

Abuso all'infanzia: il panorama degli interventi terapeutici

di *Marinella Malacrea**

Dopo una introduzione che ripercorre le concettualizzazioni teoriche che hanno definito le differenti forme di traumatizzazione infantile, l'autrice descrive i presupposti teorici e metodologici che guidano nella pratica clinica gli interventi terapeutici nei casi di abuso all'infanzia. Viene, infine, fatta una descrizione delle principali linee guida sul trattamento dei bambini abusati e una disamina sull'attitudine dei professionisti ad utilizzare metodi evidence based.

Parole chiave: abuso all'infanzia, interventi terapeutici, linee guida, metodi evidence based.

1. Come eravamo

Dopo un periodo (anni '60-'80) in cui il fenomeno dei maltrattamenti all'infanzia è progressivamente emerso sia nel suo aspetto di preoccupante fonte di malessere psichico sia nel suo aspetto di male sociale da prevenire, sanzionare, riparare, negli anni '90 si è precisata e sistematizzata l'attenzione alle specifiche forme di traumatizzazione infantile.

Ecco solo le sintesi più macroscopiche di questo orientamento:

1. Gli studi del gruppo che fa capo a Felitti e Anda, dalla prima pubblicazione del 1998¹ sull'*American Journal of Preventive Medicine*, alla recente

* Neuropsichiatra infantile, psicoterapeuta.

Una trattazione più estesa del tema si può trovare sul sito www.cismai.it nella sezione Commissioni, come aggiornamenti bibliografici relativi alla Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia, ai capitoli Orientamenti del professionista e Terapia.

1. V.J. Felitti, R.F. Anda, D. Norderberg *et al.*, "The Relationship Of Adult Health Status To Childhood Abuse And Household Dysfunction", *American Journal of Preventive Medicine*, 1998, n. 14, pp. 245-258.

sintesi del 2010². L'ipotesi di cause 'ambientali' infantili sottostanti importanti patologie organiche dell'adulto, di grande costo per la salute pubblica, è stata verificata nel primo studio su più di 17000 pazienti volontari. Ne è derivata l'individuazione del *gruppo Ace*³ (Adverse Childhood Experiences, acronimo Esi in italiano, per Esperienze Sfavorevoli Infantili), connesso a precise sequele nell'organizzazione del funzionamento psicologico e fisiologico della vittima, con l'inclusione di particolari forme di esperienze sfavorevoli infantili e l'esclusione di altre.

2. Il *Rapporto su Violenza e Salute* dell'Oms⁴ nel 2002, che a partire dalle affermazioni che "la violenza è un primario e crescente problema di salute pubblica nel mondo intero... (richiamando la Risoluzione del 1996)... con serie conseguenze – sia a breve che a lungo termine – per individui, famiglie, comunità e Paesi", concentrava l'attenzione su "i tipi di violenza che sono presenti in tutto il mondo, nella vita di ogni giorno della gente e che costituiscono la massa del carico sanitario imposto dalla violenza". Nei sette capitoli di approfondimento sono state individuate sette tipologie di esperienze violente, di cui tre coincidenti con quelle incluse nel gruppo Ace da Felitti (abuso e trascuratezza nell'infanzia da parte di genitori e datori di cure; violenza tra partner intimi; violenza sessuale).

Parallelamente il confronto sugli interventi di cura prendeva in considerazione la necessità di affrontare temi peculiari connessi alla specifica tipologia di esperienza traumatica e ai suoi riverberi su più piani. Uno schema in questo senso veniva dal *modello ecologico dell'intervento*, indicato dal già citato Rapporto su Violenza e Salute dell'Oms, che raccomandava di integrare interventi individuali, di microsistema (la famiglia) di esosistema (la community) e di macrosistema (politiche, organizzazioni, norme, culture).

Molte le concettualizzazioni ancora oggi di grande attualità. Sul piano individuale pensiamo ai vissuti traumagenici descritti da Finkelhor⁵ negli anni '80; su quello familiare pensiamo tra i tanti a Friedrich e al suo libro *Psychotherapy of Sexually Abused Children and Their Families*⁶, del 1990, e a Perrone e Nannini con il loro volume *Violence et abus sexuels dans la famille*⁷ del 1995. Infine sul piano di esosistema e macrosistema pensiamo al complesso incrocio tra area clinica e giudiziaria, che tanto ha infiammato il

2. V.J. Felitti, R.F. Anda, "The relationship of adverse childhood experiences to adult medical disease, psychiatric disorders and sexual behavior: implications for healthcare", in R.A. Lanius, E. Vermetten, C. Pain (Eds.), *The Impact Of Early Life Trauma On Health And Disease. The Hidden Epidemic*, Cambridge University Press, Cambridge 2010.

3. Continui aggiornamenti si possono trovare sul sito dell'Ace Study (www.acestudy.org).

4. World Health Organization, *Rapporto su violenza e salute*, Geneva 2002.

5. D. Finkelhor, A. Browne, "The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization". In *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 55, n. 4, 1985, pp. 530-541.

6. W. Friedrich, *Psychotherapy of Sexually Abused Children and Their Family*, Norton & C., New York 1990.

7. R. Perrone, M. Nannini, *Violence et abus sexuels dans la famille*, ESF, Paris 1995.

confronto tra professionisti negli anni '90 specie sull'abuso sessuale infantile: confronto ampiamente ripreso nella prima stesura della 'Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia' e nel connesso libro di Malacrea e Lorenzini *Bambini abusati. Linee guida nel dibattito internazionale*⁸ del 2002.

Da una ricerca bibliografica che scremava meticolosamente quanto prodotto negli anni '90 sul tema specifico della terapia nell'abuso sessuale all'infanzia, e da una esperienza clinica allineata a quella dei numerosi autori vagliati, nasceva *Trauma e riparazione. La cura nell'abuso sessuale all'infanzia*⁹.

L'intervento descritto, che si può definire multimodale a più livelli, considerava in un intreccio complesso:

- ciascuna delle aree d'attenzione indicate dal modello ecologico dell'intervento, già citato;
- ciascuna delle fasi temporali attraversate dal momento dell'emergere dell'esperienza traumatica;
- i possibili strumenti tecnici flessibilmente utilizzabili per comporre una 'cassetta degli attrezzi' in continua evoluzione.

In modo processuale del tutto analogo e altrettanto specifico si orientavano fino alla fine degli anni '90 anche i clinici che si prendevano cura delle vittime diventate adulte, costruendo infine un patrimonio singolarmente coeso e sintonizzato di quelli che potremmo definire gli 'ingredienti essenziali' per ottenere buoni risultati terapeutici.

2. Oggi

Relativamente ai punti di interesse nella comunità scientifica, è emerso un quadro che dà l'impressione di un cambiamento sensibile rispetto al pur recente passato.

Tre aspetti emergenti sembrano aver marcato nell'ultimo decennio il campo della cura introducendo accenti significativamente diversi:

1. l'attenzione crescente alla patologia post traumatica riscontrata negli *adulti* vittime nell'infanzia. Dal bagaglio di conoscenze sul 'bambino dentro' di quegli adulti, che molti strumenti in più hanno per esprimerlo e descriverlo, pare scontato poter inferire gli stati della mente dei bambini che stanno subendo ora situazioni traumatiche o le hanno subite recentemente. Il risultato, per quanto riguarda la cura dei bambini, dovrebbe essere per i terapeuti una 'freccia in più al proprio arco' per 'leggere in filigrana' disagi com-

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

9. M. Malacrea, *Trauma e riparazione. La cura nell'abuso sessuale all'infanzia*, Cortina, Milano 1998.

plexi e multiformi dei bambini, nonché per prevedere quali conseguenze a lungo termine potrebbero verificarsi se la cura non arrivasse a elaborare specifiche distorsioni del funzionamento psichico indotte dall'esperienza traumatica (pensiamo in particolare all'irrigidirsi di difese dissociative).

Il rischio è di sovrapporre troppo piattamente il funzionamento post traumatico dell'adulto e del bambino, senza verificare a fondo le possibili differenze;

2. l'interesse e il crescente bagaglio di conoscenze sulla *neurobiologia* del trauma (neuroimaging, mediatori chimici), bagaglio non univoco e in rapida evoluzione. È innegabile il contributo di questi studi alla conferma del fatto che 'i traumi fanno male' e sono alla base di una grande maggioranza di disagi psichici e fisici. Certamente il Dsm-5¹⁰ è l'esito più clamoroso della mole di evidenze derivate da questi studi, non soltanto per quanto riguarda il rilievo specifico ottenuto dai Disturbi Correlati a Eventi Traumatici e Stressanti (tra cui la Sindrome da Stress Post Traumatico, individuato ora come a sé stante e non solo come variante delle sindromi ansiose), ma anche la citazione di esperienze sfavorevoli infantili (Ace) nella eziologia di 32 nuove sindromi non comprese nei disturbi post traumatici. Altro vantaggio è la possibilità di generalizzare le basi neurobiologiche di una grande quantità di comportamenti e sintomi, prima parcellizzati in categorie nosografiche descrittive di dubbia utilità dal punto di vista della scelta dell'intervento terapeutico.

Un possibile rischio è lasciarsi prendere la mano da queste affascinanti chiavi di lettura generali, che semplificano in poche dinamiche neurobiologiche gli esiti del trauma, perdendo di vista il dettaglio e la specificità necessari per costruire un intervento terapeutico centrato sul paziente. Disregolazione dell'arousal emotivo e sensoriale, difese dissociative, restrizione della 'finestra di tolleranza', aumento patologico dei mediatori corticosteroidi dello stress e altro sono ottimi target da modificare e punti cardinali per la comprensione del funzionamento psichico; ma possono distogliere l'attenzione dalla mappa specifica di ricordi, cognizioni, emozioni, sensazioni, dinamiche relazionali che si iscrive in quei punti cardinali: e creare l'illusione, smentita dalla pratica clinica, che se ne possa prescindere;

3. l'obbligo etico di curare le patologie post traumatiche, anche per prevenire esiti temibili a medio e lungo termine, dovendole riconoscere in una popolazione sempre più numerosa. Ne deriva il problema di trovare *cure 'sostenibili'* (per il paziente e per chi deve assumerne l'onere economico) e di *comprovata efficacia/efficienza (evidence based)*. Ancora troppo fresco e del resto nella pratica clinica non ancora alle spalle, pesa il 'peccato originale' della psicoanalisi e del secolo intercorso tra l'abbandono nel

10. American Psychiatric Association, *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (Dsm-5®)*, Cortina, Milano 2014.

1897 della precedente convinzione di Freud che traumi reali sottostessero a patologie multiple psichiche, e la riscoperta di Kempe della 'battered child syndrome' nel 1962 con tutto quel che ne è seguito. Si tratta di uno sforzo lodevole se l'esito che ci attendiamo è quello di forzare la resistenza dei clinici ad adottare questo punto di vista nell'affrontare le patologie e di fornire loro linee guida convincenti.

Comporta tuttavia il rischio di irrigidire un processo interpersonale, per definizione flessibile e pieno di componenti non misurabili e quantificabili, come è un percorso terapeutico, nella ricerca di protocolli evidence based e possibilmente brevi, e anche di restringere il campo a cui applicare l'intervento terapeutico, per garantire la verificabilità degli esiti da misurare. Così si può regredire dall'obiettivo della cura di un complesso funzionamento post traumatico a quello di maneggiarne i sintomi più vistosi (ma non sempre i più pericolosi sul piano evolutivo), come quelli tipici del Ptsd (arousal, intrusione, evitamento). Oppure si restringe l'intervento terapeutico all'elaborazione degli eventi traumatici più netti e presenti alla memoria, trascurando l'effetto corrosivo profondo di altri traumi con la t minuscola o traumi dell'attaccamento che spesso hanno minato la possibilità di affrontare il trauma con la T maiuscola con maggiore resilienza. Oppure si finisce per trascurare le circostanze individuali che possono aver generato sintomi apparentemente identici in popolazioni cliniche diversissime (essere vittima di un uragano è paragonabile all'essere vittima di abuso sessuale da parte del padre, anche se sintomi di Ptsd si verificano in ambedue i casi?) dando l'impressione di mirare all'antibiotico ad ampio spettro, piuttosto illusorio in campo psicologico.

Ancora: si rischia un andamento 'dissociativo' tra il continuo prodursi e proporsi di nuovi metodi terapeutici spesso in combinazioni articolate, che ha come base proprio la constatazione di quanto è lungo e difficile curare i soggetti traumatizzati, specie quelli da Ptsd complesso (così ben descritti da Herman¹¹ già nel 1992); e la proposta come evidence based solo di protocolli di intervento di due o tre mesi in netta contrapposizione con il fermento precedente. Da ultimo, nel mirare a interventi brevi e delimitati si può perdere l'attenzione all'integrazione tra la cura degli esiti post traumatici e la cura del percorso evolutivo, imprescindibile se i pazienti sono bambini. Il benessere successivo dipenderà in larga misura da tale integrazione, a variabili multiple e da promuovere in un tempo necessariamente non breve.

Il risultato globale di quanto sopra è in primo luogo la *grande crescita in estensione* del panorama delle esperienze traumatiche. Si veda a questo proposito sia lo scritto di Felitti e Anda del 2010, con dati numerici impressionanti circa la diffusione delle Ace e delle loro ormai documentate conseguenze sulla salute fisica e psichica, con relativi costi sociali; sia il documento

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

del 2013 dell'Oms sulle linee guida per la cura mentale di adulti e bambini esposti a esperienze di trauma e perdita di ogni genere¹², definite evenienze comuni nella vita e bisognose di cure sia a livello primario (i primi destinatari del documento sono i medici di base) che specialistico.

Il secondo risultato è l'urgenza di *semplificare e generalizzare* il quadro circa il riconoscimento, la comprensione valutativa e la cura almeno di primo impatto delle patologie connesse a esperienze traumatiche, a partire dall'esigenza di confrontarsi con evenienze molto diffuse rispetto alle quali è facilitante trovare un numero ridotto di denominatori comuni patogenetici.

Sempre più anche nella letteratura specialistica *ci si occupa di 'trauma'*, a stento distinguendo tra acuto e cronico o complesso, tra adulti e bambini, tra le più svariate origini. La classificazione delle Ace continuamente aggiornata dal gruppo di Felitti, pur ancora precisa, sembra aver perso la sua centralità, stemperandosi, nei gruppi clinici oggetto di ricerca e pubblicazioni, in un mix variegato di esperienze traumatiche che non permettono approfondite differenziazioni delle dinamiche psicologiche e delle scelte terapeutiche conseguenti.

In terzo luogo, *l'esigenza di 'provare'* che l'esperienza traumatica è avvenuta, specie in giustizia, si è drasticamente ridotta. Le ricerche epidemiologiche non lasciano margini di dubbio sulla grande diffusione di abusi sessuali e maltrattamenti di ogni genere nell'infanzia. E anche se la tutela nella situazione che viene alla luce in tempo reale continua a impegnare forze in campo, pesa la presa d'atto che la stragrande maggioranza, se verrà alla luce, lo farà tardivamente, attraverso sintomi, anche con ricordi e racconti frammentati e dissociati, fuori portata ormai da possibili interventi di tutela o giustizia: una emergenza sanitaria che la giustizia può contribuire ad arginare in ben piccola parte.

3. Il ponte tra ricerca e pratica clinica

Se questo è 'il vento che tira', chiediamoci *qual è oggi l'attitudine dei professionisti* che si occupano di abuso all'infanzia nei confronti degli interventi di cura che sono chiamati a svolgere e alle complessità e alle sfide che incontrano in questa loro attività.

3.1. Le Linee guida

L'*Aacap* (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) nel 2010 pubblica sul suo Journal le linee guida per la valutazione e il trattamento

12. World Health Organization, *Guidelines on conditions specifically related to stress*, Geneva 2013.

dei bambini con Ptsd¹³. Il testo è notevole, e pone una grande distanza da precedenti¹⁴ e successive¹⁵ linee guida della stessa associazione in materia di bambini vittime di abusi e maltrattamenti, prudentemente orientate all'accertamento di effettive esperienze traumatiche come l'abuso sessuale operando in una 'zona limite' tra clinico e giudiziario.

Lo caratterizza una *forte impronta clinica*.

Parte dalla revisione sistematica delle pubblicazioni in merito e affronta in premessa la definizione dei presupposti di partenza sulla diagnosi, sulla connessione probabile con reali eventi traumatici, sugli indicatori, sulla epidemiologia. Seguono 11 raccomandazioni, ciascuna puntigliosamente qualificata come: Minimal Standard (MS), quando si tratta di affermazioni rigorosamente controllate e applicabili a quasi tutti i casi; Clinical Guidance (CG) quando le affermazioni non sono altrettanto rigorosamente controllate ma per l'esperienza clinica hanno forte affidabilità e risultano applicabili ai tre quarti dei casi; Option (OP) quando si tratta di indicazioni in via di conferma sul piano sperimentale e/o clinico, e comunque accettabili; Not Endorsed (NE) quando si tratta di pratiche inefficaci o addirittura controindicate.

Riportiamo per esteso le *raccomandazioni*:

1. La valutazione psichiatrica dei bambini e degli adolescenti dovrebbe routinariamente includere domande circa esperienze traumatiche e sintomi di Ptsd (MS).
2. Se lo screening indica significativi sintomi di Ptsd, il clinico dovrebbe condurre una formale valutazione per determinare se è presente Ptsd, la gravità di quei sintomi, e il grado di danno funzionale. I genitori o altri caregiver dovrebbero essere inclusi in questa valutazione ogni volta che è possibile (MS).
3. La valutazione psichiatrica dovrebbe considerare la diagnosi differenziale con altri disturbi psichiatrici e con condizioni fisiche che possono sembrare Ptsd (MS).
4. La pianificazione del trattamento dovrebbe considerare un globale approccio terapeutico che includa la considerazione della gravità dei sintomi di Ptsd del bambino e del grado di danno funzionale connesso (MS).
5. La pianificazione del trattamento dovrebbe integrare appropriati interventi per disturbi psichiatrici compresenti (comorbidità) (MS).

13. AACAP, "Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with Posttraumatic Stress Disorder", *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 49, n. 4, 2010, pp. 414-430.

14. AACAP, "Practice Parameters for the Forensic Evaluation of Children and Adolescents Who May Have Been Physically or Sexually Abused", *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, n. 36, 1997, pp. 423-442.

15. AACAP, "Practice Parameter for Child and Adolescent Forensic Evaluations", *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 50, n. 12, 2011, pp. 1299-1312.

6. Le psicoterapie focalizzate sul trauma dovrebbero essere considerate trattamenti di prima scelta per bambini e adolescenti con Ptsd (MS).
7. Gli antidepressivi Ssri (selective serotonin reuptake inhibitors) possono essere considerati per il trattamento di bambini e adolescenti con Ptsd (OP).
8. Altri farmaci diversi dagli Ssri possono essere considerati per bambini e adolescenti con Ptsd (OP).
9. La pianificazione del trattamento può considerare l'esigenza di adeguamenti del setting scolastico e della didattica (CG).
10. L'uso di terapie costrittive tipo 'rebirthing' o 'holding' o di altre tecniche che legano, costringono, privano di cibo e acqua, o sono altrimenti coercitive è sconsigliato (NE).
11. Dopo eventi traumatici che coinvolgono un significativo numero di bambini dovrebbe essere condotto uno screening a scuola o in altri ambiti di vita quotidiana per la rilevazione di sintomi di Ptsd e di fattori di rischio (CG).

I contenuti trattati in ogni raccomandazione trasmettono sul piano valutativo *il forte messaggio* della frequenza delle situazioni di trauma infantile e del dovere dei professionisti di considerare questa possibilità prima di ricorrere ad altre diagnosi. Sul piano del trattamento il messaggio è il forte sbilancio tra terapie psicologiche, e specificamente dirette al trauma, considerate MS, e gli interventi farmacologici, considerati complementari al bisogno e opzionali (OP).

Nell'agosto 2013 l'Organizzazione Mondiale della sanità ha diffuso le *Linee Guida per la gestione delle condizioni specificamente correlate a stress* (Guidelines for the Management of Conditions Specifically Related to Stress). Si tratta di un documento diretto agli operatori sanitari e fa parte di un programma cominciato nel 2008, il "Mental Health Global Action Programme (mhGAP) che vuole dare indicazioni circa patologie mentali, neurologiche, da dipendenza a medici e infermieri che possono offrire primo soccorso.

L'estensione alle condizioni correlate allo stress deriva dalla constatazione che eventi traumatici e perdite sono comuni nella vita delle persone. In un precedente studio del Who su 21 Stati, più del 10% di chi ha risposto ha riportato eventi traumatici (aver assistito a violenza nel 21,8%, di aver vissuto violenza interpersonale nel 18,8%, incidenti nel 17,7%, guerra nel 16,2%, trauma a una persona amata nel 12,5%). Il 3,6% della popolazione mondiale aveva sofferto di Ptsd nell'anno precedente allo studio.

Oltre al primo soccorso psicologico, alla gestione dello stress, all'aiuto a identificare e rafforzare positivi metodi di coping e al supporto sociale, vengono incluse indicazioni di trattamenti veri e propri, per aiutare le persone a ridurre le intrusioni di materiale traumatico.

La maggioranza delle raccomandazioni è relativa al trauma acuto, ma ci sono anche le raccomandazioni (dalla 14 alla 17) relative al Ptsd, prodotto quindi di esperienze traumatiche più lontane nel tempo. Esse affermano l'utilità della Terapia cognitivo comportamentale focalizzata sul trauma, e

dell'Emdr (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), sia per adulti sia per bambini e adolescenti.

C'è anche una netta contrarietà all'uso di psicofarmaci nelle situazioni di trauma. Viene sconsigliato l'uso delle benzodiazepine subito dopo l'evento traumatico (trauma acuto), in quanto possono rallentare il tempo di guarigione. E nel Ptsd viene sconsigliato l'utilizzo in ogni caso di antidepressivi per bambini e adolescenti, mentre per gli adulti sono ammessi solo se le precedenti terapie non hanno dato risultati.

Vale la pena anche di guardare da vicino le citate *Linee guida sulla valutazione forense dell'Aacap* (Practice Parameters for Child and Adolescent Forensic Evaluations). Con l'obiettivo di differenziare attentamente compiti clinici e forensi dei medesimi professionisti, dà utili indicazioni e definizioni, innanzitutto sui ruoli. Nelle prime pagine troviamo: "il termine 'valutatore forense' verrà usato per indicare uno psichiatra dell'infanzia e dell'adolescenza, o ogni altro professionista della salute mentale, che conduca una valutazione allo scopo di risolvere una disputa legale, *invece che* per il trattamento". Anche se non c'è quindi una relazione terapeutica con il soggetto valutato e ci sono chiari limiti alla confidenzialità, tuttavia il valutatore forense deve essere anche consapevole degli interventi terapeutici indicati e possibili.

Gli ambiti in cui può essere richiesto questo ruolo al professionista sono: l'affidamento dei figli nei divorzi, gli autori di reato minorenni, l'abuso all'infanzia, i traumi subiti dai bambini a causa di incidenti che li hanno colpiti direttamente o indirettamente.

Seguono 13 raccomandazioni, che affermano requisiti di fondo della competenza e del corretto operare del valutatore forense. Ma il colpo d'occhio più sintetico lo fornisce una tabella che distingue nel dettaglio tra le funzioni cliniche e forensi, scostandosi dal 'sincretismo' presente nelle precedenti Linee guida del 1997.

La stessa traiettoria è stata seguita negli anni dalla *Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale*¹⁶ del Cismai, che ha visto la sua prima edizione nel 1999 e l'ultima nel 2015. I paragrafi da 8 sono diventati 9, a causa dell'aggiunta del paragrafo specifico Valutazione forense, per distinguerne gli obiettivi dalla Valutazione clinica e 'liberarla' da utilizzi equivoci. Sono stati raccolti in proposito i suggerimenti dell'Aacap, peraltro del tutto condivisibili alla luce dell'esperienza di questi ultimi anni, con menzione speciale dell'attenzione alle esigenze terapeutiche anche se si opera in campo giudiziario (6.2.e: anche nella valutazione forense *le esigenze di cura del minore vanno attentamente considerate e rese oggetto di richieste e raccomandazioni agli interlocutori giudiziari*).

16. Cismai, *Dichiarazione di consenso in tema di abuso sessuale all'infanzia, Coordinamento Italiano dei servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia*, www.cismai.it.

Tab. 1 - Differenze tra le valutazioni clinica e forense

	<i>Clinical Evaluation</i>	<i>Forensic Evaluation</i>
Scopo	dar sollievo alla sofferenza	dare risposta a una questione legale
Relazione	curante-paziente	valutatore-valutato
Cliente	il paziente	il tribunale, l'avvocato, o altri attori pertinenti
Obblighi	rapporto di fiducia con il paziente, per il suo miglior interesse e il suo benessere	rapporto di fiducia con il tribunale, l'avvocato o altri attori pertinenti
Obiettivo	aiutare il paziente a guarire	informare e dare conoscenze agli attori pertinenti e agli investigatori (per esempio giudici o giuria), attraverso rapporti e testimonianze
Confidenzialità	solitamente presente	si possono avere eccezioni
Processo	stabilire una diagnosi e un piano terapeutico	condurre una valutazione obiettiva; una diagnosi può non essere essenziale
Trattamento	va effettuato un trattamento	non va effettuato un trattamento, anche se può essere raccomandato
Fonti	self-report; occasionalmente informazioni dall'esterno; alcune note collaterali	raccolta estensiva di dati incluse interviste in serie, informazioni da altri soggetti, revisione di note e documenti
Possibili fonti di distorsione	di natura terapeutica; desiderio che il paziente stia meglio; volontà di difendere il paziente	come intenzione assenza di pregiudizi; tentativo di essere neutrale e oggettivo, nessun investimento sul futuro del paziente
Prodotto finale	stabilire una relazione terapeutica, migliorare il benessere del paziente	rispondere alla domanda del committente in forma di rapporto verbale o scritto; deposizione e/o testimonianza

Ma di più, l'attenzione al dovere di curare è disseminata dovunque nel testo. Di seguito alcuni esempi (rispettivamente nei paragrafi Definizione, Valutazione clinica, Indicatori e segni fisici, Il minore nel percorso giudiziario, Orientamenti del professionista):

- 1.2.d: va perseguita attivamente e tempestivamente la *riduzione del danno*, favorendo *l'attribuzione di corretto significato all'esperienza ed elaborandola a livello cognitivo, emotivo, sensoriale*;
- 2.2.c: va prevista l'eventualità di *intensi movimenti difensivi* nel minore, che possono richiedere non raramente un percorso a più fasi di approfondimento;

- 3.2.e: la visita medica deve tener conto *dell'esigenza di informare/rassicurare il/la bambino/a sul suo stato di salute fisica*;
- 8.2.a: vanno precocemente attivati *percorsi di "accompagnamento giudiziario"* per il minore e per le figure adulte di riferimento, così come disposto dalla normativa vigente;
- 9.1.a: confermando quanto già sopra richiamato in relazione alla fase di valutazione sia clinica sia forense e alla fase di ascolto giudiziario, *resta prioritario dovere delle professioni di aiuto la formulazione di un piano terapeutico efficace*;
- 9.2.b: è necessario il *costante aggiornamento sugli interventi terapeutici* specificamente mirati alla risoluzione della patologia post traumatica riconosciuti dalla comunità scientifica.

3.2. *L'attitudine dei professionisti verso i metodi evidence based*

Abbiamo visto che nelle linee guida è forte l'indicazione di adottare approcci di intervento specifici ed efficaci. Tipici requisiti per definire un intervento come *trattamento empiricamente supportato* includono l'uso di un manuale, una base teorica e risultati positivi controllati sperimentalmente su una specifica popolazione.

Negli Stati Uniti sono stati finanziati importanti programmi di diffusione della conoscenza di tali tecniche tra i professionisti. Quali i risultati?

Per quanto ci sia una disponibilità di fondo da parte dei terapeuti circa l'uso di specifiche tecniche supportate da manuali, la varietà delle esigenze del paziente, la diversa formazione di base del professionista, l'idea che la richiesta di attenersi a un manuale sbilanci in favore delle terapie cognitivo comportamentali più facili da schematizzare rispetto ad altri approcci, fa sì che tra teoria e pratica esista un notevole scostamento. Uno dei campi in cui si è cercato di implementare trattamenti empiricamente supportati è quello dell'abuso all'infanzia.

Lo studio di Allen, Gharagozloo e Johnson¹⁷ si prefigge di capire *se i professionisti sanno correttamente individuare le tecniche terapeutiche supportate da evidenza clinica*, quanto le usano, e come la loro formazione di base li orienta ad acquisirne le competenze.

I risultati dell'indagine sono interessanti e complessi. I 240 professionisti intervistati operavano nei Child Advocacy Center con bambini vittime di abuso. Individuavano in gran prevalenza la TF-Cbt (Trauma Focused Cognitive Behavioral Therapy) come intervento empiricamente supportato: e ciò certamente risente del grande impiego negli anni precedenti di sistemi

17. B. Allen, L. Gharagozloo, J.C. Johnson, "Clinician Knowledge and Utilization of empirically-Supported Treatments for Maltreated Children", *Child Maltreatment*, vol. 17, n. 1, 2012, pp. 11-21.

di disseminazione delle conoscenze in proposito. Tuttavia non individuavano come empiricamente supportati altri approcci che invece lo erano, e dichiaravano di usare abitualmente sia questi sia altri approcci effettivamente non empiricamente supportati e individuati come tali (arte terapia, sand tray therapy, terapia di gioco). Analogamente la richiesta formativa si orientava sia a tecniche ritenute empiricamente supportate che in maggioranza ad altre correttamente o erroneamente ritenute non supportate.

Si dovrebbe dedurre che utilizzare metodi sicuramente efficaci non è la primaria esigenza dei professionisti, tanto che non ne sono informati e non cercano informazioni a riguardo. La scelta del metodo di intervento si fonda sulla formazione di base ricevuta e non c'è nei corsi universitari un orientamento a individuare e scegliere tecniche empiricamente supportate. Così i professionisti si trovano a non poter aggiungere il peso economico di una formazione nelle tecniche sicuramente efficaci quando hanno già investito tempo e denaro nella formazione scelta dopo l'università. Un fattore concorrente può essere anche la presenza nel luogo di lavoro di una équipe, di responsabili, di supervisori orientati ai metodi empiricamente supportati.

Viene auspicata la disseminazione di conoscenze su tutti gli interventi empiricamente supportati, specie utilizzando la formazione a distanza, per facilitare l'adesione dei professionisti.

In un altro articolo Allen e Johnson¹⁸ riferiscono di una ricerca effettuata negli Stati Uniti sempre sui professionisti che operano all'interno dei Cac (Child Advocacy Center), a cui hanno risposto in modo completo 132 professionisti. Scopo della ricerca era questa volta precisare l'effettivo *utilizzo di tutte le componenti della TF-Cbt* (terapia cognitivo comportamentale focalizzata sul trauma), approccio terapeutico considerato dalle linee guida supportato dall'evidenza empirica come tra i più efficaci nel caso di abuso all'infanzia, se comparato ad altri approcci terapeutici non direttivi.

Programmi di disseminazione della competenza nell'utilizzo di questo metodo terapeutico sono stati fatti nel 2008 attraverso formazione a distanza, supervisioni, conferenze. Il 78% dei professionisti hanno confermato di aver ricevuto una formazione in TF-Cbt e di usare questo approccio con regolarità. Ma solo il 66% utilizzava sempre tutti e cinque i fattori centrali di questo approccio, considerati specificamente nella indagine. In particolare l'indagine ha mostrato che i professionisti sono più inclini a usare singole componenti dell'approccio, in particolare le tecniche di rilassamento o la psicoeducazione mirata all'acquisizione di un coping adatto, applicabili in molti casi clinici anche non di abuso all'infanzia, mentre utilizzano in misura ridotta gli elementi della tecnica specificamente deputati alla risoluzione del trauma e riconosciuti

18. B. Allen, J.C. Johnson, "Utilization and Implementation of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for the Treatment of Maltreated Children", *Child Maltreatment*, vol. 17, n. 1, 2012, pp. 80-85.

centrali per l'efficacia: la narrativa del trauma e la ristrutturazione delle distorsioni cognitive determinate dal trauma. Queste tecniche richiedono un approccio direttivo e una verbalizzazione mirata, più difficili da integrare se un terapeuta aveva ricevuto una formazione di base in tecniche non direttive o riteneva i bambini poco capaci di esprimere verbalmente la loro esperienza.

Gli autori concludono che il lavoro di implementazione del metodo ha bisogno di ulteriori sforzi, specialmente per far capire le ragioni per cui identificare e cambiare le cognizioni distorte dal trauma sia essenziale per l'efficacia della terapia, come le ricerche dimostrano. Certamente desiderabile è anche maggiore supervisione da parte dei responsabili dei servizi riguardo alla effettiva aderenza dei terapeuti alla tecnica appresa e applicata.

L'articolo di Allen di due anni dopo¹⁹ si pone in linea con i precedenti dello stesso autore.

Vengono riassunti gli studi precedenti sull'attitudine dei professionisti nei confronti delle tecniche di intervento empiricamente supportate, e viene verificata, attraverso un'altra specifica indagine su circa 250 soggetti, in prevalenza sempre operanti nei Cac, l'ipotesi che siano le credenze degli stessi professionisti a mediare la scelta o meno di metodi empiricamente supportati. Due fattori in queste credenze sono risultati centrali: quanto il professionista si sente a suo agio nell'usare tecniche direttive con i bambini e quanto confida nella loro capacità di affrontare verbalmente il trauma. A quanto sopra si aggiunge l'attitudine ad essere aperti verso i risultati della ricerca scientifica. Chi più è lontano da quanto sopra sceglie tecniche di gioco, esperienziali, non direttive, su una base psicodinamica, che puntano sulla interpretazione del materiale non verbale prodotto dal bambino.

Attraverso la formazione diventa quindi necessario modificare innanzitutto il sistema di credenze del professionista sulle capacità del bambino e sul processo terapeutico. Gli autori concludono che siamo ancora lontani dall'aver raggiunto l'obiettivo di garantire ai bambini vittime di abusi professionisti orientati ai metodi di intervento più efficaci, anche in considerazione dell'alta probabilità che chi ha accettato di partecipare all'indagine sia già più interessato al tema di quanto non lo siano coloro che non hanno neppure aderito. Si auspica alla fine il solito incremento di una formazione facilmente accessibile e la costituzione di ambienti di lavoro in cui il carico di casi e i limiti di tempo siano meno stringenti e permettano al professionista di cimentarsi con nuovi apprendimenti da sperimentare nella pratica.

Anche la review di Self-Brown *et al.*²⁰ si pone l'obiettivo di capire meglio *come mai*, pur esistendo approcci evidence based nell'intervento sull'a-

19. B. Allen, J.W. Crosby, "Treatment Beliefs and Techniques of Clinicians Serving Child Maltreatment Survivors", *Child Maltreatment*, vol. 19, n. 1, 2014, pp. 49-60.

20. S. Self-Brown, D. Whitaker, L. Berliner, D. Kolko, "Disseminating Child Maltreatment Interventions: Research on Implementing Evidence-Based Programs", *Child Maltreatment*, vol. 17, n. 1, 2012, pp. 5-10.

buso all'infanzia, *ancora molti servizi erogano interventi senza supporto empirico.*

È stata sottoposta a verifica l'implementazione di 5 programmi considerati EB negli Stati Uniti (AF-Cbt, SafeCare, Pcit, Triple P, TF-Cbt), *esplorando nel dettaglio i fattori in gioco* che possono facilitare od ostacolare l'adozione di tali programmi e che toccano più aree: il terapeuta, l'organizzazione, la formazione, la programmazione sociopolitica.

Il primo ostacolo, e rilevante, riguarda la conoscenza dell'esistenza di approcci evidence based per il trattamento dell'abuso all'infanzia. Anche in letteratura gli autori si riferiscono a questa materia utilizzando termini diversi per definire tali tecniche e utilizzando linguaggi non omogenei. Viene citato l'articolo riassunto sopra di Allen, Gharagozloo e Johnson e altri testi: tutti convergono nel far ritenere che ci sia ancora molto da lavorare per superare questo primo indispensabile step.

Una seconda fase riguarda la strutturazione di programmi, fondi, referenti che facciano da base per l'implementazione di tali tecniche. Questo aspetto è stato poco indagato perché ne è stata ingiustamente trascurata l'importanza, invece cruciale per facilitare l'adozione di tecniche EB.

La fase successiva riguarda la formazione del professionista all'utilizzo di tecniche EB. Questa fase è stata più indagata nel corso del tempo, e si è giunti alla conclusione che una formazione attiva, che comprenda lavoro sul campo, giochi di ruolo, interazione diretta con i docenti, nonché la continuazione di una supervisione, meglio garantiscono l'aderenza alle tecniche apprese. Gli studi che hanno provato a verificare i fattori in gioco in questa fase hanno riscontrato molti punti critici tra cui un tema centrale è certo la formazione dei formatori; ma rilevante è anche la suggestione che pur piccoli dettagli nella formazione, per esempio nella tecnologia utilizzata, possono influenzare il risultato finale.

In linea con quanto sopra viene citato l'articolo di Shapiro, Prinz e Sanders²¹, che conferma che fattori come la presenza di una supervisione e le caratteristiche personali del terapeuta influenzano la fedeltà al metodo appreso anche dopo la fine del training.

Circa poi la sostenibilità degli approcci EB, cioè per quanto tempo il professionista continua ad utilizzarli anche dopo la fine della formazione, viene citato innanzitutto l'articolo di Allen e Johnson già riassunto sopra, che mostra come i professionisti formati alle tecniche EB utilizzino spesso soltanto una parte dei fattori che le compongono, lasciando incerto il dato sull'efficacia di questo modo di procedere.

Presi insieme questi dati sottolineano *l'importanza del periodo post formazione*, sia come ambiente organizzativo che come supporto tecnico.

21. C. Shapiro, R. Prinz, M. Sanders, "Facilitators and barriers to implementation of an evidence-based parenting intervention to prevent child maltreatment: The triple P-positive parenting program", *Child Maltreatment*, vol. 17, n. 1, 2012, pp. 86-95.

Tuttavia dalla review emergono anche dati positivi e interessanti. Un primo articolo citato è di Aarons *et al.*²² e mette in luce un aspetto degno di nota: il turnover sempre alto dei professionisti che operano nei servizi di tutela all'infanzia si riduce se i professionisti sono formati e applicano approcci EB. Un secondo articolo mette in luce che utilizzando approcci evidence based i professionisti guadagnano stima da parte degli utenti. Damashek, Bard e Hecht²³ hanno rilevato il grado di soddisfazione di 1300 famiglie in contatto con servizi di tutela dell'infanzia, spesso oggetto di ostilità e cattiva percezione da parte delle famiglie stesse. Si è rilevato un maggiore rispetto verso gli operatori, specie se dimostrano di essere formati a considerare le varianti culturali che influenzano il comportamento dei genitori verso i bambini. È stato così sfatato il pregiudizio che approcci formalizzati potessero apparire troppo rigidi e alla fine controproducenti rispetto alla alleanza terapeutica.

In tema di formazione agli interventi evidence based, Heck, Smith e Saunders²⁴ hanno considerato un programma svolto via web (TF-Cbtweb) tra il 2005 e il 2012 per la formazione di professionisti e studenti all'utilizzo della terapia cognitivo comportamentale focalizzata sul trauma. Ci furono più di 120mila adesioni, circa l'80% ha cominciato il corso e di questi circa il 70% l'ha completato, con l'acquisizione di importanti conoscenze sui passaggi fondamentali del metodo a giudicare dal post test. Studenti universitari e operatori con pochi anni di pratica nel campo dell'abuso all'infanzia sono la quota prevalente degli allievi che hanno completato il programma. Gli autori concludono che *il sistema di formazione via web possa essere promettente.*

4. In marcia

La terapia nell'abuso all'infanzia è un tema 'giovane', se si pensa che hanno poco più di 50 anni sia il riconoscimento dei danni che ne derivano dal breve al lungo termine sia la presa d'atto del conseguente dovere di prendersi cura delle vittime.

Il sapere che è derivato in questo tempo dalla ricerca, epidemiologica ed eziopatogenetica, e dall'esperienza clinica è ancora in veloce evoluzione. Si

22. G.A. Aarons, D. Fettes, D. Sommerfeld, L. Palinkas, "Mixed methods for implementation research: Application to evidence-based practice implementation and turnover in community based organizations providing child welfare services", *Child maltreatment*, vol. 17, n. 1, 2012, pp. 67-79.

23. A. Damashek, D. Bard, D. Hecht, "Provider cultural competence, client satisfaction, and engagement in home-based programs to treat child abuse and neglect", *Child maltreatment*, vol. 17, n. 1, 2012, pp. 56-66.

24. N.C. Heck, B.E. Saunders, D.W. Smith, "Web-Based Training for an Evidence-Supported Treatment: Training Completion and Knowledge Acquisition in a Global Sample of Learners", *Child Maltreatment*, vol. 20, n. 3, 2015, pp. 183-192.

delineano tuttavia traiettorie sempre più orientate a obiettivi clinici, di risoluzione o almeno attenuazione di una sofferenza finalmente 'vista' e che non trattata appare una seria minaccia alla salute pubblica.

L'esigenza di schematizzare e standardizzare le forme più efficaci di presa in carico e terapia e l'esigenza apparentemente opposta di capire sempre meglio e sperimentare nuovi strumenti appaiono talvolta come l'alternarsi di onde e risacca.

Nella traduzione operativa il processo di adeguamento dei professionisti alle acquisizioni della ricerca non risulta né rapido né lineare, lasciando sovente le vittime ancora prive di supporto efficace. Ulteriori risorse vanno spese nella formazione.