

ABUSO ALL'INFANZIA:
UNA TERAPIA PER PICCOLI PAZIENTI MOLTO DIFFICILI

5.1. Il problema

Dalla fine degli anni '90 un autore americano, Felitti, ha opportunamente introdotto nel complesso dibattito sull'abuso all'infanzia la nozione di *Esperienze Sfavorevoli Infantili*¹ (ESI) per indicare quell'insieme di situazioni vissute nell'infanzia che si possono definire come 'incidenti di percorso' negativi rispetto all'ideale percorso evolutivo. Esse comprendono tutte le forme di abuso all'infanzia subito in forma diretta, come abuso sessuale, maltrattamento psicologico, fisico, trascuratezza; e le condizioni subite in forma indiretta che rendono l'ambito familiare imprevedibile e malsicuro, come per esempio alcolismo o tossicodipendenza dei genitori, malattie psichiatriche e soprattutto violenza assistita, cioè il coinvolgimento del minore, attivo e/o passivo, in atti di violenza compiuti su figure di riferimento per lui affettivamente significative.

Tab. 1 - Esperienze Sfavorevoli Infantili

DIRETTE (sul bambino)	INDIRETTE (in famiglia)
Abuso sessuale	Violenza assistita
Maltrattamento psicologico	Alcolismo
Maltrattamento fisico	Tossicodipendenza
Grave trascuratezza	Malattie psichiatriche
	Gravi malattie fisiche invalidanti
	Traccolli finanziari

Ciò che accomuna tutte le forme di Esperienze Sfavorevoli Infantili, e rende anche così poco differenziabili le loro conseguenze in termini di sintomi e comportamenti, è il fatto che possono produrre distorsione traumatica nei processi di attaccamento, base della futura personalità.

Cosa si intende per esperienza traumatica? Un'esperienza sopraffacente, che fa fallire le normali difese e le ordinarie strategie con cui si affrontano gli eventi esterni. Ma molto cambia se tale esperienza è acuta

¹ Traduzione italiana dell'autore del termine inglese utilizzato da Felitti: Adverse Childhood Experiences.

e puntuale e, pur destabilizzando il soggetto, non inquina il terreno in cui affonda le radici, oppure cronica e pervasiva delle relazioni che dovrebbero essere la sua base sicura. Proprio il tratto comune sopra descritto differenzia quindi le ESI considerate da Felitti da tutta un'altra serie di evenienze sfavorevoli che si possono verificare nell'infanzia, come malattie, incidenti o altro, che non hanno riflessi specifici sui processi di attaccamento.

Che accade dunque nelle ESI? Per usare una metafora fisica, mentre nel trauma acuto il soggetto reagisce all'esperienza traumatica, che immaginiamo come un corpo estraneo entrato attraverso una ferita, lavorando per l'espulsione attraverso l'equivalente di una florida reazione infiammatoria (il PTSD), nel trauma o nello stress cronici si produce l'equivalente di un ascesso, dai sintomi più insidiosi, difficile da raggiungere dalle cure e fonte continua di minaccia per la salute. Si parla in questi casi di "trauma interno all'identità", che apre la strada a un effetto pervasivo e permanente a carico dei processi di regolazione psicologici e biologici del bambino, dando luogo a reazioni più complesse e ancor più nefaste del disturbo post traumatico da stress.

I metodi di esame che attualmente possediamo e che consentono di rilevare indicatori che correlino attività cerebrale e attività mentale illuminano sulle conseguenze di tali situazioni. E' caduta ormai l'artificiosa distinzione tra danno psichico e danno fisico: cattive esperienze di cura nelle relazioni primarie, fino ad arrivare a veri e propri abusi, specie se croniche e fonte di trauma, producono danni cerebrali rilevabili (Malacrea, 2004a; Williams, 2009). Con le moderne metodiche diagnostiche si è registrata la sofferenza e la morte di milioni di neuroni in varie aree cerebrali preposte al pensiero complesso e finalizzato (corteccia prefrontale), alla integrazione della memoria (ippocampo), alla comunicazione tra gli emisferi cerebrali (corpo calloso). Alterati sono il riconoscimento delle minacce ambientali (amigdala), i mediatori del bilancio emotivo (sistemi delle catecolamine, della serotonina, degli oppioidi endogeni, della dopamina), e dei processi di attaccamento (i neuropeptidi). La disregolazione cerebrale da esperienze traumatiche infantili produce effetti registrabili anche a livello del sistema nervoso simpatico e parasimpatico (che presiede al ritmo respiratorio, al battito cardiaco, alla pressione arteriosa), del sistema endocrino (*in primis* sulla funzionalità del surrene, che produce il cortisolo endogeno essenziale nella regolazione della reazione agli agenti esterni), del sistema immunitario (che presiede alla difesa del soggetto da aggressori esogeni ed endogeni).

Sul piano psicologico ne consegue un funzionamento post traumatico tipico, con 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 prevalgono le catecolamine) o alla depressione (quando la disregolazione coinvolge il cortisolo) o alla dissociazione (conseguente alla produzione di endorfine paradossa, 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, che non può che ricavarne una più acuta autosvalutazione. Essi scattano al di fuori del controllo consapevole anche quando il pericolo non è effettivamente presente: circostanze che per altri soggetti non vittime non evocherebbero reazioni da stress, nella vittima inducono allarme e sconforto.

Il nucleo di quanto sopra è costituito da modelli operativi interiorizzati (MOI) 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.

Ne deriva una vasta gamma di esiti patologici, come depressione, ansia, somatizzazione, dissociazione, che si manifestano anche dopo mesi, anni o nell'età adulta. Va inoltre tenuto conto che quegli adulti, diventati genitori, corrono un alto rischio di trasmissione intergenerazionale del funzionamento post traumatico con il rischio di riprodurre condotte maltrattanti/abusanti.

Molte persone vittime di esperienze sfavorevoli infantili, pur non presentando gravi sintomi psicopatologici, sperimentano ugualmente difficoltà in diverse aree sociali ed interpersonali, che il più delle volte vengono sottovalutate. Frequenti sono fallimenti a livello scolastico e relazionale che li lasciano, nel mondo adulto, privi delle competenze fondamentali per affrontare adattivamente le difficoltà della vita. Spesso i bambini con esperienze di maltrattamento presentano un modello interattivo con i propri pari caratterizzato da alti livelli di aggressività, dalla carenza di atteggiamenti prosociali e di avvicinamento. In età adolescenziale e adulta questi soggetti spesso vivono relazioni di bassa qualità, anche nell'area sessuale, e hanno un concetto di sé particolarmente

distorto, caratterizzato da bassa stima di sé, dal bisogno di controllo sugli altri, da ipersensibilità ai giudizi delle altre persone, da ostilità interpersonali e dalla vulnerabilità allo sfruttamento.

5.2 Una storica ricerca di efficacia

Lo staff del Centro TIAMA² è composto da professionisti che operano da anni, e per alcuni, da decenni, nel campo delle ESI. E' da sempre fortemente caratterizzato in senso clinico e specialmente orientato a riparare, attraverso la cura, le situazioni di sofferenza dei bambini vittime di abusi e dei loro familiari. Il desiderio di, e la determinazione a, mantenere tale orientamento operativo ci ha portato a declinare l'intervento terapeutico anche in contesti che tradizionalmente venivano visti come inaccessibili per definizione all'azione di cura, come quelli autoritativi in cui venivano a trovarsi le famiglie maltrattanti che vedevano messa in discussione la potestà parentale da parte del Tribunale per i minorenni. Come è noto (Cirillo, Di Blasio, 1989; Malacrea, Vassalli, 1990) abbiamo prima sperimentato, e poi anche teorizzato, 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. 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, collocandola allo stesso esordio della valutazione delle capacità genitoriali richiesta dall'autorità giudiziaria in questi casi. E' nata così la trasformazione di tale valutazione da descrittiva/ fotografica in dinamica e costellata di interventi attivi del valutatore, mirata a rilevare soprattutto la recuperabilità delle risorse

² Il Centro TIAMA (Tutela Infanzia Adolescenza Maltrattata) opera all'interno del Gruppo La Strada con esperienza pluriennale sul territorio milanese a favore dei minori vittime di maltrattamento e abuso e delle loro famiglie. Si propone come Centro specialistico 'avanzato', che coniuga l'attività clinica di diagnosi e cura della patologia post traumatica conseguente alle esperienze di vittimizzazione nell'infanzia con l'attività di sensibilizzazione, formazione, ricerca, diffusione di 'buone prassi' nel campo dell'abuso all'infanzia (www.centrotiama.it).

familiari: tali risorse non venivano più considerate come una 'variabile indipendente' e quindi data, ma come il prodotto integrato delle caratteristiche della famiglia e delle 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 di presa d'atto dei guasti esistenti, da un lato, e delle possibilità residue, dall'altro, fosse da subito strettamente intrecciata con un'attiva presa in carico dei primi, per attenuarli, e delle seconde, 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.

L'accelerazione derivante dalla presa in carico sempre più frequente di situazioni di abuso sessuale (Malacrea, Lorenzini, 2002) ci ha portato ad affacciarci alla conoscenza del mondo interno tanto complicato della vittima e alla necessità di penetrarne e modificarne con interventi diretti il pensiero distorto. Abbiamo così rese ancor più complesse le nostre competenze di cura, dovendole adeguare, sul piano individuale, a soggetti profondamente deformati dall'esperienza traumatica subita e, sul piano relazionale, a "famiglie" che sempre meno ne comprendevano tutti i membri, diventando inevitabile la distinzione tra familiari almeno potenzialmente protettivi e familiari abusanti o alleati con gli stessi. Nel perseguire obiettivi di positivo cambiamento si imponevano dunque scelte, almeno temporali, sui soggetti più ricettivi e quindi da privilegiare nell'intervento.

Per quanto riguarda le vittime, avevamo cominciato, se non per motivi immediatamente clinici almeno per motivi connessi alla validazione del sospetto abuso, a rilevare sempre articolatamente il funzionamento psichico non soltanto attraverso indicatori sintomatici e comportamentali, ma anche con mezzi di indagine psicologica dei vissuti interni.

Inevitabilmente anche i nostri modi di curare 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 i genitori, quindi adulti, o in formati di terapia familiare utilizzando lo scambio verbale, ha dovuto cedere il passo a interventi individuali diretti ai bambini. Per accedere al pensiero e ai sentimenti di soggetti molto piccoli e/o marcati dall'abitudine al segreto e all'evitamento della presa di contatto con se stessi, come difesa per convivere con l'abuso, diventava disperante la ricerca di una comunicazione

attraverso il linguaggio consapevolmente utilizzato; si rendeva necessario quindi mediare la comunicazione con strumenti di espressione simbolica.

Per quanto riguarda gli interventi familiari, abbiamo preso atto che 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 rescissione, pure dovuta ma inevitabilmente desolante, di ogni legame del bambino. 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 va a spostare sempre più il baricentro della cura dalla coppia genitoriale ad altri sottogruppi familiari più funzionali agli obiettivi di recupero del benessere.

Ma non basta. 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 all'azione penale, obbligatoria nei casi di abuso sessuale ma presente anche in situazioni di maltrattamenti fisici e di violenza assistita (violenza domestica), sono indiscutibilmente gravide di conseguenze sul destino delle vittime e dei familiari protettivi, per la loro incisività e durata, per non parlare dell'incertezza degli esiti decisi in contesti che sempre più assomigliano a campi di battaglia. 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 a prezzo di un congelamento degli affetti tutt'altro che utile in vista di un corretto riequilibrio post-traumatico.

Ma anche altri fattori aggiungono non pochi ostacoli sulla strada della tanto desiderata "normalizzazione": le conseguenze sul piano economico e abitativo successive alla scoperta dell'abuso; gli echi sociali, specie in piccoli agglomerati; gli schieramenti inevitabili all'interno della rete parentale, che sovente provocano l'isolamento della vittima e di chi le crede.

Quanto sopra si rileva non tanto per porre in discussione accadimenti per lo più necessari e finalizzati ultimamente a costruire un assetto più adeguato e positivo della vita dei bambini abusati, ma per sottolineare come tutto ciò non possa avvenire senza provocare un lutto inevitabile, che non raramente verrà aggravato dall'innegabile imperfezione istituzionale.

5.3 Quale approccio adeguato al problema oggi?

Ecco che cosa possiamo dire di avere imparato dalla nostra esperienza di curanti e quali sono oggi i capisaldi intorno a cui ci rassicura organizzare l'intervento³.

5.3.1 In primo luogo non va perduta la confortante conferma che guarire 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 adattivo 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.

5.3.2 Ciò è possibile solo costruendo un modello di intervento complesso.

Il Rapporto su "Violenza e salute" dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (2002), nel caso specifico della violenza sui minori, orienta all'adozione di un modello "ecologico" di intervento, sia sul piano valutativo che terapeutico, ispirato al "modello ecologico" di Bronfenbrenner (1979), ripreso più recentemente e applicato all'abuso all'infanzia.

³ Si veda il sito www.centrotiama.it.

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: la stessa interazione sta alla base dei danni provocati nelle vittime dalla violenza subita. Capire in che modo questi fattori sono rapportabili alla violenza e alle sue conseguenze è uno dei passi più importanti in un approccio di salute pubblica al problema.

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 relazionali, sociali, economici, relativi alla comunità di appartenenza;
- *livello del macrosistema* o delle determinanti istituzionali e culturali.

Questo approccio fornisce una base globale e articolata di opzioni per la rilevazione e per l’intervento terapeutico (Malacrea, 2004b). E’ evidente come questo modello corrisponda pienamente alle esigenze incontrate nella pratica clinica con vittime di abuso e loro familiari, e descritte nel precedente paragrafo.

Il ‘modello ecologico’ inoltre 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; pilastri che ben si accordano con gli articolati piani dell’intervento ‘ecologico’. In altre parole, c’è la necessità di coniugare un intervento volto a mutare il sistema di 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, e che nei soggetti vittime di traumi costruisce una sorta di ‘occhiali’ del ‘mondo malevolo’; e contemporaneamente di agire per la costruzione, e la concreta esperienza da parte della vittima, di un altro ‘mondo benevolo’ realmente possibile, in cui sentirsi al sicuro da quello da cui si è fuggiti e che poggia 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, 2004a).

5.3.3 Fondamentale è mantenere un'attenzione centrata sul bambino vittima: intorno al suo "superiore interesse" deve articolarsi lo sforzo per il risanamento del suo ambito originario di vita e di relazioni, ove possibile, o la ricerca e la promozione di nuovi ambiti in cui le relazioni siano stabili, personali, intime. Ma non si tratta di lavorare 'per lui' o 'su di lui' o 'intorno a lui': è soprattutto 'con' il bambino stesso che si possono gettare le basi per il suo benessere. Ciò comporta la presenza costante di un trattamento individuale delle piccole vittime, mirato a modificare il loro funzionamento psicologico distorto, per renderle protagoniste del loro futuro.

Va anche ricordato che "il medico cura, il paziente guarisce", come dice il vecchio adagio. Rendere la vittima protagonista significa che una serie di interventi di contrasto degli esiti delle Esperienze Sfavorevoli Infantili devono tendere a rendere le vittime di queste esperienze il più possibile collaborative con chi ha le competenze di cura e attive nel riprendere controllo del proprio funzionamento psicologico e nel promuoverne la guarigione. Accanto quindi agli strumenti terapeutici è importante quanto può potenziare i processi di ontogenesi, cioè relativi allo sviluppo del sé attraverso l'autoregolazione, che comportano da parte del bambino l'attiva ricerca e produzione di meccanismi adattativi finalizzati a ottenere il buon controllo delle proprie azioni e reazioni.

5.3.4 Inoltre, come già detto nel paragrafo 1.2, nei casi di abuso tutti gli eventi sul piano microsociale, sociale, istituzionale possono innescare dinamiche la cui conseguenza è un 'effetto somma' che viene ad aggravare in modo importante il quadro dei danni primari. Dunque tali eventi incideranno anche sul percorso propriamente psicologico, amplificandone o

riducendone in modo significativo l'efficacia e imponendo di tenerne debito conto nella verifica dei risultati del trattamento. I nostri dati ci portano a concludere che l'intervento terapeutico può ottenere un vero risultato solo quando coniuga intensivamente operazioni dirette alla riparazione sia sul piano personale sia sul piano relazionale e sociale.

I concetti chiave che abbiamo individuato sono due: quello di 'riattivatore traumatico' e quello di 'finestra di plasticità', che possono ben essere considerati come due facce della stessa medaglia.

Ciò ha come conseguenza che, pur non sottovalutando un'ottica preventiva, che prudentemente cerchi di scongiurare evenienze fattuali che potrebbero avere un riverbero troppo sfavorevole sul soggetto, è saggio ammettere non solo che la maggior parte di tali evenienze non è controllabile ed evitabile ma che comunque parte di esse contengono anche un potenziale positivo. Occorre quindi 'cavalcare la tigre', cercando nelle varie vicende una prospettiva che le renda occasione, sia pur sofferta, di promozione personale.

Il primo passo è il riconoscimento dei riattivatori traumatici: è 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 minacciose, attraverso la costruzione permanente della convinzione di avere a che fare con un 'mondo malevolo'.

Ma dobbiamo spingerci oltre: tutto ciò che comporta un'alta tonalità emotiva, anche di segno positivo, e un significativo coinvolgimento relazionale può destabilizzare il soggetto dando luogo al ripristino automatico degli schemi di funzionamento post traumatico. Le piccole vittime tendono dunque a reagire con modalità post traumatiche specialmente alle esperienze che comportano intensità e prossimità dei legami, cioè circostanze in cui il soggetto traumatizzato sente aumentare la propria vulnerabilità: se ciò è comprensibile – le condizioni della vittimizzazione sono infatti la prossimità e la vulnerabilità - non può sfuggire il potenziale negativo di tale funzionamento, per il pericolo di bruciare il futuro accomunandolo indiscriminatamente al passato. Purtroppo si deve aggiungere che quanto sopra è meno presente all'attenzione dei curanti, portando talvolta a sottovalutazione dei rischi.

Sul piano operativo, se qualcosa è possibile fare anche in senso preventivo, quando la riattivazione traumatica è largamente prevedibile, come ad esempio quando il bambino vittima deve incrociare i percorsi giudiziari, o deve affrontare fallimenti noti che mettono nuovamente a

rischio la sua sicurezza e il suo benessere, quanto sopra impone a chi si cura della salute mentale dei soggetti traumatizzati soprattutto l'esigenza di concepirne la presa in carico come marcata dalla probabilità di ricadute, che vanno riconosciute senza farsi fuorviare dall'esiguità, a volte, degli spunti fattuali, e che richiedono la ripresa di cure intensive. .

Ma che fare in tutte quelle circostanze che potenzialmente re-innescano le reazioni post traumatiche, ma che possono essere considerate evenienze addirittura desiderabili? Pensiamo agli esiti giudiziari che comportano protezione e migliori prospettive future nella vita del bambino; o a nuove relazioni familiari importanti (affidamento, adozione); o a fasi di sviluppo personale fisiologici e cruciali, come la pubertà e il passaggio all'adolescenza; o alle prime prove di coinvolgimento in relazioni affettive e sessuali con pari. Come detto sopra, ogni occasione con queste caratteristiche di gravidanza può destabilizzare il bambino o ragazzo e portarlo a riprodurre le reazioni impariate durante l'esperienza traumatica, quindi può dare riattivazione.

Ci viene in soccorso a questo punto l'altro concetto chiave, quello di 'finestra di plasticità'. Ciò di cui può essere temuta la forza destabilizzante è anche una possibilità unica di riordino mentale. In quei momenti, e ne abbiamo le prove anche sul piano delle neuroscienze, le strutture cerebrali ormai sclerotizzate nelle loro connessioni preferenziali ritrovano in parte la flessibilità perduta. E' quindi il momento propizio: la tempestiva messa in campo di un intervento terapeutico mirato può commutare l'esito, facendo leva proprio sulla momentanea destabilizzazione e sul momentaneo innalzamento della temperatura emotiva per lavorare per la scelta di diverse abilità di coping, per l'elaborazione di nuovi significati, per il contenimento emotivo, per il progresso nei processi di lutto, in definitiva per il raggiungimento di un assetto di funzionamento più sano.

5.3.5 Quanto ai metodi, è ormai riconosciuta in campo internazionale la superiorità del 'multimodal approach' per fare fronte a bisogni tanto complessi.

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. 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, purché non deprimano i processi elaborativi e abbiano minimi effetti collaterali.

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.

I nostri modelli di intervento attingono sia alle teorie psicodinamiche, sia alle teorie sistemico-relazionali, sia alle teorie cognitivo-comportamentali, riorganizzate e integrate alla luce della conoscenza dei funzionamenti post traumatici. 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, che per raggiungere una effettiva integrazione ‘virtuosa’ devono essere sostenuti da un ‘pensiero’ con alto livello di coerenza.

5.4 Il processo terapeutico

La psicoterapia nell'abuso all'infanzia è dunque finalizzata in primo luogo ad agire sul sistema di significati del soggetto, 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 e ripristinando la loro capacità di integrazione, archiviazione e controllo su pensieri, ricordi, comportamenti, stati psicofisici. Sempre più fondatamente si può affermare che l'esperienza traumatica non può essere elaborata e integrata se non attraverso la rivisitazione mentale.

I metodi e le tecniche utilizzate a livello mondiale per facilitare il processo di guarigione in campo clinico sono molte e diversificate. 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., 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 (Ney, 1987; Herman, 1992; Trotter, 1995; Malacrea, 1998; Parnell, 1999) . Inoltre, finalità e sequenze sembrano valere indifferentemente quando ci si debba occupare di bambini o di adulti, nell'immediatezza dell'esperienza traumatica o a distanza di anni da essa. Ciò appare logico soltanto se ci mettiamo nella prospettiva di ammettere la qualità unica e peculiare dei funzionamenti post traumatici, anche se 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.

Per estrarre i punti fermi principali comuni nei trattamenti del trauma, fondamentale è l'idea che si tratti di un processo, che, in modo non lineare, attraversa tuttavia fasi obbligatorie.

Va notata la premessa che definisce il contratto terapeutico, i cui ingredienti, costituiti da motivazione e stabilizzazione, devono trovare un equilibrio accettabile. In altre parole, se la motivazione alla cura trova il suo propulsore nella consapevolezza di uno stato di sofferenza, è necessaria anche una base di sufficiente controllo della stessa (stabilizzazione): infatti il trattamento è a rischio di 'implosione' se c'è insufficiente spinta al cambiamento o al contrario di 'esplosione' se pesa una eccessiva labilità e criticità personale. Si può affermare che l'attenzione a queste premesse costituisce il focus d'attenzione trasversale all'intero processo terapeutico, e qualora si perda in talune fasi, impone la sospensione del 'cuore' del processo, l'elaborazione dell'esperienza traumatica, fin tanto che quel bilancio virtuoso non sia stato ripristinato.

Complementare a quanto sopra è il concetto di 'finestra di plasticità' (vedi paragrafo 1.3.4): costruendo una sinergia con la spinta determinata da eventi interni o esterni al soggetto, e proprio quando è adeguato il bilancio tra motivazione e stabilizzazione, si creano le condizioni in cui i modelli operativi pregressi ridiventano per così dire malleabili, a costituire una preziosa facilitazione del processo di cambiamento.

Va notata ancora la precocità con cui nel trattamento viene affrontata la necessità di 'guardare da vicino' l'esperienza traumatica più grave, recuperando progressivamente, a cerchi concentrici, premesse e conseguenze, nonché esperienze traumatiche secondarie.

E' doverosa infine la sottolineatura dell'attenzione a prevenire e a contrastare i riattivatori traumatici, della cui qualità, frequenza e conseguenze già si è detto nel paragrafo 1.3.4.

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 mobilitazione di processi psichici coesi e fissati, collaborando attivamente a produrre appunto 'finestre di plasticità'. L'empatia ritorna infine nel suo ruolo di humus del processo terapeutico e cessa di essere idealizzata come finalità dell'intervento.

Sul piano dei modelli teorici di riferimento e delle tecniche, oltre a quanto già sopra detto circa l'adozione di un approccio multimodale, diventa altrettanto imprescindibile mantenere una costante apertura a integrare alle tradizionali tecniche psicoterapeutiche 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 autopertuanti come quelli post traumatici
- non ultimo, il contenimento dei costi, anche in considerazione del numero sempre maggiore di situazioni che vengono riconosciute come funzionamenti post traumatici

Se nelle terapie individuali sempre più conosciuto e praticato è l'EMDR⁴ (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), come tecnica recente, efficace e mirata in tema di sindromi post traumatiche, il cui uso nei casi di abuso all'infanzia verrà approfondito nel capitolo successivo, andrebbe promossa anche la considerazione dei trattamenti di gruppo (Bertonati, 2007; Di Guglielmo, Ghezzi, Marchese, Tarzia, 2007; Iacobucci, 2007; Malacrea, 2007; Malacrea, Fontana, 2007; Pessina, Agosti, 2007), fortemente consigliati dalla letteratura sulla cura dei minori vittime di esperienze traumatiche e dei loro familiari, in quanto particolarmente efficaci, anche per creare riconoscimento e comunicazione.

5.5 Le premesse obbligatorie della cura

Fermo restando l'intenso e ampio lavoro sui livelli del modello ecologico dell'intervento che eccedono il rapporto individuale con il piccolo paziente, lavoro che costruisce intorno a lui una siepe di sicurezza indispensabile per consentire la stabilizzazione necessaria alla terapia, altrettanto intenso deve essere il lavoro a livello individuale per costruire l'altra premessa della cura, cioè la motivazione alla terapia. E' proprio su quest'ultima premessa che vogliamo soffermarci.

Come gli adulti, anche i bambini, pur maestri in 'adattamenti' talvolta davvero acrobatici alle loro difficili circostanze di vita, possono desiderare il cambiamento di sé, dei propri sintomi, delle relazioni importanti e meno importanti; d'altro canto essi temono molto il riattraversamento, pur necessario, dei ricordi e dei vissuti traumatici. Gran parte del lavoro psicologico viene dunque speso innanzitutto per condurre le piccole vittime, direi convincerle, 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.

Teniamo inoltre presente che i meccanismi di evitamento del ricordo traumatico così frequenti negli adulti, trovano nei bambini, campioni naturali nella capacità di 'distrarsi' e 'dissociare', una gamma di espressioni impressionante: 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

⁴ Per la bibliografia, si veda il capitolo successivo.

rinforzare l'impulso a segregare ricordi e vissuti traumatici nell'angolo più inaccessibile della mente.

Purtroppo, come vediamo attraverso i sintomi, che emergono a mettere ombre nel sonno, nell'alimentazione, nella salute fisica, nel controllo delle proprie funzioni fisiologiche, nell'umore, nella capacità di relazionarsi, o di compiere un proficuo lavoro intellettuale, questo impegno nella 'fuga' paga presto con un sollievo immediato, ma lascia dietro di sé una scia preoccupante di 'effetti collaterali' fastidiosi e dannosi. Di più, questo sforzo nella segregazione dei vissuti traumatici coopera con gli eventi sfavorevoli di partenza a cementare la filosofia di fondo: improntata alla solitudine, alla disistima di sé (non posso mostrarmi a nessuno, non sono amabile) e degli altri (nessuno mi potrà capire, non posso fidarmi di nessuno), alla necessità di tenere tutto sotto controllo purché sotto un pesante coperchio, al disgusto e alla vergogna, alla previsione negativa sul proprio futuro, al pensiero che niente vale davvero la pena.

Non può stupire dunque, anche se l'abbiamo imparato a nostre spese nell'esperienza clinica, che assai più che con gli adulti vittime di traumi infantili l'intervento psicologico con le piccole vittime si configuri 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 ben venga ogni suggerimento ulteriore), per poter approdare a rare situazioni ideali in cui l'elaborazione dell'esperienza traumatica diventa possibile. A quel punto bastano a volte poche sedute (specie da quando abbiamo introdotto la tecnica EMDR) per sbloccare e far virare funzionamenti che erano sembrati per mesi, a volte davvero tanti, inamovibili: e il cambiamento si vede.

Come si sa, le favole ci insegnano che le magie finiscono a mezzanotte: quindi abbiamo imparato a non spaventarci quando, raggiunto un livello di possibilità elaborativa ideale, ricompaiono, in apparenza più virulenti che mai, i meccanismi di evitamento che ben avevamo imparato a conoscere. L'esperienza positiva fatta non va perduta: e si sale, con l'andamento di una scala a chiocciola, in cui le prospettive sembrano tornare e ritornare continuamente, ma da un'altezza sempre maggiore; fuor di metafora, si percorrono e ripercorrono i soliti sentieri della mente, ma con capacità sempre maggiori di contenimento maturo e di elaborazione.

Se dovessimo attribuire in media pesi specifici percentuali a ciascuna di queste operazioni - lavoro sul contesto per stabilizzare le condizioni della terapia, lavoro di costruzione paziente della motivazione all'elaborazione terapeutica, lavoro vero e proprio di elaborazione dell'esperienza traumatica - ci orientiamo di solito a un 50, 40, 10.

Mentre il prossimo capitolo parlerà di quelle circostanze ideali e di quei momenti magici che costituiscono il 10% del nostro lavoro, torniamo in chiusura di questo capitolo alla marcia di avvicinamento, precisando che abbiamo imparato ad amarla e a curarne i dettagli convinti che le ingenti energie che spendiamo in essa sono un servizio indispensabile per i nostri piccoli pazienti e la premessa ineludibile per il cambiamento.

5.5.1 “Io e te siamo una squadra”.

Non è certo nuovo l’assunto che la mente del paziente più la mente del terapeuta sono sicuramente più forti del trauma.

Attenzione però: lavorando con i bambini il vero scoglio non è dimostrare che *il terapeuta* può entrare in squadra, costruendo la possibilità del paziente di affidarsi a lui, attraverso la conoscenza reciproca, la stima, il rapporto empatico e competente e quant’altro. Dipendere, lasciar fare, in certo qual modo anche affidarsi, sono già la regola per i bambini, che non sanno provvedere a se stessi da soli e che sono abituati a una relazione asimmetrica con l’adulto. Di più: se sono stati vittime, e quindi sviliti, annientati, resi impotenti, sporcati fino al disgusto di sé, questo atteggiamento mentale ‘passivo’ può essersi ulteriormente esasperato.

Non è facile al contrario accordarsi con il bambino sul fatto che *lui stesso* è parte fondamentale della squadra, o meglio, il vero protagonista. In anni di lavoro sul campo, la domanda di prammatica su chi dovrà essere il primo destinatario dell’informazione sul suo funzionamento psicologico (vedi il paragrafo successivo), vera cartina di tornasole dell’atteggiamento mentale di base del piccolo nei confronti della cooperazione terapeutica, non ha mai raccolto la ‘risposta giusta’, cioè “io”. Al contrario una varietà di adulti, più o meno importanti nella sua vita, vengono correntemente identificati come i legittimi depositari delle informazioni sul suo assetto psichico, e un discreto stupore accompagna la ‘scoperta’ di essere invece in prima persona il legittimo depositario della conoscenza di sé. Anche se a questo punto la nuova prospettiva gli appare logica, e può raccogliere commenti compliant o di piacevole sorpresa, dal dire al fare ce ne corre, come dice il proverbio e il concetto andrà costantemente ribadito nel corso del trattamento. Spesso dal terapeuta viene ripetuto, come una filastrocca da imparare a memoria, “sai che non posso fare niente *su di te*, né niente *per te*: sai che posso fare qualcosa soltanto.....??”, e la risposta attesa è “*con te*”.

Ma la metafora della ‘squadra’ si rivela densa di valore aggiunto e immediatamente esplicativa. Una squadra si fonda su un libero contratto; è formata per mettere insieme le forze per vincere (la squadra di calcio, come

la squadra di polizia); è sintonizzata sul raggiungimento di un comune obiettivo, per cui si lavora; in una squadra ognuno deve fare la sua parte; nella squadra non ci sono segreti; e altro ancora.

Judith Herman, senza distinzioni tra adulti e bambini, nel suo bel libro *Trauma and recovery* (1992) si dedica con dettaglio al contratto con il paziente, visto come potente antidoto al controtransfert traumatico che rischia di invadere e rendere impotente il terapeuta. Le parole chiave intorno a cui ruota tale contratto sono molto simili a quanto descritto sopra: verità, cooperazione, confini sicuri, ammissione dei limiti, flessibilità; e non possiamo che ritrovarci pienamente d'accordo.

Di più: della 'squadra terapeutica', quella che corre per l'obiettivo di "stare meglio", sono chiamati a far parte, con una consapevole designazione che inizia dalla prima seduta, tutti quelli che possono aiutare a 'vincere'. E' sempre molto istruttivo osservare chi il bambino ritiene di inserire nella 'squadra': a volte in aggiunta ai personaggi indispensabili, che oltre alla diade terapeuta-paziente comprendono i caregiver, siano essi genitori o meno, vengono citate altre persone che nella mente del bambino hanno funzioni importanti non scontate per gli adulti.

Quanto agli 'aiutanti' principali (i caregiver), il loro coinvolgimento è ampio, prolungato, flessibile. L'"aiutante" è innanzitutto presente prima e dopo la seduta. Prima, per dare informazioni importanti del tempo intercorso tra una seduta e l'altra, quasi sempre sottaciute dal bambino, che 'dimentica' spesso proprio ciò che è stato toccante, emotivamente coinvolgente, o ha portato allo scoperto nodi dolenti, perché deliberatamente si tutela dal dolore dissociando fatti e sentimenti, cause ed effetti. Dopo, in quanto è il garante che 'compiti' assegnati in seduta o produzioni importanti e significative avvenute nella stessa non vadano perdute sotto il peso dello stile dissociativo, e che quindi la terapia possa essere un percorso e non una 'tela di Penelope'. Ma ci possono essere fasi in cui in tutte le sedute l'"aiutante" è presente in modo più o meno attivo: essenzialmente come testimone partecipante, come colui che 'sa' e che valida e comprende il funzionamento apparentemente bizzarro del bambino, colui che sostiene a volte perfino supplendo ma sempre rassicurando la vittima che ha in sé il potenziale per farcela.

D'altro canto, all'insegna della flessibilità, ci sono fasi in cui l'"aiutante" deve fare un passo indietro ("si mette in panchina", per usare l'espressione dei nostri pazienti). Sono i momenti in cui la vittima sente di dover affrontare fatti, sentimenti, comportamenti, subiti o agiti, che gli generano una più forte disistima di sé e vergogna. Mostrarsi così 'indegno' al caregiver può essere intollerabile, e può indurre a mettere in campo

irrigidimenti difensivi tutt'altro che proficui e che ritarderebbero il processo terapeutico. Scattano a quel punto quelli che abbiamo definito 'allenamenti individuali', per non abbandonare né la metafora né il concetto della 'squadra'. Come si vede, paradossalmente l' 'aiutante' è in primo piano nella 'marcia di avvicinamento' e torna talvolta tra le quinte nel momento della elaborazione terapeutica.

Il tutto veicola un forte messaggio, carico di discrezione e rispetto, le cui parole potrebbero essere: "ora sei al sicuro, ed è proprio il momento giusto perché tu faccia ciò che solo tu puoi fare, cioè mettere mano ai tuoi problemi".

Come si deduce, una volta costituita, la 'squadra' è solidale in tutto il percorso terapeutico, ciascuno nel suo ruolo; condivide le informazioni; consente senza scosse e sorprese di avvalersi di 'collaborazioni esterne' alla coppia terapeuta-paziente in ogni necessità e in ogni declinazione del 'multimodal approach'.

Tornando più specificamente alla relazione terapeuta-bambino, 'essere in squadra' consente fin dal primo incontro di parlarsi chiaro, di esplicitare le informazioni pregresse comunque raccolte e che a volte neppure il bambino conosce nella sua interezza, di definire gli obiettivi, di fare l'elenco dei problemi da risolvere, di chiarire i metodi che verranno adottati (per esempio, la tecnica EMDR viene proposta come una possibilità di 'accelerazione' fin dal primo incontro) e molto altro: in una parola, consente di responsabilizzare il bambino nel suo percorso terapeutico.

Si apre qui un'area dolente. E' 'giusto' chiamare il bambino a portare, almeno in parte, sulle sue deboli spalle il peso del processo 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.

5.5.2 “Lo sai come funzioni?”

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. Ciò nonostante, 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.

Nel quadro della cooperazione terapeutica il punto di arrivo, e il vero scopo, della valutazione psicodiagnostica è la restituzione al piccolo paziente, che deve contenere, pur nel dettaglio unico e specifico del singolo individuo, alcuni ‘messaggi forti e chiari’, trasversali e interconnessi: che sono tanto più forti e tanto più chiari quanto più si ancorano davvero al nostro pensiero e alla nostra esperienza clinica e sono legati insieme dal serio rispetto del bambino come interlocutore capace di capire e in diritto di farlo.

Il primo messaggio si potrebbe esprimere con le parole: “nessuno stupore, me ne intendo, ne ho visti altri come te”. Ciò rinforza la speranza che la ‘squadra’ fatta dal terapeuta e dalla vittima ce la possa fare: non solo sulla base di affermazioni incoraggianti, ma forse gratuite, del terapeuta (ricordiamo che la dura scuola a cui sono cresciute le vittime rende loro ben difficile fidarsi), ma avendone le ‘prove’, attraverso la puntigliosità dell’analisi del materiale psicodiagnostico, condivisa accuratamente con il piccolo paziente.

Un secondo messaggio, pure confortante, è: “non sei l’unico”. Da qui al “non sei solo” il passo è breve: e anche questo fa bene al cuore di chi pensava di doversi celare al mondo, unico nella sua mostruosità. Si aprono le porte di una pesante prigione mentale, nasce la consapevolezza che c’è una folla vicino a me, di cui ignoravo l’esistenza. E quindi la domanda “perché a me?” non può più essere liquidata ripiegando sulla propria difettosità. Sappiamo quanto quella domanda sia pericolosa: sia che si cerchi una risposta fuori di sé (la ‘cattiva stella’, “sono sfortunato”), o nella disfunzione delle proprie relazioni di attaccamento (“nessuno mi bada, non sono importante”), o in se stessi (“ho qualcosa di sbagliato”), 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.

Se non sono né l'unico né solo, forse sono altri i ragionamenti che mi possono portare a una realistica risposta alla domanda sul 'perché a me?'. In aggiunta, nasce il pensiero che c'è una possibilità di confronto senza vergogna, di risonanza senza paura: l'esperienza dei gruppi di bambine e bambini abusati sessualmente che abbiamo condotto ci hanno mostrato tutta la forza risanante di questa nuova visione delle cose.

Un terzo messaggio 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 nella sua specificità anche di metodi, 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, sia per il riconoscimento delle situazioni di violenza sia per giudicare con oggettività gli esiti della terapia.

L'esperienza ci ha portato attualmente ad adottare 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 interni⁵.

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

⁵ Per maggiori approfondimenti, si veda il sito www.centrotiama.it.

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 abusati

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 marker 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 traumatico. 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 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 tradizionalmente impiegati dal nostro staff, 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.

5.5.3 *“Posso insegnarti a conoscerti e a prenderti cura di te”*

Oggi non sapremmo più rinunciare a una serie di strumenti cognitivi che abbiamo nel tempo costruito per dare seguito pratico all’affermazione di cui sopra, e che sono venuti nel tempo ad integrare consistentemente i tradizionali strumenti da noi prima utilizzati, basati sul colloquio e sul materiale proiettivo (disegno, gioco). La storia di questi strumenti è fatta di creazioni estemporanee e/o di ricerche in letteratura mirate a risolvere situazioni cliniche reali e contingenti. Ma l’esito è ora un cambiamento stabile del nostro generale approccio psicologico.

Se dovessimo definire il comune denominatore di tale cambiamento dovremmo parlare di due aspetti. Se ci mettiamo dal punto di osservazione del terapeuta, dobbiamo sottolineare l’umiltà di accettare che a volte questioni troppo roventi non possano essere affrontate di petto, se non quando si creino le condizioni ideali per poterlo fare (il famoso 10%); più spesso, e forse molto più spesso, dobbiamo adottare il metodo di Perseo, che combatteva Medusa guardandola attraverso uno specchio. Se ci mettiamo dal punto di osservazione del paziente, abbiamo capito e

riconosciuto giusto che il problema più importante per una vittima è riprendere controllo sulla sua vita e sui suoi funzionamenti resi deformati dal trauma, riacquistando fiducia nella propria capacità di autoguarigione. E per riprendere controllo bisogna non solo procedere al proprio ritmo, ma anche essere sicuri di avere in mano l'attrezzatura giusta. 'Specchi' e 'sussidi' che per il terapeuta è importante fornire e favorire, perché fanno parte integrante della sua funzione di aiuto ai processi di ontogenesi (vedi il paragrafo 1.3.3) e prepareranno il terreno ai passaggi terapeutici decisivi.

La cosa importante è che tutto ciò non comporti 'cambiare discorso', interrompere il lavoro di elaborazione, ma che si continui a condurlo attraverso sistemi indiretti che possono abbassare la temperatura emotiva e sedare il dolore, o il temuto dolore, senza perdere di vista l'obiettivo: piazzole di sosta e ristoro senza uscire dall'autostrada.

Quindi si continua a parlare con il piccolo paziente del suo funzionamento psicologico, delle 'buone ragioni' dello stesso e del possibile cambiamento: ma attraverso schemi generalizzabili, applicabili anche ad altri, attraverso le azioni di personaggi delle favole, attraverso momenti di 'istruzione' che mirano a dotarsi degli strumenti di base necessari a maneggiare contenuti così complessi ed emotivamente coinvolgenti. Attenzione però: questi apporti cognitivi lungi dal mettere a tacere il cuore, ne rallentano i battiti ma danno ad essi, per così dire, più tono e una frequenza più regolare, cambiando, e molto, il vissuto di stigmatizzazione, di solitudine, di deformità, di vergogna: un prezioso effetto collaterale sul piano emotivo.

Anche qui abbiamo trovato una immagine che potesse fare da titolo unificante a tutta questa attività e che parlasse al bambino una lingua a lui nota, che crea assonanze con il lavoro scolastico: "facciamo le schede". Proviamo ora a descrivere qualcuna di esse, dividendole in due macrocategorie.

La prima contiene strumenti che esplicitamente parlano al bambino di lui stesso, sia pure in quei termini sopra descritti.

Il principale è un libretto dal titolo "Parliamo di te" (in versione per bambini e per adolescenti, quest'ultimo utilissimo anche con gli adulti), che descrive in modo semplice e corredato da rimandi ai personaggi dei cartoni animati le caratteristiche dei funzionamenti post traumatici e le modalità di 'coping'. Di tale strumento fa parte una storia inventata ("La stessa storia?") che paragonando le opposte reazioni di due ipotetici bambini allo stesso evento sfavorevole illustra praticamente modi e conseguenze dei diversi stili di 'coping'. L'ultima sezione (anche questa talvolta utilizzata separatamente) fornisce una griglia disegnata che aiuti il piccolo a

riconoscere cosa fa per lui da riattivatore traumatico e a ragionare su cosa, in quei frangenti, possa farlo sentire di nuovo al sicuro.

Altri strumenti sono ancora più direttamente ancorati allo specifico dell'esperienza traumatica vissuta dal bambino: pensiamo ad esempio al Libro CASCo (acronimo per Cognizioni, Affetti, Sensazioni, Comportamenti) che mira, attraverso disegni prestampati in cui inserire notazioni, ad aiutare la piccola vittima a tenere insieme quanto è di solito sua abitudine dissociare, e cioè quello che, pensando alla esperienza traumatica, gli accade a livello della mente, del cuore, del corpo e dell'azione.

In altre occasioni si utilizzano 'schede' meno articolate, ma fortemente stimolanti, come quella ad esempio che focalizza sulla differenza a volte notevole tra come la vittima si sente dentro e come si mostra fuori e, in una versione più complessa, su quali condizioni le permettano di aprire una porta di comunicazione tra quel 'dentro' e quel 'fuori'.

La seconda macrocategoria assomma strumenti che in modo indiretto parlano al bambino della sua esperienza passata e dei funzionamenti psicologici attuali.

A volte si tratta, con l'aiuto di schede scritte, di imparare a dare un nome alle proprie emozioni, a lungo coartate, arricchendo il proprio vocabolario, ma soprattutto indirettamente concedendo la giusta importanza a ciò che a volte sembra penalizzato da un penoso analfabetismo.

Soprattutto si attinge a un nutrito gruppo di favole, già completamente definite nella narrazione o con parti da completare a scelta del bambino, che hanno come protagonisti animali o personaggi umani, più o meno fantastici. Ciascuna di esse mette a tema questioni cruciali: la sessualizzazione traumatica, la rabbia, la dissociazione e il congelamento post traumatico con i loro correlati di vergogna, colpa, stigmatizzazione, disistima di sé, da un lato; dall'altro, la forza del gruppo, la fiducia, la capacità di chiedere aiuto, la capacità di proteggersi, la possibilità di guarire e altro ancora. Ciascuna contiene una 'morale' implicita, non imposta ma che emerge nel momento in cui il bambino è chiamato a riconoscersi nel protagonista e a dettagliare somiglianze e differenze con lo stesso.

Va infine ricordato che questa già ricca 'cassetta degli attrezzi' non cessa di implementarsi, sulla spinta dell'esperienza clinica o degli spunti utili ricavabili dalla letteratura, chiedendo ai terapeuti uno sforzo creativo, certo faticoso ma anche gratificante e motivante.