



**C.I.S.M.A.I.**  
**Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia**  
**"Gli stati generali sul mal-trattamento all'infanzia in Italia"**

Convegno di Napoli – 16 ottobre 2009

**"Stato dei saperi sul lavoro di cura del bambino  
maltrattato e della famiglia"**

Documento preparatorio della Giornata Tematica

<i>Documento</i>	<i>Versione</i>	<i>Data</i>
<b>Elaborazione</b> Staff scientifico-organizzativo – Taormina	1.0	luglio 2009
Revisione: Comitato Scientifico		



## **1. Premessa**

Il presente documento ha lo scopo di preparare i contenuti scientifici della terza giornata tematica in vista degli *Stati Generali sul Mal-trattamento all'Infanzia in Italia*, organizzati dal Cismai, in occasione del suo V Congresso Nazionale.

Non intende essere un documento conclusivo, ma un work-in-progress che fornisce i primi elementi su temi e questioni che potranno essere discussi nel corso della giornata tematica e della consultazione pubblica. Infatti, a conclusione della giornata, sarà redatto un report che conterrà i risultati di questo processo di definizione partecipata e condivisa con gli operatori al fine di delineare gli orientamenti sulla prevenzione del maltrattamento in Italia.

La terza giornata tematica si svolgerà a Napoli il 16 ottobre 2009 e sarà dedicata a "Stato dei saperi sul lavoro di cura del bambino maltrattato e della famiglia".

Il presente documento, redatto dalla dott.ssa Marinella Malacrea, sarà revisionato dal Comitato Scientifico.

## **2. Documento preparatorio**

### **ESPERIENZE SFAVOREVOLI INFANTILI: LA CURA**

*Guarire è possibile.* Non va perduta la confortante conferma che la riparazione è possibile, anche nei casi più gravi di esperienza traumatica infantile.

Alcuni autori si riferiscono a questo incontestabile dato utilizzando in maniera estesa il termine '*resilienza*', originariamente riservato a designare la capacità di resistere agli urti senza esserne danneggiato (e quindi, nel nostro specifico, di uscire indenni dalle esperienze sfavorevoli infantili, senza che queste arrivino a dare un impatto traumatico e la sofferenza conseguente), come espressione sintetica della capacità di guarire, per tutto il corso dell'esistenza, le ferite procurate dagli urti. Certo, tale riparazione non è sempre allo stesso livello di penetranza e stabilità; ma non vorremmo che andasse sottovalutata l'importanza anche di mutamenti di taglio più adattativo 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.

### **OBIETTIVI DELLA GIORNATA PRE- CONGRESSUALE**

A fronte di queste confortanti premesse, nell'area della terapia ci si scontra con molti nodi critici:



- c'è poca chiarezza e convergenza su cosa possa dirsi 'terapia': molti interventi sono qualificati come terapia senza avere precisi obiettivi e metodi e altrettanti non vengono così denominati pur avvalendosi nella sostanza di un approccio terapeutico
- non ci sono certezze condivise su cosa 'funziona' veramente in psicoterapia
- ci sono molteplici modelli e teorie della mente, molto di più che in campo diagnostico
- nessuna teoria della mente connessa a scuola di psicoterapia è specificamente orientata ai traumi infantili (alcune ancora lo negano)
- c'è poca attitudine a fare verifiche di efficacia, e oggettivamente queste avrebbero alta complessità in quanto dovrebbero tener conto di una molteplicità di fattori

D'altro canto un intervento di chiarificazione e di 'riordino' non può che giovare, rilanciando la motivazione all'approfondimento, all'aggiornamento, alla condivisione, al confronto di metodi ed esiti.

Sarebbe utile arrivare a stilare, se non 'linee guida', almeno 'raccomandazioni' condivise, come accade in altri Paesi.

### ***I PUNTI FERMI DA CUI POSSIAMO PARTIRE***

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

#### ***1. Il modello ecologico dell'intervento***

Il Rapporto su "Violenza e salute" dell'OMS, nel caso specifico della violenza sui minori, orienta all'adozione di un modello di intervento, *mirato alla riparazione dei danni* ma ugualmente efficace per organizzare la valutazione degli stessi, ispirato al "modello ecologico" di Bronfenbrenner<sup>1</sup> (1979), ripreso più recentemente e applicato all'abuso all'infanzia. Più recentemente, alcuni ricercatori hanno usato questo modello per analizzare la violenza giovanile, la violenza tra partner e l'abuso sugli anziani.

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

---

<sup>1</sup> Bronfenbrenner U. (1979) *The ecology of human development. Experiments by nature and design*, Harvard University Press, Cambridge. Trad. It. *Ecologia dello sviluppo umano*, Il Mulino, Bologna, 1986.



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

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

Questo approccio fornisce una base globale e articolata di opzioni per la rilevazione e per l'intervento terapeutico<sup>2</sup>.

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

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

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

---

<sup>2</sup> Vedi anche Malacrea M. (2004) Il "buon trattamento": un'alternativa multiforme al maltrattamento infantile, *Cittadini in crescita*, 1, 1-17.



## **2. La psicoterapia**

La psicoterapia è dunque finalizzata in primo luogo ad agire sul *sistema dei significati*, cambiando le 'lenti' con cui viene letta l'esperienza. Il suo punto di forza sarà diminuire il cortocircuito tipico dei processi post traumatici, riattivando le funzioni cerebrali superiori 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.<sup>3</sup>, 2001).

Tuttavia deve anche essere rilevato che ci sono straordinarie convergenze circa obiettivi e stadi del processo terapeutico, se prendiamo in considerazione molti dei principali autori che hanno sistematizzato il risultato delle loro esperienze cliniche. Inoltre, finalità e sequenze valgono indifferentemente quando ci si debba occupare di bambini o di adulti, nell'immediatezza dell'esperienza traumatica o a distanza di anni da essa: e ciò appare logico soltanto se ci mettiamo nella prospettiva di ammettere la qualità unica e peculiare dei funzionamenti post traumatici, 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: se la motivazione alla cura trova il suo propulsore nella consapevolezza di uno stato di sofferenza, d'altro canto è necessaria anche una base di sufficiente controllo della stessa, se non si vuole correre il rischio di far 'esplodere' il trattamento sotto il peso di una insufficiente spinta al cambiamento *versus* una eccessiva labilità e criticità. 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': sotto la spinta di 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.

---

<sup>3</sup> Saunders B.E., Berliner L., Hanson R.F. (2001) *Guidelines for the psychosocial treatment of intrafamilial child physical and sexual abuse*, Authors, Charleston (SC).



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 ancora una sottolineatura: integrante e indispensabile alle azioni di cura è l'attenzione a prevenire e contrastare i *riattivatori traumatici*. E' noto che i soggetti traumatizzati nell'infanzia acquisiscono una maggiore vulnerabilità al ripetersi di evenienze analoghe a quelle che li hanno danneggiati; tendono anche a interpretare in modo allarmato circostanze di per sé non traumatiche, attraverso la costruzione permanente della convinzione di avere a che fare con un 'mondo malevolo'. Tendono inoltre a reagire con modalità post traumatiche a tutte le esperienze che comportano un'alta tonalità emotiva, anche di segno positivo, e specialmente a quelle che comportano prossimità dei legami: ciò è meno presente all'attenzione dei curanti, portando talvolta a sottovalutazione dei rischi. La conseguenza di tale dinamica è la riattivazione secondaria delle reazioni post traumatiche, che vengono ad aggravare in modo importante il quadro dei danni primari. Quanto sopra non è completamente evitabile nella vita dei soggetti vittimizzati, e impone a chi si cura della loro salute mentale l'esigenza di concepirne la presa in carico come marcata dalla probabilità di ricadute che richiedono la riattivazione di cure intensive. Tuttavia qualcosa è possibile fare anche in senso preventivo, quando la riattivazione traumatica è prevedibile (come unico esempio, pensiamo a quando il bambino vittima deve incrociare i percorsi giudiziari).

*Quanto ai metodi*, è ormai del tutto condivisa la superiorità, nel trattamento del trauma, dell'*approccio multimodale*.

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.

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.

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.

Anche sul piano dei modelli teorici di riferimento, le antinomie tra modelli, siano essi psicodinamico, sistemico relazionale o cognitivo, paiono oggi dietro le spalle. In generale le teorie della mente stanno entrando in quello che si potrebbe definire come un positivo 'processo di globalizzazione'. Esso è certo lontano dal compimento, ma è avviato a riconoscere le preziose intuizioni e scoperte empiriche che appartengono ad ognuna come riavvicinate e rivivificate dal flusso di conoscenze sperimentali e scientifiche che stanno gettando luce sul delicato ponte tra mente e cervello, in cui la conoscenza dei funzionamenti post traumatici assume il ruolo di un importante catalizzatore. Le scelte terapeutiche possono così svilupparsi con più precisa consapevolezza ed efficacia in un percorso che dalla pratica risale alla teoria per poi ritornare corroborati alla pratica, affinché gli interventi terapeutici possano diventare ordinati, non improvvisati, riproducibili e ragionevoli.

Altrettanto imprescindibile è mantenere una costante apertura ad 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 autoperpetuanti come quelli post traumatici
- non ultimo, il contenimento dei costi, anche in considerazione del numero sempre maggiore di situazioni che vengono riconosciute come funzionamento post traumatici

Se nelle terapie individuali sempre più conosciuto e praticato è l'*EMDR* (Eye Movement Desensitization and Reprocessing), come tecnica recente, efficace e mirata in tema di sindromi post traumatiche, va promossa anche la considerazione dei *trattamenti di gruppo*, 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.





### **3. L'esperienza riparativa<sup>4</sup>**

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

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

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

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

---

<sup>4</sup> Si veda anche il documento "Tutela e cura del soggetto in età evolutiva in difficoltà", in *Cittadini in crescita*, 2, 52-113, 2002.





auspicabile, anche per costruire insieme la migliore corrispondenza tra quanto emerge e si elabora in terapia e quanto nella vita quotidiana può rinforzare nel bambino la verifica che tali elaborazioni sono appropriate e sintone con la nuova realtà verso cui si sta avviando<sup>5</sup>.

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

Non vanno poi dimenticati gli altri livelli del modello ecologico dell'intervento che possono virtuosamente cooperare a costruire un'esperienza riparativa. Al di là del livello di microsistema, sopra dettagliato, importanti e non altrettanto oggetto di abituale attenzione sono gli ambiti del rapporto tra pari (scuola e tempo libero) (*esosistema*), del rapporto con le professioni d'aiuto (*esosistema*), del rapporto con istituzioni (come quelle giudiziarie) (*macrosistema*), dell'attenzione alle variabili culturali (*macrosistema*). Ciascuno di questi ambiti può diventare una sorgente di risorse che amplificano coerentemente la modificazione del sistema di significati, o viceversa sorgente di messaggi contraddittori e che ultimamente elidono le risorse di cui prima.

C'è da chiedersi se il noto concetto di 'rete di servizi' renda con sufficiente forza il livello di coerenza necessario al 'pensiero' che deve sottendere il complesso degli interventi, sostenendone una effettiva integrazione 'virtuosa'.

Altrettanto importante, e spesso trascurata, è che diventi abituale una *autovalutazione delle professioni di aiuto*, nella loro posizione di risorse di esosistema, rispetto alla verifica della effettiva produzione di fattori di protezione *versus* fattori di rischio: compito per cui sarebbe molto opportuno costruire o adottare strumenti condivisi.

---

<sup>5</sup> Si veda l'articolo di Malacrea M. (2007) Esperienze traumatiche infantili e adozione, *Minorigiustizia*, 2/2007, 185-195.