

Marinella Malacrea¹

LA TERAPIA NELL'ABUSO ALL'INFANZIA: LE RAGIONI TEORICHE DELL'EVIDENZA CLINICA²

In trent'anni di lavoro nell'area della neuropsichiatria infantile, costante è stata la ricerca di approcci metodologici convenienti per comprendere e gestire la complessità dei problemi posti dai piccoli pazienti. Il bambino paziente si pone, infatti, all'incrocio di sistemi ancora completamente attivi: la costruzione del sé è in pieno svolgimento come anche la definizione dell'ambiente relazionale. Infatti il primo aspetto incide profondamente sul secondo, sollecitandolo e spingendolo a modularsi in modo nuovo; e il secondo a sua volta si intreccia strettamente allo svi.luppo infantile. Possiamo a ragione pensare l'infanzia come una fase della vita contemporaneamente destabilizzata e destabilizzante.

Più punti di osservazione, paragonabili a diverse inquadrature delle dinamiche in gioco, mi sono apparsi presto necessari per far fronte al compito di curare. Alla prima formazione di tipo psicodinamico se ne è aggiunta una seconda di tipo sistemico relazionale, in anni in cui gli sforzi integrativi a livello teorico erano molto acerbi, con il rischio di non riuscire a sottrarsi a mettere in atto un pensiero dicotomico, con viraggi dettati adesivamente dai formati: sistemico con le famiglie e psicodinamico con gli individui.

Intanto si precisava ai miei occhi una fondamentale verità: le teorie, per quanto suggestive, non possono essere che "rotte di navigazione", mai esaustive, in mari molto più grandi di loro; come diceva Amleto: "ci son più cose in cielo e in terra, Orazio, che nella tua filosofia"³.

Da quando poi, più di vent'anni fa, ho cominciato a lavorare nell'area del maltrattamento all'infanzia e poi dell'abuso sessuale, ho maturato sempre più la convinzione che confrontarsi con le esperienze traumatiche porti al momento della verità le varie teorie della mente, forzandole a far riaffiorare i nuclei portanti e a metterli alla prova.

"Segreti di famiglia" (1990), "Bambini abusati" (2002) e soprattutto "Trauma e riparazione" (1998) segnano le tappe principali dell'esigenza di fare il punto di questa 'messa alla prova', dove il familiare e l'individuale lentamente si sono integrati, indicando una direzione che mi pare irrinunciabile. A questi lavori rimando chi volesse ampliare e approfondire: vi troverà, oltre a spunti ancor oggi di completa attualità, la storia dell'elaborazione teorico-clinica che li sottende.

TEORIE ALLA PROVA

Gli studi e le conseguenti teorie relative ai processi di attaccamento hanno costituito un terzo punto di osservazione di estremo interesse. Esso si è imposto all'attenzione in primo luogo come una conoscenza indispensabile per chi si occupa di soggetti in età evolutiva, affascinante e convincente dal punto di vista scientifico-teorico; ma rapidamente ha dimostrato duttilità e utilità nella pratica clinica, laddove cioè le teorie devono dimostrare di essere validi principi per l'interpretazione della patologia e per la progettazione del trattamento. Tale duttilità e utilità si sono dimostrate sia nel dar forma e razionalità concettuale a quanto già l'esperienza clinica aveva imposto sia nel porsi come principio integrabile e integrante rispetto a più approcci metodologici.

Ben consapevole della riduttività di quanto seguirà rispetto alla ricchezza di dati e di prospettive inerenti agli studi sull'attaccamento, crocevia della psicologia dello sviluppo e delle conquiste della neurobiologia, penso non sia inutile dar conto sinteticamente di quanto ha potuto esserne

¹Neuropsichiatra infantile, psicoterapeuta, responsabile dell'attività clinica presso il Centro TIAMA (Tutela Infanzia Adolescenza Maltrattata) di Milano, socio fondatore CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia).

² In *Connessioni* (2004) VIII, 14, 81-100, attualmente esaurito.

³W. Shakespeare, *Amleto*, I atto.

incorporato come ricchezza, ma ancor più come 'base sicura', all'interno della pratica clinica nelle situazioni traumatiche infantili, auspicando che ciò possa costituire uno stimolo al pensiero e all'approfondimento.

Il primo effetto positivo è stato la scoperta di una "lingua comune" possibile tra i miei modelli teorici di riferimento precedenti, che finalmente ritrovavano una radice che li accomuna, un solido pensiero-ponte. Infatti, il sè, l'assetto psicologico individuale, discende strettamente dalle relazioni sperimentate.

Il secondo effetto positivo è stato la scoperta di una lingua "oggettiva", tanto rara quando ci si inoltra nelle varie teorie della mente: oggettività che può (certo, in prospettiva) far apparire non troppo temerario discostarsi dall'appiattito descrittivismo che sempre più caratterizza le diagnosi psichiatriche proprio nello sforzo di trovare definizioni comunicabili, confrontabili, incontrovertibili. Ruolo centrale in questo senso hanno gli affascinanti studi neurofisiologici e neuropsicologici e quanto vanno scoprendo del rapporto tra mente e cervello.

Da quanto sopra discendono punti fermi, che riassumerò sinteticamente.

1) L'esperienza nella prima infanzia ha effetti diretti sulla evoluzione del cervello, che è costantemente modificato dalle influenze ambientali.

Ad esempio, se un'esperienza attesa in una certa fase evolutiva (pensiamo agli stimoli nell'area del linguaggio) non arriva al momento giusto, milioni di neuroni moriranno per sempre; parallelamente, ogni esperienza, anche se non attesa nelle singole fasi, avrà un effetto diretto nel provocare lo sviluppo di nuovi collegamenti tra i neuroni cerebrali (dendriti e neuriti). Ancora: la capacità materna di modulare gli stati affettivi del bambino rispondendo sensibilmente ai suoi segnali attiva nel figlio la produzione di endorfine, che veicolano una immediata percezione di piacere, mentre al contempo il cervello infantile impara l'autoregolazione delle emozioni.

Tanto basta per rendere intuibile la straordinaria dipendenza dello sviluppo cerebrale dell'individuo dall'esperienza relazionale in cui è immerso.

2) La plasticità neuronale in risposta all'apprendimento e all'esperienza continua per tutta la vita. Essa diventa sempre più limitata nel corso dell'evoluzione, focalizzandosi nell'adulto primariamente sulla promozione dell'efficacia di circuiti già costituiti. Tuttavia negli esseri umani la fase di elevata plasticità è notevolmente prolungata (fino al secondo anno di vita): ciò comporta maggiori potenzialità di apprendimento, ma anche più alta vulnerabilità alle esperienze, e proprio nell'area più complessa del ragionamento, del pensiero astratto e del comportamento diretto al raggiungimento di uno scopo.

Essenziale è quindi un'altrettanto prolungata costanza e prevedibilità ambientale, a garanzia dell'ottimale messa a frutto dell'intera fase di plasticità del sistema nervoso.

3) Alla luce degli studi sull'attaccamento, l'essere umano si definisce essenzialmente come sociale e significante.

- sociale, perchè sensibilissimo alle relazioni a cui appartiene e da cui dipende, fin dal concepimento, predisposto a sintonizzarsi con esse per costruire il senso di sè

- significante, perchè non può fare a meno di attribuire significato a tutto ciò che gli accade e che è tanto rilevante non solo per sopravvivere, ma per vivere in uno stato di benessere, per cui è programmato in modo sofisticato. Ciò comporta la conseguenza che le reazioni umane a un evento dipendono molto di più dal significato dato a quest'ultimo che dall'evento stesso.

4) Lo stato di benessere ha la sua componente primaria nella possibilità di mantenere uno stato di compenso, di equilibrio, di controllo proprio nel rapporto con quell'ambiente esterno da cui si dipende. Nel bambino molto piccolo gli stati eccitatori originati dal dispiacere, dalla paura, dalla frustrazione vengono sedati nello scambio con il datore di cure primario, che gli permette di recuperare uno stato emotivo tollerabile. Crescendo, il bambino stesso si adopererà attivamente per raggiungere lo stesso equilibrio attraverso l'autoregolazione e la costruzione di processi adattativi:

tuttavia questo sforzo autonomo non potrà avere efficacia se le esperienze precoci non gli avranno permesso di apprenderne i modi attraverso le cure ricevute.

La conoscenza di queste dinamiche ci porta molto lontano dal credere fondamentale nell'evoluzione la spinta alla soddisfazione di esigenze fisiologiche. Emblematici a questo proposito sono gli studi che dimostrano come i cuccioli di primate preferiscano un simulacro materno peloso che permette contatto e calore, e quindi proprio quell'equilibrio connesso alla ricerca di contatto e responsività, a un metallico erogatore di cibo.

5) La prevedibilità dell'ambiente relazionale primario è strettamente correlata al senso di continuità del sè, a sua volta ingrediente irrinunciabile del benessere. Perciò anche i modi di significare e di socializzare si costituiscono in sistemi di significati e in modelli di connessioni relazionali, fortemente interdipendenti.

5) Se chiamiamo Modelli Operativi Interiorizzati (MOI) tali sistemi e modelli, dobbiamo notare che essi riguardano i significati, e perciò il pensiero, prima che i comportamenti. Essi sono un punto cardine intorno a cui ruotano individuo e relazioni e che contribuisce in modo consistente e attivo alla prevedibilità del mondo.

6) I MOI sono nel soggetto una gamma, ma con ridondanze sempre più fissate col passare del tempo.

7) Non sempre i MOI sono immediatamente inferibili dal comportamento, che spesso è il risultato di scissioni, mascheramenti, "scelte". Va rivalutata a questo proposito l'importanza dei tradizionali metodi proiettivi (test, disegni, gioco), che vengono oggi considerati equivalenti della Strange Situation nell'evidenziare lo stile di attaccamento per i bambini troppo grandi per essere sottoposti a quest'ultimo test. I proiettivi completano, in aggiunta all'osservazione dei comportamenti, la conoscenza dei MOI del bambino, specchio, sia pur filtrato, dell'esperienza relazionale; essi sono più penetranti in quanto nel materiale simbolico il soggetto è meno condizionato dalle strategie difensive che invece non può abbandonare nel concreto relazionarsi all'ambiente da cui dipende e che possono rendere il comportamento difficilmente interpretabile.

TRAUMA E ABUSO

Benchè gli studiosi dichiarino ancora una non completa univocità del termine stesso "trauma", per chi ci si confronta come curante il concetto non è poi così incerto, se si distingue tra le situazioni acute e quelle croniche. Già Terr aveva avanzato una doppia accezione del termine, distinguendo tra Trauma di tipo I (acuto) e Trauma di tipo II (ripetuto) e descrivendo accuratamente le diverse modalità di reazione all'uno e all'altro. Simile è la distinzione tra stress e trauma, dove quest'ultimo coincide di nuovo con le situazioni acutamente sopraffacenti (overwhelming), mentre il primo comprende le esperienze che inducono consistente disforia, paura e percezione di perdita del controllo sulla realtà, pur senza che si evidenzino scompensi acuti.

Mentre nell'adulto c'è poca incertezza circa la stretta connessione tra situazioni di vittimizzazione e risposta da stress posttraumatico, particolare riflessione merita la stessa connessione nei bambini. Molte situazioni di abuso e trascuratezza, benchè sicuramente produttrici di uno stato emozionale gravemente negativo, non vengono percepite dal bambino come sopraffacenti nel modo delle tipiche esperienze traumatiche. Ciò accade spesso proprio a causa della cronicità della vittimizzazione infantile, che rende l'esperienza predicibile. Ma l'assenza dello sconvolgimento acuto non ha alcuna valenza protettiva, anzi apre la strada a un effetto pervasivo a carico dei processi di regolazione psicologici e biologici presenti nel bambino, dando luogo a reazioni più complesse e ancor più nefaste del disturbo da stress posttraumatico.

Anche a questo proposito dagli studi neurofisiologici connessi alle teorie dell'attaccamento provengono innumerevoli dati e riflessioni, estremamente suggestivi, anche se non univoci: da essi proverò ad estrarre quanto ha potuto entrare utilmente a orientare la pratica clinica.

1) Le esperienze negative - stress - in ragione della loro intensità e durata producono effetti somatici registrabili, a partire da una sostanziale e automatica modificazione degli equilibri fisiologici, con ricaduta sull'asse ipotalamo-pituitario-surrenalico, sul sistema nervoso simpatico, sul complesso dei neurotrasmettitori e sul sistema immunitario. In particolare si producono importanti conseguenze a livello cerebrale:

- vengono sollecitati il sistema delle catecolamine (adrenalina e noradrenalina, dopamina) e della serotonina, centrali nella reazione 'fight or flight'. Se ripetuta, tale sollecitazione provoca un danno nel funzionamento della corteccia prefrontale, sede della memoria operativa, della concentrazione, dell'efficienza comportamentale sul versante cognitivo. Provoca anche una disregolazione del sistema attivazione/inibizione delle risposte comportamentali affettive. La persistenza delle situazioni di stress provoca alla lunga una diminuzione del volume cerebrale, di aree del corpo calloso (fondamentale connessione tra gli emisferi), con espansione dei ventricoli cerebrali.

- per diminuire l'esposizione all'iperattivazione di quei neurotrasmettitori, soprattutto quando alla loro presenza non può far seguito alcuna utile reazione di fuga dal pericolo o di attacco e neutralizzazione dell'agente traumatico (componente intrinseca delle situazioni di stress cronico), vengono messi in campo sistemi compensatori. Essi sono essenzialmente di due tipi:

- a) vengono sollecitati il nervo vago e il sistema parasimpatico, che agiscono sulla percezione dello stimolo traumatico. Attraverso la produzione paradossa di endorfine si ottiene uno "spegnimento" della reazione 'fight or flight', con importanti conseguenze sul piano fisico ("congelamento", diminuzione del ritmo cardiaco) e mentale (dissociazione).

- b) viene attivata la produzione di cortisolo, che agisce deprimendo la reazione allo stress, provocando adattamento allo stesso pur senza diminuirne la portata negativa.

I sistemi compensatori, che sono facilmente connettabili a difese psichiche, sono anch'essi pericolosi, se eccessivi in quantità e durata: il primo perchè impedisce la reazione all'evento traumatico e quindi di sottrarsi ad esso; il secondo perchè, essendo l'eccesso di cortisolo tossico per i neuroni, provoca danni a vari livelli cerebrali, sia diminuendo globalmente il volume del cervello - sinergicamente alle catecolamine - sia rendendo inefficienti particolari aree come l'ippocampo, sede in cui vengono integrati i differenti aspetti della memoria.

- lo stress cronico modifica in modo permanente la regolazione del sistema soglia - spegnimento - riattivabilità, dove 'soglia' concerne la quantità di stimolo necessaria a produrre una risposta da stress, 'spegnimento' riguarda la capacità del bambino di interrompere la reazione, 'riattivabilità' rappresenta l'attitudine a tornare in stato di eccitazione dopo lo spegnimento.

Per fare alcuni esempi, il soggetto che resta abitualmente in stato di allarme, a causa di esperienze traumatiche pregresse, potrà sviluppare nel tempo una sempre maggiore fragilità di fronte agli stimoli ambientali (abbassamento della soglia della reazione da stress) con conseguente instabilità psicofisica e incremento delle occasioni di riattivazione traumatica (aumento della riattivabilità). Al contrario, potrà anche avvenire che la cronicità degli eventi stressanti induca nel soggetto una depressione della reazione, che porta al misconoscimento della situazione minacciosa (innalzamento della soglia) con tardività delle reazioni di compenso; anche questo insieme può essere facilitato dalla ripetizione di situazioni simili, con diminuzione della possibilità di scegliere meccanismi di reazione diversi (aumento della riattivabilità).

E' evidente che ogni distorsione, in più o in meno, del fisiologico sistema soglia - spegnimento - riattivabilità è dannoso.

- lo stress cronico attiva in modo permanente alcune aree cerebrali e ne disattiva altre. Ad esempio è stata dimostrata una maggiore sollecitazione del lobo frontale destro, specializzato per l'espressione di sentimenti negativi, di tristezza, a scapito del lobo frontale sinistro, connesso a emozioni positive, come la gioia; viene ipersollecitata l'amigdala, sede in cui viene percepita la paura; viene disattivato l'ippocampo, sede dell'integrazione dei ricordi.

2) Sul piano psicologico il riflesso di quanto sopra è costituito da modelli operativi interiorizzati (MOI) caratteristici e riconoscibili.

Ciò è vero sia sul piano del sistema di significati che determina il comportamento del soggetto traumatizzato, sia sul piano delle condotte relazionali, sia sul piano delle strategie difensive. Tipicamente chi è stato vittima di esperienze traumatiche, specie se croniche, ha interiorizzato una 'filosofia' basata sull'assunto di un "mondo malevolente", opposta quindi alla "fiducia di base" e orientata alla messa in atto di 'profezie che si autodeterminano' nelle relazioni significative, quanto più comportano intimità e dipendenza. Sentirsi impotenti e traditi dai più prossimi, induce un iperallarme che genera diffidenza e propensione a strumentalizzare, da un lato: con ovvie conseguenze di espulsione da parte della maggioranza degli altri; d'altro canto, la moltiplicazione delle esperienze negative conseguenti a quei comportamenti, porta il soggetto a ipotizzare una più o meno oscura colpa originaria, che se, da un certo punto di vista, dà qualche senso al proprio destino infausto, è fonte di un profondo e corrosivo malessere e di distonia con l'autoimmagine. La 'cattiva stella' delle vittime di esperienze traumatiche comporta dunque che la distorsione dei modelli operativi interiorizzati le renda candidate ideali al ripetersi senza fine di altre, e congruenti, esperienze traumatiche (abbandono, tradimento, espulsione, aggressione e quant'altro) che perpetuano un quadro di 'deserto affettivo', se non di 'giungla affettiva', rinforzando a spirale per il soggetto la credibilità e l'impermeabilità proprio dei MOI distorti e funesti.

3) In tutti questi aspetti, si evidenzia che la reazione al trauma è pericolosa quanto il trauma stesso, non soltanto per la sua qualità, come vedremo poco oltre, ma per il fatto che essa scatta istantanea, automatica, ripetitiva., cortocircuitando la possibilità della mente di far fronte allo stimolo traumatico in modo non disfunzionale e condizionando le espressioni relazionali della vittima.

D'altro canto per convivere con il "mondo malevolente", reso certo dai modelli operativi interiorizzati sopra descritti, è inevitabile l'adozione di movimenti difensivi. Sappiamo che anche tali movimenti difensivi sono, nelle vittime, caratteristici e riconoscibili: di più, privi di alternative sul piano neuropsicologico. Quanto già descritto in termini di mediatori chimici nel punto 1), si esprime, psicologicamente parlando, attraverso comportamenti improntati all'iperarousamento (hyperarousal) o all'iperadattamento o al congelamento dissociativo:

- il primo può essere descritto come uno stato di allarme permanente, di attivazione e instabilità psichica continua, che non trova scarico in comportamenti utili e finalizzati di attacco o fuga, a cui fisiologicamente dovrebbe corrispondere: pensiamo all'immagine di un cavo elettrico scoperto, pronto a dare indifferenziatamente la scossa a chi si avvicini, con un alto grado di imprevedibilità. Spesso lo scarico è su se stessi, capace di produrre sintomi fisici e psichici, fissati o alternanti. In ogni caso gravemente deficitaria è la regolazione delle emozioni e dei comportamenti, i sistemi di autocontrollo sono permanentemente a rischio di scoppio.

- di iperadattamento abbiamo numerosi esempi. Soltanto nell'area dell'abuso sessuale, da tutti indicato come una delle più corrosive e croniche esperienze traumatiche, sappiamo che questo meccanismo difensivo (quello che si basa sull'ipersecrezione di cortisolo, che abbassa la reazione allo stimolo stressante) deve essere assai efficiente se la stragrande maggioranza delle vittimizazioni in età infantile rimane segreta per sempre, senza che segnali reattivi inducano a sospettarlo. Sappiamo che se la prevalenza di tali situazioni nella popolazione si attesta a livelli impressionanti (20% e oltre), quanto viene alla luce è infinitamente più ridotto (pensiamo allo 0,2% dell'inchiesta CENSIS del 1998); sappiamo anche che circa un terzo dei bambini sicuramente abusati è asintomatico. Per quanto di grande interesse possa essere lo studio della resilienza (la resistenza al trauma) e della possibilità di un positivo bilancio tra fattori di rischio e fattori di protezione, quei dati, per la loro estrema sproporzione, non giustificano soverchie illusioni: gran parte di questi apparenti equilibri costeranno un prezzo molto alto in termini di iperadattamento, con serie conseguenze di depressione delle risorse cerebrali preziose per la crescita.

- la terza via difensiva, quella che cortocircuita la percezione dell'evento stressante (attraverso la produzione paradossa di endorfine), impedendo allo stimolo di attivare qualsiasi risposta, si manifesta in varie forme, solo apparentemente contraddittorie. Infatti, al di là delle apparenze, non c'è sostanziale differenza tra i soggetti che mettono in atto comportamenti di estraniamento, di evitamento marcato, di dissociazione dei ricordi, dei pensieri, degli affetti, e persino delle funzioni fisiche (pensiamo a certi arresti della crescita verificatisi in circostanze di trauma nell'infanzia), mostrandosi congelati, e i soggetti che raggiungono lo stesso obiettivo di 'decerebrazione', di anestesia, di non pensiero ricorrendo a una iperattività non finalizzata, come accade ad esempio in molte situazioni che possono simulare il disturbo da deficit attentivo. E' facile immaginare il costo altissimo anche di questo meccanismo difensivo, che non soltanto espone il soggetto all'esperienza traumatica senza resistenza, ma distoglie energie preziose dai loro fisiologici scopi.

Ancora più funesti appaiono poi tutti questi sistemi di difesa quando, come spesso avviene, si alternano nello stesso soggetto come in vortice, rendendo il suo funzionamento incomprensibile e imprevedibile per chi deve prendersene cura e per il soggetto stesso, che non può che ricavarne una più acuta autosvalutazione.

L'immagine di un'auto con acceleratore schiacciato a tavoletta (l'ipereccitazione), con il freno a mano contemporaneamente al massimo (l'iperadattamento) e magari con guidatore svenuto (dissociazione e scompenso della regolazione), può rendere abbastanza realisticamente l'idea dell'effetto dei meccanismi difensivi posttraumatici.

4) Il funzionamento psicologico posttraumatico è riattivabile. Ciò avviene non soltanto in presenza di altre esperienze affini a quelle precedenti negative, ma anche in circostanze che per altri soggetti non vittime non evocerebbero reazioni da stress, mentre nella vittima inducono allarme. E' noto come immagini, sensazioni, eventi non rievocativi della precedente esperienza traumatica e non nuovamente traumatici in sé, possano scatenare reazioni intense di malessere, con tutto il corteo difensivo descritto nel punto precedente.

Infatti, ciò è il riflesso comportamentale di quella distorsione del sistema soglia - spegnimento - riattivabilità descritto più sopra.

La riattivabilità del funzionamento posttraumatico appare in tutta la sua gravità se aggiungiamo anche che esso neurofisiologicamente cortocircuita la corteccia frontale, e quindi l'elaborazione superiore, verbale, propria di questa sede. Suggestivi studi sperimentali comprovano che l'evocazione di vividi ricordi posttraumatici taglia fuori l'attivazione dell'area di Broca dell'emisfero sinistro, connessa al linguaggio.

Se ne deduce che la possibilità di modificare il sistema soglia - spegnimento - riattivabilità è assai ridotta se vengono inabiliate proprio le funzioni superiori che sarebbero in grado di modularlo.

LA TERAPIA

Di fronte a un quadro di tale gravità, in cui i modelli operativi disfunzionali appaiono così coesi e rigidi, quali prospettive ragionevoli hanno gli interventi di cura, tesi cioè a modificare quelle distorsioni e a ripristinare processi mentali più sani e utili per vivere e relazionarsi?

Anche su questo punto è risultato proficuo rivolgersi agli studi scientifici sullo sviluppo infantile per cercare fondate aperture. Ecco le più rilevanti:

- c'è prova sperimentale che i modelli operativi interiorizzati sono in continua evoluzione per tutto l'arco della vita, sotto la spinta sia di eventi esterni che della evoluzione personale (per esempio, in adolescenza, quando il pensiero astratto permette l'autoriflessione);

- esistono e sono potenziabili i processi di ontogenesi, cioè relativi allo sviluppo del sé attraverso l'autoregolazione, che comportano da parte del bambino l'attiva ricerca e produzione di meccanismi adattativi finalizzati a ottenere il controllo delle proprie azioni e reazioni;

- fondamentale a questo proposito è la possibilità della vittima di costruire una coerente rivelazione e significazione della propria esperienza. Infatti non è tanto la negatività dell'esperienza infantile a determinare lo stato di benessere da adulti, ma la capacità di ricordarla e riorganizzarla;

- al contrario, la messa in atto di movimenti difensivi di idealizzazione o evitamento, opposti alla presa d'atto della propria esperienza traumatica, espone al rischio di perpetuare da adulto i modelli operativi posttraumatici e di trasferirli sui figli;

- il conforto materno, e quindi la riattivazione del sistema di attaccamento, ha il potere di modificare positivamente l'equilibrio dei mediatori chimici attivati dallo stress, riportandolo a uno stato fisiologico. Ciò si è verificato negli animali anche in situazione di adozione.

- le terapie psicologiche, al pari di quelle farmacologiche, provocano modificazioni rilevabili alla PET⁴, e quindi incidono a livello neurobiologico.

In sintesi, curare è possibile.

Quali allora dovranno essere, visto ciò che sappiamo del funzionamento cerebrale e mentale, gli elementi chiave di un idoneo programma psicoterapeutico?

Vediamoli ancora per punti.

1) La cura, nelle situazioni di trauma infantile, non può che articolarsi intorno a due pilastri sinergici, che hanno il compito di destabilizzare quanto è fissato dei modelli operativi posttraumatici e di condurre il soggetto a riprovare esperienze di attaccamento positive:

a) la psicoterapia, finalizzata in primo luogo ad agire sul sistema dei significati, cambiando le 'lenti' con cui viene letta l'esperienza. Ciò non potrà efficacemente avvenire se non verranno anche ridotte e modificate le dinamiche difensive che fissano il sistema dei significati (le 'lenti'), con reazioni sia di tipo ipereccitatorio, sia iperadattativo, sia dissociativo.

Il suo punto di forza, al tempo stesso strumento e fine terapeutico, sarà diminuire il cortocircuito tipico dei processi posttraumatici, forzando l'inserimento in essi dell'elaborazione verbale e quindi delle funzioni cerebrali superiori. Sempre più fondatamente si può affermare che l'esperienza traumatica non può essere elaborata e integrata se non attraverso il racconto e la rivisitazione verbale.

b) l'esperienza emozionale correttiva, cioè quella che nella realtà può provare l'inadeguatezza dell'applicazione generalizzata dei modelli operativi interiorizzati organizzati intorno all'idea del "mondo malevolente".

In parte tale esperienza emozionale correttiva è proposta anche all'interno della psicoterapia, dove agisce la condivisione, il contenimento emotivo e cognitivo, la cura per la costruzione di un ambito in cui sentirsi fisicamente e mentalmente al sicuro, di processi improntati alla gradualità ma anche alla determinazione nel maneggiare materiale psichico dolente ed esplosivo.

Ma soprattutto, e in modo indispensabile, tale esperienza emozionale correttiva deve avere riscontro nella vita quotidiana, come una sfida ai modelli operativi distorti attraverso la proposta di reali altri modelli di pensiero e comportamento mediati da adulti che possano diventare interlocutori per sani legami di attaccamento. Il "conforto materno" proposto dagli studi neurofisiologici come regolatore dei processi cerebrali e mentali conseguenti al trauma deve diventare sperimentabile in qualche luogo significativo di vita del bambino, luogo che deve riuscire ad assumere per lui la pregnanza propria degli ambiti familiari, in cui i legami di attaccamento sono originariamente radicati.

2) Il terapeuta, se da un lato ridimensiona il proprio ruolo, dall'altro lo rende più ampio e complesso.

Infatti da un lato smette di considerare la psicoterapia come il principale luogo di ricostruzione della personalità del paziente e se stesso come il principale termine di confronto per arrivare a tale

⁴ Tomografia ad emissione di positroni: misurando il metabolismo di glucosio od ossigeno in specifiche aree cerebrali indica l'attività di tali aree

ricostruzione. Viceversa si concepirà come un facilitatore dell'accesso del bambino all'esperienza emozionale correttiva che gli è necessaria per modificare i modelli operativi interiorizzati posttraumatici. Suo compito sarà quindi quello di analizzare e criticare quel sistema di significati e quei meccanismi difensivi che rendono alla piccola vittima impossibile credere nell'esistenza di un mondo diverso da quello "malevolente", di cui è certa e continuamente sempre più certa a causa dei comportamenti che innescano il sistema delle 'profezie che si autodeterminano', come più sopra ricordato.

D'altro canto, in questa luce, i compiti del terapeuta si estendono anche alla cura meticolosa nella costruzione dell'esperienza emozionale correttiva per il bambino, e nel continuo sostegno e nella permanente verifica della sua qualità. Non è difficile immaginare che tale compito sia tutt'altro che agevole, se teniamo conto dei continui attacchi che il funzionamento distorto della piccola vittima porterà a qualsiasi ambito di relazioni significative che si proponga a lei come modello reale e opposto a quello del "mondo malevolente": attacchi che potrebbero demotivare gli adulti (genitori naturali protettivi, genitori sostitutivi, figure educative particolarmente ingaggiate e significative) dalla cui tenuta dipende il destino dell'intero intervento terapeutico.

Se non vuole dunque esporsi a vedere vanificati i propri sforzi di aprire nel paziente la capacità di credere possibili e di desiderare relazioni che riparino quanto l'esperienza negativa ha demolito e deformato, il terapeuta si troverà impegnato su un doppio fronte: dare il massimo sostegno al bambino affinché moduli pensieri e comportamenti in modo tale da lasciarsi raggiungere dall'effetto benefico dell'esperienza correttiva, abbandonando i propri rigidi processi di marca posttraumatica; e dare il massimo sostegno a chi nella vita quotidiana ha la possibilità di porsi come esperienza beneficamente correttiva, affinché non rimanga confuso e destabilizzato dagli intricati processi mentali ed equivalenti comportamentali del bambino, nonché dai suoi attivi movimenti difensivi, che possono non raramente farlo percepire come un muro insormontabile.

Per usare una metafora, al terapeuta toccherà costruire nel piccolo una sorta di apparato digerente che possa ricevere e metabolizzare proficuamente il latte che gli è necessario per vivere, e nel contempo verificare che la fornitura dello stesso latte avvenga in misura e con qualità adeguata e costante.

3) Ulteriore complessità aggiunge al compito di curare l'esigenza che il terapeuta si ponga anche come testimone. Infatti i funzionamenti psichici su cui agisce per modificarli traggono la loro forza non dalla lettura soggettiva e dalla eco interiore di esperienze dolorose ma in qualche modo fisiologiche, ma da situazioni oggettivamente violente, minacciose, confusive, lesive degli elementari diritti degli esseri umani in età evolutiva. Essere maltrattati, sottoposti al terrore di attacchi alla vita propria o di quelli da cui la propria vita dipende (come nella violenza assistita), o privati delle cure necessarie a mantenere minimi accettabili di benessere, o strumentalizzati nel corpo e nello spirito al godimento sessuale degli adulti costituiscono esperienze non metabolizzabili dai bambini, se non in condizioni eccezionali di resilienza. Il terapeuta quindi dovrà dare atto al piccolo paziente, anche con azioni concrete di protezione e supporto negli stessi percorsi di tutela, della oggettiva gravità e innaturalità di quanto ha attraversato. Ciò comporterà, nel percorso propriamente terapeutico, aiutare la vittima a riconoscere le "buone ragioni", le "ragioni sopraffacenti" oggettive dei suoi modelli operativi interiorizzati deformati, ma anche sostenerla al contempo nel criticarli, nel modificarli e ultimamente nel liberarsene per sopravvivere e garantirsi benessere.

4) Infine sarà cura del terapeuta interporre come 'ponte' o 'ammortizzatore' in tutti gli atti resi necessari dal percorso terapeutico. Operare infatti sia sul sistema dei significati propri del mondo interno dell'individuo, sia sulle connessioni relazionali in cui il passato stende la sua ombra nefasta sul presente e sul futuro, espone il bambino a un dolore che può terrorizzarlo e dare al percorso terapeutico il potere di riattivare il trauma. La gravità emotiva dei modelli operativi interiorizzati posttraumatici va considerata con prudenza e rispetto. Per ricorrere ancora una volta a una metafora, il terapeuta dovrà contemporaneamente agire come un chirurgo determinato, ma anche come un

accorto anestesista. Nessun passo in terapia, come contenuti, tecniche e formati, potrà essere azzardato senza aver valutato le possibili conseguenze di dolore, di riattivazione traumatica e di connessi meccanismi difensivi che si potrebbero innescare, e aver previsto le condizioni di contenimento adatte a spegnere le reazioni avverse.

5) Un pensiero mirato va rivolto al problema dei riattivatori traumatici, connesso al sistema soglia - spegnimento - riattivabilità più sopra menzionato.

Si è appena segnalato che perfino il percorso terapeutico contiene in sé il rischio di diventare in certi momenti un riattivatore traumatico. Ancor più, nessuna fase o esperienza della vita, anche la più positiva, è esente dal pericolo di sollecitare proprio i modelli operativi disfunzionali. Pensiamo ad esempio alle situazioni in cui la piccola vittima trova rimedio all'assenza o alla minacciosità della sua famiglia d'origine, in cui ha avuto luogo la vittimizzazione, in una famiglia sostitutiva: anche con le migliori premesse di idoneità di quest'ultima, forte è nel bambino il pensiero che lì potranno ricadere le cose negative che ha già dovuto subire. Comprensibile è la riattivazione di ricordi, sensazioni, vissuti connessi all'esperienza traumatica pregressa, con esito di grande malessere. Il prodursi conseguente di comportamenti sintomatici e di ostilità e resistenza al nuovo ambito di vita compie l'opera demolitrice, provocando retroazioni di depressione o rifiuto in chi lo accoglie e confermando sempre più nel bambino la convinzione di essere di fronte alla minaccia di vedere rimaterializzarsi il passato da cui ha cercato di sfuggire.

Tanto più sarà elevato un simile rischio quando il bambino si troverà alle prese con percorsi istituzionali che, sia pure ideati per tutelarlo, comportano prassi di tale incisività e intrusività da non poter essere attraversate senza turbamenti e ansietà importanti. Pensiamo, pur senza alcun dubbio sul fatto che sovente si impongano come indispensabili, agli interventi sulla potestà genitoriale del Tribunale per i minorenni e ai procedimenti penali del Tribunale ordinario, con tutte le loro ricadute sulla vita delle piccole vittime. Il fantasma dell'impotenza a lungo sperimentata, del tradimento di cui si sono macchiati anche gli adulti più amati (e quindi chi ormai potrà esserne esente?), della percezione di sé come deforme, priva di valore e disgustosa a causa di quanto subito invade la mente della vittima, rendendola certa che tutti questi riflettori improvvisamente, e purtroppo spesso a lungo, accesi su di lei non hanno altro scopo che perpetuare la sua disfatta ed esporre al mondo la sua vergogna.

Il terapeuta non potrà in alcun modo prescindere dalla considerazione attenta di tali circostanze nel programmare l'intervento terapeutico. Ricadere sotto l'effetto di un riattivatore traumatico ha il potere di congelare, o peggio far regredire quanto faticosamente conquistato in terapia, proprio come una nuova ondata di piena può ridurre a una distesa melmosa il terreno bonificato con tanto sforzo.

Sarà dunque cura del terapeuta occuparsi di quanto si profila con potenzialità da riattivatore traumatico nella vita reale del suo paziente, innanzitutto per affiancarlo con consapevolezza e anche per pretendere dalle istituzioni almeno che vengano messe in atto quelle misure di garanzia, preparazione, 'anestesia locale' che possano diminuire in lui l'impatto turbativo.

6) Attenzione, tuttavia: il verificarsi di riattivatori traumatici non può essere guardato soltanto come una circostanza nefasta da scongiurare. Sappiamo infatti dagli studi neurobiologici che un evento stressante moderato può innescare una fase di plasticità cerebrale anche nel soggetto che ha ormai superato l'età in cui ciò avviene fisiologicamente. Si crea quindi l'occasione per destabilizzare in terapia i modelli operativi interiorizzati fissati e disfunzionali, per aprire una nuova 'finestra di vulnerabilità', che è anche opportunità di cambiamento, e per interrompere i cortocircuiti che avevano azzerato la possibilità della corteccia frontale, e quindi dell'elaborazione mentale superiore, di entrare utilmente in gioco nell'integrazione dell'esperienza traumatica. Il processo terapeutico potrà e dovrà dunque giovare accortamente della circostanza, facendo leva sulla particolare recettività del paziente.

Nella pratica clinica, situazioni simili si possono ad esempio verificare con le piccole vittime di abuso sessuale, quando, fatti salvi tutti gli opportuni interventi di supporto e 'anestesia', il bambino

sia forzato a recuperare e ordinare i propri ricordi dell'abuso subito in vista del compito di testimoniare nel procedimento penale. Questa opera di riordino ineludibile dei fatti lascia aperta la via a un analogo riordino dei significati, con possibilità di ricadute positive, se ben utilizzato nell'ambito terapeutico, per una riformulazione almeno parziale dei propri modelli operativi interiorizzati. Analoga rilevanza hanno le situazioni in cui il piccolo debba essere avviato al collocamento in famiglia sostitutiva di quella d'origine: anche in questo caso la ovvia ansietà rispetto al futuro potrà innescare un flusso di rievocazioni del passato, offrendo l'occasione per una integrazione mentale della propria storia che permetta maggiore mobilità dei modelli operativi progressi.

7) Da tutto quanto sopra deriva un deciso spostamento negli investimenti del terapeuta dal piano dei setting al piano dei contenuti e degli obiettivi.

Imprescindibile diventa la progettazione attiva e accurata dell'intervento, possibilmente in ogni sua fase. Tale progettazione sarà guidata da due considerazioni: la prima attiene alla necessità di governare il processo terapeutico garantendo sicurezza, gradualità, sintonizzazione con la piccola vittima e di evitare riattivazioni traumatiche; la seconda discenderà dalla consapevolezza che non ci si può attendere che i modelli operativi posttraumatici vengano attaccati spontaneamente dal piccolo paziente, sia per la loro rigidità e attitudine ad autoconfermarsi, sia per il terrore comprensibile di perdere, così facendo, la sola predicibilità del mondo sperimentata, anche se negativa, e così la premessa per la tanto necessaria continuità del sé: quindi spetta a chi cura guidare con mano ferma la rivisitazione dei processi psichici disfunzionali, portando per così dire per mano il bambino.

Purchè la salda premessa sia l'approfondita conoscenza dei funzionamenti posttraumatici, in generale e in quel particolare soggetto, ne consegue grande libertà nell'utilizzo di tecniche e formati, da guardare come strumenti duttili, funzionali agli obiettivi da raggiungere: bisogna poter fare, ovviamente con adeguata competenza, tutto ciò che serve. Proficua si è rivelata la combinazione di sedute individuali, diadiche, familiari, di gruppo, alternate secondo precisi progetti o anche adottate in parallelo. Analogamente, opportuno è risultato ricorrere all'uso del simbolico, anche attraverso standardizzate tecniche proiettive, per aprire accessi nuovi ai modelli operativi del bambino.

L'obiettivo trasversale di questa modalità di curare è amplificare la potenzialità del formato terapeutico come stressor moderato, in un programma controllato ma che sa di dover osare nella direzione della mobilitazione di processi psichici coesi e fissati.

IL CAMBIAMENTO

Guarire è possibile?

La domanda, in situazioni così sfavorevoli e precoci, non può non essere inquietante.

Bisogna innanzitutto intendersi sui limiti inevitabili del termine. Se da un lato è corretto affermare che non è mai finito il processo di risanamento dopo aver vissuto un'esperienza traumatica nell'infanzia e che tale processo non si configura certo come una retta ascendente, ma assomiglia invece a una scala a chiocciola, che torna e ritorna sugli stessi problemi ma da un punto sempre più alto, tuttavia si può percepire, nei percorsi terapeutici, un punto in cui la forza stritolante dei modelli operativi posttraumatici sembra allentarsi e un altro funzionamento, più sano e vivibile, può finalmente prevalere e conquistare terreno marginalizzando il precedente.

Può dare spunti di riflessione il racconto di un caso clinico, in cui sono riconoscibili gli elementi descritti nei paragrafi precedenti, sia sul piano dell'assetto psichico, sia su quello della modalità di cura.

Massimo arriva in consultazione, su mandato del Tribunale per i minorenni, quando ha già 10 anni. Dietro la faccia paffuta da angioletto biondo stanno ricordi tremendi. La sua storia, che comprende abusi sessuali da parte di stretti parenti e amici per molti anni, emergerà nel corso del tempo con una lentezza a volte esasperante, se non si considera quanto ciò sia comprensibile vista la gravità dell'accaduto e il potenziale traumatico della sua rievocazione. Gli abusi hanno coinvolto anche il

fratello maggiore e hanno avuto una ricaduta nel rapporto con lui, marcato dalla ripetizione di quanto subito. In un primo tempo la madre, che pure aveva più volte lanciato l'allarme a riguardo del marito, non ha potuto credere a un tale scenario. Lentamente, nel corso di una valutazione-terapia durata quattro anni, la sfiducia profonda che regnava tra madre e figli viene elaborata, lasciando il posto alla difficile costruzione di un rapporto in cui ci si possa sentire compresi, ascoltati, supportati. I risultati di riparazione sono modesti, se paragonati ai nostri ideali relazionali, ma tuttavia straordinari rispetto al bassissimo livello di partenza. Pur in una grande sofferenza, c'è l'impegno di tutti a uscire dal tunnel, anche se la strada è costellata di incidenti di percorso.

La difficoltà di raccontare gli abusi si riflette sul procedimento penale, che è anch'esso lunghissimo: tuttavia l'accompagnamento effettuato consente a Massimo, con il pieno sostegno dei suoi familiari, di affrontare la testimonianza in Tribunale in modo sufficiente e non troppo traumatico. Gli abusanti vengono condannati in primo grado. Ma questo non è che un piccolo passo avanti, se confrontato con la lunga strada che separa i ragazzi dalla prospettiva di una normalizzazione, attraverso, in primo luogo, la ricomposizione di un nucleo familiare madre -figli. Si arriva finalmente anche a costruire le condizioni di una prova in tal senso: Massimo torna con la madre e il fratello esattamente quattro anni dopo il suo allontanamento, quattro anni di cui si può dire che neppure un minuto sia stato superfluo o sprecato in inutili attendismi.

Nel frattempo l'intervento terapeutico si è svolto ininterrottamente attraverso i più vari formati, diretti ai singoli, alle diadi madre-figlio, alla coppia dei fratelli, al gruppo madre-figli, nella costante collaborazione con la struttura educativa che accoglie il ragazzo. A Massimo è stato fornito anche un supporto psicologico individuale, a cadenza settimanale, parallelo e strettamente interconnesso alla terapia familiare che pure lo comprendeva a vari livelli, con puntuale e trasparente comunicazione tra i terapeuti sui contenuti di ogni seduta, in accordo con il ragazzo. Tale scelta è sembrata necessaria sulla base dell'intensità dei vissuti post-traumatici del ragazzo, della sua difficoltà a mentalizzare, della probabilità di una trasformazione da vittima in aggressore, cosa che già emergeva attraverso i comportamenti impulsivi e aggressivi: si era pensato che un facilitatore, che gli desse la possibilità di sperimentare mezzi di espressione simbolica e gli offrisse uno spazio del tutto personale, potesse essere la scelta opportuna. Massimo utilizza con difficoltà tale aiuto, tanto da consigliare la chiusura di un primo rapporto psicoterapeutico e l'apertura di un secondo, con un professionista del suo stesso genere maschile e più pronto a contenere i suoi non infrequenti attacchi al setting. Tuttavia, seppur in maniera discontinua, tale supporto assolve a funzioni importantissime, permettendo il riemergere in forma simbolizzata dell'indicibile e del dolore ad esso connesso.

Un controllo psicodiagnostico viene proposto a Massimo quando il ritorno a casa è imminente, come una forma di autoverifica dei cambiamenti avvenuti nel suo modo di pensare, sentire, affrontare la vita: cambiamenti che già trasparivano nel diverso comportamento, certo più responsabile e controllato e nella capacità di considerare il pensiero come una forma importante di elaborazione della realtà. Massimo sa anche che ci aspettiamo da questa rivalutazione una sorta di "radiografia" dei problemi residui e dei punti deboli del suo assetto psichico, cosa fondamentale per programmare la continuazione dell'aiuto nelle forme più opportune.

Il confronto tra i risultati del primo esame psicodiagnostico, effettuato all'inizio della terapia, e quelli del secondo permette di apprezzare quali modificazioni siano avvenute a livello del funzionamento psichico e dei modelli operativi interiorizzati.

La prima valutazione, effettuata a pochi mesi dall'allontanamento, quando ancora non era emerso alcun coinvolgimento diretto di Massimo nell'atmosfera pesantemente erotizzata costruita dal padre in famiglia, gronda elementi di marca post-traumatica. Persino gli stimoli più neutri suscitavano grande disforia; storie di abbandono, violenza assistita e sperimentata pervadevano il materiale proiettivo, alternate a momentanee confuse collusioni con una specie di "inferno divertente", che sembrava l'unico universo a cui appartenere.

Nella seconda valutazione la trasformazione è palpabile. Le associazioni mentali scorrono fluide e realistiche. Anche se pace, ordine e affetti sono diventati finalmente l'ideale da perseguire, non si può parlare di movimenti idealizzanti, un po' da lezione inculcata e imparata: infatti c'è anche la capacità di riconoscersi sentimenti negativi, come la rabbia (che davvero spesso caratterizza le reazioni del ragazzo) derivata dall'insoddisfazione, oppure la consapevolezza che, per quanto la riparazione sia perseguita con tutto l'impegno, rimane nella sua vita una parte non riparabile, perduta per sempre o, al contrario, non cancellabile nei ricordi. I personaggi da lui immaginati, tuttavia, pur soffrendo ancora possono "capire", e così migliorare, o essere consolati dalla vicinanza affettuosa.

Ma è soprattutto attraverso il test di Rorschach che si può dare una valutazione dei vissuti più profondi. La prima somministrazione trasmetteva tutta l'angoscia del bambino. Risposte "sanguine" diffuse, la presenza di numerosi movimenti atipici, di scene di cooperazione negativa e distruttiva, non potevano lasciare alcun dubbio sulla configurazione acutamente post-traumatica del suo funzionamento psichico. Soprattutto le tavole più evocative di contenuti sessuali apparivano, nella loro originalità, veicolare una qualità distruttiva particolarmente perversa.

Nella seconda somministrazione il quadro è trasformato e risanato. Considerando le risposte nella loro globalità, è evidente il miglior controllo delle emozioni negative che, anche quando sono presenti, ed emergono per esempio in fine test nella scelta delle tavole gradite e sgradite, non impediscono in prima battuta buone interpretazioni formali e contenuti non minacciosi. I temi sessuali sono ben risolti. Quanto agli specifici indicatori post-traumatici, sono scomparsi: il pervasivo vissuto di minaccia e aggressione; le risposte "sanguine"; i movimenti atipici (scesi da 8 a 0). Colpisce particolarmente la trasformazione delle numerose risposte di cooperazione negativa in altrettante di cooperazione positiva, come segnale confortante di un vero mutamento di segno nella percezione e concezione della realtà.

Nonostante le premesse scoraggianti e il perdurare di problematiche non risolte, si può affermare che l'intervento terapeutico, coniugando intensivamente operazioni dirette alla riparazione sul piano personale e sul piano relazionale, abbia ottenuto un cambiamento non soltanto a livello degli adattamenti ma dei modelli operativi interni.

IN SINTESI

Le antinomie tra modelli, in particolare quello psicodinamico e quello sistemico relazionale paiono oggi dietro le spalle. In generale le teorie della mente stanno entrando in quello che si potrebbe definire come un positivo processo di globalizzazione, certo lontano dal compimento, ma avviato a riconoscere le preziose intuizioni e scoperte empiriche che appartengono ad ognuna come riavvicinate e rivivificate dal flusso di conoscenze sperimentali e scientifiche che stanno gettando luce sul delicato ponte tra mente e cervello.

L'esito confortante è stato trovare confermate le scelte terapeutiche maturate empiricamente in questi anni di lavoro in prima linea nell'area dell'abuso all'infanzia: dotate ora di una coerente base teorica, capace di valorizzare i precedenti modelli di riferimento in una sintesi nuova, possono svilupparsi con più precisa consapevolezza ed efficacia. Confortante è stato anche trovare legittimato uno stile terapeutico, e anche valutativo, ricco e peculiare, che mutua senza paura (fatta salva la necessaria competenza) "tutto ciò che serve da tutto ciò che serve", come afferma De Zulueta. Ne deriva uno stile attivo, ma prudente; attento alle connessioni relazionali ma anche accorto sui riverberi personali, le letture, le decodifiche individuali; libero nei formati delle sedute psicologiche purchè gli obiettivi siano accuratamente programmati.

Cosa aspettarsi dal futuro nell'area della cura dell'abuso all'infanzia?

Innanzitutto di proseguire sulla strada sopra indicata, che possa provvedere ragioni teoriche all'evidenza clinica, in un percorso che dalla pratica risale alla teoria per poi ritornare corroborati alla pratica, affinché gli interventi terapeutici possano diventare ordinati, non improvvisati,

riproducibili e ragionevoli. Pare questa la premessa per affrontare la sfida di una sempre più estesa domanda di cura e per affrontare situazioni sempre più complicate e pervasive.

BIBLIOGRAFIA

Vorrei permettermi non una 'vera' bibliografia, ad un tempo dispersiva e parziale se dovesse citare i singoli studi sperimentali evocati in questo scritto e che sono alla base delle considerazioni qui espresse. Piuttosto mi sembra utile indicare al lettore i "grandi interpreti" di quel coacervo di studi non sempre di interpretazione univoca - come già segnalato - , che hanno costituito per me una guida di grande fascino a motivo delle loro conoscenze ma ancor più della loro rivisitazione e significazione delle stesse, nell'interesse specifico per l'abuso all'infanzia e la sua cura. I loro scritti contengono innumerevoli spunti per chi volesse approfondire lo studio delle fonti sperimentali.

De Zulueta F. (1993) *From pain to violence*, Whurr, London. Trad. it. *Dal dolore alla violenza*, Raffaello Cortina, Milano, 1999.

De Zulueta F. (2002) The treatment of psychological trauma from the perspective of attachment research, *relazione non pubblicata*, Torino.

Glaser D. (2000) Child abuse and neglect and the brain-A review, *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 41 (1), 97-116.

Herman J. (1992) *Trauma and recovery: the aftermath of violence*, Basic Books, New York.

Sheinberg M., Fraenkel P. (2001) *The Relational Trauma of Incest*, The Guilford press, New York.

Terr L.C. (1991) Childhood traumas: An outline and overview, *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.

Terr L.C. (1996) *Il pozzo della memoria*. Tr. it. Garzanti, Milano.

Interessanti suggestioni vengono anche dal Focus Monotematico a cura di E. Camisasca (2001) Attaccamento e maltrattamento, *Maltrattamento e Abuso all'Infanzia*, 3 (3), pp. 7-83. (si veda in particolare il contributo di G. Attili).

Preciso inoltre l'indicazione di miei scritti in cui molte delle affermazioni contenute nell'articolo trovano ampia documentazione.

Malacrea M., Vassalli A. (1990) *Segreti di famiglia*, Raffaello Cortina, Milano.

Malacrea M. (1998) *Trauma e riparazione*, Raffaello Cortina, Milano.

Malacrea M. (1999) "Come eravamo": terapisti familiari e abuso sessuale, *Psicobiattivo*, 19(1), 13-24.

Malacrea M., Lorenzini S. (2002) *Bambini abusati. Linee guida nel dibattito internazionale*, Raffaello Cortina, Milano.