Marinella Malacrea*

ESPERIENZE SFAVOREVOLI INFANTILI: L'APPROCCIO CLINICO[1]

CAPITOLO I

GUARIRE E' POSSIBILE

1. LA RICERCA

Quando le esperienze sfavorevoli infantili hanno dato luogo a funzionamenti post traumatici, di fronte a un quadro grave, in cui i modelli operativi disfunzionali appaiono così coesi e rigidi e le reazioni neurofisiologiche correlate così potenti e automatiche, quali sono le prospettive ragionevoli di guarigione, intesa come la modificazione di quelle distorsioni, il ripristino di processi mentali più sani e utili per vivere e relazionarsi, e, come esito, la liberazione di energie positive?

Anche su questo punto è proficuo rivolgersi agli studi scientifici sullo sviluppo infantile per cercare fondate aperture[2]. Ecco le più rilevanti:

- c'è prova sperimentale che i modelli operativi interni 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 e l'autopromozione, che comportano da parte del bambino l'attiva ricerca e produzione di meccanismi adattativi finalizzati a ottenere il controllo delle proprie azioni e reazioni;
- ingrediente fondamentale dei processi di ontogenesi è la possibilità della vittima di costruire una coerente rivelazione e significazione della propria esperienza. Infatti (come dimostrano gli studi che utilizzano l'Adult Attachment Interview per identificare gli stili di attaccamento in soggetti adulti) non è tanto la negatività dell'esperienza infantile a determinare lo stato di benessere da adulti, ma la capacità di contenere mentalmente ed emotivamente quella esperienza, attraverso il ricordo-racconto, e di riorganizzarla dandole un significato non autodistruttivo e consentendosi un lutto;
- al contrario, la messa in atto di movimenti difensivi di idealizzazione o dubitativi, opposti alla presa d'atto della propria esperienza traumatica, espone al rischio di perpetuare da adulto i modelli operativi post traumatici e di trasferirli sui figli;
- il 'conforto materno', e cioè la riattivazione del sistema di attaccamento come antidoto al dolore, ha in ogni età il potere di modificare positivamente l'equilibrio dei mediatori chimici attivati dallo stress, riportandolo a uno stato fisiologico. Interessanti sperimentazioni con piccoli di mammifero 'in adozione' (privati dell'originario datore di cure e affidati ad altri datori di cure) ha confermato questa risorsa anche nell'animale.
- le terapie psicologiche, basate sullo scambio verbale, al pari di quelle farmacologiche, cambiano i funzionamenti cerebrali provocando modificazioni rilevabili alla PET[3], e quindi incidono a livello neurobiologico[4].

---

* Neuropsichiatria infantile, psicoterapeuta, responsabile attività clinica Centro TIAMA, responsabile tecnico scientifico Progetto Equal TIAMA (IT-G2LOM-023).

1 2007

2 Si rinvia anche alla lettura dell'articolo di Marinella Malacrea (2004) La terapia nell'abuso all'infanzia: le ragioni teoriche dell'esperienza clinica, *Connessioni*, VIII (14), 81-100.

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

In sintesi, guarire è possibile. Non va perduta la confortante conferma che la riparazione è possibile, anche nei casi più gravi di esperienza traumatica infantile. Alcuni autori si riferiscono a questo incontestabile dato utilizzando in maniera estesa il termine 'resilienza', originariamente riservato a designare la capacità di resistere agli urti senza esserne danneggiato (e quindi, nel nostro specifico, di uscire indenni dalle esperienze sfavorevoli infantili, senza che queste arrivino a dare un impatto traumatico e la sofferenza conseguente), come espressione sintetica della capacità di guarire, per tutto il corso dell'esistenza, le ferite procurate dagli urti. Certo, tale riparazione non è sempre allo stesso livello di penetranza e stabilità; ma non vorremmo che andasse sottovalutata l'importanza anche di mutamenti di taglio più limitato in soggetti che, come sappiamo, possono attraversare fasi di completo squilibrio dei loro sistemi di far fronte alla realtà, o, peggio, di irrigidimento di sistemi distorti edificati a scopo difensivo.

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

2. LE TAPPE DELLA GUARIGIONE

Pur nella grande articolazione possibile delle operazioni terapeutiche, potremmo individuare alcune fondamentali domande delle vittime, a cui è necessario trovare risposta: e non pensiamo che tali domande siano appannaggio soltanto dei bambini più grandi, perché sono invece ancor più pervasive e incontrollabili nei loro effetti in quelli più piccoli.

La prima domanda è: "cosa è successo?". Confusione e frammentazione non riguardano soltanto il piano dei fatti, piano in cui ricostruire una consapevolezza conseguente, completa e logica è già tanto intricato. Molto più gravi sono confusione e frammentazione sul piano dei sentimenti e soprattutto dei significati. Questa operazione diretta a "vederci chiaro", essenzialmente destinata ad aiutare il bambino a ridiventare soggetto e a riprendere controllo della propria vita, come antidoto allo sfruttamento, alla umiliazione, all'imbroglio, all'impredicibilità dell'esistenza nella cui morsa era stato stretto durante l'infanzia, ha ricadute importanti. Innanzitutto investe tutte le chiavi di lettura degli eventi e dei vissuti correlati, costruite nello sforzo di convivere con l'esperienza traumatica senza esplodere e far esplodere le proprie relazioni più significative.

Tale passaggio si deve misurare con un grande ostacolo: il dolore, che può essere tanto intenso e corrosivo da dissuadere la vittima dal proseguire sulla strada di ridare contorni chiari al suo passato, strada che pure abbia intuito come logica e conveniente, o addirittura obbligatoria per uscire dal tunnel del trauma. Infatti alla prima domanda: "cosa è successo?", si connette immediata una seconda domanda: "perché?" e "perché a me?". Sia che si cerchi una risposta fuori di sé (una bambina abusata diceva accorata: "Gesù non è stato buono con me"), o nella disfunzione delle proprie relazioni di attaccamento, o in se stessi, il risultato è un importante crollo delle certezze della corrispondenza della realtà a quanto sarebbe buono e desiderabile, in modo grave e inaccettabile; di più, apre la porta al tema della colpa, tema che, saggiamente maneggiato, tanto equilibrio e sana depressione è capace di apportare agli esseri umani, ma che, se non governato, si allarga come un liquido corrosivo capace di far passare la voglia di vivere e persino il pensiero di averne diritto.

E' necessario quindi aver presente con chiarezza che lo sforzo di rendere la vittima meno impotente aprirà la porta al dolore e alla domanda se valga la pena di darsi tanto da fare per riprendere controllo di una prospettiva di vita inaccettabile: un altro bambino di sei anni, decontestualmente, ma quanto significativamente, chiedeva improvvisamente alla psicologa: "ma la vita è così?".

La domanda successiva è: "c'è qualcosa oltre il dolore?". O meglio: "c'è qualcosa che possa contenere il dolore?": dolore intriso della delusione su di sé e sulle persone più care. Sappiamo bene

---

[4] Baxter L, Schwartz J, Bergman K, Szuba M, Guze R., Mazziotta J, Alazraki A, Selin C, Ferng H, Munford P, Phelps M. (1992) Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder, *Archives of General Psychiatry*, 49, 681-689.

che solo l'esperienza della comprensione e della sintonizzazione degli affetti con altri esseri umani può contenere il dolore efficacemente. Persino chi si occupa del dolore oncologico nei bambini mette il contatto fisico a fianco dei presidi farmacologici come mezzo per portare sollievo. Nel libro di De Zulueta[5], "Dal dolore alla violenza", impressionanti sono gli esperimenti citati a riguardo del sistema delle endorfine nel controllare dolori fisici e psichici. Per accedere a tale possibilità è tuttavia necessario amplificare, o addirittura ricreare da zero, una fiducia nei rapporti umani che è stata messa a dura prova nelle vittime di esperienze sfavorevoli infantili. Queste hanno sovente da tempo scelto, in alternativa a relazioni capaci soltanto di inoculare veleno, la via dell'isolamento, fino alla negazione persino a se stessi del bisogno di essere compresi e amati per quello che sono, o la via del mascheramento del proprio male dietro le corazze di cartapesta dei "falsi sé"; oppure hanno scelto di rinunciare ad essere psichici, scaricando sull'asse somatico la sofferenza, o, ancora, ricercando caparbiamente un'anestesia mai efficace attraverso l'eccitazione sessuale, quando prende la forma di un potente 'non pensiero', a cui magari sono state sapientemente addestrate. In definitiva, provano tutto ciò che possa sembrare alternativa a ritentare relazioni che niente può far loro prevedere meno ingannevoli delle prime: un'altra bambina di dieci anni diceva amaramente, di fronte alle incomprensioni con i genitori adottivi: "io non rischio più". Convincere questi bambini che riconnettersi con il mondo è utile e vantaggioso non è impresa facile: impossibile diventa se non si può documentare loro, concretamente, che tale vantaggio è sperimentabile in nuovi contesti di vita quotidiana.

L'ultima domanda è: "se sopravvivere è possibile, e ne vale la pena, qual è il prezzo che posso permettermi di pagare, per ottenerlo?". Entriamo qui nella difficile fase del lutto verso quanto è perduto, sia della propria infanzia e integrità personale, sia delle relazioni fondanti. Ciò che è stato tanto pericoloso e pieno di insidie non può più essere conservato, se non risulta risanato o almeno reso non più pericoloso. E anche questo passaggio diventa impossibile, se non c'è valida alternativa nel presente e nel futuro, che possa riempire in qualche modo il vuoto creato da questa necessaria, ma pur sempre dolorosa, amputazione degli affetti.

3. IL MODELLO ECOLOGICO DELL'INTERVENTO

Il Rapporto su "Violenza e salute" dell'OMS, nel caso specifico della violenza sui minori, orienta all'adozione di un modello di intervento, *mirato alla riparazione dei danni* ma ugualmente efficace per organizzare la valutazione degli stessi, ispirato al "modello ecologico" di Bronfenbrenner[6] (1979), ripreso più recentemente e applicato all'abuso all'infanzia. Più recentemente, alcuni ricercatori hanno usato questo modello per analizzare la violenza giovanile, la violenza tra partner e l'abuso sugli anziani.

Principio base è che nessun fattore preso a sé stante può spiegare come mai alcuni individui si comportano in maniera violenta nei confronti di altre persone o perché atteggiamenti violenti sono presenti in maniera prevalente presso alcune società, piuttosto che in altre. La violenza è il risultato di una complessa interazione di fattori individuali, relazionali, sociali, culturali e ambientali. Capire in che modo questi fattori sono rapportabili alla violenza è uno dei passi più importanti in un approccio di salute pubblica al problema della prevenzione della violenza.

Il "modello ecologico" considera quattro aree concentriche interagenti nell'eziologia e nella riparazione del danno costituite da:

- *livello ontogenetico* o dei fattori individuali;
- *livello del microsistema* o dei fattori familiari;
- *livello dell'esosistema* o dei fattori sociali, economici, relativi alla comunità di appartenenza;
- *livello del macrosistema* o delle determinanti istituzionali e culturali.

---

5 De Zulueta F. (1999) *Dal dolore alla violenza. Le origini traumatiche dell'aggressività*, Raffaello Cortina, Milano.

6 Bronfenbrenner U. (1979) *The ecology of human development. Experiments by nature and design*, Harvard University Press, Cambridge. Trad. It. Ecologia dello sviluppo umano, Il Mulino, Bologna, 1986.

Questo approccio fornisce una base globale e articolata di opzioni per la rilevazione e per l'intervento terapeutico[7].

E' utile dare dei dettagli di ogni livello[8].

Individuo: il primo livello del modello ecologico cerca di identificare i fattori della storia biologica e personale che ogni individuo porta nel proprio comportamento. In aggiunta ai fattori biologici e demografici, sono considerati anche altri fattori, quali l'impulsività, il possesso di un basso livello culturale, l'abuso di sostanze, e una storia precedente di aggressione e abuso. In altre parole, questo livello del modello ecologico si focalizza sulle caratteristiche dell'individuo che incrementano la sua possibilità di essere una vittima o un attore di violenza.

Relazioni: il secondo livello del modello ecologico indaga quanto le più intime relazioni sociali – ad esempio le relazioni tra pari, partners e membri di una medesima famiglia – aumentino il rischio di violenza subita e agita. Nei casi di violenza tra partner e di maltrattamento infantile, ad esempio, l'interazione su una base di incontro quantomeno quotidiana o la condivisione di una abitazione comune con un abusante aumenta di fatto le occasioni di contatti violenti e ripetuti. Nei casi di violenza interpersonale tra giovani, le ricerche mostrano che i giovani si coinvolgono molto più facilmente in attività negative quando quei comportamenti sono incoraggiati e approvati dai loro amici. Coetanei, partners e membri di una medesima famiglia, tutti hanno la reale possibilità di modellare il comportamento di un individuo e la sfera della sua esperienza.

Comunità: il terzo livello del modello ecologico esamina i contesti comunitari nei quali le relazioni sociali sono inserite – quali le scuole, i posti di lavoro e il vicinato – e cerca di individuare le caratteristiche di questi insiemi che sono associate con l'essere vittime o attori di violenza. Un alto grado di mobilità residenziale (quando cioè la gente non resta a lungo in una medesima abitazione, ma si sposta frequentemente), l'eterogeneità (un alto grado di differenti popolazioni, con un basso livello di quel "collante" sociale che lega insieme le comunità omogenee) e l'alta densità di popolazione sono tutti esempi di tali caratteristiche e ciascuna di queste è stata associata a situazioni di violenza.

Parimenti, quelle comunità che sono caratterizzate da problemi, quali traffico di droga, alti livelli di disoccupazione o diffuso isolamento sociale, sono più esposte a esperienze di violenza. La ricerca sulla violenza mostra che le occasioni di violenza sono maggiori in alcuni contesti comunitari piuttosto che in altri – ad esempio, nelle aree di particolare povertà, o di deterioramento fisico, o là dove ci sono pochi supporti istituzionali.

Società: il quarto ed ultimo livello del modello ecologico prende in considerazione i fattori sociali più ampi che influenzano la frequenza della violenza. Sono inclusi qui quei fattori che creano un clima favorevole per la violenza, quelli che riducono le inibizioni nei confronti della violenza, e quelli che creano o mantengono una distanza tra i diversi segmenti della società – o una tensione tra differenti gruppi o regioni.

I fattori sociali più generali includono:

- le impostazioni culturali che tollerano la violenza come una via accettabile per la soluzione di conflitti;
- quegli atteggiamenti che considerano il suicidio come materia di scelta individuale invece che come un atto di violenza sul quale esercitare una effettiva prevenzione;
- le norme che danno priorità ai diritti dei genitori sul benessere dei figli;
- le norme che si trincerano dietro il dominio del maschio sulla donna e sui figli;
- le norme che tollerano l'uso di una forza di repressione eccessiva della polizia nei confronti dei cittadini;
- le norme che tollerano i conflitti politici.

I fattori sociali più generali includono anche l'insieme delle politiche della sanità, dell'educazione, dell'economia e dei rapporti sociali, tutti fattori che possono mantenere un alto livello di disuguaglianza economica o sociale tra i vari gruppi all'interno della società.

Collegamenti complessi: mentre alcuni fattori di rischio possono essere peculiari per un particolare tipo di violenza, molteplici tipi di violenza più comunemente condividono un certo numero di fattori di rischio. Le norme culturali prevalenti, la povertà, l'isolamento sociale ed alcuni altri fattori, quali l'abuso di alcool, l'abuso di sostanze stupefacenti, e il possesso di armi, sono fattori di rischio comuni a più di un tipo di violenza. Come risultato, non è raro che alcuni individui, esposti al rischio di violenza, siano soggetti a più di un tipo di violenza. Così, ad esempio, le donne esposte al rischio di violenza fisica da parte del proprio partner sono anche esposte al rischio di violenza sessuale.

E' anche abbastanza frequente individuare legami tra differenti tipi di violenza. Alcune ricerche hanno potuto dimostrare che l'esposizione alla violenza intrafamiliare è associata con l'essere una vittima o un attore di violenza nell'adolescenza o in età adulta. L'esperienza di essere stato rifiutato, trascurato o di aver patito indifferenza da parte dei genitori espone i bambini a un maggiore rischio di comportamenti aggressivi e antisociali, inclusi poi comportamenti di tipo abusivo da adulti. Sono stati riscontrati dei legami tra un comportamento suicida e alcuni tipi di

---

[7] Vedi anche Malacrea M. (2004) Il "buon trattamento": un'alternativa multiforme al maltrattamento infantile, *Cittadini in crescita*, 1, 1-17.

[8] Libero adattamento da: Rapporto mondiale su violenza e salute, OMS, 2002.

violenza, incluso il maltrattamento infantile. In molte regioni dove sono esplosi violenti conflitti, il numero di violenze interpersonali rimane alto anche dopo la cessazione delle ostilità – tra altre ragioni anche a causa del fatto che la violenza è diventata più socialmente accettabile e per la disponibilità di armi.

I legami tra le varie forme di violenza e l'interazione tra fattori individuali e i più ampi contesti, sociali, culturali ed economici suggeriscono che affrontare i fattori di rischio attraverso i vari livelli del modello ecologico può contribuire a far diminuire più di un tipo di violenza.

Risposte articolate: il modello ecologico, nei suoi livelli, serve anche per indicare i punti chiave dell'intervento, sia esso di prevenzione primaria (evitare che i comportamenti violenti si verifichino), secondaria (dare immediate risposte), terziaria (cura, riabilitazione, reintegrazione, diminuzione dei danni successivi alla vittimizzazione). Occorre quindi occuparsi di tutto quanto segue:

- identificare i fattori di rischio individuale fare i passi necessari per modificarli
- influenzare le relazioni interpersonali di prossimità e lavorare per costruire ambienti familiari sani, oltre che fornire aiuto professionale e sostegno alle famiglie disfunzionali
- osservare luoghi pubblici, come le scuole, posti di lavoro e vicinato e fare i passi per affrontare i problemi che possono portare alla violenza
- occuparsi delle disuguaglianze di genere e contrastare le relative attitudini culturali e i conseguenti comportamenti
- identificare i fattori di natura trasversale culturali, sociali ed economici che contribuiscono alla violenza e fare i passi per modificarli, incluse le iniziative per colmare le disuguaglianze

Le riflessioni di cui sopra sono ugualmente valide sia quando ci si occupa della lettura generale del fenomeno sia quando ci si occupa di singole situazioni.

4. INTERVENIRE SUL PIANO CLINICO

Il 'modello ecologico' trova riscontro nelle più recenti conoscenze psicologiche circa i funzionamenti post traumatici e gli strumenti per modificarli positivamente: diventa così una valida indicazione anche nel campo degli interventi più propriamente terapeutici.

Infatti la cura, nelle situazioni di trauma infantile, non può che articolarsi intorno a due pilastri sinergici, che hanno il compito da un lato di destabilizzare quanto è fissato dei modelli operativi post traumatici e dall'altro di condurre il soggetto a riprovare esperienze di attaccamento positive: la psicoterapia e la promozione di un'esperienza riparativa, fattuale ed emozionale. Questi pilastri ben si accordano con gli articolati piani dell'intervento 'ecologico'. In altre parole, da un lato c'è la necessità di un intervento volto a mutare il sistema dei significati della vittima (e a volte anche di chi la affianca), cioè quel complesso di pensieri e sentimenti che costituisce la nostra "filosofia" sul funzionamento del mondo e degli esseri umani. Dall'altro lato occorre contemporaneamente agire per la costruzione, e la concreta esperienza da parte della vittima, di un altro mondo realmente possibile, in cui sentirsi al sicuro da quello da cui si è fuggiti e che poggi su leggi e costanti che rendano conveniente cambiare il sistema di significati appreso precedentemente. Poiché nel mondo reale è avvenuto il trauma, il dolore nel guardarlo e nel cercare di ricomprenderlo tollerandolo ed elaborandolo non potrà mai essere sopportabile e apparire sensato e vantaggioso se non c'è garanzia che un'alternativa concreta di vita esista davvero. Così accade che, se la psicoterapia è funzionale a promuovere l'esperienza emozionale riparativa, perché, cambiando il sistema di significati della vittima, tale buona esperienza viene resa per lei riconoscibile e desiderabile, quest'ultima è funzionale alla psicoterapia, che non avrebbe speranza di produrre stabili e profonde modificazioni dell'assetto cognitivo ed emotivo senza la "prova del nove" che la nuova realtà, che la vittima deve imparare a pensare e con cui deve sintonizzarsi, esiste davvero ed è sperimentabile (Malacrea, 2004).

E' necessario anche interrogarsi, se il "binomio vincente", per così dire, è costituito da *terapia più esperienza correttiva*, su che qualità debbano nel dettaglio avere l'una e l'altra.

4.1 La psicoterapia

La psicoterapia è dunque finalizzata in primo luogo ad agire sul *sistema dei significati*, cambiando le 'lenti' con cui viene letta l'esperienza. Il suo punto di forza sarà diminuire il cortocircuito tipico dei processi post traumatici, riattivando le funzioni cerebrali superiori attraverso l'elaborazione verbale. 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.

I metodi e le tecniche utilizzate a livello mondiale per facilitare il processo di guarigione in campo clinico sono molti e diversificati. E' senz'altro utile incoraggiare il confronto tra metodi psicoterapeutici in situazioni di trauma infantile, con verifica dell'efficacia, secondo l'esempio di altri Paesi (per gli USA, vedi Saunders et al.[9], 2001).

Tuttavia deve anche essere rilevato che ci sono straordinarie convergenze circa obiettivi e stadi del processo terapeutico, se prendiamo in considerazione molti dei principali autori che hanno sistematizzato il risultato delle loro esperienze cliniche. Inoltre, finalità e sequenze valgono indifferentemente quando ci si debba occupare di bambini o di adulti, nell'immediatezza dell'esperienza traumatica o a distanza di anni da essa: e ciò appare logico soltanto se ci mettiamo nella prospettiva di ammettere la qualità unica e peculiare dei funzionamenti post traumatici, che sottendono molte varianti di esiti sintomatici e comportamentali e sono andati spesso nel passato a riempire impropriamente altre 'caselle' nosografiche, rimanendo misconosciuti e incompresi, e in definitiva intrattabili.

Il prospetto sottostante, ovviamente limitato, può darne una specie di quadro sinottico.

OBIETTIVI E STADI DEL PROCESSO TERAPEUTICO[10]

Autore	**Trotter** (adulti)[11]	**Parnell** (adulti)[12]	**Herman** (adulti)[13]	**Friedrich**[14] (bambini)	**Ney** (bambini)[15]	**Malacrea** (bambini)[16]

[9] Saunders B.E., Berliner L., Hanson R.F. (2001) *Guidelines for the psychosocial treatment of intrafamilial child physical and sexual abuse*, Authors, Charleston (SC).

[10] La tabella è stata aggiornata nel 2023.

[11] Elaborato da Malacrea M., 2005. Da: Trotter C., Stages of recovery and relapse prevention for the chemically dependent adult sexual trauma survivor. In: Hunter M. (1995) *Adult survivors of child sexual abuse*, Sage Publications, NY.

[12] Elaborato da Malacrea M., 2006. Da: Parnell L. (1999) *EMDR in the Treatment of Adults Abused as Children*, Norton and Company, NY.

[13] Elaborato da Malacrea M., 2005. Da: Herman J. L. (1992*) Trauma and recovery*, Basic Books. Tr. It. (2005) : *Guarire dal trauma*, Edizioni MAGI, Torino.

[14]Elaborato da Malacrea M.. Da Friedrich (1990) *Psychotherapy of Sexually Abused Children and Their Families,*

[15] Elaborato da Malacrea M., 2005. Da: Ney P.G. (1987) The treatment of abused children: the natural sequence of events, *American Journal of Psychotherapy*, vol. XLI, 3, 391-401.

[16] Elaborato da Malacrea M., 2005. Da Malacrea M. (1998) *Trauma e riparazione. La cura nell'abuso sessuale all'infanzia*, Raffaello Cortina, Milano.

preparazione	*necessità del cambiamento* *stabilizzazione dei sintomi*	*motivazione al cambiamento a partire dai problemi attuali* *valutazione dei punti di fragilità* - salute fisica - isolamento -dissociazione -comportamenti autolesivi *la storia dell'abuso*	*al sicuro* - recuperare il controllo - stabilire un ambiente sicuro - non avere fretta	*una accurata valutazione dell'impatto* -rassicurare sulla'normalità' del malessere -parlare chiaramente del problema -attenzione ai comportamenti sessualizzati -utilizzare test cognitivi e proiettivi -dare una restituzione dei vissuti profondi -valutare anche i genitori -tenere conto del danno civile	*"non sei l'unico"* *identificare subito il problema*	*i supporti contestuali* - la cornice giudiziaria: non c'è clinica senza protezione, chiarimento dell'esperienza traumatica, valutazione/terapia -l'esperienza correttiva.: costruzione fattuale, connessione con il mondo interno - l'intervento integrato: un'équipe, una regia
fase iniziale	*vedere da vicino* - CSA è il 'core' - ricostruire le esperienze traumatiche - dare significato al trauma - ridefinire le difese come modi di 'coping'	*installare risorse* - la relazione terapeutica - contratto per la sicurezza e la cura - imparare abilità di coping - imparare a contenersi e a curarsi - rinforzare il senso di capacità e controllo	*chiamare il problema con il suo nome*	*darsi degli scopi* -formare la relazione contrastando gli stili interpersonali patologici -discutere apertamente l'abuso sessuale: non si può curare "gratis" -elaborare i vissuti traumagenici (impotenza, tradimento, sessualizzazione, stigmatizzazione) -maneggiare i casi non dimostrati attenti alle insidie giudiziarie -promuovere un contesto stabile e stabilizzante	*guardare la realtà*	*ristabilire la verità e reggere la crisi* - contrastare la negazione di chi non può riconoscere - contrastare la negazione di chi già riconosce - affrontare la crisi da svelamento - contenere lo stato di emergenza - promuovere adattamenti più sani - promuovere la sinergia con gli eventi esterni

fase centrale	*fare il lutto* - riconoscere il 'sistema familiare abusante' - assegnare le responsabilità (abusante, non protettore) - sfidare la 'disperazione appresa' - cambiare i comportamenti	*ordinare, elaborare, integrare* -centrare intorno ai problemi di sicurezza, colpa, controllo - pianificare insieme il trattamento - affrontare forti emozioni - affrontare vissuti personali insoliti (dissociazione, confusione, sopore, memorie somatiche, catene mnemoniche) - dosare il trattamento	*ricordare e piangere* - ricostruire la storia - trasformare il ricordo traumatico - fare il lutto per la perdita dovuta al trauma	*fare il lavoro terapeutico* -dare senso all'abuso, parlandone -facilitare il contatto con se stesso -'parleremo di quello che ti fa sentire differente o cattivo' -raggiungere specifici obiettivi di comportamento -dare un'esperienza positiva a cui ricorrere anche nel futuro -diminuire la possibilità di ulteriore abuso	*ribellione* *colpa* *disperazione*	*elaborare i nodi problematici e gestire il senso di colpa* - per la vittima: il pensiero su di sé, il pensiero sulle relazioni - per l'adulto protettivo: il crollo del proprio mondo, la tentazione della negazione, affrontare le conseguenze - per l'abusante: la negazione, la mancanza di empatia, l'assunzione di responsabilità
fase avanzata	*sopravvivere* - confrontare il passato e separarsene - sviluppare il sé (risorse, sessualità) - chiudere i conti (crediti/debiti)	*chi sono ora?* *Ricostruire* - riempire ciò che è mancato nello sviluppo - elaborare le paure di rientrare nel mondo - installare una progettualità futura	*ritornare nel mondo* - imparare a combattere - riconciliarsi con se stesso - riconnettersi agli altri	*migliorare la visione di sé e del proprio valore* - 'non sei l'unico' - 'puoi scegliere' - creare una nuova mappa di riferimento relazionale - lavorare anche con la famiglia comprendendone le dinamiche	*rivalutare sé e le relazioni* *riconciliazione* - con sé - con gli altri	*dalla crisi alla guarigione: lutto e ricostruzione* - la rilettura dell'abuso -sciogliere i legami dannosi - la riparazione di quel che resta - la costruzione di nuovi legami
mantenimento	*durare* - ricognizione costante dei fattori di rischio (i 'baobab') - non compromettere le nuove relazioni	*guardarsi indietro per sentirsi forti* -la storia della terapia *mettere a tema i trigger attuali*	*trovare una propria missione di sopravvissuto*	*pianificare presto la dimissione*	*ricostruzione* *aiutare gli altri*	*stabilizzare i cambiamenti* - equilibrare le aspettative - la gestione autonoma dei problemi residui - articolare la dimissione
ricadute	*ricadere senza disperare* - le ricadute sono da prevedere - capire i 'trigger' personali	*non aver paura degli 'strati della cipolla'* - i nuovi trigger sono 'finestre di plasticità'	*accettare la riattivabilità del trauma*	*spesso la terapia attuale è la premessa a un ulteriore lavoro da farsi più in là*		*il consolidamento non è lineare* - tenere aperta la possibilità di altre fasi di terapia - tenere conto delle fasi evolutive

E' doverosa ancora una sottolineatura. Come si vede nella tabella, integrante e indispensabile alle azioni di cura è l'attenzione a prevenire e contrastare i *riattivatori traumatici.*

E' noto che i soggetti traumatizzati nell'infanzia acquisiscono una maggiore vulnerabilità al ripetersi di evenienze analoghe a quelle che li hanno danneggiati; tendono anche a interpretare in

modo allarmato circostanze di per sé non traumatiche, attraverso la costruzione permanente della convinzione di avere a che fare con un 'mondo malevolo'. La conseguenza di tale dinamica è la riattivazione secondaria delle reazioni post traumatiche, che vengono ad aggravare in modo importante il quadro dei danni primari.

Quanto sopra non è completamente evitabile nella vita dei soggetti vittimizzati, e impone a chi si cura della loro salute mentale l'esigenza di concepirne la presa in carico come marcata dalla probabilità di ricadute che richiedono la riattivazione di cure intensive. Tuttavia qualcosa è possibile fare anche in senso preventivo, quando la riattivazione traumatica è prevedibile, come ad esempio quando il bambino vittima deve incrociare i percorsi giudiziari.

4.2 L'esperienza riparativa[17]

Essa investe la vita quotidiana, è 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.

E' indiscutibile che la migliore "esperienza riparativa" per un minore sia sperimentare il *risanamento del proprio ambito originario di vita* e di relazioni. In tal senso devono essere attivate le competenze specialistiche di valutazione e cura, estese alle possibili risorse familiari.

Nel caso invece in cui il risanamento della famiglia maltrattante/abusante non si riveli possibile, sarà necessario pensare a convenienti *esperienze sostitutive*. Che qualità devono avere queste ultime? Ripristinare il sentimento di appartenenza in soggetti tanto provati non è facile: ed è noto che in queste delicate situazioni in cui sono in questione i legami tra esseri umani, le variabili in gioco sono molte, e in gran parte connesse alle qualità personali dei soggetti in gioco. Se così stanno le cose, non si può certo escludere che una piccola vittima trovi nella sua educatrice, anche in un istituto tradizionale, l'aggancio per aprire una finestra su un panorama umano diverso e accattivante, come non si può garantire che l'adozione, studiata proprio perché quel nuovo radicamento possa avvenire, sia davvero capace di offrirne l'occasione, sostituendo gli schemi di funzionamento appresi nel passato. Tuttavia è anche vero che le forme possono aiutare la sostanza: ed è certo più credibile che la nuova realtà di vita risulti correttiva della precedente, con la stessa forza d'impatto, se le relazioni in essa garantite sono stabili, personali, intime, come può avvenire in una famiglia sostitutiva, affidataria o adottiva.

Per la sua configurazione da 'risorsa di frontiera', non priva di funzioni terapeutiche, sono indispensabili supporti adeguati e specializzati, sia nella formazione, sia nell'accompagnamento per un tempo congruo quando l'accoglienza di questi soggetti deformati dall'abuso è già in atto. Va aggiunto che relazioni di questa forza sono possibili soltanto tra esseri pensanti, e che è appunto il vigore con cui verrà trasmesso alla vittima il diverso sistema di significati presente nell'altro che potrà spostare con la "moneta buona" la precedente "moneta cattiva". Ne consegue che tutto quanto potrà facilitare la più esplicita, coerente e intelligente proposta di tale "moneta buona" non potrà che giovare, instancabilmente sciogliendo gli equivoci inevitabili nell'intendersi con soggetti che, in certo qual modo, parlano una lingua diversa e con essa interpretano anche il linguaggio dell'altro. In realtà non possiamo non pensare che un aiuto in tal senso a chi accoglie questi bambini deformati dall'abuso sia non solo opportuno, ma fortemente auspicabile, anche per costruire insieme la migliore corrispondenza tra quanto emerge e si elabora in terapia e quanto nella vita quotidiana può

[17] Si veda anche il documento "Tutela e cura del soggetto in età evolutiva in difficoltà", in *Cittadini in crescita*, 2, 52-113, 2002.

rinforzare nel bambino la verifica che tali elaborazioni sono appropriate e sintone con la nuova realtà verso cui si sta avviando[18].

Può essere utile citare quanto l'Osservatorio Nazionale sull'Infanzia e l'Adolescenza ha elaborato in ordine a questo punto[19]:

1. Il riconoscimento che l'accoglienza fuori dalla famiglia di soggetti minorenni, e tanto più quanto più difficili, abbisogna di *sostegni competenti e professionali* traspare in molti punti:
    a) programmare e creare prestazioni psico-socio-educative a supporto delle famiglie che scelgono la strada dell'affidamento e dei bambini affidati sia durante il percorso per arrivare all'affido sia nella fase successiva all'accoglienza in famiglia;
    b) programmazione e attivazione di prestazioni psico-socio-educative a supporto delle famiglie che scelgono la strada dell'adozione cd. Difficile, e dei bambini adottati sia durante il percorso per arrivare all'adozione sia nella fase successiva all'accoglienza in famiglia
    c) formazione delle famiglie che intendono adottare sensibilizzandole alle problematiche dei bambini traumatizzati, promuovere la preparazione delle famiglie disponibili (e idonee) all'affido avvalendosi delle associazioni familiari …. Garantire l'aiuto alle famiglie affidatarie attraverso la promozione dei gruppi di famiglie e delle associazioni familiari
    d) promuovere reti di collaborazione tra associazioni familiari e Enti Locali per la gestione degli affidi ….. promuovere l'investimento in formazione per gli operatori per l'apprendimento di modalità di lavoro con soggetti collettivi (per esempio le associazioni familiari)
    e) predisporre, anche in collaborazione con le associazioni familiari e di privato sociale, corsi di formazione per le famiglie che si propongono per l'affido e l'adozione (e per gli operatori dei servizi sociosanitari) che introducano alla conoscenza delle forme complementari di accoglienza familiare per i minori in grave difficoltà, con particolare riguardo a quelli con esperienze traumatiche

E' tuttavia ben noto che ci sono situazioni, o fasi, per cui il collocamento in famiglia sostitutiva non è possibile od opportuno. E' quindi necessario, dando per scontato il tramonto dell'istituto educativo-assistenziale come risposta idonea, precisare meglio a livello nazionale le caratteristiche delle strutture comunitarie di accoglimento dei minori, che oggi costituiscono un universo estremamente variegato. Sarebbe opportuno individuare tipologie riconoscibili e confrontabili, nonché requisiti minimi di qualità, percorsi formativi e criteri di accreditamento.

Può essere utile citare quanto l'Osservatorio Nazionale sull'Infanzia e l'Adolescenza, nello stesso documento, ha elaborato anche in ordine a questo punto, nell'intento di promuovere nuove proposte:

a) promuovere realtà comunitarie diurne e residenziali caratterizzate come servizi specialistici di trattamento della crisi nei quali il periodo di accoglienza copre momenti di transizione brevi, dove il trauma subito dal minore presenta caratteristiche acute e di "crisi" che hanno bisogno di un lavoro psico-educativo intenso e competente capace di accogliere la fase drammatica, con alte professionalità e competenze specialistiche … per ottenere la riduzione della successiva permanenza del bambino in strutture di accoglienza educative.

b) nel contesto delle comunità per minori, particolare significato e valenza educativa hanno le comunità la cui coppia residente è effettivamente una famiglia che si assume la guida, la responsabilità educativa e la conduzione di una comunità

c) incentivare strutture educative polivalenti, residenziali e diurne, in cui siano presenti possibilmente famiglie per creare ambiti familiari comunitari aperti all'accoglienza;

d) incentivare Enti Gestori che attivino realtà di accoglienza complementari tra loro: affido, comunità, centri diurni, con lo scopo di contrastare l'interruzione di un'esperienza in caso di crisi e farla invece evolvere anche con diverse tipologie che tengano conto dei mutamenti che potrebbero accadere.

4.3 L'approccio multimodale

---

18 Si veda l'articolo di Malacrea M. (2007) Esperienze traumatiche infantili e adozione, *Minorigiustizia*, 2/2007, 185-195.

19 Il 2 ottobre 2002 all'interno dell'Osservatorio Nazionale per l'Infanzia e l'Adolescenza è stato istituito il *"gruppo di monitoraggio permanente sulla chiusura degli istituti entro il 31 dicembre 2006"*.. Questo gruppo di lavoro il 16 marzo 2004 ha presentato il documento per la stesura di un "Piano di interventi per rendere possibile la chiusura degli istituti per minori entro il 2006" ai sensi del Piano Nazionale di azioni e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva per il biennio 2002-2004; il tema è stato ripreso nel Convegno Nazionale "Tutti i bambini hanno diritto a una famiglia", organizzato dalla Regione Piemonte in collaborazione con l'Osservatorio Nazionale il 22-23 marzo 2004. Si veda Malacrea M. (2006) Minori e risorse alternative alla famiglia d'origine non idonea, *Social News*, aprile 2006.

Purché la salda premessa sia l'approfondita conoscenza dei funzionamenti post traumatici, 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".

4.3.1 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. Appropriato poi appare l'uso di facilitatori dell'elaborazione mentale, siano essi tecniche psicologiche attivanti o anche farmaci.

Confortante è stato 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 purché gli obiettivi siano accuratamente programmati.

4.3.2 Ne 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 ed evitando per quanto possibile riattivazioni traumatiche; la seconda discenderà dalla consapevolezza che non ci si può attendere che i modelli operativi post traumatici 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.

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 mobilizzazione di processi psichici coesi e fissati. L'empatia ritorna infine nel suo ruolo di humus del processo terapeutico e cessa di essere idealizzata come finalità dell'intervento.

4.3.3 Anche sul piano dei modelli teorici di riferimento, 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'. Esso è certo lontano dal compimento, ma è 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, in cui la conoscenza dei funzionamenti post traumatici assume il ruolo di un importante catalizzatore.

L'esito confortante è stato trovare confermate le scelte terapeutiche maturate empiricamente in tanti 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 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.

CAPITOLO II

L'ESPERIENZA TERAPEUTICA NEL PROGETTO TIAMA[20]

1. I SOGGETTI

L'attività in ambito clinico si è concentrata sui soggetti minori *abusati sessualmente*.

Vale la pena di riportare quanto sinteticamente descrive del fenomeno la "Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia" del Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia (CISMAI, 2001)[21].

1. Definizione e caratteristiche

1.1 Che cos'è l'abuso sessuale?

a) è il coinvolgimento di un minore, da parte di un partner preminente, in attività sessuali anche non caratterizzate da violenza esplicita

b) è un fenomeno diffuso

c) esso si configura sempre e comunque come un attacco confusivo e destabilizzante alla personalità del minore e al suo percorso evolutivo

d) l'intensità e la qualità degli esiti dannosi derivano dal bilancio tra le caratteristiche dell' evento (precocità, frequenza, durata, gravità degli atti sessuali, relazione con l' abusante) e i fattori di protezione (risorse individuali della vittima, del suo ambiente familiare, interventi attivati nell'ambito psico-sociale, sanitario, giudiziario).

Senza entrare nei dettagli delle varie 'scuole di pensiero' a riguardo della definizione e della frequenza del fenomeno (Malacrea, Lorenzini, 2002[22]), le battute introduttive del documento non lasciano dubbi sul fatto che si tratti di una forma di abuso all'infanzia ben più diffusa di quanto i dati sulle situazioni in atto inducano a supporre, in quanto si tratta di un fenomeno largamente sommerso, che prende dimensione ricorrendo alle inchieste retrospettive. Esplorando quante volte nella vita di un gruppo di soggetti adulti, che vanno a costituire un campione statisticamente rappresentativo della popolazione, si è verificata l'esperienza di vittimizzazione sessuale, si ha la sorpresa di constatare che, in media, essa è toccata a un quarto della popolazione (in maggioranza femminile), per lo più senza essere stata comunicata a nessuno prima dell'indagine.

Guardando ai dati italiani, l'inchiesta CENSIS del '98 riportava una prevalenza di abuso sessuale all'infanzia dello 0,2% per i casi in atto; ma le inchieste retrospettive, anche italiane[23] , rivelano un 'sommerso' del 24% (5,9% solo abuso sessuale, 18,1% forme multiple di mal-trattamenti compreso l'abuso sessuale), con un rapporto da 1 a 100 tra 'emerso' e 'sommerso'.

Si tratta spesso di un fenomeno con andamento cronico, che genera frequentemente funzionamenti psicologici di natura post traumatica, anche se a fronte dell'imponente e inquietante panorama delle conseguenze dannose di un abuso sessuale subito nell'infanzia sta la constatazione della non generalizzabilità di esse. Pur essendo quindi fuori questione il potenziale distruttivo di tale esperienza è necessario interrogarsi sui fattori di gravità e sui possibili fattori protettivi che possono contrastare tale potenziale. Ciò è tanto più interessante se ne potremo trarre indicazioni di intervento per attuare una prevenzione secondaria degli esiti post-traumatici.

---

[20] Progetto Equal-TIAMA IT-G2LOM-023.

[21] La nuova versione, del 2015, dello stesso documento apporta integrazioni senza smentire l'impianto e le affermazioni originari.

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

[23] Bianchi D., Moretti E. (a cura di) *Vite in bilico. Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile*, Quaderni del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, Questioni e documenti 40, Istituto degli Innocenti, Firenze.

E' ormai accertato che alcuni fattori contribuiscono ad aggravare il trauma e a rendere maggiormente vulnerabile il bambino. Essi possono essere distinti in *fattori precedenti* l'abuso inerenti la personalità della vittima e i suoi ambiti relazionali, *fattori intrinseci* all'abuso (le "caratteristiche dell'evento" come citato nella Dichiarazione di consenso) e *fattori che intervengono dopo la scoperta* dell'abuso (credito, protezione, intervento ecc).

Va inoltre riconosciuto che l'abuso sessuale all'infanzia è stato tra tutte la forma più studiata per le sue dinamiche e le sue conseguenze. Ciò ha senso se pensiamo alla particolare complessità e perversione delle sue ricadute sulle vittime: in altri termini, ciò che riusciremo a capire delle dinamiche traumatogene dell'abuso sessuale ci aprirà esaurientemente la porta alla comprensione degli esiti di forme meno insidiose, segrete, odiose di abuso all'infanzia.

2. L'OPERATIVITA' DEL CENTRO TIAMA

Lo staff di professionisti che opera all'interno del Centro[24] ha alle spalle una esperienza molto lunga (per alcuni anche venticinquennale) nell'intervento a favore dei bambini abusati e maltrattati.

I modelli teorici di riferimento attingono sia alle teorie psicodinamiche, per quanto riguarda l'intervento individuale, sia alle teorie sistemico-relazionali, per quanto riguarda l'intervento con le famiglie. Completano il quadro le competenze sociali per quanto riguarda gli interventi nel contesto di vita quotidiana del minore e gli interventi di 'rete' con altri servizi e istituzioni.

L'esperienza è consolidata e costituisce da anni il contenuto di proposte formative ad altri professionisti nel campo.

Gli interventi effettuati sono:

- psicodiagnosi individuale del minore, con utilizzo di colloquio clinico e di tecniche proiettive
- psicoterapia individuale, basata sul colloquio e sull'utilizzo del gioco come veicolo dei modelli operativi interni del bambino
- valutazione di competenza e recuperabilità genitoriale
- psicoterapia familiare
- interventi socio-educativi, mirati all'integrazione nei luoghi di vita quotidiana; interventi di 'rete', per l'integrazione tra istituzioni e discipline
- counseling su presunte situazioni di maltrattamento e abuso
- consulenza e supervisione per operatori psico-socio-sanitari ed educativi.

E' opportuno dare qualche dettaglio che aiuti a comprendere i contenuti degli interventi elencati e la 'filosofia del trattamento' che sottendono, in armonia con le conoscenze progressivamente acquisite sui funzionamenti psicologici dei bambini abusati.

Lo staff del Centro TIAMA, fin dalla sua costituzione[25] è stato fortemente caratterizzato in senso clinico e specialmente orientato a portare rimedio attraverso un trattamento alle situazioni di pregiudizio in cui si trovano i bambini vittime di maltrattamento, trascuratezza e abuso sessuale all'interno della famiglia. Il desiderio di, e la determinazione a, mantenere un orientamento operativo a riparare, curare, ha portato a declinare l'intervento terapeutico anche in contesti che tradizionalmente venivano visti come per definizione inaccessibili all'azione di cura, come quelli autoritativi in cui venivano a trovarsi le famiglie maltrattanti che vedevano messa in discussione la

---

[24] Vedi il sito www.centrotiama.it.

[25] La maggior parte dello staff attuale del Centro TIAMA si è costituito in un periodo che va dal 1984 al 1994, formando il nucleo operativo che ha dato vita nel 1995 all'Unità per la Cura e la Ricerca nell'Abuso Sessuale (U.C.R.A.S.) del Centro per il Bambino Maltrattato (C.B.M.) e dell'Associazione Amici dell'Opera Pia Castiglioni, in Milano. In tale Unità ha consolidato e sviluppato la propria esperienza clinica e il proprio modello operativo. La sua veste istituzionale è rimasta quella sopra descritta fino al 2003; dal 2004 ha cambiato ragione sociale, diventando Centro TIAMA della Cooperativa La Strada e integrando nuovi collaboratori. Possiamo affermare che, in virtù di questa storia, si tratta di uno staff operativo dall'identità particolarmente definita, in cui la base teorico-pratica condivisa è anche la miglior piattaforma di partenza per nuovi, e sempre necessari, investimenti scientifici e tecnici.

potestà parentale da parte del Tribunale per i minorenni. Abbiamo prima sperimentato, e poi anche teorizzato[26], che proprio questo contesto a prima vista sfavorevole poteva essere l'unico disponibile per portare un certo tipo di pazienti ad accedere al riconoscimento della necessità di cambiamento, e quindi alla opportunità di un aiuto in tal senso; e abbiamo anche provato a noi stessi che, per quanto l'impresa si presentasse irta di difficoltà, esistevano anche in quei contesti apprezzabili possibilità di aprire spazi prima impensabili di cura.

Ci siamo spinti anche più avanti, arretrando progressivamente il momento in cui tale cura poteva avere inizio, e collocandola allo stesso esordio della valutazione delle capacità genitoriali richiesta dall'autorità giudiziaria in questi casi: è nata così la trasformazione di tale valutazione da descrittiva e fotografica in dinamica e costellata di interventi attivi del valutatore, mirata a rilevare soprattutto la recuperabilità delle risorse familiari, non più considerate come un'entità a sé stante, compiuta in sé, ma come un'entità composta, appunto, dalle caratteristiche della famiglia e dalle risorse terapeutiche attivabili per sospingerla e accompagnarla in un percorso di promozione positiva. Congruamente, il concetto di valutazione, sia pure ormai non più di capacità, ma di recuperabilità genitoriale, si andava trasformando in quello di valutazione-terapia, in cui la fase di conoscenza e presa d'atto dei guasti esistenti e delle possibilità residue fosse da subito strettamente intrecciata con un'attiva presa in carico degli uni, per attenuarli, e delle altre, per potenziarle, intreccio che verificavamo come l'unico sistema valido e affidabile per arrivare a una adeguata previsione sul futuro dei minori maltrattati e abusati.

Attraverso l'accelerazione derivante dalla presa in carico sempre più frequente di situazioni di abuso sessuale, con cui ci siamo affacciati alla conoscenza del mondo interno tanto complicato della vittima e alla necessità di penetrarne e modificarne con interventi diretti il pensiero distorto, abbiamo reso ancor più complesse le nostre competenze di cura, dovendole adeguare a soggetti anche profondamente deformati dall'esperienza traumatica subita e a "famiglie" che sempre meno ne comprendevano tutti i membri, ma in cui dovevano essere fatte delle scelte sui soggetti da privilegiare nel perseguire obiettivi di positivo cambiamento.

Inoltre in questi casi delle vittime avevamo dovuto sempre, se non per motivi immediatamente clinici almeno per motivi connessi alla validazione del sospetto abuso, rilevare articolatamente il funzionamento psichico non soltanto attraverso indicatori sintomatici e comportamentali, ma anche con mezzi di indagine psicologica dell'assetto di personalità.

Proprio questa circostanza ci ha permesso anche di porci dei quesiti e di azzardare delle riflessioni su quanto, e in che specifico modo, il nostro sforzo terapeutico sia stato utile a portare cambiamenti profondi, sottoponendo così a verifica modi di curare che si sono nel tempo differenziati per soddisfare le esigenze sempre più complesse della casistica.

Il metodo tradizionale, consistente nell'operare per la maggior parte del tempo con gli adulti genitori o in formati di terapia familiare, ha dovuto cedere il passo, ad esempio, a interventi individuali mediati dall'utilizzo di sistemi di espressione simbolica, per accedere al pensiero e ai sentimenti di bambini molto piccoli o così marcati dall'abitudine al segreto e all'evitamento della presa di contatto con se stessi, per convivere con l'abuso, da rendere disperante la ricerca di una comunicazione attraverso il linguaggio consapevolmente utilizzato. Inoltre nei casi di abuso intrafamiliare sono minime le situazioni in cui è possibile tentare un lavoro psicologico con ambedue i genitori, quando uno di essi è l'autore dell'abuso; ma anche quando l'abuso non avviene nel nucleo, spesso l'autore si trova tra i parenti stretti, circostanza che sovente impone a uno dei due genitori strazianti scelte di campo: in tutti questi casi l'intervento si concentra innanzitutto sul genitore che può più facilmente esprimere una volontà protettiva e riparativa verso il figlio, nella speranza di rinforzare, come primo passo, una sorta di "diade riparativa" che eviti il rischio che l'emergere dell'abuso assomigli a un disperante ‘passaggio da un inferno a un deserto’, con la

---

[26] Malacrea M., Vassalli A. (a cura di) (1990) *Segreti di famiglia. L'intervento nei casi di incesto*, Raffaello Cortina, Milano.
Malacrea M. (1998) *Trauma e riparazione. La cura nell'abuso sessuale all'infanzia*, Raffaello Cortina, Milano.
Cirillo S., Di Blasio P. (1989) *La famiglia maltrattante*, Raffaello Cortina, Milano.

rescissione, pure dovuta ma inevitabilmente desolante, di ogni legame del bambino[27]. Nella stessa direzione si sono mossi anche quegli interventi che mirano ad allargare la cerchia riparativa conquistando ad essa anche i fratelli della vittima, magari anch'essi vittime rimaste silenziose o disperse dalla vita in sentieri divisi: e anche questo è andato a spostare sempre più il baricentro della cura dalla coppia genitoriale ad altri sottogruppi familiari più funzionali agli obiettivi di recupero del benessere.

In secondo luogo, nei casi di abuso tutto il percorso di valutazione-trattamento è continuamente e fortemente intrecciato con accadimenti del mondo reale dotati di una ricaduta decisiva sulla possibilità di raggiungere un riequilibrio psicologico. Le vicende collegate al processo penale, per la loro incisività e durata, per non parlare dell'incertezza degli esiti decisi in contesti che sempre più assomigliano a campi di battaglia, sono indiscutibilmente gravide di conseguenze sul destino delle vittime e dei familiari protettivi[28]. Anche i provvedimenti di tutela decisi in sede minorile, specie in via provvisoria e urgente e quindi ancora senza adeguata cognizione di causa, possono non raramente scongiurare il potenziale pericolo costituito per la vittima da relazioni gravemente lesive o insufficientemente protettive pagando tuttavia il prezzo di un congelamento degli affetti tutt'altro che utile in vista di un corretto riequilibrio post-traumatico. Ma anche le conseguenze sul piano economico e abitativo della presa di consapevolezza dell'abuso, gli echi nell'ambito della convivenza sociale, specie in piccoli agglomerati (scuola, tempo libero, vicinato ecc.), nonché gli schieramenti inevitabili all'interno della rete della famiglia estesa, che sovente provocano l'isolamento e/o la stigmatizzazione della vittima e di chi le crede, aggiungono non pochi ostacoli sulla strada della tanto desiderata "normalizzazione". Quanto sopra si rileva non tanto per porre in discussione accadimenti per lo più necessari e finalizzati ultimamente a costruire un assetto più realistico e positivo della vita dei bambini abusati, ma per sottolineare come tutto ciò non possa avvenire senza provocare un lutto inevitabile, che talvolta verrà aggravato dall'innegabile imperfezione istituzionale. Tutti gli eventi del mondo relazionale reale, familiare, microsociale, sociale, verranno quindi ad amplificare o a ridurre in modo molto significativo l'efficacia del percorso propriamente psicologico, imponendo di tenerne debito conto nella verifica dei risultati del trattamento .

In terzo luogo, abbiamo perfezionato la possibilità di valutare i cambiamenti ottenuti, nel bilancio dei complessi fattori sopra descritti, non soltanto sul piano degli adattamenti rilevabili in termini comportamentali: sappiamo come, specie nei casi di abuso, la lenta costruzione della violazione dell'abusante sulla vittima inneschi non di rado in quest'ultima meccanismi adattativi apparentemente perfetti, o quasi, che celano, nel profondo dei pensieri e dei sentimenti, distorsioni e sofferenze enormi, tenute, per così dire, segregate per non andare incontro al rischio di esplosione della propria situazione personale e relazionale. Tale realtà, che abbiamo imparato a un tempo a supporre e a temere tutte le volte che apriamo un approfondimento psicodiagnostico su una vittima apparentemente ben funzionante, ci ha messo in guardia rispetto al fidarci di apparenti miglioramenti o riequilibri di cui non potessimo constatare l'effettiva consistenza anche a livello dell'assetto della personalità e dei modelli operativi interiorizzati, perchè è fin troppo facile per dei "maestri dell'adattamento" come sono i bambini abusati eludere il contatto con la propria parte dolente.

Già nel 2000 avevamo constatato che, nel flusso della casistica, avevamo anche un certo numero di situazioni in cui era stato possibile in momenti successivi, anche a distanza di alcuni anni, verificare gli esiti terapeutici, come modificazione dell'assetto psicologico post-traumatico rilevato nella prima indagine diagnostica. Anche se la verifica ha potuto all'epoca essere effettuata su un numero modesto di casi (in tutto 14) tuttavia la riflessione su di essi ha aperto interessanti scenari.

---

27 Malacrea M. (1999) Abuso sessuale all'infanzia: dopo lo svelamento quale futuro per le vittime?. In: Abbruzzese S., *Minori e sessualità, vecchi tabù e nuovi diritti* , Franco Angeli, Milano.

28 Malacrea M. (1999) Integrazione degli interventi nei casi di abuso sessuale all'infanzia. In: Abbruzzese S. (a cura di) *Minori e sessualità, vecchi tabù e nuovi diritti*, Franco Angeli, Milano.

I bambini considerati sono 3 maschi e 11 femmine, di età compresa attualmente tra 6 e 20 anni. Tutti sono stati sottoposti a indagine psicodiagnostica, con rilevazione dei vissuti interni, attraverso test proiettivi, all'inizio della presa in carico; e tutti sono stati sottoposti a verifica psicodiagnostica, utilizzando nel limite del possibile mezzi omologhi a quelli precedentemente usati. Per scelta, la somministrazione dei test è stata esegiuta da un professionista che non conosce direttamente il caso, sia per non creare confusioni con l'ambito di trattamento che sovente non era alla sua conclusione, sia per garantire una maggiore "verginità" dello psicologo nel raccogliere e interpretare i dati. Tutti i bambini sono stati accuratamente motivati all'intervento, quasi sempre come strumento di conferma dei passi avanti compiuti e/o come modo per individuare con più obiettività i nodi problematici residui al fine di meglio superarli; la collaborazione si è rivelata sempre molto buona. L'esordio dell'esperienza traumatica era nella grande maggioranza precoce (età prescolare), la gravità elevata (in termini di intrusività degli atti sessuali commessi), la durata protratta per molti mesi o anni, la relazione con l'abusante assai stretta. Si tratta quindi di casi in cui la speranza di spontanea resilienza è ovviamente molto bassa .

La sistematizzazione dell'intervento attuato non è stata facile, in quanto il nostro operare ha dovuto duttilmente adattarsi non solo alle necessità del singolo caso, come in tutte le terapie, ma anche alle evenienze del mondo esterno che non sempre corrispondevano a quanto avremmo voluto e sarebbe stato lecito sperare nelle singole situazioni. Tuttavia è proprio caratteristica di questi casi la grande variabilità, anche in considerazione dell'evoluzione del disegno terapeutico nel tempo e nelle circostanze. Ad esempio, non è stata nostra scelta fornire esclusivamente un supporto individuale a una bambina aspettando 4 interminabili anni prima che tutti gli adempimenti giudiziari penali e civili fossero compiuti, permettendo alla stessa di approdare a una famiglia sostitutiva; come non è stata nostra scelta fornire appoggio individuale ad altre due bambine, che già ne manifestavano da tempo un acuto bisogno, soltanto dopo che il perfezionamento dell'adozione aveva permesso ai genitori adottivi di farne formale richiesta; analogamente non è stata nostra scelta, per un altro gruppo di fratelli, il mantenimento di un procedimento penale aperto per 5 anni, nell'incertezza dell'eventualità, da un momento all'altro, di un'audizione testimoniale dei bambini (mai avvenuta), con le ovvie ricadute sul tipo di percorso terapeutico possibile.

Facendo ovviamente torto alla configurazione multimodale delle nostre terapie, abbiamo distinto almeno i seguenti interventi: tutela, accompagnamento nel percorso giudiziario, riparazione personale e riparazione relazionale.

E' necessario addentrarsi in qualche dettaglio del significato di queste grossolane categorie.

Per *tutela*[29] si intende la protezione fisica e, in una certa misura, psicologica della vittima dall'abusante e anche da quei familiari che, pure non abusanti, non avessero ancora assunto una chiara posizione a favore della stessa. Sono quindi comprese nelle azioni di tutela sia l'allontanamento del bambino dal nucleo familiare, quando questo non sappia esprimere valenze protettive, sia la permanenza in esso, quando esistesse almeno un adulto protettivo: le forme della tutela possono cambiare nel tempo, qualora proprio l'intervento valutativo-terapeutico arrivi a mutare gli schieramenti intorno alla vittima, consentendo un avvicinamento del bambino ai suoi adulti di riferimento, fino alla auspicabile ricongiunzione con essi. Le strutture presso cui avviene il collocamento del bambino da proteggere vengono considerate risorse per la tutela: ci siamo posti però il quesito se ad esse andassero attribuite anche altre valenze, più profondamente riparative dell'assetto della vittima sul piano relazionale, proponendole modelli di rapporti improntati a tutt'altro pensiero rispetto a quello che aveva pervaso la sua famiglia e consentendo quindi una riparazione cognitiva/emotiva.

Veniamo ora all'intervento di *accompagnamento nel percorso giudiziario*: esso pone poche problematiche di definizione che non siano la sottolineatura della loro estrema variabilità in dipendenza dagli eventi del mondo reale. Raramente, e non per nostra scelta, ci siamo trovati nelle condizioni di non occuparci di queste esigenze, che riteniamo non eludibili nei casi di abuso e che anzi hanno spesso richiesto l'impiego di non poche energie per mantenere equilibri molto sfidati dagli avvenimenti giudiziari. Assistere il minore e i suoi familiari protettivi per favorire la più positiva evoluzione delle vicende avviate sia sul piano penale che minorile è il contenuto di questo intervento; parte importante, ovviamente, è stato il supporto fornito alla vittima nel far maturare e nel dare ordine ai ricordi che avrebbero dovuto diventare racconto e testimonianza in sede processuale, aiutandola a superare l'impatto traumatico della presa di contatto con l'esperienza di vittimizzazione, a trovare le motivazioni per riconoscere l'utilità della verbalizzazione di quanto subito e a creare contesti relazionali che facessero da adeguato contenitore e processore di tale verbalizzazione.

La *riparazione personale e relazionale*, pur distinguibili, hanno punti di contatto multipli, soprattutto a riguardo dei mezzi con cui possono essere promosse. Nel nostro contesto e con il nostro tipo di pazienti il problema dei setting terapeutici non è certo preminente: si può affermare che il trattamento procede per obiettivi, concernenti i passaggi psicologici di volta in volta rilevati come necessari, a volte - ricordiamolo - anche per facilitare la migliore accordatura possibile rispetto ad eventi prossimi e inevitabili (una visita, una fase processuale, un cambiamento di vita imposto dalle più varie circostanze). Non si tratta certo di spingere i nostri pazienti a "fare buon viso a cattivo gioco", come dice il proverbio, ma di aiutarli a sviluppare quelle capacità di controllo della realtà tanto lese dall'abitudine a viversi come impotenti e traditi, attraverso l'elaborazione attiva delle migliori strategie e la attenuazione dei sentimenti disforici. Questo ha la funzione importante di evitare la riattivazione dei nodi problematici connessi alle esperienze traumatiche e di iniziare un corso positivo di riprove che quel ciclo può essere interrotto, "facendo le cose giuste al momento giusto".

---

[29] Ghezzi D., Vadilonga F. (a cura di) (1996) *La tutela del minore*, Raffaello Cortina, Milano.

Tornando ai formati utilizzati, è stato comune per noi il ricorso ai più vari tipi di sedute, utilizzando sia riferimenti teorici di base psicodinamici, sia sistemico-relazionali, e coinvolgendo di volta in volta singoli individui, diadi, sottogruppi familiari o famiglie intere, più raramente gruppi. Anche quando questo metodo altamente dinamico assume forme più costanti, e ciò avviene sovente nelle fasi più avanzate del trattamento, quando di solito gli avvenimenti esterni hanno di molto attenuato la loro turbolenza, non è completamente prevedibile quale sarà la "resa" dei singoli formati scelti. Per fare un esempio, si può fornire una sequenza continua di sedute individuali a un bambino, per arrivare a scoprire che l'elaborazione personale a lungo tentata in quella sede giunge a una vera svolta soltanto in una successiva seduta effettuata con l'adulto protettivo; o viceversa, ostacoli al pensiero apparentemente insormontabili quando una coppia di genitori viene vista insieme trovano una chiave di lettura e di superamento adeguati quando si passa a sedute individuali, in cui possano essere meglio esplorate le determinanti più intime e personali di vistosi comportamenti nelle relazioni; oppure contesti pensati tradizionalmente per dare la massima tranquillità e accoglienza empatica al paziente finiscono, proprio per la loro penetranza, col provocare una accelerazione nell'accesso al proprio mondo interno dolente tale da suscitare una brusca impennata di movimenti difensivi in chi, ricordiamolo, ha speso gran parte delle proprie forze proprio ad evitare la presa di contatto con tale mondo.

In definitiva, operando nel modo descritto, e non sapremmo trovare valide alternative, men che meno irrigidendo i setting, non è sempre facile dire cosa abbia "funzionato" e su che fronte. Di più, ci siamo trovati non raramente davanti a sorprese, in quanto interventi diretti alla riformulazione delle relazioni hanno infine innescato un cambiamento nell'individuo più intenso di quanto fosse accaduto nelle sedute individuali, e viceversa.

Nel definire quindi se si sia effettuata o meno una riparazione a livello personale e relazionale, abbiamo cercato di schematizzare in primo luogo se consistenti stimoli fossero stati dati all'interno della terapia nell'uno e nell'altro senso, indipendentemente dal formato in cui questo fosse avvenuto e persino a dispetto, si può dire, del formato specificamente ideato per ottenere quello scopo.

Ma c'è da aggiungere una importante precisazione per quanto riguarda la riparazione relazionale. Di essa si può parlare, a nostro avviso, solo quando l'assetto concreto dei rapporti fondamentali, quelli in cui si può riverificare o costruire nuovamente una appartenenza, sia stato in gioco e in esso si siano registrati tangibili cambiamenti: in altre parole, obiettivo e risultato del nostro lavoro è stata la riparazione nella realtà del contesto relazionale del bambino, devastato, come il suo assetto personale, dall'abuso. Ciò è avvenuto sia attraverso il risanamento delle precedenti relazioni familiari sia attraverso l'avvio di esperienze familiari sostitutive: tutti contesti che assumono così la valenza di vere "esperienze correttive", per usare un termine utilizzato da De Zulueta, che provano al bambino sul piano di realtà che il mondo affettivamente significativo può davvero funzionare con leggi diverse da quelle apprese durante la vittimizzazione sessuale.

L'analisi dei nostri dati ci ha portato a concludere che né il solo intervento sul piano personale né il solo intervento sul piano relazionale sono sufficienti a cambiare in profondità i modelli operativi interni, anche se possono produrre cambiamenti adattativi sul piano comportamentale. Sia nel primo caso sia nel secondo caso, le risorse per affrontare il dolore e la disperazione, nonché i modelli operativi interiorizzati, continuano a portare la pesantissima marca impressa dall'esperienza di vittimizzazione: come se lo sforzo per "sopravvivere ancora", anche se aveva raccolto documentati successi sul piano comportamentale, avesse solo tenuto a bada, in una sorta di contenitore non abbastanza solido per resistere alle varie e inevitabili tempeste della vita, un "mostro" interno ("un'extraterrestre") che non è mai veramente mutato ed è pronto a riemergere appena le pareti del "contenitore" si infragiliscono.

Quando invece l'intervento terapeutico coniugava intensivamente operazioni dirette alla riparazione sul piano personale e sul piano relazionale, anche in casi molto gravi e in presenza di problematiche comportamentali non risolte, aveva ottenuto un cambiamento non soltanto a livello degli adattamenti ma dei modelli operativi interni.

3. IL VALORE AGGIUNTO DEL PROGETTO TIAMA

Il trattamento di minori vittime di abuso sessuale all'interno del Progetto ha riguardato finora 54 bambini.

Abbiamo integrato alle tradizionali tecniche psicoterapeutiche, già sopra descritte, metodi riconosciuti come particolarmente validi nelle situazioni di trauma infantile, con l'obiettivo di migliorare:

- la completezza di azione, per affrontare con alta coerenza tutti i risvolti negativi della patologia post traumatica
- la specificità, rispetto alle tecniche utilizzate tradizionalmente per altro tipo di patologia

- il contenimento dei tempi, ricercando 'facilitatori' che possano sbloccare funzionamenti rigidi e autoperpetuantisi come quelli post traumatici.

Ci siamo orientati ai trattamenti di gruppo, fortemente consigliati dalla letteratura sulla cura delle minori vittime di esperienze traumatiche e dei loro familiari, in quanto particolarmente efficaci, anche per creare riconoscimento e comunicazione.

Nelle terapie individuali abbiamo adottato le tecniche più mirate e recenti in tema di sindromi post traumatiche, come l’Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).