

Matteo Selvini, Anna Maria Sorrentino, Maria Chiara Gritti

PROMUOVERE LA RESILIENZA "INDIVIDUALE-SISTEMICA". Un modello a sei fasi

PREMESSA

Li costrutto di resilienza nella letteratura ha ricevuto definizioni diverse, anche perché è stato oggetto di studio di varie discipline psicosociali. Tentando una generalizzazione si potrebbe dire che prende in considerazione la reazione di soggetti e sistemi ad aversità (eventi stressanti) potenzialmente distruttivi o traumatici: non solo si riesce a fare fronte (resistere) ma addirittura a dare avvio a un'evoluzione positiva (Magrin et al., 2006; Bertetti, 2008). Le due ricerche longitudinali più famose riguardano quella minoranza di bambini appartenenti ad una popolazione svantaggiata che riesce ad avere uno sviluppo soddisfacente (Garmezy, 1993; Werner, 1992). Essendo psicoterapeuti ci concentreremo sui processi di resilienza come superamento sano di esperienze potenzialmente traumatiche, come ad esempio potremmo considerare la disorganizzazione dell'attaccamento.

Solo in anni relativamente recenti, il concetto di resilienza ha avuto successo nel campo sistemico. Nel corso del 2000, l'anno successivo al quale Mara Selvini Palazzoli era mancata, Maurizio Andolfi incaricò Matteo Selvini di ricordarla nel Convegno dedicato ai pionieri della terapia familiare (Roma, dicembre 2000). L'aver appena letto il libro di Cyrulnik *Il dolore meraviglioso. Diventare adulti sereni superando i traumi dell'infanzia*, (appena uscito in Francia, edito da Odile Jacob e tempestivamente tradotto in Italia da Frassinelli), divenne una chiave per rileggere il percorso scientifico e la storia personale della Selvini. La riflessione di Matteo Selvini divenne poi un articolo, pubblicato su *Terapia Familiare* (n. 68, marzo 2002) dal titolo "Mara Selvini Palazzoli: un'emblematica storia di resilienza".

In questo primo lavoro, Matteo Selvini mette in luce sia le risorse personali che quelle affettive e relazionali a cui sua madre fece riferimento per

essere resiliente, appunto, cioè per uscire più forte da vicende non facili del proprio sviluppo.

Eventi avversi potenzialmente traumatizzanti possono produrre un disagio più o meno profondo, fino allo sviluppo di sintomatologie invalidanti quali il disturbo da stress post traumatico o, perfino, deformazioni della personalità nelle aree note come le tre F: *fight*, *ipervigilanza*, *stato di allarme*, *flight*, stati dissociativi di scissione della personalità (Van der Hart et al., 2006), *frozen*, stati di congelamento depressione e paralisi, descritti come anche "numbing" nella letteratura recente sul tema (Courtois, Ford, 2009) e collegati ad una condizione relazionale di sottomissione (op. cit. p. 312).

Tuttavia la resilienza ci insegna proprio a conoscere ed a cercare di utilizzare l'estrema complessità dei fenomeni evolutivi ed esistenziali umani: fenomeni dolorosi e negativi sono esperienze comuni e normale dell'essere umano e, se si mantengono entro certi limiti, o se vengono vissuti in contesti relazionali supportivi, possono rappresentare una sfida evolutiva che consente di fare un'esperienza di forza, fino allo sviluppo di speciali attributi.

Cyrulnik fa l'esempio del granello di sabbia che penetra nell'ostrica e la disturba inducendola a produrre una secrezione che da vita ad un oggetto meraviglioso: la perla. La metafora è calzante poiché permette di mettere in luce alcune variabili del processo di resilienza: il sassolino deve essere abbastanza piccolo da disturbare, ma non distruggere il mollusco; la secrezione è una capacità che l'ostrica possiede, l'ambiente marino in cui il bivalve è ambientato deve essere appropriato allo sviluppo delle sue caratteristiche di "mollusco sano".

Quando parliamo di traumi e di resilienza dobbiamo infatti prendere in esame la natura del trauma e la sua valenza disturbante per il soggetto, le dotazioni del soggetto colpito, la condizione e le risorse che l'ambiente relazionale è in grado di rendere disponibili.

Possiamo considerare paradossale che il movimento sistemico e la terapia familiare, noi compresi, si sia occupato in ritardo del concetto di trauma e conseguentemente di resilienza, quando di fatto, prendendo in carico soggetti e famiglie vittime di traumi complessi quali le esperienze sfavorevoli infantili, eravamo continuamente alla presenza di fenomeni che ne erano espressione.

A volte i nostri pazienti narrano storie incredibili, eppure ci dimostrano che possono continuare a vivere col loro ricordo; il solo fatto che abbiano creduto in una terapia è indice della loro capacità resiliente.

E che dire quando vediamo genitori gravemente danneggiati nel loro vissuto di figli che, per amore dei propri figli, tirano fuori capacità inso-

spettate per riparare ai propri errori? Da sempre i terapeuti sistemici sono stati a confronto col tema del trauma e della resilienza. Dobbiamo esser grati agli autori citati, e a molti altri, per averci fornito concetti chiari che possono aiutarci a organizzare la nostra esperienza e quella dei nostri pazienti.

INTEGRARE INDIVIDUALE E RELAZIONALE

Dagli anni duemila una parte del movimento sistemico, tra cui la nostra scuola, ha abbandonato una dimensione rigidamente sistemica per seguire il pensiero della complessità (Morin, 1993), cioè dell'integrazione tra riflessioni sullo sviluppo individuale ed il contesto relazionale in cui questo processo di crescita si determina. La teoria dell'arricchimento col suo *focus* relazionale multididattico costruì l'anello di congiunzione.

Nel campo della resilienza questo portò a vedere chiaramente una serie di implicazioni: la bontà dei legami affettivi, la base sicura, coincidevano con i fattori di protezione; la fiducia nel proprio valore e nelle proprie risorse e diritti, erano il risultato di un positivo sviluppo di Attraccamenti sicuri e rappresentavano il cardine della risposta individuale resiliente di fronte ad avverse vicende (Werner, 1993); la funzione terapeutica della parola, strumento essenziale del processo resiliente, rappresentava l'anima dell'agente terapeutico, sia nella capacità di chiedere aiuto che di condividere l'esperienza dolorosa, rendendola narrabile (Goleman, 1995) e quindi inserendola in un circuito di condivisione che sviluppasse vissuti più allargati di appartenenza fino a dimensioni comunitarie.

Nel campo della resilienza quindi fu facile vedere fattori di tipo individuale quali le dotazioni personali del soggetto: bellezza, intelligenza, forza, temperamento, creatività, associati ad altri più squisitamente relazionali quali presenza di figure protettive, modelli di efficacia nell'affrontare le difficoltà (tutor di resilienza).

Cyrulnik ben definisce i tre piani in cui si struttura il processo resiliente:

- 1) le risorse interne;
- 2) la struttura del trauma ed il suo significato per il soggetto all'interno della cornice familiare e socio-culturale;
- 3) i luoghi dell'affetto e della parola.

Risultò evidente che per gli psicoterapeuti era di fondamentale importanza studiare i fattori di resilienza, anzi essi coincidevano spesso con i fattori terapeutici che promuovevano il cambiamento e la guarigione.

La Walsh, già nell'83 aveva pubblicato riflessioni sull'argomento proponendo strategie terapeutiche orientate in senso sistemico, per promuovere le risorse familiari, ponendo l'accento sulla dimensione relazionale. Nel suo

manuale *La resilienza familiare*, tradotto da Raffaello Cortina Editore nel 2008, l'autrice sottolinea l'interdipendenza tra relazionale e individuale "gravi crisi hanno un impatto sull'intero sistema familiare ed i processi di coping familiare influenzano a loro volta le capacità di recupero e di resilienza di tutti i singoli componenti della famiglia e della famiglia nel suo insieme". Pertanto "gli interventi terapeutici sono tesi a potenziare le risorse della famiglia perché questa sia in grado di gestire in modo efficace le situazioni stressanti e uscire rafforzata dalla crisi" (p. 177). La Walsh con la bella testimonianza della propria esperienza personale dà dimostrazione, nel testo citato, di quanto anche dopo molti anni si possano comprendere e superare le sofferenze passate, che si trasmettono nelle relazioni intergenerazionali.

Il modello sistemico storico si è infatti fortemente contrapposto alle visioni del paziente come "vittima" della sua famiglia e della società, a partire dalle posizioni molto aggressive della scuola inglese di Laing e Cooper (*La morte della famiglia*, 1971). Il classico tema della "colpevolizzazione" fu stemperato ed addolcito per quanto possibile, senza cioè scendere nella cancellazione delle responsabilità relazionali, sia introducendo la connotazione positiva che sottolineava la libertà del paziente nel servire l'omeostasi familiare, sia introducendo il concetto di causalità circolare, che parificava la responsabilità di tutti i membri del sistema familiare. Si veda al proposito la prefazione di Mara Selvini al libro di Cirillo e Di Blasio *La famiglia maltrattante* (1989).

Per contro, sul terreno del trauma la lettura psicoanalitica mostrò un atteggiamento contraddittorio: da una parte fortemente accusatorio verso i genitori (madre schizofrenogenica, "frigorifero" ecc.), dall'altra totalmente assolutorio, definendo la dimensione del trauma come prodotto dell'immaginazione del paziente, sottraendo così alle esperienze avverse la dimensione di realtà. Basti pensare alla ridicolizzazione con cui i kleiniani londinesi accolsero gli studi di Bowlby sulle difficili infanzie dei giovani delinquenti (*Ali Bowlby e i quaranta ladroni*, Atrili G., 2010, p. 46).

La dimensione senza appello del giudizio psicoanalitico e della sua critica profonda alla famiglia reale risiede proprio nel messaggio implicito, rappresentato in maniera simbolica dall'"adozione" del bambino da parte dell'analista che lo prende in carico: estromettendo i genitori dalla dimensione terapeutica e relegandoli in spazi altri: il figlio è trattato in un altrove da cui essi sono allontanati. Questa assenza di un riscatto possibile era contraddetta nella famosa frase che Mara Selvini diceva spesso in risposta alle madri che, angosciate, le chiedevano se il malessere del figlio fosse ascrivibile ai loro errori: "Speriamo Signora, speriamo. Così, da ora in poi Lei potrà rimediare..."

I MERITI E I LIMITI DEL MOVIMENTO SISTEMICO

Tutti i pionieri della terapia familiare si sono contrapposti con forza alla cultura psicoterapeutica dominante negli anni '70 su tre punti essenziali:

- 1) il trauma è reale e la rete familiare è responsabile di quanto è accaduto;
- 2) i familiari possono diventare i migliori co-terapeuti, se aiutati a superare le difficoltà che imbisognano la loro competenza genitoriale (per quanto ci riguarda, vedasi Mara Selvini Palazzoli *et al.*, 1988);
- 3) La narrazione condivisa dei vissuti traumatici e dolorosi ne consente un'elaborazione e scioglie le difese più rigide.

Da questo punto di vista, i protagonisti della terapia familiare possono rivendicare il merito di aver collaborato alla presa in carico degli esiti traumatici. Nel nostro gruppo, ci piace ricordare Cirillo e Di Blasio (1989), Ghezzi e Vadiolonga (1996), Malacrea (1998, 2001), Cirillo (2005), Sorrentino (2006).

Tuttavia, il modello sistemico, nel lodevole sforzo di depatologizzare il paziente, definito designato, si è comportato con una certa diffidenza verso le sottolineature che indicavano un danno soggettivo del paziente, in quanto vittima di dimensioni traumatiche. I pionieri in special modo, hanno perseguito il principio secondo cui il paziente ha le risorse per accedere ad un comportamento adattivo, risorse bloccate o mal utilizzate, ma sempre presenti, combattendo contro il concetto di malattia e la sua reificazione. I limiti del paziente, venivano negati in contrapposizione all'approccio psichiatrico che li attribuiva ad una base genetica che, essendo costituzionale, appariva imm modificabile.

Entrambe le polarizzazioni hanno poi mostrato i propri limiti ed ostacolato processi di integrazione, necessari per un approccio utile al paziente.

Tra i sistemici, in particolare, si era evidenziata una pesante resistenza a riflettere sul soggetto nei termini di formulare una diagnosi individuale, posizione tuttora adottata in filoni costruttivisti o nell'approccio narrativo. Questo rappresentò di fatto un'inibizione ad occuparsi dei traumi e degli esiti che questi comportano sull'adattamento soggettivo. Il dogma della depatologizzazione ha condotto spesso al grave rischio clinico di sottovalutare e banalizzare le sofferenze del paziente che è stato più volte considerato corresponsabile della propria vittimizzazione. Si vedano ad esempio i numerosi casi nei quali vittime infantili di abuso sessuale sono stati considerati "seduttori" precoci, o al limite soggetti piagiati da troppo sollecite figure protettive (Gullotta, 1976).

L'enfasi sul qui ed ora, punto cardine dell'approccio sistemico comunitarista ed interventista aveva inoltre messo in secondo piano la storia di vita del paziente e di tutta la famiglia, annebbiando la necessaria atten-

zione alle trascuratezze infantili e ai drammi adolescenziali che ora, essendo noi terapeuti più aperti all'ascolto, ci sentiamo raccontare.

Ancora attualmente nel campo sistemico permane la difficoltà ad integrare in modo equilibrato la dimensione della disfunzionalità individuale; lo si può constatare con molta chiarezza proprio sul terreno del trauma e della resilienza. Si veda un recente articolo di Lortiedo (2005) che ponendo la resilienza alla base della moderna terapia familiare come strada maestra per la valorizzazione delle risorse, ignora esplicitamente il tema delle reazioni post traumatiche affermando: "Si tratta di ridurre sostanzialmente l'enfasi sulle disfunzionalità del sistema e di attribuire scarso valore alle esperienze dannose e traumatiche subite dalle famiglie..." (p. 18) "per individuare i meccanismi di difesa che hanno consentito di superare...". Un approccio negazionista al trauma che appare gravemente a rischio di ritraumatizzazione secondaria del paziente, oltre che collusivo con processi dissociativi patologici.

IL TABÙ DELLA DIAGNOSI INDIVIDUALE

Alla fine degli anni '80, la nostra équipe dopo la pubblicazione di *Giocchi psicotrici nella famiglia*, cominció a considerare con maggior attenzione i costi emotivi ed i limiti che le condizioni avverse imponevano al paziente. Questo accadde anche grazie al contributo di Cirillo e di Sorrentino, i quali, lavorando alcuni giorni la settimana in ambiti diversi dal Nuovo Centro, si trovarono confrontati con la dimensione traumatica del maltrattamento l'uno (Cirillo, Di Blasio, 1989) e della malattia invalidante l'altra (Sorrentino, 1987). Nelle sedute familiari si sviluppò un miglior ascolto delle dimensioni traumatiche, abbandonando l'atteggiamento "negazionista" precedente, favorendo una condivisione del dolore ed una funzione liberatoria dei vissuti individuali che ripresero ad essere riconosciuti come legittimi, prima ed oltre la necessità di essere superati. Si ponevano così alcune basi che rendevano possibile il nostro contributo al processo resiliente.

Fu un processo utile e liberatorio anche per noi che potevamo valorizzare la nostra componente emotiva, liberandola dalla rigidità dei principi sistemici, permettendoci di dare ascolto e risonanza al dolore che incontravamo, senza rintuzzarlo dentro di noi come qualcosa che il paziente mostra e non necessariamente è (si veda *Paradosso e Controparadosso*, p. 35). Anche noi potevamo permetterci un po' di resilienza!

Tuttavia la nostra capacità di accompagnare il cliente nel prendere coscienza della sua personale elaborazione del trauma rimaneva piuttosto immatura: era infatti più facile per noi cogliere le dimensioni traumatiche connesse alla posizione del paziente nel gioco familiare, quale ed esempio la

triangolazione del figlio nel legame di coppia, che esplorare i vissuti soggettivi: le tecniche di conduzione che si erano sviluppate nella fase precedente, di convocazioni allargate al nucleo, o al limite a sottosistemi quali la coppia e la fratria, non favorivano quella dimensione più intima ed empatica che può essere raggiunta in una seduta individuale. Come altri colleghi italiani, si pensi a Cancrini ed Andolfi per citare solo i capiscuola, iniziammo a sentire la necessità di "risolvere" la diagnosi individuale come strumento per studiare la reazione soggettiva della vittima all'avversità, staccandoci dal modello sistemico purista per recuperare idee sul funzionamento individuale, sulle difese e sulla dimensione espressiva della personalità nel suo complesso, asprati nei quali il funzionamento dissociativo di origine post-traumatica acquisisce una rilevanza particolare.

Il primo lavoro dove si mettevano in relazione le idee sistemiche (il comportamento dei familiari) con la soggettiva elaborazione del paziente è quello di Marteo Selvini (1994) sui segreti familiari. In esso si osservava come molti gravi pazienti fossero tenuti all'oscuro dagli intimi, ben prima di diventare sintomatici, di pesanti segreti che riguardavano la loro vita o quella di familiari di primo grado, favorendo percezioni erronee della realtà relazionale in cui erano immersi. Ciò che colpì Selvini, e che illustrò nel lavoro, fu però la differente manovra difensiva che il paziente sviluppava per reagire alle incongruenze percettive, difese che andavano dall'idealizzazione, o demonizzazione dei familiari, all'agitata confusione, alla stolidità dimensionale di ottundimento, in una sorta di parallela osservazione delle tre F citate.

Il processo di integrazione tra la dimensione individuale e sistemica era iniziato, culminando poi, anni dopo, con la pubblicazione del libro che concluse la produzione scientifica di Mara Selvini come responsabile del nostro gruppo di lavoro, *Ragazze anoresichiche e bulimiche* (1998). In questo libro sentimmo che il suggerimento di Morin sul "pensare per andirivieni, non o, o, ma e," aveva trovato espressione.

Le importanti cerniere teoriche che ci erano state utili erano rappresentate dalla teoria dell'attaccamento e dalla sua declinazione ad opera degli psicologi dello sviluppo (Stern, 1985), con la loro attenzione alle fasi dello sviluppo relazionale, base per la costruzione del sentimento di Sé e delle aspettative sul mondo. La descrizione fenomenica delle organizzazioni della personalità, proposte dal DSM-III-R e successivamente dal chiaro secondo asse del DSM-IV ci offrirono una griglia descrittiva per inquadrare le differenti risposte difensive.

L'ABBANDONO DELLA RIGIDITÀ DELLE CONVOCAZIONI ALLARGATE E DEL DOGMA DELLA TERAPIA BREVE

Parallelamente a queste consapevolezza si fece strada la necessità di adeguare la tecnica e la prassi alle nuove convinzioni. Il primo cambiamento fu rappresentato da una flessibilizzazione delle convocazioni che dopo una fase di sedute familiari consentì l'esplorazione di dimensioni individuali fino a percorsi terapeutici consenti di lunga durata. Al presente pratichiamo terapie individuali con allargamenti concordati a familiari significativi anche per pazienti gravi, purché si verifichino condizioni adeguate (Canevaro, 2009; Bertini, Sorrentino, 2011).

Questo mutamento della pratica clinica favorì moltissimo il contatto di noi terapeuti sistemici con i contenuti traumatici e con i segreti che non venivano rivelati nella seduta familiare congiunta.

Ad esempio nella raccolta di follow up, riportato in *Ragazze anoresichiche e bulimiche* (Selvini Palazzoli et al., 1998, p. 57) una delle intervistate racconta la negatività della sua esperienza di terapia familiare dove non si era sentita protetta e non aveva potuto perciò rivelare l'abuso sessuale subito dal padre quando aveva quattro anni. Ne aveva parlato in precedenza alla madre, ma non era stata creduta, né questa ne aveva fatto cenno in seduta. Si era sentita disprezzata di poter essere ascoltata ora che, per giunta, erano presenti i fratelli minori ed il padre stesso. Pertanto aveva taciuto il proprio trauma, non ricevendo alcun aiuto dalla terapia.

Questo emblematico esempio fece riflettere sul problema della messa in protezione del paziente prima di poter accedere a contenuti traumatici, oltre naturalmente alla necessità di favorire contesti sicuri dove l'espressione sia possibile e in qualche modo facilitata.

In *Paradosso e controparadosso* (1975) vi era il dogma delle terapie brevi, le fantomatiche 10 sedute, difficili da praticare quando si riorganizza il percorso terapeutico in setting multifocali, dove si ritiene utile dare spazi alla famiglia, ma anche ai sottosistemi ed ai percorsi individuali.

L'illusione dell'intervento risolutore così come allora era concepito, ha provocato sicuramente danni sul terreno dei traumi con interventi precoci di condivisione/svelamento in famiglie ostili verso il paziente o diretti a pazienti in fasi di scompensazione che non erano in grado di reggerne l'impatto emotivo.

All'epoca, l'ambiente psichiatrico infatti accusava con qualche fondamento la terapia familiare di provocare scompensi nei pazienti, non tenendo in conto la loro fragilità. Uno di noi ricorda l'amara esperienza di una seduta con un adolescente confuso e impulsivo, con un problema di omosessualità, in cui la madre prese a pretesto questo contenuto per attaccare ferocemente il padre accusando la di lui famiglia di aver abusato del ragaz-

zo ad opera di un cugino. La rissa che si scatenò non fu per il paziente di alcun giovamento. Né questo intervento favorì in alcun modo la terapia.

La terapia familiare storica tendeva a focalizzarsi sui traumi vissuti dai genitori, lasciando il paziente ai margini della terapia, quasi fosse un burattino agito dai giochi familiari. Il paziente veniva in qualche modo sollecitato precocemente a perdonare i danni subiti, prima di poter esprimere la propria legittima protesta. Il merito di questo processo è certamente quello di mettere in crisi le figure genitoriali, sintonizzandole con la propria sofferenza e sollecitandole ad iniziare un processo di revisione terapeutica della propria vita. Ma è certamente necessario rispettare il protagonismo del paziente per consentirgli di dar voce al proprio disagio, per favorire una elaborazione successiva, spontanea, della condivisione dell'umana debolezza con i genitori.

Questo processo di far emergere i traumi dei genitori fu anche alla base di alcuni successi delle terapie familiari, ma dobbiamo riconoscere che allora procedevamo intuitivamente ed ora, con il contributo dei colleghi che hanno approfondito i temi traumatici, oltre che con le recenti, per noi, acquisizioni della metodica EMDR, ci sentiamo di operare in modo più strutturato e, speriamo, più efficace.

LE FASI PER SUPERARE IL TRAUMA

Cerchiamo ora di abbandonare la dimensione storica per tentare di sintetizzare il processo che ci aiuta a trattare i temi resilienti.

PRIMA FASE. RICONOSCERE L'ESISTENZA DI UN TRAUMA IRRISOLTO

Il primo passo appare ovvio e tuttavia non lo è: *riconoscere l'origine della sofferenza che il soggetto sta sperimentando.*

Fenomeni di misconoscimento di stati post-traumatici, operati dal paziente stesso e dai familiari per atteggiamenti poco protettivi e, successivamente al manifestarsi del danno, per niente riparativi, non sono infrequenti.

Ma di più, dimensioni di sotto valutazione vengono a volte espressi dagli stessi curanti e danno vita a ri-traumatizzazioni.

Ricordiamo una ragazza molto compromessa, che ci fu portata anni fa, per condotte pericolosamente distruttive: alternava ritiri drammatici di giorni, in cui stava rinchiusa nella propria stanza con le tapparelle abbassate e le cuffie nelle orecchie senza nutrirsi, ad altri giorni in cui si offriva sessualmente ad estranei nelle stazioni o sulla pubblica via, rischiando la propria incolumità.

Il padre, un dirigente, non si dava ragione della cosa: la disprezzava e l'aggrediva violentemente esasperato dalla condotta inaccettabile della

figlia, condotta che viveva come un attacco personale. La terapia era vista come estrema ratio, ma la ragazza non voleva collaborare: stava silenziosa in seduta con i folti capelli sugli occhi in modo che il volto non fosse visibile. La famiglia mostrava numerose aree disfunzionali, ma il quadro relazionale e le singole personalità non davano ragione della gravità del quadro della paziente. Con molta pazienza, mettendo il padre sullo sfondo con la consegna di inibire i comportamenti persecutori e offrendo sedure della coppia madre e figlia prima, ed individuali poi, quando la diffidenza della paziente si era ridotta, fu possibile ricostruire il nucleo traumatico iniziale, addebitabile ad un abuso sessuale precoce e protratto da parte del marito della balla a cui era stata affidata, abuso conclusosi dopo una grave e ripugnante malattia dell'abusante che la piccola, non protetta dai genitori, aveva dovuto condividere "per non lasciarlo solo a deprimersi"! La bambina aveva reagito al miscuglio di ripugnanza e colpa che l'aveva invasa tentando una scissione. Per anni era stata una brava bambina, appiccicata al padre e alle sue proposte iperadeguate (oratorio, scout ecc.), ma quando l'adolescenza era giunta con le sue esigenze e pulsionalità il conflitto interno si era ripresentato. La disorganizzazione del comportamento della figlia aveva sconcertato il padre che aveva reagito in maniera distorta, divenendo a propria volta un persecutore che la pedinava, la picchiava con violenza, la umiliava. Nessuno era a conoscenza dell'abuso, e, nonostante l'abusante avesse avuto con altri in precedenza comportamenti sospetti fino ad avere pendenze con la giustizia, nessuno si era interrogato sull'opportunità di affidargli la bambina, né poi di interrogarsi su cosa potesse essere successo quando la ragazza diede i segni aperti del malessere.

Il ritiro depressivo e l'eccitamento maniacale "per sentirsi viva e padrona dell'iniziativa, non vittima impotente" non avevano suscitato sospetti né nei genitori, né nei curanti, che avevano letto la sintomatologia nell'area dello scompensamento psichiatrico. La sofferenza specifica del vissuto della paziente era di essere un oggetto senza valore, che non importava ad alcuno, non ai genitori, che l'avevano tenuta vicina solo quando lei soddisfaceva le loro aspettative, non per se stessa che si sentiva un essere de animato, non per un possibile amore che si rappresentava solo come un prevaricato-re o al massimo come un soggetto da dominare per impedirgli di sottrarre.

La chiusura depressiva, oltre alla difficoltà di dirsi, rappresentavano gli ostacoli maggiori al lavoro terapeutico.

Uno dei primi utili provvedimenti di presa in carico terapeutica fu quello di fornire ai genitori, una volta identificato il problema, una sorta di *videmecum* psicopedagogico ed esplicativo sui vissuti traumatici, sul vissuto soggettivo della bambina che la paziente era stata, sui tentativi falli-

mentari di rimozione dei ricordi rappresentati dalle condotte sintomatiche. Ciò al fine di far cessare l'ostilità verso la paziente, generando un vissuto protettivo di accettazione del suo malessere. Solo successivamente si tentò di far riflettere i genitori, il padre in particolare, sulle sue responsabilità circa la mancata tutela della figlia e l'inappropriatezza dei comportamenti violenti con cui aveva reagito. La madre purtroppo fu un interlocutore debole della terapia. Nei colloqui individuali raccontò di un abuso da parte di un vicino di casa dai suoi sei ai suoi dodici anni, che lei presentava come "il suo innamorato" nonostante avesse più di sessant'anni, negando a se stessa la coscienza di essere stata oggetto di sfruttamento. Fu necessario quindi far anche con lei un lavoro parallelo per aiutarla a superare il proprio ottundimento che la faceva apparire vacua e superficiale, a differenza della figlia i cui toni intensamente drammatici mostravano l'inrensità passionale sia del suo temperamento combattivo che della violenza con cui era stata trattata.

È quindi molto utile occuparsi del trauma in modo educativo, utilizzando all'occorrenza pubblicazioni preparate per questo scopo, quali ad esempio *Parliamo di te* (Malacrea, Pessina, 2008) e *Liberarsi* (Ainscough e Toon, 1997).

Molte dipendenze possono essere collegate alle difficoltà del soggetto nel sostenere una difesa dissociativa, quando cioè "distrarsi" da stati mentali dolorosi diventa difficile senza ricorrere a sostanze o a forti emozioni.

SECONDA FASE. LA MESSA IN SICUREZZA DELLA VITTIMA: FERMA-RE IL TRAUMA

Questo concetto può essere diversamente declinato, vuoi con l'espressione bowlbiana di fornire una base sicura. O, per parafrasare Winnicott, offrire alla vittima una dimensione di "holding" che la faccia sentire protetta. Cyrulnik definisce questa figura tutor di resilienza.

Nel caso illustrato utilizzammo in prima istanza la madre della ragazza, mentre la terapeuta, nelle sedute individuali cercava di supportarla a rappresentare per la figlia una base sicura, offrendo la relazione terapeutica ad entrambe come rinforzo e sostegno. Assai diverso è offrire il terapeuta come unico referente senza contare sulla presenza di un familiare. Il terapeuta non vive la quotidianità, né può essere sempre disponibile: anche in quel caso, molto meglio disporre per la messa in sicurezza di una madre debole che di un terapeuta forte. Parafrasando Morin, nulla vieta di puntare su entrambi i poli di supporto, escludendo l'assurda scelta di optare o per l'uno o per l'altro. Nella terapia familiare si punta a costruire una cordata di sostegno.

Nella lunga esperienza con le famiglie traumatizzate da eventi esistenziali gravi quali le malattie di figli condannati all'invalidità, Sorrentino ha imparato

che l'essere umano è in grado di tollerare sventure se non è solo. I curanti ad esempio non dovrebbero dare mai cattive notizie ad una persona da sola, senza accertarsi che qualcuno possa essere con lei a dividerne il dolore. Solo così è possibile riconoscere la propria sofferenza, piangerla e poi anche superarla, se cioè la necessità di sopravvivere ad essa non richiede di arrivare risposte difensive che ci irrigidiscono. In caso contrario, gli effetti del trauma, inabissati nella coscienza, tendono a perpetuarsi. Chi si è confrontato con la disabilita sa come dopo molti anni sia possibile trovare dolori irrisolti in genitori che ricordano, come fosse ora, il momento in cui la diagnosi del figlio è stata loro consegnata senza attivare questa rete di sostegno (Sorrentino 2006).

Si possono distinguere due aree di crisi della sicurezza del paziente:

- 1) quella relativamente più interna al paziente stesso provocata dalla perdita di controllo sulla sofferenza, il cosiddetto scompensamento;
- 2) quella relativamente più reattiva alle risposte negative dei familiari, studiate dalla terapia familiare nelle ricerche sull'emotività espresa: ostilità e invadenza squalificante.

L'esito positivo dell'intervento richiede tuttavia che il paziente si lasci avvicinare, accetti con fiducia la disponibilità umana di coloro che gliela offrono, condizione che non sempre si verifica.

TERZA FASE. LA CONDIVISIONE DEL DOLORE

È fondamentale dare parole al dolore, narrarlo, per superare i vissuti di impotenza, terrore e solitudine. Spesso i pazienti mostrano una sorta di riserbo nell'esprimere aspetti dolorosi e, quando si decidono a farlo, a volte noi terapeuti ce ne difendiamo perché condividere la sofferenza è un'attività faticosa da cui siamo spinti a prendere le distanze.

Il racconto dei pazienti si limita spesso ad un titolo: "Sono stata violentata dal mio insegnante di ginnastica" e, se siamo sicuri che è giunto il momento e sono garantite le condizioni precedentemente descritte, dobbiamo accompagnare il paziente ad andare al di là del "titolo", rivivendo le emozioni e le cognizioni del trauma originario in un racconto dettagliato, che permetta al terapeuta di sentirsi veramente coinvolto, accompagnato per mano dal suo paziente sul luogo e nell'animo di coloro che il trauma hanno vissuto. Naturalmente il racconto del trauma non può riguardare il solo terapeuta, ma deve essere diretto a coloro che rappresentano i naturali interlocutori del paziente, in pratica la sua rete affettiva.

Compito del terapeuta è rendere costoro capaci di ascolto empatico, sostenendo ad un tempo il paziente nel narrare. Il soggetto traumatizzato arriva spesso con molta fatica ad aprirsi alla condivisione. È possibile che i suoi primi, magari antichi, tentativi siano risultati ri-traumatizzanti: non è stato creduto o è stato deriso!

Cyrulnik sottolinea che il trauma colpisce due volte: la prima quando avviene, e la seconda quando qualcuno viene esposto alla sua narrazione: l'ascoltatore può essere traumatizzante arrivando all'estremo di colpevolizzare la vittima, riducendola al silenzio o al contrario, favorendo con la drammatizzazione un vissuto di impotente invalidazione della persona colpita, come se l'identità di questa si riducesse al suo essere vittima, senza alternative.

QUARTA FASE. COSTRUIRE UN RACCONTO COERENTE ED EQUILIBRATO

Il terapeuta deve quindi lavorare su due fronti. Su quello del paziente, deve aiutarlo a sfuggire alle polarizzazioni estreme: la drammatizzazione/esagerazione che, con le sue note istrioniche, smuoverebbe negli interlocutori atteggiamenti di irritazione/banalizzazione/squalifica del tipo "ma cosa sarà mai" o al contrario, contrastare la banalizzazione del paziente stesso ed insieme la sua tendenza ad autocolpevolizzarsi. Abbiamo già visto il caso della bimba di sei anni innamorata del vecchietto!!

Sull'altro fronte il terapeuta deve lavorare sulla rete affettiva del paziente aiutandolo ad essere capaci di un ascolto davvero empatico.

Il terapeuta deve aiutare i suoi interlocutori a trovare un equilibrio tra il guardare la realtà in faccia, senza ignorare le proprie risorse per individuare alternative necessarie per vedere oltre.

Le relazioni con i pari, coniugi, amici, fratelli sono, su questo versante più efficaci delle relazioni genitoriali, che tendono ad enfatizzare gli aspetti protettivi, anziché gli aspetti evolutivi di superamento. Entrambe le modalità di supporto affettivo vanno utilizzate, tenendo in considerazione le età e i bisogni affettivi del paziente.

Agevolare nel paziente la costruzione e la condivisione di un racconto equilibrato favorisce l'innescarsi di un altro elemento chiave per l'elaborazione di un trauma, ovvero "la capacità di scoprire un senso, una coerenza". Laddove venga consapevolmente attivata, la dimensione di senso diventa un importante motore di resilienza che consente di costruire un ponte tra quanto precedentemente acquisito in termini di risorse personali o ambientali e rilanciarlo in termini progettuali di sviluppo (Magrin *et al.*, 2006).

QUINTA FASE. MAI ESSERE VITTIMA

Si tratta di uscire dalla posizione di vittima impotente di fronte al trauma.

Un primo passo in questa direzione è già compiuto quando il soggetto decide di raccontare chiedendo implicitamente ascolto e aiuto. Raccontare significa darsi, cosa che nei bambini può voler dire designare, mimare, rap-

presentare su un giocattolo quanto avvenuto o, nell'adulto, può voler dire spiegare i propri sintomi e la loro dinamica emotiva, connessa a ciò che è accaduto o esprimersi in forme artistiche per immagini o scrittura.

Tuttavia il passaggio cruciale di questa fase è rappresentato dalla capacità di confrontare gli abusanti rispetto al danno ricevuto. Nei casi raccontati in precedenza, dove effettivamente il danno era connesso ad un comportamento delittuoso, la cosa non fu possibile perché i soggetti erano morti essendo trascorsi molti anni. Questo può rappresentare un handicap per le vittime che faticano ad oggettivare l'ingiustizia ricevuta. A questo scopo è bene incoraggiare la denuncia alla struttura giudiziaria, anche se spesso si ha il dubbio che la procedura comporti una ri-traumatizzazione. Rimane il fatto che si rende necessario un riconoscimento sociale del danno ricevuto, una testimonianza che, nel caso delle sventure esistenziali, quali i lurti e le malattie, che colpiscono "ingiustamente" può essere affidato alla ritualità sociale dei funerali e della sollecitudine che le disgrazie e le perdite suscitano intorno alle vittime della vita. Anche la struttura sanitaria ed in ultima istanza lo Stato possono esercitare questa funzione di riconoscimento del danno, offrendo supporti, sostegni economici: può essere favorito l'associazionismo per il perseguimento di rivendicazioni, garantendo pensioni di invalidità, insomma sottoscrivendo una condizione di eccezione, meritevole di sostegno e risarcimento.

Nel caso di traumi legati a comportamenti manchevoli o delittuosi, lo scopo di una confrontazione in presenza di un testimone autorevole mira a far sperimentare al soggetto un vissuto di forza connesso ai propri diritti negati ingiustamente, premessa necessaria dei vissuti di competenza che debbono essere ripristinati per mobilitare risposte resilienti.

Uno degli scriventi ricorda il caso di una professionista, che riferì di un abuso da parte del parroco del suo paese quando era adolescente, abuso confermato da un epistolario autografo che la donna aveva conservato. La strada giudiziaria era a portata di mano, ma la posizione di carriera della ragazza avrebbe comportato per lei un danno per l'inevitabile esposizione pubblica che la denuncia comportava. La terapeuta le fece scegliere un sacerdote di sua fiducia, che convocato, fu informato dei fatti e pregato di fungere da testimone presso il vescovo e presso l'abusante a cui la ragazza avrebbe portato le proprie giuste recriminazioni. Si procedette quindi prima col l'autorità vescovile, che comprese di essere sull'orlo dell'ennesimo scandalo, e quindi sollecitamente provvide ad una rimozione dell'abusante, e poi con un confronto diretto vittima-abusante. Questi ammise le proprie responsabilità in presenza del confratello e dell'autorità. Questo procedere rappresentò un compromesso tra il tacere ed ottenere giustizia, inibendo, si spera, il perpetuarsi del danno su ulteriori vittime innocenti. Permise tuttavia alla

paziente di "alzare la testa", reggere il conflitto, sentendosi protagonista e rifuggendo confusi pensieri che la travagliavano con vissuti di "grande seduttrice" alternati ad altri di impotenza.

Sono infatti molteplici le ricerche sulla salute e sulla resilienza che hanno mostrato l'impatto protettivo di tratti attivi e protagonisti del soggetto quali "ottimismo disposizionale" (Scheier e Carver, 1992), "autoefficacia" (Bandura, 1997), "autostima" (Rosenberg, 1965), "*locus of control* interno" (Rotter, 1966), impegno, controllo e sfida" (Kobasa *et al.*, 1982).

SESTA FASE. RICONCILIAZIONE

Quest'ultimo passaggio, non sempre possibile, tuttavia profondamente benefico, non è indispensabile per promuovere un processo resiliente. È possibile infatti lasciarsi alle spalle i fatti traumatici, voltando pagina, purché questo non ci catturi in una spirale di rancore e di ossessione vendicativa.

Nei casi in cui è possibile invece perdonare e riconciliarsi, siamo quasi sempre in presenza di soggetti con uno sviluppo personale relativamente integro al momento dell'impatto traumatico e sufficientemente strutturati, di età che, al momento del fenomeno avverso, avevano superato la prima infanzia. In questo caso il terapeuta deve vigilare che questi atteggiamenti non si presentino precocemente, cioè prima che la rabbia ed il dolore abbiano avuto espressione; in questo caso infatti, un troppo facile perdono può rappresentare una "fuga in avanti" che può lasciare insoddisfatti.

Un'autentica riconciliazione comporta il raggiungimento di una dimensione di consapevolezza che tiene ad un tempo presente alla coscienza sia il limite dell'abusante (come anche l'imprevedibilità della vita, e la fragile realtà dell'umana esistenza) che il proprio limite di vittima che non sa proteggere se stessa, esponendo l'altro nella tentazione di approfittarne. Richiede insomma un complesso bilancio esistenziale che ci pacifica con noi stessi, oltre che con gli altri.

Recentemente abbiamo avuto in carico una famiglia dove il comportamento reattivo dei figli appena adolescenti si esprimeva con risse pericolose tra di loro che suscitavano nei genitori una reazione a catena dove la madre, professionista affermata sempre presa dalle sue cose, chiamava in causa il padre dei ragazzi che esplodeva in comportamenti inaccettabili per violenza e imprevedibilità. La situazione si presentava grave per le condotte esplosive, l'ostilità dei figli, l'inconsistenza dei genitori, entrambi personalità immature e problematiche. Nel lavoro individuale col padre, alterato a sedurre di coppia, dopo aver preteso che questi consultasse uno psichiatra e si sottoponesse ad una terapia farmacologica che lo aiutasse nella gestione degli impulsi, si indagò la sua storia infantile. Emerse un quadro

di grave trascuratezza al limite del maltrattamento ad opera della madre, persona con aspetti sintomatici importanti fin dalla vita adulta. Il racconto della solitudine di bambino e dell'abbandono in cui era cresciuto, senza poter contare su persone della rete familiare, residenti altrove, commosse la terapeuta, che propose una convocazione con l'anziana signora. Risultò che questa era colpita da una demenza senile che la relegava nel suo mondo, rendendola incapace di badare a se stessa. Il marito, padre del nostro interlocutore, pose il veto a questa convocazione che avrebbe potuto danneggiare il precario equilibrio della donna. La possibilità quindi di un confronto sembrava negato, perciò non rimaneva che tentare un'archiviazione.

Durante un lungo spostamento in macchina tempo dopo, nel quale il nostro paziente accompagnò la madre, l'uomo trovò il coraggio di parlarle. Con garbo le ricordò gli episodi più traumatici chiedendole se ne aveva memoria. La donna si dimostrò lucida in queste ricostruzioni, diede al figlio particolari che lui non conosceva a giustificazione delle sue gravi mancanze, e gli chiese perdono. L'uomo tornò riconciliato con lei e, io credo, con se stesso e la propria difficile paternità.

Premesse necessarie di questi passaggi sono le attitudini autocritiche del paziente stesso e dei familiari, la capacità di un confronto cooperativo, al di là di contegni puramente aggressivi, ma anche la capacità, che in qualche caso è inevitabile, di accettare ciò che non può più essere cambiato.

Quest'ultima fase richiede che chi ha causato o consentito il trauma sappia autenticamente mettersi nei panni della vittima, chiedere sinceramente perdono (Canevaro, 2009, pp. 67-75), offrire una forma di riparazione (vedi i tribunali sudafricani). Anche la vittima dev'essere capace di mettersi dal punto di vista dei colpevoli abbandonando il rancore, l'odio e l'ossessione della vendetta.

CONCLUSIONI

Crediamo che costruire un modello a sei fasi dei processi di resilienza aiuti ad uscire dall'approccio un po' aneddotico e poco organizzato che caratterizza una parte della letteratura su questo tema. In particolare ci è parso essenziale mettere a punto un intervento teso sia a promuovere fattori di resilienza individuali (concedendo al paziente uno spazio di riconoscimento della sofferenza e rielaborazione personale del trauma) che fattori di resilienza familiari (mobilitando la famiglia come cordata di sostegno per abbattere lo stigma che sempre il trauma produce promuovendo chiarezza e condivisione). L'intento è quello di combattere la tendenza di precedenti contributi a polarizzarsi sulla resilienza del singolo (Bonanno, 2004) piuttosto che su quella del sistema familiare (Loriedo, 2005; Walsh, 2008) offrendo una prospettiva finalizzata all'integrazione delle risorse.

Un altro vantaggio del modello è riconducibile alla sua applicabilità. I progetti relativi al potenziamento della resilienza si sono finora focalizzati o sull'infanzia e adolescenza (Vanistendael e Lecomte, 2000; Richardson e Gray, 1999; Grotberg, 1995) o sull'età adulta (Bonanno, 2004). Lo strumento proposto è invece utilizzabile con soggetti appartenenti a diverse fasce d'età (dall'infanzia all'età adulta).

Infine, utilizzando sempre la logica dell'integrazione, il presente contributo rappresenta il tentativo di coniugare i contributi della letteratura sul trattamento del trauma, ambito clinico focalizzato sulla cura del disagio, con studi più recenti afferenti ad una nuova branca della psicologia (*positive psychology*) focalizzati sull'individuazione delle risorse e sullo sviluppo delle potenzialità dell'individuo.

BIBLIOGRAFIA

- Ainscough C., Toon K. (1993) *Liberarsi. Adulti che hanno subito abusi sessuali nell'infanzia*, Calderini, Bologna, 1997
- Arti G. (2010) *Storia e sviluppi della teoria dell'attaccamento*, in Onnis L. (a cura di), *Legami che creano, legami che curano*, Bollati Boringhieri, Torino
- Bandura A. (1997) *Self-efficacy: The exercise of control*, Freeman, New York
- Berrini R., Sorrentino A.M. (2011) "I colloqui di presa in carico nella terapia individuale relazionale-sistemica", *Terapia Familiare*, 95, 5-17
- Bertetti B. (2008) *Oltre il maltrattamento: La resilienza come capacità di superare il trauma*, FrancoAngeli, Milano
- Bonanno G.A. (2004) "Loss, trauma and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events?", *American Psychologist*, 59, 20-28
- Bowlby J. (1944) "Forty-four juvenile thieves: Their characters and home life", *International Journal of Psychoanalysis*, 25, 19-52, 107-127. Ristampato *Forty-four Juvenile Thieves: Their Characters and Home Life*, Tindall and Cox Bailliere, London, 1946
- Canevaro A. (2009) *Quando volano i corronari. Terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi*, Borla, Roma
- Cirillo S. (2005) *Cattivi genitori*, Raffaello Cortina Milano
- Cirillo S. (2009) "Il bambino abusato diventa adulto: riflessioni su alcune situazioni trattate", *Terapia Familiare*, 91, 161-182
- Cirillo S., Di Blasio P. (1989) *La famiglia maltrattante. Diagnosi e terapia*, Raffaello Cortina, Milano
- Courtois C.A., Ford J.D. (eds.) (2009) *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*, The Guilford Press, New York
- Cyrułnik B. (1999) *Il dolore meraviglioso* (trad. it. Frassinelli, Roma, 2000)
- Cyrułnik B. (2001) *Les vilains petits canards*, Odile Jacob, Paris
- Cyrułnik B. (2008) *Autobiografia di uno sventurato* (trad. it. Raffaello Cortina, Milano, 2009)

- Garmezy N. (1993) "Children in poverty: Resilience despite risk", *Psychiatry*, 56, 127-136.
- Ghezzi D., Vadiolonga E. (1996) *La tutela del minore*, Raffaello Cortina, Milano
- Goleman D. (1995) *Emotional intelligence*, Bantam Books, New York
- Grotberg E.H. (1995) *A guide to promoting resilience in children: Strengthening the human spirit*, The Bernard van Leer Foundation, The Hague, Netherlands
- Gullotta G. (1976) *La vittima*, Giuffrè, Milano
- Herman J. (1992) *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo* (trad. it. Magi, Roma, 2005)
- Kobasa S.C., Maddi S.R., Kahn S. (1982) "Hardiness and health: a prospective study", *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 168-77
- Laing R.D., Cooper D. (1970) *La morte della famiglia* (trad. it. Einaudi, Torino, 1971)
- Loriedo C. (2005) "Resilienza e fattori di protezione nella psicoterapia familiare sistemica", *Rivista di Psicoterapia Relazionale*, 2, 5-29.
- Magrin M.E., Srignarò M., Viganò V. (2006) "Fattori di resilienza e benessere psicologico", *Psicologia della salute*, 1, 9-24.
- Malacrea M. (1998), *Trauma e riparazione. La cura dell'abuso sessuale nell'infanzia*, Cortina, Milano
- Malacrea M. (2001) *Bambini abusati*, Raffaello Cortina, Milano
- Malacrea M., Pessina C. (2008) *Parliamo di te*, materiale psicopedagogico del Centro TIAMA di Milano
- Mastorilli G. (2005) "La regolazione delle emozioni: inibizione ed espressione degli eventi emotivi traumatici. Implicazioni cliniche ed effetti sulla salute dell'individuo", *Psicoterapia ed Istituzioni*, 1, 7-28.
- Morin E. (1993) *Introduzione al pensiero complesso. Gli strumenti per affrontare la sfida della complessità* (trad. it. a cura di M. Corbani, Spretling & Kupfer, Milano, 1993)
- Richardson G.E., Gray D. (1999) *Resilient youth*, in N. Henderson, Benard B., Sharp-Light N. (eds.), *Resiliency in action*, Resiliency in Action Inc., San Diego (Ca)
- Rimè B. (1995) *Mental rumination, social sharing and the recovery from emotional experience*, in J.W. Pennebaker (ed.), *Emotion, disclosure, and health*, American Psychological Association, Washington, DC, pp. 271-291
- Rosenberg M. (1965) *Society and the adolescent self-image*, Princeton University Press, Princeton, NJ
- Rotter J.B. (1966) "Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement", *Psychological Monographs*, 33(1), 300-303
- Scheier M.F., Carver C.S. (1992) "Effects on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update", *Cognitive and Therapy Research*, 16, 201-228
- Selvini M. (1994) "Segreti familiari: quando il paziente non sa", *Terapia Familiare*, 45, 5-17
- Selvini M. (2002) "Mara Selvini Palazzoli: un'emblematica storia di resilienza", *Terapia Familiare*, 68, 127-136

- Selvini Palazzoli M. et al. (1975) *Paradosso e Controparadosso*, Feltrinelli, Milano
- Selvini Palazzoli M. et al. (1988) *I giochi psicotici nella famiglia*, Raffaello Cortina, Milano
- Selvini Palazzoli M., Cirillo S., Sorrentino A.M. (1998) *Ragazze anoressiche e bulimiche. La terapia familiare*, Raffaello Cortina, Milano
- Sorrentino A.M. (2006) *Figli disabili. La famiglia di fronte all'handicap*, Raffaello Cortina, Milano
- Sorrentino A.M. (2010) *Promouvoir la resilience dans les familles d'enfant deficiente*, in M. Delage, B. Cyrulnik (a cura di), *Famille et resilience*, Editore Odill Jacob, Paris, pp. 225-240
- Stern D.N. (1985) *Il mondo interpersonale del bambino* (trad. it. Bollati Boringhieri, Torino, 1987)
- Vanistendael S., Lecomte J. (2000) *Le bonheur est toujours possible*, Bayard, Paris
- Var Der Hart O. et al. (2006) *Fantasmi nel Sé. Trauma e trattamento della dissociazione strumentale* (trad. it. Raffaello Cortina, Milano, 2011)
- Walsh F. (2006) *La resilienza familiare* (trad. it. Raffaello Cortina, Milano, 2008)
- Werner E. (1993) "Risk resilience and recovery: Perspectives from the kauai longitudinal study", *Development and Psychopathology*, 5, 503-515
- Werner E., Smith R.S. (1992) *Overcoming the odds: High risk children for birth to adulthood*, Cornell University Press, Ithaca (NY)
- Winnicott D. (1960) "The theory of the parent-child relationship", *International Journal of Psychoanalysis*, 41, 585-595

RIASSUNTO. Nella prima parte dell'articolo gli autori discutono delle difficoltà della psicoterapia in generale, e di quella sistemica in particolare, nell'affrontare il tema della resilienza vale a dire del trauma e del suo superamento. Difficoltà dei sistemi prevalentemente legate al totem della depatologizzazione ed al conseguente tabù della diagnosi. Nella seconda parte viene delineato un percorso tipico o ideale in sei fasi per l'elaborazione dei traumi, quale guida per valutazioni cliniche che consentono un processo terapeutico organizzato e strutturato.

Parole chiave: reazioni post-traumatiche individuali; riconoscimento del trauma; messa in sicurezza; cordata di sostegno; mai essere vittima.

PROMOTING THE "PERSONAL-SYSTEMIC" RESILIENCE. A six-steps model

SUMMARY. In the first part of the paper the authors discuss the difficulties of psychotherapy in general and systemic psychotherapy in particular in dealing with the theme of resilience and so of the trauma, and overcoming it.

The difficulties are related to the totem of depathologization and to the consequent taboo of diagnosis.

In the second part a typical or ideal six-steps pathway for elaboration of trauma is outlined as a guidance for clinical assessment which allows a structured therapeutic process.

Key Words: Post-traumatic Reactions; Re-establishment of the Safety; Acknowledgement of Trauma; Support Network; Never to Be a Victim.