vero rasoio di Occam.

Proverò a darvene un sintetico saggio.

8. Le cinque strategie di riorganizzazione

Per lo studio dei disturbi della personalità, cioè dei percorsi evolutivi più fallimentari, è decisivo il concetto di attaccamento disorganizzato: il bambino va ad impattare con una figura di riferimento spaventata, spaventante, ostile o impotente (Lyons-Ruth et al., 2009). Ricerche recenti su popolazioni non cliniche calcolano circa al 15-20% i soggetti con un attaccamento disorganizzato; tale percentuale sale al 50-80% nelle popolazioni di pazienti in trattamento. È quindi altamente probabile che una grande parte dei nostri pazienti presenti questa matrice nella storia evolutiva. Liotti e Monticelli (2008), seguendo Lyons-Ruth et al. (2009) concepiscono la disorganizzazione come una frattura, cioè come uno stato soggettivo di angoscia elevata nel dilemma paura-bisogno rispetto alla/alle figure di riferimento: un tipo di angosciata ambivalenza impossibile da sopportare. Gli storici concetti di difesa possono essere rilette come necessità di trovare una via di uscita rispetto a vissuti insopportabili. Lyons-Ruth e altri ricercatori sull'attaccamento hanno individuato due fondamentali strategie per riprendere il controllo, cioè per riorganizzare la disorganizzazione:

Protettiva: il salvatore. Si tratta della classica inversione dei ruoli, il bambino diviene nonno di se stesso ponendosi come genitore del proprio genitore/figura di riferimento. Risulta evidente che il prevalere di questa scelta esistenziale condurrà all'identità (o sottoidentità nei tipici quadri disorganizzati) del tipo parentificato.

Punitiva: il carnefice. Il bambino diviene tirannico/dominante sulla figura di riferimento. Troviamo questa riorganizzazione soprattutto nei quadri border (il vertice "carnefice" del triangolo drammatico) però è possibile sia anche una delle matrici delle personalità antisociali o narcisiste.

A queste due fondamentali strategie Liotti ne aggiunge altre tre:

Sottomissione: la vittima. Il bambino può apprendere che per controllare la figura di riferimento, e quindi renderla meno minacciosa e più prevedibile, funziona il suo mettersi totalmente "ai suoi ordini" in uno stato di totale compiacenza/assoggettamento. Questa idea mi ha molto colpito perché risolve una grossa contraddizione che mi aveva tormentato nella descrizione del tipo "dipendente-simbiotico". Infatti l'esperienza clinica molto spesso non confermava affatto la presenza di un contesto di apprendimento iperprotettivo, al contrario incontravamo storie di gravi carenze al limite con il maltrattamento; parallelamente, nella letteratura troviamo anche il riferimento alla genitorialità di tipo autoritario. Posso così ipotizzare l'esistenza di due tipi di personalità dipendenti, così diversi tra loro da far seriamente dubitare della sensatezza di conservare un identico termine. Infatti questo bambino sottomesso sembrerebbe meglio rimandare alla genesi di un tratto masochista o passivo aggressivo, cioè appunto ad un'identità basata sulla

sottomissione alla volontà della figura di riferimento. Dobbiamo quindi ben distinguere tra l'incapacità a pensare e fare da solo sulla base di una infantilizzazione provocata da un accudimento ansiosamente iperprotettivo e la medesima incapacità costruita sulla base della strategia di sottomissione ad un riferimento inattendibile/minaccioso.

Seduttiva: il manipolatore. Arriviamo qui su un terreno classico della storia della psicoterapia: le famose isteriche di Freud oggi ribattezzate istrioniche: bambine spaventate dal non essere viste che cercano di esistere con attive strategie di ipercoinvolgimento della figura di riferimento (usando appunto la seduzione ma anche il malessere e la malattia). Ben mi guardo dal negare che queste bambine siano, in molti casi, soprattutto vittime di abusi, tuttavia l'idea di questo tipo di riorganizzazione ci aiuta ad ipotizzare una loro parte attiva, appunto sul terreno specifico della ricerca dell'attenzione.

Autarchica: l'autosufficiente. Quella che Liotti definisce lo "staccare la spina dell'attaccamento", cioè gli attaccamenti fortemente evitanti che rimandano al retroterra delle personalità ossessive, schizoidi o paranoide ma che incontriamo spesso come instabilmente presenti nei quadri border e psicotici: se la mia figura di riferimento mi fa paura la cancello, ne farò a meno. È ovvio il collegamento tra queste strategie e molti disturbi della fiducia nell'altro.

9. Facciamo la diagnosi al DSM

Quando leggiamo il capitolo: "Disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti" troviamo il 313.89 Disturbo reattivo dell'attaccamento con la descrizione di un bambino dai 9 mesi ai 5 anni: inibito, ritirato, che non cerca conforto, che non risponde al conforto, distaccato. Ed il criterio C recita che ha vissuto deprivazione e trascuratezza. Ci risulta un evidente esempio di riorganizzazione autarchica, ovviamente nell'area dell'attaccamento prevalentemente evitante, e dovremo aspettarci a seconda dei successivi contesti dello sviluppo, un futuro adulto destinato alle vecchie diagnosi: schizoide, evitante, ossessivo, paranoide o antisociale Poco più avanti leggiamo del "disturbo da impegno sociale disinibito", stessa età, stesso criterio C deprivazione/trascuratezza, ma il comportamento è quello di appiccicarsi indiscriminatamente al primo che passa: una disperata ricerca di attenzione che palesemente rimanda alle riorganizzazioni seduttiva e sottomessa, siamo nell'area dell'attaccamento ambivalente e il futuro adulto si prenderà le vecchie diagnosi di masochista, istrionico, borderline, passivo aggressivo, dipendente. Ecco, finalmente, e con facilità, possiamo avere diagnosi targate DSM collegabili all'eziopatogenesi di un chiaro trauma dello sviluppo: piazza pulita da schizococchi e geni malati!

10. Un esempio clinico dell'efficacia della psicoeducazione familiare su un paziente

Un paio di mesi fa i genitori mi trascinano davanti un riluttante quattordicenne.

Al telefono la mamma, Nina, mi aveva parlato di un bambino che è stato violento fin dall'asilo, anche sfruttando il suo essere molto più massiccio dei suoi coetanei, è diventato il caso ed il problema del paese di montagna dove vivono, quando era inserito in una certa classe delle elementari i genitori dei suoi compagni cambiavano classe ai figli, o scrivevano petizioni perché fosse allontanato. La neuropsichiatra infantile di riferimento aveva fatto diagnosi di grave disturbo di personalità non trattabile e prescritto farmaci che la mamma non aveva voluto somministrare, rompendo così con i servizi, per far trattare il figlio da vari psicoterapeuti privati. Il ragazzino è così in terapia individuale da dieci anni, l'inviante è l'ultimo di questa serie. Infatti questi interventi non hanno impedito che Elias venisse espulso dalle medie per comportamenti violenti, ma già a sei anni aveva messo knock-out una maestra con un pugno, mandato in collegio è stato allontanato anche da lì dopo poche settimane. Però è riuscito prendere la licenza media da privatista. Iscritto a ragioneria, è stato allontanato anche da lì, da qualche settimana, per l'ennesimo episodio violento.

Arriva in seduta trascinato dalla mamma e dal nuovo marito di lei, Gianni, le risposte di Elias sono basate su una serie di parolacce contro tutti, le peggio sono per la neuropsichiatra infantile "son gente di

merda" ma anche il suo terapeuta viene definito con un "non serve a un cazzo", c'è n'è anche per la mamma... In modo molto ingenuamente auto assolutorio descrive il recente episodio che ha portato all'espulsione dalle superiori: lui aveva tirato una penna in faccia ad un compagno (e cosa sarà mai, normale vita quotidiana...), ma quello che non ha sopportato è stato che un altro facesse la spia con l'insegnante, così l'infame non poteva non avere la lezione che si meritava.

Nella mia recente classificazione di come si presentano in seduta gli adolescenti riluttanti (Selvini, 2014), potrebbe essere definito "tonto".

La seduta si fa interessante quando mi faccio raccontare la sua storia. La mamma ha conosciuto Omar, il suo padre legale e biologico, durante una vacanza sul Mar Rosso, era un uomo molto bello, di poco più giovane, lei 29 lui 26, colto, parla varie lingue, un buon lavoro in un bell'albergo, colpo di fulmine, in pochi mesi fatte le carte per sposarsi in Egitto e quindi poter far entrare l'uomo in Italia legalmente. Arrivati qui lui non trova lavoro e collabora nelle attività alberghiere e turistiche della moglie. La situazione precipita quando Nina resta incinta: Omar impazzisce, diventa minaccioso, confuso, probabilmente fa uso di sostanze, sparisce per giorni e ritorna alterato a chiedere soldi... Qui Elias interrompe il racconto, vuole farsi dire dalla mamma che la picchiava, si scoccia perché lei lo nega, così come si arrabbia perché Nina non sa con certezza se facesse uso di cocaina... Cerco di riprendere il filo del racconto, Nina è vissuta per anni nel terrore, ancor di più dopo la nascita del bambino, terrorizzata che lo rapisse, o facesse loro del male. Ha fatto denuncia ai Carabinieri e chiesto protezione. Ai sei mesi di Elias Omar sparisce definitivamente, si farà vivo solo anni dopo con una telefonata per chiedere qualcosa relativamente al suo passaporto. Ma Nina è vissuta per anni nel panico. Chiedo ad Elias cosa prova a sentir raccontare come suo padre lo abbia abbandonato. Risponde: "un marocchino di merda di meno in Italia" poi più avanti "spero che con l'Ebola sia morto".

Ecco che un "grave disturbo della condotta" o "disturbo oppositivo provocatorio" mi diventa un paese "trauma dello sviluppo". Ho davanti dei cattivi genitori? Ma penso proprio di no! Si sono trovati ad affrontare un dramma pesantissimo senza poter avvalersi di aiuti efficaci, proprio anche a causa della drammatica inadeguatezza dei sistemi classificatori di uso corrente. Infatti il mio stupore è dato dalla stupore dei familiari quando restituisco la mia diagnosi di un grave disturbo post traumatico, sembra che lo sentano per la prima volta, mi pare inverosimile e stento a crederci. Cerco di dare spiegazioni e delinea un possibile trattamento individuale e familiare di questo disturbo. La seduta arriva ad un momento difficile quando ipotizzo che un trattamento farmacologico possa essere utile per consentire ad Elias di provare a ritornare a scuola, certo non gli fa bene stare in giro tutto il giorno a fare il cretino con il motorino. (Il patentino l'ha preso subito, forse allora non è così stupido come sembra...). Sui farmaci Elias mi affronta a muso duro, dicendo che lui non è malato, qui corro un rischio perché mi viene da tenergli testa con decisione e ribatto che lui è *molto malato*: ma come avrebbe potuto uscire indenne da un incubo che ha devastato la sua gravidanza e i suoi primi anni? Un incubo particolarmente pesante perché lui non può averne alcun ricordo, ma il panico sta tutto dentro il suo corpo, ed è il suo corpo che parla, mobilitandosi con violenza! Elias si alza ed esce incazzato dalla stanza.

Quasi Inaspettatamente i genitori riescono a portarlo alla seconda seduta, quella dedicata alla raccolta della storia familiare. Gianni, il secondo marito della mamma, racconta con molta efficacia di quando ha conosciuto questo bimbo di tre anni, e di come gli si sia affezionato, anche perché anche lui si è sempre sentito la pecora nera della sua famiglia, e in quel paese di montagna non si è mai sentito a casa sua. Il suo matrimonio fallito, la scoperta di essere sterile. È un bell'incontro dove Nina racconta le sue fatiche di figlia per responsabile, spalla di suo padre, con due fratelli scapestrati, i successi economici nel far decollare l'attività di famiglia. Elias è partecipe, si racconta come abbia voluto chiamare subito "papà" Gianni, ricorda come abbia voluto che si sposassero, la bellissima crociera che hanno fatto, viaggio di nozze collettivo con altre coppie con bambini.

Arriviamo così alla prima seduta in équipe, la conduce Stefano Cirillo, ed io lo affianco. Nella preseduta abbiamo deciso di puntare sul confrontare Elias sullo specifico della sua scissione post traumatica: infatti a parole dice di fregarsene del suo padre biologico, ma nei fatti lo mantiene ben presente reincarnandolo: tutto il paese vede in lui quel matto egiziano di Omar, e qui la genetica non c'entra più di tanto. E poi perché Gianni non lo ha adottato? Perché porta ancora il cognome di Omar? Sarà proprio una bella seduta, Elias la conclude chiedendo di andare da qualcuno che gli dia dei farmaci perché vuole tornare

a scuola! Cirillo nel post seduta mi rimprovera: "ma insomma me lo avevi presentato come un mostro, è un ragazzino carinissimo ed intelligente". Grandioso: la potenza della co costruzione della realtà!

Conclusioni

La ricerca che abbiamo davanti passa per il superamento dell'attuale iperindividualismo degli interventi sul trauma. Abbiamo bisogno di più accurate diagnosi sui funzionamenti post traumatici individuali e familiari, e su queste basi sperimentare i più efficaci protocolli di trattamento.

Bibliografia

Cirillo, S., Selvini M., Sorrentino A.M., «Anoressia Restrittiva: una ricerca su 34 casi», in (2011) a cura di P. Chianura, L. Chianura, E. Fuxa, S. Mazzone. *Manuale Clinico di Terapia Familiare. Contributi di ricerca della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia relazionale*, Franco Angeli, Milano.

De Zulueta, F., (1999), *Dal dolore alla violenza*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2009.

Selvini, M., Pasin, E., (2005), "Il follow-up dei pazienti gravi trattati da Mara Selvini Palazzoli e dalle sue équipe. In *Terapia Familiare*, Fascicolo: 79.

Henderson, D., (1975),

Selvini, M. (2014), "Coinvolgere adolescenti riluttanti. L'efficacia di un primo incontro familiare", *Terapia Familiare*, n. 105, luglio, pp. 55-75.

Selvini, M. (2014). Verso un modello evolutivo individuale/sistemico dei disturbi della personalità. *Psicobiattivo*, 2.

Selvini, M. (2014), L'integrazione della diagnosi di personalità e dei funzionamenti post-traumatici nel pensiero sistemico. *Ecologia della Mente*, 37,(1), 49-59.

Selvini, M., Sorrentino, A.M., & Gritti, M.C. (2012). Promuovere la resilienza "individuale-sistemica": un modello a sei fasi. *Psicobiattivo*, 32, 32-51.

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G., & Prata, G. (1975), *Paradosso e controparadosso*. Milano: Cortina.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A.M. (1988). *I giochi psicotici della famiglia*, Milano: Raffaello Cortina.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A.M. (1998). *Ragazze anoressiche e bulimiche*. Milano: Raffaello Cortina.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D.D. (1967). *Pragmatic of human communication*. New York: Norton. (Trad. it.: *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi*, Roma: Astrolabio Ubaldini, 1971).

