

Giovanni Liotti, Benedetto Farina (2011), *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*. Cortina, 22 euro, pp. 250.

Liotti discute del rischio di cadere dal negazionismo del trauma (comunque tuttora largamente egemone) al pantraumatismo (p. 15), ed infatti consideriamo trauma la triade contestuale: paura di morire-solitudine-impotenza (Matteo Selvini, slide Venezia ottobre 2013) e quindi la disorganizzazione dell'attaccamento (sviluppo traumatico). Ma la disorganizzazione fa il 15% della popolazione normale (Lyons-Ruth & Jacobvitz, 2008) p. 78, e il 90% di quella clinica!!! (mia approssimazione).

Distinguere livelli di gravità del trauma è problema scientifico ancora da risolvere.

Dopo la lettura della Herman questo libro mi ha spinto ulteriormente a schierarmi con i fautori dell'abolizione delle stigmatizzanti diagnosi di personalità borderline e masochismo. Abbiamo bisogno di diagnosi in cui i nostri pazienti si possono riconoscere, non da cui si sentano offesi! (Vedi lo strumento di Malacrea *Parliamo di te*).

Di qui la proposta, mia, ma ispirata da Herman, Liotti ecc., di diagnosticare una personalità post traumatica in quattro sottotipi fondamentali:

1. tirannica-impulsiva;
2. protettiva-sottomessa-compiacente;
3. seduttiva-istrionica;
4. autarchica-no attaccamento.

Si noti l'unificazione di due riorganizzazioni considerate affini nella stessa diagnosi 2 protettiva.

Si noti che le riorganizzazioni sono parallele ad analoghe organizzazioni considerate invece appunto stabili-consolidate-coerenti.

1. narcisista-antisociale-paranoide;
2. parentificata-dipendente;
3. istrionica;
4. schizoide-evitante-ossessiva.

In questo modo il totale dei tipi di personalità arriva a 12 (se consideriamo schizoide-evitante gradienti di gravità dello stesso tipo).

Infatti a p. 94 Liotti scrive che è probabile che la scelta del tipo di riorganizzazione fatta al bambino sia concausata da corrispondenti

atteggiamenti del caregiver (ad esempio è aggressivo allora favorisce la riorganizzazione tirannica e così via...).

Dal punto di vista della paternità delle idee fondamentali sul trauma Liotti prosegue il recupero/beatificazione di Janet, contro il traditore Freud, mentre resta stranamente ignorato Ferenczy.

Nel terzo capitolo, gli autori cercano di spiegare cos'è la dissociazione: è una lettura interessante ma non sono sicuro che ci riescano molto. Ad esempio la distinzione tra due tipi di dissociazione:

1. distacco (alienazione dal corpo/identità/emozioni);
2. compartimentazione (ad esempio amnesia).

Non sono sicuro se aiuta o confonde.

Fondamentale dal punto di vista teorico è la polemica contro il considerare gli stati post-traumatici come una difesa: per Liotti sono soprattutto una frattura, un modo di esprimere un grave malessere (si veda il sentimento di vuoto o nulla sepolcrale che è puro dolore, casomai il tagliarsi è una difesa).

La lettura di Liotti ci aiuta a capire quali possano essere i fattori di scompenso nelle personalità post-traumatiche. Vedi quel veterano del Vietnam (p. 98) che per otto anni non sviluppa alcun sintomo, grazie al suo dominare la moglie (riorganizzazione punitiva) i sintomi post traumatici esplodono violenti quando la moglie lo lascia (si pensi a tutti i fenomeni di stalking/femminicidio). In altri casi è la riorganizzazione protettiva ad inibire i sintomi post traumatici. Questo forse spiegherebbe perché alcune bambine abusate possano non presentare sintomi sessuali almeno in certe fasi della loro vita adulta.

Questa riflessione rimanda al concetto di Van der Hart di "personalità apparentemente normale" (nella dissociazione post traumatica) che dobbiamo pensare sia sempre caratterizzata da una riorganizzazione prevalente.

Va tenuto ben presente che le riorganizzazioni annullano la capacità di sviluppare un normale attaccamento. Di qui tutta la letteratura sui disturbi della fiducia nei pazienti difficili (vedi Orefice). Quindi il terapeuta deve usare estrema prudenza ed attenzione nel riattivare l'attaccamento (essere base sicura) come è invece efficace fin da subito con altri tipi di pazienti non post traumatici. Qui l'alleanza terapeutica deve restare inizialmente sul livello della cooperazione (nel lento addomesticamento della fobia dell'attaccamento). Questo spiega perché molti pazienti all'inizio della terapia rispondano all'empatia del terapeuta (in questi casi eccessiva) riducendo la capacità di mentalizzazione, scappando, peggiorando e simili: la messa in crisi della loro riorganizzazione li ha fatti stare male!! (p. 100).

Fondamentale è anche il concetto della personalità post traumatica come frammentata in diversi sé (si veda ancora anche Van der Hart) che possiamo ricollegare alle cinque riorganizzazioni che si alternano: la psicoterapia propriamente detta (terza e quarta fase della resilienza, vedi Selvini, Sorrentino, Gritti, 2012) passa per il riconoscimento ed integrazione dei diversi sé. Ritroviamo le nostre care tre F (p. 71) con l'aggiunta di una quarta: *faint* (immobilità con perdita della padronanza sulla motilità) (Meares, p. 142).

Pare proprio di capire che le terapie delle personalità post traumatiche non possano essere brevi (pur magari con anni di pausa. Vedi anche il recente seminario di Mugnier sugli abusi tra fratelli).

Voglio qui riportare una delle frasi che hanno fatto la storia della psicoterapia. "In tutte le forme di psicoterapia eziologica, il principio terapeutico è lo stesso: riesporre il paziente, sotto circostanze più favorevoli, a situazioni emotive che lui non poté affrontare nel passato. Il paziente, per essere aiutato, deve passare attraverso un'esperienza emozionale correttiva adatta per riparare l'influenza traumatica di esperienze precedenti" (Alexander, 1946). Incredibile! Alexander era già piuttosto avanti!

p. 162-163: *enactment and self-disclosure*.

Questo libro non può non farci arrabbiare per come trascura totalmente il lavoro con le famiglie: troppo comodo lavorare con il paziente adulto che ti chiede aiuto per il suo trauma. A noi non capita mai! Ma resta molto utile per tutto quel che riguarda le tecniche della parte individuale del trattamento (soprattutto il capitolo 8).

(Matteo Selvini)