

CONVEGNO NAZIONALE EMDR
TRAUMA E RELAZIONI
ROMA 25 SETTEMBRE 2011

L'IMPATTO DELLE TERAPIE DEL TRAUMA E DELL'EMDR SUL MODELLO SISTEMICO
FAMILIARE INDIVIDUALE

MATTEO SELVINI

Versione finale

Ringraziamenti.

Questo lavoro è frutto di un lavoro d'équipe: un fondamentale incoraggiamento verso l'EMDR ci è stato dato da Dante Ghezzi. Per la stesura di questo intervento sono stati utilissimi i suggerimenti di Anna Maria Sorrentino, Stefano Cirillo e Laura Fino.

1) Il paziente designato vittima della sua famiglia

Il modello sistemico storico si è fortemente contrapposto alla psicoanalisi sul terreno del paziente come vittima della sua famiglia, a partire dalle posizioni radicali della scuola inglese di Laing e Cooper (La morte della famiglia) e lavorando poi per stemperare ed addolcire il classico tema della "colpevolizzazione" sia con la connotazione positiva, sia con la causalità circolare e cioè collettivizzando e parificando la responsabilità tra tutti i membri della famiglia, (si veda la prefazione di Mara Selvini Palazzoli al libro di Cirillo e Di Blasio sulla famiglia maltrattante).

Sul terreno del trauma la psicoanalisi fu profondamente contraddittoria: da una parte fortemente accusatoria nei confronti dei genitori, si vedano ad esempio i concetti di madre frigorifero o schizofrenogenica, dall'altra totalmente assolutoria: il trauma è immaginario, cioè la negazione/banalizzazione del trauma reale. Basti pensare come la psicoanalisi kleiniana londinese ridicolizzò le ricerche di Bowlby sulle infanzie traumatiche dei giovani delinquenti: "Alì Bowlby e i quaranta ladroni" (Attili 2010, p. 46).

Ma l'aspetto più accusatorio della psicoanalisi nei confronti dei genitori, simile in questo ad altri modelli, resta quello del non concedere ai familiari possibilità di riscatto: il bambino/figlio va tolto, allontanato psicologicamente e simbolicamente dai suoi genitori e familiari in genere: sarà l'analista ad occuparsi di lui. Un messaggio implicito è quindi, come sappiamo, molto più potente di ogni comunicazione esplicita/verbale.

2) I meriti del movimento sistemico

I sistemici storici si contrappongono con forza alla psicoterapia dominante degli anni Settanta su questi due punti:

- 1- Il trauma è reale e i familiari hanno le loro responsabilità
- 2- I familiari possono diventare i migliori terapeuti (vedi ad esempio Mara Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini, Sorrentino, *I giochi psicotici nella famiglia* 1988 pag. 251).

Da questo punto di vista noi sistemici storici possiamo rivendicare il merito di aver aperto la strada alle terapie del trauma che non potevano esistere finché il paradigma psicoanalitico dominava la scena ed infatti alcuni sistemici sono diventati degli specialisti del lavoro su trauma: si pensi al gruppo di Malacrea (1998 e 2001) e Ghezzi del centro "Tiama" di Milano, a Cirillo e Di Blasio del CbM di Milano o al gruppo di Onno Van Der Hart (2006) in Olanda.

3) I limiti del movimento sistemico

Tuttavia, nello stesso tempo, il modello sistemico ha storicamente fatto fatica ad occuparsi in modo efficace del trauma: ha pesato molto negativamente una certa eccessiva, psicopedagogica, insistenza sulla necessità di depatologizzare il cosiddetto paziente designato.

Questa idea di fondo ha un giusto fondamento: valorizzare le risorse del paziente e dei familiari e non reificare ed enfatizzare diagnosi drammatiche che fanno "vedere" solo deficit e malattia. Anche questo è parte dello scontro epocale con la psichiatria tradizionale e la psicoanalisi storica (specie quella Kleiniana), tuttavia, come tutte le radicalizzazioni, produce una polarizzazione e quindi un atteggiamento poco integrato, poco equilibrato, nella banalizzazione/negazione dei limiti del paziente. Scattò infatti allora tra i sistemici una sorta di divieto ideologico della diagnosi individuale del paziente, un'ideologia ancora in voga nei filoni sistemici costruttivisti o narrativisti, che infatti non si occupano di trauma: con questa ideologia di fondo non possono farlo! Il gravissimo rischio clinico è quindi stato ed è quello che il dogma della depatologizzazione produca una sottovalutazione/banalizzazione dei traumi e della gravità delle loro conseguenze sulla vittima. Ha pesato molto negativamente anche la forte enfasi sul sistema nel qui ed ora cancellando così la storia e annebbiando l'infanzia o l'adolescenza del paziente.

4) Il tabù della diagnosi individuale

Per noi sistemici degli anni settanta/novanta il "freno" restò importante: sicuramente nelle sedute familiari si parlava dei traumi e certamente molte nostre terapie ne consentirono una buona elaborazione favorendo una liberatoria condivisione tra familiari, condivisione che spontaneamente non si era mai potuta realizzare. Tuttavia il nostro lavoro restava parziale perché poteva concentrarsi solo sull'aspetto sistemico: come era stata traumatizzante la posizione del paziente nella famiglia? Favorivamo la narrazione/condivisione dei momenti più difficili e carichi di sofferenza. Tuttavia il tabù della diagnosi finiva per paralizzare l'altro fondamentale aspetto del lavoro terapeutico sul trauma: come la vittima aveva reagito? Come si era difesa? Con quali deformazioni, con quali fondamentali atteggiamenti esistenziali? Fu la presa d'atto di questa necessità che portò il mio gruppo, come una buona parte del movimento sistemico (ad esempio qui a Roma le scuole Cancrini e Andolfi) a staccarsi dal

modello sistemico purista, per recuperare idee sul funzionamento individuale, le difese, i tratti di personalità: un mondo dove gli elementi del funzionamento dissociativo o post traumatico acquisiscono un'importanza fondamentale.

In un mio articolo (Selvini 1994) sui segreti familiari, iniziai a cercare di tenere insieme le idee sistemiche con il tipo di elaborazione del paziente. Avevo infatti osservato come molti pazienti gravi fossero tenuti all'oscuro, ben prima di diventare sintomatici, da pesanti segreti familiari (ad esempio tentati suicidi di un genitore) ma anche notato diversi tipi di risposta del paziente (idealizzazione delle famiglie, agitata confusione, instupidimento).

Successivamente sempre più sistematicamente, ho lavorato per la necessaria integrazione tra la diagnosi sistemica e quella individuale ed in questo percorso, come si può ben vedere anche dal programma di questo congresso, sono state fondamentali sia le idee della teoria dell'attaccamento che le esperienze della terapia del trauma (Herman 1992): fondamentali cerniere tra il relazionale e l'individuale.

5) L'abbandono della rigidità sulle convocazioni familiari

Lo storico "handicap" sistemico della depatologicizzazione si era inizialmente concretizzato nel concepire solo sedute familiari (*Paradosso e controparadosso* 1975), tuttavia, già dagli anni ottanta, si iniziò a capire e praticare come fosse fondamentale flessibilizzare e mirare le convocazioni: individuali, fratria, genitori etc.

Questo mutamento della pratica clinica favorì moltissimo il contatto dei terapeuti sistemici con contenuti traumatici e segreti la cui rivelazione era frenata nel contesto familiare congiunto (Selvini 1994).

6) L'errore onnipotente della terapia breve

Un altro handicap da superare fu quello della terapia breve: in *Paradosso e contro paradosso* si parlava di un massimo di 10 sedute. Anche qui, c'era del buono nella ricerca di immediati cambiamenti in aperto contrasto con gli "infiniti" trattamenti psicoanalitici, tuttavia mancava la fondamentale idea che una terapia debba essere concepita come un percorso a più fasi o tappe: dominava l'idea magica/onnipotente dell'intervento risolutore immediato (vedi appunto il paradosso). Questa illusione ha sicuramente provocato interventi errati/iatrogeni sul terreno dei traumi, soprattutto per l'assenza del fondamentale concetto di "messa in sicurezza": cioè interventi troppo precoci di condivisione/elaborazione del trauma in famiglie ostili nei confronti del paziente o con pazienti troppo scompensati.

Ricordo che all'epoca gli psichiatri tradizionali accusavano i terapeuti familiari di far scompensare i pazienti: la loro accusa era anche strumentale, ma aveva un fondamento.

Ricordo mie brutte esperienze: una prima seduta familiare con un ragazzino border /psicotico confuso sul tema della sua omosessualità. Durante quella seduta la madre, in palese polemica con il padre, sollevò l'accusa che fosse stato abusato da un cugino adulto del ramo paterno: trattare quel tema in quel momento e in quel contesto si rivelò un grave errore.

7) La focalizzazione sui traumi dei genitori

La terapia familiare storica ha avuto il merito/demerito di focalizzarsi sui traumi vissuti dai genitori. Infatti una conseguenza dell'ottica della depatologicizzazione poteva essere quella di lasciare il paziente ai margini della terapia, quale fosse un burattino nelle mani dei giochi

familiari. Si puntava però molto sulla messa in luce del disagio dei familiari, ad esempio attraverso il concetto di misconoscimento della realtà come fenomeno collettivo (Selvini 1993). Abbiamo così molto facilitato l'emergere della narrazione delle esperienze traumatiche vissute dai genitori del paziente: questa resta una delle importanti risorse delle terapie familiari: attivare una richiesta di terapia e talvolta più in specifico un percorso di elaborazione dei traumi, per i familiari del paziente. Lo vedremo anche nei due casi di Andrea e Tommaso che userò come esemplificazione clinica. Ad esempio, sono ancora in contatto con una famiglia, già citata 23 anni fa nel libro *Giochi psicotici nella famiglia*: un nucleo multiproblematico che mi ha consentito un'importante intervento/osservazione longitudinale. La domanda d'aiuto iniziale era per la figlia secondogenita, una diciannovenne gravemente anoressica/restrittiva che rifiutava (e ha sempre rifiutato) ogni aiuto terapeutico. Spesso, almeno inizialmente, può risultare impossibile un'alleanza terapeutica con il paziente, come in questo caso, ma un lavoro terapeutico è ugualmente reso possibile dall'alleanza con altri familiari, qui soprattutto con la madre, nell'accompagnarli nella elaborazione di traumi gravissimi che hanno segnato la vita di una sfortunata famiglia. Il trauma più recente era quello dell'annegamento della terzogenita di dieci anni che, affidata alle sorelle maggiori, era stata travolta da un'onda: le sorelle non erano riuscite a salvarla, pur lottando disperatamente e rischiando anche loro la vita. L'anoressia restrittiva nella secondogenita era cominciata poco dopo questa tragedia. Ma, come così spesso scopriamo, il trauma recente si innestava su traumi precedenti. In particolare quello della mamma della bambina annegata e della sua propria mamma. Infatti la nonna era stata una ragazza madre in un piccolo paese di campagna, la quale sconvolta dalla vergogna era arrivata a mettere un coltello nelle mani della sua bambina, chiedendole di ucciderla, perché venendo al mondo ne aveva causato la rovina. È questo un esempio paradigmatico di molte terapie familiari di casi difficili con esiti almeno parzialmente positivi: far venire alla luce gravi traumi dei genitori. Tutto questo avveniva però in mondo spontaneistico, perché non possedevamo linee guida per il trattamento degli stati post-traumatici. Oggi tutti gli studi sul trattamento del trauma, i lavori della Herman (1992) e il modello EMDR forniscono ai terapeuti non dogmatici di tutte le scuole importanti linee guida che consentono interventi molto più strutturati ed efficaci.

8) "Messa in sicurezza": concetto chiave per le linee guida del trattamento del trauma

Ho già commentato i gravi limiti dell'approccio sistemico storico, nel tabù della diagnosi individuale e nell'onnipotenza dell'idea di una terapia breve incapace di vedere il cambiamento come processo a più fasi, con i conseguenti interventi fuori tempo/troppo precoci, o piuttosto con lo storico gravissimo errore della sottovalutazione del trauma, anche per l'enfasi sul qui e ora.

Al contrario la risorsa della terapia familiare è proprio quella di dare il massimo delle possibilità di lavorare per creare un contesto protettivo ed empatico nei confronti del paziente e della sua sofferenza (Selvini 2003). Questa è un'importante linea guida per il trattamento di tutti i gravi traumatizzati non richiedenti, specialmente bambini e adolescenti: la presa in carica di tutto il nucleo familiare. Ma deve essere ben chiaro l'obbiettivo della fase uno: verificare l'esistenza di sicurezza o lavorare per farla nascere.

Non è certo un caso che la psichiatria ufficiale abbia "copiato" dalla terapia familiare soprattutto (o solamente) questi elementari ma molto operativi concetti relazionali/comunicazioni: combattere l'emotività espressa nelle famiglie, e cioè proprio quello che minaccia la messa in sicurezza del paziente, nelle due più tipiche modalità: l'ostilità e l'iperprotettività invadente/squalificante. Abbiamo avuto grandi soddisfazioni da terapie familiari che aiutavano un adulto che era stato abusato nell'infanzia a condividere il trauma

con una famiglia divenuta protettiva/empatica (Cirillo 2009). Così come, come ho già detto, abbiamo vissuto il fallimento di interventi di elaborazione “forzati” e prematuri in contesti familiari insicuri.

9) Terapia familiare per pazienti traumatizzati non richiedenti

I casi che più mi interessano, quelli a cui ho dedicato tutta la mia vita professionale, sono quelli in cui il trauma è intrafamiliare: è stata la famiglia stessa a creare, purtroppo, le condizioni di un attaccamento disorganizzato, a generare esperienze sfavorevoli infantili, quindi distorsioni dello sviluppo dovute a traumi complessi, prolungati, continuativi. Traumi circolari perché è il paziente a ricreare continuamente le condizioni sfavorevoli alla sua stessa ritraumatizzazione seriale. Vediamone un esempio recente: una madre intelligente e combattiva porta la sua famiglia in terapia perché il figlio tredicenne Andrea, che ha già fatto fallire rapidissimamente un paio di interventi individuali, è sempre più violento con il fratellino di dieci anni, ma anche con il padre, che dichiara di odiare, così come può diventare aggressivo anche con la mamma, a cui è però legatissimo. Socialmente è molto isolato e scolasticamente fa fatica, pur essendo molto intelligente, bello e di buona famiglia borghese. Andrea non apre bocca alla prima seduta familiare: è venuto trascinato dalla madre, però la sua reazione post-seduta è ottima: la madre racconta che non aveva mai parlato così tanto con lei. Facciamo un paio di altre sedute, si parla anche delle importanti difficoltà dei genitori con le loro famiglie di origine, delle serie difficoltà della madre a trasferirsi a Milano da un'altra città e ad avere questo bambino in una condizione di isolamento, mancanza di amicizie, mancanza di aiuti familiari, depressione post-partum. E poi Andrea ha avuto seri problemi di salute e precoci ospedalizzazioni. Una dimensione traumatica, matrice di attaccamento disorganizzato inizia a delinearsi con chiarezza e rende facile, immediato, un primo movimento empatico verso questo bambino sfortunato, che era arrivato con il biglietto da visita del violento/cattivo. Le sedute consentono a questa madre, con molte potenziali risorse, un'importante riflessione autocritica sulla sua presenza/assenza accanto al suo bambino: ha sempre lavorato in casa, ma con un'attività che richiede molto tempo e molta concentrazione, quindi era un po' come se non ci fosse. Eccola mettere allora in atto un primo cambiamento importante: ci sarà una netta barriera tra le ore di lavoro e quelle con la famiglia ed i bambini. Tutto ciò non previene l'ennesima scenata, Andrea aggredisce il fratellino, la madre non riesce a contenerlo, chiama il marito che accorre dal vicino ufficio ma il dramma si trascina con urla e pianti per ore, finché il padre non esce di casa e la mamma riesce a sdraiarsi sul letto vicino al figlio. Andrea sfoga il suo odio per il padre, è disperato, “quello non è un padre come gli altri”, lui vuole ucciderlo. La mamma è ben consapevole delle difficoltà del marito, sia come uomo che come padre (fondamentalmente insofferente verso il figlio) ma non capisce cosa possa giustificare in Andrea sentimenti tanto violenti, così gli chiede ripetutamente ed affettivamente delle spiegazioni.

Ecco che Andrea si decide a raccontare un episodio che colloca all'origine del suo odio per il padre e che continuamente gli torna alla mente. E' un ricordo incredibilmente nitido, preciso, realistico, dettagliato. Andrea aveva quasi tre anni, la madre era vicino al parto di suo fratello e stava lavorando, come al solito, mentre Andrea giocava con dei cubetti. Andrea chiede alla mamma di giocare con lui. La mamma rifiuta. Andrea insiste, inizia a lanciarle addosso i cubetti. La mamma si spazientisce e chiama a gran voce il marito che arriva di gran carriera, solleva il bambino, lo porta in camera sua e lo lancia sul suo letto. Andrea dice di aver picchiato il braccio che gli ha fatto molto male. Alla domanda della madre conferma di essersi molto spaventato. La mamma lo abbraccia piangendo e gli chiede scusa. Si rende conto che

quella stessa scena si è ripetuta con analogo copione decine e decine di volte, fino a quello stesso giorno! Tutto ciò mi viene raccontato dalla madre in una seduta individuale che mi colpisce profondamente: mi pare di essere testimone di un eccezionale movimento terapeutico di elaborazione del trauma: questa donna, ha saputo mettere il figlio in condizioni di sicurezza ed un percorso di elaborazione del trauma ha potuto mettersi in moto. Una madre “sufficientemente buona”, supportata da una terapia, può così creare un luogo sicuro per un figlio vittima di un trauma complesso.

10) Il fondamentale concetto di riorganizzazione dell’attaccamento disorganizzato

Devo a Lyons-Ruth (1999) ed a Giovanni Liotti (2008) queste importanti riflessioni che mi stanno molto aiutando nel lavoro clinico.

La depressione post-partum della madre ha sicuramente spaventato Andrea, il padre non era in grado di compensare, non sono attive altre figure di riferimento. Andrea affronta un insopportabile stato di angoscia, uno stato che non gli consente di sopravvivere. Gli serve una difesa: ecco allora la riorganizzazione tirannica: diventa un prepotente lanciatore di cubetti, questa aggressività lo fa sentire forte soffocando quell’insopportabile paura. Altre volte vede la fatica/fragilità della madre e cerca di aiutarla (riorganizzazione protettiva), altre ancora si sente senza speranze e si chiude in se stesso (riorganizzazione autarchica) magari qualche volta potrebbe cercare di aiutare la mamma facendo il bravo bambino (riorganizzazione attraverso la sottomissione).

Ma è soprattutto la riorganizzazione tirannica a suscitare reazioni negative, per questo mostrarne l’aspetto di difesa dalla paura è decisivo per cercare di innescare un riavvicinamento empatico, proprio come è avvenuto nel caso di Andrea e come vedremo per Tommaso. Come abbiamo visto tale movimento empatico avvicina la sicurezza e l’inizio dell’elaborazione.

11) Trauma emblematico e trauma “spostato”

Il caso di Andrea è molto interessante perché abbiamo un episodio traumatico specifico che emblematicamente rappresenta il trauma complesso di una situazione familiare disfunzionale.

Risulta evidente che nessun trattamento individuale di Andrea potrebbe avere successo se il trauma originario continuasse quotidianamente a ritraumatizzarlo.

Tuttavia non sempre il ricordo traumatico “fotografa” la famiglia, altre volte la paura viene spostata ed “appesa” da qualche altra parte. A questo proposito presenterò ora il caso di Tommaso che è stato centro della recente tesi di Manon Gaudin, una nostra brillante allieva (sede di Mendrisio) e insieme appassionata terapeuta EMDR.

12) EMDR in terapia familiare: il caso di Tommaso

I genitori di Tommaso, sei anni e mezzo, chiedono un appuntamento all’unità di neuropsichiatria infantile dell’ospedale Niguarda di Milano, preoccupati per i problemi di comportamento e di sonno del loro bambino, figlio unico. Tommaso è oppositivo, provocatorio, agitato, richiede continuamente l’attenzione, ma insieme rifiuta le proposte degli adulti, è rivendicativo/protestatario/vittimista nei confronti dei genitori, fatica ad addormentarsi e si sveglia spesso ogni notte.

La presa in carico della famiglia fa emergere un dato importante, la mamma è stata male quando Tommaso aveva un anno e mezzo, uno “scompenso ansiogeno” con ipocondria la portava ad andare in pronto soccorso 3-4 sere la settimana, accompagnata dal marito, e Tommaso veniva affidato ai nonni materni. Tutto questo è durato per due anni.

Manon Gaudin conduce una valutazione familiare utilizzando il “Lausanne Trilogue Play” secondo il modello proposto da Malagoli Togliatti e Mazzoni (2006). E’ così possibile una prima restituzione su come il malessere precedente della madre abbia provocato reazioni di rabbia nel bambino per la paura di non essere amato e protetto. Una consultazione familiare viene proposta, ed accettata dalla famiglia. Questo lavoro consente di condividere le storie personali e familiari dei due genitori. Emerge soprattutto una relazione negativa intensa della mamma con la sua mamma, vissuta come ipercritica, svalutante, con una smaccata preferenza per il fratello maggiore. Il marito ricorda che una delle prime cose che gli disse fu “odio i miei genitori”. Tommaso è stato un bambino difficile, le critiche della nonna e dello zio si sono scatenate e questo ha scompensato la mamma di Tommaso: si è sentita inadeguata ed ha in parte rifiutato il bambino (non lo prendeva mai in braccio). La relazione di coppia è buona, ma la posizione del marito /padre pare essere molto passiva: non è mai in grado di affrontare davvero attivamente i problemi.

Durante la consultazione Tommaso peggiora e di conseguenza la mamma ha una ricaduta: è tornata al pronto soccorso, ha ricominciato a prendere gli psicofarmaci che aveva sospeso. I genitori riferiscono che

“Tommaso ha confidato alla cugina di una sua grande paura che perdura da diversi anni della quale non aveva mai parlato con nessuno in precedenza: ha sempre paura di una papera vista in un cartone animato quando aveva tre anni. La cugina l’ha riferito alla propria madre che ne ha parlato con la mamma di Tommaso. Tommaso si è allora confidato con la madre spiegandole che fa incubi ogni notte con questa papera, che “è una che risucchia tutto e tutti” e che ha sempre paura che possa risucchiare le sue cose e la mamma. Dice che ci pensa quasi sempre durante il giorno e che la paura è molto forte. Mentre ce lo racconta la mamma dice di ricordarsi di questa papera, che in effetti faceva paura, ma che era pur sempre parte di un cartone animato per bambini piccoli”. Gaudin 2011, pp.

Viene quindi utilizzata la ridefinizione di cui ho parlato: Tommaso non è cattivo, come tutti pensano intensamente in quel momento, ma ha molta paura.

Il peggioramento di Tommaso sembra essere legato ad una vacanza con tutta la famiglia della madre che ha provocato una riattivazione traumatica: dal malessere della mamma allo spavento di Tommaso.

Questa spiegazione è accettata di buon grado da tutti e tre e vengono proposti due interventi: qualche seduta di parent training con i genitori ed un intervento diretto sul bambino con il metodo EMDR.

Si affronta con Tommaso la paura della papera già in prima seduta EMDR. Tommaso rappresenta la papera con un disegno. L’intervento ha un successo immediato, Tommaso conclude l’elaborazione dicendo che “la papera è morta!”. I miglioramenti comportamentali riferiti dai genitori confermano il cambiamento.

Il lavoro EMDR continua nella elaborazione della cognizione negativa “sono un bambino cattivo”. Sono cruciali le elaborazioni riconducibili al crollo della madre. Però Tommaso era piccolo in quel periodo, non può avere ricordi e si pensa allora di ricorrere al metodo della narrativa di quel periodo fatto dal genitore in seduta EMDR. Tuttavia a questo punto si scopre che i genitori non sono in grado di scrivere un racconto chiaro e significativo, escono una serie di pensieri disorganizzati. Si decide allora di tornare ad un lavoro relazionale con la coppia, centrato sulla comprensione del crollo ansioso della mamma, ritornando così alla sua sofferente vicenda familiare.

Risulta importante il dato che la primogenita del fratello perfetto è stata una bambina estremamente calma. Questo di riflesso ha fatto sentire fortemente inadeguata la mamma di Tommaso.

Questo lavoro consente alla mamma di affrontare in modo nuovo le successive vacanze con la sua famiglia: convoca genitori e fratello per riunioni familiari dove racconta le ingiustizie vissute. Il cambiamento è stato immediato: la nonna è diventata meno critica e lo zio ha riconosciuto alcuni suoi difetti. A questo punto si attiva un virtuoso circolo di miglioramenti, evidenti soprattutto nei progressi del comportamento di Tommaso.

Tuttavia c'è ancora un campanello di allarme: la mamma si stupisce di aver dato una sberla a Tommaso, del tutto impulsiva ed irrazionale, proprio in un momento in cui la nonna era presente. A questo punto ricorda due precedenti episodi analoghi, di cui non aveva mai parlato prima. Infatti aveva sempre e solo parlato della sua paura di picchiare Tommaso, non di averlo fatto. Questi avvenimenti portano ad una prosecuzione del lavoro individuale e di coppia con questa mamma, utilizzando anche il metodo EMDR, oltre ad una seduta con i nonni materni che risulterà molto utile per favorire un'ulteriore riconciliazione.

A questo punto la mamma è in grado di scrivere un buon racconto, ben organizzato, che sarà utilizzato per una seduta familiare. A sorpresa, in questa seduta, Tommaso disegna come elemento più disturbante quello del padre che dorme sul divano. L'uomo può così toccare con mano l'impatto sul figlio della sua depressione: aveva sempre pensato che tutto dipendesse dal disagio della moglie!

Quest'ultima parte del lavoro consente alla mamma un importante insight: fin dall'infanzia aveva reagito ai maltrattamenti materni con l'essere/darsi malata. Erano gli unici momenti di coccole/serenità. Alla nascita di Tommaso tutti si concentrarono sul bambino, a cominciare dal padre che, depresso, non ce la fa ad essere un sostegno per la moglie e pensa di far bene concentrando sul bambino le sue energie. Di qui tutte quelle corse al pronto soccorso: è la riedizione di quell'antica difesa istrionica.

Spero che la sintesi con cui ho dovuto esporre questo interessante successo dell'integrazione tra EMDR e terapia familiare non ne abbia compromesso la comprensibilità. In ogni caso chi fosse interessato potrà ricevere da Manon Gaudin il file della sua tesi con un'esposizione completa.

13) Punti di forza dell'integrazione tra EMDR e terapia familiare

Ho scelto questo caso perché ben esemplifica le potenzialità importanti dell'integrazione tra EMDR e modello sistemico familiare individuale:

- 1- L'EMDR aiuta a sviluppare l'integrazione e l'efficacia di interventi sia individuali che familiari. Il caso mostra molto bene come l'intervento sul problema comportamentale di un bambino si trasforma in un triplo intervento anche sui singoli che coinvolge anche la famiglia di origine della mamma; un vero processo sistemico di cambiamento a largo raggio dove l'intervento sui sintomi si rafforza con un lavoro di insight e crescita personale di ogni membro della famiglia.
- 2- Così come lo stesso metodo EMDR prevede un processo multifasico progressivo, tutta questa terapia familiare è ispirata a fondamentali criteri di timing/valutazione: raccolta dati, valutazione, prima spiegazione psicologica, alleanza terapeutica, svelamento e condivisione di aspetti traumatici, osservazioni di dinamiche disfunzionali nel qui ed ora, intervento sul sintomo, valutazione della competenza autobiografica del genitore, spostamento del focus terapeutico dal bambino alla madre, messa a fuoco delle difficoltà del padre solo quando è in grado di accettarlo. C'è una logica molto precisa nella tempistica con cui sono proposte determinate restituzioni

(ad esempio attendere a lungo a lavorare nella passività/depressione del padre) o rispetto a quando proporre gli interventi EMDR, nel senso di spostare il focus della terapia sulla madre solo dopo aver fatto una buona alleanza sulle problematiche del bambino.

- 3- Come nel caso precedente di Andrea l'alleanza terapeutica con la madre crea per il figlio il luogo sicuro che gli consente lo svelamento del vissuto traumatico e l'intervento EMDR può avere successo solo se viene neutralizzata la dinamica familiare che ritraumatizza all'infinito il bambino: qui il processo relazionale che produce nella madre uno scompenso ansioso.
- 4- L'intervento EMDR veicola implicitamente il potente messaggio terapeutico: non sei una vittima impotente, puoi cambiare la tua vita! L'attivo protagonismo del paziente nel processo della guarigione viene esaltato e valorizzato.

14) Dal pensare al sentire

Non mi è ancora molto chiaro cosa renda difficile sia a terapeuti in formazione che anche a terapeuti esperti, il far proprio il metodo EMDR inserendolo nella loro attività psicoterapeutica. Resta un dato di fatto che molti terapeuti sistemici hanno utilizzato l'EMDR sia con pazienti nuovi che con pazienti da tempo in carico con grandi soddisfazioni (Bartolomeo 2011, Zighetti 2011).

Ho la sensazione che i risultati più impressionanti si ottengano con bambini ed adolescenti (Canavesi-Porta 2011, Gaudin 2011).

Il motivo di fondo di un tale successo è stato ben spiegato da Manon Gaudin:

“l'EMDR permette al sapere acquisito durante le sedute familiari precedenti di essere “sentito” e “vissuto” e non solo “pensato”. Questa differenza risulta essere di grande importanza in quanto eventuali spunti ed ipotesi dati dal terapeuta vengono fatti propri dal paziente in maniera più veloce e più completa mediante l'integrazione con l'EMDR consolidandone i benefici ed i cambiamenti anche ad un livello più profondo della personalità” (Gaudin 2011 pag. 47-48).

E' il classico problema di molte terapie familiari: quello di spostare sul terreno emotivo le acquisizioni più cognitive: si vedano i classici metodi delle prescrizioni (Selvini Palazzoli et al. 1988), delle sculture (ONNIS), delle tecniche esperienziali (Canevaro 2009). L'EMDR è anche un'ottima risorsa in questo senso.

È quanto viene ribadito anche da Marta Zighetti (2011):

“I pazienti che incontriamo arricchiscono e chiarificano sia la teoria che abbiamo studiato, sia la conoscenza di noi stessi attraverso un reciproco scambio fra esseri umani.

Mi è capitato nella pratica clinica, di arrivare ad un'ottima comprensione razionale da parte della coppia terapeutica della vicenda esistenziale del paziente o della famiglia, nonché della genesi di alcuni sintomi e del loro significato, senza che questo riuscisse però ad alleviare sufficientemente il malessere dell'individuo, come se ragione e sentimento non riuscissero ad entrare in contatto, come se la comprensione razionale, se pur riconosciuta ed accettata, non fosse sufficiente a sbloccare alcuni comportamenti ed emozioni automatiche che fanno tanto soffrire il nostro paziente.

La sensazione è quella di uno scollamento difensivo, vicino alla dissociazione in tutti i suoi tre diversi livelli.

Chi ha una formazione sistemica, spesso è carente di tecniche specifiche sul sintomo.

Il paziente gravemente invalidato dal sintomo stesso non è sufficientemente meta cognitivo: non ha voglia di perdere tempo con le interpretazioni, oppure sta talmente male che non ha lo spazio mentale per questo processo, è mosso solo dall'urgenza di stare meglio e ci chiede la ricetta magica.”

14)Conclusioni

Diciannove anni fa, durante un'intensa terapia familiare, una madre bella e coraggiosa mi rivelò come la sua vita fosse, ancora dopo tanti anni, tormentata dal ricordo dell'abuso sessuale subito a quattordici anni dal suo insegnante di educazione fisica, con tutto il classico contorno di genitori che la colpevolizzano, della scuola che copre il bastardo che per anni è costretta a rivedere, del marito che banalizza... Ricordo benissimo anche la grave delusione vissuta nella seduta familiare dedicata alla rivelazione ai figli: reazione irritata della serie: "Adesso si mette a fare la povera vittima...". Però di quella seduta familiare mi era rimasto dentro il modo povero, burocratico, devitalizzato in cui la donna aveva raccontato l'abuso subito. Una felice intuizione mi spinse così a programmare una speciale seduta individuale con lei, nella quale mi avrebbe raccontato l'episodio nei più minuti dettagli: diventò una delle sedute indimenticabili della mia carriera perché mi consentì un'incredibile immedesimazione in quello che l'aveva fatta sentire una povera stupida, fu l'entrare davvero nel condividere e rivivere la specificità di un'esperienza che aveva fatto imprinting al suo essere nel mondo: avevo, quasi involontariamente, anticipato la forza dell'EMDR! E una lettera, di pochi giorni fa, mi ha mostrato come sia ancora vivo il legame e la gratitudine...

BIBLIOGRAFIA

Attili, G. (2010) "Storia e sviluppi della teoria dell'attaccamento". In Onnis L. (a cura di) *Legami che creano, legami che curano*, Bollati Boringhieri, Torino.

Bartolomeo, A. (2011) "Terapia sistemica individuale e EMDR". Convegno Scuola Mara Selvini Palazzoli, Milano 17 settembre 2011.

Canavesi, E., Porta, L. (2011) "Attraverso gli occhi dei bambini maltrattati e dei loro genitori".

Canevaro, A. (2009), *Quando volano i cormorani. Terapia individuale sistemica con il coinvolgimento dei familiari significativi*, Borla, Roma.

Cirillo, S. (2009), "Il bambino abusato diventa adulto: riflessioni su alcune situazioni trattate", *Terapia Familiare*, 91, pp. 161-182.

Cirillo, S., Di Blasio, P. (1989), *La famiglia maltrattante*, Cortina, Milano.

Gaudin, M. (2011) *EMDR in terapia familiare: tre diversi utilizzi con una stessa famiglia. Tesi di specializzazione. Scuola di Psicoterapia "Mara Selvini Palazzoli"*. Relatore: Dante Ghezzi.

Herman, J. (1992), *Guarire dal trauma. Affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*. Trad. it. Magi Editore, 2005.

- Laing, R.D., Cooper D. (1970), *La morte della famiglia*. Tr. it. Einaudi 1971.
- Liotti G, Monticelli F., (a cura di) (2008), *I sistemi motivazionali nel dialogo clinico*. Raffaello Cortina, Milano.
- Lyons-Ruth, K., & Jacobvitz, D. (1999). "La disorganizzazione dell'attaccamento". In J. Cassidy & P.R. Shaver (a cura di) Tr. It. *Manuale dell'attaccamento*. Fioriti, Roma, 2002, pp. 591-630.
- Malacrea, M. (1998), *Trauma e riparazione. La cura dell'abuso sessuale nell'infanzia*, Cortina, Milano.
- Malacrea, M. (2001), *Bambini abusati*, Cortina, Milano.
- Malagoli Togliatti, M, Mazzoni, S. (2006) (a cura di), *Osservare, valutare e sostenere la relazione genitori-figli. Il Lausanne Trilogue Play Clinico*. Cortina, Milano.
- Onnis, L. (a cura di) (1988), *Famiglia e malattia psicosomatica*, La Nuova Italia Scientifica, Roma.
- Selvini, M. (1993), "Psicosi e misconoscimento della realtà". In *Terapia Familiare*, 41, pp. 45-56.
- Selvini, M. (1994), "Segreti familiari: quando il paziente non sa". In *Terapia Familiare*, 45, pp. 5-17.
- Selvini, M. (2003) "Tecniche di presa in carico psicoterapeutica di un paziente non richiedente", *Terapia Familiare*, n. 73, novembre, pp. 5-33.
- Selvini, M (2007) "Dodici dimensioni per orientare la diagnosi sistemica", *Terapia Familiare*, n. 84, luglio, pp. 9-29, consultabile anche su www.scuolamaraselvini.it.
- Selvini M. (2008) "Undici tipi di personalità - L'integrazione della diagnosi di personalità nel pensiero sistemico complesso". In *Ecologia della mente* 31, 1, giugno, pp 29-55.
- Selvini, M. (2010) "Undici tipi di personalità quattro anni dopo", www.scuolamaraselvini.it.
- Selvini Palazzoli, M. et al. (1975) *Paradosso e controparadosso*, Cortina, Milano.
- Selvini Palazzoli, M. et al. (1989) "*La vittima come attore*". In Cirillo S., Di Blasio P. (1989), Cortina, Milano.
- Selvini Palazzoli M. et al., (1988), *I giochi psicotici nella famiglia*, Cortina, Milano.
- Var Der Hart O. et al. (2006), *Fantasma nel Sé. Trauma e trattamento della dissociazione strumentale*. Trad. it. Cortina, Milano, 2011.
- Zighetti, M. (2011), "Perché a noi terapeuti familiari piace tanto l'EMDR". Convegno Scuola Mara Selvini Palazzoli, Milano 17 settembre 2011.