

Marinella Malacrea¹

Le conseguenze traumatiche del maltrattamento infantile: la diagnosi per la cura²

1. Il fenomeno

Occuparsi di maltrattamento all'infanzia, o meglio del complesso insieme delle Esperienze Sfavorevoli Infantili (Adverse Childhood Experiences, come espressivamente sono state chiamate negli anni '90 dal gruppo che fa capo a Felitti), è compito certamente delicato.

Necessario è innanzitutto un rapido sguardo ai dati italiani, così come rilevati nell'inchiesta retrospettiva condotta tra il 2004 e il 2005 nell'ambito delle iniziative dell'Osservatorio Nazionale sull'Infanzia e l'Adolescenza³. Dei dati raccolti in modo staticamente accurato ed estensivo (abbiamo elementi sia sullo stato di salute fisica e psichica, finalizzati all'analisi delle possibili conseguenze delle ESI, sia di base su variabili demografiche, sociali, della famiglia di origine, per consentire l'analisi dei possibili fattori di rischio associabili ai maltrattamenti), relativi alla popolazione italiana tra i 19 e i 59 anni sia maschile che femminile, è stata oggetto di elaborazione e pubblicazione la parte relativa alla popolazione femminile. Colpiscono i risultati⁴: solo il 26,4% della popolazione italiana femminile fornisce risposte che portano a escludere l'esistenza di ESI (comprensive di maltrattamento fisico, psicologico, grave trascuratezza, violenza assistita, abuso sessuale), mentre il 24 % ha fatto esperienza di qualche forma di abuso sessuale prima dei diciotto anni, e il 67,7 % ha vissuto qualche forma lieve, moderata o grave di maltrattamenti senza componente sessuale. Il primo commento è che il complesso delle ESI purtroppo fa parte pienamente del quotidiano di molte bambine. Ma rileviamo anche che forme multiple di ESI sono

¹ Neuropsichiatria infantile e psicoterapeuta, Centro TIAMA (Tutela Infanzia Adolescenza Maltrattata), Milano, socio fondatore CISMAL.

² Nella redazione del testo si fa riferimento a precedenti scritti dell'autrice, a cui si rinvia per approfondimenti.

- Malacrea M. (1997) L'intervento psicologico nell'abuso sessuale all'infanzia. In: Luberti R., Bianchi D. (a cura di) ...e poi disse che avevo sognato. *Violenza sessuale intrafamiliare*, Edizioni per la Pace, Firenze.

- Malacrea M. (1998) *Trauma e riparazione. La cura nell'abuso sessuale all'infanzia*, Raffaello Cortina, Milano.

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

- Malacrea M. (2004) La terapia dell'abuso all'infanzia. Le ragioni teoriche dell'evidenza clinica, *Connessioni (Centro Milanese di Terapia della Famiglia)*, anno VIII, n.14, 81-100.

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

- Malacrea M. (2007) Le professioni d'aiuto (psichiatria, psicologia, scienze sociali) e i crimini a sfondo sessuale contro i minori. In: Musacchio V.(a cura di) (2007) *Manuale di diritto minorile. Profili dottrinali e giurisprudenziali*, CEDAM, Padova, pp. 991-1025.

- Malacrea M. (2007) Esperienze Sfavorevoli Infantili: migliorare l'approccio clinico, *Ecologia della mente*, n. 2/2007, 151-157.

- Malacrea M. (2010) Abuso all'infanzia: una terapia per piccoli pazienti molto difficili. In: Simonetta E. (a cura di) *Esperienze traumatiche di vita in età evolutiva. EMDR come terapia*, Franco Angeli, Milano, 98-119.

Ulteriori indicazioni si possono trovare sul sito www.progettotiama.it.

³ D. Bianchi, E. Moretti (a cura di) *Vite in bilico*, Quaderno 40, Centro Nazionale Documentazione e Analisi sull'Infanzia e l'Adolescenza, www.minori.it, 2006.

⁴ C. Pessina, "Dati drammatici e ignorati: la prevalenza dell'abuso all'infanzia in Italia", in *Prospettive sociali e sanitarie*, XXXIX n. 14 pp.17-19

diffuse in modo preoccupante: il 18,1% ha subito sia eventi di abuso sessuale sia di maltrattamento. Si tratta di quelle infanzie in cui tutto ha potuto succedere, in cui abusi di ogni tipo hanno potuto aver luogo, contemporaneamente e/o in momenti successivi: ed è noto che la molteplicità di esperienze negative, che spesso si associa alla loro cronicità, peggiora gli esiti immediati e a distanza in modo esponenziale.

Un'altra importante considerazione riguarda la gravità delle ESI. Come era sperabile, l'analisi dei profili di gravità (definiti attraverso indicatori sintetici in tre gradi - lieve, moderato, grave -) ci rassicura sul fatto che le situazioni davvero gravi non sono così diffuse. Sul totale della popolazione femminile si stima mediamente intorno al 7 % l'evenienza di esperienze gravi (abuso sessuale o altre forme di abuso o forme multiple), e intorno al 20 % l'evenienza di esperienze sfavorevoli di grado moderato. Siamo a numeri più ragionevoli, ma ugualmente bisognosi di attenzione, se consideriamo che i dati italiani confermano che a ESI più gravi corrispondono esiti significativamente più negativi sul benessere in età adulta (droga, alcool, disturbi alimentari, comportamenti sessuali a rischio, comportamenti delinquenti, depressione, ansia, dissociazione, disturbi acuti e cronici di organi e apparati, difficoltà in diverse aree sociali ed interpersonali): rischio che quindi coinvolgerebbe più di un quarto della popolazione femminile nel nostro Paese.

2. I segnali

Ma che accade in tempi prossimi o contemporanei al verificarsi delle esperienze sfavorevoli sopra citate?

Se esperienze di vittimizzazione che dissacrano i legami più stretti sono frequenti, protratte nel tempo e vanno a incidere su giovani soggetti nel pieno del loro percorso evolutivo, è ovvio attendersi uno stato di malessere a cui può corrispondere una quantità di manifestazioni sintomatiche, talvolta molto intense. A seconda dell'età della vittima verranno prodotti sintomi che coinvolgono l'asse somatico o l'area dell'affettività, o ancora quella cognitiva: disturbi dell'alimentazione, del sonno, dell'evacuazione e del controllo sfinterico, dolori di varia natura (dalle cefalee ai dolori pelvici o persino muscolari), paure, disordini della condotta, disturbi della sfera sessuale, caduta delle prestazioni scolastiche, possono essere tutte espressioni acute del malessere conseguente al trauma; o più precisamente si dovrebbe dire: del malessere conseguente alla caduta degli adattamenti patologici prima costruiti per convivere con la realtà della propria vittimizzazione.

Ancora più frequentemente le manifestazioni sintomatiche si sviluppano subdolamente nel tempo, comportando una cronica coartazione delle realizzazioni che sarebbero state possibili ad un individuo con la medesima dotazione affettiva ed intellettuale se non ci fosse stata l'interferenza negativa dovuta al trauma: condizioni di difficile riconoscimento, che portano spesso alla designazione del bambino come portatore di patologia psichica o di handicap, e a inquadrarlo di conseguenza in un sistema di cure purtroppo inadeguato alla vera natura del suo malessere e che talvolta contribuisce persino a mascherarla.

Altre volte ancora sembra che l'evento traumatico sia stato ottimamente bilanciato dalle forze sane della piccola vittima, al punto da non dare luogo durante il suo

percorso di crescita a sintomi né acuti né cronici: e si spera nella sua resilienza. Poi, come con una "bomba ad orologeria", anche a grande distanza dall'evento traumatico, può succederle di perdere l'equilibrio duramente conquistato e di andare incontro a sintomi o a problemi comportamentali che costringono a riprendere contatto con quella lontana ferita.

Nonostante ciò, non esiste una sindrome specifica dovuta all'abuso, così come non esiste una singola dinamica traumatogena, dato su cui tutta la letteratura concorda. Non esiste nemmeno un sintomo che sia presentato dalla maggioranza dei bambini abusati, (ricordiamo che una percentuale di bambini compresa tra il 21 e il 49 % è asintomatica a breve termine⁵), a eccezione dei comportamenti sessualizzati nei casi di abuso sessuale⁶. Le variabili che concorrono a determinare l'impatto psicologico e i conseguenti comportamenti patologici sono molteplici, ancor più quando le forme di maltrattamento non sono 'pure'. E' quindi inconcludente cercare connessioni semplici e lineari tra abuso e sue conseguenze, ed è perciò necessario rinunciare alla rassicurante prospettiva che esistano una singola checklist o un singolo test grazie ai quali definire se un bambino sia stato abusato o meno. La diagnosi invece è necessariamente un processo complesso e spesso lungo, in cui comporre con rigore e capacità professionale i vari elementi raccolti; richiede dunque un lavoro creativo che soppesi le diverse informazioni tratte da varie fonti e le collochi in un contesto.

3. Piccoli pazienti molto difficili

Posto che una buona valutazione dei segni lasciati dall'esperienza traumatica è la premessa indispensabile sia per ogni provvedimento di protezione che di cura, i bambini abusati sono facilmente valutabili?

La risposta, purtroppo, è negativa. Le neuroscienze hanno ormai dato un contributo illuminante e di solida evidenza sulle conseguenze organiche e psicologiche delle ESI. Il funzionamento post traumatico tipico comporta reazioni automatiche e ripetitive, che mandano in cortocircuito la possibilità della mente di far fronte agli stimoli ambientali in modo non disfunzionale e condizionano le espressioni relazionali della vittima. I comportamenti sono improntati all'ipervigilanza (quando prevale la secrezione di catecolamine) o alla depressione (quando la disregolazione coinvolge il cortisolo) o alla dissociazione (conseguente alla produzione di endorfine paradose, in condizioni di perdurante minaccia e non di conforto), che spesso si alternano senza sosta nello stesso soggetto, rendendo il suo funzionamento incomprensibile e imprevedibile per chi deve prendersene cura e per il soggetto stesso. Essi scattano al di fuori del controllo consapevole anche quando il pericolo non è effettivamente presente: circostanze che per altri soggetti non vittime non evocerebbero reazioni da stress, nella vittima inducono allarme e sconforto. Il nucleo di quanto sopra è costituito da modelli operativi interiorizzati (MOI)

⁵ Kendall-Tackett K., Williams L., Finkelhor D. (1993), "Impact of sexual abuse on children: a review and synthesis of recent empirical studies". In *Psychological Bulletin*, 113, pp. 164-180.

⁶ Kuehnle, K. (1998), "Child sexual abuse evaluations: the scientist-practitioner model". In *Behavioral Science and the Law*, 16, pp. 5-20.

caratteristici e riconoscibili. Tipicamente chi è stato vittima di esperienze traumatiche, specie se croniche, ha interiorizzato una 'filosofia' basata sull'assunto di un 'mondo malevolo', opposta quindi alla 'fiducia di base' e orientata alla messa in atto di 'profezie che si autodeterminano' nelle relazioni significative, quanto più comportano prossimità e dipendenza, rinforzando a spirale per il soggetto la credibilità e l'impermeabilità proprio dei modelli operativi distorti.

Sappiamo come, specie nei casi di abuso sessuale ma anche di violenza assistita, la lenta costruzione di consuetudini distorte e croniche inneschi non di rado nel bambino 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.

I bambini in cuor loro possono essere molto preoccupati di cosa sono diventati: anzi, raramente è presente in loro con chiarezza la nozione di 'essere *diventati* qualcosa', più spesso pensano di 'essere qualcosa': di brutto, difettoso, disgustoso, strano. D'altro canto 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. Di più: i bambini traumatizzati, come del resto gli adulti, temono molto il riattraversamento, pur necessario, dei ricordi e dei vissuti traumatici. Gran parte del lavoro psicologico andrà dunque speso, fin dalle prime battute diagnostiche, per condurre le piccole vittime, direi convincerle, a far affiorare e ad elaborare la loro esperienza traumatica, rinunciando a tutti i sistemi sia istintivi che deliberati messi in atto per evitare il contatto mentale con essa: lo scarico motorio, il non pensiero, la televisione o i videogiochi, il dormire, l'ammalarsi, perfino l'applicarsi a certe prestazioni scolastiche 'meccaniche' ma impegnative per la mente, come la matematica, sono ottimi sistemi a portata di mano quotidianamente per rinforzare l'impulso a segregare ricordi e vissuti traumatici nell'angolo più inaccessibile della mente.

Al contrario, l'unica carta da giocare, e fin dalla disponibilità a collaborare con, anzi a farsi protagonista di un accertamento diagnostico, sarà proprio diminuire il cortocircuito tipico dei processi post traumatici, riattivando le funzioni cerebrali superiori e ripristinando la loro capacità di integrazione, archiviazione e controllo su pensieri, ricordi, comportamenti, stati psicofisici. L'intervento psicologico, a cominciare dalla diagnosi, si configura con le piccole vittime come una vera guerra alla negazione, all'evitamento e alla dissociazione, combattuta fin dal primo approccio con tutto lo spiegamento di mezzi di cui siamo diventati capaci e all'interno di un solido contratto tra professionista e piccolo paziente. Chiarezza, verità, confini sicuri, capacità di mettere in parole senza tergiversazioni le esperienze traumatiche, garantendo al contempo sicurezza, gradualità, sintonizzazione con la piccola vittima ed evitando per quanto possibile riattivazioni traumatiche, sono gli ingredienti di questo 'contratto', che deve guadagnare, e non dare per scontate, la motivazione, la fiducia e la collaborazione del piccolo paziente. Fin dal primo

incontro occorre parlarsi chiaro, esplicitare le informazioni pregresse comunque raccolte e che a volte neppure il bambino conosce nella sua interezza, definire gli obiettivi, fare l'elenco dei problemi da risolvere, chiarire i metodi che verranno adottati. Di più: una attenta considerazione dei possibili collaboratori nell'attivare positivamente il piccolo paziente ('caregiver' sensibili e affettivi) comporta il loro coinvolgimento ampio, prolungato, flessibile.

Il tutto veicola un forte messaggio, carico di discrezione e rispetto, che rimette nelle mani del bambino il controllo del suo funzionamento e delle sue premesse. Certo, questo comporta anche una responsabilizzazione e si apre qui un'area controversa. E' 'giusto' chiamare il bambino a portare, almeno in parte, sulle sue deboli spalle il peso del processo di consapevolezza e di risanamento per ferite che altri gli hanno inferto? Non gli si chiede troppo? Anche se non formulato così apertamente, il sentimento che queste parole riassumono è spesso pesantemente presente in chi è chiamato a intervenire in situazioni di abuso all'infanzia, scaldato al fuoco delle migliori intenzioni protettive e della istintiva corrente empatica. Ma riflettiamo: se ciò che crolla sotto il peso dell'abuso subito, specie se sessuale, è la stima di sé, la fiducia nella propria capacità di discernimento e di controllo, nella propria capacità di reagire efficacemente, potremo invertire la tendenza tenendo il bambino a margine del suo stesso funzionamento psichico e della strada per un benefico cambiamento? E' giusto privarlo ancora una volta di una responsabilità, portata non da solo ovviamente, che è anche la sua occasione di acquisire potere?

Anni di esperienza clinica non ci lasciano su ciò margine di dubbio: la risposta è no. Su questa base, potremo costruire.

4. Gli scopi e gli strumenti della diagnosi

Manteniamo fisso nella mente l'obiettivo più importante della valutazione psicodiagnostica, cioè la restituzione al piccolo paziente, il più severo giudice della nostra competenza. Ogni affermazione del professionista deve potersi poggiare su 'prove', attraverso la puntigliosità dell'analisi del materiale psicodiagnostico, condivisa accuratamente con il piccolo paziente. Il quadro che ne deriva potrà così essere confrontato con la generalità dei funzionamenti post traumatici, dove acquisirà agli occhi del piccolo paziente una sua 'ragionevolezza' e farà cadere il senso di isolamento che sempre pervade le vittime, con grande vantaggio psicologico.

Ne consegue un importante messaggio che va a centrare la visione di sé: "non sei un motore difettoso, ma un eccellente motore ingrippato: il tuo problema è che ti hanno fatto del male e lo si vede chiaramente". E' soprattutto qui, in questo messaggio che è evidentemente la base di tutta la proposta terapeutica successiva, che viene verificata la nostra capacità di 'portare prove inoppugnabili' di quanto affermiamo. Per questo tanta cura abbiamo imparato a dare alla costruzione della valutazione psicodiagnostica.

Essa va innanzitutto organizzata, in modo da fornire un quadro del funzionamento psicologico complessivo e specifico: complessivo, in quanto capace di evidenziare vari livelli di profondità degli assetti psicologici, dal piano dei comportamenti e adattamenti a quello dei vissuti più profondi e dei modelli operativi interni; specifico,

in quanto tiene conto in modo mirato delle caratteristiche del funzionamento post traumatico, utilizzando strumenti capaci di metterne specificamente in luce i vari aspetti. Si avvale in tal senso delle procedure riconosciute all'interno della comunità scientifica.

Si conferma negli anni conveniente uno schema che comprende *tre livelli di approfondimento*, attraverso l'uso di strumenti a basso, medio, alto impatto diagnostico. Ciascun livello è poi articolato su due assi di osservazione: l'asse dei comportamenti manifesti e l'asse dei vissuti interni⁷.

Gli strumenti a basso impatto verificano la tenuta delle capacità cognitive e adattative del soggetto, somministrando stimoli capaci di fornire un quadro generale delle risorse e delle aree critiche relazionali e personali sul versante dei comportamenti (genogramma commentato, Child Behavior Checklist) e stimoli proiettivi sotto il controllo consapevole (disegno libero a scelta, su cui costruire una storia inventata) o che prefigurano modesti incidenti di percorso comuni nella vita quotidiana per testare gli stili di attaccamento (Story Stem Battery). La specificità della rilevazione consiste nella messa a fuoco di un ambito come quello familiare (nel genogramma) spesso critico nella vita del bambino, e nella scelta delle storie incomplete proposte nella SSB, selezionate in base a studi mirati ai bambini abusati⁸.

Gli strumenti a medio impatto aprono in modo meno controllabile i canali delle fantasie proiettive. Vengono utilizzati in tal senso tradizionali test proiettivi (gioco simbolico, disegni a tema, Blacky test, Thematic Apperception Test), con una preferenza per il Family Attitudes Test, per la sua specificità nell'evidenziare tematiche relative alle relazioni familiari, con stimoli di particolare sensibilità per le situazioni di maltrattamento fisico, di abuso sessuale, di violenza assistita. Sul piano dei comportamenti, si utilizzano test specifici per la rilevazione di indicatori di funzionamento post traumatico, come la Trauma Symptom Checklist for Children (compilato dal bambino) e la Trauma Symptom Checklist for Young Children (compilato dall'adulto di riferimento). Il quadro può essere completato dalla rilevazione nel caregiver del livello di stress indotto dall'accudimento di un bambino traumatizzato, attraverso la somministrazione del Parenting Stress Index.

Gli strumenti ad alto impatto tendono a far affiorare i vissuti più profondi, sottratti al controllo consapevole, attraverso il test di Rorschach, di cui viene adottata una lettura specificamente mirata a cogliere gli indicatori di funzionamento post traumatico⁹. Sul piano dei comportamenti trovano posto i test mirati all'approfondimento dei comportamenti patologici già eventualmente evidenziati dai test precedenti, con focalizzazione su specifiche reazioni post traumatiche, come i comportamenti sessualizzati (Child Sexual Behavior Inventory), i tratti depressivi (Children

⁷ Per maggiori approfondimenti, si veda il sito www.centrotiama.it.

⁸ Emde R.N. et al. (2003) *Revealing the Inner Worlds of Young Children: The MacArthur Story Stem Battery and Parent-Child Narratives*. Oxford University Press, Inc, New York.

Hodges J. et al (2003) Changes in attachment representations over the first year of adoptive placement, narratives of maltreated children. *Journal of Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8, p. 351-367.

⁹ Malacrea M. (2002) *Bambini abusati. linee guida nel dibattito internazionale*, Raffaello Cortina, Milano. Si veda in particolare il capitolo IV.

Depression Inventory), i tratti dissociativi (Dissociative Experiences Scale per bambini e adolescenti)

L'insieme di quanto sopra, che è il risultato dell'ampliamento e della razionalizzazione della gamma di strumenti valutativi da tempo utilizzati, ha comportato un innegabile valore aggiunto. Il quadro che può essere formulato a partire da questa impostazione ha innanzitutto il vantaggio di promuovere una partecipazione più consapevole del soggetto e degli adulti protettivi che se ne curano: si ottiene così di porre la base indispensabile per la cura dei soggetti traumatizzati, in cui va innanzitutto promossa l'integrazione e la ripresa di controllo dei propri funzionamenti fisici e psichici, diventati confusi e ingovernabili a seguito dell'esperienza traumatica. La presenza di profili 'oggettivi' sul piano comportamentale, ma abbastanza mirati ai funzionamenti post traumatici da mettere in luce con chiarezza e con appropriata chiave di lettura gli elementi degli stessi; la comparazione tra quadri psicologici emergenti dalle prospettive di diversi compilatori (il paziente stesso o i suoi genitori, per esempio o anche gli insegnanti) e relativi a diversi ambiti di vita; il collegamento tra aspetti comportamentali e aspetti riguardanti i vissuti sottostanti, che possono finalmente apparire come "le buone ragioni" dei comportamenti stessi e vengono quindi liberati dalla genericità e dalla opinabilità delle tradizionali interpretazioni psicologiche: tutti questi elementi riescono a rendere la valutazione psicologica così concepita come un momento di autoconoscenza fondata e precisa, cognitivamente ed emotivamente coinvolgente, sfuggendo al rischio di sembrare tangenziale e criptica (le 'elucubrazioni degli esperti', poco comprensibili dalla gente comune).

Un corollario di tutto rispetto è poi la migliore possibilità di comunicazione tra professionisti della 'rete' di presa in carico, sia omologhi che non omologhi come formazione tecnica; e l'accuratezza della comparabilità con successive valutazioni psicologiche. Quest'ultimo aspetto è fortemente motivante anche per i piccoli pazienti, che si attendono dalle rivalutazioni periodiche non solo una fotografia globale della loro evoluzione, ma anche l'identificazione circostanziata dei problemi residui, premessa a nuovi contratti terapeutici, se ancora necessari.

Può essere utile dare un esempio concreto di come lo schema sopra descritto può essere declinato e di quale è la complessità dei dati in tal modo rilevabili. Si trascrivono di seguito stralci della relazione redatta a conclusione della valutazione psicodiagnostica di un bambino di 8 anni, per cui si sospettava un abuso sessuale, al fine di far intuire la costruzione e la documentazione del ragionamento diagnostico.

Relazione sulla psicodiagnosi di C.

Il rapporto con C. è cominciato, come abitualmente, con una seduta di conoscenza, alla presenza dell'educatrice di riferimento, per chiarire al bambino i termini del lavoro che sarebbe stato svolto, come obiettivi e metodi..... C. ha ascoltato con molta serietà..... Nonostante questo inizio cauto, viene segnalato in seguito il ritorno del sintomo Si esplora quindi la sua eventuale percezione che il percorso di conoscenza del suo funzionamento psicologico avesse ai suoi occhi caratteristiche tali da turbarlo... anche se non è in discussione la sua adesione consapevole all'intervento psicologico.

Il problema riguarda la grave instabilità, almeno come da lui stesso percepita, del suo assetto emotivo-affettivo, che lo fa sentire sull'orlo dell'esplosione psichica ogni volta che apre il contatto, a se stesso e ad altri, con il suo mondo interno e con i suoi modelli operativi.....

..... il test, che abitualmente alla sua età viene agevolmente completato all'interno di un'unica seduta di 45-50 minuti, deve essere eseguito in due volte successive, ed è accompagnato da evidenti segni di ansia....

Riteniamo che la valutazione non possa svolgersi con utili risultati se non rispettando attentamente i limiti emotivi del bambino: ogni altra scelta non potrebbe che avere esiti controproducenti, sia sul versante dei costi psicologici per C., sia sul versante della adeguatezza dei dati raccolti.

Dall'analisi di quanto emerso deriva il quadro seguente.

1° livello

Danno elementi in questo senso:

- *la Child Behavior Checklist (CBCL)*
- *la Story Stem Battery*

CBCL (Child Behavior CheckList)

..... Il test evidenzia un'area di competenze normale, con buone risorse e un'area sindromica normale eccetto che per il punteggio ponderato relativo al ritiro/depressione

Story Stem Battery

Il test (nella rielaborazione del gruppo del Great Ormond Street Hospital di Londra) è mirato a C. è collaborativo e si impegna nel compito ma è molto faticabile....

Ne emerge una visione di sé relativamente controllata. In due storie

Sempre sul versante positivo, si nota l'attribuzione ai 'genitori' di buone qualità come educatori e datori di cure, Ciò emerge innanzitutto nel dare limiti congrui al 'bambino'. Esempi ne sono

Nella rappresentazione di C. sia 'padre' che 'madre' sono adeguati anche nel soccorrere il 'bambino', quando è nei guai, anche se per qualche suo errore. Ciò si nota alla

Tutti questi aspetti positivi devono tuttavia essere messi a confronto con costanti trasversali.....C. fa molto uso di difese dissociative e di evitamento. Per esempio le storie in cui c'è contrasto o disavventure o ansia vengono risolte frequentemente con l'andare a dormire del protagonista

Più volte poi si verifica un cambiamento dei limiti della storia ad opera di C., che durante l'ideazione cambia tema, introduce vicende non attinenti e deve essere richiamato alla storia iniziale.....

Con questa chiave di lettura, il 'mondo benevolo' rappresentato da Mihai in molte storie risulta meno convincente.... Assumono di conseguenza maggior significatività gli spunti negativi, pure presenti nelle storie.....

Da un lato sono presenti figure genitoriali che si spaventano nei pericoli. Ciò accade Alla ... , il conflitto tra i 'genitori' si traduce in un duro e ripetuto scontro fisico..... La storia più negativa è la

Anche in questo test 'a basso impatto', dove le situazioni stimolo ripercorrono la vita quotidiana senza eccessivi drammi e gli stimoli sono abbastanza strutturati, a fronte di buone capacità di ragionamento e di modelli operativi riferiti alla vita familiare realistici e normali, affiorano importanti tratti difensivi disfunzionali di taglio dissociativo e vissuti negativi, anche catastrofici.

2° livello

Danno elementi in questo senso:

- *la Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC)*
- *il Family Attitudes Test (FAT)*

TSCYC (Trauma Symptom Checklist for Young Children)

Il test, compilato dall'educatrice di riferimento..... Si notano nel bambino punteggi ponderati di significato clinico nelle scale

Il complesso delle alterazioni riscontrate è fortemente indicativo di un funzionamento post traumatico che alterna tipicamente stati ON/OFF, in cui all'invasione della mente da parte di pensieri minacciosi seguono difese di 'spegnimento' prevalentemente di tipo dissociativo.....

Il test dà elementi particolarmente significativi per la comprensione clinica se raffrontato all'esito del CBCL (vedi sopra).... Se ne deduce uno stato emotivo..... tipico dei funzionamenti post traumatici, che pesa nei comportamenti quotidiani di un bambino con buone risorse e senza disturbi del pensiero e del relazionarsi sociale.

Family Attitudes Test

C'è stato un indubbio miglioramento rispetto al primo test eseguito nel, la seconda storia inventata sembra una descrizione piacevole e realistica della vita quotidiana....

Alla fine tuttavia la 'facciata' normale sembra disgregarsi e compaiono fantasie luttuose Il quadro si complica ancor più dalla tavola 4 in poi.....

Si può ragionevolmente supporre, sempre come eco della sua reale esperienza, che C. si senta fortemente colpevole Ne consegue l'ipotesi di una propria crudele punizione..... Colpisce la qualità sproporzionata ed estrema, senza mediazione di sorta, di tali 'punizioni Possiamo dire che nella seconda metà del test sia emerso un forte vissuto di tradimento e pericolo per il bambino, pericolo che gli viene dagli stessi genitori.....

L'ambiente affettivamente significativo è imprevedibile e il personaggio 'bambino' è costantemente (tranne che nella tavola 0) solo, ferito, morto....

Confrontando il test eseguito in questo periodo con quello eseguito ormai due anni fa, si notano somiglianze e differenze.....Oggi in C. è presente una maggiore possibilità di contenere nel pensiero temi che restano penosi..... Non è cambiata la sostanza della visione del mondo familiare, come imprevedibile e molto pericoloso.....

3° livello

Danno elementi in questo senso:

- *il Child Sexual Behavior Inventory (CSBI)*
- *il test di Rorschach*

CSBI (Child Sexual Behavior Inventory)

Il test, compilato dall'educatrice di riferimento, ha punteggi ponderati non clinici.

RORSCHACH

Prima ancora di cominciare il test C. accusa mal di testa e "voglia di dormire".

Rispetto al precedente, eseguito nel.... c'è un viraggio peggiorativo..... si passa ora ad immagini morte, mostruose, deteriorate (bernoccoli, ossa che si vedono), sanguinanti....

Compare anche, legato a importante disforia (scelta tra le sgradite) un tema sessuale esplicito e imbarazzante, Come è noto, risposte anatomiche, sessuali, 'sangue' sono caratteristiche dei protocolli nei soggetti con trauma sessuale....

Per documentare la diagnosi differenziale, comunque intuitiva, tra un funzionamento psicotico e un funzionamento post traumatico, sono stati testati i 'limiti', cioè il riconoscimento guidato dell'immagine popolare, spontanea.....

Nel complesso si può quindi affermare che sono buone le capacità di C. di cogliere la realtà e che il problema non sta nel come percepisce le immagini ma nel significato che attribuisce alle stesse, molto marcato dal tono disforico generale.

Sono presenti inoltre consistenti indici dissociativi..... Tali indicatori sono significativamente più presenti nei protocolli di soggetti con funzionamento post traumatico, specie da trauma sessuale.

Nel complesso, specie attraverso le scelte, si evidenzia un grave funzionamento post traumatico.....

Colpisce l'importante vena di disforia legata a contenuti sessuali e che rinviano a un'immagine corporea deteriorata e attaccata.....

Tali risultati, messi a confronto con il CSBI 'muto', fanno pensare che il consistente sforzo adattativo di spegnere sul piano del comportamento ogni traccia sessualizzata, non abbia avuto alcun successo sul piano dei vissuti profondi.

Conclusioni

C. è in uno stato di pesantissima sofferenza da funzionamento post traumatico, incontrollabile anche dal massiccio sforzo difensivo improntato prevalentemente alla dissociazione E' indicato un trattamento incisivo e articolato.....

5. I criteri del ragionamento diagnostico

Come si vede, per arrivare a comporre un quadro del funzionamento psicologico post traumatico è necessario distanziarsi dall'ottica descrittiva nosografica e sintomatologica, ma addentrarsi nei modelli operativi e nelle dinamiche difensive che, con il loro complesso e fluido bilancio, stanno alla base delle manifestazioni esteriori. Anzi, particolare attenzione dovrà suscitare la constatazione che in un quadro definibile come ordinario, "normale", compaiono "isole" dissonanti: infatti è caratteristica delle situazioni post-traumatiche la presenza di vistosi segni patologici all'interno di una personalità e di una sequenza evolutiva globalmente compensate.

Se a livello di sintomi e comportamenti non è possibile trovare 'indicatori chiave', è invece possibile affermare, con il conforto della comunità scientifica, che il funzionamento psicologico post traumatico ha caratteristiche ben riconoscibili, nel bambino e nell'adulto, che pescano in precisi corrispettivi neurofisiologici ormai noti nel dettaglio.

Il primo aspetto riguarda l'assetto difensivo prevalente, che oscilla tra fasi di hyperarousal (iper-allarme, diffidenza, tensione, sopporre pericolo anche in assenza di fattori di realtà), iperadattamento (funzionamento al minimo delle potenzialità, depressione), dissociazione (assenza, sospensione della coscienza, distraibilità, difficoltà di concentrazione, ma anche scarica motoria o scarica comportamentale per ridurre il contatto con se stessi). Inoltre dopo l'allarme non si riesce a ritornare al livello di base, ma ne segue una sinusoide permanente o sempre più amplificata con picchi di attivazione e spegnimento in sequenze ON/OFF. Un esempio di tale andamento traspare nei giochi post traumatici dei bambini (o comunque nelle loro produzioni fantastiche) segnati da ripetitività compulsiva, mancanza di elaborazione e contenuti primitivi (divoramenti, uccisioni) anche in bambini grandi, fallimento del gioco nel fornire un sollievo dall'ansia, escalation di angoscia.

Tali segnali sono rilevati innanzitutto attraverso la raccolta accurata della anamnesi, per ricostruire la sequenza di manifestazioni comportamentali e sintomatiche che può mettere in luce diverse espressioni dell'unico funzionamento post traumatico. A tal fine verranno considerati non solo dati relativi al momento presente, quasi come in una fotografia, ma tutti quelli che possono esaurientemente delineare il percorso evolutivo del bambino, la connessione di questo con fatti salienti della storia familiare, la completa raccolta dei possibili indicatori di una situazione traumatica ecc.

Il secondo aspetto del funzionamento psicologico da osservare è quello relativo ai *modelli operativi interni (MOI)*. Sulla scorta degli studi sull'attaccamento, è noto che i modi di significare e di socializzare, costruiti fin dalla più tenera infanzia sulla base

dell'esperienza relazionale significativa, si costituiscono in sistemi di significati e in modelli di connessioni relazionali, fortemente interdipendenti. Essi sono un punto cardine intorno a cui ruotano individuo e relazioni e che contribuisce in modo consistente e attivo alla prevedibilità del mondo. 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), per la conoscenza dei MOI del bambino, specchio, sia pur filtrato, dell'esperienza relazionale; essi sono più penetranti dell'osservazione comportamentale 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.

A seguito delle esperienze traumatiche si costruiscono modelli operativi interiorizzati 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 malevolo", 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. Parallelamente, il tentativo di trovare un senso al "mondo malevolo" porta il soggetto a ipotizzare una propria 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.

A tali modelli operativi corrispondono vissuti tipici nel mondo interno, che traspaiono nel materiale proiettivo, come una sorta di stigmati emotive. Impotenza e tradimento si collegano alla visione del mondo come malsicuro e malvagio; sessualizzazione traumatica¹⁰ e stigmatizzazione rimandano a un'immagine di sé come bene svalutato e danneggiato, con un accento specifico nel caso di trauma sessuale. L'analisi può essere particolarmente confortata quando emergano dal materiale proiettivo anche contenuti molto specifici e trasparentemente collegabili agli eventi reali come riferiti, sia pure senza che venga abbandonato lo schermo dell'immaginario: ci si trova in tal caso in presenza di una sorta di rimessa in scena post-traumatica delle esperienze traumatiche (attraverso giochi, disegni, storie inventate e attribuite ad altri protagonisti) marcata da intensa emotività e facilmente riconoscibile per le sue caratteristiche nel complesso della produzione simbolica.

Questo focus intenso sul funzionamento psicologico della piccola vittima, dovrà accompagnarsi alla considerazione e analisi di altri elementi.

Nato inizialmente (ormai quasi 20 anni fa) per i casi di abuso sessuale, lo schema di ragionamento diagnostico che considera anche l'area delle pre-condizioni familiari e l'analisi secondo specifici criteri delle rivelazioni della vittima, si può

¹⁰ La sessualizzazione traumatica può essere definita come l'associazione tra comportamenti ed elementi erotizzati e contenuti d'angoscia o traumatici; si tratta di conoscenze sessuali, o fraintendimenti di esse, accompagnati dall'idea di essere oggetto di desiderio sessuale per essere infine 'divorati'.

tranquillamente proporre come valido per tutti i casi di ESI (maltrattamento, trascuratezza, violenza assistita).

Può essere utile sintetizzarne gli aspetti fondamentali.

Le *pre-condizioni familiari* identificate da Finkelhor¹¹, cioè il terreno familiare in cui si è sviluppata l'esperienza traumatica, sono in tutto quattro: la loro presenza contemporanea depone per un rilevante rischio che l'abuso possa verificarsi, anche se ovviamente tale esito non è meccanicamente deducibile dall'esistenza di tale costellazione relazionale. La prima pre-condizione fa riferimento all'esistenza, nell'abusante, di un impulso, conseguente a un'area di bisogni insoddisfatti, a erotizzare il rapporto con un partner debole: impulso e bisogno che riconoscono di solito origini antiche, nel fallimento delle relazioni primarie e nella creazione conseguente, in qualche grado, di vissuti di carenza. Esso poco ha a che fare con la sessualità matura, in altri termini, anche se la 'forma' del rapporto è sessuale, l'intento è assoggettare, umiliare, dominare, in una parola 'divorare' la vittima: per questo motivo, in senso più ampio, è un tipo di impulso che appartiene a tutte le forme di abuso all'infanzia. La seconda e terza pre-condizioni mettono a fuoco l'insufficienza dei meccanismi di controllo, interno ed esterno (con particolare attenzione agli adulti potenzialmente protettivi) alla persona dell'abusante, come origine del passaggio all'atto e della durata nel tempo della vittimizzazione. Per quanto riguarda i meccanismi di controllo interno, l'attenzione va rivolta a soggetti con cronico fallimento dei meccanismi di autocontrollo (persone violente, persone che usano abitualmente disinibitori come droghe e alcool), ma anche che si trovano in situazioni di stress momentaneo. Infatti le fragilità presenti possono riattivare bisogni arcaici che innescano la ricerca di relazioni fusionali con partner più deboli che non fanno molte richieste, relazioni che funzionano come 'antidepressivo' e facilitatore della dissociazione; o la ricerca di relazioni di potere e sopraffazione, per riacquisire un senso di controllo 'a buon mercato'. Per quanto riguarda il fallimento dei meccanismi di controllo esterno alla diade vittima-abusante, in questione è soprattutto il potenziale 'protettore per eccellenza', cioè la madre. Questa può essere inefficace per difficoltà croniche: ma anche momentanee, nel caso per esempio di investimento su progetti di vita o relazioni che la rendono distante dal bambino o anche se si stanno verificando fatti che inducono riattivazioni traumatiche.

L'ultima pre-condizione riguarda infine lo specifico della costruzione della relazione d'*emprise*¹² dell'abusante sulla vittima, come cronico attacco alle sue naturali difese ed espansione della sua vulnerabilità. La vulnerabilità della vittima può essere più alta nel caso di bambini portatori di handicap, trascurati, bambini a cui nessuno crederebbe, o che attraversano crisi momentanee, come la separazione dei genitori.

L'ultima area da considerare è costituita dalla *analisi delle dichiarazioni* del bambino riguardo al presunto abuso. Anche qui va notato che gli strumenti consolidati negli ultimi 30 anni a questo scopo per i casi di abuso sessuale (Statement Validity Analysis), e risalenti ad anni ancora precedenti se si considerano le prime

¹¹ Finkelhor, D. (1984), *Child Sexual Abuse: New Theory and Research*. Free Press, New York.

¹² Dominanza psicologica.

concettualizzazioni di Undeutch degli anni '60, contengono in realtà tutti gli elementi che li possono rendere adatti all'analisi del racconto di qualsiasi vittimizzazione.

Va innanzitutto ricordato che la rivelazione non deve essere ritenuta un evento singolo, ma un processo, con fasi in cui il bambino, pur certamente vittima, si può presentare confuso, inaccurato e incerto, passando dall'ammissione al diniego. Gli schemi di 'lettura' e interpretazione più efficaci tengono conto non tanto delle caratteristiche di validità usuali per i racconti testimoniali dell'adulto, ma di quelle tipiche della narrazione dei bambini, rese ancor più particolari dal fatto che quanto viene riferito corrisponde a una esperienza traumatica. Il 'cuore' di tale metodo è costituito dal Criteria Based Content Analysis (CBCA), uno schema composto da 19 criteri, che permette di distinguere i racconti basati sull'esperienza dai racconti frutto di fantasia o induzione. La conoscenza accurata di tale schema, consente anche di orientare correttamente il dialogo con il bambino per raccogliere proprio quegli elementi che permettono di distinguere la qualità del racconto, evitando di concentrarsi in modo esasperato sui dettagli caratteristici dell'abuso (che rappresentano soltanto uno dei 19 criteri). Il maggior limite del metodo è costituito dalla elevata possibilità di dare 'falsi negativi' (bambini davvero abusati fanno dichiarazioni insoddisfacenti al CBCA in una percentuale elevata, in una ricerca statunitense nel 32%).

Molta attenzione, nei racconti dei bambini, deve essere dedicata anche alla comprensione dei dettagli insoliti e bizzarri, se non francamente incredibili, che non raramente si mescolano alle dichiarazioni del tutto veritiere, senza inficiarne la validità. Anche su questo punto Everson ci ha fornito una griglia dettagliata che ne dà ragione e aiuta a orientarsi nella valutazione¹³.

Effettuati tutti i passaggi sopra indicati, le conclusioni diagnostiche poggeranno quindi su una ordinata pluralità di dati e deduzioni, con alta probabilità di essere giunti a un giudizio corretto e ben sostenibile. Ciò, essenziale per determinare un'adeguata condotta sul piano clinico, potrà dare materiale fruibile anche nei procedimenti giudiziari, sia penali per l'accertamento e la repressione del reato, sia civili nell'ambito dei compiti di tutela del Tribunale per i minorenni.

Ma ciò che basta (e avanza...) per il clinico soddisfa l'ambito giudiziario?

6. Dall'ambito clinico all'ambito giudiziario

Il fenomeno degli abusi sui bambini continua ad essere al centro di una controversa attenzione.

Da un lato esso risveglia inquietudine e allarme: siamo in un Paese in cui due leggi emesse a breve distanza di tempo, la n.66/96 sulla violenza sessuale e la n.269/98 sulla pedofilia (recentemente inasprita), attestano crescente preoccupazione per la tutela dei soggetti deboli coinvolti in questo tipo di esperienze traumatiche.

D'altro canto si assiste al crescere di resistenze ad affrontarle. Ciò è comprensibile alla luce del fatto che si tratta di un tema complesso per via della multiformità

¹³ Everson, M. (1997), "Elementi strani, improbabili, fantastici nel racconto dei bambini abusati". Tr. it. in *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 1 (1), pp. 19-58, 1999.

dell'oggetto, della gravità delle conseguenze dannose, dell'articolazione degli interventi valutativi-terapeutici, per gli interrogativi posti dalla necessità di considerarne sia l'aspetto di patologia che di reato, e, non ultimo, per la crescita inquietante delle denunce di traumi infantili, sia nell'immediato sia nell'età adulta. Se si aggiunge che il tema non può non suscitare forti emozioni e reazioni non sempre razionali, si comprende anche il rischio di creare istintivi schieramenti e radicalizzazioni ben poco utili al fine di una migliore conoscenza dell'oggetto e di una migliore protezione dei minori coinvolti.

Esiste poi il problema della cortina di silenzio che circonda le condizioni pregiudizievoli ai danni dei bambini, in particolare, ma non solo, nei casi di abuso sessuale. Ciò è effetto non soltanto di strategie di occultamento intenzionali, ma molto anche di quello stato di ottundimento intrapsichico, agito anche dalla vittima e dai potenziali protettori, al fine di poter produrre meccanismi di adattamento sufficienti a sopravvivere in condizioni disperanti: una sorta di muto "chi tocca i fili muore".

Per giunta, le preoccupazioni circa le "false memorie" e la supposta suggestionabilità dei testimoni bambini, enfatizzata a partire da casi giudiziari eccezionali, sono riuscite a oscurare quello che invece è il pane quotidiano nelle aule di giustizia e che continua a confermare la tragica esistenza di veri abusi consumati a danni di bambini, che solo per una minoranza arrivano ad ottenere protezione e giustizia (vedi i risultati delle inchieste retrospettive e in particolare di quella italiana, da cui risulta che solo il 5% delle vittime che hanno rivelato a qualcuno hanno visto una mobilitazione istituzionale a loro difesa).

Anche chi appartiene alle professioni di aiuto è contagiato da quanto sopra: frequentemente una sorta di paralisi insorge negli operatori rispetto al compito di approfondire le proprie ipotesi diagnostiche, quando queste contemplino l'eventualità di essere di fronte ad un caso di ESI che comporti la necessità di iniziative giudiziarie.

Una parte importante dello stallo deriva da fattori del tutto razionali. Gli operatori fanno di dover affrontare una doppia responsabilità nel diagnosticare e curare questi soggetti: quella clinica, per cui già si sentono talvolta impreparati, e quella giudiziaria, per cui preparati lo sono in realtà anche meno. Chi oltretutto ha già avuto esperienze in proposito, o si è sufficientemente informato, sa che, per far fronte a questo secondo compito, si troverà coinvolto in eventi a loro volta di grande peso emotivo, obbligato a tradurre il proprio consueto linguaggio per renderlo fruibile in ambiti inconsueti, costretto a trasformare spesso in "prove" il proprio ragionamento clinico, rischiando di sentirsi inadeguato rispetto alle esigenze, vere o presunte, del contesto giudiziario. E, non ultimo, tutto ciò comporta un grande dispendio di tempo ed energie, a detrimento di altri investimenti e doveri professionali.

Il clinico si sente proiettato, insieme al bambino, nell'arena giudiziaria, sentendo profondamente come proprio irrinunciabile dovere affiancarlo, supportarlo sia direttamente sia attraverso la spiegazione ai professionisti legali delle sue peculiari reazioni, ottenergli le migliori condizioni di protezione per la sua eventuale apparizione sulla scena processuale, sostenere la sua attendibilità sulla base delle

stesse conoscenze scientifiche che l'hanno indotto a concludere la valutazione clinica nella direzione di un effettivo stato di pericolo. D'altro canto il suo 'alleato', il bambino, risulta non raramente difficile da comprendere, deludente e reticente, inefficace per ruoli giudiziari per cui non ha per definizione le capacità cognitive, strumentali ed emotive e, non ultimo, la motivazione.

Dall'altra parte, anche le istituzioni giudiziarie hanno nel tempo maturato richieste agli stessi professionisti: e sempre più tali richieste sembrano distanziarsi da quelle che essi sentono autonomamente come proprie. Si potrebbe dire che si è progressivamente alzato il livello di competenza richiesto ai professionisti dell'area psico-socio-sanitaria per essere ritenuti adeguati collaboratori sul piano legale, specie nei procedimenti penali, e contemporaneamente è in atto una spinta apparentemente contraddittoria a ridurre la portata dell'influenza degli esperti sulle decisioni giudiziarie. Per meglio spiegare, dall'esperto forense ci si aspetta grande rigore circa le conoscenze specifiche sul tema, riferimenti culturali di base, continuo aggiornamento, capacità di spiegare in modo a un tempo comprensibile e scientificamente documentato le peculiarità dei bambini abusati in generale e di quello al momento coinvolto in particolare: notizie da cui giudici e avvocati, che non possono avere in proprio nozioni adeguate alla delicatezza dell'argomento, trarranno lumi circa la valutazione della sussistenza o meno dell'abuso; e nell'acquisire tale competenza sempre più l'esperto si distanzia dal sapere comune. Contemporaneamente ci si aspetta che l'esperto mantenga sempre un tono misurato e deferente, sostanzialmente dubitativo delle proprie capacità, riconoscendo i limiti delle proprie conoscenze in modo da lasciare liberi i giudici di prendere autonome decisioni, non si esprima a riguardo della sussistenza o meno dell'abuso, sia estremamente cauto nel porgere le proprie opinioni, in una materia che, ultimamente, deve rimanere nelle mani di chi, occupando la funzione giudicante anche senza specifiche nozioni, ha il compito di decidere. Di più: che si sottometta, nel caso di decisioni giudiziarie contrarie ai suoi convincimenti, come esecutore, modificando addirittura la sua relazione clinica con il bambino.

Se possiamo usare un'immagine, una specie di potentissimo genio della lampada totalmente al servizio di Aladino.

7. Un dovere clinico e una possibilità per l'area giudiziaria

Ce n'è abbastanza per poter affermare che non è immediato vedere come il clinico possa validamente ottenere di perseguire i propri obiettivi (affiancamento e protezione della vittima, lucida ricognizione dei suoi bisogni psicologici, e conseguente cura) e nello stesso tempo accontentare le richieste del piano legale.

D'altra parte è indubitabile che ottenere quando possibile giustizia (cioè il riconoscimento della propria qualità di vittima prima che qualsivoglia misura punitiva nei confronti del vittimizzatore, spesso amato), fa parte della cura, migliora l'autostima, contrasta la dissociazione e l'ottundimento, fa sentire che il mondo non è tutto malevolo. Ancora più necessario è fare tutto il possibile perché non si sperimenti disgraziatamente il contrario, arrivando a pentirsi di "avere parlato", come

non raramente affermano le vittime che a causa delle complicate vicende giudiziarie vanno incontro a occasioni subentranti di riattivazione traumatica.

Di conseguenza lo sforzo delle professioni d'aiuto di trovare modalità di integrazione con il piano giudiziario qualitativamente soddisfacenti pare irrinunciabile. Per quanto a volte se ne venga sedotti, la prospettiva di scindere le aree di intervento in modo così radicale da sottrarsi a tutti i dilemmi insiti nelle posizioni di compromesso è del tutto irrealistica, e ultimamente ancora più gravida di confusione.

Non è qui il caso di fare una approfondita analisi dei multipli 'incroci pericolosi' in tema di diagnosi (la confusività dei quesiti, il mito della 'neutralità' o della 'suggestionabilità', il terrore dei 'falsi positivi' e la sottovalutazione dei 'falsi negativi', la ricerca impossibile di una diagnosi clinica che equivalga a una 'prova dei fatti' ed altro ancora) tra il sapere delle professioni di aiuto e il sapere giudiziario¹⁴.

Più importante è trasmettere un sostanziale messaggio-chiave.

Occorre che chi esercita professioni d'aiuto recuperi fiducia nella possibilità di coniugare nel proprio lavoro un ruolo più simile a quello abituale e in cui ha sviluppato esperienza, compiendo cioè operazioni che si rivelino da subito dotate di utilità clinica per il piccolo paziente e sviluppando uno schema razionale di procedure tale da consentire la raccolta e l'organizzazione dei dati valutativi utili ai propri fini, con l'accortezza che tali dati risultino anche sufficientemente illuminanti per chi si occupa dell'abuso come reato (il tribunale penale) o pregiudizio (il tribunale per i minorenni) e non come patologia. Trattandosi infatti di soggetti non in grado di provvedere alla propria tutela, i compiti di capire e curare diventano necessariamente inscindibili dal proteggere, su ogni piano necessario e nella attenta considerazione del loro intreccio. E' utile menzionare a questo proposito una interessante ricerca americana che si è concentrata ad esempio sulle possibili connessioni tra le decisioni assunte dal tribunale penale, in particolare quella di archiviare le denunce di abuso sessuale sui bambini, e gli allontanamenti dalla famiglia a scopo protettivo (nel nostro sistema, materia del Tribunale per i minorenni). Le premesse di tale ricerca già ipotizzavano complesse interazioni tra l'operato penale e il piano della tutela del bambino: gli autori osservano che, per quanto il compito primario della giustizia penale sia di individuare e punire chi commette reato, la decisione di iniziare un procedimento e l'esito dello stesso possono alterare significativamente l'entità del rischio che il bambino corre nel suo naturale contesto, nonché la percezione dello stesso rischio da parte degli operatori che si occupano della sua protezione. Quindi l'andamento del procedimento penale influenzerà la decisione di collocare il minore in situazione protetta. Ciò che determina la decisione non è tanto la volontà o meno degli inquirenti di avviare l'indagine, ma la previsione dei tempi sproporzionatamente lunghi della stessa, l'infrequenza e la provvisorietà di eventuali misure cautelari nei confronti dell'accusato e l'incertezza degli esiti processuali. Quanto alla correlazione inversa tra provvedimenti di allontanamento assunti e successivo andamento delle

¹⁴ Si veda per approfondimenti Malacrea M. (2007) Le professioni d'aiuto (psichiatria, psicologia, scienze sociali) e i crimini a sfondo sessuale contro i minori. In: Musacchio V.(a cura di) (2007) *Manuale di diritto minorile. Profili dottrinali e giurisprudenziali*, CEDAM, Padova, pp. 991-1025.

indagini penali, va notato che certamente il collocamento fuori dal contesto familiare comporta conseguenze tanto importanti quanto difficilmente predicibili: infatti, se è quasi costante un esito di rinforzo nella volontà di denunciare gli abusi subiti nel caso il bambino sia allontanato dall'abusante potendo contare sul supporto di un adulto protettivo, quasi sempre la madre, nel caso sia invece allontanato da tutti i familiari, giudicati non supportivi, è difficile prevedere se tale decisione aumenterà il suo sentimento di protezione, invogliandolo a continuare nella via della rivelazione dell'esperienza traumatica, oppure lo indurrà a tornare sui suoi passi, ritrattando o congelando il chiarimento dei contorni dell'abuso, a causa della percezione di non avere ottenuto altro che un deserto affettivo e l'assenza di legami volendo sottrarsi ai pericoli trascorsi. Come è ovvio, tali movimenti saranno rilevanti sull'andamento del procedimento penale e sulla possibilità di portare in esso sufficienti elementi probatori, condizionandone l'esito.

Con coraggio, dunque, evitando cortocircuiti di evidente marca emotiva, che spingerebbero a 'delegare' il piccolo paziente alla giustizia alle prime avvisaglie di avere a che fare con gli esiti di esperienze traumatiche, si pazienterà di fronte alle prime impressioni anche confuse quanto basta per chiarire sufficientemente il quadro. Ricordiamo che trovare risonanza emotiva, situazione spesso del tutto nuova per le piccole vittime, potrà avere un peso decisivo rispetto all'affacciarsi della speranza di poter trovare aiuto, e quindi rispetto alla possibilità di mostrare senza barriere difensive estreme il proprio funzionamento psicologico.

Ricordiamo anche che questo passaggio è propedeutico a mettere in parola ricordi, esperienze, vissuti: in sintesi a rivelare. E qui si apre una pagina decisiva: nessun compito diagnostico sarà meglio compiuto di quello che riesce ad aprire il bambino alla speranza di cui sopra, e che comincia a fare di lui non più una vittima ma un 'survivor', deciso ad auto proteggersi, a riconoscersi il diritto di essere amato e trattato bene, a rinunciare ai processi dissociativi, e come ultimo atto a ricordare, raccontare, chiedere aiuto. Proprio una recente sentenza penale, di pesante condanna degli imputati, ha sollevato in chi scrive le riflessioni che seguono. In pagine e pagine di sentenza, lo spazio riservato alla citazione della puntigliosa e 'scientifica' analisi fatta dalla psicologa del funzionamento mentale ed emotivo del bambino, che concludeva in modo documentato per un pesante funzionamento post traumatico in sintonia con i fatti per cui era processo, è quantitativamente insignificante, soprattutto se confrontato con il numero di pagine riservate alla storia clinica e terapeutica del bambino. Da essa si deduce lo sbocciare e il progressivo esporsi della sua personalità precedentemente coartata e celata dietro la cortina di movimenti adattativi diurni, incrinati da pesanti sintomi notturni; con essa si intreccia la capacità crescente del bambino di darsi ragione del suo malessere connettendolo con un area sempre più vasta di ricordi traumatici. Da un 'bambino di legno' a un 'bambino vero', anche se complicato e dolente.

Così il compito proprio e autonomo delle professioni di aiuto si scopre essere anche il modo migliore per collaborare con le istituzioni giudiziarie: e va tenuto stretto, per tutto il tempo necessario, anche a fronte dell'astensionismo o al contrario della intrusività, dei limiti o dei paradossi delle istituzioni giudiziarie, tutte circostanze che,

per quanto deprecabili, vanno realisticamente previste. Non è infatti una novità che il panorama sia tutt'altro che omogeneo e ancora troppo dipendente dal 'fattore umano' e dalle pressioni contestuali: ad esempio è banale constatare come lo stesso staff giudiziario possa esprimersi con incisività molto differente quando tratta un caso di abuso sessuale intrafamiliare o quando ha a che fare con il sospetto di una rete criminale di produzione e diffusione di materiale pedopornografico; o ancora quando la difesa dell'imputato è debole o quando è agguerrita.

Per contro, non è affatto infrequente assistere al replicarsi, sia in ambito giudiziario penale che civile, di attività di diagnosi peritale sul bambino per definizione chiuse all'accompagnamento *in progress* di cui sopra, che si aggrovigliano in pareri che si annullano l'un l'altro in una serie di colpi di scena assai pericolosi (ricordo il commento amaro e furibondo di una bambina di 9 anni, intelligente quanto complicata, abusata sessualmente dal padre: "ho incontrato sette psicologhe, ma ti pare? e nessuna ha capito niente..."). La ragione può stare in parte nel fatto che non abbiano a volte i requisiti di competenza desiderabili, ma soprattutto deriva dal non aver fatto crescere il bambino 'vero' grazie a una relazione psicologica riparativa.

In sintesi, torniamo a quanto più volte trasversalmente affermato in questo scritto: il bambino al centro, il bambino protagonista, il bambino 'eccellente motore ingrippato', il 'superiore interesse del fanciullo'; non solo una questione di etica, ma di profonda saggezza tecnica.