

**EL RECONOCIMIENTO DEL TRAUMA COMO LA PRIMERA FASE DE LA RESILIENCIA Y LA CURA: SUS CONSECUENCIAS EN EL PROCESO DE ATENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA DE PERSONAS ADULTAS<sup>1</sup>**

**RECOGNITION OF TRAUMA AS THE FIRST PHASE OF RESILIENCE AND THE CURE: ITS CONSEQUENCES IN THE PROCESS OF ADULT PSYCHOTHERAPEUTIC CARE**

MATEO SELVINI

Scuola de Psicoterapia Mara Selvini Palazzoli  
matteoselvini@scuolamaraselvini.it

RESUMEN

Durante muchos años el trauma no había recibido suficiente espacio en las consideraciones etiológicas de los manuales de clasificación psiquiátrica. La reciente publicación del DSM V realiza un reconocimiento necesario de lo traumático dichas consideraciones. El trabajo se adentra más allá de la tradición sistémica clásica del “aquí y ahora”, para desde la integración con la teoría del apego, ofrecer una mirada que coloca al trauma y el contexto relacional en el que éste se inscribe, como un factor fundamental en la etiopatogénesis de una serie de cuadro psiquiátricos graves en la vida adulta. El autor aboga por la necesidad de diagnósticos complejos que aseguren una mejor calidad de las intervenciones psicoterapéuticas que se le ofrecen a la población adulta.

Palabras claves: trauma, apego, reconocimiento, diagnóstico, psicoterapia.

ABSTRACT

For many years the trauma had not received sufficient space in the etiological considerations psychiatric classification manuals. The recent publication of DSM V makes a necessary recognition of trauma such considerations. The work delves beyond the classical systemic tradition of "here and now" to from integration with attachment theory, offer a look that puts the trauma and relational context in which it is inscribed as a fundamental factor in the etiopathogenesis of a series of severe psychiatric box in adulthood. The author advocates the need for complex diagnostics to ensure a better quality of psychotherapeutic interventions that are offered to adults.

Key Words: trauma, attachment, recognition, diagnosis, psychotherapy.

---

<sup>1</sup> Este trabajo es una parte de la presentación realizada por el autor en el congreso TIAMA “El DSM V descubre las experiencias traumáticas”, en Milan, durante el mes de enero del 2015. Artículo traducido al español por Ps. Claudia Rodríguez Pezoa (Venessandria Traduzioni).

## 1. La negación del trauma comienza a fallar

EL HECHO DE QUE LA ÚLTIMA edición del DSM se abra al trauma es fundamental, porque la negación del trauma fue y sigue siendo dramática en la historia

de la psiquiatría y de la psicoterapia; ha provocado incalculables sufrimientos, fruto de diagnósticos errados, negaciones de la realidad, retraumatizaciones, tratamientos inútiles y perjudiciales. Como bien lo ha descrito De Zulueta (2006, p. 191) cuando un joven Freud en 1896 presentó su artículo “Etiología de la histeria” en la Sociedad de Psiquiatría de Viena, y señaló haber descubierto que todas sus primeras dieciocho pacientes histéricas habían sido abusadas sexualmente de niñas, la recepción fue fría y burlesca (una fábula científica) provocando el histórico y posterior (también negador) cambio de opinión repentino de Freud.

La negación del trauma es un mundo, con un gran número de continentes y países. Uno de los principales continentes es precisamente el que se origina de la sexualización del vínculo entre adultos y niños. No es precisamente una coincidencia que sólo en 1980 el DSM abra un pequeño espacio al trauma. En efecto, todavía en 1975 uno de los principales manuales de base para los psiquiatras americanos respecto del ‘incesto’ afirmaba: “El incesto es extremadamente raro, y se da en un caso por cada 1,1 millones de personas” y luego sobre ese argumento agrega: “No hay opiniones concordantes sobre el rol del incesto como causa de patologías. El vínculo padre-hija satisface los impulsos sexuales en una situación donde la alianza con un adulto omnipotente permite la transgresión (...) El acto da la oportunidad de un test de realidad para una fantasía infantil cuyas consecuencias son gratificantes y placenteras (...) Tal actividad incestuosa disminuye el riesgo de psicosis y permite una mejor adaptación al mundo exterior (...) y la gran mayoría de estas jóvenes no fueron dañadas por la experiencia del incesto” (Henderson, 1975, p. 1536). ¡Realmente increíble! ¡Sería interesante escuchar el parecer de las hijas y de las hermanas del eximio psiquiatra profesor Henderson!

Es imposible abarcar todas las áreas donde la negación fue y sigue siendo importante. Citaré algunas de las que conozco mejor: el tratamiento de los niños adoptados, la anorexia restrictiva, el trastorno de personalidad de los padres, el impacto contagioso del trauma vicario.

## **2. El tratamiento con los adoptados**

Me estremezco cuando vuelvo a pensar en mis terapias familiares con adolescentes adoptados en los años ochenta, terapias basadas en buscar la disfunción familiar en el aquí y el ahora. Y la idea de que el niño hubiese sido traumatizado estaba prohibidísima, rotulada como reaccionaria: ¿Se nos ocurriría acaso colgarle una etiqueta psiquiátrica?

Y de hecho en esos tiempos se decía que la terapia familiar estaba contraindicada con los adoptados.

## **3. ¿Con qué lentes miramos la anorexia?**

La anorexia restrictiva es un excelente ejemplo de cómo nuestros modelos diagnósticos hacen enfocar una parte de la realidad e ignorar otras. Hacia fines de los años ochenta y

en los años noventa (Selvini Palazzoli et al., 1998) comenzamos a tomar distancia del reductivismo sistémico del aquí y el ahora y a estudiar el proceso evolutivo personal y familiar de estas jóvenes. Sin embargo, recién comenzábamos a estudiar el proceso a partir de los comportamientos inusuales que habían precedido el inicio de la anorexia (Selvini Palazzoli et al., 1988). He aquí cómo los nuevos conceptos de trauma vicario y desorganización del apego nos abrieron un nuevo trozo del mundo: estudiando el período del nacimiento de nuestras últimas doce pacientes, descubrimos en ocho casos graves crisis que habían involucrado a la madre o ambos progenitores (traición del marido, trastorno grave de la hermana mayor, crisis de angustia de progenitores ancianos, depresión post parto, psicosis post parto, cesión total de la recién nacida a la suegra, descompensación ansiosa de la madre con delegación a la abuela materna, crisis de pareja con delegación a la abuela materna). Como se ve, hay una gran variedad; y en los cuatro casos de nacimiento tranquilo encontramos traumas importantes en los años de las escuelas primarias, y por tanto justo antes de la aparición de la anorexia.

Por lo tanto ¡Vemos aquello que nuestros sistemas diagnósticos nos autorizan a ver!

El modelo sistémico tradicional o constructivista es negador: prohíbe el diagnóstico de trastorno post traumático, en conjunto con todos los otros diagnósticos. Si el trauma no es tomado en consideración entonces el trastorno psiquiátrico: o es una enfermedad biológica o es toda culpa de lo que hacen hoy los familiares. Son los extremos opuestos de la negación.

#### **4. El progenitor con trastorno de personalidad no diagnosticado**

Otra negación muy importante, sobre todo a nivel intrafamiliar, es la del trastorno de personalidad de un progenitor, especialmente cuando este progenitor es dominante en la relación conyugal / parental, o peor, cuando es un progenitor único, ya que pueden no haber testigos de su enfermedad, y el trastorno grave es por definición egosintónico / inconsciente. A menudo este progenitor ha sido acusado por terceras personas de estar “loco”, y está por tanto empedernidamente a la defensiva.

Gran parte de la terapia familiar ha trabajado y trabaja sobre el reconocimiento de este trauma que se mantiene ambiguo por la obstinada negación del progenitor enfermo.

Gran parte de los pacientes graves no consultantes son así porque están imitando a un progenitor del que, es paradójal, ¡Son las víctimas!.

El desafío de muchas atenciones familiares se juega ‘al filo de la navaja’: ¿Lograremos “querer” a estos malos padres y hacerlos de este modo arrepentirse? O bien, ¿Debemos despedirnos de ellos y ayudar al hijo en este duelo?

#### **5. Trauma vicario**

El trauma es contagioso, mucho se ha escrito sobre la contratransferencia traumática sufrida por nosotros los terapeutas, pero sobretodo ha habido una insuficiente atención sobre cuán tóxico puede ser vivir en una familia con una persona post traumática.

El progenitor con trastorno de personalidad es un ejemplo de trauma vicario: “los padres comieron el fruto verde y los hijos tienen dentera<sup>2</sup>”, dice sabiamente la Biblia. Todas las familias con un niño adoptado (especialmente si es adoptado ya grande) o con un paciente psiquiátrico, deben recibir un importante apoyo, un tratamiento del trauma vicario, lamentablemente esto no ocurre, son abandonadas a sí mismas: cuán frecuente hemos visto un paciente difícil traumatizar gravemente a hermanos y hermanas, desencadenando en la fratría una trágica cadena de sufrimientos. Se puede tener un argumento análogo para las separaciones destructivas.

---

<sup>2</sup> Nota de la Traducción. Dentera: Sensación desagradable en los dientes y encías que se produce especialmente al comer sustancias ácidas, oír sonidos chirriantes o tocar ciertos cuerpos.

El reconocimiento del trauma es por lo tanto fundamental también para la prevención: puede permitirnos, en efecto, acercarnos / ayudar a personas sufrientes o en riesgo que no consultan.

En este cuadro la detección de los déficits evolutivos, de los trastornos del apego, es decisiva porque nos permite entender por qué estreses relativamente normales pueden producir descompensaciones importantes: ¿Por qué Giorgia se vuelve anoréxica mientras está con un novio obsesivamente posesivo? ¿No era más simple dejarlo? Evidentemente un déficit de visibilidad y pertenencia precedente la expone a una dependencia afectiva, y por lo tanto, a una relación traumatizante que provocará una anorexia severa.

## **6. DSM V: es imposible no diagnosticar**

Estoy parafraseando el primer axioma de la Pragmática de la Comunicación Humana: es imposible no comunicar (Watzlawick et al., 1967, p. 41). Un gran problema histórico de la psicoterapia es el de la ambivalencia respecto al diagnóstico. En el último siglo se han enfrentado los fieles del Rorschach, de los DSM, etc. en oposición a los seguidores de la espontaneidad y de la creatividad del proceso terapéutico. Irvin Yalom, por ejemplo, ha tomado partido decididamente por los anti-diagnóstico, en el nombre de la intensidad / autenticidad de la relación terapéutica, subrayando el riesgo de que el diagnóstico podría desnaturizarla. Incluso los sistémicos históricos se han siempre declarado “contra” el diagnóstico, a propósito de la despatologización del paciente índice.

Pero los anti-diagnóstico corren un riesgo muy grave: el de caer en las variantes psicopedagógicas de la psicoterapia, es decir, el de caer en terapias invariables y repetitivas. ‘Es imposible no diagnosticar’ significa que es imposible no tener una evaluación de a quién tenemos delante de nosotros: si nos negamos a evaluar explícitamente / declaradamente, lo haremos de todos modos implícitamente, pero muy probablemente en un modo ingenuo, banal, repetitivo.

Lo viví en la historia del movimiento sistémico de la terapia familiar, a partir del boom de los años setenta, sobre el tema paradójico del paciente índice que se sacrifica por el bien de sus padres; la joven anoréxica que da un objetivo a la vida vacía de la madre, el adolescente desviado que distrae a los padres de sus problemas de pareja, la hija esquizofrénica que muestra al padre demasiado educado / inepto como un padre ancestral en capacidad de frenar a los hijos indisciplinados, etc. Todas intervenciones paradójicas, es decir, provocativas, basadas sobre una fundamental ambigüedad: el terapeuta lo da por cierto, y está por lo tanto solamente comunicando un diagnóstico familiar (una hipotetización en la jerga de la época) ¿O lo está diciendo sólo por provocar una reacción?

Lo que lamentablemente sucedió fue que estas técnicas un poco extrañas, bien descritas en el pionero texto Paradoja y Contraparadoja (1975), fueron popularizadas en el así llamado funcionalismo: el paciente se sacrifica por el bien de sus familiares, su comportamiento es útil para estabilizar a la familia, etc. Por lo tanto cada síntoma debe estar conectado con algún problema familiar irresuelto. Y aquí comienza una psicopedagogía “negra”, pseudo sistémica, altamente peligrosa y dañina: una similar premisa errónea empapaba de negatividad a los terapeutas sistémicos, que en las sesiones irían a la caza de las deshonras que suponen que los familiares del paciente tratarían de ocultar. Una reedición de “paco y ladrón<sup>3</sup>”. El terapeuta, como un policía,

acercaba a la familia con la mala intención de quien busca descubrirla en falta. Al mismo tiempo, oficialmente, se ha prohibido cualquier diagnóstico, pero no es consciente de que actúa sobre la base de un único diagnóstico, el de que los padres tienen demasiado involucrado al hijo en sus problemas no resueltos.

Me ilusionaba que se tratara de una ingenuidad del pasado sistémico, hasta que en septiembre del año pasado, tuve la oportunidad de participar en Lausana en el congreso de la asociación sistémica suiza de lengua francesa. Dos terapeutas sistémicos, uno constructivista y el otro solucionista, debían enfrentarse con la simulación de una sesión con padres de un joven de 28 años que se había descompensado cuando le habían dado un departamento independiente, también para librarse de una suerte de dictadura que el joven ejercía sobre ellos (es la historia del film francés Tanguy, 2001, que los colegas habían visto juntos la noche anterior). Pues bien, ambas entrevistas simuladas habían

rodado sobre los problemas de pareja de los dos pobres progenitores, mientras que sobre la historia evolutiva del joven ¡Ni siquiera una pregunta! Excelente ejemplo del principio sistémico del “aquí y el ahora” y por lo tanto ¡Trágica actualidad del psicopedagogismo sistémico tóxico! Es justamente la precisión, la especificidad de los diagnósticos, las que hacen la diferencia en la eficacia de las psicoterapias.

La investigación sobre la anorexia restrictiva de los últimos cuarenta años (Cirillo, Selvini, Sorrentino, 2011), nos ha mostrado cómo para estas jóvenes el tema de una fallida inversión de los roles respecto de sus progenitores es a menudo central: he aquí por qué tantas paradojas sobre su sacrificio por ellos habían funcionado: ¡Eran buenos diagnósticos! Pero repetir las mismas intervenciones en otras situaciones arriesga la pura caricatura (véanse mis investigaciones sobre los seguimientos de los pacientes esquizofrénicos tratados por el equipo de Mara Selvini Palazzoli en Selvini, Pasin, 2005).

---

<sup>3</sup> Nota de la Traducción: Juego infantil de persecución y competencia en el cual intervienen dos grupos, el de los ‘pacos’ y el de los ladrones, debiendo los miembros del primero, aprisionar a todos los del segundo.

En suma, tenemos necesidad de buenos diagnósticos familiares, expertamente conectados con diagnósticos específicos individuales de cada miembro de la familia. Nos sirven diagnósticos que hagan sentir al paciente que ha sido entendido, no por cierto diagnósticos que lo estigmaticen como monstruo / alienado. Nos sirven diagnósticos que nos digan qué hacer en la terapia, diagnósticos operativos que se conecten con protocolos detallados. Nos sirven diagnósticos claros, cristalinos, transparentes, comprensibles incluso ‘al gato de la casa’, diagnósticos que alimenten nuestra buena alianza con pacientes y familias, no por cierto textos incomprensibles, que parecen crítica de arte contemporánea (pero que meten más miedo) como demasiado a menudo lo hacen ciertos informes psicodiagnósticos de prestigiosos centros.

Por estos motivos el ingreso oficial del trauma en la última edición del DSM representa un gran progreso. Logramos finalmente avanzar hacia la superación de la pura

“entomología”, diagnósticos descriptivos, para abrirnos hacia diagnósticos que tengan conexiones serias con la etiopatogénesis (véase también Cancrini, 2012).

### **7. El diagnóstico como apoyo al reconocimiento del trauma**

Como dije, hasta hoy el DSM ha estado al servicio de la negación del trauma. No apareció en su interior hasta 1980, y estuvo relegado a un pequeño párrafo entre los trastornos de ansiedad.

Ahora, por el contrario, se está abriendo el camino para el reconocimiento de la etiopatogénesis post traumática de la gran parte de los trastornos psiquiátricos. Un giro decisivo para combatir la estigmatización de los enfermos. Comenzamos a eliminar de nuestro lenguaje los estigmatizantes diagnósticos de personalidad borderline y masoquista, para sustituirlos con nuevas etiquetas y definiciones de personalidad post traumáticas (Selvini, 2014b). Estos son los buenos diagnósticos que realmente necesitamos.

En este empeño científico, la teoría del apego y los resultados de sus investigaciones nos pueden realmente ayudar. Precisamente porque nos ayudan a relacionar un comportamiento en el aquí y el ahora con la historia de su desarrollo. Y con la simplicidad de una verdadera Navaja de Occam<sup>4</sup>.

---

<sup>4</sup> Nota de la Traducción: principio metodológico y filosófico que dice "en igualdad de condiciones, la explicación más sencilla suele ser la correcta".

Trataré de darles una sintética muestra.

### **8. Las cinco estrategias de reorganización (extraído de Selvini, 2014b).**

Para el estudio de los trastornos de la personalidad, es decir de las trayectorias evolutivas más desastrosas, es decisivo el concepto de apego desorganizado: el niño va a chocar con una figura de referencia atemorizada, atemorizante, hostil e impotente (Lyons Ruth et al., 2009). Investigaciones recientes en población no clínica calculan aproximadamente en el 15-20% los sujetos con un apego desorganizado; tal porcentaje sube al 50-80% en las poblaciones de pacientes en tratamiento. Es por lo tanto altamente probable que una gran parte de nuestros pacientes presenten esta matriz en su historia evolutiva. Liotti y Monticelli (2008), siguiendo a Lyons Ruth et al. (2009) conciben la desorganización como una fractura, es decir, como un estado subjetivo de angustia puesta en el dilema miedo-necesidad respecto a la/las figuras de referencia: un tipo de angustiosa ambivalencia imposible de soportar. Los históricos conceptos de defensa pueden ser releídos como una necesidad de encontrar una vía de salida respecto

de vivencias insoportables. Lyons-Ruth y otros investigadores sobre el apego han individualizado dos estrategias fundamentales para retomar el control, es decir, para reorganizar la desorganización:

1. Protectora: El salvador. Se trata de la clásica inversión de roles, el niño se convierte en abuelo de sí mismo poniéndose como padre del propio progenitor / figura de referencia. Resulta evidente que el que esta decisión existencial prevalezca conducirá a una identidad (o sub-identidad en los típicos cuadros desorganizados) del tipo parentalizado.
2. Castigadora: El verdugo. El niño se vuelve tiránico / dominante sobre la figura de referencia. Encontramos esta reorganización sobre todo en los cuadros border (el vértice “verdugo” del triángulo dramático) pero es posible que sea también una de las matrices de las personalidades antisociales o narcisistas.

A estas dos estrategias fundamentales Liotti agrega otras tres:

3. Sumisión: La víctima. El niño puede aprender que para controlar a la figura de referencia, y por lo tanto volverla menos amenazante y más previsible, funciona el ponerse totalmente “a sus órdenes” en un estado de total complacencia / sometimiento. Esta idea me ha impresionado mucho porque resuelve una tremenda



contradicción que me había atormentado en la descripción del tipo “dependiente-simbiótico”. En efecto, muy a menudo la experiencia clínica no confirmaba de hecho el contexto de aprendizaje hiperprotector, por el contrario, encontrábamos historias de graves carencias en el límite con el maltrato, paralelamente, en la literatura encontramos también la referencia a la parentalidad de tipo autoritario. Puedo de este modo hipotetizar la existencia de dos tipos de personalidad dependiente, tan diversas entre ellas que hace seriamente dudar de la sensatez de conservar un término idéntico. De hecho parecería mejor remitir este niño sometido a la génesis de un rasgo masoquista o pasivo agresivo, es decir, precisamente en una identidad basada en la sumisión a la voluntad de la figura de referencia. Debemos por lo tanto distinguir bien entre la incapacidad de pensar y hacer por sí mismo sobre la base de una infantilización provocada por un cuidado ansiosamente hiperprotector, y la misma incapacidad construida sobre la base de la estrategia de sumisión a una referencia inconcebible / amenazante.

4. Seductora: El manipulador. Llegamos aquí a un terreno clásico de la historia de la psicoterapia: las famosas histéricas de Freud hoy rebautizadas como histriónicas. Niñas asustadas por no ser vistas, que buscan existir con activas

estrategias de hiperinvolucramiento de la figura de referencia (usando precisamente la seducción pero también el malestar y la enfermedad). Lejos de negar que estas niñas sean, en muchos casos, sobretodo víctimas de abusos, la idea de este tipo de reorganización, sin embargo, nos ayuda a hipotetizar una parte activa en ellas, precisamente en el terreno específico de la búsqueda de la atención.

5. Independiente: El autosuficiente. La que Liotti define el “separar la espina del apego”, es decir los apegos fuertemente evitadores que remiten al sustrato de las personalidades obsesivas, esquizoides o paranoides, pero que encontramos a menudo como inestablemente presentes en los cuadros border o psicóticos: si mi figura de referencia me da miedo la elimino, prescindiré de ella. Es obvia la conexión entre estas estrategias y muchos trastornos de la confianza en el otro.

Podemos pensar que la elección de una estrategia antes que otra depende de haberlas vivido en primera persona en las figuras de referencia. Por ejemplo, para la reorganización seductora, haber sufrido o vivido experiencias de seducción (abuso,

cumplido sobre el plano concreto, pero también más sutilmente instalado por un clima relacional de enredo/confusión) en modo intermitente con momentos de gran invisibilidad,

en suma, haber vivido un “existes sólo si me das lo que me interesa, si te dejas poseer, y cuando tenga ganas de tomarte” (Azzurra Senatore, comunicación personal)

## **9. Hagamos el diagnóstico en el DSM V**

Cuando leemos el capítulo: “Trastornos relacionados con eventos traumáticos y estresantes” encontramos el 313.89 “Trastorno reactivo del apego” (pésima etiqueta que no da la idea de un niño abandonado) con la descripción de un niño desde los 9 meses a los 5 años: inhibido, replegado en sí mismo, que no encuentra sosiego, que no responde al consuelo, desapegado. Y el criterio C dice que ha vivido privación y descuido. Nos resulta un evidente ejemplo de reorganización independiente, obviamente en el área del apego principalmente evitativo, y debemos esperarnos, según los sucesivos contextos del desarrollo, un futuro adulto destinado a los viejos diagnósticos: esquizoide, evitativo, obsesivo, paranoide o antisocial. Un poco más adelante leemos sobre el “Trastorno de compromiso social desinhibido”, la misma edad, el mismo criterio C privación / descuido, pero el comportamiento es el de pegarse indiscriminadamente ‘al primero que pasa’: una desesperada búsqueda de atención que evidentemente remite a la reorganización seductora o sumisa, estamos en el área del apego ambivalente, y el futuro adulto se tomará de los viejos diagnósticos de masoquista, histriónico, borderline, pasivo agresivo, dependiente. He aquí cómo, finalmente y con facilidad, podemos tener diagnósticos marca registrada DSM conectados a la etiopatogénesis de un claro trauma del desarrollo: ¡‘Barriendo la cancha’ de neurotransmisores desviados y genes enfermos!

## **10. Un ejemplo clínico de la eficacia de la psicoeducación familiar en un paciente difícil: la primera fase de la resiliencia (Selvini, Sorrentino, Gritti, 2012)**

Hace un par de meses, a la fuerza, los padres me traen a su hijo Elías, un chico adolescente de catorce años.

Al teléfono, la madre, Nina, me había contado de un niño que fue violento desde el jardín infantil, incluso aprovechándose de ser más macizo que sus compañeros, se convirtió en el caso y en el problema del pueblo de montaña donde viven. Cuando fue insertado en un curso de la primaria los padres de sus compañeros cambiaron a sus hijos de curso, o escribieron peticiones para que fuese alejado. La neuropsiquiatra infantil de referencia había hecho un diagnóstico de trastorno de personalidad grave no tratable y había prescrito fármacos que la madre no había querido suministrarle,

rompiendo así con los servicios, para hacer tratar a su hijo por varios psicoterapeutas privados. El jovencito está, de este modo, en terapia desde hace diez años, donde el derivante es el último de esta serie. De hecho estas intervenciones no impidieron que Elías fuera expulsado de la media por comportamientos violentos (ya a los seis años había hecho un “Knock out” a una maestra con un puño), había sido enviado al internado de donde fue alejado también después de pocas semanas. Pero logró tener la licencia de octavo básico con exámenes libres. Inscrito en contabilidad, fue alejado también de ahí, hace unas semanas, por el enésimo episodio violento.

Llega a sesión arrastrado por la madre y por el nuevo marido de ella, Gianni. Las respuestas de Elías están basadas en una serie de palabrotas en contra de todos, las peores son para la neuropsiquiatra infantil, “son gente de mierda”, pero también su terapeuta es definido con un “no sirve para nada”, también hay para la madre. En un modo muy ingenuo y auto absolutorio, describe el episodio reciente que lo llevó a ser expulsado por sus superiores: él había tirado un lápiz a la cara de un compañero (y qué tanto, vida cotidiana normal...), pero lo que no soportó fue que el compañero hiciera de espía con la profesora, así el infame no podía no tener las lecciones que se merecía.

En mi reciente clasificación de cómo se dan las sesiones con los adolescentes renuentes (Selvini, 2014a), podría ser definido “tonto”.

La sesión se hace interesante cuando pido que me cuenten su historia. La madre conoció a Omar, su padre legal y biológico, durante unas vacaciones en el Mar Rojo, era un hombre muy bello, un poco más joven, ella 29 y él 26, culto, hablaba muchas lenguas, tenía un buen trabajo en un buen hotel, fue un flechazo fulminante, en pocos meses hicieron las invitaciones para casarse en Egipto y así poder hacer entrar a este hombre a Italia legalmente. Una vez que llegan a Italia, él no encuentra trabajo y colabora en las actividades hoteleras de la mujer. La situación se derrumba cuando Nina queda embarazada: Omar enloquece, se vuelve amenazante, confuso, probablemente hace uso de sustancias, desaparece por días y vuelve alterado a pedir dinero. Aquí Elías interrumpe, quiere que la madre diga que él le pegaba a ella, se molesta porque ella lo niega, tal como se enrabia porque Nina no sabe con certeza si consumía cocaína. Trato de retomar el hilo del relato, Nina vivió por años en el terror, incluso más después del nacimiento de su hijo, aterrorizada de que el marido lo secuestrara, o les hiciera daño. Hizo una denuncia en carabineros y pidió protección. A los seis meses de Elías, Omar desaparece definitivamente, da señales de vida sólo años después con una llamada telefónica para pedir algo relativo a su pasaporte. Pero Nina vivió por años con pánico. Le pregunto a Elías qué siente al escuchar contar cómo su padre lo abandonó. Responde: “un marroquí de mierda menos en Italia”, luego un poco más adelante, “espero que con el Ébola se haya muerto”.

He aquí que un “grave trastorno de la conducta” o “desorden opositor provocador” se me vuelve un evidente “trauma del desarrollo”. ¿Tengo al frente unos malos padres?

Pero pienso justamente que ¡No! Se encontraron afrontando un drama muy pesado sin poder beneficiarse de ayudas eficaces, justamente también a causa de la total inadecuación de los sistemas clasificatorios de uso corriente. De hecho, me asombro cuando la familia se sorprende cuando devuelvo mi diagnóstico de un grave trastorno post traumático, parece que lo escuchan por primera vez, me parece inverosímil y me niego a creerlo. Trato de dar explicaciones y delinear un posible tratamiento individual y familiar de este trastorno. La sesión llega a un momento difícil cuando hipotetizo que un tratamiento farmacológico puede ser útil para permitir a Elías intentar volver a la escuela, ciertamente no le hace bien andar de paseo todo el día haciendo de cretino con la motoneta (El carnet de conducir lo obtuvo rápidamente, quizás entonces no es tan ‘tonto’ como parece...). Sobre los fármacos Elías me confronta duramente, diciendo que él no está enfermo, aquí corro un riesgo porque me viene de mantenerme con decisión y rebato que él sí está muy enfermo: ¿Pero cómo habría podido salir indemne de una pesadilla que ha devastado su embarazo y sus primeros años? Una pesadilla particularmente pesada porque él no puede tener ningún recuerdo, pero el pánico está todo dentro de su cuerpo, y es su cuerpo el que habla, ¡Movilizándose con violencia! Elías se levanta y sale enojado de la sala.

Casi inesperadamente, los padres logran llevarlo a la segunda sesión, aquella dedicada a la recolección de la historia familiar. Gianni, el segundo marido de la madre, relata con mucha eficacia de cuando conoció a este niño de tres años, y de cómo se encariñó, porque también él mismo se sintió la oveja negra de su familia, y en aquel pueblo de la montaña no se ha sentido nunca en casa. Cuenta de su primer matrimonio fracasado, de cuando descubrió que era estéril. Es un bello encuentro donde Nina comparte sus fatigas

de hija híper responsable, sostén de su padre, con dos hermanos desordenados, los éxitos económicos que hicieron despegar la actividad de la familia. Elías participa, se cuenta de cómo quiso llamar rápidamente papá a Gianni, recuerda cómo había querido que se casaran, el bellissimo viaje en crucero que hicieron, una luna de miel colectiva con otras parejas con niños.

Llegamos así a la primera sesión en equipo, la conduce Stefano Cirillo, y yo a su lado. En la anterior habíamos decidido apuntar hacia confrontar a Elías sobre lo específico de su escisión post traumática: de hecho, en palabras dice que no le importa su padre biológico, pero en los hechos lo mantiene bien presente reencarnándolo: todo el pueblo ve en él aquel egipcio loco de Omar, y aquí la genética no tiene nada que ver. Y luego, ¿Por qué Gianni no lo ha adoptado? ¿Por qué lleva aún el apellido de Omar? Será precisamente una bella sesión. Elías la concluye pidiendo ir donde alguno que le de fármacos ¡Porque quiere

volver a la escuela! Cirillo en la post sesión me regaña: “pero me lo habías presentado como un monstruo, es un joven muy agradable e inteligente”. Grandioso: ¡La potencia de la co-construcción de la realidad!

Y cuando se entrecruzan el trauma vicario, el trauma precoz pre verbal y la negación del trauma ¡Se generan “monstruos”!

## **Conclusiones**

La investigación que tenemos por delante pasa por la superación del actual hiperindividualismo de las intervenciones sobre el trauma. Necesitamos diagnósticos más cuidadosos sobre los funcionamientos post traumáticos individuales y familiares, y sobre estas bases, experimentar los protocolos de tratamiento más eficaces. En particular debemos estudiar en qué modo ayudar a los pacientes y a sus familias a reconocer el impacto sobre ellos de los traumas complejos.

## **Referencias bibliográficas**

Cancrini, L., (2012), *La cura delle infanzie infelici [El cuidado de las infancias infelices]*, Raffaello Cortina Editore, Milano.

Cirillo, S., Selvini M., Sorrentino A.M., «Anoressia Restrittiva: una ricerca su 34 casi» [“Anorexia Restrictiva: una investigación sobre 34 casos”], in (2011) a cura di P.

Chianura, L. Chianura, E. Fuxa, S. Mazzoni. *Manuale Clinico di Terapia Familiare. Contributi di ricerca della Società Italiana di Psicologia e Psicoterapia relazionale*

[*Manual Clínico de Terapia Familiar. Contribuciones de investigación de la Sociedad Italiana de Psicología y Psicoterapia relacional*], Franco Angeli, Milano.

De Zulueta, F., (1999), *Dal dolore alla violenza [Del dolor a la violencia]*. Tr. it. Raffaello Cortina, Milano 2009.

Henderson, D., (1975), “Incest”. In A.M. Freeman, H.I. Kaplan e B.J. Sadock (a cura di), *Comprehensive textbook of Psychiatry* (seconda edizione, p. 1536), Baltimore Williams e Wilkins.

Selvini, M. (2014 a), "Coinvolgere adolescenti riluttanti. L'efficacia di un primo incontro familiare" [Implicar a adolescentes rechazantes. La eficacia de un primer encuentro familiar], *Terapia Familiare*, n. 105, luglio, pp. 55-75.

Selvini, M. (2014 b). Verso un modello evolutivo individuale/sistemico dei disturbi della personalità [Hacia un modelo evolutivo individual / sistémico de los trastornos de personalidad]. *Psicobiiettivo*, 2.

Selvini, M. (2014), L'integrazione della diagnosi di personalità e dei funzionamenti posttraumatici nel pensiero sistémico [La integración del diagnóstico de personalidad y de los funcionamientos post traumáticos en el pensamiento sistémico]. *Ecologia della Mente*, 37, (1), 49-59.

Selvini, M., Pasin, E., (2005), "Il follow-up dei pazienti gravi trattati da Mara Selvini Palazzoli e dalle sue équipe [El seguimiento de pacientes graves tratados por Mara Selvini palazzoli y por sus equipos]. In *Terapia Familiare*, Fascicolo: 79.

Selvini, M., Sorrentino, A.M., & Gritti, M.C. (2012). Promuovere la resilienza "individualesistemica": un modello a sei fasi [Promover la resiliencia "individual sistémica": un modelo de seis fases]. *Psicobiiettivo*, 32, 32-51.

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

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A.M. (1988). *I giochi psicotici della famiglia [Los juegos psicóticos de la familia]*, Milano, Raffaello Cortina.

Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A.M. (1998). *Ragazze anoressiche e bulimiche [Muchachas anoréxicas y bulímicas]*. Milano, Raffaello Cortina.

Watzlawick, P., Beavin, J.H., & Jackson, D.D. (1967). Trad. it.: *Pragmatica della comunicazione umana. Studio dei modelli interattivi, delle patologie e dei paradossi [Teoría de la comunicación humana. Interacciones, patologías y paradojas]*, Roma, Astrolabio Ubaldini, 1971).