

Commento ai quattro articoli di Linares

Matteo Selvini

(bozza del 13 gennaio 2015)

PREMESSA

Le ricerche di Linares sono molto importanti perché arricchiscono la riflessione sistemica anche al di fuori di quelli che fino ad oggi sono stati i suoi più comuni ambiti di applicazione: come l'anoressia restrittiva (Selvini Palazzoli et al 1998), la tossicodipendenza (Cancrini,1982) o il maltrattamento all'infanzia (Cirillo, 2005). Infatti sui temi clinici della depressione, del disturbo bipolare e degli adolescenti borderline i sistemici hanno davvero pubblicato pochissimo. Non si può dire la stessa cosa delle psicosi, che sono state il terreno di nascita del movimento sistemico: basti pensare allo storico lavoro di Bateson (1956) sul doppio legame o agli interventi paradossali di Mara Selvini Palazzoli (1975), tuttavia sulle psicosi Linares propone una sua sintesi della storia dei contributi sistemici storici e un suo nuovo ed originale, seppur ancorato alla tradizione sistemica, modello d'intervento clinico.

Credo sia utile leggere le mie note dopo aver letto sia i miei articoli che quelli di Linares, infatti, per brevità, farò riferimento a quanto abbiamo scritto senza ripetere estesamente concetti e considerazioni. Penso anche sia preferibile che parta da un commento più globale all'impostazione teorica di Linares, per arrivare poi a considerazioni più specifiche sui singoli temi/articoli.

L'EVOLUZIONE DEL MOVIMENTO SISTEMICO

A partire dagli anni ottanta, possiamo porre come spartiacque il celebre articolo di Mara Selvini, Luigi Boscolo, Gianfranco Cecchin e Giuliana Prata, "Ipotizzazione, circolarità, neutralità " (1980), il movimento sistemico si è nettamente diviso in due filoni: quello post moderno, costruttivista, narrativista, soluzionista, per citare le etichette più usate, si schiera decisamente contro l'uso delle diagnosi di psicopatologia, nel nome del principio guida della depatologizzazione del paziente designato, e concentra le sue ricerche soprattutto sul terapeuta stesso, le sue attitudini e le sue tecniche. Si vedano, ad esempio, il concetto di

"curiosità" di Gianfranco Cecchin (1993), le tecniche narrative di Michael White (1992) o le terapie brevi di Steve de Shazer (1986).

L'altro filone, a cui apparteniamo sia io che Linares, è rimasto fedele all'impostazione originaria di studiare le radici relazionali delle psicopatologie. Potremmo chiamarlo "modello sistemico della sofferenza umana". Etichetta che ben sintetizza la differenza fondamentale con l'altro filone, infatti la depatologizzazione si trasforma in pericolosa banalizzazione o perfino negazione dei limiti del paziente e appunto della sua sofferenza, di fronte alla quale il tema della "curiosità" potrebbe risultare offensivo, oltre ad alludere ad un'allarmante deresponsabilizzazione del terapeuta. La depatologizzazione ed il rifiuto della diagnosi rischiano di produrre un pericoloso negazionismo del trauma.

EVOLUZIONE DEI SISTEMICI DELLA SOFFERENZA

Il manuale di fondazione dell'approccio sistemico: *Pragmatica della comunicazione umana*, in cui Paul Watzlawick aveva proposto una sorta di volgarizzazione del pensiero di Bateson (scrittore e pensatore di non facilissima lettura) proponeva come principio guida fondamentale quello di concentrarsi sul qui ed ora, disinteressandosi della storia, basandosi sull'idea che il presente contiene il passato.

Si trattava di un evidente polemica contro le dettagliatissime anamnesi psicoanalitiche. Brevità e qui ed ora erano le linee guida dei pionieri, si trattava di correlare un certo funzionamento del sistema familiare con una specifica patologia. Ad esempio, nel 1959 Jay Haley scrisse: "La famiglia dello schizofrenico: un sistema modello". Questa ricerca proponeva di fatto un annullamento della dimensione individuale, il paziente veniva visto come il prodotto di un sistema disfunzionale sul piano comunicazionale, strutturale (Minuchin) e relazionale in genere. Ben presto scoprimmo che questa focalizzazione era molto importante ma non poteva essere l'unica. Era troppo evidente che la dimensione individuale non potesse essere annullata. Come può essere possibile fare psicoterapia senza utilizzare il concetto base che il paziente ha la capacità e le risorse per cambiare se stesso? Come si può ignorare che il modo in cui oggi il paziente alimenta la sua sofferenza non può non essere collegato a come ha sofferto in passato ed a come ha potuto sopravvivere? Puntare tutto e solo sui cambiamenti dei familiari è tattica terapeutica altamente specifica e generalmente non praticabile, se non addirittura controindicata!

I sistemici della sofferenza sono così andati alla ricerca di come recuperare la dimensione individuale, qualcuno è ritornato a fare riferimento alla psicoanalisi (Cancrini,

2006) Linares ha studiato i concetti di identità e narrativa (Linares, 1996), la scelta mia e della mia scuola è stata quella di far riferimento alla teoria dell'attaccamento ed ai suoi sviluppi (Lyons-Ruth, 2009), alle ricerche sui disturbi di personalità (Benjamin, 1996) e agli studi sugli stati post traumatici (Herman, 1992). Ma in tutti i casi il passato doveva essere conosciuto e studiato!! Per noi fine dell'estremismo sistemico del qui ed ora, che rimane invece identitario per l'altro filone sistemico. Gli studi sul trauma mettono fuori gioco la focalizzazione sul qui ed ora, che diventa una pericolosa variante del negazionismo del trauma, tipico della psichiatria biologica più ottusamente conservatrice.

PERCHÉ DELLA STORIA DEL PAZIENTE E DELLA SUA FAMIGLIA NON SI PUÒ FARE A MENO

Se pensiamo che la malattia mentale sia l'esito di uno sfortunato percorso evolutivo, dove la componente biologica e genetica è certo uno dei fattori, ma dove le relazioni affettive e di allevamento sono fondamentali, questa attenzione alla storia risulta del tutto ovvia. Ma non si tratta di una presa di posizione scontata nel campo della psicoterapia, ed esempio gran parte del movimento cognitivista propone tecniche psicoterapeutiche del tutto scollegate da ipotesi relazionali sulle cause dei disturbi, cadendo, a mio parere, in uno " psicopedagogismo " molto riduttivo e banalizzante. Il terapeuta rischia di diventare un tecnico un po' stupido che applica dei protocolli... Si lavora solo sulle cause individuali....

Il problema clinico importante per noi, e qui intendo sia Linares che me stesso, è COME raccogliere ed utilizzare la storia del paziente e della sua famiglia. Certamente, come ben dimostrano gli articoli di Linares, dobbiamo capire perché quella paziente è caduta in una depressione maggiore. È ovvio che capire cosa la fa star male, ad esempio le richieste eccessive e l'ipercriticismo del padre o del marito, è fondamentale per proporre dei cambiamenti. Ma dobbiamo stare molto attenti ad un rischio fondamentale, non sempre ben capito e messo a fuoco, che ha frenato la diffusione delle terapie familiari e provocato molti drop ed insuccessi: quello che la terapia familiare incrementa la negatività e la conflittualità nella famiglia. Certamente non tutte le famiglie sono trattabili, in alcune la violenza e la incapacità autocritica sono troppo elevate, ma dev'essere chiaro che anche con delle buone famiglie, quando c'è tanta sofferenza, è molto frequente che qualcuno sia eccessivamente critico, aggressivo, vittimista. In questi contesti, nel raccogliere appunto la loro storia, dobbiamo trovare un equilibrio ottimale tra negatività e positività, non potremo parlare solo di problemi, errori, incapacità, traumi, fallimenti... Dovremo anche valorizzare quello che di

davvero buono in quella famiglia ed in quelle persone c'è stato, c'è. Non è un caso che il concetto di connotazione positiva sia stato inventato da sempre (Selvini Palazzoli et al., 1975) e lo ritroviamo anche in questi lavori di Linares. Tuttavia in passato la connotazione positiva è troppo spesso apparsa come un tecnica abile, manipolatoria. Il problema è invece quello di come arrivare ad una autentica BENEVOLENZA verso i nostri pazienti ed i loro familiari, e cosa fare quando non ci riusciamo...

Dobbiamo partire da noi stessi e da cosa ci aiuta ad assumere questa benevolente attitudine. Ne ho fornito qualche esempio nel mio articolo sugli adolescenti riluttanti (Selvini, 2014 b). Proprio come Linares parto dall'idea di un'alleanza privilegiata con l'adolescente, sostenuta ed appoggiata dai familiari, nella prima seduta si parlerà inevitabilmente di problemi, ma cercheremo di focalizzare soprattutto la sofferenza del paziente e ci terremo alla larga da ogni critica ai familiari. Daremo invece più spazio ai familiari ed alle loro storie nella seconda seduta, quando parleremo molto poco dei problemi dell'adolescente, e ci concentreremo invece sulle storie e le fatiche degli altri, ma cercando di costruire un atmosfera di condivisione, appartenenza, partecipazione.

Costruire nelle sedute un clima di sicurezza e di positività è quindi una linea guida fondamentale. Oggi non ci piace più parlare di neutralità, perché tale termine contiene un implicito senso di distacco, meglio parlare con Boszormeny Nagy di "multiparzialità" (1973), cioè cerchiamo di vedere il mondo con gli occhi di ciascuno.

PERCHÈ MOLTE TERAPIE FAMILIARI SISTEMICHE BASATE SUL QUI ED ORA HANNO FUNZIONATO?

Molti sistemi familiari disfunzionali sono proprio caratterizzati dall'arrestarsi dei normali processi evolutivi, sia familiari che individuali, nulla cambia, e possiamo vedere davanti a noi una famiglia che funziona in modo davvero simile a come funzionava vent'anni prima. Sono questi i casi in cui può reggere stabilire un legame diretto tra sistema e sintomo.

Prendiamo il caso di Vania, una ragazza di 19 anni per la quale la mamma mi ha telefonato qualche mese fa. Me la presenta come la classica adolescente riluttante, sono ormai più di tre anni che cerchiamo senza successo di convincerla a farsi aiutare. Vania è infatti stata una bambina e ragazzina molto brillante, bella, bravissima a scuola, successi nel nuoto, l'orgoglio di suo padre, deluso dal primogenito maschio, Luciano, di tre anni maggiore, bravo anche lui nei fatti, ma piuttosto timido ed imbranato. Come spesso accade Vania, convocata con i genitori alla prima seduta, non si dimostra per nulla riluttante e sarà ottimamente collaborativa. Efficacemente racconta della sua crisi in corso, acutissima, che la fa stare malissimo. Per accontentare suo padre ha scelto una facoltà che le fa schifo ed è disperata, non sa davvero che fare della sua vita. Ma sono almeno tre anni che non sta bene, forse a

causa della storia con un ragazzino che l'aveva improvvisamente mollata, forse per l'abbandono del nuoto, anche a causa di un problema alla schiena che l'ha tenuta ferma per un anno. Fatto sta che a scuola si è trascinata, vivendo un po' di rendita della sua buona fama, ma si sente rinstupidita, senza interessi, senza forze. Due anni prima si era fatta convincere dai genitori ad intraprendere un percorso individuale, ma l'aveva ben presto interrotto, trovandolo completamente inutile e frustrante. Insomma ho davanti una depressione importante. Il padre in seduta parla della figlia con apparente sicurezza e competenza: definisce "schiavetti" i suoi fidanzati ed i suoi amici, lei li comanda e li tratta con disprezzo. Vania un po' conferma ed un po' contesta questo suo ritratto. Di suo padre dice che le pesa molto quanto sia sempre iper critico ed iper esigente nei suoi confronti, di sua madre dice che non può appoggiarsi su di lei perché è troppo fragile. Con il fratello, chiuso sempre in camera a comporre musica elettronica, ha un pessimo rapporto. Lei a sua volta, protestano i genitori, vive barricata nella sua stanza, ha rapporti minimi con loro, esce solo per vedere il suo ragazzo ed il suo gruppo di amici. Posso concludere il primo colloquio confermando l'indicazione ad una terapia familiare: cercheremo di capire insieme cosa ha compromesso la possibilità che Vania vivesse un positivo sentimento di appartenenza alla sua famiglia. Mi tengo per me la sensazione di un padre molto dominante e di una madre che ne viene schiacciata. Mi sento davvero in un mondo che ho trovato ben descritto nei lavori di Linares, e le successive sedute lo confermeranno in pieno. La seconda seduta ci porta il racconto di un padre molto responsabilizzato dalla perdita precoce del padre, è riuscito a fare una brillante carriera universitaria pur lavorando sempre per sostenere la sua famiglia, ha sposato una ragazzina più giovane di lui, sulla quale, e poi sui figli, ha stabilito una ferrea dittatura: mai nessuna frequentazione amicale o sociale, lui è già abbastanza stressato dalle persone che deve frequentare per lavoro, sempre loro quattro, quando si scia ci si alza alle 7 per essere i primi all'apertura degli impianti, tenute a distanza le sorelle della mamma e le loro famiglie, rigorosissima attenzione all'ordine ed alla pulizia della prima e della seconda casa, a cui tutti devono collaborare e così via. Tutte queste cose vengono raccontate come normalissime ed io fatico a dissimulare il mio stupore. Provo a restituire al padre, con morbidezza, il dubbio che il suo stile genitoriale sia ottimamente direttivo, ma troppo poco empatico. Non ho l'impressione di averlo minimamente fatto pensare. Vista la buona alleanza stabilita con Vania provo a convocarla ad una seduta da sola. Mi conferma in pieno come tutti in famiglia abbiano paura/soggezione del padre, infatti nelle sedute familiari li avevo trovati tutti estremamente cauti nell'esprimersi su di lui, la più diretta era sicuramente stata Vania stessa. In separata sede aggiunge altri dettagli davvero incredibili sulla soggezione in cui il padre mette tutti e specialmente suo fratello: quasi ogni sera ci sono scenate per il disordine o la cattiva manutenzione della casa, e Luciano, ad esempio, viene sgridato perché cammina per casa a piedi nudi e "il sudore rovina le piastrelle!" Incredibile, questa non l'avevo mai sentita.

Eccoci così nel territorio di Linares di una coniugalità (apparentemente) ottima e di una genitorialità deteriorata, di una moglie sottomessa ad un padre padrone. Vania non sta, almeno per ora, in una depressione maggiore, perché mantiene una certa capacità di tener testa alla dittatura paterna, ma, allo stesso tempo, si sente totalmente sola ed abbandonata dalla sua famiglia, costretta a cercare affetto disperatamente all'esterno. La disapprovazione paterna continua a ferirla. È lei che è ultra dipendente dai suoi fidanzati, e la descrizione che il padre aveva dato di lei appare ora davvero una proiezione da manuale! È lui lo schiavista (inconsapevole)! Insomma la candidata ideale alla depressione maggiore, quando le speranze riposte sul suo compagno si rivelassero, come è purtroppo molto probabile accada, mal riposte (vedi il concetto di dipendenza affettiva). La depressione può nascere dal porsi degli

obiettivi impossibili e quindi fallire: Vania ha cercato di cambiare il padre, proteggere la mamma ed il fratello.... Sconfitta totale!!!

Ho scelto questo esempio, non solo come conferma del modello di Linares della depressione, ma anche come emblematico di un sistema familiare bloccato nel tempo. La famiglia che incontro oggi è davvero molto simile a quella che avrei potuto osservare quindici anni prima. Il gioco familiare è lo stesso, e sono appunto queste le situazioni dove le ipotesi sistemiche basate sul qui ed ora si sono dimostrate centrate ed efficaci.

Ma non è sempre così, prendiamo ad esempio il caso di Elias.

Un paio di mesi fa i genitori mi trascinano davanti Elias, 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 (pareva di stare nel recente film *Mommy*). 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 palese "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 totale 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 iper 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!

Risulterà evidente che la famiglia che incontriamo oggi è diversissima da quella in cui Elias è nato. Elias è venuto al mondo nelle mani di due genitori completamente sconvolti e ne è stato gravemente traumatizzato. Ha cercato di sopravvivere attaccandosi ad una riorganizzazione punitiva/tirannica che lo ha reso un bambino difficile, violento, minaccioso, prepotente. La mamma ha reagito al trauma in modo anche molto positivo: si è fatta aiutare per il bambino, si è trovata un compagno affettuoso, non ha lasciato che la sua vita crollasse. Questo non è bastato a guarire Elias perché gli aiuti sono stati poco adeguati, forse anche perché lei è troppo brava a cavarsela da sola e non ha saputo chiedere davvero un aiuto per sé, forse non ha saputo appoggiarsi abbastanza su Gianni e valorizzarlo come vero padre di

Elias... Ma sarebbe del tutto assurdo ignorare il trauma della mamma, il trauma diretto e vicario di Elias, e puntare tutto sulla disfunzione della famiglia nel qui ed ora : quella di Elias è una buona famiglia, solo non ha potuto farcela di fronte ad una situazione davvero difficilissima.

Questa diagnosi familiare differenziale è importantissima: abbiamo davanti una famiglia, come quella di Vania, dove il tempo si è fermato, o una famiglia, come quella di Elias, dove le reazioni dei singoli alle sofferenze più antiche hanno creato un vortice di reazioni e contro reazioni e quindi una famiglia completamente nuova?

Mi permetto di suggerire a Linares l'utilizzazione di questo concetto per un caso come quello di Susana. Non credo che da sempre il padre abbia rifiutato Susana e la madre preferito il fratello. Possiamo ipotizzare che la violenza dello scontro tra i genitori abbia spaventato entrambi i bambini e disorganizzato il loro attaccamento. Ma ecco che il fratello maggiore riesce a riorganizzarsi nella modalità protettiva, mentre Susana resta sospesa tra quella autarchica e quella seduttiva (nella variante della fragile che sempre richiede cura). E questo la fa entrare in un circolo negativo: il padre, poco capace di dare accudimento, si sente respinto dall'autarchia della bambina, la madre invece si sente invasa e prosciugata da una figlia che non è mai appagata e contenta. In casi come questo, e come quello di Elias, il tempo non si è fermato, e la diagnosi sistemica deve tener conto di come i bambini hanno potuto sopravvivere sia alle carenze, che alle triangolazioni ed alle caotizzazioni.

IL MODELLO SISTEMICO DELLA SOFFERENZA SI ARRICCHISCE CON GLI APPORTI DELLA TEORIA DELL'ATTACAMENTO E DEL TRAUMA

Il classico concetto di Bateson di doppio legame è di fatto equivalente a quello di attaccamento disorganizzato: il bambino ha bisogno della figura di attaccamento e la cerca, il bambino è spaventato dalla figura di attaccamento e fugge da lei. Il classico "need/fear dilemma" che troviamo nella letteratura storica sulla schizofrenia (Burnham et al., 1969). Analoghi riferimenti s'incontrano relativamente ai pazienti border, nell'impossibilità a trovare la giusta distanza affettiva: troppo vicino mi soffoca, mi plagia, mi annulla, troppo lontano mi fa sentire abbandonato/ignorato...

Il concetto di attaccamento disorganizzato aiuta a diagnosticare in modo molto semplice le frequenti difficoltà che la diade madre/bambino vive nel primo anno di vita. Un evenienza molto comune, che è stata calcolata nel 15% della popolazione generale (Liotti, Monticelli, 2008) Il solo riconoscimento di un tale stress è un elemento diagnostico molto

importante: molto spesso ci troviamo di fronte famiglie normalissime, ma che non hanno saputo "rimontare" il deficit di un cattivo inizio. Frequentemente proprio anche per il mancato riconoscimento del fatto che il bambino avesse potuto essere spaventato da, ad esempio, la crisi dei genitori, come Elias, o la depressione post partum della mamma o i mille altri possibili sfortunati eventi. Misconoscimento implicito nell'ingenuo : "era piccolo, non poteva capire, non si è accorto di nulla" Mentre invece oggi seguiamo Van der Kolk nel suo celebre: "Il corpo tiene il conto" . Traumi di cui non può esistere una memoria esplicita verbale vengono somatizzati e diventano una inconsapevole ma decisiva parte del carattere/identità.

Ma sono soprattutto le cinque riorganizzazioni che ci aiutano ad uscire dalla implicita potentissima colpevolizzazione dei genitori per non aver saputo amare i loro bambini. Certamente ci sono tanti cattivi genitori che sono inconsapevoli di esserlo: per definizione il disturbo di personalità è egosintonico. Però molto spesso le prime reazioni allo stress di bambini piccolissimi li rendono particolarmente difficili, anche per un buon genitore, non aiutato a capire il problema di fondo della sua creatura. È il caso della mamma di Elias che si ritrova con un piccolo tiranno (riorganizzazione punitiva) o della mamma di Susana che si ritrova con una bimba appiccicosa sempre malata (riorganizzazione seduttiva sulla base di disturbi somatici). Il concetto di "catena di traumi e sofferenze" è fortemente decolpevolizzante, mantenendo ben ferma l'attinenza, la competenza, la responsabilità dei familiari nell'aiutare i loro figli/fratelli più in difficoltà.

LA TERAPIA FAMILIAR DE LAS PSICOSIS COMO UN PROCESO DE RICONFIRMACION

Il concetto di *desconfirmación*, (disconferma) nella maggioranza dei casi potrebbe non rimandare ad un atteggiamento iniziale o primario del genitore verso il figlio. Ignorare il figlio potrebbe essere conseguenza di una vicenda relazionale conflittuale. Ad esempio, Susana è stata sicuramente spaventata dalla violenza del padre, sviluppando(anche) un atteggiamento protettivo verso la mamma ed il fratello, si è messa contro il padre, il quale, sentendosi rifiutato, si è ulteriormente allontanato, essendo già scarse le sue capacità di fornire cura. Ma con la mamma la storia è diversa, se Susana avesse fatto ricorso soprattutto alla riorganizzazione protettiva, avrebbe magari potuto essere lei la spalla della mamma, forse quel posto era già occupato dal fratello, fatto sta che Susana ricorre prevalentemente ad una riorganizzazione seduttiva/somatica che a breve termine funziona, perché le assicura la

vicinanza della mamma, ma non funziona più a lungo termine perché la mamma cerca di dimenticarsi (disconferma) di quella bambina così noiosa...

In altri casi, il futuro schizofrenico è descritto come un bambino molto indipendente ed autonomo, anche in confronto ad un fratello molto più richiedente. Ma è molto probabile si trattasse di un'autonomia illusoria, magari un rifugio in un mondo di fantasia. In altri termini una riorganizzazione autarchica, che potrebbe facilitare che genitori già carichi di preoccupazioni si possano dimenticare di quel "bravo bambino".

Il caso di Susana è molto bello, ed è un'ottima esemplificazione del modo autentico in cui i terapeuti possono valorizzare le risorse positive non solo di Susana, ma persino di un padre che è davvero un cattivo genitore. Quello del padre di Susana è un esempio molto appropriato, non si cade nella connotazione positiva ipocrita, perché viene stigmatizzata la sua "omissione di soccorso", ma si è anche pronti a valorizzare quello che può fare di buono per la figlia.

DEPRESION MAYOR Y DISTIMIA

È sicuramente in questo campo che Linares ha fornito il suo contributo più originale ed importante. Questo articolo sintetizza i concetti fondamentali di "Tras la honorable fachada" scritto con Carmen Campo e pubblicato in diverse lingue.

Poco sopra raccontando il caso di Vania ho già fatto riferimento all'utilità del modello di Linares, che insieme a quello di Asen-Jones(2000) ho commentato in un articolo di qualche anno fa (Selvini, 2002) Dal punto di vista delle esperienze sfavorevoli infantili, cioè di quella trascuratezza di cui si occupa finalmente anche l'ultima edizione del DSM, e ragionando nei termini della riorganizzazione dell'attaccamento, possiamo ipotizzare che la depressione sia direttamente collegata con la riorganizzazione "sottomissione" ed in parte alla riorganizzazione protettiva, qualora quest'ultima, come abbiamo visto nel caso di Vania, risulti fallimentare. Possiamo pensare che il paziente depresso sia spesso il terapeuta fallito della sua famiglia. Negli studi sulle reazioni post traumatiche è stata spesso descritta una modalità di congelamento(*frozen*) o ottundimento(*numbing*), cioè i sintomi che posso essere descritti come "depressione". L'esperienza clinica della mia scuola conferma quella di Linares e di Asen e Jones che considerano la coppia il setting più efficace per il trattamento. Lo schema disfunzionale più frequente è infatti proprio quello che Vania sta rischiando: fuggire da una famiglia deludente per affiliarsi ad un principe azzurro ed alla sua famiglia, per poi

scoprire che quel partner "perfetto" ha scelto una "poverina" "per nascondere le sue difficoltà con il giocare la parte del buono e del salvatore..."

EL TRASTORNO BIPOLAR

Mi associo all'osservazione di Linares: anche in Italia questa diagnosi tende ad essere sovra utilizzata, persino in casi di chiara schizofrenia, forse perché, essendo una malattia accettata nel mondo delle star dello spettacolo, viene vissuta come diagnosi meno terrificante almeno da una parte del grande pubblico. È nota la frequente sovrapposizione con la diagnosi borderline di personalità. Un dato statistico che rinforza la proposta della Herman, e di molti altri, tra cui io stesso, di abolire la diagnosi di disturbo borderline di personalità, in quanto penalizzante e stigmatizzante nei confronti dei malati, ormai nel linguaggio corrente border significa "mezzo matto", per sostituirla con la diagnosi di disturbo post traumatico della personalità (Selvini 2014 a) Dal punto di vista delle ricerche sui traumi dello sviluppo, i pazienti bipolari potrebbero presentare una specifica difficoltà di stabilizzare una stessa riorganizzazione. La principale osservazione sul funzionamento psicologico delle personalità post traumatiche sottolinea la presenza non integrata di varie sottopersonalità, ad esempio: la bambina spaventata, l'adulto competente, la bambina cattiva, la bambina sporca ecc. Il disturbo bipolare potrebbe essere una forma di disturbo post traumatico in cui le oscillazioni, cioè i passaggi di riorganizzazione/stato mentale, siano particolarmente importanti ed improvvisi: riorganizzazioni tiranniche o seduttive nella fase maniacale, riorganizzazione sottomessa in quella depressiva.

ADOLESCENTES QUE NO GUSTAN A SUS PADRES

La mia esperienza clinica conferma totalmente quanto sostenuto da Linares: l'ostilità di un genitore nei confronti di un figlio è un fattore di rischio e quindi anche un segnale prognostico molto negativo: in una rilevazione sulla mia casistica di pazienti gravi avevo trovato una variabile "aver paura" nei confronti di almeno uno dei genitori, che poi si trasforma in odio, in un percentuale molto elevata (Selvini, 2007). Le numerose ricerche sulla emotività espressa hanno confermato come l'ostilità nei confronti del paziente da parte dei familiari sia criterio che consente di prevedere le riacutizzazioni e quindi nuovi ingressi nei reparti psichiatrici. Anche qui, come già dicevo poco sopra, solitamente questa ostilità non è primaria, ma si genera in un percorso dove le riorganizzazioni tiranniche o seduttive (vedi don Juan) sono le più a rischio di facilitare nel genitore atteggiamenti espulsivi e rifiutanti.

Bibliografia

- Asen, E., Jones, E. (2000), *Systemic couple therapy and depression*, Karnac, London.
- Bateson, G. Jackson, D.D., Haley, J., Weakland, J.H., (1956) "Verso una teoria della schizofrenia". Tr. it. *Verso un'ecologia della mente*. Adelphi, Milano 1976.
- Benjamin, S.L. (1996), *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità*. Trad. it. Astrolabio 1988.
- Boszormeny-Nagy, I., Spark, G. (1973) *Lealtà invisibili*. Trad.it. Astrolabio, Roma 1988.
- Burnham, D.L., Gladstone, A.I., Gibson, R.N. (1969) *Schizophrenia and the need-fear dilemma*, International University Press, New York.
- Cancrini L., (1982). *Quei temerari sulle macchine volanti*. La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Cancrini L., (2006). *L'oceano borderline. Racconti di viaggi*, Raffaello Cortina Milano.
- Cecchin, G., (1982), *Irriverenza. Una strategia per la sopravvivenza del terapeuta*, Milano, Franco Angeli.
- De Shazer, S. (1986). *Le chiavi per la soluzione in terapia breve*. Roma, Astrolabio.
- Haley, J. (1959) "The family of schizophrenic: a model system". J. Nerv. Ment. Dis., 129, pp. 357-374. Tr. it. in
- Pizzini F. (a cura di) (1980) *Famiglia e comunicazione*. Feltrinelli, Milano.
- Herman, J.L. (1992), *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*, Trad. it. Roma, Edizioni Magi, 2005.
- Linares, J.L., (1996), *Identidad y narrativa*, Barcelona, Paidos Iberica.
- Linares, J.L., Campo, C. (2000), *Dietro le rispettabili apparenze*. Tr. it. Franco Angeli, Milano 2003.
- Liotti G., Monticelli F. (2008) (a cura di). *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Milano: Raffaello Cortina Editore.
- Lyons-Ruth, K., Dutra, L., Schuder, M.R., & Bianchi, I. (2009). "Il legame tra disorganizzazione dell'attaccamento in età infantile e dissociazione in età adulta". In R. Williams (Ed.), *Trauma e relazioni* (pp. 313-343). Milano: Raffaello Cortina.
- Selvini, M. (2002). "Recenti sviluppi della ricerca relazionale sulle depressioni", *Ecologia della mente*, n. 25, pp. 21-39.
- Selvini, M. (2007). "Dodici dimensioni per orientare la diagnosi sistemica". In *Terapia Familiare*, n. 84, 2007, pp. 9-29.
- Selvini, M. (2014a). Verso un modello evolutivo individuale/sistemico dei disturbi della personalità. *Psicobiiettivo*, 2, 46-58

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

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

Selvini Palazzoli, M., Boscolo, L. et al. (1980) "Ipotizzazione, circolarità, neutralità". In *Terapia Familiare*, 7, pp. 7-19.

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

Van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., Steel, K. (2006). *Fantasma nel sé. Trauma e trattamento della dissociazione strutturale*. Milano: Cortina, 2011

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

White, M. (1992). *La terapia come narrazione*. Antologia a cura di Umberta Telfner, Roma, Astrolabio.