



UNIVERSITÀ DI PISA

DIPARTIMENTO DI SCIENZE POLITICHE
Corso di Laurea Magistrale in Sociologia e Politiche Sociali

TESI DI LAUREA MAGISTRALE

TRAUMA, CURA E PROTEZIONE

Modelli interpretativi sulle esperienze traumatiche infantili intrafamiliari

Candidato:
CARMEN SOCCI
MATRICOLA 511748

Relatore:
ROBERTO MAZZA

1343

Indice

Premessa	5
Introduzione	7
1 IL TRAUMA NELLO SVILUPPO INFANTILE	9
1.1 Verso una definizione di trauma psicologico	9
1.1.1 Quali eventi considerare traumatici: dibattito tra il DSM-IV e ICD-10	12
1.2 Il trauma complesso	17
1.3 Il sistema di attaccamento nella risposta al trauma	19
1.3.1 La <i>Strange Situation Procedure</i>	19
1.3.2 L'attaccamento negli adulti: <i>Adult Attachment Interview</i>	21
1.3.3 Attaccamento disorganizzato e sviluppo della personalità	25
1.4 Caso clinico	29
1.5 Nuove tecniche verso il superamento del trauma: l'approccio EMDR	30
2 VISSUTI TRAUMATICI E COSTRUZIONE DELLA PERSONALITÀ	33
2.1 Il fattore comune dei fanciulli feriti	33
2.2 La classificazione delle infanzie infelici: il modello di Cancrini	36
2.2.1 L'infanzia borderline	36
2.2.2 L'infanzia antisociale	38
2.2.3 L'infanzia paranoidea	39
2.2.4 L'infanzia del disturbo schizotipico di personalità	41
2.2.5 L'infanzia del narcisista	42
2.2.6 L'infanzia istrionica	43
2.2.7 L'infanzia del bambino ossessivo-compulsivo	44
2.2.8 L'infanzia del disturbo evitante di personalità	45
2.2.9 L'infanzia del disturbo schizoide	46
2.2.10 L'infanzia del bambino dipendente	46
2.2.11 L'infanzia del bambino passivo-aggressivo	47
2.3 Processi di copia e pervasività	48
2.4 L'importanza del superamento del trauma in età infantile	50

3	MALTRATTAMENTO INFANTILE INTRAFAMILIARE:	
	STORIA E DEFINIZIONE	54
3.1	Prospettiva storica del fenomeno	54
3.2	Forme di maltrattamento infantile	59
3.3	Indicatori di maltrattamento nel bambino	61
3.3.1	Maltrattamento fisico	62
3.3.2	Maltrattamento psicologico	64
3.3.3	Abuso sessuale	65
3.3.4	Trascuratezza	67
3.4	Genitori maltrattanti	69
3.5	Uno sguardo all'aspetto generazionale nelle famiglie maltrattanti	72
4	LE CONSEGUENZE DEL TRAUMA RELAZIONALE INFANTILE: I MO-	
	DELLI DI PROTEZIONE	74
4.1	Il modello processuale del Centro per il bambino maltrattato di Milano: il contributo di Stefano Cirillo	74
4.2	Il processo di intervento	76
4.2.1	La rilevazione	77
4.2.2	Il coinvolgimento della famiglia e la segnalazione al Tribunale per i minorenni	78
4.2.3	L'indagine	82
4.3	La protezione del minore	83
4.4	Un modello per la valutazione delle funzioni e competenze genitoriali	86
4.5	Dimensione sincronica, diacronica e predittiva per la valutazione delle competenze genitoriali	88
4.6	Processo prognostico della famiglia	90
4.6.1	Prognosi positiva	92
4.6.2	Quando la prognosi è negativa	93
4.7	La terapia della famiglia	94
4.7.1	Accorgimenti tecnici della terapia familiare	95
5	LA TRASMISSIONE DEL TRAUMA: ANALISI DELLE	
	PRINCIPALI TEORIE GENERAZIONALI	98
5.1	Modelli generazionali	98
5.1.1	Analisi delle diverse interpretazioni delle teorie generazionali	100
5.2	Prospettiva intergenerazionale	102
5.3	Prospettiva transgenerazionale del trauma relazionale	103
5.3.1	Terapie generazionali per coniugare principi sistemici e psicodi- namici	104
5.3.2	L'influenza del mito familiare nelle terapie generazionali	106

5.4	Prospettiva multigenerazionale	108
	Conclusioni	111
A	PRINCIPALI DISPOSIZIONI DI LEGGE IN AMBITO MINORILE	112

Premessa

Riguardo alla definizione del concetto di trauma relazionale infantile si è sviluppato un dibattito scientifico molto interessante. A tal proposito è cresciuta sempre di più la necessità di indagare a fondo il fenomeno, snodarlo nelle sue diverse componenti, allo scopo di farne emergere forme, interpretazioni e terapie.

Il concetto di trauma a cui si fa riferimento in questa tesi è quello successivo a fenomeni di maltrattamento, abuso sessuale, trascuratezza grave e abbandono nei confronti del bambino. I bambini si trovano a vivere situazioni traumatiche perché chi si dovrebbe occupare del loro benessere, del loro sviluppo troppo spesso non sa, non ha le possibilità o non vuole proteggere i propri figli.

Nella letteratura sono presenti molte ricerche inerenti i meccanismi che portano un genitore non solo a non essere protettivo ma, addirittura ad esserne causa di traumi e a volte persino di morte del proprio bambino. Nella storia dell'uomo sono sempre esistite situazioni di violenza intra-familiare, ma solo negli ultimi anni la ricerca si è focalizzata sulle cause dei danni ricevuti dai bambini e sugli adolescenti che crescono in un clima di tensione, paura e ricatti affettivi quotidiani.

Sigmund Freud, nel 1925, fu il primo a dare una definizione del concetto di trauma indicandolo come una situazione di impotenza e costruì un'ipotesi della patogenesi di alcuni disturbi mentali legata ai traumi infantili. Successivamente, per molti anni l'interesse per le esperienze traumatiche del bambino diminuì notevolmente. A riportare l'attenzione sull'origine traumatica infantile di molti disturbi della personalità furono le diverse teorie di Winnicott, Bowlby e Sullivan, per citare gli autori più rappresentativi. In modo particolare viene attribuito valore traumatico agli aspetti patologici e fallimentari nella cura del bambino.

La gravità del trauma può variare in base al concatenarsi di diversi fattori esperienziali. Purtroppo i casi di abuso, maltrattamento e trascuratezza fisica ed emotiva a danno del minore sono una realtà intrafamiliare molto comune, che non solo mette in atto azioni lesive a livello fisico ma anche a livello psicologico. L'instaurarsi di relazioni distorte nell'interazione tra adulto e bambino perdura nel tempo. Infatti, i bambini non chiedono aiuto perché sono strettamente vincolati agli adulti che si prendono cura di loro, essi non sono in grado di comprendere che il comportamento di questi possa essere dannoso nei loro confronti. Ad esempio, per il neonato è indispensabile la figura di accudimento ai fini della sopravvivenza. Dunque, il legame che si forma trascende l'ipotesi che il bambino possa percepire la figura di attaccamento come nociva.

Tuttavia, anche la famiglia maltrattante non chiede aiuto ai servizi perché vi sono una serie di fattori che non consentono a questi genitori di farlo. Effettivamente, nella maggior parte dei casi, il nucleo è composto da individui fortemente depressi, che fanno uso di sostanze stupefacenti e alcool, non in grado di chiedere aiuto per loro stessi e tanto

meno per i loro bambini. All'interno delle famiglie maltrattanti si celano altri ostacoli che impediscono la richiesta di aiuto: la vergogna, la paura del biasimo, la paura della sanzione, l'incapacità socioculturale a prefigurarsi la possibilità stessa di essere aiutati, la cronicità assistenziale, la perdita di contatto con la realtà e le difese patologiche dovute alle sofferenze degli adulti stessi.

Dagli anni Ottanta in poi, gli specialisti del settore mirano alla coniugazione tra misure di tutela minorile e interventi di trattamento dei genitori cercando, quando possibile, di volgere ad una valutazione della ricuperabilità senza fermarsi alla fase della valutazione delle competenze genitoriali cercando di rilanciare negli operatori il desiderio terapeutico nei confronti di questi genitori inadeguati¹.

1. STEFANO CIRILLO, *Cattivi genitori*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2005, p. 11.

Introduzione

Negli ultimi decenni sono stati compiuti innumerevoli studi riguardo la terapia del trauma intrafamiliare e circa le conseguenze che le esperienze sfavorevoli infantili e il trauma relazionale possano avere nello sviluppo psicosociale del minore. Ampiamente condiviso in letteratura e tra gli operatori è il fatto che la portata del danno debba essere connessa a più fattori: quelli relazionali, quelli individuali e quelli legati alla tipologia e all'entità del danno subito. Molti sono i modelli interpretativi che cercano di spiegare l'eziopatogenesi dei disturbi che portano al compimento di atti violenti, abusi e incuria da parte di un genitore nei confronti del proprio bambino. Questi modelli hanno arricchito il panorama teorico diventando una guida per gli operatori.

Lo scopo del seguente elaborato è quello di andare ad analizzare i fertili contributi e le aperture concettuali che, nella lunga evoluzione degli ultimi decenni, sostengono alcuni significativi sviluppi attuali del concetto di trauma relazionale intrafamiliare infantile. Si è cercato di apportare un ragionamento basato sulla complessità e non sul determinismo di una logica lineare causa-effetto. Inoltre si è voluto esaminare in particolare i modelli interpretativi di Luigi Cancrini e Stefano Cirillo in quanto hanno dato un grande contributo in ambito di cura e protezione del minore e della sua famiglia.

Con il primo capitolo si cerca di spiegare il concetto di trauma in età infantile, osservando le cause che la continuità e la grandezza del trauma comportano nel minore a rischio e nelle storie di vita di persone che a questo rischio non sono riusciti a porre rimedio. Si proporrà una sintesi fra i risultati della ricerca psicoanalitica più moderna in tema di disturbi della personalità, i casi clinici studiati in contesti diversi e la possibilità di occuparsene concretamente in termini terapeutici, individuando la corrispondenza tra il trauma ricevuto e l'eventuale disturbo di personalità. Molto importante è l'orientamento teorico di Cancrini che designa un'analisi dei fattori di rischio che possono concorrere a determinare profili di personalità che poi sfociano in comportamenti borderline, antisociali o altre patologie psichiatriche. Inoltre, si descriverà la possibilità di una reversibilità del disturbo in tutte quelle situazioni in cui vi sia un riconoscimento tempestivo da parte dei servizi².

Nel secondo capitolo è stata analizzata la classificazione delle infanzie infelici secondo il modello interpretativo di Cancrini. Per avvicinarsi alla realizzazione del suo obiettivo di classificare le infanzie infelici, Cancrini si rifà alle undici ricostruzioni che Lorna Smith Benjamin presenta delle vicende infantili che le raccontano i suoi pazienti adul-

2. LUIGI CANCRINI, *La cura delle infanzie infelici. Viaggio nell'origine dell'oceano borderline*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2012.

ti e colloca le puntuali e rigorose tipologie della studiosa sullo sfondo delle teorie degli autori su cui si è formato: Otto Kenberg, Margaret Mahler, Anna Freud, Salvador Minuchin, Jay Haley, e naturalmente Sigmund Freud. Quello che si vuole evidenziare è che l'intervento da parte degli operatori deve essere in grado di modificare il contesto in cui il bambino è inserito e l'ascolto terapeutico deve permettere di elaborare i vissuti traumatici.

Nel terzo capitolo si fa riferimento al concetto di maltrattamento infantile, alla sua evoluzione storica e agli indicatori che possono orientare l'operatore nella diagnosi del maltrattamento nelle sue varie forme. Nel quarto capitolo particolare attenzione viene rivolta ad una ricostruzione storica dei principali interventi a favore della famiglia maltrattante. Si mira all'analisi del lavoro con le famiglie maltrattanti secondo il modello interpretativo di Stefano Cirillo. Tale modello descrive tutti i passaggi metodologici che vanno dalla rilevazione del problema fino alla presa in carico. Il nodo centrale del modello è basato sulla tesi che ogni genitore maltrattante è contemporaneamente un bambino incompiuto e un coniuge deluso.

Questi *cattivi genitori*³ spesso sono vittime di un'infanzia infelice e degradante e allo stesso tempo hanno cercato di porre rimedio alle loro ferite instaurando relazioni infantili, nonché causa di nuove sofferenze e frustrazioni. Nel quinto ed ultimo capitolo, vengono spiegate le differenze concettuali tra i vari modelli intergenerazionali che possono essere visti come una guida per ogni operatore che lavora con famiglie multiproblematiche.

A mio parere credo che debba diffondersi, tra tutti i professionisti che lavorano con minori e famiglie, la consapevolezza sui rischi che i funzionamenti post-traumatici di genitori che hanno avuto un'infanzia infelice possano costituire per i loro figli, ma che questa infanzia travagliata non debba essere considerata irrecuperabile e che gli interventi psico-sociali vengano orientati nella direzione di una rilevazione precoce aiutando i bambini e i loro genitori a dar voce al loro dolore, quando possibile.

3. Cattivi genitori è il titolo del testo di Stefano Cirillo di cui mi sono servita per condurre il mio lavoro inerente l'argomento.

Capitolo 1

IL TRAUMA NELLO SVILUPPO INFANTILE

Succedeva un disastro al giorno... gli esempi di crisi di "routine" potrebbero essere le lotte terribili, tresche, aborti, infedeltà, comportamenti legati all'alcolismo, tentativi di suicidio, omicidi, ripudi e nascite illecite.

Cancrini, 2006¹

1.1 Verso una definizione di trauma psicologico

Il concetto di trauma psichico occupa un ruolo centrale nello studio della patogenesi dei disturbi di personalità e nella teoria clinica.

Attorno alla definizione del termine si è sviluppato un acceso dibattito storico. Alcuni studiosi attribuivano maggiore importanza agli eventi del mondo esterno, altri enfatizzavano il ruolo svolto da uno specifico assetto intrapsichico. I primi riferimenti sulle cause del trauma sono stati rintracciati negli scritti medici risalenti alla fine del Settecento e l'inizio dell'Ottocento con cui si confrontarono Pierre Janet², Sigmund Freud ed altri autori.

Pierre Janet, che condusse le sue ricerche in Francia tra la fine dell'Ottocento e la prima metà del Novecento, prestò grande attenzione alle possibili conseguenze derivanti dalle esperienze traumatiche sullo sviluppo cognitivo e affettivo dell'individuo. Egli identificava il trauma psicologico in base alle "emozioni veementi", che annientano la capacità dell'individuo di gestirle nella coscienza che per lui era al vertice dell'organizza-

1. LUIGI CANCRINI, *L'oceano borderline. Racconti di viaggio*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006, p. 98.

2. Pierre Janet (1859-1947): i suoi studi hanno interessato il concetto di personalità sia normale che patologica; fonda una psicologia che per certi aspetti anticipa le teorie dinamiche. Secondo Janet la funzione integratrice e le manifestazioni patologiche della personalità dipendono da un indebolimento del potere di sintesi della coscienza. Il lavoro di Janet è stato rivalutato dagli studiosi della dissociazione su base traumatica.

zione mentale³. Nello specifico, Janet prendeva in considerazione tre fattori della funzione integratrice della coscienza: in primo luogo la *sintesi personale*, cioè la competenza di organizzare coerentemente i ricordi e l'esperienza del Sé, in modo da sperimentare un sentimento di identità costante; in secondo luogo la *presentificazione*, ovvero la capacità della mente di concentrarsi sugli eventi presenti senza vagare tra i ricordi confondendoli con la realtà e in ultima analisi la *funzione della realtà*, che implica una chiara consapevolezza degli stati d'animo propri ed altrui e consiste nella capacità della mente di operare sulla realtà, mutandola consapevolmente secondo gli interessi della persona, consentendo all'individuo di autodeterminarsi.

Il punto fondamentale della teoria patogenetica di Janet è che la memoria legata al trauma non viene rimossa -perché insopportabile per il soggetto- ma viene registrata nella mente, senza però integrarsi nella sintesi personale attraverso la funzione di realtà⁴. Tuttavia, le teorie di Janet vennero completamente offuscate da Sigmund Freud che originariamente si ispirò alle sue ipotesi, ma successivamente contestò il lavoro di quest'ultimo e ne negò l'influenza sul suo. In ambito psicoanalitico, nel 1925, Freud fu il primo a tracciare una definizione di trauma come una "situazione di impotenza". Egli attribuiva al trauma infantile il ruolo di fattore scatenante della patogenesi di alcune nevrosi. Inizialmente, nelle sue opere scritte nel 1896 (*L'eredità e l'etiologia delle nevrosi e Nuove osservazioni sulle neuropsicosi da difesa*) Freud, definiva il trauma psichico subito nei primi anni di vita del bambino come la causa delle nevrosi, con particolare riferimento al trauma sessuale causato da un tentativo di seduzione da parte di una persona adulta. In seguito, Freud abbandonò la "teoria della seduzione" e iniziò a pensare che i sintomi nevrotici in età adulta non erano sempre frutto degli eventi traumatici vissuti da bambini, ma sono spesso la manifestazione di fantasie incestuose o violenze sessuali, generate dal bambino stesso come eventi legati a forti domande pulsionali e realizzati più a livello d'immaginazione che sul piano della realtà.

Nel 1897 Freud tralasciò anche la "teoria della seduzione" infantile traumatica e fondò le sue analisi sulla "teoria del conflitto"⁵. Dunque, in termini freudiani classici si parla di trauma quando l'evento violento provoca una rottura di quella barriera protettiva che di norma respinge in maniera efficace gli stimoli dannosi⁶.

Negli anni seguenti alle osservazioni di Freud, l'interesse per il ruolo del trauma in età infantile diminuì notevolmente, salvo per alcune ricerche condotte da Sandor Ferenczi

3. GIOVANNI LIOTTI e BENEDETTO FARINA, *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2011, p. 38.

4. Ibidem, pp. 39-40.

5. Fantasie incestuose e aggressive edipiche si sostituiscono alla seduzione esterna: la teoria del trauma sessuale viene sostituita con la teoria del conflitto.

6. VITTORIO LINGIARDI, *La personalità e i suoi disturbi*, Università il Saggiatore, Milano 2001, p. 101.

(1873-1933) che nella sua opera "*Confusione delle lingue tra adulti e bambini*" affermò che «le persone si ammalano per qualcosa che è loro accaduto e non per quello che immaginano sia loro accaduto»⁷. A differenza di Freud e Ferenczi, altri autori come Winnicott, Bowlby, Fairbairn e Sullivan, si spostarono dalla visione del singolo episodio traumatico, verso l'ipotesi dell'incapacità dei genitori di soddisfare le esigenze, non solo fisiche, ma anche emotive del bambino durante la fase evolutiva.

Donald Winnicott, a tal proposito, analizzò i temi relativi allo sviluppo affettivo durante l'infanzia, a partire dal ruolo delle funzioni dell'ambiente di cura in cui si determinano le condizioni fondamentali per un'evoluzione equilibrata delle possibilità di crescita. La qualità delle relazioni affettive e le caratteristiche dell'ambiente di cura cominciarono a far parte in modo imprescindibile dello sviluppo evolutivo del bambino e di conseguenza della possibilità che possa insorgere una psicopatologia⁸. Altro aspetto fondamentale degli studi condotti da Winnicott riguardava il rapporto del bambino con la madre. In particolare, egli riteneva basilare, per lo sviluppo corretto della personalità e del carattere di un individuo, le prime ore di vita alla nascita, la vita prenatale ed il rapporto con una madre "sufficientemente buona" incline a dedicare le sue cure ad un bambino che ne ha estremamente bisogno.

Molto esplicita a riguardo fu la teoria dell'attaccamento di Jhon Bowlby. Egli si interessò allo studio dell'attaccamento e al ruolo che giocava nello sviluppo nella psicologia infantile. La soggettività del bambino si forma in relazione ai legami che si instaurano nelle relazioni con le figure di attaccamento. La prospettiva dell'interazione dinamica tra *caregiver* e bambino e l'analisi del condizionamento reciproco che caratterizza tale relazione è quindi la base per gli studi sullo sviluppo infantile e la considerazione dell'ambiente, inteso come fattore imprescindibile della crescita psicologica⁹. Inoltre, egli si focalizzava sugli effetti degli eventi reali che accadono durante l'infanzia, affermando che non è possibile comprendere una persona al di fuori del suo ambiente di crescita.

I suoi studi si concentrarono soprattutto sulle esperienze di separazione e perdita e sulle loro conseguenze riguardo lo sviluppo della personalità, rappresentando il quadro concettuale empiricamente più significativo nel campo sociale e delle relazioni affettive. Dunque, intorno agli anni Settanta si è verificato un importante passaggio: dallo studio del mondo interiore del bambino a quello relazionale con le figure di accudimento e le

7. Ibidem, p. 99.

8. MARIAGNESE CHELI et al., *Maltrattamento all'infanzia. Un modello integrato di interventi per i Servizi Sociali e Sanitari*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna 2012, p. 130.

9. Ivi.

caratteristiche ambientali¹⁰.

Le ricerche sul trauma infantile rappresentano la base per un confronto tra studiosi di diverse correnti¹¹.

Negli ultimi decenni si è assistito alla completa riscoperta del concetto di trauma che si verifica all'interno delle famiglie.

1.1.1 Quali eventi considerare traumatici: dibattito tra il DSM-IV e ICD-10

Non furono solo i grandi studiosi ad interrogarsi su quale evento considerare traumatico, ma anche i due manuali diagnostici più diffusi al mondo (DSM-IV e ICD-10) non concordano pienamente. Infatti, il DSM-IV¹² definisce trauma psicologico «l'esperienza personale diretta di un evento che causa o può comportare morte o lesioni gravi, o altre minacce all'integrità fisica»¹³. La definizione di trauma psicologico, deve includere anche gli aspetti relazionali che ledono l'integrità psicologica.

Dunque, è considerato trauma psicologico assistere a «un evento che comporta morte, lesioni o altre minacce all'integrità fisica di un'altra persona; o il venire a conoscenza della morte violenta o inaspettata, di grave danno o minaccia di morte o lesioni sopportate da un membro della famiglia o da altra persona con cui si è in stretta relazione»¹⁴. Tale definizione non è ancora esaustiva. Una minaccia, infatti, non può essere riferita solo all'integrità fisica, si pensi ad esempio ai casi di grave trascuratezza emotiva dei genitori nei confronti del figlio. Il DSM-IV prende in considerazione il modo di percepire l'evento traumatico della vittima e i sentimenti di paura intensa e senso di impotenza o di orrore che ne derivano.

Il trauma psicologico, sebbene abbia un carattere di oggettiva gravità, fa sempre riferimento alle capacità di un soggetto di sostenerne le conseguenze. In questo senso, il trauma è definito come un evento emotivamente non sostenibile per chi lo subisce¹⁵. Ad esempio, l'esperienza dell'abbandono è traumatica quando avviene in età infantile perché le cure sono elementi essenziali per uno sviluppo sano, dato che la vittima non è in grado di difendersi autonomamente, mentre in età adulta non dovrebbe rappresentare un trauma, anche se è comunque un'esperienza dolorosa. Vivere un evento sfavorevole, al quale è impossibile sottrarsi, dove non si riceve aiuto dall'esterno per contrastarlo, genera un

10. LINGIARDI, op. cit., p. 99.

11. Ibidem, p. 100.

12. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, American Psychiatric Association, 1994: manuale diagnostico, usato a livello internazionale, si basa su un modello descrittivo presenta la definizione dei diversi disturbi limitandosi alla descrizione degli aspetti clinici manifesti. Lo stesso soggetto può ricevere più di una diagnosi. Il DSM si basa su un sistema di valutazione multiassiale, che comprende cinque assi diagnostici.

13. LIOTTI e FARINA, op. cit., p. 31.

14. Ivi.

15. Ibidem, p. 32.

senso di sfiducia conseguente all'impotenza e diventa uno degli aspetti clinici più comuni nei disturbi correlati ai traumi.

Numerose indagini epidemiologiche, segnalano la considerevole frequenza di traumi psicologici subiti in età infantile e la loro correlazione con disturbi psicopatologici in età adulta. Gli studi condotti sull'insorgere di un disturbo di personalità sviluppato vivendo in contesti familiari traumatizzanti, dimostrano una nuova teoria sul rapporto tra trauma e dissociazione a partire dalla ricerca sull'attaccamento e dalla relazione evuzionistica della visione intertrauma.

Le relazioni disfunzionali, i maltrattamenti, gli abusi o grave trascuratezza emotiva, subiti da un bambino all'interno del nucleo familiare, influenzano in maniera considerevole la formazione mentale. Questi fattori vengono considerati capaci di causare diversi disturbi psichici in età infantile protraendosi anche in età adulta.

La vulnerabilità che ne deriva è riconducibile alle attività mentali che riguardano le funzioni integratrici di memoria e coscienza, diagnosticabile attraverso precisi criteri. Non vi è ancora stato un riconoscimento nosografico del DSM che permetta di classificare la sindrome dello sviluppo conseguente a relazioni di accudimento disfunzionali¹⁶.

Mentre, l'ICD-10¹⁷ considera traumatici quegli eventi «di natura eccezionalmente minacciosa o catastrofica, in grado di provocare diffuso malessere in quasi tutte le persone».

Secondo tale definizione non tutti gli individui sviluppano un disturbo post-traumatico da stress (PTSD) in seguito ad un evento particolarmente catastrofico e pertanto una diagnosi di PTSD non può basarsi esclusivamente sulla gravità dell'evento.

Dunque, l'analisi del trauma richiede il contributo di diversi settori della ricerca, dalla psicologia alle neuroscienze, dalla psichiatria, alla criminologia¹⁸.

Inoltre, il concetto di trauma può essere osservato sia da un punto di vista oggettivo, sia da uno soggettivo. L'oggettività di un episodio traumatico è riferibile ad un evento eclatante insostenibile per qualsiasi soggetto, mentre rispetto alla sfera soggettiva è importante tenere in considerazione la capacità di un individuo di sopportare un determinato evento.

La soggettività della risposta all'episodio traumatizzante è dettata dall'organizzazione cognitiva, affettiva ed emozionale di ogni persona.

Quando una persona è sottoposta ad un evento estremo tenta di trovare aiuto e protezione attivando il sistema di attaccamento e il modello operativo interno¹⁹ che lo regola.

16. Ibidem, p. 9.

17. *International Classification of Diseases*: classificazione internazionale delle malattie, a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, giunto alla decima edizione, comprende una sezione relativa alle sindromi e ai disturbi psichiatrici e comportamentali.

18. LINGIARDI, op. cit., p. 101.

19. I sistemi motivazionali, ed in particolare quello dell'attaccamento, non solo organizzano il comportamento interpersonale e l'esperienza emozionale, ma organizzano anche la rappresentazione mentale di sé e degli altri. Le memorie di precedenti attivazioni dei sistemi motivazionali e dei loro risultati influenzano le

Se l'individuo presenta uno stile di attaccamento sicuro cercherà relazioni protettive. Diversamente, modelli operativi interni derivanti da stili di attaccamento di tipo insicuro²⁰ spingono la persona a non cercare situazioni protettive, anzi la inducono a creare un circolo vizioso tra le cause dirette del trauma e comportamenti successivi a rischio. Nel campo della ricerca quantitativa dare una definizione scientifica del termine trauma crea una serie di problematiche. Soprattutto è difficile determinare ciò che per il senso comune possa essere identificato sicuramente come evento traumatico.

Individuare i fattori in gioco quando si sposta lo sguardo dagli eventi eclatanti come un abuso sessuale o fisico, a situazioni maltrattanti ripetute nel tempo, dove il trauma diventa cumulativo, (*chronically traumatic environment*), fa in modo che il termine "trauma" venga considerato un termine-ombrello, necessario, ma non esaustivo²¹.

Per definizione, invece, il disturbo post-traumatico da stress (*Post-Traumatic Stress Disorder*) è inteso «come un disturbo che ha una causa esterna evidente in un evento macroscopicamente traumatico; nel PTSD, i fattori della personalità assumerebbero una rilevanza minore»²².

Questo disturbo si basa sulla presenza di quattro gruppi di sintomi:

- a) Sintomi intrusivi: agire o sentire come se l'evento si stesse ripetendo; avere ricordi o fare sogni che evocano immagini o pensieri spiacevoli relativi all'esperienza traumatica;
- b) Sintomi da evitamento del ricordo del trauma: luoghi, attività o persone che evocano ricordi del trauma;
- c) Ottundimento emotivo (*emotional numbing*): sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri;

successive modalità di funzionamento dello stesso sistema motivazionale. Il bambino in fase di sviluppo costruisce nella propria mente modelli di se stesso e degli altri, basati sulla ripetizione delle esperienze vissute con la figura di riferimento più importante. Queste rappresentazioni delle interazioni, una volta generalizzate, formano modelli mentali stabili su cui il bambino basa le sue previsioni relative al comportamento degli altri e quindi il suo comportamento sociale. La relazione di attaccamento costituisce perciò la matrice su cui si forma la rappresentazione mentale di se stesso e degli altri. Questi modelli rappresentazionali, chiamati *Internal Working Model* (IWM) o modelli operativi interni (MOI), diventano ben presto inconsapevoli e tendono ad essere stabili nel tempo. La capacità di anticipare gli eventi, propria dei modelli operativi interni originati sulla base dell'attaccamento, è tale da influenzare fortemente le successive relazioni affettive, che in un modo o nell'altro tenderanno a ripetere la primitiva relazione tra il piccolo e la figura di attaccamento. Il soggetto si è costruito uno schema mentale (per lo più inconscio) di come è l'altro e di come lo tratterà e finisce facilmente per selezionare proprio le persone che hanno quelle caratteristiche; il suo comportamento sarà complementare e finirà per rinforzare quello dell'altro, in una sorta di circolo vizioso. Ad esempio, è estremamente facile che una persona, già maltrattata da un padre violento e aggressivo, qualora non abbia messo in discussione a fondo il problema, abbia la tendenza a trovare un partner violento, nonostante sogni una persona dolce e accudente.

20. Quando la risposta alle aspettative di cura e a quelle emozionali è distorta.

21. LINGIARDI, op. cit., pp. 101-104.

22. Ibidem, p. 110.

d) Sintomi da eccessiva attivazione (*hyperarousal*) tra cui: disturbi del sonno, eccessiva irritabilità, tachicardia e difficoltà nel mantenere la concentrazione²³.

Il PTSD fu inserito per la prima volta fra le categorie diagnostiche del DSM-I con il nome *Gross Stress Reaction* e comprendeva le sindromi successive ad eventi postbellici o gravi catastrofi civili. Successivamente nel DSM-II viene indicata una nuova categoria nosologica il *Transient Situational Disturbance* .

Solo nel 1980, con il DSM-III, si aprono nuovi orizzonti per il *Post-Traumatic Stress Disorder*²⁴ in quanto l'interesse per le conseguenze relative al trauma è andato crescendo.

Gli psichiatri stilano un quadro clinico specifico e aprono la strada a notevoli ricerche soprattutto grazie all'attenzione e alla sensibilizzazione della società riguardo fenomeni come violenza contro le donne, prevenzione del maltrattamento e abuso sessuale dei minori e studi sui sintomi dei reduci del secondo conflitto mondiale.

Infine, nel DSM-IV, il PTDS è inserito tra i disturbi d'ansia, ma tale disturbo risulta solo uno dei tanti sintomi correlati ad uno stato emotivo post-traumatico, e quindi, come sostengono diversi studi, questa classificazione risulterebbe fuorviante.

Tutte le forme di disturbi della personalità in età adulta che affondano le proprie radici nei traumi infantili non possono essere comprese nel ventaglio del PTSD.

Se si prendono in considerazione tutti i casi di bambini maltrattati in famiglia e tutti gli episodi traumatizzanti esistenti, si nota che i disturbi correlati ad eventi traumatici sono molti di più di quelli diagnosticabili come PTSD.

Infatti, in tempi più recenti, si è iniziato ad indagare se vi fossero dati empirici in grado di dimostrare una corrispondenza sul piano eziologico, cioè sulla genesi del trauma.

Infine, le caratteristiche determinanti della vita mentale di un bambino e le particolari risposte evocate dalla ripetizione di un trauma in un ambiente familiare maltrattante, non sono del tutto colte dai principi del PTSD per individuare cosa sia traumatico nell'infanzia, né i sintomi derivanti dai particolari tentativi di adattamento dei bambini a relazioni familiari traumatiche, fonte di maltrattamenti e abusi ripetuti e cumulativi²⁵.

In psicopatologia e nella clinica del funzionamento post-traumatico, il significato di trauma, è interconnesso con il concetto di dissociazione²⁶, al tempo stesso espressione sintomatica del disturbo e meccanismo di difesa che agisce in modo determinatane non solo

23. FRANCO SABBATELLA e MARILENA TETTAMANZI, *Fondamenti di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano 2013.

24. LINGIARDI, op. cit., pp. 110-111.

25. LIOTTI e FARINA, op. cit., p. 21.

26. Il termine dissociazione in psicopatologia è utilizzato per indicare tre concetti diversi ma legati tra loro: 1)una categoria diagnostica, i Disturbi Dissociativi del DSM-IV ; 2)un gruppo di sintomi; 3)alcuni processi patogenetici causati da esperienze traumatiche che interferiscono con l'integrazione delle funzioni psichiche.

per il rapporto causale tra sviluppo in situazioni gravi e persistenti e sintomi dissociativi, ma anche nel meccanismo di patogenesi del trauma. La dissociazione è un meccanismo che ricopre un posto centrale nelle risposte immediatamente successive al trauma.

Si definisce *dissociazione* «uno stato in cui un soggetto subisce un'alterazione più o meno temporanea delle normali funzioni integrative come identità, memoria, coscienza, percezione dell'ambiente circostante»²⁷.

Una persona può dissociare dalla memoria o dalla coscienza un evento traumatico per cercare di fuggire dal dolore che questo ricordo causa.

Per il bambino traumatizzato la dissociazione può rappresentare l'unica difesa contro acuti stati di sofferenza emotiva. Grazie a questo processo, sentimenti, ricordi e percezioni inerenti all'evento traumatico vengono allontanati dalla mente, consentendo alla vittima di continuare ad agire come se l'evento traumatico non fosse mai accaduto.

Dunque, la dissociazione implicando un'alterazione dello stato di coscienza è una risposta all'evento traumatico.

Nel disturbo post-traumatico complesso associato a traumi molto dannosi, in cui il quadro clinico è contrassegnato da pervasività e cronicità, i sintomi dissociativi tendono a strutturarsi nella personalità e ad incidere sull'identità.

A livello prognostico, la presenza di un disturbo dissociativo (Disturbo Dissociativo dell'Identità, Disturbo Multiplo dell'Identità) può assumere un ruolo considerevole nell'evoluzione del quadro clinico e negli esiti a lungo termine del disturbo post traumatico²⁸.

27. LINGIARDI, op. cit., pp. 115-116.

28. CHELI et al., op. cit., p. 142.

1.2 Il trauma complesso

Le esperienze che riguardano la relazione di cura primaria sono molto significative per il bambino. Come possono essere un'insostituibile fonte di salute, possono essere anche il luogo dei più pericolosi attentati alla stessa. Infatti, tra le esperienze che generano stress (disequilibrio e sconforto) quelle a maggior impatto sui bambini avvengono proprio nelle relazioni primarie. Purtroppo, nelle realtà delle famiglie maltrattanti, accade che il bambino si trovi a vivere esperienze sfavorevoli ripetute nel tempo e che non le percepisca come dannose, nonostante provochino uno stato emozionale negativo.

Il quadro clinico che compare nelle vittime del trauma complesso è denominato *complex post traumatic stress disorder* (cPTSD) e fu elaborato da Herman²⁹ per cercare di superare i limiti del classico PTSD. Per traumi complessi si intendono episodi traumatici ripetuti nel tempo per periodi prolungati. I traumi complessi sono generalmente di tipo interpersonale, come i maltrattamenti e gli abusi che lasciano le vittime prive di difese ed incapaci di sottrarsi e trovare protezione. Queste tipologie di traumi possono essere causati, ad esempio, dalle relazioni disfunzionali tra un bambino e un genitore maltrattante. Infatti, l'effetto del trauma complesso è particolarmente grave se si verifica in età infantile. Tale trauma può portare gravi difetti nella regolazione delle emozioni, somatizzazioni, problemi relazionali, impulsività e alterazione dell'identità; oltre ai sintomi classici del PTSD.

Diversi studi neurobiologici hanno dimostrato una forma di PTSD correlata all'esposizione per lungo periodo ad eventi traumatici in età infantile. Nonostante le evidenze empiriche il cPTSD non è stato inserito nel DSM-IV come quadro clinico separato, ma semplicemente associato al quadro clinico del PTSD. Tuttavia, il quadro clinico del cPTSD offre comunque una base per lo studio dei casi di sviluppo traumatico prevedendo sette gruppi di sintomi:

- a) **Alterazione nella percezione delle figure maltrattanti:** le vittime di abusi generalmente tendono a idealizzare le figure maltrattanti, ad instaurare relazioni distorte e ad esserne dipendenti o addirittura a proteggere il loro aggressore. Ferenci³⁰ definisce questa tipologia di relazione come l'identificazione con l'aggressore, osservabile non solo nei bambini che subiscono traumi intra-familiari, ma anche negli adulti. Secondo la teoria dell'attaccamento di Bowlby, invece questo tipo di comportamento è spiegato con il bisogno della vittima di percepire un minimo di vicinanza protettiva, sia nel caso di bambini maltrattati dalle figure di accudimento, sia in età adulta quando la violenza

29. JUDITH LEWIS HERMAN, *Guarire dal trauma: affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*, Magi Eizioni, Roma 2005.

30. LIOTTI e FARINA, op. cit., p. 27.

è esercitata da parte di una persona di riferimento come un fidanzato, un coniuge, ma anche un datore di lavoro. Questa alterazione nella percezione della figura maltrattante può essere causa di comportamenti a rischio, cioè mettersi sempre nella situazione in cui la ripetizione del maltrattamento è possibile.

- b) **Alterazioni della regolazione delle emozioni e degli impulsi:** i soggetti vittime di maltrattamenti prolungati tipicamente mostrano difficoltà nel gestire le emozioni primarie come paura e rabbia. Inoltre, hanno la tendenza ad assumere atteggiamenti autolesionistici e impulsivi; oltre alla propensione nell'abuso di droghe o alcool.
- c) **Alterazione nella percezione del Sé:** l'esposizione per lungo periodo a situazioni traumatizzanti è causa di impotenza e disperazione; inoltre, si ha la tendenza a sviluppare sensi di colpa e vergogna causata da una rappresentazione del Sé ambivalente contrapposta.
- d) **Sintomi dissociativi e difficoltà di attenzione:** i disturbi della coscienza e dell'attenzione sono: amnesia, episodi dissociativi transitori e depersonalizzazione.
- e) **Somatizzazioni:** ovvero, disturbi all'apparato digerente, tachicardia e dolore cronico.
- f) **Alterazione nei significati personali:** il soggetto maltrattato non riesce a sottrarsi alle esperienze traumatiche provocate dalla figura di riferimento. Infatti, in alcuni momenti, vede la figura maltrattante come fonte di cure di prima necessità per la sopravvivenza. Inoltre, il soggetto vittimizzato genera una credenza distorta, pensando che non sia possibile manifestare dissenso nei confronti della persona a cui si è legati affettivamente o che, ad esempio, sia necessario mettere a disposizione il proprio corpo per la soddisfazione sessuale dell'altro, ma non della propria o ancora, che non sia possibile raggiungere alcuna meta (affettiva o lavorativa) autonomamente.
- g) **Disturbi relazionali:** i contesti relazionali traumatici generano un senso di sfiducia nei confronti degli altri e le competenze interpersonali sono spesso compromesse. Le relazioni che si formano oscillano dalla continua ricerca di protezione e paura dell'intimità affettiva³¹.

Il quadro clinico sopraindicato descrive la natura dei processi mentali in riferimento al concetto di trauma complesso.

31. Ibidem, pp. 19-30.

1.3 Il sistema di attaccamento nella risposta al trauma

La teoria dell'attaccamento formulata da Jhon Bolwby (1907-1990) alla fine degli anni Settanta, in un contesto evoluzionistico, è un utile contributo per spiegare i fattori di rischio e i fattori protettivi che influenzano la risposta al trauma e soprattutto per analizzare le situazioni di crescita in contesti traumatici. Secondo Bowlby la teoria dell'attaccamento spiegherebbe la formazione ed il mantenimento dei legami affettivi e le numerose forme di sofferenza emotiva e disturbo della personalità, incluse la rabbia, la depressione, l'ansia e il distacco emotivo, conseguenti alla rottura del legame con la figura di accudimento.

L'approccio utilizzato per l'analisi della relazione tra il bambino e le figure di riferimento primarie è di tipo Etologico. Secondo tale approccio, l'attaccamento viene visto come un sistema pre-programmato a livello biologico che si sviluppa progressivamente nei primi mesi di vita con lo scopo di apprendere le strategie di gestione dell'angoscia e del dolore tramite la stretta prossimità con la madre. Il ruolo principale dei genitori, per Bowlby, è quindi quello di fornire una "Base Sicura" ai propri figli, permettendogli una progressiva indipendenza, ma tenendo sempre presente che essi necessitano costantemente del sostegno parentale.

I fattori che influenzano lo stile genitoriale sono soprattutto il sostegno che viene fornito alla madre nei primi mesi di vita del figlio e le esperienze infantili che hanno segnato entrambi i genitori.

1.3.1 La *Strange Situation Procedure*

Un'allieva di Bowlby, Mary Ainsworth formulò una procedura sperimentale la *Strange Situation Procedure* per l'osservazione diretta e la valutazione dell'attaccamento nei bambini tra i 12 e i 18 mesi. L'esperimento, della durata di venti minuti, prevedeva la registrazione delle reazioni del piccolo di fronte alla presenza di una persona estranea e alla scomparsa e ricomparsa della figura di attaccamento (solitamente la madre). Durante tale procedura, sulla base dell'osservazione dei comportamenti manifestati dai bambini nei confronti del *caregiver*, furono inizialmente catalogati tre pattern di attaccamento: sicuro (B), insicuro-evitante (A) e insicuro-ambivalente (C).

Successivamente fu definita una quarta categoria, denominata Disorganizzato/Disorientato, nella quale fu possibile includere i bambini che non mostravano attaccamento di tipo A, B o C³².

32. MARY DINSMORE SALTER AINSWORTH et al., *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità: scritti scelti*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006.

Classificazione dei tipi di attaccamento

- a) **STILE DI ATTACCAMENTO SICURO (tipo B)**: alla separazione dalla madre, i bambini protestano vivacemente comunicando apertamente i loro sentimenti di disagio; alla riunione ricercano attivamente la vicinanza del genitore, tornando ad esplorare l'ambiente al ristabilito contatto con il *caregiver*;
- b) **STILE DI ATTACCAMENTO INSICURO-EVITANTE (tipo A)**: alcuni bambini non sembrano mostrare alcun disagio nel corso della separazione e a momento del ritorno ignorano ed evitano il genitore, indirizzando l'attenzione sull'ambiente circostante.
- c) **STILE INSICURO-AMBIVALENTE (tipo C)**: il comportamento del bambino è caratterizzato dalla protesta fortemente angosciata alla separazione, condizione che non viene eliminata al ricongiungimento.
- d) **STILE INSICURO- DISORGANIZZATO (tipo D)**: sia nel momento della separazione che del riavvicinamento il bambino reagisce con comportamenti contraddittori e incoerenti che non possono essere riferiti a nessuna delle categorie precedenti.

1.3.2 L'attaccamento negli adulti: *Adult Attachment Interview*

I modelli operativi interni, in concomitanza con il modello di attaccamento sviluppato, guidano e condizionano le azioni del bambino. In seguito essi diventano un'organizzazione più complessa di percezioni, di pensieri, di sentimenti, di comportamenti che influenzano la forma e la qualità dei rapporti che si andranno ad instaurare nel corso della vita e si trasformano in "memorie semantiche" che possono essere espresse verbalmente. Sulla base di queste ipotesi la tecnica ritenuta più valida per la valutazione dell'attaccamento in età adulta è l' *Adult Attachment Interview* (AAI)³³, un'intervista semi strutturata, elaborata inizialmente per confrontare lo stile relazionale dei genitori con quello dei loro figli, nel tentativo di verificare la possibilità di una "trasmissione intergenerazionale" dello stile di attaccamento. Un'ipotesi questa avanzata da Mary Main nel 1995 in collaborazione con Carol George e Nancy Kaplan³⁴.

Inoltre, l'AAI si propone di valutare la rappresentazione che un individuo ha della propria storia di attaccamento infantile e far emergere il peso che le esperienze vissute esercitano sul suo funzionamento attuale del soggetto³⁵.

Sono emerse, in tal modo, diverse categorie di individui caratterizzati da un peculiare modo di vivere l'esperienza relazionale con la figura di riferimento e di ricordare il tipo di attaccamento sviluppato con essa. Sono stati, dunque, individuati alcuni specifici "stati mentali"³⁶ nei confronti dell'attaccamento che descrivono i principali stili di attaccamento nelle persone adulte.

Gli stili di attaccamento secondo l'AAI nell'adulto sono:

- a) SICURO-AUTONOMO (F, *Free*): corrispondente al tipo (B), dove l'intervistato riesce ad esprimere in maniera chiara e coerente, sia gli aspetti negativi che positivi dei ricordi inerenti al suo vissuto infantile. Pur descrivendo in alcuni casi difficoltà o conflitti con i genitori, incluse esperienze traumatiche, di maltrattamento o di abbandono, essi sono in grado di raccordare in maniera equilibrata le loro esperienze passate con quelle presenti e di affrontarle senza assumere atteggiamenti difensivi, dimostrando inoltre di avere un'apertura alle relazioni con gli altri cui attribuiscono valore e importanza.
- b) INSICURO-DISTANZIANTE (Ds, *Dismissing*): corrispondente al tipo (A), dove i racconti vengono presentati in maniera del tutto incoerente, poveri di emozioni e di ricordi. I soggetti si presentano distaccati e indipendenti, forti e non condizionati dagli altri. Tendenzialmente hanno la propensione ad idealizzare l'infanzia, a descriverla

33. MARY MAIN e MARY BIGGAR MAIN, *L'attaccamento: dal comportamento alla rappresentazione*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2008.

34. CAROL GEORGE et al., *Adult attachment interview*, University of California, Berkeley, Department of Psychology, 1985.

35. LINGIARDI, op. cit., p. 78.

36. MAIN e MAIN, op. cit.

come una fase della vita meravigliosa e a considerare i propri genitori come persone sulla quale poter sempre contare. Tuttavia, il racconto delle loro esperienze infantili non è supportato da specifici ricordi di protezione e cura; inoltre il ricordo si basa sull'oggetto e non sulla relazione.

- c) **INSICURO-PREOCCUPATO (E, *Entangled*)**: corrispondente al tipo (C): il soggetto sembra ancora molto coinvolto emotivamente dalle vicende infantili che narra. Appare irritato come se fosse ancora invischiato nelle vicende passate con i genitori. Essi appaiono privi di autostima e si soffermano soprattutto sulla loro incapacità a soddisfare le aspettative dei genitori. Appaiono estremamente confusi oscillando nelle opinioni e nei ricordi, non riuscendo a formulare un quadro esaustivo delle loro esperienze di attaccamento infantile.
- d) **IRRISOLTO (U, *Unresolved*)**: corrispondente al tipo (D): il racconto è narrato in maniera disorganizzata, incoerente e frammentata. Profonda conflittualità tuttora presente con la figura di riferimento. I loro ricordi sono collegati a traumi infantili come la perdita di una figura di accudimento o episodi di abuso fisico e/o sessuale.
- e) Infine, dall'AAI è emersa un'ulteriore categoria per persone che non posso essere classificate nelle strategie precedenti, denominata *Cannot Classify (CC)*³⁷ ossia: *Non classificabili*. Analogamente, la categoria "*Cannot Classify*" è utilizzata per i bambini che non possono essere classificati all'interno dei modelli A, B, C; in questi casi il bambino viene codificato come CC in aggiunta alla codifica più appropriata (A, B, C), sulla base dell'intervista, a prescindere dall'attribuzione o meno anche della categoria D.

Molte ricerche hanno evidenziato, per la maggior parte dei casi, una relazione tra lo stile di attaccamento della madre attraverso l'AAI e quello del bambino tramite la *Strange Situation*; vi è cioè uno stretto parallelismo tra l'organizzazione del comportamento infantile e l'organizzazione dei modelli adulti del pensiero, del linguaggio e delle emozioni³⁸. Così le madri che presentano un attaccamento insicuro (E, Ds e U) tendono ad avere bambini che, a loro volta, manifestano uno stile di attaccamento di tipo insicuro. Al contrario madri che presentano uno stile di attaccamento di tipo F (sicuro-autonomo) è probabile che abbiano figli con uno stile di attaccamento di tipo B.

Inoltre, le ricerche condotte basandosi sugli studi di Bowlby hanno sottolineato l'importanza della capacità, da parte della figura di accudimento, di rispondere in maniera

37. ERIK HESSE, «Discourse, memory, and the Adult Attachment Interview: A note with emphasis on the emerging cannot classify category.» *Infant Mental Health Journal*, 17 (1996), pp. 4-11, p. 5.

38. SILVIA CIMINO, «La trasmissione intergenerazionale del maltrattamento: un quadro teorico», *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 4 (2002), pp. 35-53.

sensibile alle richieste del bambino come una delle variabili indispensabili nel determinare la qualità dell'attaccamento. Come sottolineato da Bowlby, Winnicott e Bion, è importante la capacità della madre di concepire il figlio come una persona dotata di sentimenti, desideri e convinzioni. «Non è dunque solo il comportamento osservabile del *caregiver* a predire lo stile di attaccamento che svilupperà il bambino, quanto piuttosto la sua capacità metacognitiva, cioè il suo grado di comprensione degli stati mentali del bambino e la sua prontezza nel rispondere a essi in maniera adeguata»³⁹.

A partire dai dati raccolti dalla *Adult Attachment Interview* è stato possibile dimostrare che le madri dei bambini con uno stile di attaccamento di tipo insicuro-disorganizzato presentano la mancata elaborazione di un trauma (lutto, incesto, violenza) nella relazione con i propri *caregiver* e quindi molte situazioni irrisolte. Di conseguenza, tendono ad adottare un atteggiamento spaventante nei confronti del bambino, a volte anche inconsapevolmente attraverso atteggiamenti ostili, talvolta violenti. Oppure, la paura, può essere indotta per contagio emotivo, da un genitore *spaventato/impotente* che nel momento dell'accudimento racconta vicende traumatiche, o è completamente assorbito da tali ricordi, compromettendo la sintonia comunicativa con il bambino.

Non è l'emozione della paura a condurre il bambino ad assumerne un comportamento disorganizzato. Generalmente possono verificarsi tre risposte ad una situazione spaventosa: fuga/attacco, ricerca di protezione e conforto o sottomissione.

In questo caso, il *caregiver* rappresenta per il bambino, sia una fonte di sostegno che una fonte di pericolo. La paura del bambino, quindi, non può trovare soluzione né fuggendo né cercando protezione.

Le esperienze che il bambino ha sperimentato nel primo anno di vita a causa dei comportamenti, da parte delle figure di riferimento, da lui vissuti come poco prevedibili ed emotivamente distanti e terrorizzanti, vengono inevitabilmente iscritti nella memoria emozionale, fino a divenire tratti caratteristici della personalità. Dunque, la modalità di attaccamento sperimentata dal bambino avrà un'incidenza molto alta sulle successive relazioni, che dal *caregiver* poi verranno spostate sul gruppo dei pari, sul *partner* ed in fine sulle modalità di attaccamento con il proprio figlio, che come dimostrato da varie ricerche, sarà simile a quello sviluppato nella propria infanzia (trasmissione intergenerazionale)⁴⁰. La disorganizzazione nell'attaccamento può essere considerata una delle variabili che concorrono a determinare il quadro clinico del PTSD e del cPTSD.

Nel caso della teoria dell'attaccamento di Bowlby, le risposte fornite dal *caregiver*

39. LINGIARDI, op. cit., p. 73.

40. ELENA SIMONETTI, *Esperienze traumatiche di vita in età evolutiva*, Franco Angeli, Milano 2010, p. 20.

alle richieste di accudimento, codificate in complesse strutture di memorie e aspettative comportamentali ad esse associate durante il corso della vita, i modelli operativi interni restano prevalentemente invariati. In età adulta vengono utilizzati come base per organizzare ogni altra forma di interazione compresa quella tra genitore e figlio. A riguardo si è sviluppata l'ipotesi che possa esistere una trasmissione intergenerazionale dei pattern di attaccamento. Tale ipotesi è sostenuta da ricerche che indagano la correlazione tra tipo di attaccamento del bambino e modello operativo interno della figura accudente⁴¹.

Benché la teoria sia nata con esplicito interesse ai primi anni di vita del bambino, Bowlby sosteneva che l'attaccamento è parte integrante del comportamento umano "dalla culla alla tomba" e dunque che lo stile di attaccamento formatosi durante l'infanzia rimanga relativamente stabile durante lo sviluppo. Responsabili di questa permanenza risultano essere i MOI, modelli relazionali appresi attraverso il ripetersi delle interazioni con le prime figure significative.

Tuttavia, bisogna tener presente che il rapporto tra il contesto di accudimento e i modelli di attaccamento sviluppati in età infantile e riattualizzati nell'età adulta, sono da considerarsi solo probabili, poiché spesso altri fattori possono interferire nel modificare la catena eziologica e delle corrispondenze. Infatti, dall'infanzia all'adolescenza, dall'adolescenza all'età adulta, alla senescenza, importanti esperienze di attaccamento possono modificare i MOI sui quali l'individuo articola le proprie relazioni sociali. Un esempio classico è il caso della psicoterapia. Il rapporto che si stabilisce tra paziente e psicoterapeuta può essere inteso come una relazione di attaccamento/accudimento. E in questo scenario, il processo di cambiamento che viene promosso dalla psicoterapia non può forse essere letto come un cambiamento dei modelli relazionali dell'individuo, e quindi dei Modelli Operativi Interni?

41. LINGIARDI, op. cit., pp. 68-72.

1.3.3 Attaccamento disorganizzato e sviluppo della personalità

Molteplici ricerche hanno recentemente evidenziato quanto le condizioni di carente e/o inadeguato accudimento possano produrre danni innumerevoli nella costruzione della personalità dei bambini, con ripercussioni per tutto l'arco della vita presente e futura. È caduta, inoltre, la distinzione tra danno psichico e danno fisico: cattive condizioni di accudimento ed esperienze traumatiche, specie se croniche, producono danni rilevabili⁴².

Con riferimento alla definizione di trauma fornita dal DSM-IV⁴³ nell'attaccamento disorganizzato, il bambino è portato a sperimentare emozioni veementi e allo stesso tempo l'impotenza dolorosa caratteristica di ogni esperienza traumatica.

Dunque, la dissociazione delle attività mentali (che accompagna le risposte patologiche ai traumi) è presente anche nella disorganizzazione dell'attaccamento. Ne consegue che l'attaccamento disorganizzato può essere considerato come un modello, del particolare rapporto, tra i fattori che congiuntamente compongono il quadro clinico del Disturbo Traumatico dello Sviluppo (DTS)⁴⁴ (Tabella 1.1) e del PTSD.

Numerose ricerche sostengono che l'attaccamento disorganizzato nei primi anni di vita, può essere considerato un fattore di rischio che resta attivo per tutto l'arco della vita dell'individuo, non solo per il PTSD ma per tutte le patologie correlate al trauma e alla dissociazione.

I traumi cumulativi avvenuti nel contesto intrafamiliare, ad opera diretta o indiretta della figura di riferimento, concorrono al verificarsi di uno stile di attaccamento disorganizzato e di un disturbo traumatico dello sviluppo. Pertanto, la disorganizzazione dell'attaccamento può essere ritenuta sia un fattore di rischio per risposte patologiche ai traumi successivi, sia un trauma relazionale precoce.

Il dato di ricerca più interessante riguarda una specifica influenza del disturbo di attaccamento precoce sugli equilibri motivazionali ed interpersonali successivi allo sviluppo del bambino. Infatti è dimostrato che la maggioranza dei bambini intorno ai tre anni di età risultanti avere un attaccamento disorganizzato nella *Strange Situation Procedure*, con il passare del tempo, tra il terzo e il sesto anno di età, mostrano nei confronti della figura di riferimento un tipo di comportamento organizzato insolito e alla lunga disfunzionale.

Tale comportamento è definito *controllante* perché tende ad attirare l'attenzione del *care-giver* assumendo strategie di critica, di minaccia competitiva e di opposizione.

42. MARINELLA MALACREA, «Il buon trattamento: un'alternativa multiforme al maltrattamento infantile», *Cittadini in crescita*, 1 (2004), pp. 1-17.

43. American Psychiatric Association, 2000.

44. Al fine di prevenire la stabilizzazione dei sintomi in età infantile, una rete di psichiatri e psicologi clinici del Child Traumatic Stress Network statunitense hanno apportato alcune modifiche ai criteri diagnostici del cPTSD per le diagnosi in età infantile, attribuendogli il nome di Disturbo Traumatico dello Sviluppo.

La letteratura rimanda a diverse interpretazioni delle strategie controllanti (punitive o protettive), sia in età infantile che in età adulta. La disorganizzazione viene concepita come «una frattura, cioè come uno stato soggettivo di angoscia elevata nel dilemma paura-bisogno rispetto alla/alle figure di riferimento: un tipo di angosciata ambivalenza impossibile da sopportare. Gli storici concetti di difesa possono essere rilette come necessità di trovare una via di uscita rispetto a vissuti insopportabili»⁴⁵. Lyons-Ruth⁴⁶ e altri ricercatori sull'attaccamento hanno individuato due strategie per riprendere il controllo, ovvero per riorganizzare la disorganizzazione: una protettiva, l'altra punitiva.

Nella strategia *controllante-protettiva* il bambino mostra atteggiamenti protettivi verso il *caregiver* impotente, scosso o vittima di traumi irrisolti. Si produce una vera e propria inversione dei ruoli dell'attaccamento. Addirittura può accadere che un bambino, vittima di abusi, cerchi di consolare il genitore maltrattante che lamentosamente implora perdono. Spesso, le attenzioni che il bambino rivolge al genitore possono essere fraintese ed apprezzate, non solo all'interno del contesto familiare, ma anche da insegnanti o amici che lodano il comportamento affettuoso del bambino nei confronti del genitore.

Infatti, i bambini con un comportamento di questo tipo appaiono particolarmente obbedienti e responsabili.

Tuttavia, il genitore può tentare di riaffermare la propria autorità sul bambino adultizzato adoperando comportamenti violenti a cui il bambino tende a rispondere con sottomissione per evitare di turbare il genitore tanto fragile. In queste dinamiche interpersonali avviene una rappresentazione del Sé molto negativa. Il bambino si sente inferiore ed incapace, generando una forma di anassertività che si protrarrà fino all'età adulta. Le strategie *controllanti-accudenti* potrebbero essere alla base dei disturbi di ansia, depressione, e senso ipertrofico di responsabilità, che si manifestano con comportamenti particolarmente scrupolosi ed ansia sociale.

La strategia *controllante-punitiva*, invece, consiste nell'attivazione del sistema competitivo o di rango sociale⁴⁷ nelle situazioni in cui sarebbe appropriata l'attivazione del sistema di attaccamento. L'interazione dei bambini controllanti-punitivi con i genitori sembra regolata da una tendenza aggressiva alla dominanza piuttosto che dalla ricerca di cura e aiuto, anche quando quest'ultima sarebbe appropriata⁴⁸.

45. MATTEO SELVINI, «L'integrazione della diagnosi di personalità e dei funzionamenti post-traumatici nel pensiero sistemico», *Eco Mente*, 37(1) (2014), pp. 49-59, p. 11.

46. K. LYONS-RUTH et al., «Il legame tra disorganizzazione dell'attaccamento in età infantile e dissociazione in età adulta», in R. WILLIAMS (a cura di), *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2009.

47. Il sistema competitivo o di rango regola le interazioni il cui fine è definire i ruoli di dominanza e di sottomissione all'interno del gruppo sociale.

48. GIOVANNI LIOTTI, «Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell'attaccamento», *Infanzia e adolescenza*, 4, 3 (2005), pp. 130-144.

Si può concludere che la scelta del tipo di strategia controllante da parte del bambino è in stretta relazione con i comportamenti della figura di riferimento e che entrambi presentino una disorganizzazione sia rispetto all'attaccamento che rispetto all'accudimento. Nonostante i loro aspetti negativi per la formazione della personalità, le strategie controllanti risultano parzialmente adattative sia per il *caregiver* che per il bambino⁴⁹.

A queste due fondamentali strategie Liotti ne aggiunge altre tre:

1. *Autarchica*: Il bambino autosufficiente, ovvero il bambino che tenta di cancellare la figura di riferimento che gli incute terrore, cercando con tutte le sue forze di farne a meno. Questa è la situazione che Liotti definisce: "staccare la spina di attaccamento", cioè gli attaccamenti fortemente evitanti che rimandano al retroterra delle personalità ossessive, schizoidi o paranoide, ma che incontriamo spesso come instabilmente presente nei quadri border e psicotici⁵⁰.
2. *Seduzione*: Arriviamo qui su un terreno classico della storia della psicoterapia: le famose *isteriche* di Freud, oggi ribattezzate istrioniche (come vedremo meglio nel capitolo due), sono quelle infanzie vissute nel terrore di non essere visti e che di conseguenza utilizzano la seduzione, il malessere e la malattia come strumenti per coinvolgere la figura di riferimento. Purtroppo, molte volte queste bambine (o bambini, anche se più raramente) sono soprattutto vittime di abusi. Tuttavia, questo tipo di riorganizzazione porta ad ipotizzare il ruolo attivo della vittima sul terreno specifico della ricerca di attenzione⁵¹.
3. *Sottomissione*: Il bambino può imparare che per controllare la figura di riferimento, e quindi renderla meno minacciosa e più prevedibile, può adottare la strategia di rispondere ad ogni suo comando in uno stato di assoluta compiacenza.

Questo modello strutturato su cinque tipi di riorganizzazione è parso clinicamente assai utile, innanzitutto per rifondare su basi più etologiche il classico concetto di difesa. Inoltre, aiuta a comprendere i possibili percorsi evolutivi che portano ai diversi tipi di personalità⁵².

49. LIOTTI e FARINA, op. cit., pp. 88-96.

50. SELVINI, «L'integrazione della diagnosi di personalità e dei funzionamenti post-traumatici nel pensiero sistemico» cit., p. 13.

51. MATTEO SELVINI, «Verso un modello evolutivo individuale/sistemico dei disturbi della personalità (Towards an evolving individual/systemic model of Personality disorder)», *Psicobiattivo*, 2 (2014), pp. 46-58, pp. 4-5.

52. Ibidem, p. 5.

Cluster A	ESPOSIZIONE A VIOLENZA INTERPERSONALE E GRAVE TRASCURATEZZA NELL'ACCUDIMENTO
Cluster B	DISREGOLAZIONE EMOTIVA E NELLE FUNZIONI FISILOGICHE
	B1: Inabilità a modulare e tollerare stati emotivi negativi
	B2: Disturbi nella regolazione delle funzioni corporee di base come disturbi del sonno, dell'alimentazione, iper-reattività agli stimoli sensoriali
	B3: Stati dissociativi, dissociazioni somatoformi
	B4: Marcata alessitimia intesa come difficoltà nel riconoscere, descrivere e comunicare, sensazioni corporee, stati emotivi, desideri e bisogni
Cluster C	DISTURBI COMPORTAMENTALI E COGNITIVI
	C1: Incapacità nel percepire ed evitare o difendersi dalle minacce o allarme eccessivo per stimoli minacciosi, sia ambientali sia relazionali
	C2: Alterazioni nella capacità di proteggersi ed esposizione a situazioni rischiose
	C3: Disturbi comportamentali derivanti da manovre di autoconforto (masturbazione cronica, stereotipie motorie, automutilazioni, abuso di sostanze)
	C4: Comportamenti automutilanti reattivi o abituali
	C5: Difficoltà a pianificare, iniziare o completare un compito, concentrarsi su un compito, organizzarsi per ottenere benefici
Cluster D	DISTURBI NELLA PERCEZIONE DEL SÉ E DELLE RELAZIONI INTERPERSONALI
	D1: Disturbi nelle relazioni di attaccamento (difficoltà di separazione, timore nel ricongiungimento)
	D2: Sentimenti di avversione per se stessi, senso di inaiutabilità, convinzione di mancanza di valore, incapacità, essere sbagliati o difettosi
	D3: Senso di sfiducia nei propri confronti e nei confronti degli altri con atteggiamenti ipercritici o di rifiuto verso le persone più vicine (<i>caregiver</i>)
	D4: Comportamenti aggressivi (verbali e fisici) anche verso i <i>caregiver</i>
	D5: Comportamenti inappropriati di vicinanza e fiducia verso estranei anche con comportamenti sessuali inappropriati
	D6: Difficoltà o incapacità a regolare il contatto empatico (eccessivo coinvolgimento o distacco nelle situazioni sociali)
Cluster E	SINTOMATOLOGIA DEL DPTS
Cluster F	DIFFICOLTÀ NEL FUNZIONAMENTO GLOBALE FAMILIARE, SOCIALE, SCOLASTICO, COMPORTAMENTALE

Tabella 1.1: Criteri diagnostici per il DTS (tratto da van der KolK, 2005 in Liotti e Farina, 2011, pag. 24)

1.4 Caso clinico

Come descritto nel paragrafo precedente, le strategie controllanti inibiscono la possibilità che il modello organizzativo interno disorganizzato affiori alla coscienza, nelle situazioni di vita quotidiana, evitando al bambino l'esperienza della dissociazione.

Osservando il seguente caso clinico è possibile notare come un trauma, che non aveva causato apparenti disagi in età infantile, possa essere risvegliato da particolari eventi in età adulta, costituendo la base teorica per una correlazione tra evento traumatico avvenuto in età infantile e sintomatologia presentata in età adulta. Il seguente caso clinico (tratto da Liotti)⁵³ illustra in maniera molto chiara il concetto del crollo delle strategie controllanti:

D. è un medico di trent'anni che non ha mai dimenticato gli abusi incestuosi subiti per anni quando era piccola. In età infantile non aveva mai presentato disturbi post-traumatici o dissociativi. In età adulta le è capitato di soffrire di attacchi depressivi che lei stessa ha diagnosticato e curato con farmaci antidepressivi.

Infatti, prima dei trentatré anni D. non aveva mai presentato evidenti sintomi dissociativi. Questi sintomi apparvero solo quando scoprì che anche sua sorella più piccola fu vittima di incesto da parte del padre, quando D. pensava, invece, di averla sempre protetta. Inoltre, la sorella minore ignorava che la stessa esperienza fosse accaduta anche a D.

Solo da quella drammatica scoperta D. cominciò a soffrire di sintomi post-traumatici dissociativi. Prima di addormentarsi avvertiva la vicinanza di un'ombra nera ed imponente che cercava di avvicinarsi al suo letto: questo sintomo potrebbe permettere la diagnosi clinica di un PTSD a esordio ritardato. D. era disorientata da queste allucinazioni perché sapeva molto bene che questi erano i sintomi tipici delle vittime di abuso in età infantile, e lei ricorda di non avere mai avuto sintomi del genere quando era piccola. Ora si domanda il perché si siano presentati questi disturbi a distanza di anni. Durante il giorno, D. soffriva di depersonalizzazione e ansia ed iniziava ad avere problemi con la sessualità, cosa che fino a quel momento non le era mai accaduta e che solo ora diventa un'insostenibile rievocazione del trauma infantile. Durante la psicoterapia emerse che D. fin da bambina si era occupata della sorella più piccola e della madre affetta da disturbo bipolare. Dato che il disturbo bipolare nella figura di riferimento è un fattore di rischio, dimostrato affinché si verifichi un attaccamento disorganizzato nel bambino, è molto probabile che D. abbia sviluppato prima un disturbo nell'attaccamento e successivamente una strategia controllante-accudente che ha inibito il modello organizzativo interno disorganizzato. La scoperta dell'incesto avvenuto nei confronti della sorella minore, che lei era convinta di aver protetto, ha provocato il collasso della strategia controllante-accudente e tutti i sintomi correlati alla dissociazione.

Come dimostra il caso di cui sopra, rivedere la propria storia di vita è una preziosa occasione per capire che un disagio attuale, problemi di ansia e/o depressione, possono essersi sviluppate a seguito di eventi ed esperienze difficili di vita (in questo caso un abuso) che si sono accumulate, portando gravi conseguenze in età adulta.

53. LIOTTI e FARINA, op. cit., pp. 98-99.

1.5 Nuove tecniche verso il superamento del trauma: l'approccio EMDR

Il percorso psicoterapeutico, volto ad aiutare le persone a ritrovare un nuovo equilibrio a seguito di una o più esperienze traumatiche, è un percorso complesso, unico e ogni volta sorprendente. L'EMDR⁵⁴ acronimo dell'inglese *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, è una tecnica psicoterapeutica recente che si è dimostrata molto efficace nel trattamento del PTSD, sia nei bambini che negli adulti. La scoperta iniziale di tale tecnica è avvenuta nel 1987 a opera della Dottoressa Francine Shapiro⁵⁵.

I principali punti di forza dell'EMDR sono la velocità con la quale è possibile ottenere la remissione dei sintomi legati al trauma e l'adattabilità di esso con altre forme di trattamento come la terapia psico-dinamica, la terapia cognitiva-comportamentale e le terapie incentrate sulla persona⁵⁶. Inoltre, il suo utilizzo è possibile sia nello stesso *setting* che in *setting* multipli integrati⁵⁷. Data la sua particolare adattabilità, questo metodo è utilizzato da terapeuti di ogni orientamento clinico. Molto spesso l'EMDR è l'approccio scelto per la terapia di persone vittime di traumi, causati da calamità naturali o prodotti dalla mano dell'uomo. In particolare, è maggiormente applicato a persone vittime di traumi fisici o psicologici, tra i quali la violenza domestica, l'abuso sessuale, reduci di guerra o incidenti ma anche a persone affette da depressione, che fanno abuso di sostanze o ancora, che soffrono di problematiche relative all'autostima.

Il presupposto teorico, alla base di tale metodo, è che i fattori scatenanti di pensieri, emozioni e comportamenti negativi siano proprio memorie drammatiche non elaborate⁵⁸. Si tratta di una procedura incentrata sul paziente, che utilizza metodi standardizzati attraverso la focalizzazione simultanea su associazioni spontanee di immagini, pensieri, emozioni e sensazioni corporee legate all'episodio traumatico seguiti da una stimolazione bilaterale (ad esempio la stimolazione uditiva) e attraverso l'uso di rapidi movimenti oculari indotti dal terapeuta invitando il paziente a seguire con lo sguardo il movimento delle sue dita⁵⁹. La tecnica dell'EMDR prevede diverse fasi descritte sinteticamente di seguito:

- Nella prima fase di *anamnesi* viene individuato il vissuto traumatico e le emozioni ad esso correlato. Nel caso in cui si presentino una serie di ricordi traumatici, si procederà

54. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*, Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso i movimenti oculari.

55. ELENA SIMONETTA, *Esperienze traumatiche di vita in età evolutiva. EMDR come terapia*, FrancoAngeli, Milano 2010.

56. *Ibidem*, p. 41.

57. LIOTTI e FARINA, *op. cit.*, p. 212.

58. *mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*, 2010, www.who.int/mental_health/mhgap.

59. ISABEL FERNANDEZ et al., *Traumi psicologici, ferite dell'anima: il contributo della terapia con EMDR*, Liguori, Napoli 2011, pp. 91-104.

focalizzando l'attenzione su uno specifico ricordo per volta affinché si riscontri un esito più efficace.

- Nella seconda fase, ovvero *la preparazione del paziente*, il terapeuta chiede al paziente di esprimere le sensazioni fisiche e le convinzioni negative associate alle emozioni derivanti dal ricordo.
- Successivamente il paziente viene invitato a *formulare credenze e convinzioni positive* su di sé da opporre a quelle negative emerse dal ricordo del trauma. Tali considerazioni positive andranno a costituire l'obiettivo della rielaborazione e ricostruzione cognitiva.
- Nella quarta fase si procede con la *desensibilizzazione* attraverso la provocazione dei movimenti oculari (o altre forme di stimolazione bilaterale). Si chiede al paziente di focalizzarsi sugli elementi del ricordo identificati nella terza fase, invitandolo a notare tutto ciò che accade dentro di sé durante il set di movimenti oculari come ad esempio i pensieri, le immagini e le sensazioni corporee. Quando il ricordo viene vissuto con minore intensità e maggiore chiarezza vuol dire che la tecnica si è rivelata efficace⁶⁰.

Tralasciando l'aspetto strettamente tecnico dell'utilizzo dell'EMDR, il motivo principale del suo utilizzo -come per altre tecniche terapeutiche- è quello di cercare di ridurre la sofferenza della vittima e rafforzare le credenze adattive e funzionali connesse all'evento traumatico.

La tecnica dell'EMDR ha riscosso notevole successo tra i terapeuti di tutte le scuole sia Americane che Europee, poiché è una tecnica di intervento breve in una posizione di integrazione, e non di contrapposizione, rispetto ai modelli esistenti⁶¹.

In particolare, per i sistemici ha fornito una serie di tecniche di conduzione molto strutturate per le sedute individuali. Come evidenziato da Selvini, il successo dell'EMDR è sicuramente legato al suo impatto di forte correzione rispetto a diversi modelli della psicoterapia, tra cui quello sistemico, che avevano eccessivamente sottovalutato i temi del trauma, sia nelle valutazioni eziopatogenetiche che nelle tecniche di trattamento⁶². L'utilizzo integrato di EMDR e terapia familiare sistemica individuale è molto utile in quanto aiuta a sviluppare l'integrazione e l'efficacia di interventi sia individuali che familiari.

Inoltre, il modello sistemico storico si è fortemente contrapposto alla psicoanalisi per quanto riguarda il paziente considerato vittima della sua famiglia.

Il modello sistemico ha cercato di lavorare in modo da sfatare il classico tema della "colpevolizzazione" sia con la connotazione positiva, sia con la causalità circolare e cioè collettivizzando e parificando la responsabilità tra tutti i membri della famiglia.

60. LIOTTI e FARINA, op. cit., p. 212.

61. MATTEO SELVINI, *Trauma e approccio sistemico: l'impatto dell'EMDR*, <http://www.scuolamaraselvini.it>.

62. Ibidem, p. 2.

In riferimento al concetto di trauma, la psicoanalisi fu fortemente contraddittoria su due versanti. Da un lato era assolutamente accusatoria nei confronti dei genitori⁶³, dall'altra totalmente assolutoria negando e banalizzando il trauma reale⁶⁴. Tuttavia, il punto di vista psicoanalitico che colpevolizza maggiormente i genitori resta quello del non concedere ai familiari possibilità di recuperabilità delle competenze genitoriali: il bambino/figlio va automaticamente allontanato psicologicamente e simbolicamente dai suoi genitori e familiari.

63. Si vedano ad esempio i concetti di madre frigorifero o schizofrenogenica.

64. SELVINI, *Trauma e approccio sistemico: l'impatto dell'EMDR* cit.

Capitolo 2

VISSUTI TRAUMATICI E COSTRUZIONE DELLA PERSONALITÀ

La sofferenza vissuta dai bambini maltrattati resta imprigionata "nel corpo e nell'anima dei pazienti con gravi disturbi di personalità [...] quelli che curiamo, anche quando curiamo pazienti adulti, sono, alla fine, i bambini feriti che ancora piangono dentro di loro"

Cancrini, 2012¹

2.1 Il fattore comune dei fanciulli feriti

L'osservazione e lo studio dei casi in cui i bambini vivono situazioni malsane, di abuso e maltrattamento ha portato gli operatori del settore ad ipotizzare dei modelli che prendono in considerazione il legame tra contesti di vita sfavorevoli e tipologie di disturbo della personalità esibite dal bambino e dall'adulto. Infatti, alcune relazioni distorte all'interno del nucleo familiare corrispondono, spesso, a sintomi psico-comportamentali disfunzionali che, se non vengono curati, rischiano di evolvere in gravi disturbi della personalità.

Tali modelli non sono basati esclusivamente sui sintomi individuali del bambino, ma anche su una diagnosi che sia la descrizione strutturale del funzionamento della mente del bambino e, allo stesso tempo, del contesto ambientale in cui esso è inserito, oltre alle relazioni del bambino con gli adulti significativi. Una diagnosi questa, che mette in evidenza i punti di fragilità e i punti di forza (relazioni positive) e che va a valutare le competenze genitoriali nell'ottica della loro recuperabilità.

1. CANCRINI, *La cura delle infanzie infelici* cit., p. 4.

Luigi Cancrini² analizza le vicende traumatiche che segnano profondamente l'anima dei bambini rendendoli infelici a seguito di relazioni disfunzionali e traumatiche, proponendo un'analisi dei fattori di rischio che possono concorrere a determinare profili di personalità che poi sfocino in condotte antisociali e patologie psichiatriche. Egli giunge alla conclusione che l'intervento terapeutico, quando il soggetto è ancora in età infantile, possa spezzare "la catena intergenerazionale" della trasmissione del comportamento maltrattante o del sintomo. Questo significa preparare adulti che non ripetano la stessa sorte di infelicità. Egli si propone soprattutto di rintracciare nell'adulto con un grave difetto di funzionamento il bambino ferito che è stato e di aiutare i bambini feriti di oggi, dei quali intravede linee di frattura che altrimenti li sospingerebbero inesorabilmente al disturbo di personalità. Anziché partire dai sintomi, Cancrini effettua una diagnosi che muove dall'individuare le caratteristiche di personalità, analizza gli schemi difensivi che portano il soggetto a regredire ad un livello borderline o psicotico di funzionamento. Dunque, si fa riferimento tanto al bambino traumatizzato bisognoso di cure, quanto al bambino ferito che si cela nel profondo di quell'adulto violento e malato, intraprendendo congiuntamente due percorsi di cura.

Infatti, la maggior parte dei genitori ritenuti maltrattanti o inadeguati sono persone che hanno avuto, a loro volta, genitori inadatti e carenzianti, di conseguenza il bambino che vive una situazione drammatica all'interno del proprio nucleo familiare non è mai l'oggetto principale delle attenzioni dei suoi genitori, ma solo lo schermo delle emozioni proiettate su di lui da adulti infelici e immaturi. La difficoltà maggiore di questi genitori, dunque, è quella di non vedere il figlio come un individuo separato da sé, un soggetto distinto di cui vanno rispettati i tempi e l'originalità. Per questo, sono considerate infanzie infelici quelle vissute da bambini con figure di riferimento incapaci di considerare i bisogni di autonomia e di differenziazione dei loro figli, a causa di un loro difetto di equilibrio e di maturità, strumentalizzando i loro bambini, o vedendoli addirittura come un prolungamento del Sé³.

Oltre alla relazione genitore/bambino, è importante distinguere le conseguenze delle ferite causate da un trauma ripetuto nel tempo, da quelle provocate da un trauma occasionale. Nel primo caso, il danno inferto al bambino è l'esito di un'esposizione prolungata a una situazione di maltrattamento tale da impedirgli di esprimere il suo malessere, determinando conseguenze immediate in termini di regressione a un livello borderline del

2. Luigi Cancrini, psichiatra e psicoterapeuta di formazione psicoanalitica e sistemica, ha fondato negli anni Settanta una fra le più importanti scuole di psicoterapia del nostro paese: il Centro Studi di Terapia Familiare e Relazionale, del quale è presidente. Dal 1995 è direttore scientifico delle Comunità Terapeutiche di Saman, dal 1998 del Centro di Aiuto al Bambino Maltrattato e alla Famiglia e, dal 2009, delle Comunità di Domus de Luna. Citiamo fra le sue ultime pubblicazioni: *La cura delle infanzie infelici. Viaggio nell'origine dell'oceano borderline* (2012).

3. CANCRINI, *La cura delle infanzie infelici* cit., p. 76.

funzionamento della mente. I disturbi collegati a queste situazioni sono: il disturbo borderline, antisociale, paranoide e schizotipico.

Invece, quando le situazioni traumatiche non sono prolungate nel tempo (si pensi ad un grave lutto) è più facile elaborare il trauma, soprattutto se si sono instaurati legami positivi con le figure di riferimento.

Infatti, il bambino impara a narrare il dolore, a dare un senso ed un nome alla sofferenza all'interno del contesto terapeutico, si innalza la soglia di attivazione funzionale⁴ che impedisce la formazione di strutture di personalità disfunzionali.

4. Una soglia bassa di attivazione funzionale della mente genera un'alta probabilità di regressione; mentre ad una soglia alta di attivazione funzionale della mente ne consegue la protezione dalla regressione.

2.2 La classificazione delle infanzie infelici: il modello di Cancrini

La tipizzazione delle infanzie infelici è basata su due distinti blocchi di osservazione: il primo è legato alla letteratura sui disturbi di personalità e alla ricostruzione dei vissuti infantili proposto in particolare da Lorna Smith Benjamin⁵; il secondo, invece, si concentra sull'osservazione diretta dei casi studiati da Cancrini.

Partendo dai disturbi di personalità definiti nel DSM-IV, Benjamin si pone l'obiettivo di verificare se c'è una coerenza di ordine clinico fra i sintomi propri dei diversi disturbi di personalità e la storia dei vissuti interpersonali di chi li racconta⁶. Per denominare i disturbi di personalità in età infantile Benjamin fa riferimento al disturbo di personalità in età adulta. L'ordine con cui viene presentata la classificazione è, tuttavia, differente da quello del DSM-IV a cui fa riferimento la Benjamin. Sono proposte per prime quelle inerenti alle situazioni in cui i bambini vivono una condizione di vero e proprio maltrattamento e/o abuso: infanzia borderline, antisociale, paranoidea e schizotipica. Successivamente sono presentate quelle in cui il bambino ha affrontato una difficoltà di ordine psicologico: infanzia ossessivo-compulsiva, istrionica, narcisistica, dipendenti, passivo-aggressiva, evitanti e schizoidi.

2.2.1 L'infanzia borderline

Partendo dalla ricostruzione fornita da Lorna Smith Benjamin, Cancrini definisce i fattori che caratterizzano l'infanzia borderline. Questi elementi riguardano:

- La struttura caotica della famiglia: essa presenta uno stile di vita molto disorganizzato, con frequenti liti e infedeltà. Le relazioni con le figure di riferimento sono imprevedibili, sia dal punto di vista organizzativo che da quello affettivo. Il bambino ha la necessità di adattarsi rapidamente a tale contesto.
- Le storie evolutive di queste infanzie presentano momenti di cura affettuosa seguite da ripetute esperienze di abbandoni, legate al cambio delle figure di riferimento.
- Una storia evolutiva in cui il bambino, nonostante abbia sperimentato un amore discontinuo ed interrotto ha potuto creare un legame con una persona di riferimento, anche esterna alla famiglia.
- Una storia di vita in cui il bambino impara che stati di malessere (infelicità o malattia) attirano le attenzioni, l'amore e la preoccupazione della figura accudente.

Nel maggior numero di casi i bambini borderline hanno la tendenza a stabilire relazioni affettive forti, tormentate dalla paura dell'abbandono.

5. Cancrini si basa sulla classificazione dei disturbi di personalità proposto dall'opera *Diagnosi interpersonale e trattamento dei disturbi di personalità* (1999) di Benjamin riferita al DSM-IV, dove vengono descritti casi clinici affidandosi al solo ricordo del paziente e ricostruendone il suo vissuto traumatico.

6. CANCRINI, *L'oceano borderline* cit., p. 97.

Inseriti in una comunità per minori o in una famiglia affidataria questi bambini, in un primo momento, sembrano stare meglio, cercando o trovando la protezione di cui hanno bisogno, in seguito iniziano a peggiorare, creando problemi o attaccando la relazione con le nuove figure di riferimento.

Questo accade perché la loro sensazione di benessere li fa sentire in colpa nei confronti degli adulti che non ci sono più (i genitori maltrattanti o abusanti) mettendo in moto il loro conflitto di lealtà tra la precedente figura adulta e quella nuova con cui riesce a stabilire una relazione positiva e alternativa rispetto a quella di prima.

Alla luce di questi avvenimenti è possibile individuare alcune caratteristiche tipiche dell'adulto borderline e trovare una correlazione con la storia della sua infanzia. Lo stile di vita caotico avuto da piccolo, porterà l'adulto borderline a prendere le decisioni rapidamente, sotto la spinta delle emozioni del momento. Queste decisioni impulsive potrebbero portarlo ad un'instabilità delle relazioni affettive e ad una conseguente frustrazione. La paura di essere nuovamente abbandonato potrebbe essere la causa di alcuni comportamenti controllati, fino alla perdita del controllo e all'assunzione di atteggiamenti particolarmente violenti ed intrisi di gelosia. Come nell'infanzia, anche in età adulta, potrebbe attaccare le relazioni affettive positive, poiché le percepisce in conflitto con le figure interiorizzate degli adulti maltrattanti, con cui deve mantenersi leale. L'adulto borderline drammatizza il suo malessere affinché gli vengano rivolte attenzioni. E' importante che gli altri lo notino e si occupino di lui. Nella continua ricerca di attenzioni, può arrivare a diventare autolesionista e tentare il suicidio.

E' opportuno precisare che la corrispondenza fra esperienze traumatiche nell'infanzia e disturbi nell'adulto non deve essere considerata come automatica. Inoltre, sempre secondo il modello interpretativo di Cancrini, se si interviene precocemente sul bambino è possibile che il disturbo non si sviluppi. E' importante che la misura di intervento avvenga su due piani: quello che modifica la situazione contestuale e quello dell'ascolto terapeutico che permette l'elaborazione del vissuto traumatico. In questi casi è opportuno che i servizi che si occupano di bambini maltrattanti abbiano in mente queste caratteristiche comportamentali del bambino borderline e cerchino di offrirgli un nuovo rapporto sano e solido con l'adulto. Le nuove relazioni dovrebbero evitargli ulteriori oscillazioni affettive, il sentimento di solitudine e dell'abbandono, il conflitto di lealtà e l'abitudine a cercare affetto con comportamenti riferiti allo stare male. Se non si riesce a fare in modo che il bambino dia voce al suo dolore, il rischio che si corre è che questi tratti disfunzionali possano diventare stabili nella sua organizzazione di personalità⁷.

7. CANCRINI, *La cura delle infanzie infelici* cit., pp. 10-20.

2.2.2 L'infanzia antisociale

Il vissuto delle persone che potrebbero sviluppare un disturbo antisociale di personalità è caratterizzato da situazioni infantili particolarmente difficili e pesanti. Questi bambini si trovano spesso in famiglie definite multiproblematiche e conosciute ai servizi sociali perché molto disorganizzate, con patologie che riguardano uno o più membri della loro famiglia.

In particolare queste strutture familiari rendono problematiche le cure necessarie per il bambino (alimentazione, cure mediche, abbigliamento, igiene). I figli vengono concepiti senza una reale consapevolezza da parte dei genitori che hanno gravi difficoltà sia di ordine sociale che psicologico. Anche i legami affettivi sono seriamente compromessi in quanto la figura di riferimento varia frequentemente e l'adulto è completamente incapace di rispondere ai bisogni in maniera adeguata, sintonizzandosi sulle reali esigenze affettive e non del fanciullo. Le caratteristiche principali dell'infanzia antisociale sono principalmente quattro:

- Il bambino è inserito in un contesto in cui è portato a vivere situazioni dove viene aggredito e ignorato da quelle che dovrebbero essere le sue figure di riferimento. Situazioni tipiche sono quelle dei figli di prostitute, di madri picchiate da padri violenti, di genitori che litigano o che non vedono il bambino.
- Il bambino è sottoposto sporadicamente ad un controllo duro e severo, a volte umiliante. L'esempio tipico è quello di un genitore che abusa di alcool o di droghe che per giorni può disinteressarsi totalmente al figlio, altre volte, invece, può diventare esigente e severo ma mai affettuoso come nell'infanzia borderline.
- Il bambino è vittima di incuria: le cure mediche sono scarse, presenta trascuratezza nell'abbigliamento. In adolescenza avrà la tendenza ad assumere comportamenti trasgressivi quali prostituzione minorile e abuso di stupefacenti.
- Vivere in un ambiente così difficile e degradante porta il fanciullo ad essere velocemente adulto. Gli viene chiesto di badare a sé stesso e ai fratelli più piccoli, ma è carente di modelli di riferimento adeguati, per questo utilizza tendenzialmente metodi coercitivi.

Questo contesto spinge il bambino o l'adolescente ad una ricerca spasmodica di autonomia (come ad esempio le ribellioni scolastiche o le fughe da casa). A differenza dei bambini borderline, gli antisociali (il cui vissuto era contrassegnato dalla freddezza e della noncuranza) non sono legati al loro passato, e quando vengono inseriti in nuovi contesti non cercano affetto e protezione ma si mettono subito in una posizione di sfida. La condizione del bambino che potrebbe presentare tratti antisociali può essere modificata solo con interventi molto decisi sulla situazione contestuale.

Alla luce di questi avvenimenti è possibile individuare alcune caratteristiche tipiche dell'adulto antisociale e trovare una correlazione con la storia della sua infanzia. Inoltre, il disturbo antisociale è quello che riguarda più frequentemente la trasmissione intergenerazionale del sintomo.

Infatti, quando entrambi i genitori ignorano, attaccano, privano delle cure necessarie il minore e gli delegano compiti di controllo, senza la protezione di altri, inevitabilmente esso mette in moto comportamenti analoghi a quelli dei genitori. Nelle situazioni in cui entrambi i genitori sono tossicodipendenti, questo tipo di sviluppo non è tuttavia automatico, in quanto nella società odierna è sempre più frequente l'intervento dei servizi o di altri familiari che introducono elementi di discontinuità nelle relazioni del bambino, altre volte invece figli più piccoli possono ricevere protezione dal fratello maggiore. Quello che può avvenire, quando il rapporto identificatorio con il genitore maltrattante viene spezzato, è che il bambino ha la possibilità di creare nuove relazioni ed il suo comportamento diventa più simile a quello borderline.

Dunque, l'infanzia antisociale può essere curata in modo idoneo da un sistema assistenziale ben organizzato ed in grado di cogliere le ingenti difficoltà di questi fanciulli. Lo stile di vita violento e in balia dell'indifferenza, dominato dalla paura di esprimere le proprie emozioni durante l'infanzia, porta l'adulto antisociale ad ignorare la sofferenza dell'altro, utilizzandolo come strumento per raggiungere i suoi scopi, attaccandolo in modo eccessivo rispetto alla situazione. Le umiliazioni vissute nell'infanzia e il controllo discontinuo dei genitori inducono l'adulto a proteggere ferocemente la propria autonomia da qualsiasi regola che non sia già sua, controllando ed ignorando gli altri. Un bambino che ha vissuto queste situazioni e non ha trovato conforto, sarà molto probabilmente un adulto trascurato e trascurante che abusa di droghe e tendente ad avere comportamenti criminali.

Abituato fin da piccolo a controllare i fratelli minori, da adulto tenderà a controllare e dirigere le persone che percepirà più deboli di lui. Questi bambini sperimentano un arido deserto relazionale che può essere riparato solo con nuove figure di riferimento forti, capaci di definire regole, che offrano costanza nella relazione e contenimento stabile e sicuro.

2.2.3 L'infanzia paranoidea

Le storie di persone con un disturbo paranoide di personalità giungono ai servizi, generalmente, sulla base di segnalazioni fatte dalla scuola o in qualche caso dai vicini di casa. E' molto raro che arrivino segnalazioni direttamente dai bambini, che si chiudono in un silenzio generato dalla paura verso una figura genitoriale idealizzata e alimentata, in qualche modo, dal genitore più debole.

Anche in questo caso gli elementi che caratterizzano questa tipologia di infanzia sono quattro:

- Il bambino vive in un contesto in cui il genitore esercita su di lui un controllo sadico e umiliante. Il genitore trasmette al figlio un'ostilità rigida e fredda, in cui le punizioni prevedono violenze fisiche (colpi inferti con cinture, bastoni o pugni) sostenute dalla credenza che il bambino che le subisce sia un bambino che ha sbagliato e che di conseguenza merita tali punizioni.
- Dai primissimi anni di vita il bambino tende a stare in disparte, impara a non piangere e a non chiedere aiuto, per non incorrere in un sistema punitivo severo e violento.
- Il paragone con gli altri migliori di lui (i fratelli o il bambino che lui era e ora non è più) è continuo e insidioso e può spingere il bambino nel ruolo di capro espiatorio; soprattutto quando le accuse che gli vengono fatte sono basate solo sul pregiudizio della sua colpevolezza.
- Per sfuggire ad accuse e maltrattamenti il bambino inizia ad obbedire diligentemente sia ai compiti che gli vengono delegati dai genitori, come ad esempio accudire fratelli più piccoli o fare le pulizie in casa, sia alle attività di studio o lavoro. Nonostante il suo impegno, puntualmente il riconoscimento per quello che lui fa non c'è e questo tipo di comportamento lo aiuta solo a evitare le punizioni.

Alla luce dei fattori sopra riportati è possibile individuare alcuni sintomi dell'adulto con disturbo paranoide di personalità e trovare una correlazione con la storia infantile ed adolescenziale.

Il bambino continuamente esposto a confronti pesanti con altri migliori di lui lo indurrà a diventare un adulto che si sentirà facilmente escluso e ingiustamente sottovalutato, vivendo sentimenti di rancore nei confronti delle persone che lui ritiene più fortunate. L'aver imparato a non creare problemi stando in disparte, gli permetterà di essere un adulto con una certa indipendenza professionale ed avrà una forte tendenza alla solitudine. Il controllo degradante dei genitori, percepiti come persone fondamentalmente ostili porta l'adulto paranoide ad aspettarsi un attacco di cui teorizza le ragioni (su temi persecutori) oppure può portarlo ad esercitare su altri lo stesso controllo umiliante sperimentato durante l'infanzia. Il bambino con un'infanzia paranoidea, abituato a ricevere punizioni se si lamenta o se non esegue gli ordini, diventerà con molta probabilità un adulto che tenderà ad evitare l'intimità e a mostrarsi indipendente dall'altro.

Solo quando situazioni di questo genere vengono alla luce, e la difesa del genitore debole viene svolta da qualcuno che interviene dall'esterno, può venir meno lo sviluppo paranoide, poiché c'è un ridimensionamento delle figure genitoriali. La tutela del minore che ha vissuto un'infanzia paranoidea e un sostegno alla parte genitoriale debole,

permetterà al bambino nuove esperienze per percepirsi altro da quello che, fino ad allora, gli adulti avevano proposto⁸.

2.2.4 L'infanzia del disturbo schizotipico di personalità

Le esperienze di vita traumatiche vissute dal bambino che potrebbero sviluppare un disturbo schizotipico di personalità sono essenzialmente quattro:

- Il bambino viene criticato o punito se manifesta autonomia dai genitori; le figure di riferimento tendono comunque a muoversi in modo del tutto autonomo dal bambino e manifestano una forte distanza da esso.
- Il bambino impara a non esprimere la propria rabbia a seguito di abusi fisici e psicologici, inoltre i suoi confini personali vengono invasi.
- I genitori richiedono prestazioni che rispondono ai loro bisogni come ad esempio tenere in ordine la casa.
- Il bambino è costretto a non allontanarsi dall'ambiente in cui sta male, per questo si rifugia nella sua stanza o nei suoi pensieri e prova una forte solitudine.

In queste infanzie il bambino è visto come un prolungamento del Sé dei genitori. L'aspetto più importante di questi vissuti riguarda il fronteggiamento da parte dei bambini di situazioni violente o di grave trascuratezza; inoltre l'isolamento del bambino può essere così drastico da spingerlo verso una forma di disturbo complessivo dello sviluppo. Molto spesso il ritardo cognitivo presentato dalle vittime è il motivo per una consulenza terapeutica, tale ritardo cognitivo può essere smentito solo a seguito di un'accurata analisi della storia e del vissuto del minore. I sintomi corrispondenti in età adulta riguardano soprattutto un distacco sociale molto marcato e il rifugiarsi in un mondo interno.

8. Ibidem, pp. 36-42.

2.2.5 L'infanzia del narcisista

L'infanzia vissuta dalle persone che potrebbero incorrere in un disturbo narcisistico di personalità, presenta tratti completamente diversi dalle infanzie analizzate fino a questo punto.

Le famiglie in questione sono, a prima vista, famiglie in cui apparentemente non ci sono gravi problematiche. Il ricordo del bambino, o dell'adulto viene evocato generalmente con forte ammirazione per tutto ciò che lo riguarda. Il fanciullo viene trattato dalle figure di riferimento come la persona più importante della famiglia, in particolar modo dalla madre, ma nel momento in cui non riesce a rispondere alle aspettative di quest'ultima, la delusione del bambino è talmente forte che inizia ad investire tutte le sue capacità sull'apparenza per non perdere l'oggetto d'amore. Essendo essenzialmente occupato a salvare la propria apparenza perde la capacità empatica. Questo disturbo di personalità può essere curato solo quando la vita mette il soggetto in seria difficoltà, come ad esempio il venir meno del partner o dover ammettere di non riuscire in qualcosa.

Gli elementi costitutivi di un possibile sviluppo di personalità narcisistica sono essenzialmente tre:

- Gli adulti significativi elogiano il bambino e qualche sua particolare dote, senza tener conto dei reali bisogni del piccolo, come se i suoi successi fossero l'unica ragione capace di attirare le attenzioni delle persone adulte.
- L'adorazione è accompagnata da una deferenza sottomessa nei confronti del bambino, comportamento che in età adulta può trasformarsi in un'aspettativa arrogante sull'altro con dimostrazione di rabbia se l'altro non dimostra deferenza.
- Nel momento in cui il bambino delude le aspettative delle figure di riferimento riceverà biasimo e disprezzo.

L'incapacità dei *caregiver* di raccogliere con affetto ed empatia gli sbagli del bambino è la base per lo sviluppo di un disturbo narcisistico di personalità. Sopravvalutati e amati solo in rapporto alle loro doti (bellezza ed intelligenza) o per i loro successi scolastici o sportivi, questi bambini vengono puniti in maniera spropositata nel momento in cui incorrono in un fallimento. I fanciulli imparano molto presto a soffocare le proprie esperienze di difficoltà per evitare il biasimo delle persone amate. Il disturbo narcisistico di personalità può svilupparsi seguendo due strategie differenti. La prima è basata sulla sfida e su situazioni favorevoli per il successo personale, in cui il soggetto utilizza le proprie doti in maniera spregiudicata. La seconda, invece, si basa sull'evitamento di situazioni che potrebbero portare la persona all'insuccesso. Generalmente queste due strategie vengono adottate a seconda di contesti diversi ed in fasi diverse della vita. Le due strategie hanno in comune il disprezzo per il prossimo, considerato debole ed incapace nelle situazioni in

cui la vittoria è assicurata o inutile e poco interessante, nei contesti in cui il soggetto non è sicuro della vittoria e che quindi tende ad evitare⁹.

Vissuto infantile (e adolescenziale)	Sintomi dell'adulto
Ammirazione incondizionata, adorante per il bambino; assenza di comprensione per le difficoltà del bambino o per una sua qualità, dotte, competenza: senza comprensione, però, dei suoi bisogni affettivi, con un difetto evidente di empatia.	Ammirazione incondizionata, adorante per l'immagine di sé costruita nel tempo; difetto di empatia; intolleranza alle critiche e alle contrarietà.
Deferenza sottomessa nei confronti del bambino.	Aspettativa arrogante di deferenza; crisi di rabbia se l'aspettativa non è soddisfatta.
Disprezzo, biasimo e/o collera se il bambino si comporta in modo deludente o imperfetto.	Disprezzo, biasimo e/o collera per l'imperfezione vera o presunta dell'altro; crollo depressivo con biasimo e disperazione ("Non vale la pena vivere, un mondo così non mi merita") nel momento in cui la realtà dimostra l'insostenibilità dell'immagine di sé.

Tabella 2.1: Caratteristiche principali del disturbo narcisistico di personalità (tratto da Cancrini, 2012, pag. 53)

2.2.6 L'infanzia istrionica

La fanciullezza vissuta dalle persone che potrebbero sviluppare un disturbo di personalità di tipo istrionico presenta, secondo il modello interpretativo di Cancrini, tre caratteristiche fondamentali:

- Il bambino è in grado di attirare l'attenzione del genitore dell'altro sesso utilizzando il suo aspetto esteriore e i suoi modi piacevoli (strategia prevalentemente utilizzata dalle bambine) e il suo bisogno di protezione, di aiuto o la sua salute cagionevole.
- Il gioco relazionale all'interno del nucleo familiare prevede l'allontanamento del genitore dello stesso sesso che viene praticamente messo in una situazione periferica. Tale relazione prevede sfumature più evidentemente erotiche quando una bambina molto gradevole fisicamente diventa complice di un padre molto sicuro di sé, sostituendosi alla madre molto debole e trascurata; il bambino, invece, utilizza il suo stato di salute cagionevole o il suo bisogno di aiuto per attirare le attenzioni della madre.
- Entrambe queste relazioni disfunzionali (bambina affascinante e bambino bisognoso di aiuto) tendono, nel tempo, ad assumere un ruolo obbligato.

9. CANCRINI, *L'oceano borderline* cit., p. 202.

Il tipo di organizzazione della vita familiare in cui si manifestano queste relazioni disfunzionali, generalmente, è formata da un genitore periferico ed un genitore privilegiato dal bambino/a. Il problema fondamentale di queste infanzie è quello per cui il riconoscimento, le cure e l'affetto del genitore troppo vicino, è relativo esclusivamente ad aspetti esteriori del figlio, che a sua volta si comporta come se stesse recitando una parte ostentando fragilità o piacevolezza. In questo contesto il bambino non riuscirà a sviluppare adeguata fiducia nelle sue capacità.

Alla luce dei fattori sopra riportati è possibile individuare alcuni sintomi dell'adulto con disturbo istrionico di personalità e trovare una correlazione con la storia infantile ed adolescenziale.

L'adulto istrionico presenta un interesse esagerato per il suo aspetto fisico, per le sue capacità seduttive o per la sua fragilità. Questi atteggiamenti disturbati sono fondamentali per la costruzione dei rapporti suoi interpersonali¹⁰.

2.2.7 L'infanzia del bambino ossessivo-compulsivo

Le infanzie vissute dai bambini che potrebbero sviluppare un disturbo di personalità ossessivo-compulsivo presentano le seguenti caratteristiche:

- Il bambino è stato educato dalle figure di riferimento a svolgere tutte le attività di sua competenza come la cura della persona, dell'ambiente o, addirittura il gioco in maniera estremamente precisa e corretta ignorando completamente le difficoltà che potrebbe incontrare. L'atmosfera del contesto in cui vive, è carica di valori morali per cui il controllo e la capacità di sopportare la fatica o la sofferenza sono considerati valori giusti e naturali.
- Il bambino non viene mai premiato nel momento in cui riesce a svolgere le attività in maniera corretta e precisa, ma solo punito (in questo caso senza violenza fisica ma solo psicologica) se invece non ci riesce o sbaglia. Inoltre, la paura di deludere i genitori e provocarne la collera è sempre presente nel quotidiano del bambino.
- Il contesto è privo di calore umano, i contatti fisici sono rari, non vi è spazio per le emozioni come se queste potessero indebolire il controllo sul bambino¹¹.

10. CANCRINI, *La cura delle infanzie infelici* cit., pp. 54-58.

11. *Ibidem*, p. 61.

2.2.8 L'infanzia del disturbo evitante di personalità

Le caratteristiche del disturbo evitante di personalità vengono schematizzate da Cancrini tenendo in considerazione i seguenti fattori:

- Il bambino riceve cure adeguate ed amorevoli dalle figure di riferimento, avendo così una buona base per il rapporto con l'altro.
- Durante la fase di crescita, il bambino è sottoposto ad un controllo eccessivo da parte dei genitori che tendono ad attribuire un valore smisurato alle critiche (reali o immaginarie) di persone esterne al nucleo familiare.
- Il bambino viene biasimato e punito in maniera molto umiliante con conseguente esclusione.
- Le persone esterne al nucleo familiare vengono presentate come pericolose facendo sentire il bambino al sicuro solo all'interno della propria famiglia.

Generalmente le famiglie in questione hanno scarsa fiducia nella possibilità di essere aiutate dall'esterno e quindi è raro che arrivino ai servizi in maniera diretta. Tuttavia, se pur raramente, la famiglia richiede una visita psicoterapeutica. Ad esempio se il bambino ottiene scarsi risultati a scuola e sta bene solo a casa, mostrando evidente disagio all'esterno delle mura domestiche. I genitori richiedono l'intervento terapeutico come se si stessero rivolgendo ad un pediatra o ad un ortopedico, senza limitare assolutamente il controllo attento nei confronti del figlio.

In età adulta il soggetto potrebbe presentare un'eccessiva paura del mondo esterno e del confronto con le altre persone, temendo fino al panico il giudizio esterno percepito come un attacco all'immagine di sé, utilizzando la famiglia come rifugio e isolandosi da altre tipologie relazionali¹².

12. Ibidem, p. 63.

2.2.9 L'infanzia del disturbo schizoide

Le caratteristiche fondamentali del vissuto del soggetto che potrebbe presentare un disturbo schizoide di personalità sono essenzialmente due:

- Il contesto familiare è ordinato e tranquillo, i bisogni fisici ed educativi del bambino sono soddisfatti ma con estrema freddezza e mancanza di empatia da parte dei genitori.
- La famiglia presenta una scarsa interazione sociale con il mondo esterno e di conseguenza il bambino si chiude in attività solitarie, tranquille ed ordinate come la lettura di un libro, giocare con le costruzioni o il collezionismo.

Il disturbo schizoide di personalità ha in comune con quello narcisistico l'assenza di empatia, ma ne differisce perché il bambino non è considerato avere doti particolari. Il soggetto adulto che ha sviluppato un disturbo schizoide presenta i seguenti sintomi:

- a) Si mostra indifferente di fronte a critiche o apprezzamenti.
- b) Tendenza all'isolamento.
- c) Il contatto empatico ed interpersonale è raro e anche le sue relazioni interpersonali ed intime.

2.2.10 L'infanzia del bambino dipendente

La situazione vissuta dal bambino che potrebbe sviluppare un disturbo dipendente di personalità si basa fundamentalmente su tre aspetti:

- I primi anni di infanzia sono vissuti dal bambino in maniera positiva, le sue esigenze vengono soddisfatte ed è sempre al centro dell'attenzione della figura di riferimento.
- Nella fase di crescita le cure nei confronti del bambino non si adeguano all'età corrispondente; il bambino si adagia sulle comodità che gli vengono offerte, ma dentro di lui cresce un forte senso di inadeguatezza perché si accorge di non essere in grado di fare le cose che gli altri fanno per lui.
- I coetanei notano l'inadeguatezza del bambino che diventa vittima dei loro scherzi.

I bambini con questo tipo di problema arrivano al servizio generalmente per difficoltà di socializzazione, in caso di genitori separati, sotto la segnalazione del genitore non collocatario che denuncia le cure eccessive da parte dell'altro genitore. In età adulta il soggetto potrebbe mostrarsi eccessivamente dipendente ad un altro significativo. Questi soggetti avranno la tendenza a mostrarsi servili e compiacenti nei confronti della figura da cui dipendono. La necessità di questi adulti di affidarsi alle cure di un'altra persona a causa del loro profondo senso di inadeguatezza, gli rende poco selettivi nella scelta del partner esponendoli a rischi più o meno alti in base alle situazioni¹³.

13. Ibidem, pp. 66-69.

2.2.11 L'infanzia del bambino passivo-aggressivo

Le caratteristiche fondamentali del disturbo passivo- aggressivo di personalità sono tre:

- I bambini ricevono cure adeguate in risposta ai loro bisogni per la prima fase della loro vita;
- Improvvisamente, a causa di qualche evento familiare rilevante (morte di un genitore, separazione o divorzio, nascita di un fratellino) il bambino viene sottoposto ad un carico eccessivo di responsabilità e di aspettative da parte delle figure di riferimento che ignorano completamente i suoi bisogni.
- Il bambino è sottoposto a punizioni severe se esprime la sua rabbia o il suo dissenso e se non esegue i compiti che gli vengono assegnati, imparando a controllare le proprie emozioni, annullandole o esprimendole in modo indiretto.

In età adulta le persone che hanno vissuto queste situazioni da bambini tendono a ricercare continuamente aiuto e sostegno, considerano inadeguate le persone che dovrebbero occuparsene e tutte quelle che possono avere una certa autorità su di lui¹⁴.

14. Ibidem, pp. 71-73.

2.3 Processi di copia e pervasività

Al termine di questo lungo elenco di descrizioni delle varie infanzie infelici è opportuno fare due considerazioni: la prima è inerente ai processi di copia, la seconda ai processi di pervasività. I processi di copia vengono utilizzati da tutte le persone, fin dai primi mesi di vita, infatti ognuno di noi impara ad imitare allo stesso modo sia i comportamenti buoni, sia quelli negativi. Tutto quello che facciamo è collegato a schemi che abbiamo appreso nella fase di crescita. Dunque, ad un possibile sviluppo di personalità è collegata una specifica situazione vissuta nell'infanzia nel senso che «i sintomi esibiti dal fanciullo e dall'adulto possono essere letti in termini di "un comportarsi come l'altro si è comportato" (*he like him or her*), di "un comportarsi come se l'altro fosse ancora qui" (*act as if he or she is still there and in control*) e di un "trattare se stessi come l'altro ti tratta o ti trattava" (*treat yourself as he or she treated you*) »¹⁵.

Quindi il primo processo è quello di essere come l'altro era o è. Si agisce per imitazione, per cui la persona si comporta come la figura di riferimento si comportava con lui. Il secondo processo di copia è quello di continuare a vivere come quando si era piccoli, come se la persona che aveva un ruolo dominante nell'infanzia, continuasse ancora a controllare. L'ultimo processo di copia è trattare se stessi come si è stati trattati in età infantile o adolescenziale.

La seconda considerazione riguarda la pervasività. Le situazioni infantili in cui l'esposizione al trauma, prodotto da maltrattamenti e abusi, è stata totalizzante (nel momento in cui nessun adulto ha protetto il bambino vittima di abuso) o occasionale e parziale (quando, nonostante l'esperienza sfavorevole le figure di riferimento sono state comunque protettive e vicine nella cura del trauma). L'osservazione delle conseguenze di queste due situazioni è molto importante per il successivo lavoro con il bambino, con l'adolescente, o con l'adulto in difficoltà. Infatti, quella che si determina nel secondo caso è una situazione in cui i processi di integrazione hanno uno sviluppo importante e le difficoltà delle persone insorgono intorno a un nucleo problematico di relazioni interiorizzate, la cui riattivazione desta, in situazioni di stress, emozioni profonde in grado di determinare una regressione al funzionamento borderline del funzionamento della mente.

Il disturbo borderline è meno pervasivo ma può comunque innescare circoli viziosi duraturi nel tempo. I pazienti di questo tipo sono più facili da curare (soprattutto se riescono ad elaborare il trauma). Due sono i fattori diversi ma complementari da osservare in queste situazioni. Il primo è quello dell'intervento a favore di bambini coinvolti in situazioni particolarmente drammatiche e totalizzanti. La modificazione del contesto o delle figure che ruotano intorno al bambino possono variare e migliorare.

15. Ibidem, p. 77.

Più l'intervento da parte dei servizi è precoce, più il minore è piccolo, più grande sarà lo spazio per instaurare nuove relazioni funzionali e diverse da quelle che aveva sperimentato fino a quel momento.

Il secondo punto di vista, che emerge dall'analisi di Cancrini è il confronto fra terapeuta e paziente adulto che presenta disturbi collegati ai traumi infantili. L'aspetto fondamentale che devono prendere in considerazione è l'accettazione della relazione di aiuto da parte del paziente.

Nel caso in cui l'evento traumatico è improvviso e drammatico, ma occasionale ed il bambino trova conforto e protezione nelle figure di riferimento la regressione della mente ad un funzionamento borderline non si determina.

2.4 L'importanza del superamento del trauma in età infantile

Come più volte osservato, essere vittima di situazioni sfavorevoli in età infantile, non porta necessariamente allo sviluppo di un disturbo di personalità in età adulta. Infatti, se è vero che i bambini sono molto più vulnerabili ai traumi, è altrettanto vero che quando sono ben supportati dai genitori e/o da altre figure di riferimento, hanno una capacità di recupero straordinariamente più veloce degli adulti¹⁶.

Lorna Smith Benjamin¹⁷ ritiene che chi ha sperimentato nella fase dell'infanzia un buon attaccamento alle figure di riferimento, ovvero chi da bambino ha ricevuto ciò che psicologicamente gli era necessario, sarà -in età adulta- sufficientemente in grado di superare qualsiasi trauma. In altre parole, sarà capace di affrontare in maniera più equilibrata gli eventi della vita: imparerà nel tempo a tollerare eventi irreversibili .

Secondo il modello interpretativo di Cancrini è sempre possibile curare i sintomi derivanti dallo stress del trauma subito « (a) costruendo rapporti nutritivi e protettivi con nuove figure di riferimento e (b) aiutando, con un intervento psicoterapeutico adeguato, l'elaborazione dei traumi e dei lutti vissuti dal bambino nei confronti delle figure di riferimento precedenti»¹⁸.

Un intervento terapeutico ben riuscito, insieme alla messa in protezione del minore, non incide solo nella prevenzione di un possibile disturbo di personalità in età adulta, ma sono utili anche a spezzare la catena della trasmissione intergenerazionale del disturbo stesso. Infatti, un genitore che soffre di un disturbo di personalità ha un ruolo decisivo nel vissuto del bambino. Non è raro che questi genitori abbiano la tendenza a ricreare situazioni simili a quelle vissute da loro stessi in età infantile.

Per questo si deve tener conto dei processi di copia che danno luogo a determinati comportamenti nel momento in cui la nascita, lo sviluppo e addirittura la presenza stessa del bambino riattiva dentro di loro emozioni profonde, strettamente correlate ad esperienze dolorose che hanno avuto la sfortuna di sperimentare durante la loro infanzia. Ad esempio una madre tossicodipendente che non riesce a prendersi cura del suo bambino come vorrebbe, è una madre che rivive in maniera drammatica la sua esperienza infantile con una figura di riferimento, a sua volta, inadeguata nel senso di avere avuto una madre che passava dal darle cure eccessive ad abbandonarla totalmente.

In modo analogo anche il comportamento dei padri è spesso conseguente ai modelli di comportamento appresi ed interiorizzati da piccoli attraverso una relazione disfunzionale

16. FERNANDEZ et al., op. cit.

17. Intervento di L.S. Benjamin al Seminario della Scuola Change "Diagnosi e trattamento dei disturbi di personalità. *Dialoghi clinici*" Bari, 16 Aprile 2012

18. CANCRINI, *La cura delle infanzie infelici* cit., p. 81.

con un padre maltrattante. Seguendo il modello proposto da Kenberg¹⁹ l'alternarsi discontinuo di cure e abbandono porta ad una struttura borderline come indicatore del funzionamento della mente sottostante ad una serie di situazioni cliniche apparentemente molto diverse che può essere distinta dal funzionamento della mente nevrotico o psicotico²⁰. E' possibile, secondo Cancrini, ritenere che le situazioni vissute durante la fanciullezza siano quelle che incidono in modo più determinante sul livello di tali soglie di funzionamento della mente e sulla formazione di un determinato disturbo di personalità. Nella tabella seguente (Tabella 2.2) sono riassunti schematicamente i profili caratterizzati dalla prevalenza di un « livello di funzionamento di area psicotica (soglia bassa per il funzionamento psicotico come risultato di un errore nella esecuzione del primo compito evolutivo, relativo alla distinzione delle rappresentazioni collegate al Sé da quelle collegate all'oggetto), di area borderline (soglia bassa per il funzionamento psicotico come risultato di un errore nella esecuzione del secondo compito evolutivo, legato all'integrazione delle rappresentazioni buone e cattive relative al Sé e all'oggetto, che si verifica quando lo sviluppo del bambino prima e dell'adolescente poi avviene in contesti particolarmente sfavorevoli); e di area nevrotica (soglia bassa per il funzionamento nevrotico come risultato di un errore compiuto nell'esecuzione del terzo compito evolutivo, quello legato all'elaborazione dell'Edipo e alla definizione di un'identità di genere)»²¹.

Questi profili sono da considerarsi puramente pragmatici: le storie di bambini e adulti che si trovano a funzionare ad un livello nevrotico, possono scivolare, in momenti di seria difficoltà, a un livello borderline, oppure è facile, per quelli che hanno una soglia bassa per il funzionamento borderline, scivolare a un livello psicotico a seguito di un evento stressante.

Un'altra osservazione proposta riguarda le aree del funzionamento della mente e le differenze fra gli eventi che attivano la bassa soglia. Per quanto riguarda l'area nevrotica e l'area psicotica, i compiti evolutivi determinanti il funzionamento della mente non vengono eseguiti correttamente o scorrettamente in un lasso di tempo ben preciso.

Nell'area borderline, il compito evolutivo legato all'integrazione della rappresentazione positiva o negativa del Sé, invece, viene eseguito in un'età ben precisa: i primi diciotto mesi di vita del bambino e viene portato avanti lentamente per tutta la fase evolutiva, ad-

19. Kenberg, nelle sue opere risalenti agli anni Settanta e Ottanta, sottolinea la necessità di basare la diagnosi su concetti relativi all'organizzazione difensiva della personalità tenendo presente la distinzione dei disturbi di personalità di livello nevrotico da quelli di livello borderline tanto da un punto di vista clinico e terapeutico, quanto da un punto di vista prognostico, centrando l'attenzione in particolare sulla struttura di personalità che sulla manifestazione del sintomo. Cancrini, nelle sue analisi, riprende molto il pensiero di Kenberg dato che quest'autore propone una rassegna delle diverse situazioni cliniche in cui è possibile ipotizzare la diagnosi di disturbo borderline.

20. CANCRINI, *L'oceano borderline* cit., p. 2.

21. CANCRINI, *La cura delle infanzie infelici* cit., p. 86.

dirittura fino all'età adulta. L'idea che nasce dalle osservazioni esposte finora riguarda soprattutto le interazioni disfunzionali all'interno del contesto familiare e quanto "il non detto" incida sullo sviluppo del funzionamento della mente. La regressione ad un funzionamento borderline della mente avviene soprattutto nei bambini che stanno adempiendo, o hanno adempiuto il loro secondo compito evolutivo. Infatti, l'evento traumatico che si verifica nella prima fase evolutiva del bambino può essere del tutto impossibile da ricordare perché non si è ancora raggiunta la fase della costanza dell'oggetto, ma comunque crea un ostacolo del processo che porta all'integrazione scisse del Sé e dell'oggetto, con conseguente scivolamento ad un livello psicotico di funzionamento della mente.

Quando il fanciullo, invece, ha già raggiunto la costanza dell'oggetto, la sindrome post traumatica da stress coincide con la regressione del funzionamento borderline ed in situazioni particolarmente stressanti può raggiungere uno sconfinamento psicotico. Durante questa fase il bambino, nel momento in cui racconta il trauma²² e quindi dà voce al suo dolore, perde la consapevolezza del principio di realtà e non riesce più a distinguere le rappresentazioni del proprio mondo interno dalle rappresentazioni del mondo esterno²³. Il punto di arrivo di queste osservazioni è quello per cui «la mente del bambino funziona naturalmente (fisiologicamente) a un livello psicotico nei primi mesi di vita, a un livello borderline fino ai tre anni e anche dopo, seppur in modo progressivamente meno pervasivo, e a livello nevrotico nella fase che sarà quella dell'Edipo»²⁴.

22. Questo stato di regressione della mente avviene soprattutto quando il bambino racconta per la prima volta un abuso di tipo sessuale.

23. CANCRINI, *La cura delle infanzie infelici* cit., p. 90.

24. *Ibidem*, p. 92.

Livello	Area studio-lavoro: prestazioni	Area competenze sociali	Adesione a una idea di tipo politico religioso	Area dei sentimenti
Nevrotico	Tendenzialmente conservate: a volte frenate, tuttavia, in rapporto a situazioni di conflitto e in fasi sintomatiche.	Conservate ma tendenzialmente controllate e perciò formali, rigide, con risonanze affettive forti e poco riconosciute (rimosse).	Possibile anche in modo critico; variamente coinvolta, in altri casi, nel gioco nevrotico della persona.	Tendenze più o meno marcate alla idealizzazione romantica e all'inibizione della sessualità- con aiuto alla rimozione e della sublimazione.
Borderline	Discontinue con oscillazioni più o meno marcate in alto e in basso; a volte (in casi, cioè, ben definiti) continue su livelli estremi: straordinarie in rapporto agli investimenti narcisistici o disastrosamente messi in crisi dall'aggressività auto ed eterodiretta.	Conservate ma assai mutevoli in rapporto al variare delle circostanze e degli stati d'animo; basate sulla dipendenza, o spesso caratterizzate, in altri casi, regolarmente da importanti tendenze o capacità manipolative.	Rifiuta totalmente (disprezzo "per tutte le ideologie") o totalmente astratta (identificazione proiettiva).	Tendenza allo sviluppo di relazioni passionali vissute in modo caotico, con oscillazioni emotive importanti che si alternano spesso l'una all'altra; a volte, perversioni basate sull'avidità e sulla manipolazione.
Psicotico	Deboli o assenti, anche se la storia scolastica è a volte buona perché il crollo avviene solo quando la persona affronta il problema dello svincolo e della intimità.	Sempre molto modeste.	Debole, distaccata, infantile. Più spesso l'idea viene ignorata (negata).	Tendenza all'inibizione completa della sessualità o a una sessualità scissa (vissuta, cioè, senza sentimenti); a volte relazioni amorose vissute su un registro del tutto immaginario.

Tabella 2.2: Comportamenti più comuni nelle storie caratterizzate dalla prevalenza di un livello di funzionamento nevrotico, borderline o psicotico. (Tratto da Cancrini, *L'oceano borderline* pag. 52)

Capitolo 3

MALTRATTAMENTO INFANTILE INTRAFAMILIARE: STORIA E DEFINIZIONE

Non ci sono bambini che si ammalano da soli e nemmeno genitori da curare, ma un sistema disturbato. La cura non riguarda l'oggi, ma la storia.

Bogliolo, 1998¹

3.1 Prospettiva storica del fenomeno

Negli ultimi decenni, il fenomeno del maltrattamento all'infanzia ha riscosso particolare attenzione sia a livello di informazione pubblica, sia a livello di letteratura specialistica. Nel corso della storia l'approfondimento delle conoscenze sui tipi di abuso, sull'incidenza statistica del fenomeno nella realtà sociale, sulla eziologia, sulle tecniche di intervento e più in generale sulla protezione offerta al bambino dalla società, è variata a seconda del periodo storico e dei luoghi ².

Uno dei primi strumenti internazionali a tutela dei diritti dell'infanzia è stata la "*Convenzione sull'età minima*" in materia di lavoro minorile. Tale trattato fu adottato dalla *Conferenza Internazionale del Lavoro*. Negli anni a seguire, vi furono altri provvedimenti volti alla regolamentazione del lavoro minorile e non solo. Di fatto, un'altra significativa attestazione dei diritti del bambino, si ha nel 1924 con la Dichiarazione di Ginevra, o Dichiarazione dei diritti del bambino, adottata dalla Quinta Assemblea Generale della Società delle Nazioni. Tale documento, che precede di più di venti anni la *Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo*, non è però ancora concepito come strumento atto a valorizzare il bambino in quanto titolare di diritti, ma solo in quanto destinatario passivo di

1. CORRADO BOGLIOLO, *Bambini e violenza. Dalle dinamiche familiari all'evento sociale*, Edizioni del Cerro, Pisa 1998, p. 46.

2. Cfr. Cesa Bianchi M., Scabini E., *La Violenza sui bambini: immagine e realtà*, Franco Angeli, Milano, 1991.

essi. L'aspetto più interessante è che tale documento riconosce al fanciullo diritti assistenziali e il soddisfacimento di bisogni materiali. Inoltre, la Dichiarazione non si rivolge agli Stati per stabilirne gli obblighi, ma chiama in causa più genericamente l'umanità intera affinché garantisca protezione ai minori, ed impegna i paesi membri solo da un punto di vista morale³.

Successivamente, con lo sviluppo della famiglia nucleare e con l'avvento del puerocentrismo, ai bambini viene riservato un posto di maggiore rilievo sia dal punto di vista legislativo che sociale, anche se spesso il bambino è considerato soggetto esclusivamente perché oggetto di gratificazione dei genitori. Solo il 20 Novembre del 1959, con la proclamazione della *Dichiarazione dei Diritti del Fanciullo*⁴, il bambino diventa "soggetto di diritto" e così anche il fenomeno del maltrattamento diviene specifico oggetto di studio empirico.

Qualche anno più tardi, nel 1976 con il 1° Congresso internazionale tenutosi a Ginevra presso l'Organizzazione Mondiale della Sanità, l'Europa incominciò a mostrare maggiore interesse al fenomeno del maltrattamento infantile.

In quella sede venne fondata la *International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect* e la relativa rivista *Child Abuse and Neglect*. Anche l'Italia entrò a far parte di questo processo mondiale di sensibilizzazione verso la violenza sui bambini. Di fatto, il problema dell'infanzia ferita ha avuto un forte impatto sulla popolazione italiana soprattutto a partire dalla fine degli anni Settanta. In quegli anni alcuni centri specialistici ed équipe interprofessionali, in diverse aree del Paese, avviarono percorsi di cura rivolti ai bambini e alle loro famiglie. I servizi iniziarono a basarsi sui nuovi standard internazionali ed in stretta connessione con il sistema di protezione legale.

Un grande traguardo fu raggiunto nel 1979 con l'istituzione della sezione italiana della *International Society for the Prevention of Child Abuse*, denominata Associazione Italiana per la Prevenzione dell'Abuso all'Infanzia (AIPAI)⁵.

I primi studi in ambito medico sul maltrattamento infantile, invece, risalgono al 1946, quando Caffey, radiologo del Dipartimento di pediatria della Columbia University, delineò un quadro clinico, tipico dei bambini, «caratterizzato dalla associazione fra ematoma subdurale e frattura multipla delle ossa lunghe»⁶.

Qualche decennio più tardi (nel 1962) Hanry Kempe, nell'ambito della pediatria americana, identificò la *Battered Child Syndrome* o "Sindrome del bambino picchiato" in cui

3. *Tappe storiche: Convenzione sui diritti dell'infanzia*, <http://www.unicef.it>.

4. *Ibidem*.

5. PAOLA DI BLASIO e GIOVANNA ROSSI., *Trascuratezza, maltrattamento e abuso in danno dell'infanzia: Servizi e Centri presenti in Regione Lombardia*, 2004, p. 6.

6. NEVIO DEL LONGO et al., *Il dolore innocente. Guida per operatori ed educatori nei casi di maltrattamento infantile*, Città nuova, 2002, vol. 7, p. 19.

cercò, insieme ai suoi collaboratori, di classificare secondo una serie di elementi clinici, radiologici e anamnestici quei fattori necessari per poter effettuare una accurata diagnosi di "bambino battuto". Dopo qualche anno, lo stesso Kempe sostituì la prima definizione di *Battered Child Syndrome* con quella di *abused child*⁷ che aggiungeva alla sola violenza fisica anche gli aspetti psicologici del problema. Più avanti, venne aggiunto al termine "*abused*" quello di *neglect child* (bambino trascurato) "*childe abuse*".

Gli aspetti riguardanti le situazioni di maltrattamento all'infanzia sono divenuti sempre più articolati, declinando il fenomeno secondo specifiche caratteristiche come, ad esempio, la tipologia, la ripetitività o l'unicità dell'evento, capaci di determinare conseguenze a livello psicopatologico per il minore, prendendo in considerazione anche l'interazione con i diversi elementi strutturali ed evolutivi del bambino da un lato, e le caratteristiche del suo contesto familiare dall'altro⁸. Attualmente, esistono chiare prove che l'abuso sui bambini rappresenti un problema globale. Esso si presenta sotto svariate forme e ha origini profonde nelle pratiche culturali, economiche e sociali in cui il minore è inserito.

Per comprendere la portata del danno provocato non solo al minore, ma anche alla nostra società, da tutti i fenomeni di violenza esercitata nelle relazioni familiari, si ritiene importante citare la definizione sulla violenza e l'abuso sui bambini, elaborata dal Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso:

«La violenza, come ha affermato anche l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) nel 2002, è un serio problema di salute pubblica e quindi gli interventi di prevenzione, protezione e cura rappresentano atti dovuti per soddisfare il diritto fondamentale alla salute sancito nella stessa Costituzione italiana. La violenza è un'esperienza che non interessa solo gruppi marginali e disagiati. Il lavoro sul campo ci ha insegnato che i maltrattamenti e gli abusi interessano bambini e bambine appartenenti ai più disparati contesti sociali e culturali: figli di operai e di docenti universitari, bambini italiani e migranti. Ci sono danni derivanti da forme misconosciute di violenza, quali la violenza assistita intrafamiliare, o il ciclo intergenerazionale di violenze. È importante la rilevazione precoce e il sostegno alla famiglia e alla genitorialità (informazione sulle cure prenatali e neonatali, riconoscimento precoce della depressione post-partum, iniziative di accrescimento delle conoscenze e delle competenze parentali di padri e madri). La violenza sulle madri è una forma di maltrattamento primario, e gravi sono i suoi effetti a livello fisico, psicologico, cognitivo e relazionale. C'è una tendenza alla minimizzazione del problema della violenza domestica e dei gravi effetti che questa ha sulla capacità genitoriale e sui minori che vi sono esposti»⁹.

7. CORINNE MAY-CHAHAL et al., «Child maltreatment in the family: a European perspective», *European Journal of Social Work*, 9, 1 (2006), pp. 3-20.

8. MASSIMO AMMANITI et al., *La prevenzione del maltrattamento: sostegno ai genitori*, Istituto degli Innocenti, Firenze 2004, p. 79.

9. *Linee di indirizzo per una politica di contrasto all'abuso all'infanzia: lettera aperta al Governo e alle forze politiche*, 2006, <http://cismai.it>.

Inoltre, a tal proposito l' O.M.S. , dopo aver confrontato le definizioni di abuso presenti in 58 nazioni diverse, ha indicato la definizione di "maltrattamento".

Secondo l' O.M.S il maltrattamento all'infanzia si configura in tutte le forme di «cattivo trattamento fisico e/o affettivo, abuso sessuale, incuria o trattamento negligente nonché sfruttamento sessuale o di altro genere che provocano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino, nell'ambito di una relazione di responsabilità, fiducia o potere»¹⁰. Tale definizione, come indicato anche da Di Blasio e Rossi¹¹ in un *report* di ricerca del 2004, ha il vantaggio di superare i problemi relativi sia alla volontarietà o meno dei comportamenti lesivi, sia alle cause o le conseguenze di tali azioni. Altro aspetto importante della definizione dell'OMS è che non esclude tutte quelle forme di violenza che possono verificarsi in contesti anche extra-familiari, come quelli educativi o scolastici. Tuttavia, la violenza e l'abuso nei confronti dei minori sono, tendenzialmente, fenomeni intrafamiliari.

Il maltrattamento intrafamiliare viene oggi percepito come un evento che caratterizza un ambiente di vita di per sé traumatogeno non solo per la vittima, ma per tutti coloro che ne sono coinvolti anche in maniera indiretta. Ad esempio, in molte situazioni in cui un bambino che vive in una famiglia nella quale avvengono ripetutamente violenze contro la madre o un altro familiare, anche se non subisce atti violenti diretti, è comunque vittima di violenza assistita, un'espressione del maltrattamento traumatica e grave quanto il maltrattamento fisico o l'abuso sessuale¹². Purtroppo, molto spesso, tali situazioni restano inesprese e a causa della loro cronicità producono, in coloro che ne sono vittime, gravi e invalidanti conseguenze sul piano fisico e psicologico¹³.

Facendo ancora riferimento alla definizione di maltrattamento dell'OMS, emerge l'ormai consolidata classificazione delle tipologie di azioni commesse a danno del minore da parte delle persone a cui è affidato e precisamente:

- maltrattamento fisico;
- abuso sessuale;
- maltrattamento psicologico;
- grave trascuratezza.

Successivamente tale classificazione si è arricchita di nuove sfumature, diventando più complessa. Sono state introdotte alcune caratteristiche specifiche per il maltrattamento

10. OMS, «Violenza e salute nel mondo», *Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Salute*. CIS editore. Milano (2002), pp. 85-86.

11. DI BLASIO e ROSSI., op. cit.

12. FERNANDEZ et al., op. cit., pp. 65-66.

13. DI BLASIO e ROSSI., op. cit., p. 9.

psicologico, esso viene suddiviso in maltrattamento psicologico vero e proprio e violenza assistita.

La prima distinzione riguarda tutte le situazioni in cui il bambino è vittima di persistenti atti di denigrazione, rifiuto, umiliazione e svalutazione da parte di chi, invece, dovrebbe occuparsi del suo benessere. La violenza assistita, al contrario, si verifica quando il minore assiste a liti violente tra le figure di riferimento provando sentimenti di terrore e cercando di difendere il genitore che, ai suoi occhi, appare più debole.

Un'altra specificità è stata inserita anche per la trascuratezza¹⁴ che non viene più intesa solo come incuria, ma anche come ipercuria (eccesso di cure) e sindrome di Munchausen¹⁵ per procura .

Sul versante operativo si è affermata una definizione del termine maltrattamento meno dettagliata e più adatta per trasmettere un concetto che per specificare un'azione. Di fatto, le due parole indicano che vi siano dei segnali di sofferenza del minore ("il mal"), di un atto o contesto relazionale ("trattamento") ma anche di una connessione tra i due. Come sottolinea Bertotti¹⁶, questa ricostruzione concettuale del termine *maltrattamento* era rinforzata dall'impianto teorico della ricerca europea CAPCAE (*Concerted Action on the Prevention of Child Abuse in Europe*)¹⁷ che spiegava come, per descrivere il maltrattamento, fosse necessario individuare sia le specifiche azioni, sia il tipo di danno da esse provocato, dato che la medesima azione causa esiti differenti in base alle caratteristiche di chi la subisce e in base al contesto. Inoltre, lo stesso gruppo di ricerca delineò la distinzione tra comportamenti attivi (abuso sessuale, maltrattamento fisico e psicologico) e comportamenti omissivi, come incuria e abbandono.

A livello internazionale, nel IV Colloquio Criminologo, il Consiglio d'Europa, nella definizione di violenza ai danni all'infanzia, considera «l'insieme di atti e carenze che turbano gravemente il bambino attentando alla sua integrità corporea e al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale»¹⁸, considerando come possibili autori di tali azioni un familiare o altri soggetti che dovrebbero prendersi cura del minore.

14. TERESA BERTOTTI, *Bambini e famiglie in difficoltà: teorie e metodi di intervento per assistenti sociali*, Carocci Faber, 2012, p. 139.

15. La sindrome di Munchausen per procura è una particolare forma di abuso nella quale un genitore o entrambi (solitamente la madre), sottopone il proprio figlio a continue visite mediche, accertamenti sanitari e cure inopportune per sintomi o malattie da lei inventati o indotti. Si tratta spesso di genitori che presentano gravi disturbi psichici, quali ad esempio una personalità paranoide o addirittura psicotica e che instaurano col figlio una relazione patogena caratterizzata dallo spostamento su di lui delle proprie gravi ansie e preoccupazioni patologiche. In questi casi i minori subiscono frequenti ricoveri ospedalieri per malattie di cui spesso non viene scoperta la causa.

16. BERTOTTI, op. cit.

17. MAY-CHAHAL et al., op. cit.

18. Consiglio d'Europa, IV Colloquio Criminologo, Strasburgo 1978.

3.2 Forme di maltrattamento infantile

Dopo aver delineato i vari passaggi che hanno portato ad una definizione del concetto di maltrattamento, si riportano di seguito le distinzioni delle varie forme che tale fenomeno può assumere. Infatti, quando si parla di maltrattamento all'infanzia, non è raro limitarsi ad un semplice riferimento alla violenza fisica, tralasciando altre manifestazioni, magari meno eclatanti ma ugualmente devastanti, che possono configurare una situazione di abuso. Il maltrattamento, dunque, può essere perpetrato attraverso varie forme, generalmente classificate come¹⁹:

- **Maltrattamento fisico** (*battered child syndrome*).

È l'espressione di violente aggressioni agite dai genitori verso i figli che si caratterizzano per non essere significative se considerate isolatamente, per cui la costruzione di un quadro diagnostico richiede la correlazione dei diversi sintomi, fra loro e con altre variabili complesse.

- **Maltrattamento psicologico** (*emotional abuse*).

Tale tipo di maltrattamento si caratterizza per essere compresente con tutte le altre forme di abuso e per sussistere anche indipendentemente da queste. Quando si parla di maltrattamento psicologico si fa riferimento a tutti quei comportamenti omissivi o commissivi, riassumibili nelle azioni del respingere, ignorare minacciare, denigrare ma anche tutte quelle situazioni in cui il minore viene coinvolto in stili di vita che lo confondono, come i conflitti genitoriali, la richiesta di schieramenti con l'uno o con l'altro genitore, l'attribuzione di responsabilità non adatte alla sua età.

- **Abuso sessuale** (*sexual abuse*).

L'area dell'abuso sessuale presenta particolari problemi di definizione e di delimitazione che necessitano in modo particolare di un approccio interdisciplinare. Il ventaglio di comportamenti che possono rientrare in questa categoria è molto ampio e di difficile classificazione. L'abuso sessuale comprende tutte le forme di coinvolgimento di un minore in esperienze inerenti la sfera sessuale, la pornografia, prostituzione, azioni che utilizzano il bambino per procurarsi piacere; utilizzando violenza e/o approfittando dell'immaturità e non piena consapevolezza del minore. Le varie definizioni che sono state date dell'abuso sessuale hanno evidenziato, di volta in volta, vari aspetti: la vulnerabilità e la dipendenza della vittima, il contesto relazionale ed i tipi di intervento da parte dell'adulto. Alcuni studi, come quello di Montecchi²⁰, propongono una distinzione tra abuso sessuale intrafamiliare ed extra familiare.

19. ALBERT CRIVILLÉ e MARILENA DELLAVALLE, *Genitori violenti, bambini maltrattati: l'operatore sociale di fronte alla famiglia del bambino maltrattato*, Liguori Editore, Napoli 1995, p. 7.

20. FRANCESCO MONTECCHI, *Prevenzione rilevamento e trattamento dell'abuso all'infanzia*, Borla, Roma 1991.

La definizione di Montecchi dice che : «l'abuso sessuale intrafamiliare è da considerarsi non solo quello collettivamente riconosciuto, tra figure maschili e figure femminili, ma anche le forme più nascoste e psicologicamente devastanti tra madre e figli maschi»²¹ mentre «l'abuso sessuale extrafamiliare, ha quasi sempre alle spalle una situazione di trascuratezza affettiva, che non permette al bambino di sviluppare la capacità di discernere dai pericoli, e lo rende sensibile e permeabile a qualunque attenzione affettiva gli viene rivolta fuori della famiglia, compensatoria di un vuoto affettivo intrafamiliare»²².

- **Trascuratezza** (*necler child syndrome*).

Il minore subisce le conseguenze delle carenze o omissione da parte dei genitori riguardo ai propri bisogni fisici/psichici (denutrizione, abbigliamento, inadeguato, carenza o assenza di cure mediche, inadempienza scolastica ecc.)²³.

A questa classificazione può essere aggiunto anche il fenomeno dello *sfruttamento*, esercitato da una persona adulta sul minore allo scopo di avviarlo all'uso e allo spaccio di stupefacenti, alla prostituzione, al lavoro minorile o a scopo di lucro (sciippi, furti ecc.)²⁴. Gli elementi di questa distinzione, apparentemente netta e precisa, in realtà si dimostrano, nella maggior parte dei casi, correlati tra loro. Differenziarli può essere molto utile nel lavoro dell'assistente sociale, dello psicologo, dell'educatore o di altri professionisti del settore, affinché essi possano avere in mente la complessità delle situazioni e le gravi conseguenze che tali situazioni possono causare, in modo da intervenire in maniera più oculata possibile.

21. Ibidem, p. 10.

22. Ivi.

23. STEFANO CIRILLO e PAOLA DI BLASIO, *La famiglia maltrattante: diagnosi e terapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.

24. ANNAMARIA CAMPANINI, *Maltrattamento all'infanzia: problemi e strategie d'intervento*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1993, p. 55.

3.3 Indicatori di maltrattamento nel bambino

È evidente che per dare inizio ad un qualsivoglia intervento di aiuto rispetto al minore maltrattato è preliminarmente indispensabile saper percepire dei segnali (fisici, psicologici o comportamentali); questi “segnali” che possono far sorgere nell’adulto attento o nell’operatore il sospetto che il minore possa essere vittima di comportamenti dannosi o maltrattanti, non sono però mai specifici ed inequivocabili. È, comunque, fondamentale per poter capire se determinati comportamenti possano avere origine da un maltrattamento, individuare alcuni indicatori. Numerosi sono stati i tentativi di classificare gli indicatori relativi alle forme di maltrattamento all’infanzia, ma purtroppo non si è ancora giunti a una classificazione condivisa universalmente.

Quella che viene di seguito presentata è una sintesi puntuale presente in letteratura. Tale classificazione è stata redatta per essere di supporto e di orientamento agli operatori nel difficile compito di rilevazione degli stati di maltrattamento, utile per individuare sia l’area del danno (sanitaria, psicologica o sociale) e sia il danno rilevato nel bambino. Prima di approfondire le singole categorie di indicatori è opportuno sottolineare la responsabilità dell’operatore incaricato di dover trovare una corrispondenza tra gli elementi forniti dal contesto e valutare la condizione del bambino per il quale vi sia una presunzione di rischio.

«Un indicatore da solo difficilmente può essere la prova certa del maltrattamento; esso deve essere supportato da altri indicatori che confermino tale ipotesi»²⁵.

È solo l’inserire il singolo indicatore in un quadro complessivo che consente di formulare una diagnosi plausibile. Per fare questo un singolo operatore non è sufficiente, ma è necessaria una diagnosi congiunta, in cui più professionisti (pediatra, medico scolastico, insegnante, psicologo, assistente sociale, educatore, neuropsichiatra infantile, volontario, psichiatra che ha in carico il genitore e tutti gli altri tecnici in contatto con la famiglia) uniscano gli elementi di osservazione rilevati da ciascuno per arrivare a formulare un’ipotesi sufficientemente certa di danno al minore, oppure ad escluderla²⁶.

Tali indicatori di maltrattamento non sono rintracciabili esclusivamente nel minore ma anche nella famiglia e nell’ambiente in cui esso è inserito al fine di individuare quale tipo di intervento di aiuto può essere costruito. Secondo la griglia applicata ai diversi tipi di maltrattamento questi indicatori sono classificati come:

- a) *Indicatori fisici primari*: si tratta di tutti quei segni rilevabili nel bambino, che hanno una valenza immediata nel formulare l’ipotesi di maltrattamento.

25. Ivi.

26. STEFANO CIRILLO e M. VALERIA CIPOLLONI, *L’assistente sociale ruba i bambini?*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1994, p. 149.

- b) *Indicatori fisici secondari*: si tratta di quegli elementi meno evidenti che comunque possono essere indice di un maltrattamento.
- c) *Indicatori comportamentali*: sono indicatori rilevabili dal comportamento del minore in quanto esterna un disagio imputabile a una situazione di maltrattamento.

La rilevazione precoce di questi interventi fa sì che si tenga a mente anche l'importanza del tempo di permanenza dei bambini in situazioni pregiudizievoli, causate dall'inadeguatezza dei loro genitori. Il bambino, infatti non può rimanere troppo a lungo in contesti sfavorevoli senza che venga presentata una soluzione riguardo le prospettive future. Una buona impostazione delle prime fasi dell'intervento, un'osservazione approfondita delle condizioni di vita del minore e della sua famiglia, permettono al servizio sociale di porre le basi necessarie per tracciare un percorso successivo. Di fatto la rilevazione del danno, a partire da questi indicatori, non esaurisce l'intervento di protezione ma ne rappresenta l'inizio.

A partire da questi elementi, l'assistente sociale potrà costruire il contesto nel quale sarà possibile dare una risposta ai numerosi quesiti che si presentano nella fase di presa in carico delle famiglie multiproblematiche con comportamenti lesivi per l'integrità psicofisica dei bambini²⁷.

3.3.1 Maltrattamento fisico

Non sempre il maltrattamento fisico lascia segni evidenti sul corpo del bambino, talvolta sono nascosti dagli indumenti e non risultano immediatamente osservabili²⁸. Solitamente l'operatore che rintraccia tale danno riceve dal bambino e dai suoi genitori spiegazioni poco chiare e contraddittorie rispetto all'accaduto. I segni fisici del maltrattamento, le cui diverse combinazioni costituiscono la "sindrome del bambino battuto" (*battered child syndrome*)²⁹ sono costituiti da indicatori fisici primari come lesioni cutanee (lividi, ecchimosi, segni di bruciatura o morsi) o lesioni scheletriche. Ma anche da indicatori fisici secondari come ad esempio segni evidenti di schiaffi o calci e ospedalizzazioni frequenti³⁰.

«L'ipotesi di maltrattamento sulla base di tali indicatori avviene mediante l'osservazione protratta nel tempo del minore e del suo comportamento, dalle giustificazioni adottate in relazione all'accaduto, dalle caratteristiche e dall'atteggiamento della famiglia nei confronti del bambino e dell'evento»³¹. Oltre ai segni fisici è altresì importante porre

27. DANTE GHEZZI e FRANCESCO VALDILONGA, *La tutela del minore. Protezione dei bambini e funzione genitoriale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1996, pp. 55-56.

28. FRANCESCO MONTECCHI, *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*, FrancoAngeli, Milano 2005, p. 61.

29. RUTH S. KEMPE e C. HENRY KEMPE, *Le violenze sul bambino*, Sovera multimedia, Roma 1989.

30. CIRILLO e CIPOLLONI, op. cit., pp. 150-151.

31. CAMPANINI, op. cit., p. 57.

l'attenzione sugli indicatori comportamentali del minore. Infatti, nel bambino vittima di maltrattamento si possono rilevare atteggiamenti autolesivi e distruttivi, violenza nei confronti dei compagni, iperattività, adultizzazione, disturbi dell'alimentazione, ritardo nello sviluppo e tutti quei segnali rintracciabili nella sfera psicologica e comportamentale dei minori.

Molte informazioni, circa questi indicatori, possono essere rintracciate attraverso interviste mirate agli insegnanti del bambino che vedono quotidianamente l'alunno e possono, quindi, descrivere accuratamente il suo comportamento. Inoltre, anche altre persone, come vicini di casa e conoscenti dove a volte il bambino trascorre parte del suo tempo, possono fornire all'operatore preziose informazioni circa le richieste, ad esempio, di attenzione che molto probabilmente non riceve a casa sua.

Altri indicatori possono essere rilevati osservando la famiglia del minore, ovvero nella storia di vita del genitore o nelle loro caratteristiche personali. Si pensi a genitori che hanno subito violenza nella loro infanzia, genitori che abusano di sostanze stupefacenti o che hanno un disturbo psichiatrico, che si rifiutano di portare il bambino dal medico, o ancora che sono incapaci di chiedere aiuto per se stessi e per i figli con conseguente sfiducia nelle istituzioni. Molte volte il disagio di questi fanciulli, causato dalle carenze genitoriali, viene segnalato dalla scuola a servizi di competenza medica, ipotizzando un disturbo di natura organica o psichiatrica, senza prendere minimamente in considerazione che molti dei comportamenti esternati dal bambino possono riferirsi ad una situazione di abuso³².

La raccolta di questi elementi avviene attraverso i contatti con le istituzioni scolastiche e gli altri servizi territoriali, privilegiando comunque l'osservazione del rapporto genitore-figlio³³.

32. Ibidem.

33. Ibidem.

3.3.2 Maltrattamento psicologico

Il maltrattamento psicologico, diversamente da quello fisico, non lascia alcun segno evidente a livello corporeo. Per poterne riconoscere gli effetti indispensabile concentrarsi sugli atteggiamenti del minore. Ad esempio, possono essere evidenziabili ritardi dello sviluppo e diversi disturbi psicosomatici³⁴. Questo tipo di maltrattamento può avvenire in situazioni di estremo conflitto tra la coppia genitoriale a seguito di violenza assistita, minacce, isolamento sociale, strumentalizzazione da parte dei genitori del minore nel conflitto.

Anche per questo tipo di maltrattamento gli indicatori vengono differenziati tra quelli che riguardano il minore e quelli che riguardano la sua famiglia, infatti in situazioni in cui il minore subisce questo tipo di pregiudizio è possibile riscontrare un ritardo nello sviluppo, una scarsa capacità di adattamento e personalità rigida, iperattività, atti di tentato suicidio, ansia e difficoltà nell'apprendimento. Per gli operatori è molto difficile avere la certezza che il sintomo presentato sia causato da un maltrattamento psicologico, di fatto vi sono analogie tra il comportamento dei bambini vittime di maltrattamento psicologico e quello dei bambini con disturbi psicologici, così come ne esistono tra le altre categorie di bambini maltrattati o vittime di lesioni accidentali. Tuttavia, il comportamento dei genitori può essere un elemento decisivo nel dubbio diagnostico. Anche se non può essere considerata una regola fissa è osservabile, comunque, che i genitori di bambini con problemi psicologici ammettono generalmente l'esistenza del problema (almeno uno dei due genitori) preoccupandosi del benessere del figlio e collaborando per cercare un rimedio. Viceversa, i genitori maltrattanti accusano il minore dei suoi stessi disturbi, non curandosi dell'esistenza del problema, ma piuttosto tendono a negare e a rifiutare qualsiasi offerta di aiuto da parte dei servizi³⁵.

Gli indicatori di maltrattamento psicologico della famiglia ai danni del minore fanno riferimento ai seguenti comportamenti:

- Incapacità del genitore di chiedere e ricevere aiuto;
- Mancanza di stimolazioni;
- Incapacità di valutare il bisogno del figlio;
- Mancanza di differenziazione dal figlio e dai propri genitori.

È importante ricordare che il maltrattamento psicologico può essere traumatico quanto il maltrattamento fisico e comunque sotteso sempre a tutte le altre forme di violenza.

34. MARCELLO CESA BIANCHI e EUGENIA SCABINI, *La Violenza sui bambini: immagine e realtà*, F. Angeli, Milano 1991, p. 166.

35. *Ibidem*, pp. 166-167.

3.3.3 Abuso sessuale

Diversamente da quanto si potrebbe immaginare, il maggior numero dei casi di abuso sessuale ai danni di un minore è associato ad un'assenza di segni e sintomi fisici.

La ricerca di indicatori fisici rilevabili clinicamente è considerata indispensabile per il raggiungimento della certezza di un effettivo abuso e non solo una fantasia del minore oppure, di chi ha segnalato il caso. L'operatore che viene a conoscenza di determinati segnali deve comunque porsi in condizione di non sottovalutare l'ipotesi di abuso ritenendo, i segni fisici come una conseguenza di eventi accidentali e non intenzionali. Inoltre, non appena si è accertata la presunzione dell'abuso è comunque indispensabile segnalare l'accaduto alle autorità competenti.

In questa grave e non rara forma di violenza, il fanciullo viene strumentalizzato, diventa oggetto del piacere dell'adulto e trascinato in attività sessuali, prostituzione e pornografia. Di fatto, l'abuso sessuale è di solito compiuto da persone molto vicine al bambino o alla bambina, oppure da persone di cui la famiglia si fida come parenti, insegnanti, religiosi o amici di famiglia. Purtroppo il silenzio del bambino e della famiglia cela per lunghi anni la verità dei fatti, e spesso i sensi di colpa invadono il minore che esterna l'accaduto attraverso comportamenti non sempre facili da riconoscere.

Gli indicatori rilevabili anche in questo caso possono essere distinti in indicatori fisici primari, secondari, comportamentali e familiari. Gli indicatori fisici primari interessano la sfera corporea e possono essere facilmente identificabili quando un minore al di sotto dei dodici/tredici anni presenta malattie infettive a trasmissione sessuale, lesioni genitali, o una gravidanza precocissima in cui si è tenuto nascosto il padre.

Anche se gli indicatori secondari non siano determinanti per l'identificazione di un abuso sessuale, essi sono comunque un campanello d'allarme per l'operatore che deve approfondire le cause che hanno indotto al sintomo. Purtroppo venire a conoscenza di questi indicatori risulta estremamente difficile in quanto richiede uno stretto contatto con il bambino come ad esempio quello che potrebbe avere un pediatra o un'insegnante e soprattutto è necessaria la capacità di formulare un'ipotesi di abuso.

Gli indicatori comportamentali come l'affermazione spontanea del bambino di aver subito molestie sessuali, o al contrario, di non averle subite, quindi l'insorgere di depressione, malinconia, incubi, ossessione, angoscia, autolesionismo, enuresi; possono essere confusi con un comportamento morboso del fanciullo, o intesi come espressione fisiologica di una tappa dello sviluppo o ancora come conseguenza dell'influenza dei mass media e quindi non correlati all'abuso sessuale.

Altri indicatori come l'esibizionismo, l'abuso di droga, la fuga da casa, la tendenza a prendere parte ad attività delinquenziali possono indurre l'operatore a non ipotizzare di-

rettamente l'abuso, ma connettere tali comportamenti esclusivamente a tratti di personalità caratteriali o devianti, oppure ad un sistema educativo disfunzionale in una famiglia malavitosa.

L'operatore può far riferimento a questi indicatori anche quando si trova di fronte a ragazzi che scappano spesso di casa o dalla comunità e che rifiutano ogni progetto che gli viene proposto anche se questo sembri aderire alle loro aspettative³⁶.

Inoltre, altri indicatori come la difficoltà a relazionarsi con entrambi i sessi, disturbi alimentari o identificazione con l'aggressore possono essere utilizzati dall'operatore per condurre un'indagine sulla quale altri indicatori fanno presumere una situazione di abuso sessuale, al fine di verificare, insieme ad altri professionisti o persone che rientrano nella sfera relazionale del minore, se sussistono altri segni di disagio manifestati dal minore.

Gli indicatori familiari, invece riguardano i fatti relativi ai genitori e sono:

- Denuncia di abuso da parte di un familiare;
- Problemi di natura psichiatrica;
- Genitori separati o divisi;
- Situazione conflittuale tra i coniugi;
- Ambiente familiare instabile e assenza di attenzione alle attività giovanili;
- Padri e patrigni abusanti durante le visite in casa dopo la separazione;
- Isolamento sociale della famiglia;
- Convivenza sgradevole con parenti o estranei.

36. CAMPANINI, op. cit., p. 60.

3.3.4 Trascuratezza

Gli indicatori fisici e comportamentali che fanno ipotizzare l'assenza di cure e attenzione per i bisogni fondamentali del minore sono spesso i più evidenti per chi viene a contatto con il bambino. Venire a conoscenza di tali elementi può dunque comportare, oltre alla scoperta di una situazione che già di per sé costituisce una forma di maltrattamento, anche la possibilità di verificare atti di violenza fisica che sono spesso ad essa correlati. Anche per la trascuratezza, l'operatore può servirsi di indicatori fisici primari, secondari, comportamentali e familiari.

Alcuni degli indicatori fisici primari sono:

- Malnutrizione e/o disidratazione;
- Ritardo nello sviluppo dovuto a malnutrizione;
- Bambini regolarmente sporchi, che si lavano raramente fino ad emanare cattivo odore ed avere di conseguenza problemi relazionali con i compagni;
- Ritardo mentale dovuto a carenza di stimoli;
- Carenza di visite mediche, dentistiche e oculistiche;
- Assenza di controlli sanitari e vaccini obbligatori;
- Abbigliamento inadeguato rispetto alla stagione e trascurato nell'igiene;
- Bambini affetti da pidocchi o altri parassiti che non vengono curati;
- Incidenti domestici ripetuti.

Questi indicatori fanno riferimento a tutte quelle situazioni per le quali i servizi ricevono il maggior numero di segnalazioni, generalmente accompagnate da una richiesta di intervento assistenziale.

Gli indicatori comportamentali, invece, possono guidare ed aiutare l'operatore poiché, nella maggior parte dei casi, le famiglie a cui appartengono i minori trascurati presentano uno stile di vita e caratteristiche relazionali che le rendono facilmente individuabili, non solo dai servizi, ma anche da altre persone come gli insegnanti, i servizi sanitari, il vicinato e tutti coloro che entrano in qualche modo in contatto con questi minori e la loro famiglia. I bambini che presentano segni di stanchezza permanente e disattenzione che si addormentano spesso in classe perché vanno a letto molto tardi oppure non dormono di notte oppure, bambini che hanno costantemente fame, che chiedono cibo o rubano le merende ai compagni, o ancora che si mostrano svogliati e disattenti, l'assenza o la carenza

di accudimento da parte dei genitori, sono indicatori comportamentali molto evidenti.

Infine, per quanto riguarda gli indicatori familiari è utile osservare il comportamento dei genitori nei confronti dei figli. Generalmente questi indicatori riguardano situazioni in cui genitori poco competenti lasciano i figli incustoditi per un tempo eccessivo rispetto all'età del minore, sia a casa che fuori; o affidano i propri bambini a persone che per età e caratteristiche non sono idonee a garantire una cura adeguata, come ad esempio altri bambini, anziani non autosufficienti o a soggetti che fanno uso di sostanze stupefacenti o alcool.

3.4 Genitori maltrattanti

«Non esiste uno stereotipo dell'adulto maltrattante»³⁷. Esistono famiglie ben inserite socialmente che maltrattano i loro bambini al pari di genitori tossicodipendenti, alcolisti, gravemente disturbati o affetti da malattie mentali. Henry Kempe affermava che «i genitori maltrattanti non rientrano in un unico modello psicologico che possa essere compreso in una diagnosi psichiatrica»³⁸. È opportuno, per questo, prendere in considerazione i differenti tipi di personalità per cercare di comprendere come l'aggressività presente in ogni persona, possa essere rivolta in maniera violenta nei confronti della prole.

L'aspetto più caratteristico delle storie di famiglia che compiono abusi, scrive Kempe, è la ripetizione, da una generazione all'altra, di un modello di abuso, di trascuratezza, di perdita dei genitori, o di deprivazione³⁹.

Dall'analisi della letteratura⁴⁰ risulta che non tutti gli episodi di maltrattamento hanno un unico fattore eziologico; alcuni genitori possono presentare delle caratteristiche patologiche legate a disturbi di natura psichiatrica, altri invece sono degli individui che «hanno seguito un accettabile modello educativo, ma che, forse, ha subito fenomeni di radicalizzazione ed esasperazione solo a causa di situazioni ambientali e di stress»⁴¹.

Un errore che spesso può essere commesso è quello di non riconoscere che alcuni genitori hanno una personalità deviante, resistente ai metodi del trattamento.

Come sottolineato più volte nei capitoli precedenti, anche se è vero che non tutti i bambini maltrattati diventeranno genitori maltrattanti, è anche vero che i genitori che fanno del male o non proteggono i loro figli hanno alle spalle una storia personale di violenza. Ad esempio, una giovane madre vittima di violenze, non sufficientemente in grado di occuparsi e proteggere efficacemente i propri figli non è una cattiva madre, ma una donna traumatizzata che ha subito gravi danni nelle sue competenze e capacità genitoriali⁴².

Inoltre, è bene ricordare che la violenza ha una storia molto radicata.

«Essa si perde nella memoria individuale e storica e costituisce una spirale, un cerchio tragico che si ripropone e si consolida attraverso le generazioni»⁴³.

Il ruolo genitoriale, così importante e difficile, secondo alcuni studiosi, trae le sue origini

37. GIOVANNI ATTOLINI et al., *Infanzia e violenza: forme, terapie, interpretazioni*, La Nuova Italia, Firenze 1990, p. 116.

38. KEMPE e KEMPE, op. cit., p. 23.

39. Ibidem, p. 25.

40. Si fa riferimento ai testi di AA. VV. Miller A. *La persecuzione del bambino. Le radici della violenza*, Bollati-Boringhieri, Torino, 1987; Ghezzi D., Vadilonga F. (a cura di), *La tutela del minore*, Raffaello Cortina, Milano, 1996; Cancrini L. *La cura delle infanzie infelici*, Raffaello Cortina, Milano, Milano, 2012; Contributi di: G. Attolini, E. Beseghi, F. Cambi, C. Fratini, D. Marchi, F. Scarcella, S. Ulivieri, C. Ventimiglia in: *Infanzia e violenza: forme, terapie, interpretazioni*, La Nuova Italia, Firenze, 1990

41. ATTOLINI et al., op. cit.

42. FERNANDEZ et al., op. cit., p. 66.

43. ATTOLINI et al., op. cit., p. 116.

in quella fase agli albori della vita, in cui ogni essere umano, uomo o donna, ha vissuto, ancor prima di imparare a parlare, prima del pensiero logico e della memoria una "relazione simbiotica" che viene ricercata con ardore come un paradiso perduto, definita dagli psicologi "narcisistica" indispensabile per la formazione del Sé.

Se questa fase viene vissuta in un ambiente sfavorevole, in maniera "*infernale*" gli esiti si ripercuoteranno per tutta la vita⁴⁴.

Alice Miller, nota psicanalista zurighese, estende questo concetto fino alle conseguenze più estreme. Formula l'ipotesi secondo la quale l'esperienza di grave maltrattamento subita in età infantile è peggiore della situazione di un adulto in un campo di concentramento. Il sentimento di solitudine del fanciullo lasciato solo con il suo dolore senza aver modo di esternarlo in alcun modo fa sì che la sofferenza patita per quei tormenti rimarrà allo stato inconscio e più tardi verrà a impedire l'immedesimazione negli altri.

Per tale motivo, secondo la Miller, i bambini che hanno subito violenza diventeranno a loro volta padri e madri che faranno uso di violenza⁴⁵. Chiaramente si nota che la Miller nella sua accorata denuncia della persecuzione dell'infanzia, radicalizza la situazione seguendo una precisa linearità degli eventi. Questi genitori estremamente sopraffatti da emozioni negative arrivano a sovvertire l'ordine naturale genitore-figlio: anziché essere protettivi divengono dannosi.

È importante, dunque, considerare i genitori maltrattanti come delle persone in crisi, nei quali l'intervento nocivo verso i fanciulli è segno di una profonda patologia relazionale del nucleo familiare. Vediamo quali sono le concause generalmente condivise di un tale fenomeno:

- Un vissuto di sofferenza di entrambi i genitori o di uno di essi;
- Criticità familiari quali: lutti, trasferimenti, fallimenti e altri eventi dolorosi;
- Un contesto economico-sociale e un ambiente culturale sfavorevole come condizione aggravante la crisi della famiglia e concausa dei comportamenti lesivi verso i figli.

Ma queste cause di infelicità da sole non bastano. Un'altra ragione maggiormente determinata è «il cattivo funzionamento relazionale basato su incomprensioni profonde tra coniugi e su attese familiari non corrisposte»⁴⁶. È proprio questa disfunzionale relazione tra i coniugi che rende insopportabili i fattori personali, quelli sociali, i cambiamenti e i lutti. Infatti, essere appoggiati dal proprio *partner* nei momenti difficili costituisce un'importante base per poter superare le difficoltà che la vita spesso ci propone. Al contrario,

44. Ivi.

45. Cfr. Miller A., *La persecuzione del bambino*, Boringhieri, Torino, 1987.

46. GHEZZI e VALDILONGA, op. cit., p. 8.

sentirsi abbandonati emotivamente dal proprio compagno, o addirittura sentirsi dallo stesso attaccati nei momenti di difficoltà, può far ricadere sui figli tutti i sentimenti negativi: delusione, rabbia e confusione. Sono tante comunque le concause che possono provocare un cattivo funzionamento relazionale familiare e le coppie possono presentare diverse caratteristiche. È possibile incontrare una coppia coniugale/genitoriale debole, che ha al proprio interno un gravissimo conflitto e una moltitudine di incomprensioni irrisolte. Oppure coppie che hanno legami eccessivi e impropri con le rispettive famiglie di origine.

Possiamo quindi concludere che si tratta di famiglie o coppie in cui il naturale scambio di dare e avere stima, affetto, riconoscimento penalizza profondamente almeno uno dei due genitori senza che esso abbia gli strumenti idonei a cambiare o migliorare la situazione⁴⁷. Per questo quando in una coppia vengono a mancare l'accettazione, la protezione, la fiducia e tutti i sentimenti positivi alla base di ogni rapporto affettivo, i *partner* provano sentimenti opposti di frustrazione, smarrimento, delusione che portano a non saper più gestire la propria rabbia. Da quanto detto si evince chiaramente che in presenza di queste relazioni familiari tanto disfunzionali che si ripercuotono sui figli, può essere possibile individuare percorsi per comprenderle, farle emergere e provare a modificarle. «Quando si comprendono le ragioni relazionali profonde che si coniugano con le difficoltà personali, allora è possibile aiutare a cambiare, è possibile rompere la spirale che porta i genitori a fare male ai loro figli»⁴⁸.

47. Ibidem, pp. 6-9.

48. Ibidem, p. 9.

3.5 Uno sguardo all'aspetto generazionale nelle famiglie maltrattanti

La letteratura che si è occupata del maltrattamento all'infanzia ha evidenziato i criteri che inducono ad una segnalazione alla magistratura. A riguardo sono state fatte molte riflessioni inerenti i problemi di rilevazione dei comportamenti genitoriali dannosi nei confronti dei figli, chiarendo gli indicatori fisici o comportamentali connessi a una situazione di maltrattamento. Gli autori che trattano il tema della famiglia maltrattante spaziano dalla violenza tra i coniugi, alla violenza sui minori. Molto spesso però viene analizzata solo la famiglia nucleare, senza prendere in considerazione la famiglia allargata e l'importante influenza che essa esercita sulla vita dei suoi componenti. In alcuni casi il disagio e la sofferenza che caratterizzano la vita di una persona possono essere di origine *transgenerazionale*. Questo termine fa riferimento a vicende di natura traumatica che si ripetono come tipologie di evento attraverso più generazioni, dai genitori ai figli, o tra altri livelli di parentela i cui membri sembrano rivivere attraverso i decenni lo stesso tipo di accadimenti. Le esperienze traumatiche vissute da generazioni prima in famiglia, se non mentalizzate, verbalizzate e integrate consapevolmente, tendono ad essere involontariamente "passate implicitamente" attraverso il non detto⁴⁹.

L'universo relazionale creato dalla confluenza di due sistemi familiari di origine attraverso il vincolo di alleanza dei suoi componenti e il vincolo di filiazione con i suoi discendenti fa comprendere come la violenza è il sintomo di disfunzionalità dell'intero contesto trigerazionale⁵⁰. «Quando due persone formano una coppia, in realtà uniscono i due sistemi familiari d'appartenenza i quali interagiscono attraverso questo vincolo, lo influenzano e lo modificano, in un patto sancito per la società»⁵¹. Il vincolo di alleanza tra i coniugi è diverso dal vincolo di filiazione che lega i membri della coppia con i loro rispettivi genitori. Il vincolo di alleanza ed il vincolo di filiazione sono, come detto sopra, differenti, ma allo stesso tempo, complementari tra loro. Di fatto, quando nascono i figli, il vincolo di filiazione si estende lungo un asse diacronico permettendo il passaggio transgenerazionale di quel filo conduttore biologico e culturale essenziale per la nostra specie. La coppia nello stringere il vincolo di alleanza va a stabilire una certa distanza con ambedue i sistemi familiari di origine (cioè tende ad indebolire il sistema di filiazione) così come dovrà accadere con i propri figli seguendo una differenziazione intergenerazionale indispensabile per un sistema armonico. In molti casi, la violenza tra i coniugi o sui loro figli è la rappresentazione del fallimento dell'armonia intergenerazionale, per questo è importante prendere in considerazione ogni aspetto dell'individuo sia della sua vita presente che della sua vita passata, avendo una visione complessa della realtà e non ragionare esclusivamente in maniera lineare. Dunque, il genitore maltrattante, seguendo la teoria

49. FERNANDEZ et al., op. cit., p. 66.

50. BOGLIOLO, op. cit., p. 70.

51. Ivi.

trigenerazionale, «è sempre un bambino incompiuto e un coniuge deluso»⁵² come sottolinea Cirillo.

Per questo è necessario ricordare che i genitori maltrattanti sono persone che hanno vissuto esperienze sfavorevoli e traumatiche nella propria infanzia, spesso causate dal loro nucleo familiare di appartenenza e che di conseguenza presentano una disfunzione nelle condotte di relazione e quindi anche genitoriali⁵³. Uno degli ambiti più ampiamente discusso riguardo ai traumi che influenzano la storia generazionale di un individuo è quello dei maltrattamenti intrafamiliari e degli abusi sessuali subiti in età infantile.

52. CIRILLO, op. cit., p. 132.

53. Ibidem.

Capitolo 4

LE CONSEGUENZE DEL TRAUMA RELAZIONALE INFANTILE: I MODELLI DI PROTEZIONE

*Tutti gli adulti, una volta, sono stati
bambini anche se pochi di loro se ne
ricordano.*

De Saint-Exupéry, 2015¹

4.1 Il modello processuale del Centro per il bambino maltrattato di Milano: il contributo di Stefano Cirillo

Non di rado, il lavoro con le famiglie maltrattanti pone gli operatori di fronte a dilemmi non sempre facili da risolvere. Costantemente giungono ai servizi genitori violenti che negano e minimizzano il maltrattamento commesso ai danni del loro bambino.

L'équipe del CBM² si è molto impegnata nell'intento di provare a dare un'altra possibilità a questi genitori così sofferenti ma incapaci di chiedere aiuto se non in modo criptico. La somma della professionalità e dell'entusiasmo di questa équipe multidisciplinare ha avuto un ruolo pionieristico nella creazione di servizi pubblici dedicati ai minori e alla loro famiglia.

1. DE SAINT-EXUPÉRY ANTOINE, *Il Piccolo Principe*, Giunti Editore, Firenze 2015.

2. Il CBM Milano (*Centro Bambino Maltrattato*), nasce nel 1984 grazie ad un finanziamento del Comune di Milano ad opera di un gruppo di psicoterapeuti, assistenti sociali ed educatori che ha introdotto una innovazione radicale nella valutazione e nel trattamento del minore oggetto di maltrattamento. La loro missione non è solo quella di tutelare i minori ma anche cercare di prevenire, curare abusi, violenze e traumi chiamando in causa l'intero contesto familiare e sociale all'origine del disagio e a sua volta coinvolto nella sofferenza. Gli interventi sono così finalizzati a recuperare il trauma del minore e contemporaneamente a sanare (ove possibile) le relazioni all'interno del nucleo familiare e a curare adeguatamente anche il responsabile della violenza, spesso a sua volta traumatizzato. L'idea di fondo, che sorregge tutti gli interventi effettuati, è che la famiglia maltrattante può essere recuperata e tornare ad essere accogliente per il minore, grazie ad un percorso di aiuto e sostegno ai genitori e anche ai nonni, sull'ipotesi che un genitore maltrattante è stato a sua volta un bambino maltrattato. Grazie agli interventi sul contesto familiare è possibile ricostruire un ambiente adatto alla crescita del minore, che in alcuni casi può anche ritornare nella famiglia di origine.

Il CBM, infatti, propone un modello teorico d'intervento innovativo, definito come una «terza via tra la criminalizzazione dei genitori maltrattanti e l'indifferenza nei confronti dei bambini maltrattati»³, che consenta di superare la parcellizzazione dell'intervento, tipica di alcuni filoni di ricerca orientati a privilegiare le caratteristiche individuali dei bambini oppure dei genitori, a favore di una comprensione d'insieme delle dinamiche familiari alla base del malessere, e quindi della violenza, che contraddistingue alcune realtà familiari. La premessa su cui è basato il modello d'intervento del CBM è che il maltrattamento o la trascuratezza, derivino da una patologia del funzionamento familiare complessivo che potrà essere curata cercando di modificare proprio tali situazioni disfunzionali come ad esempio: conflitti gravi, tossicodipendenza, sintomi psichiatrici e così via, affinché la famiglia possa recuperare le proprie competenze genitoriali⁴.

La terza via individuata dall'équipe del CBM si concretizza, dunque, nella “scommessa” sulla terapia coatta, ovvero la possibilità per i professionisti che si occupano di tutela minorile di lavorare in un contesto in cui, anche se la famiglia non esplicita una spontanea richiesta di cambiamento, possa utilizzare positivamente un supporto terapeutico, per provare a modificare la propria condotta disfunzionale⁵.

Nella presa in carico coatta, diversamente da quanto solitamente avviene in ambito terapeutico e di aiuto, viene a mancare la motivazione spontanea della richiesta d'aiuto considerata un requisito fondamentale per promuovere processi di cambiamento.

L'intervento dei servizi nei casi di tutela minorile, infatti, parte da un mandato del Tribunale che offre maggiore potere agli operatori e vincola i genitori a relazionarsi con il servizio. Grazie al mandato del tribunale è possibile intraprendere parallelamente la tutela del minore e un lavoro terapeutico con la famiglia affinché essa possa cercare di recuperare le capacità genitoriali⁶.

La proposta dell'équipe psico-sociale del CBM è pertanto quella di collocare l'intervento di tutela in una dimensione processuale in cui ad ogni fase corrisponde un obiettivo specifico dell'intervento e dove è possibile esplicitare la possibilità di «rilanciare negli operatori il desiderio terapeutico nei confronti dei “cattivi genitori”, invitandoli a rivolgersi al bambino incompiuto che si nasconde dentro ciascuno di loro»⁷.

3. CIRILLO e DI BLASIO, op. cit., p. 2.

4. Cfr. Campanini A., *Maltrattamento all'infanzia. Problemi e strategie di intervento*, La nuova Italia Scientifica, Roma, 1993.

5. CAMPANINI, op. cit., p. 76.

6. Cfr. Campanini A., *Maltrattamento all'infanzia.*

Problemi e strategie di intervento, La nuova Italia Scientifica, Roma, 1993.

7. CIRILLO, op. cit., p. 11.

4.2 Il processo di intervento

Il processo d'intervento, che oggi sembra consolidarsi a piccoli passi nell'impianto teorico dei servizi che si occupano di tutela minorile e in molti casi anche nelle buone prassi da loro adottate, è stato presentato per la prima volta nel 1989 nei fascicoli illustrativi del CBM⁸.

Il processo metodologico di intervento si snoda in una prima tappa che prevede la rilevazione da parte degli operatori del livello di gravità del rischio o pregiudizio per il minore per poi eventualmente, se il livello di rischio o pregiudizio è elevato, mettere in atto misure di protezione adeguate.

Il compito operativo successivo, in questo modello processuale, è centrato non più solamente sulla cura del bambino ma si estende alla cura e al trattamento dei genitori e delle dinamiche familiari di cui anche il minore, molte volte, ne diviene parte attiva. Questa è la fase della valutazione di recuperabilità dei genitori che contraddistingue la proposta del CBM di una terapia coatta rivolta quindi a utenti che, come definisce Cirillo, «non sanno chiedere aiuto ma non per questo non lo meritano»⁹.

Secondo l'équipe del CBM, questa fase permette di adottare un'ottica terapeutica nel lavoro con le famiglie maltrattanti, superando il dubbio posto dalla rilevazione di un bisogno di aiuto da un lato e l'assenza di richiesta dall'altro. Inoltre, la valutazione permette agli operatori di contrastare e superare i rischi di blocco e di cronicità delle situazioni che spesso si vengono a creare quando, trovandosi innanzi al dilemma tra i bisogni di cura del bambino da un lato e l'aiuto ai genitori dall'altro, si tende a focalizzare maggiormente l'attenzione sui bisogni del fanciullo, impedendo, di fatto, la possibilità di mettere in moto un desiderio di cambiamento nei genitori. Si tratta di un "dilemma strutturale"¹⁰ che può raggiungere livelli molto alti di tensione interna all'operatore in merito alla decisione inerente al benessere del minore e al suo futuro. Tale scelta è principalmente legata allo specifico oggetto di lavoro dei servizi di tutela, e consiste nel capire quanto e fino a che punto è giusto ed è bene puntare su un miglioramento della relazione genitori-figli o quanto sia meglio impegnarsi per una sostituzione delle figure genitoriali carenti¹¹.

La valutazione di recuperabilità permette di giungere ad una prognosi che deve essere fondata su due presupposti essenziali: la cessazione del comportamento inadeguato e la previsione di terapia (fase del trattamento) formulata dagli operatori, quest'ultima adeguata alla capacità del genitore di riconoscere il danno inflitto al minore (superando la fase di negazione del danno) e di iniziare a comprendere il proprio agito. Se la prognosi

8. <http://www.cbm-milano.it>.

9. CIRILLO, op. cit.

10. BERTOTTI, op. cit., p. 46.

11. Ivi.

avrà un esito negativo, e quindi dalla valutazione delle risorse si evince che i genitori non saranno mai in grado di modificare il loro comportamento e di occuparsi in maniera adeguata dei loro figli, si dovrà pensare in modo prioritario alla protezione del minore e di conseguenza a misure alternative alla famiglia d'origine. In questi casi i genitori vengono invitati a prendere atto delle proprie difficoltà e allo stesso tempo di privilegiare il diritto dei figli stessi a essere curati e seguiti in un ambiente extrafamiliare¹².

Il modello interpretativo di Cirillo presenta un versione leggermente modificata del modello processuale del CBM. Infatti, ad ogni fase egli dedica un'ampia trattazione con esempi di casi tratti dalla pratica clinica.

4.2.1 La rilevazione

Nella prima fase del processo di intervento, ovvero la rilevazione del danno a sfavore del minore è, prima di tutto importante, domandarsi se esiste o meno una situazione di maltrattamento. La rilevazione viene definita come «l'individuazione dei segnali di malessere dei minori e dei rischi per la loro crescita connessi alle condotte pregiudizievoli degli adulti, distinguendo il rischio del danno subito dagli stessi, e nella prima individuazione delle capacità protettive immediatamente disponibili in ambito familiare»¹³. Questa fase coinvolge tutti i soggetti di una società civile e, in modo particolare, di coloro che fanno parte dei settori educativi, scolastici, di assistenza sociale, di prevenzione, sanitari e giuridici che ruotano attorno al minore una volta emersa una situazione di rischio o di danno, sospetto o conclamato.

Contemporaneamente sono venute meno le richieste agli esperti di fornire ricette, elenchi di indicatori che devono mettere in allarme insegnanti o professionisti di servizi, i quali oggi dispongono delle conoscenze sufficienti per raccogliere e soppesare autonomamente tali indicatori¹⁴.

12. CIRILLO e DI BLASIO, op. cit., pp. 55-57.

13. *Requisiti minimi dei Servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia*, 2015, <http://cismai.it>, p. 2.

14. CIRILLO, op. cit., p. 13.

4.2.2 Il coinvolgimento della famiglia e la segnalazione al Tribunale per i minorenni

In questa seconda fase del processo di intervento, dopo aver accertato una situazione sfavorevole per il minore, l'operatore si trova a dover affrontare due compiti non affatto semplici: il coinvolgimento dei genitori per discutere con loro di quanto si è rilevato e verificare se vi siano o meno le condizioni che obbligano la segnalazione della situazione al Tribunale per i minorenni.

Il coinvolgimento dei genitori

Il coinvolgimento dei genitori maltrattanti è un compito operativo che va svolto con particolare accuratezza. Prima di procedere con l'informare il genitore delle preoccupazioni relative al benessere del bambino e dell'eventuale dovere di segnalare alla Magistratura bisogna scongiurare l'ipotesi di reato nei confronti della piccola vittima altrimenti si corre il rischio di inquinare le prove. Nel caso di reato (certo o sospetto) infatti, sarà compito del sostituto procuratore ovvero del magistrato della Procura penale di effettuare le indagini e comunicare al momento opportuno l'abusante che è stata aperta un'indagine su di lui.

In questi casi l'obbligo alla riservatezza è determinante per lo svolgimento del processo di intervento a favore del minore e di tutti i componenti della sua rete affettiva. Infatti, informare in modi e tempi errati, una persona sospettata di abuso sessuale potrebbe essere estremamente rischioso per la vittima dato che l'abusante sentendosi minacciato da una condanna possa commettere atti estremi come ad esempio:

- Arrecare ulteriore danno alla vittima pur di ridurla al silenzio;
- Minacciare o fare del male ad altre persone che proteggono la vittima o che sono a conoscenza dei fatti;
- Costruire una linea difensiva a suo favore;
- Potrebbe cercare di sottrarsi al giudizio fuggendo, rendendosi irreperibile, o addirittura suicidandosi oppresso dalla paura e dal rimorso.

Nelle situazioni di tale gravità e delicatezza, il dovere di mantenere un certo riserbo non vale solo per gli operatori dei servizi, ma anche per il partner dell'abusante e per tutta la rete familiare e amicale della presunta vittima, salvo i casi in cui ci si trovi di fronte un genitore molto protettivo che ha riferito le proprie preoccupazioni e non vive più con il presunto abusante, o comunque è in grado di allontanarsi da lui con il minore¹⁵.

15. Cfr. Cirillo S., *Cattivi genitori*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2005.

Salvo l'eccezione fatta in caso di possibile reato è necessario che l'operatore convochi entrambi i genitori, anche quello che appare violento¹⁶, informandoli in modo esaustivo senza omettere nessuna delle notizie raccolte e che rimandano ad una possibile situazione disfunzionale, al fine di comprenderne le ragioni e cercare di attuare un possibile cambiamento della situazione per il bene sia del minore che dell'intero nucleo familiare. Non coinvolgere un genitore maltrattante significherebbe riattivare il suo vissuto di impotenza in quanto egli si sentirebbe vittima di un complotto da parte non solo del coniuge, ma anche dell'operatore. I risultati, dunque non sarebbero dei migliori perché le conseguenti reazioni aggressive e la diffidenza da parte di questo genitore nei confronti del servizio, crescerebbero a dismisura rendendo ancora più difficile l'operato del professionista, oltretutto mettendo addirittura in pericolo la sua incolumità.

La scelta più oculata e razionale in questi casi è che l'operatore convochi entrambi i genitori riferendo i fatti di cui è venuto a conoscenza, evitando di assumere un atteggiamento moralistico o di giudizio, cercando di insistere sul fatto che il suo unico interesse è quello di aiutare il loro bambino, il cui benessere sarà certamente ancora di più a cuore a loro stessi e, allo stesso tempo, cercare di aiutarli a evitare comportamenti inadatti. Gli operatori, secondo le parole di Cirillo, devono assumere toni e atteggiamenti pacati ripetendo questi concetti «senza stancarsi, senza perdere la pazienza, senza spaventarsi»¹⁷ e lavorare cercando il più possibile di stabilire un'alleanza con queste famiglie.

La segnalazione

Sia la rilevazione della situazione pregiudizievole per il minore che il coinvolgimento della famiglia sono fasi rivolte a constatare la sofferenza del minore. Inoltre, sono necessarie per incontrare i genitori e confrontarsi con loro per ragionare sull'accaduto provando a mettere in atto un miglioramento. A seconda della risposta della famiglia, di riconoscimento o di negazione del problema e a seconda della gravità della situazione è possibile sviluppare un intervento nel contesto spontaneo oppure si è costretti a segnalare alla Magistratura. Ci sono casi in cui i servizi possono riuscire ad avere un mandato dal Tribunale per realizzare un progetto di intervento. In effetti, il mandato può essere di grande aiuto nella promozione di una spinta verso il cambiamento. Un cambiamento che non potrebbe mai realizzarsi senza la presa in carico coatta. Non sempre si riesce a contare sulla collaborazione spontanea della famiglia perché queste non percepiscono lo stato di rischio in cui si trovano i loro bambini e di conseguenza non si attivano per trovare una soluzione a

16. Per Cirillo risulta estremamente sbagliato non convocare un genitore perché incute paura a causa del suo atteggiamento violento. Bisogna considerare che le persone che commettono atti violenti lo fanno in preda ad emozioni negative quali rabbia e sentimenti di impotenza perché sentono di non avere altri mezzi per affermare i propri punti di vista.

17. CIRILLO, op. cit., p. 24.

tale sofferenza. Si tratta di famiglie oppresse da una moltitudine di problemi personali o di coppia che spingono questi genitori a rinunciare al loro compito nei confronti dei figli¹⁸.

La segnalazione è «una decisione sempre difficile, che dilania tutti i professionisti impegnati in questi casi, non importa quanto esperti essi siano, specialmente se non possono contare su una buona équipe di lavoro con cui sciogliere dubbi e confrontare posizioni»¹⁹. Per questo è molto importante tenere sempre in considerazione due dimensioni significative per poter decidere se lavorare in un contesto giudiziario oppure no. La prima riguarda la gravità del pregiudizio subito dal bambino, o del rischio a cui è esposto; la seconda concerne la negazione del danno da parte della figura maltrattante nei confronti del fanciullo.

La gravità e la negazione del danno vanno a disegnare un grafico (Figura 4.1) in cui si identificano due aree che corrispondono a diversi contesti di intervento: il contesto spontaneo, dove si è rilevato un danno lieve per il minore, insieme alla capacità dei genitori di riconoscere la loro responsabilità, senza negare l'accaduto e disposti ad attivarsi verso un cambiamento.

L'altro contesto prevede l'intervento dell'autorità giudiziaria e presenta alti livelli di negazione dei problemi da parte dei genitori ed elevati livelli di gravità per il benessere del bambino. In sintesi in questa fase i servizi che hanno rilevato il maltrattamento, dopo una prima valutazione congiunta della gravità della situazione, segnalano il caso alla Magistratura minorile. La segnalazione, che non deve essere utilizzata come ultima possibilità così come spesso accadeva in tempi passati, può essere concepita come possibilità di «sventare la minaccia della cronicizzazione, bloccando il perpetuarsi di vicende rischiose per il bambino, senza che si debba attendere che al servizio venga rivolta un'improbabile richiesta di aiuto spontanea»²⁰. Ci sono stati molti casi in cui i genitori grazie alle loro risorse e in tempi non molto lunghi, sono riusciti a capire che è possibile l'alleanza con gli operatori al fine di migliorare il benessere del minore ma anche il loro.

18. CIRILLO e CIPOLLONI, op. cit., pp. 125-126.

19. CIRILLO, op. cit., p. 25.

20. CIRILLO e CIPOLLONI, op. cit., pp. 126-127.

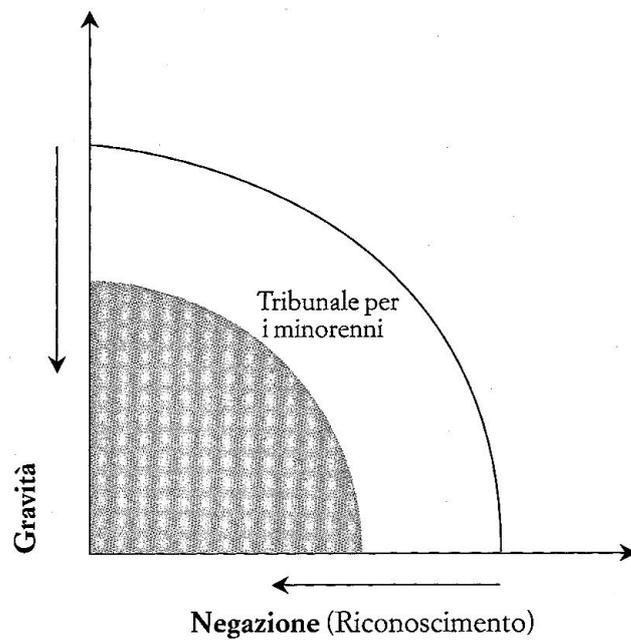


Figura 4.1: I criteri per la segnalazione (tratto da Cirillo, *Cattivi genitori*, pg. 26).

4.2.3 L'indagine

Secondo le principali teorie del servizio sociale l'indagine è uno strumento professionale normalmente utilizzato nel processo di aiuto nella fase di analisi della situazione e valutazione della domanda²¹. Nella prassi dei Servizi per i minori, il termine "indagine sociale" tende a essere circoscritto ai contesti in cui l'autorità giudiziaria chiede al Servizio sociale di raccogliere informazioni sulla situazione di un minore e della sua famiglia, nell'ambito di procedimenti volti a valutare la necessità di provvedimenti di limitazione della responsabilità genitoriale o di affidamento dei figli ad altre figure²².

Nel modello processuale di Cirillo, l'indagine è la terza fase del processo d'intervento ed è fondamentale per l'accertamento dei rischi che corre il minore. Infatti, dopo la segnalazione alla Procura presso il Tribunale per i minori agli operatori sarà inviato un decreto, il quale contiene in primo luogo una misura di protezione per il minore volta ad interrompere il danno o annullare il fattore di rischio. L'indagine, dato che è espressamente richiesta dal giudice, fornisce agli operatori un potere maggiore rispetto a quello che possedevano nella fase delle *rilevazione*. A questo punto, gli operatori possono compiere interventi che prima erano possibili solo con il consenso degli utenti, quali: visite domiciliari, convocazioni, raccolta delle informazioni attraverso la scuola, l'ospedale e i medici. Avendo la possibilità di raccogliere un maggior numero di informazioni, spesso è possibile passare da un sospetto a una certezza ed inoltre è possibile comprendere la portata del danno sofferto dal minore e il livello disfunzionale delle competenze genitoriali.

Molte volte, l'individuazione della gravità del danno inferto al minore da parte dei suoi genitori viene definita: "valutazione del danno"; Cirillo indica questo passaggio con una differente accezione terminologica, ovvero: "accertamento del danno" con lo scopo di riservare il termine "valutazione" esclusivamente alla fase della valutazione delle competenze genitoriali, in modo da evitare confusione.

Sono diversi i metodi di indagine e i vertici di osservazione a disposizione dell'operatore utili a cogliere i diversi effetti dei traumi, delle carenze sofferte dal fanciullo, ad opera di chi doveva invece prendersene cura. L'indagine è un ottimo strumento per stabilire, quando possibile, un'alleanza di lavoro con persone diffidenti, ostili con un enorme carico di problemi e sofferenza²³.

21. TERESA BERTOTTI e UGO DE AMBROGIO, «La valutazione nelle indagini sociali», *Prospettive sociali e Sanitarie*, 2 (2003), pp. 69-88.

22. *Ibidem*, p. 1.

23. Cfr. Cirillo S., *Cattivi genitori*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2005.

4.3 La protezione del minore

A seconda dell'esito pervenuto dall'indagine, si apre una quarta fase: la protezione del minore. Questa fase sarà presentata come il momento in cui gli operatori devono cercare di capire se i genitori riescono, con il solo aiuto del servizio, a riconoscere, controllare e modificare quei comportamenti dannosi per il bambino, oppure se è necessario un intervento giudiziario che imponga una protezione dall'esterno, limitando la responsabilità genitoriale.

Lo scopo principale delle misure di protezione è quello di interrompere tempestivamente i maltrattamenti o gli abusi al fine di prevenire ulteriori traumi al fanciullo. La misura di protezione può essere presa immediatamente dopo la segnalazione, se questa riveste il carattere di urgenza, oppure dopo la fase di indagine, qualora il giudice non disponga degli elementi sufficienti per sceglierla. Affinché possa arginare i comportamenti dannosi e mettere freno agli agiti più pericolosi per il minore, e affinché si possa intervenire in uno spazio protetto è necessario che la misura di protezione risponda a due requisiti essenziali. Per prima cosa deve essere fondata sui fatti e commisurata al danno subito dal minore e in secondo luogo deve agevolare la recuperabilità dei genitori.

Misure di protezione commisurate al danno

La protezione del minore deve essere adeguata al danno sofferto dal fanciullo. Affinché questo criterio venga rispettato, essa deve essere ancorata ai fatti con lo scopo di fornire al giudice minorile tutti gli elementi utili per valutare le azioni dei genitori considerate inadeguate e pregiudizievoli per il sano sviluppo del bambino. Le misure protettive si basano proprio sulla condotta dei genitori e sulle conseguenze che essa ha avuto sul minore. Il tribunale può prendere diversi tipi di provvedimenti, tanto è vero che la segnalazione di un minore non comporta direttamente un provvedimento di allontanamento dai genitori. Di fatto, l'allontanamento è solo una delle tante misure di protezione che il Tribunale può decretare, e si ricorre ad essa esclusivamente nei casi di estrema gravità, ovvero quando il rischio che il minore corre è serio e imminente o il danno che patisce è elevato e va immediatamente interrotto.

Si deve inoltre considerare che l'allontanamento dal nucleo familiare per il fanciullo può causare ulteriori effetti traumatici. Per questo è importante che il giudice riceva dai servizi le informazioni utili per determinare una misura di protezione commisurata al danno. Oltre all'allontanamento del minore dal proprio nucleo di appartenenza vi sono una serie di altre misure, meno drastiche, che possono essere prese quando il giudice lo ritiene opportuno, cioè quando si presentano condizioni sufficientemente adeguate affinché venga garantito il sano sviluppo psicofisico del bambino.

Tra le misure di protezione meno drastiche vi è la vigilanza dei servizi sociali sull'evoluzione del caso, che provvede parallelamente a dare ai genitori il sostegno necessario per il buon funzionamento della vita familiare. Tra le varie iniziative che i servizi possono adoperare per sostenere i genitori a far fronte ai loro compiti vi è l'assistenza domiciliare, da parte di un educatore o altre figure professionali, al fine di monitorare e supportare la relazione genitore-figlio, per evitare che la situazione si aggravi e che quindi si debba ricorrere all'allontanamento. Un aspetto che non deve essere trascurato è la valenza del controllo dell'educatore, in quanto permette al servizio di monitorare da vicino la situazione del fanciullo all'interno del suo ambiente. Molte volte, a causa delle resistenze dei genitori, è importante attribuire loro delle prescrizioni come ad esempio iscrivere il bambino alla scuola materna o al nido o ad attività extra-scolastiche in modo che possano ricevere gli stimoli, le occasioni di socializzazione che fino a quale momento erano mancate. Purtroppo nella nostra realtà questo intervento è tanto utile quanto non del tutto completo, dato che nella maggioranza dei casi il servizio è offerto mediamente una volta a settimana.

A un livello più drastico della realtà riscontrata, vale a dire quando il Tribunale per i minorenni giudicherà una condotta "gravemente pregiudizievole" saranno attivate misure diverse di limitazione della responsabilità dei genitori. Come si evince da quanto detto sopra, vi è un largo ventaglio di misure di protezione che possono essere prese dal Tribunale e dai servizi, al fine di esaminare le competenze genitoriali quando queste sono carenti. Esse sono pertanto proporzionate in rapporto al danno che necessita di essere riparato. Un altro aspetto cruciale è che la famiglia venga informata degli esiti dell'accertamento e dell'identificazione dei comportamenti che secondo gli operatori sono la causa della sofferenza del bambino. Su questo si fonda la possibilità che i genitori possano comprendere il motivo della protezione, anche se non sono sempre favorevoli. Inoltre, è necessario poter espletare l'altro punto focale del processo di intervento nella fase di protezione, ovvero quello di agevolare il recupero delle competenze genitoriali.

Agevolare il recupero delle competenze genitoriali

Come detto sopra, l'allontanamento del minore non è l'unica misura di prevenzione esistente. Per questo nello scegliere la misura di protezione più idonea al caso si deve mirare al fatto che questa non sia di impedimento per il recupero delle competenze genitoriali. «Questo non soltanto per rispettare il diritto del genitore a salvaguardare il suo rapporto con il figlio, diritto sacrosanto di ogni essere umano finché non leda il benessere del figlio stesso, ma soprattutto per rispettare il diritto del figlio a veder salvaguardato il suo rapporto con il genitore»²⁴. Finché si può cercare di preservare il legame di attacca-

24. CIRILLO, op. cit., p. 73.

mento, ovviamente quando la situazione non è estremamente grave, è doveroso operare al fine di proteggere il buon andamento della relazione genitore/figlio. Tuttavia, nel caso in cui il comportamento del genitore implichi l' allontanamento del minore è opportuno che la misura di protezione faciliti il ripristino della relazione. Tale strumento deve essere utilizzato per proteggere il minore dagli aspetti più dannosi della relazione con i suoi cari, mettendolo a riparo dalla violenza, sia fisica che psicologica, cercando di creare lo spazio per capire cosa può cambiare e può promuovere miglioramenti.

Quindi l' allontanamento può essere presentato come la creazione di uno spazio protetto dalla tensione quotidiana, in cui è possibile fermarsi, riflettere su cosa è accaduto, in cui il genitore può cercare, per il bene dei figli, di mutare il suo comportamento. Per questo è doveroso evitare collocamenti che possano intaccare il messaggio "di protezione come difesa della relazione" e non come "difesa del bambino contro il genitore cattivo"²⁵. Come ricorda Cirillo, questo significa che bisogna evitare collocamenti che possano demotivare il genitore al cambiamento, «in quanto qualcuno ha già deciso che comunque il bambino non tornerà più con lui»²⁶. Per evitare che il genitore veda l' allontanamento temporaneo come una minaccia è meglio in un primo momento orientare il collocamento verso una comunità (se è possibile piccola e di tipo familiare) che non trasmetta ai genitori il messaggio dolente della perdita del loro bambino, rimandando in un secondo momento l' affidamento, se ce ne sarà bisogno, ossia se i genitori non hanno superato la fase di negazione e se il loro comportamento può essere ritenuto ancora nocivo per il figlio. Ovviamente ci sono delle eccezioni alla regola: di fronte a situazioni di estrema gravità l' affidamento è una risorsa, ma la regola vuole che si evitino gli affidi eterofamiliari come prima misura di protezione, soprattutto l' affidamento ai parenti che possono demotivare ancora di più il genitore al cambiamento. Infatti, affidi a nonni o zii possono risultare deleteri in quanto i familiari del genitore inadeguato, dovrebbero essere in grado di farsi carico del nipotino per aiutarlo e non dimostrate quanto sono più bravi di lui.

Proprio per questo l' affidamento ai nonni demotiva maggiormente i genitori ad un recupero delle capacità genitoriali. L' affidamento ai parenti potrebbe avere un esito positivo nel caso in cui quest' ultimi assumano un autentico atteggiamento di aiuto nei confronti del proprio congiunto²⁷. Infine, è importante sottolineare che la protezione è una misura temporanea che dura il tempo necessario per capire gli sviluppi possibili a medio e lungo termine. La protezione del minore non è la fine dell' intervento e non è neanche la cura: non è il modo attraverso il quale vengono curati i traumi emersi dalle relazioni disfunzionali genitore-bambino. Nella mente e nel cuore del bambino sarà sempre aperta la ferita di non poter stare con i suoi genitori o di avere dei genitori inappropriati. Questa ferita

25. BERTOTTI, op. cit., p. 170.

26. CIRILLO, op. cit., p. 74.

27. Ibidem, pp. 77-83.

rischia di non potersi sanare se non si intraprende un adeguato percorso ricostruttivo e di rielaborazione.

Per quanto riguarda i genitori, invece, è opportuno che essi non vengano abbandonati a se stessi dopo il collocamento del figlio, e che venga avviato anche con loro un processo di rielaborazione dell'accaduto, perché da soli è quasi improbabile che riescano a recuperare le competenze genitoriali.

4.4 Un modello per la valutazione delle funzioni e competenze genitoriali

Il passaggio successivo all'attivazione di qualsiasi misura di protezione definita dal Tribunale è l'apertura di una fase di valutazione della recuperabilità delle competenze genitoriali. Tale passaggio può avvenire sia a seguito di un incarico del Tribunale, sia all'interno di un mandato di controllo genericamente assegnato agli operatori da un ente responsabile della salute psico-fisica del minore.

La fase di valutazione è la parte centrale del processo di intervento. Data la necessaria temporaneità delle misure di protezione, essa ha lo scopo di fornire al giudice elementi utili per prendere decisioni a medio-lungo termine nell'interesse del minore.

Cirillo definisce questa parte del processo di intervento «una vera e propria cerniera di tutto il processo»²⁸, perché è proprio in questa fase che si decide se saranno i genitori a farsi nuovamente carico delle proprie responsabilità nei confronti del figlio, oppure se il compito di portare il minore a maggiore età dovrà essere assunto da altre figure. L'intero percorso di valutazione è teso ad evidenziare il quadro complessivo della situazione traumatica nei suoi aspetti individuali e relazionali, il grado d'assunzione di responsabilità da parte dei genitori coinvolti e le risorse protettive disponibili sui tempi medio-lunghi.

Inoltre, viene offerta alla famiglia, una rilettura delle implicazioni disfunzionali che hanno portato al maltrattamento, favorendo la possibilità di poter instaurare modalità relazionali diverse e adottare strategie costruttive. Alla valutazione si può attribuire una valenza pre-terapeutica perché rende disponibili efficaci strumenti normativi e di controllo atti alla possibilità di offrire sostegno psicologico e sociale che possa durare nel tempo. Madri e padri che accettano la valutazione e il controllo da parte dei servizi, mostrano buone possibilità di miglioramento.

Ai genitori viene chiesto di cercare di modificare il loro comportamento nocivo, allo scopo di raggiungere gli obiettivi prefissati e concordati, stabilendo tempo e modalità utili per perseguirli. Sia la prescrizione che la verifica dell'avvenuta attuazione sono precedute e seguite da ipotesi sul gioco familiare e su come questo abbia portato il genitore a diventare maltrattante. È importante, inoltre anche ricostruire i vissuti e le azioni dei ge-

28. Ibidem, p. 87.

nitore, perché cercare di capire, toglie al comportamento maltrattante, la sua caratteristica di immutabilità, «come se fosse un'etichetta che si appiccica al genitore»²⁹ dato che gli operatori valutano per migliorare e non per giudicare. È importante tenere a mente che lo scopo della valutazione non è quello di determinare cosa sia giusto e cosa sia sbagliato, a questo pensa il Tribunale, ma piuttosto di cercare di lavorare nell'ottica di comprendere cosa "ha valore" (dal latino *valere*, radice etimologica della parola *valutazione*) dato che è proprio la valutazione che dà il via al processo di aiuto e promuove la scelta degli interventi da effettuare³⁰.

Il modello interpretativo di Cirillo ha prestato molta attenzione alla costruzione del contesto in cui avviene il processo valutativo. L'invio coatto da parte del tribunale è utilizzato per la presa in carico di un soggetto non motivato, e dà agli operatori la possibilità di lavorare ugualmente con lui, al fine di indurlo al cambiamento. Ma perché questo avvenga devono essere prese alcune precauzioni. Un primo problema da cui salvaguardarsi è che spesso nel decreto del Tribunale non è ben specificata la dizione "valutazione della recuperabilità dei genitori" ma altre espressioni che a prima vista non rimandano a quest'ultima e che possono trarre in errore qualche operatore. Inoltre, è molto importante che il decreto indichi con esattezza i termini temporali in cui agire, qual'è la responsabilità attribuita al genitore e a quali restrizioni è andato incontro, quale misura di protezione da applicare ed infine come sono distribuiti i compiti tra i servizi³¹.

Oltre a ciò, per la buona riuscita della valutazione è importante che colui che ha il compito di valutare³² la recuperabilità dei genitori operi in équipe occupando la posizione di consulente e che la rete di operatori non sia conflittuale e che vengano rispettati i pareri di tutti, sia dei valutatori che del servizio sociale, condividendo «la prospettiva della trasparenza della circolarità delle informazioni, che sola permette ai valutatori di lavorare correttamente»³³. Questo perché la fase di valutazione vede aprirsi due aspetti che possono essere distinti, ovvero: (a) la creazione di uno spazio di tutela psicologica, affidata ad un servizio specialistico, dove le difficoltà genitoriali e personali trovino un ambito di accoglimento e di elaborazione del vissuto, molte volte come abbiamo visto traumatico; (b) il servizio sociale che si occupi del monitoraggio e della verifica dei cambiamenti concretamente messi in atto dai genitori e la vigilanza sulle condizioni del minore, nel caso in cui non sia prevista una misura di protezione, o successive nel caso in cui i bambini siano collocati al di fuori della famiglia. Infatti, da un punto di vista clinico è risultato più

29. *Ibidem*, p. 94.

30. BERTOTTI, *op. cit.*, pp. 173-174.

31. CIRILLO, *op. cit.*, pp. 98-99.

32. L'équipe valutativa, in questo caso, è composta da due psicoterapeuti e dall'assistente sociale, e riceve un incarico dall'ente affidatario del minore.

33. CIRILLO, *op. cit.*, p. 108.

funzionale che due differenti servizi prendessero in carico questi due aspetti³⁴.

L'esito del processo valutativo si configura come una diagnosi dinamica necessaria alla formulazione di un parere prognostico. Prevede, inoltre, la possibilità di instaurare una successiva relazione terapeutica. In caso di prognosi positiva l'intervento mira a ripristinare condizioni durevoli di sufficiente benessere per il bambino con i suoi genitori, o almeno uno di essi, quando risultano in grado di agire in modo sufficientemente responsabile nei confronti dei figli. In caso di esito negativo il trattamento si orienterà a favorire la sostituzione dei referenti genitoriali per il bambino e l'elaborazione della perdita da parte dei genitori.

4.5 Dimensione sincronica, diacronica e predittiva per la valutazione delle competenze genitoriali

Nella fase di valutazione delle funzioni e competenze genitoriali³⁵ è importante utilizzare schemi multifocali, analizzando più dimensioni, ovvero: sincronia, diacronia e predittività. In altre parole, l'équipe multi-professionale si trova a dover osservare il presente, in funzione del passato, cercando di fare una previsione sul futuro.

Ad esempio: un genitore maltrattante che ha alle spalle una storia affettiva disfunzionale con le proprie figure di riferimento e che di conseguenza non ha vissuto in maniera soddisfacente le fasi dell'infanzia e dell'adolescenza; oggi vive una situazione critica con un partner che credeva poter colmare il suo vuoto interiore, ma che lo ha deluso dopo poco tempo dall'inizio della relazione, causandogli un'ulteriore ferita. Così, il *partner* deluso fatica ad avere una chiara consapevolezza degli accadimenti e tende ad attribuire agli altri le responsabilità dei fatti. Inoltre, essendo offuscato dalla sofferenza non riesce ad immaginare un futuro diverso.

Mentre l'équipe valuta passato e presente dovrebbe riuscire a prevedere l'esito di un trattamento. Tanto più la capacità autobiografica del soggetto è scadente nel senso che il passato traumatico viene idealizzato o sottovalutato nel racconto, tanto meno sarà possibile costruire con l'utente un processo di cambiamento. Di contro, tanto più vi è consapevolezza delle carenze e congruità nella narrazione, tanto più aumenteranno le possibilità di adattamento funzionale.

Da qui nasce l'importanza di fare un ragionamento predittivo per valutare quanto e in che

34. GHEZZI e VALDILONGA, op. cit., pp. 61-62.

35. Vi è una differenza tra le funzioni genitoriali e le competenze genitoriali: le prime sono parti integranti della personalità di ciascun genitore e fanno riferimento all'interiorizzazione dei comportamenti delle proprie figure di accudimento; mentre le competenze genitoriali si riferiscono alla modalità di un genitore di soddisfare i bisogni fondamentali del proprio bambino da un punto di vista sia fisico che psichico.

direzione investire su una famiglia³⁶. Quindi, secondo tale modello, la traccia metodologica sulle tre aree dovrà essere quella di seguito indicata:

- *Sincronica*. Significa fare una fotografia istantanea (ciò che la coppia e ciascun genitore rappresenta e mostra); compiere una diagnosi di ciascuno (i tratti di personalità, eventuali sintomi- psicologici, psichiatrici e sanitari); osservare le capacità relazionali, comunicative, educative; valutare le competenze sociali e sanitarie.
- *Diacronica*. Vuol dire fare una valutazione storiografica e intergenerazionale dei fattori di rischio e degli elementi di protezione; elementi che non vanno scorporati in una ottica riduzionistica ma integrati in modo sistemico.
- *Predittiva*. Ovvero, compiere una valutazione che, partendo dal livello di sofferenza dei componenti del nucleo familiare, consideri le alleanze terapeutiche che si sono create e abbia sullo sfondo le prospettive future, la trattabilità, le controindicazioni, le compatibilità relazionali, la prognosi di recuperabilità.

Utilizzare uno solo dei tre livelli sopra indicati potrebbe essere inefficace. L'équipe multiprofessionale, ad esempio, potrebbe ipotizzare che un bambino vivrebbe più felicemente la sua infanzia se venisse affidato al padre e non alla madre. Tale ipotesi potrebbe essere anche vera, ma scarsamente utile se il minore di fatto non volesse andare a vivere con il padre o se il padre stesso non si volesse occupare di lui, e comunque con una madre che ulteriormente si opponesse.

Il servizio dovrà orientare sia la famiglia che il giudice a trovare le soluzioni più opportune, ma anche accettabili e meno rischiose. La valutazione genitoriale³⁷ non può corrispondere alla diagnosi di personalità o del disturbo (molti soggetti disturbati possono essere discreti genitori). Naturalmente avere un disturbo della personalità è un grave fattore di rischio da non sottovalutare.

Per esemplificare tale concetto si prende un esempio esposto da Mazza: «La madre psichiatrica che molti anni fa voleva buttarsi nel canale in piena col figlio in braccio, ma

36. ROBERTO MAZZA, *I modelli sul maltrattamento intrafamiliare e il trauma*, Appunti del corso di Metodologia dei servizi sociali, Università degli studi di Pisa, a.a. 2014-2015

37. Altro aspetto metodologico importante che gli operatori del servizio singoli o in équipe dovrebbero tenere in considerazione è quello di non incorrere nell'errore di confondere la valutazione della recuperabilità con la valutazione della genitorialità. Infatti, la cosiddetta "valutazione della genitorialità" è una complessa attività di diagnosi bio-psico-sociale, che prende in considerazione diversi parametri, e che valorizza i contributi di diverse discipline quali: il Servizio sociale, la psicologia clinica e dello sviluppo, la neuropsichiatria infantile, la psicologia della famiglia, la psicologia sociale e giuridica, e della psichiatria forense. Definire dei criteri oggettivi per la valutazione delle capacità genitoriali è un lavoro complesso, dato il coinvolgimento di aspetti individuali (riguardanti singolarmente i due focus di interesse: i genitori e i figli), relazionali (l'interscambio e l'influenza reciproca tra i due) e sociali (i rapporti col contesto di vita e di lavoro). Esistono naturalmente anche criteri riferibili alla genitorialità "sana" in situazioni fortemente conflittuali: per esempio la capacità di favorire l'accesso all'altro genitore, collaborando e cooperando insieme; la qualità della coppia (sintonia e compatibilità relazionale); l'attenzione comune ai bisogni dei figli; la capacità riflessiva comune.

aveva un marito falegname, accuditivo, presente e molto innamorato di una moglie francamente bipolare, per fortuna non ha subito allontanamenti: i due ragazzi sono oggi due adulti intelligenti e sani. Al contrario una madre ipodotata e con disturbi dell'umore, forse con una familiarità psichiatrica, con fragili legami di attaccamento, adottata da una coppia fortemente conflittuale e respingente, viene inusitatamente inserita per anni in una comunità madre bambino senza alcun successo. Il bambino verrà allontanato tardivamente»³⁸. La capacità da parte dei servizi di effettuare valutazioni genitoriali tempestive e adeguate in cui collocare le tre dimensioni sincroniche, diacroniche e predittive è essenziale. Ma è solo quando si è riusciti ad accertare che il bambino è in una condizione di danno o di rischio che si giustifica la costruzione di un contesto di valutazione sulla recuperabilità del genitore, non soltanto partendo dalla problematicità del sintomo. La valutazione e il trattamento offrono l'opportunità di costruire con il paziente un'alleanza fondata sull'ipotesi³⁹ che la trascuratezza genitoriale rappresenti il sintomo di un'incapacità di investire adeguatamente nel rapporto con il proprio figlio perché il suo mondo interiore è dominato da relazioni affettive insoddisfacenti e non sia semplicemente l'effetto diretto di un "disturbo"⁴⁰.

4.6 Processo prognostico della famiglia

Il processo prognostico è la sesta fase del processo di intervento. È possibile definire questo momento come la previsione sull'esito di un determinato intervento tenendo conto delle risorse disponibili.

Purtroppo non esistono indicatori precisi per stabilire la recuperabilità dei genitori come quelli indicati per individuare una situazione di maltrattamento, abuso sessuale e trascuratezza. Tuttavia, sono stati compilati degli elenchi di segnali che possono orientare gli operatori a formulare un parere prognostico. Questi elenchi vanno letti come delle griglie sulle competenze/incompetenze genitoriali e non come indicatori sulla recuperabilità. Inoltre, tali fattori consentono all'operatore di capire come la famiglia risponde all'intervento. Le linee guida del CISMAI⁴¹ a riguardo considerano indicatori di trattabilità per il recupero delle competenze genitoriali i seguenti elementi:

- Presenza di un sufficiente livello di mobilità del funzionamento mentale pur in presenza di psicopatologia o devianza;
- Riduzione dei meccanismi difensivi di negazione;
- Comprensione della sofferenza del bambino;

38. MAZZA, appunti del corso a.a. 2014-2015

39. CIRILLO e DI BLASIO, op. cit.

40. MAZZA, appunti del corso a.a. 2014-2015

41. Coordinamento italiano dei servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia.

- Consapevolezza del danno arrecato al bambino attraverso la rilettura dei significati individuali e relazionali dei comportamenti pregiudizievoli;
- Assunzione di responsabilità e assunzione di comportamenti riparativi;
- Adesione al progetto d'intervento riparativo proposto dagli operatori⁴².

In questo senso Cirillo cerca di indirizzare gli operatori a riflettere sulle differenze che intercorrono tra l'indicatore di maltrattamento rispetto all'indicatore di recuperabilità. Il primo è un segnale obiettivo, osservabile dall'esterno e assolutamente evidente che ogni operatore dovrebbe essere in grado di individuare; all'inverso l'indicatore prognostico è l'esito dell'interazione tra il genitore maltrattante e l'operatore⁴³, ed emerge dai cambiamenti interni della famiglia stessa in risposta agli interventi effettuati. L'operatore con i suoi stati d'animo, con la sua esperienza di vita e professionale è dunque compreso nella prognosi. Questo significa che per un valutatore un genitore può aver recuperato le sue competenze, per un altro valutatore lo stesso genitore può risultare irrecuperabile. Quindi, per cercare di essere più obiettivi possibile nel rispondere alla domanda del giudice riguardo la recuperabilità o meno di un genitore o di una famiglia bisogna formulare una prognosi partendo dall'elemento più concreto che si ha a disposizione, ovvero se il danno patito dal minore persiste.

Tuttavia, osservare il danno non è sempre possibile perché dipende dalla misura di protezione applicata al singolo caso. Ad esempio, come è possibile capire se i genitori continueranno a nuocere al bambino se la misura di protezione è stata un allontanamento? A questo quesito è possibile dare risposta basando il pensiero prognostico su altri due indicatori indiretti: il riconoscimento e la produzione di ipotesi eziopatogenetiche. L'aver superato la fase di negazione è già un buon punto di partenza, perché il genitore entra in contatto con la sofferenza del suo bambino. «L'azione maltrattante diventa egodistonica e affiora il senso di colpa, con un evidente effetto di diminuire il rischio di recidiva»⁴⁴. Il pieno riconoscimento del genitore o dei genitori (dei fatti, della responsabilità, dell'impatto e della consapevolezza), manifestato con un alto livello emozionale ed empatico, rappresenta un considerevole elemento prognostico positivo.

Il secondo elemento su cui basare il pensiero prognostico in caso di allontanamento del minore dalla famiglia maltrattante è l'effetto che l'ipotesi eziopatogenetica formulata dall'operatore è ritenuta convincente per cercare di comprendere le cause, la genesi della violenza, della trascuratezza, che hanno indotto il genitore a compromettere la salute psico-fisica del figlio. Tramite questa ipotesi si tenta di coinvolgere l'utente rimanendo sempre disponibile a modificarla, annullarla o integrarla sulla base delle reazioni ed

42. *Linee-guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori*, 2014, <http://cismai.it>, p. 3.

43. CIRILLO, op. cit., p. 179.

44. *Ibidem*, p. 181.

argomentazioni del genitore stesso. Entrambi questi elementi (riconoscimento della sofferenza indotta al figlio e interruzione del danno) contribuiscono a formulare la previsione di trattabilità. Sono dunque le condizioni che aiutano l'operatore a dare un parere sul fatto che l'utente sia in grado di passare da una fase di valutazione ad una di trattamento, in quanto l'utente ha rintracciato dentro di sé la motivazione per rendersi disponibile alla cura.

La prognosi negativa rappresenta sempre l'eventualità più pesante per chi lavora in questo ambito, perché alla fine bisogna rassegnarsi al fatto che una parte dei genitori seguiti si riveli irrecuperabile.

4.6.1 Prognosi positiva

Il concetto stesso di prognosi positiva racchiude in sé l'idea che la famiglia sta riacquistando le competenze necessarie per occuparsi adeguatamente dei propri bambini. Si evidenzia consenso, partecipazione e comprensione della genesi dei vissuti personali e relazionali che hanno portato al maltrattamento e alla trascuratezza; accompagnate dalla modificazione degli atteggiamenti sul piano affettivo e organizzativo⁴⁵.

In questa fase viene inviata una relazione al Tribunale che nel descrivere l'origine del maltrattamento e della crisi familiare, evidenzia anche tutti gli elementi di miglioramento che sostengono la prognosi positiva, fondando su tali elementi positivi una proposta di programma per quella specifica realtà familiare. Tuttavia, per poter pronunciare con una certa sicurezza la prognosi come positiva, è essenziale un riscontro esterno, «di qualcuno che disponga di un osservatorio relativamente indipendente da ciò che avviene nella stanza della valutazione»⁴⁶, il quale confermi che i cambiamenti, dell'evoluzione relazionale tra genitori e figli, non si manifestino solo in seduta. Solitamente nei casi di prognosi positiva, il programma è indirizzato al ravvicinamento progressivo del genitore ai figli o al reinserimento dei minori in famiglia.

Inoltre, i tempi necessari per il reinserimento in famiglia variano in base ai tempi della terapia. Se i termini sono particolarmente lunghi si opterà per un affido familiare che consenta il sano sviluppo psicofisico del minore e la sua crescita in un ambiente protetto. Dato l'esito positivo della prognosi, la famiglia sarà più disposta ad accettare tale provvedimento, in quanto i genitori non temono più di non rivedere il figlio; di contro in queste situazioni la famiglia affidataria viene «scoraggiata dal nutrire speranze di adozione»⁴⁷.

45. GHEZZI e VALDILONGA, op. cit., p. 93.

46. CIRILLO e DI BLASIO, op. cit., p. 183.

47. Ibidem, p. 54.

4.6.2 Quando la prognosi è negativa

La diagnosi sulle dinamiche che hanno portato al maltrattamento può concludersi anche con una prognosi negativa. Tale prognosi viene formulata quando la famiglia non è ritenuta in grado di occuparsi dei propri bambini e quindi è necessario predisporre per i minori soluzioni alternative alla famiglia d'origine. Ovviamente, il valutatore non prende nessuna decisione, ma avrà il compito di segnalare all'autorità giudiziaria l'assenza di cambiamento. Sarà poi il Giudice a decidere, dopo aver constatato che il mancato rispetto delle prescrizioni si configuri come abbandono e che possa quindi essere pronunciato lo stato di adottabilità. «Quello che gli operatori debbono comunque fortemente considerare è che l'adozione non è una punizione per un fatto o un reato (maltrattamento, trascuratezza), ma è una misura di tutela del minore allorché nessuno se ne può occupare adeguatamente»⁴⁸. L'adozione tuttavia è solo una delle possibili misure di tutela del minore che il Giudice può scegliere. Infatti, non sempre una prognosi negativa è seguita direttamente dall'adozione. Vi sono situazioni in cui il bambino segnalato all'inizio del processo di intervento è diventato ormai un adolescente, quindi troppo grande.

Altre situazioni in cui la battaglia legale si preannuncia eccessivamente dannosa per il fanciullo che induce l'operatore a riflettere in maniera realistica e razionale se non sia più vantaggioso per il benessere del minore optare per una misura di tutela alternativa, in modo da non trascinare il minore in una vicenda giudiziaria di esito incerto e con tempi eccessivamente lunghi da diventare nociva per la sana crescita del minore in questione. In altri casi ancora, le difficoltà del minore (handicap, disabilità, malattie) rendono improbabile il reperimento di una famiglia adottiva⁴⁹. Le alternative all'adozione, per le quali il giudice può optare nel momento in cui i genitori sono stati dichiarati irrecuperabili e il loro bambino non sarà adottato, sono tre: la comunità, l'affido *sine die* e le comunità famiglia che devono essere informate chiaramente della prognosi. Il loro compito sarà quello di «sostenere il ragazzo nella presa di distanza dalla sua famiglia, accompagnandolo nel conseguente processo di lutto, e rispondere con la propria disponibilità affettiva al trasferimento su di loro delle attese genitoriali di questi "figli", anche se giuridicamente non possono chiamarli tali»⁵⁰.

Esaminiamole una per volta:

- *La comunità*

48. CIRILLO, op. cit., p. 187.

49. Ibidem, pp. 202-203.

50. Ibidem, p. 205.

Qualora l'irrecuperabilità dei genitori venga pronunciata quando il minore è già nella fase adolescenziale, e ha trascorso un periodo abbastanza lungo nella comunità tale da consentire l'instaurarsi di rapporti significativi e stabili nel tempo con gli educatori che a loro volta hanno svolto un ruolo sostitutivo delle funzioni genitoriali, risulterebbe insensato provvedere con un'altra misura di tutela; tanto più che queste comunità sono attrezzate per non cessare l'accoglienza al termine burocratico del compimento del diciottesimo anno.

- *L'affido sine die*

È opportuno ricordare che bisogna ricorrere a tale strumento con particolare oculatezza. Infatti, va riservato ad adolescenti per i quali non è stato dichiarato lo stato di adottabilità, oppure a bambini gravemente malati, che più ancora di un'appartenenza necessitano di un'accoglienza affettiva e di un sostegno nella cura e nella riabilitazione. Inoltre, è importante ricordare che l'affidamento familiare ha come caratteristica principale la temporaneità, quindi è più opportuno usarlo quando la prognosi è positiva. Tuttavia, trattandosi di uno strumento duttile può portare buoni risultati anche come alternativa all'adozione.

- *Le comunità famiglia*

Le comunità famiglia sono, in un certo senso, una soluzione intermedia tra la comunità e l'affido. Esse sono formate da un gruppo di famiglie che scelgono una formula di vita comunitaria in base a motivazioni ideologiche diverse (solidaristiche, politiche o religiose), con un'apertura all'affido familiare o ad altre forme di accoglienza.

4.7 La terapia della famiglia

La terapia è la fase conclusiva del processo di intervento.

Come abbiamo visto gli interventi principali per indurre un cambiamento sono già stati compiuti ed i loro effetti si sono già confutati osservando l'esito della prognosi che ha chiuso la fase valutativa. D'altronde la prognosi si basa su una "prova di terapia", di fatto, accompagnare l'utente a riconoscere e superare la fase di negazione, invitarlo a riflettere sulla sua storia personale, e invitarlo a rintracciare la genesi del comportamento maltrattante verso il figlio, possono essere considerati veri e propri interventi terapeutici, anche se hanno luogo all'interno della fase di valutazione della recuperabilità delle capacità genitoriali. La particolarità della settima fase consiste nel fatto che dopo la prognosi, l'operatore svolge il suo mandato nel contesto terapeutico, anche se il committente resta pur sempre il Tribunale, e il cliente sa che comunque quest'ultimo verrà informato periodicamente degli esiti del trattamento.

Come afferma Cirillo i pazienti saranno "particolarmente difficili" poiché «i genitori maltrattanti e gravemente trascuranti si collocano nel *cluster* drammatico dei disturbi di personalità»⁵¹.

Come abbiamo visto, i genitori non protettivi (coloro che non compiono in maniera diretta l'azione maltrattante) si situano nel *cluster* ansioso con tratti di personalità evitanti o dipendenti, quindi è sempre consigliabile rivolgere le proprie cure anche a questi genitori. Inoltre, durante la terapia è importante tener presente la differenza tra genitori maltrattanti e trascuranti ⁵² e genitori che abusano sessualmente del loro bambino/a. Questi ultimi durante l'azione provano piacere che tende a fissare il comportamento di abuso. Tale condotta tende a degenerare in un comportamento compulsivo, simile a una dipendenza. È necessario quindi adottare un approccio basato sulla complessità, che superi parallelamente sia l'approccio sistemico che quello psicodinamico andando verso un modello relazionale-individuale.

La complessità, inoltre, è un modo per "complessificare" i problemi e non minimizzarli a semplici ipotesi riduttive ed incomplete; un metodo per non dissociare, per pensare per andirivieni, dal tutto alle parti, dalle parti al tutto. La complessità può insegnarci a padroneggiare il pensiero multifattoriale. Tale modo di pensare implica di tener presente, non soltanto quegli aspetti che riguardano l'aspetto patologico del genitore, come ad esempio un disturbo psichiatrico o l'abuso di alcool e droghe, ma anche altre concause che contribuiscono a generare agiti maltrattanti, e quindi genitori meno adeguati o del tutto inadeguati come, ad esempio un conflitto di coppia, una particolare fase critica della vita, un problema cognitivo, una depressione post-partum e tutte le altre criticità che possono investire un genitore e la sua famiglia, si pensi a fattori esogeni quali la disoccupazione, crisi economiche licenziamenti che vanno ad ampliare i fattori di rischio e vulnerabilità⁵³.

4.7.1 Accorgimenti tecnici della terapia familiare

A seguito di una prognosi positiva gli accorgimenti da tener presenti durante la terapia sono due: in primo luogo, dopo aver preso visione di quanto decretato dal Tribunale per i minorenni, tutta la rete deve condividere il passaggio da «un'ottica valutativa a un'ottica di sostegno»⁵⁴, ovvero una volta presa la decisione di portare avanti il recupero del genitore si deve continuare a lavorare su questa strada a meno che la prognosi non risulti

51. Ibidem, p. 232.

52. I genitori maltrattanti o trascuranti non provano alcun tipo di piacere nell'azione ad eccezione di casi di sadismo.

53. ROBERTO MAZZA, *I modelli sul maltrattamento intrafamiliare e il trauma*, Appunti del corso di Metodologia dei servizi sociali, Università degli studi di Pisa, a.a. 2014-2015

54. CIRILLO, op. cit., p. 236.

errata e quindi si debba modificare inviando una nuova relazione al tribunale.

Il secondo punto da tenere in considerazione è quello di continuare a tenere presente, come per la fase valutativa, del materiale portato dagli utenti e del parere di chi continua a vigilare sul caso. Infine, oltre a questi due accorgimenti, è importante che vi sia continuità tra valutazione e terapia dato che l'utente è per definizione «un soggetto danneggiato dalle carenze e dai traumi che ha sperimentato nelle sue relazioni di attaccamento, nonché deluso per la mancata compensazione che aspirava a ricevere nella relazione coniugale»⁵⁵. Quindi inviarlo ad altri operatori per la fase di trattamento significherebbe costringere l'utente a creare un nuovo rapporto di fiducia con grande dispendio di tempo che causerebbe un'ulteriore danno al minore che ha bisogno di recuperare un genitore sufficientemente buono nel minore tempo possibile.

55. Ibidem.

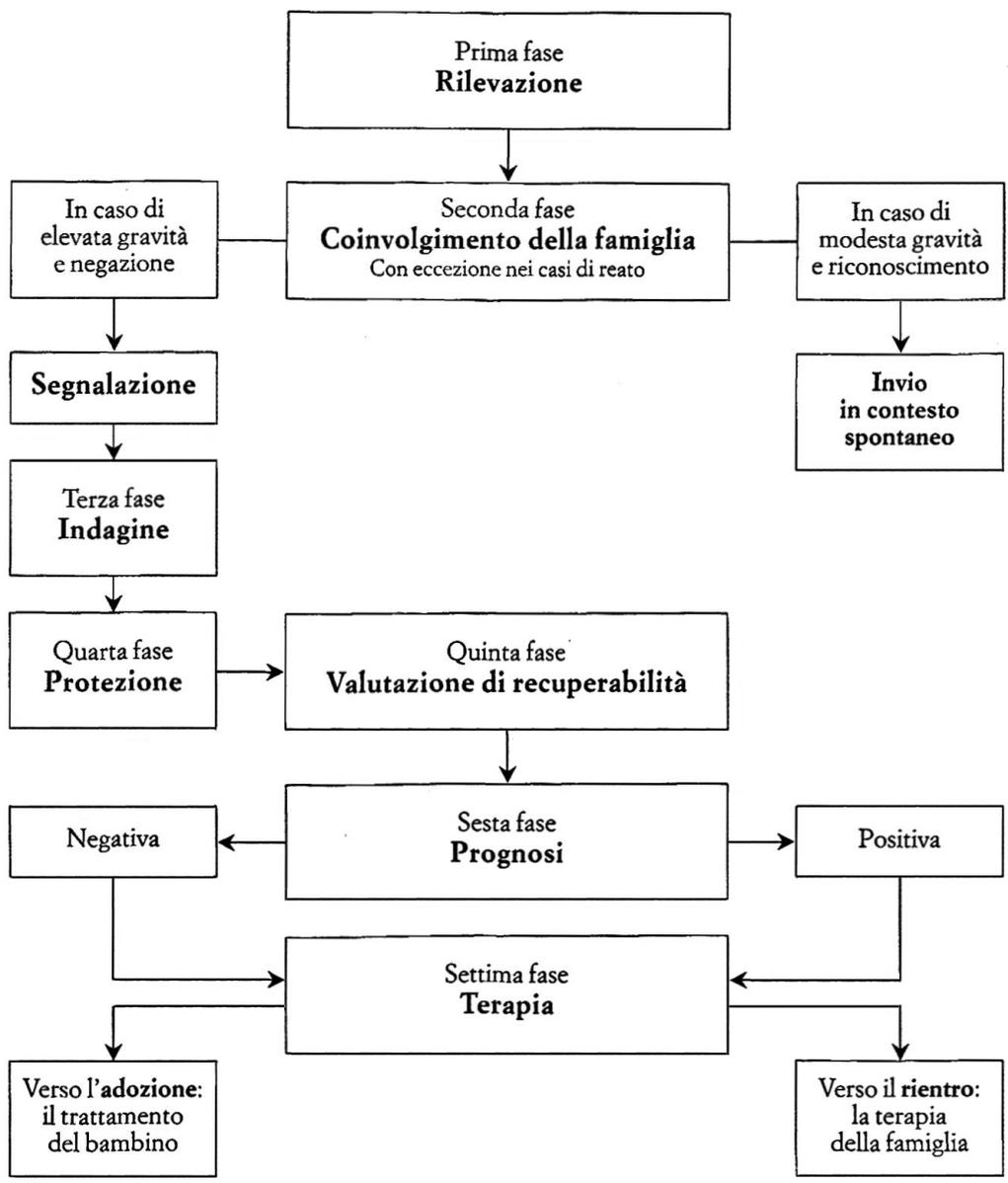


Figura 4.2: Le fasi del processo di intervento (tratto da Cirillo, *Cattivi genitori*, pg. 12).

Capitolo 5

LA TRASMISSIONE DEL TRAUMA: ANALISI DELLE PRINCIPALI TEORIE GENERAZIONALI

La struttura familiare non può essere considerata prescindendo i suoi elementi storici. Le costellazioni passate, con i loro personaggi, compongono un sistema longitudinale, diacronico: questo influirà in modo determinante sulla scenografia che la famiglia offre oggi al mondo.

Bogliolo, 2005¹

5.1 Modelli generazionali

Le teorie sistemiche hanno dato luogo ad un nuovo modo di osservare le relazioni umane, tralasciando però lo studio delle dinamiche evolutive della famiglia partendo dalle generazioni passate. L'osservazione in sé delle interazioni familiari nell' *hic et nunc* determina esclusivamente una rappresentazione fotografica della realtà, senza prendere in considerazione gli avvenimenti delle generazioni precedenti e senza considerare una prospettiva futura². L'attenzione verso l'influenza che le famiglie di origine tendono ad esercitare sui loro figli e sulle coppie che quest'ultimi costituiscono è stata rilevata all'interno di molte altre teorie.

Partendo dalla teoria dell'attaccamento³, alle teorie dell'apprendimento sociale⁴, si è po-

1. CORRADO BOGLIOLO e CAMILLO LORIEDO, *Famiglie e psicopatologia infantile. Quando la sofferenza è così precoce*, FrancoAngeli, Milano 2005, p. 10.

2. MAURIZIO ANDOLFI, *La terapia familiare multigenerazionale. Strumenti e risorse del terapeuta*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2015, p. 16.

3. JEREMY HOLMES, *La teoria dell'attaccamento: John Bowlby e la sua scuola*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2010.

4. EUGENIA SCABINI e MAURIZIO CIGOLI, *Alla ricerca del familiare: il modello relazionale-simbolico*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2012.

tuto osservare che a dare un contributo più specificatamente familiare sono stati gli approcci generazionali.

Autori come Framo, Boszormenyi-Nagy⁵, ma anche più recenti come Andolfi⁶, Cirillo⁷, Mazza⁸ e Cancrini⁹, Scabini e Cigoli¹⁰, ritengono (anche se in maniera differente) che sia importante tener presente almeno due o tre generazioni per rendersi conto del campo emozionale e della trasmissione del trauma, della vita psichica e della sofferenza.

Questi modelli presentano un assetto interdisciplinare in quanto considerano sia le teorie psicoanalitiche, sia quelle della terapia familiare e del cognitivismo. Il loro scopo è quello di coniugare tra loro «relazioni e inconscio, cicli evolutivi e genetica, eredità psichica e attaccamento, giochi familiari e resilienza, processi educativi e contesto sociale»¹¹.

Queste teorie sono molto utili per ragionare in termini multifattoriali e possono essere considerate delle vere e proprie guide per assistenti sociali, psicoterapeuti, educatori ed altri professionisti che operano in situazioni traumatiche di maltrattamento intrafamiliare. Tali teorie indirizzano il modo di pensare verso «un lavoro clinico, relazioni di aiuto e psicoterapia, con la dovuta apertura alla dimensione eziopatogenetica multifattoriale, pur mantenendo la coerenza necessaria ai contesti professionali di ciascuno»¹².

L'applicazione di tali modelli non è utile solo ai fini della comprensione di determinati fenomeni che caratterizzano le situazioni multiproblematiche. La loro validità emerge soprattutto quando psicologi, assistenti sociali, e altri professionisti si trovano a lavorare a contatto con questi genitori e con i loro figli (come abbiamo visto sempre, vittime delle condotte genitoriali) e molte volte anche con i nonni.

Nel momento in cui, il mandato dell'operatore sarà quello di ideare un progetto per la protezione di un minore, associato al tentativo di recupero delle competenze genitoriali, proprio allora sarà favorevole avere in mente tali teorie generazionali.

I dati concernenti le storie familiari¹³ che emergono durante la ricostruzione delle vicende traumatiche, attraverso l'analisi di numerose famiglie che si presentano ai servizi, non possono essere associati esclusivamente all'evento patologico, ma possono costituire preziosi cofattori di rischio. A riguardo, spesso succede che vi sia una forte problematicità

5. James L. Framo, psicologo clinico, è uno dei pionieri della terapia familiare. Attivo fin dagli anni Cinquanta, ha collaborato a Filadelfia con Ivan Boszormenyi-Nagy sulla terapia familiare degli schizofrenici. Framo è uno dei più grandi esperti di terapia della coppia e del divorzio.

6. Maurizio Andolfi, neuropsichiatra infantile, psicoterapeuta familiare, dirige l'Accademia di Psicoterapia della Famiglia di Roma e la rivista *Terapia Familiare*.

7. CIRILLO, op. cit.

8. ROBERTO MAZZA, *Terapie imperfette. Il lavoro psicosociale nei servizi pubblici*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2016.

9. CANCRINI, *La cura delle infanzie infelici* cit.

10. SCABINI e CIGOLI, op. cit.

11. MAZZA, *Terapie imperfette. Il lavoro psicosociale nei servizi pubblici* cit., p. 79.

12. Ibidem, p. 78.

13. STEFANO CIRILLO et al., *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina, Milano 1996.

nella relazione tra il padre e il figlio tossicodipendente (generalmente padre molto assente). Questo è un dato statisticamente rilevante e significativo, soprattutto se comparato con l'analisi di molte altre famiglie dove, al contrario, i figli non fanno alcun uso di sostanze stupefacenti, e i padri non avevano affatto un comportamento diverso. Tale osservazione è molto importante per poter sottolineare «quanto sia rilevante l'elemento cofattorialità (e complessità) nella genesi del problema, senza che l'ottica multifattoriale svisciva tuttavia il singolo elemento e le sue specifiche proprietà, ma tenendo insieme relazioni e individuo»¹⁴. Oltre a ciò, devono essere presi in considerazione anche altri fattori di rischio, alcuni distali (socialmente determinanti), ed altri connessi alla genitorialità. Per questo, utilizzare modelli generazionali può essere molto utile per avere una visione multifocale della realtà familiare.

Per affrontare situazioni multiproblematiche è importante, quindi, avere in mente una serie di teorie che possano guidare il ragionamento di chi opera nella formulazione di ipotesi. Inoltre, tale ragionamento è utile per attuare un processo d'aiuto il più possibile orientato a non trascurare nessun membro della famiglia e nessun altro cofattore di rischio. Anche la consapevolezza di non sapere mai abbastanza per poter giudicare l'altro, è un buon metodo che conduce all'ascolto profondo, allontana dalle false convinzioni e indirizza verso il riconoscimento di limiti e certezze¹⁵. Per poter lavorare in quest'ottica il professionista dovrebbe avere una serie di strumenti «necessari per osservare e comprendere, i quali devono stare dentro quel grande contenitore che chiamiamo complessità»¹⁶.

5.1.1 Analisi delle diverse interpretazioni delle teorie generazionali

Gli elementi comuni tra gli approcci generazionali sono sostanzialmente maggiori rispetto alle differenze. Queste teorie possono essere pensate come stimoli tra loro differenti nella ricerca di maggiore chiarezza nella complessità delle relazioni familiari. Infatti molte volte i termini "intergenerazionale", "multigenerazionale" e "transgenerazionale" sono utilizzati in maniera intercambiabile, altre volte se ne colgono le differenze. Alcuni autori (Scabini, Cigoli, Framo, Cancrini) utilizzano anche la dicitura "trigenerazionale" per osservare la famiglia partendo dall'aspetto storico evolutivo di almeno tre generazioni. Il concetto di "intergenerazionale" non discosta molto dal pensiero di Bowlby¹⁷ e fa riferimento soprattutto a modalità di trasmissione, da parte delle figure di attaccamento, di comportamenti e stati d'animo in maniera conscia e diretta e molte volte -anche se

14. MAZZA, *Terapie imperfette. Il lavoro psicosociale nei servizi pubblici* cit., p. 78.

15. LUIGI CANCRINI e GIUSEPPE VINCI, *Conversazioni sulla psicoterapia*, Alpes Italia, Roma 2013, p. 15.

16. MAZZA, *Terapie imperfette. Il lavoro psicosociale nei servizi pubblici* cit., p. 79.

17. Anche se di corrente psicoanalitica, Bowlby utilizza il termine "intergenerazionale" intercambiandolo con il termine "transgenerazionale".

inconsapevolmente- di tramandare modi di fare, abitudini, sentimenti e pensieri¹⁸. Secondo Cigoli e Scabini¹⁹ l'intergenerazionale è inteso come lo scambio tra più generazioni; mentre il transgenerazionale riguarda miti, valori e segreti depositati nel tempo²⁰. L'aspetto "transgenerazionale", si individua inoltre, in un processo di «trasmissione di elementi "esclusivamente psichici", che avviene in maniera tacita, nascosta, e che tende a tramandare contenuti indicibili, talvolta persino impensabili. Proprio per il suo prevalente carattere inconscio e latente, la trasmissione psichica è stata analizzata e trattata principalmente da autori di matrice psicoanalitica ed è stata nominata più frequentemente "transgenerazionale"»²¹.

La teoria multigenerazionale, invece, è stata trattata nello specifico da Andolfi²², anche se utilizza il termine multigenerazionale come sinonimo sia di "intergenerazionale" che di "transgenerazionale". Quest'ultimo, durante la terapia familiare, adotta un modello che parte dai sintomi presentati dai bambini e dagli adolescenti, indirizzandosi verso l'individuazione dei significati relazionali e di quelle connessioni affettive che permettono un viaggio a ritroso nelle generazioni dei padri e dei nonni, per tornare al presente con una visione nuova e propositiva. Tuttavia, le teorie generazionali fanno comunque riferimento a qualche comportamento agito nel presente che affonda le radici nel passato e che, in qualche modo, è arrivato alle generazioni successive.

18. MAZZA, *Terapie imperfette. Il lavoro psicosociale nei servizi pubblici* cit., pp. 79-80.

19. SCABINI e CIGOLI, op. cit.

20. Ibidem.

21. MAZZA, *Terapie imperfette. Il lavoro psicosociale nei servizi pubblici* cit., p. 80.

22. ANDOLFI, op. cit.

5.2 Prospettiva intergenerazionale

Nell'ambito delle relazioni familiari il legame intergenerazionale è un legame gerarchico composto da «un asse verticale che collega le generazioni tra loro»²³. Lungo tale asse è possibile individuare due tipologie di scambio relazionale. Uno è rappresentato dalla fitta rete di scambi tra genitori e figli e più in generale tra le famiglie di origine ed il nuovo nucleo. Il secondo, invece, supera la relazione genitori-figli e si sviluppa (a livello simbolico-culturale) nel tempo lungo del legame tra le stirpe materne e paterne chiamando in causa il tema dell'eredità dei valori, delle culture familiari, dei miti legati al ramo paterno dell'albero genealogico²⁴. Dunque, si tratta di una "relazione intergenerazionale lunga" che connette i genitori agli antenati. In particolare secondo questa linea di pensiero Scabini e Iafrate²⁵ concepiscono la linea verticale-intergenerazionale come "autonoma" rispetto all'asse coniugale a differenza della teoria dell'attaccamento.

La coppia, che unendosi darà vita ad un nuovo nucleo familiare, pur immettendo al suo interno i vincoli e le risorse ereditati dalla generazione precedente, presenta un suo grado di libertà nel costruire il campo psichico che «fungerà da matrice per lo sviluppo mentale della generazione successiva»²⁶. In altre parole, la coppia è il luogo entro il quale può essere considerata e analizzata la duplice eredità delle famiglie di origine dei consorti, eredità che va osservata tenendo conto anche delle condizioni sociali e culturali nelle quali la nuova famiglia si trova a vivere. Dunque «la coppia è un dispositivo di mediazione intergenerazionale e sociale»²⁷.

Quanto più la nuova coppia è in grado di trasformare l'eredità ricevuta dalla sua stirpe, tanto più sarà psichicamente generativa²⁸; viceversa quanto più subirà le eredità delle origini, tanto vi sarà inibizione della generatività. Le relazioni di coppia e le relazioni genitori-figli possono funzionare all'insegna di relazioni positive (producendo beni relazionali) o negative (producendo patologie). Così, le relazioni di coppia possono conoscere sia aspetti positivi, che fanno sì che il legame sia duraturo e stabile nel tempo, sia aspetti degenerativi che lo disgregano e distruggono. Allo stesso modo le relazioni genitori-figli conoscono forme di cura responsabile o forme di trascuratezza, abbandono o addirittura di perversione²⁹ come detto nei capitoli precedenti. In questo senso il lascito derivante

23. EUGENIA SCABINI e RAFFAELLA IAFRATE, *Psicologia dei legami familiari*, Il mulino, Bologna 2003, p. 52.

24. Ivi.

25. Ibidem.

26. Ibidem, p. 53.

27. Ivi.

28. Secondo Scabini, Cigoli e Iafrate parlare di generatività significa far riferimento non solo al concetto di procreazione, poiché la famiglia non si limita alla riproduzione (alla stregua del mondo animale), ma genera, da forma umana, umanizza ciò che da lei nasce e ciò che in lei si lega. La capacità della famiglia di generare, dunque, non si riduce solo ai figli naturali, ma può includere anche i figli adottivi.

29. SCABINI e IAFRATE, op. cit., p. 54.

dalle stirpi può essere riconosciuto per entrambi gli assi (materno e paterno), solo per uno dei due, o ancora, completamente rifiutato.

5.3 Prospettiva transgenerazionale del trauma relazionale

Secondo la corrente psicoanalitica, una storia traumatica, relazionale e non, si ripete come tipologia di evento attraverso più generazioni, in cui i discendenti sembrano rivivere, anche dopo decine di anni, lo stesso tipo di accadimenti sfavorevoli. Molte esperienze traumatiche avvenute in tempi lontani, se non rielaborate, cioè mentalizzate, verbalizzate e integrate consapevolmente e fisicamente, vengono per così dire “passate implicitamente” negli atteggiamenti e nei comportamenti ai figli e a chi seguirà loro.³⁰ «Si verifica una sorta di passaggio del testimone tristemente inconsapevole e assolutamente non volontario»³¹. Ad esempio, non è raro che dei nonni che hanno partecipato ad eventi bellicosi, o nonne che non hanno superato dei lutti importanti, o che sono state vittime di violenze, abbiano poi trasferito ai figli o ai nipoti tali traumi attraverso racconti drammatici, con molto coinvolgimento emotivo; oppure attraverso il "non detto", attraverso "nodi irrisolti" del loro passato.

I traumi relativi a maltrattamenti e ad abusi sessuali, sono quelli, come abbiamo visto, che fanno riferimento alla sfera della trasmissione generazionale. Come detto nel primo capitolo, ciò che il soggetto ha esperito nella propria storia di vita, probabilmente lo porta a dissociare le emozioni e a non curarsi o addirittura a non percepire i sentimenti della sua vittima. Forse, proprio per questa ragione soggetti violenti ed abusanti sono privi di empatia e negano il dolore che essi stessi causano al bambino, e non riescono a sentirne la paura, l'angoscia o il disagio. In questo modo si perpetua la catena di traumatizzazione, violenza e sofferenza. Durante i vari percorsi del processo di aiuto, sarà quindi importante individuare l'eventuale presenza di questi antichi lasciti, portarli alla luce e verbalizzarli, in modo da renderli espliciti e avviare un percorso di rielaborazione, affinché la persona possa finalmente liberarsi da questa sofferta eredità, imparare ad essere un buon genitore e favorire il benessere mentale dei propri figli³².

30. FERNANDEZ et al., op. cit., p. 67.

31. Ivi.

32. Ibidem, pp. 66-68.

5.3.1 Terapie generazionali per coniugare principi sistemici e psicodinamici

Uno dei terapeuti familiari, che storicamente ha contribuito molto nel campo della terapia di coppia e familiare, è stato James L. Framo³³. L'uso delle espressioni "intergenerazionale" e "transgenerazionale" è stato accompagnato da questo autore anche dalla voce "trasmissione inconscia". Framo non considera il modello intergenerazionale come una "forma di psicoterapia" nel senso comune del termine, anche se la procedura ha effetti terapeutici. Il suo intento è quello di coniugare aspetti dinamici e sistemici, la sfera intrapsichica con quella interpersonale, «fornendo in tal modo un ponte concettuale tra il personale e il sociale»³⁴.

La differenza con la psicoterapia comune e la terapia intergenerazionale di Framo, consiste nel fatto che è il cliente ad invitare tutta la sua famiglia in seduta, ed i suoi familiari non sono coscienti della richiesta d'aiuto che stanno per presentare³⁵. Vedere la famiglia d'origine come una risorsa per la terapia individuale, di coppia o di famiglia, è il logico esito e l'applicazione clinica dell'idea che «forze transgenerazionali esercitano un'influenza critica sulle relazioni intime attuali»³⁶ del soggetto. Ritenendo che i problemi familiari, individuali o di coppia che una persona ha nel presente, possono essere interpretati, essenzialmente, «come sforzi riparativi che hanno lo scopo di correggere, padroneggiare, rendere innocui, elaborare o cancellare antichi paradigmi relazionali, che sono sentiti come disturbanti e che provengono dalla famiglia d'origine»³⁷.

Un gran numero di persone che intraprendono una terapia impiegano molto tempo parlando delle famiglie d'origine con il loro terapeuta e, secondo molti, quest'ultimo dovrebbe utilizzare la sua abilità professionale per una terapia correttiva volta a liberare il paziente dall'influenza negativa della sua famiglia, molte volte con l'esito di allontanare completamente il paziente dalla famiglia di origine³⁸. Framo, invece, ebbe l'idea di convocare direttamente in seduta i genitori e i fratelli dei suoi clienti, cercando di risalire alla genesi dei problemi, individuando i fattori eziologici. Durante gli incontri le famiglie tentavano di elaborare, con l'aiuto del terapeuta, il loro passato e il loro presente. Framo, descrive in maniera molto dettagliata e precisa il metodo utilizzato e i risultati a cui è giunto. In particolare, secondo l'autore, i figli adulti devono risolvere i loro conflitti con i genitori prima che questi vengano a mancare³⁹. I distacchi devono essere risanati e i tormenti, risalenti a vicissitudini passate, devono essere elaborati. Riuscendo a saper

33. JAMES L. FRAMO, *Terapia intergenerazionale: un modello di lavoro con la famiglia d'origine*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1996.

34. Ibidem, p. 109.

35. Ibidem, p. 7.

36. Ibidem, p. 2.

37. Ivi.

38. Ibidem, p. 8.

39. Ibidem, p. 3.

perdonare la propria madre ed il proprio padre, si riesce a percepire i partner e i figli in un modo più realistico. Infatti, Framo scrive a tal proposito:

«I genitori del nostro presente non sono i genitori di ieri; di fatto, non lo sono mai stati. I genitori di oggi sono percepiti dai figli adulti attraverso l'astigmatismo della loro visione infantile dei genitori stessi e attraverso il modo in cui quelle percezioni sono state metabolizzate dalle successive esperienze di vita. I genitori non sono soltanto le figure transferali originarie, ma queste figure sono anche riproiettate sui genitori stessi dalla prospettiva delle attuali distorsioni transferali del figlio, con il risultato di una sorta di doppio transfert»⁴⁰.

Infatti, con il tempo, possono essersi verificati nel genitore, dei cambiamenti di cui i figli non sono al corrente. Le reazioni transferali, che possono verificarsi in terapie come questa, sono molto complesse in quanto i vari membri della famiglia possono comportarsi in maniera dissonante con la percezione che si aveva in passato. Altro aspetto, molto significativo per l'esito positivo della terapia, è il ruolo delle scuse. Infatti, quando un genitore si scusa con il proprio bambino, per aver commesso nei suoi confronti un atto ingiusto, i modelli operativi interni del figlio (adulto) presentano un vera e propria riorganizzazione e una corrispondenza elevazione della sua autostima⁴¹. Molte volte, però, anche i figli hanno bisogno di scusarsi con i genitori o con qualche fratello per il torto fatto. L'importanza delle scuse e del perdono è un tema molto delicato che, se affrontato con il giusto equilibrio, può portare il soggetto che chiede scusa ad "espiare la colpa" e a sentirsi esonerato dal torto commesso.

Inoltre, questo modello teorico ha come scopo quello di rendere più efficace il lavoro imparando a pensare in modo complesso, utilizzando tutti gli strumenti a disposizione indipendentemente dalla terapia utilizzata. Ad esempio, per quanto riguarda la terapia individuale, questa doveva rimanere tale, qualunque fosse il materiale a disposizione e le *impasse* che emergevano nel lavoro analitico, addirittura con i minori.

Altro aspetto che viene evidenziato dalla terapia intergenerazionale è il peso che ha per il soggetto il pensiero di trovarsi per qualche ora nella stessa stanza con tutti i componenti della sua famiglia di origine, a parlare di relazioni, seppur supportato dal terapeuta. Questa idea suscitava nell'individuo sentimenti di sconforto. Quanto più grande era il disagio del soggetto, tanto più grande doveva essere stata la sofferenza patita dal cliente nei rapporti con le figure di riferimento (generalmente i genitori) facendo emergere la sua totale incapacità di relazionarsi con loro.

40. Ibidem, pp. 116-117.

41. Ibidem, p. 119.

5.3.2 L'influenza del mito familiare nelle terapie generazionali

Può essere interessante fare un breve riferimento al cosiddetto "mito familiare", prendendo in considerazione le prime descrizioni risalenti al 1963 di Ferreira⁴² che fu il primo a coniare la frase "mito familiare". Egli definì il mito familiare come una serie di credenze condivise da tutti i membri del nucleo familiare. Sono stati condotti, nella storia della terapia familiare, innumerevoli studi per cercare di comprendere come tutte le informazioni che giungono al bambino, anche quelle più remote, spesso sono offuscate dal "non detto", oppure sono tramandate attraverso il mito familiare⁴³ ed hanno un'importanza significativa nel processo di sviluppo del bambino.

Numerosi sono stati i terapeuti relazionali che hanno posto l'attenzione sui modelli di pensiero di alcune famiglie e che sembrano proprio derivare da credenze rintracciate nelle famiglie di origine e tramandate per più generazioni. Secondo la visione di Andolfi⁴⁴ e altri autori, quando si fa riferimento al concetto di "mito familiare" ci si addentra in un ambito in cui sono presenti almeno tre generazioni. La storia delle generazioni precedenti tende a tramandare nel tempo una serie di significati e valori, che arrivano ai più piccoli attraverso i ricordi, le tradizioni sociali e i rituali dei loro genitori e dei loro nonni, informandoli su relazioni e schemi di comunicazione del passato⁴⁵. Il mito familiare sembra svolgersi su una rete di eventi, di soggetti e di contenuti collegati tra di loro. Appare collocarsi nei problemi irrisolti, di perdita, separazione e individuazione. Inoltre, il mito non viene sempre raccontato, ma spesso è intrinseco allo stile di vita e al modo di affrontare gli eventi della vita di ogni famiglia. Il non detto del mito si va a collocare nei luoghi dove la storia si intreccia con la fantasia, dando luogo a credenze sui grandi temi della vita: la morte, l'amore, la solitudine. Del mito si potrà evidenziare la condivisione da parte di tutti i membri del nucleo familiare ed il segnale di stigmatizzazione o esclusione quando uno dei componenti trasgredisce le regole familiari radicate nella credenza del mito.

Tra i miti più comuni vi sono il matrimonio, i ruoli familiari, la gerarchia, la fede e il sacrificio. Poi vi sono miti più articolati, come quando, in una famiglia l'estraneo viene escluso da ogni relazione o contatto con essa. Molte volte anche i parenti stessi sono visti

42. A. J. FERREIRA, «Family myth and homeostasis», *Archives of General Psychiatry*, 9 (1963), pp. 457-463.

43. Secondo la definizione di Bogliolo il mito può essere definito come un insieme di idee e sentimenti condivisi dai componenti della famiglia; sintesi acritica delle tradizioni e delle attese di questa. Esso ha di per sé la tendenza alla stabilità ma rappresenta anche un sistema di idee che di solito cambia, e può anche scomparire, assieme all'evolvere della famiglia nel tempo. Il mito è trasmesso come credenza interna e come tale il suo tempo non è il passato, ma il presente nel quale vive e si esprime. È qualcosa, che sotto forma di idea interna viaggia sulle formule del linguaggio allusivo e del non verbale.

44. Maurizio Andolfi, neuropsichiatra infantile, psicoterapeuta familiare, dirige l'Accademia di Psicoterapia della Famiglia di Roma e la rivista *Terapia Familiare*.

45. ANDOLFI, op. cit., p. 40.

come degli estranei, di conseguenza nessuno sa cosa accade tra le mura domestiche di queste famiglie⁴⁶.

Alcuni eventi specifici della vita familiare e individuale, soprattutto in concomitanza con fasi critiche come morti, crisi economiche, separazioni coniugali, ma anche nascite e matrimoni, tendono a provocare intense reazioni emotive e sono la causa di forti tensioni familiari. Durante tali fasi, ogni membro della famiglia è sollecitato a rivestire un ruolo corrispondente alla sua posizione «all'interno di quella particolare costellazione mitica»⁴⁷. La creazione di un mito, benché falso e illusorio, implica la messa in atto di una serie di comportamenti reali diventando la base di ogni interpretazione degli eventi. La peculiarità del mito riguarda la sua condivisione da parte dei singoli membri della famiglia. Esso contribuisce a rafforzare i legami affettivi ed incrementare il tramandarsi di particolari tradizioni culturali nel tempo.

A livello individuale, il tramandarsi del mito può rafforzare il senso di appartenenza all'interno della famiglia considerata come rifugio protettivo. Per quanto riguarda la famiglia, invece, esso ha la tendenza a rinforzare l'identità culturale. Secondo Andolfi, perché questo avvenga ed il mito divenga una risorsa nello sviluppo individuale e familiare, «gli elementi che lo costituiscono non devono essere troppo rigidi e funzionare come meccanismi prescrittivi»⁴⁸. Il mito è considerato addirittura un vero e proprio modello da seguire poiché è attraverso questo che si innescano i meccanismi di lettura, di classificazione, di interpretazione della realtà. Durante gli stadi cruciali di sviluppo e transizione della vita familiare, credenze e miti, generalmente accettati da tutti, possono essere messi in discussione o addirittura rifiutati da uno o più componenti della famiglia. I soggetti che rifiuteranno la credenza nel mito tenderanno a mostrare un forte disagio inerente a una modalità di appartenenza non più plausibile. In alcune circostanze l'insorgere di una psicopatologia individuale può essere l'elemento di rottura dello *status quo* ed essere la base per il distacco dai miti familiari rigidi. Ad esempio, in storie familiari, dove le donne sono spesso considerate "serve" degli uomini, la donna appartenente alla generazione più giovane potrebbe sviluppare stati depressivi o diventare un'alcolista. Si tratta di opzioni di cambiamento, sostenute da comportamenti patologici o devianti, rispetto a ruoli e funzioni stereotipate all'interno del nucleo familiare. Riguardo alla credenza nel mito Boszormenyi-Nagy scrive:

«l'esistere e il perpetuarsi di miti familiari condivisi prova che i membri della famiglia sono stati costretti ad accettare certe assegnazioni di ruolo come oggetti per mantenere in vita e al tempo

46. Sono molti gli autori che hanno lavorato in questo ambito tra i quali: Andolfi(2015), Framo (1996), Ivan Boszormenyi-Nagy (1988), Andolfi, Angelo, De Nichilo (1989).

47. ANDOLFI, op. cit., p. 40.

48. Ibidem, p. 42.

stesso mascherare i sottostanti e più profondi sistemi dinamici della famiglia»⁴⁹.

Framo (nello stesso testo "Psicoterapia intensiva della famiglia")⁵⁰ aggiunge che nelle famiglie meno differenziate i genitori non riescono a vedere i figli per quello che sono, ma vi proiettano qualcosa nel tentativo di elaborare desideri rimasti insoddisfatti nel passato e ferite che risalgono alle loro esperienze originarie, così ogni famiglia ha dei pensieri, segreti o residui che risalgono alle generazioni passate e determinano ampiamente ciò che accade nel presente. Ad esempio il cosiddetto "paziente designato" rappresenta una figura chiave o una fusione di figure della vita passata dei genitori⁵¹. Circa quindici anni più tardi, nel 1979, Stierlin⁵² in accordo con le definizioni di Nagy e Framo, che il mito ha funzioni difensive all'interno della famiglia -in quanto tende a evitare dolore e conflitti- e funzioni protettive al di fuori di essa, che subentrano nelle relazioni con gli estranei. La psicologia relazionale ha tratto molti insegnamenti da tutti questi autori che hanno descritto la famiglia come un sistema emozionale dove miti, valori, lealtà, comportamenti, traumi e sofferenze vengono trasmessi, a volte modificati, attraverso le varie generazioni.

5.4 Prospettiva multigenerazionale

Il modello operativo proposto da Andolfi denominato "multigenerazionale" è basato su un'integrazione molto originale tra teorie sistemiche e il processo di sviluppo della famiglia osservando le diverse generazioni.

Il problema individuale per cui viene richiesto un intervento terapeutico si trasforma in una porta di accesso al mondo familiare.

Partendo dai sintomi di bambini e adolescenti inizia una ricerca di quei significati relazionali e di quelle connessioni affettive che permettono un viaggio a ritroso nella generazione dei padri e dei nonni per tornare al presente con una visione nuova e propositiva.

Il bagaglio del terapeuta è fatto di molteplici strumenti, adatti a favorire la fiducia e la collaborazione; la sua presenza è la risorsa terapeutica più efficace per instaurare un contatto diretto e autentico con ciascuno, per sintonizzarsi con la sofferenza espressa da tante famiglie, e per coglierne le forme implicite di vitalità e di speranza, così da trasformarle in elementi di forza e di cambiamento.

Andolfi utilizza il termine "intergenerazionale" per indicare la complessa architettura temporale che definisce la famiglia caratterizzata da un'articolata trama di storie soggettive e vicende condivise, che si svolgono in un arco temporale, in cui non è solo il trascor-

49. IVAN BOSZORMENYI-NAGY et al., *Psicoterapia intensiva della famiglia: aspetti teorici e pratici*, Tr. It. Boringhieri, Torino 1969, p. 129.

50. Ibidem.

51. Ibidem, p. 154.

52. HELM STIERLIN e M.A. MASSIMELLO, *Dalla psicoanalisi alla terapia della famiglia*, Tr. it. Bollati Boringhieri, Milano 1979.

rere del tempo a determinare l'evoluzione, ma anche il susseguirsi delle generazioni. Ad arricchire questo modello contribuisce la teoria di Boszomeny-Nagy e Spark⁵³, secondo la quale la storia familiare è tenuta insieme da "trame invisibili" che fortificano il senso di appartenenza di una generazione con quella precedente. Per molto tempo la tradizione psico-analitica ha trascurato fattori relazionali e affettivi, focalizzandosi esclusivamente sull'individuo e sulle sue manifestazioni psicopatologiche.

In ambito sistemico molti studiosi (Bowen, Walsch, Haley e Minuchin per citare i più noti) hanno fatto riferimento alla *triade* come metro per le relazioni familiari. Bowen⁵⁴, ad esempio, fu il primo a parlare della triade come unità di osservazione delle relazioni del sistema familiare.

All'interno del sistema triadico ansia, preoccupazioni e tensione tendono a spostarsi dal singolo componente familiare lungo sequenze ordinate di alleanze e rifiuti, tra due o più membri della famiglia, generando delle vere e proprie "triangolazioni". Da questo concetto derivano tutte quelle "triangolazioni patologiche"⁵⁵ che portano il fanciullo a vivere traumi relazionali importanti. Si pensi ad esempio, a tutte quelle situazioni di separazioni coniugali ostili dove si verifica la cosiddetta *sindrome di alienazione parentale*, in cui uno dei genitori denigra e squalifica l'altro agli occhi del figlio a tal punto da sottrarlo alle sue cure, portando il bambino a vivere un conflitto di lealtà.

Un altro esempio di triangolazione patologica può essere associato al concetto di *parentificazione* ampiamente trattato da Cirillo, Selvini Palazzoli e Sorrentino⁵⁶ in cui il bambino assume una forma di accudimento innaturale nei confronti dei suoi genitori che, come abbiamo visto nei precedenti capitoli, non sono in grado di svolgere adeguatamente il loro ruolo, mettendo a rischio la salute psicosomatica e relazionale del bambino. Nonostante ciò molti bambini "genitorializzati" possono sviluppare, nel corso della vita, una notevole resilienza e diventare adulti competenti e sensibili.

Molte volte, un numero non indifferente di questi ragazzi e ragazze riuscirà ad utilizzare l'esperienza accumulata negli anni in famiglia per diventare uno psicoterapeuta o un assistente sociale⁵⁷.

L'osservazione multigenerazionale permette, dunque, di fare attenzione alla dimensione temporale e storica, guardare contemporaneamente al passato, al presente e al futuro, standoci dai nonni, alle relazioni della coppia e ai rapporti con i figli.

53. IVAN BOSZORMENYI-NAGY e GERALDINE M. SPARK, *Lealtà invisibili: la reciprocità nella terapia familiare intergenerazionale*, Astrolabio, Roma 1988.

54. BOWEN MURRAY, *Dalla famiglia all'individuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare*, Astrolabio, Roma 1979.

55. Il concetto di *triangolazione patologica* indica tutte quelle situazioni, in cui due genitori che vivono una situazione conflittuale, (molte volte anche latente) cercano di arrancarsi il sostegno del figlio, strumentalizzandolo e utilizzandolo come una vera e propria arma contro il *partner*.

56. MARA SELVINI PALAZZOLI et al., *I giochi psicotici nella famiglia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1988.

57. ANDOLFI, op. cit., p. 71.

Ciò permette una rilettura di maggiore complessità del soggetto e delle sue relazioni attuali. Con particolare riferimento alla teoria dell'attaccamento, tutti coloro che non hanno potuto soddisfare bisogni primari di accudimento e di affetto nel corso del loro sviluppo, la terapia con la famiglia può dimostrarsi un contesto sicuro «per ricostruire legami interrotti e recisi»⁵⁸. Questo tipo di lavoro può rappresentare una delle "cure" possibili per risolvere conflitti generazionali e crisi di coppia.

58. Ibidem, p. 181.

Conclusioni

In questo elaborato ho cercato di descrivere alcuni modelli significativi per la cura e la protezione del minore e della sua rete familiare quando la famiglia è investita da disfunzioni relazionali. Questo studio non ha la presunzione di riuscire a risolvere i problemi che i casi ci propongono, ma tenta di sottolineare l'importanza di non ragionare in maniera deterministica. E' importante tener presente che non tutte le persone reagiscono in egual modo a determinati eventi traumatici. Come ho cercato di spiegare attraverso i vari capitoli, il fatto che alcune persone rispondano con modalità diverse dipende da fattori di protezione o di rischio esistenti prima dell'evento. Molti di questi fattori precedenti all'esperienza traumatica provengono da esperienze infantili precoci, dalle relazioni con le figure di supporto più importanti e dalle modalità di gestione dello stress di queste stesse figure. Molti pazienti continuano a soffrire i sintomi anche a decenni di distanza condizionandone lo sviluppo, la salute mentale e fisica, i loro comportamenti sociali e molto altro. Ognuno dei differenti modelli presentati propone dei vantaggi e credo che un servizio efficiente possa essere quello che riesca ad adattare il modello più idoneo, scegliendo l'approccio migliore, a quella particolare situazione con cui si sta confrontando. La prima regola è quella di evitare "determinismi". Si può crescere in modo "sufficientemente adeguato" con una madre o un padre molto disturbati, oppure si può vedere compromesso il proprio sviluppo per un danno importante, che naturalmente può riguardare aree diverse: psichiatrica, psicosociale ed anche sanitaria. Diverse sono le teorie che negli ultimi anni hanno contribuito a creare metodologie condivise in numerosi contesti di tutela minorile. Alcune di queste teorie sono ancora poco note e poco utilizzate dalle nuove generazioni di professionisti all'interno dei servizi. Probabilmente la loro messa in pratica è piuttosto faticosa per motivi legati alla difficile trasferibilità dell'esperienza clinica nei cosiddetti "contesti non terapeutici", ma non solo. Infatti, è presente tra gli operatori una certa inerzia operativa oltre alla mancanza di una diffusa cultura del lavoro interdisciplinare. Stefano Cirillo ha dato un contributo molto importante per lo sviluppo terapeutico e conoscitivo nell'ambito della presa in carico della famiglia, definendo alcuni passaggi fondamentali sia a livello teorico, delineando una possibile eziopatogenesi del maltrattamento, sia a livello metodologico, definendo quali procedure siano più efficaci per coniugare cura e protezione del minore e della sua famiglia nell'ambito del servizio sociale.

Appendice A

PRINCIPALI DISPOSIZIONI DI LEGGE IN AMBITO MINORILE

Il nostro ordinamento giuridico prevede una serie di norme a tutela del minore. La protezione del minore, dunque potrà assumere caratteri di natura civilistica attraverso i provvedimenti del Tribunale per i Minorenni nel momento in cui si rileva l'incapacità genitoriale, con conseguenze pregiudizievoli per il minore. Inoltre, la protezione potrà assumere caratteri di tutela penale, nel momento in cui il minore appaia come possibile vittima di un reato. Dato che i servizi che si occupano di minori non possono non tener presenti le disposizioni legislative si è scelto di riportare gli estremi, con un'indicazione sintetica dei contenuti, dei principali atti normativi vigenti in materia di tutela dei minori.

- **Legge 125/2008** art.12-quater, *Misure urgenti in materia di sicurezza pubblica* modifica l'art.25 del DPR 448/1988 (Processo penale minorile), aggiungendo il comma 2-ter «Il pubblico ministero non può procedere al giudizio direttissimo o richiedere il giudizio immediato nei casi in cui ciò pregiudichi gravemente le esigenze educative del minore»¹.
- **Legge 19 ottobre 2015, n. 173**, diretta a modificare la **legge 4 maggio 1983, n. 184**, *Disciplina dell'adozione e dell'affidamento*.

Tale legge riconosce un importante principio, ovvero il diritto alla continuità dei rapporti affettivi dei minori in affidamento familiare. E' composta da quattro articoli, incentrati sul diritto dei minori in affidamento familiare alla continuità affettiva.

All'art. 1 sono inseriti tre nuovi commi: 5-bis, 5-ter e 5-quater.

Nello specifico, il comma 5-bis, prevede che, qualora la famiglia affidataria chieda di poter adottare il minore, il tribunale per i minorenni nel decidere sull'adozione, dovrà considerare i legami affettivi ed il rapporto consolidato tra il minore e la famiglia affidataria.

A norma del comma 5-ter è sancita una tutela alle relazioni socio-affettive consolidate durante l'affidamento anche quando, dopo un periodo di affidamento, il minore torni nella famiglia di origine o venga affidato oppure adottato da altra famiglia.

1. <http://www.parlamento.it/parlam/leggi/081251.htm>.

Il comma 5-quater stabilisce che il giudice, nel decidere sull'adozione del minore, dovrà tener presente le valutazioni dei servizi sociali, ascoltando il minore di dodici anni, o di età inferiore, "se capace di discernimento".

L'art. 2 introduce un'ipotesi di nullità, precedentemente non contemplata, nel caso in cui la famiglia affidataria o collocataria, non venga consultata, nei procedimenti civili in materia di responsabilità genitoriale, di affidamento e di adottabilità del minore affidato.

L'art. 3 aggiunge il comma 1-bis al comma 1 dell'articolo 25 della legge 4 maggio 1983, n. 184, prevedendo l'applicazione della procedura per la dichiarazione di adottabilità anche all'ipotesi di prolungato periodo di affidamento del minore.

Infine, l'art. 4 introduce la possibilità di adozione del minore orfano di entrambi i genitori ipotesi prevista dall'articolo 44, comma 1, lettera a) della legge 4 maggio 1983, n. 184 (Titolo IV - Dell'adozione in casi particolari - Capo I - Dell'adozione in casi particolari e dei suoi effetti), non solo da parte di "persone unite al minore da vincolo di parentela fino al sesto grado o da preesistente rapporto stabile e duraturo" ma l'adozione è consentita anche da parte di chi, pur non essendo legato da parentela, abbia maturato una relazione continuativa con il minore, nell'ambito di un prolungato periodo di affidamento².

- **Legge n. 328 del 8/11/2000:** *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.*

L'art. 22 c della presente legge prevede:

"interventi di sostegno per i minori in situazioni di disagio tramite il sostegno al nucleo familiare di origine e l'inserimento presso famiglie, persone, strutture comunitarie di accoglienza di tipo familiare e per la promozione dei diritti dell'infanzia e dell'adolescenza".

- **Legge 38/2009:** *Misure urgenti di sicurezza pubblica, di contrasto alla violenza sessuale, nonché in tema di atti persecutori.*

Introduce l'art.612-bis c.p. (Atti persecutori) inerenti minacce o molestie reiterate che provocano ansia o paura per l'incolumità propria, di un prossimo congiunto o di persona cui si è affettivamente legato o che costringono ad alterare le proprie abitudini di vita. E' prevista un'aggravante se l'autore delle persecuzioni sia il coniuge legalmente separato/divorziato o persona con cui si ha avuto una relazione affettiva; se la parte offesa è un minore la pena è sensibilmente aumentata e il reato diventa procedibile d'ufficio,

2. *Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, sul diritto alla continuità affettiva dei bambini e delle bambine in affido familiare.* <http://www.gazzettaufficiale.it>.

quindi va segnalato alla Procura ex art.331 c.p.p. e non è ammessa la procedura amministrativa (eventuale) dell'ammonizione da parte del Questore.

La legge 38 introduce altresì nell'ambito della procedura di contrasto alla violenza nelle relazioni familiari (L.154/2001), il divieto di avvicinamento ai luoghi frequentati dalla persona offesa (art.282-ter c.p.p.) da comunicarsi "ai servizi socio-assistenziali del territorio"(art.282-quater c.p.p.); nei procedimenti per maltrattamenti in famiglia, violenza sessuale, pedo-pornografia, prevede l'incidente probatorio per la testimonianza del minore di anni 18 (nuovo art.392/comma 1-bis c.p.)³.

- **Legge 94/2009** *Disposizioni in materia di sicurezza pubblica* reintroduce il reato di oltraggio a pubblico ufficiale (art.341-bis c.p.), modifica la legge sulla cittadinanza (L.91/1992) portando da sei mesi a due anni la regolare residenza in Italia, successiva al matrimonio, necessaria al coniuge straniero che abbia sposato il cittadino per acquisire la cittadinanza italiana (è sufficiente un anno, in presenza di figli nati o adottati dai coniugi); modifica altresì l'art.116/1 c.c. richiedendo il permesso di soggiorno allo straniero che voglia sposarsi in Italia con un cittadino; introduce il reato (anche per i minorenni) di ingresso e soggiorno illegale nel territorio dello Stato (art.10-bis del TU sull'immigrazione, DL 286/1998).

Il permesso di soggiorno non è richiesto per accedere alle prestazioni sanitarie di cui all'art.35 del citato TU 286 e per quelle scolastiche obbligatorie, né per le dichiarazioni di nascita e di riconoscimento di filiazione "trattandosi di dichiarazioni rese anche a tutela del minore, nell'interesse pubblico della certezza delle situazioni di fatto" (art.6/2 del TU 286 modificato e interpretato dalla circolare ministeriale n.19/2009) . In materia di ricongiungimento familiare, la citata L.94 lo riconosce (entro 180 giorni dalla richiesta) al genitore naturale straniero che abbia possibilità di alloggio e reddito, quando il figlio minore già soggiorni regolarmente in Italia con l'altro genitore (nuovo art.29/5 TU 286). Per i minori stranieri non accompagnati che abbiano compiuto 18 anni, è rilasciato il permesso di soggiorno, purché precedentemente affidati ex L.184/1983 o sottoposti a tutela e che abbiano seguito per almeno due anni un progetto d'integrazione presso un ente pubblico o privato registrato (nuovo art.32 TU 286).

Per quanto attiene agli effetti sui minori delle modifiche al codice penale introdotte dalla L. 94 si segnalano: il nuovo articolo 600-octies che sanziona più gravemente l'impiego di minori dei 14 anni nell'accattonaggio, la pena accessoria della decadenza dalla potestà genitoriale, se lo sfruttamento è agito da chi riveste tale ruolo e l'attivazione della magistratura minorile;

la modifica dell'art.61 c.p. che introduce nelle aggravanti comuni ai reati contro la per-

3. <http://www.camera.it/>.

sona in danno di un minore, averlo compiuto "all'interno o nelle adiacenze di istituti di istruzione o formazione";

la modifica dell'art.388 c.p. in tema di mancata esecuzione dolosa di un provvedimento del giudice, che prevede la reclusione fino a tre anni per chi elude un provvedimento del giudice civile in materia di affidamento del minore;

la modifica dell'art.527 (Atti osceni) che prevede un aumento di pena se il reato è commesso nelle adiacenze di luoghi abitualmente frequentati da minori, col pericolo che essi vi assistano;

l'introduzione tra le aggravanti della violenza sessuale, dell'averla compiuta all'interno o nelle vicinanze di un istituto d'istruzione o formazione frequentato dalla vittima (art.609-ter/1° comma,5-bis);

la modifica dell'art.605 (Sequestro di persona), con aggravamento progressivo di pena se la vittima è un minore, se avviene in determinate circostanze, se il minore muore (ergastolo);

l'introduzione dell'art. 574-bis (Sottrazione e trattenimento di minore all'estero) che prevede una pena fino a quattro anni di reclusione per chi sottrae un minore all'esercitante la potestà o la tutela, conducendolo o trattenendolo all'estero; la pena è inferiore se vi è il consenso del minore almeno quattordicenne.

L'entrata in vigore dall'8 agosto 2009 della L.94/09 e dell'art.10-bis inserito nel TU 286/1998 che prevede come reato(ovviamente procedibile d'ufficio) l'ingresso e soggiorno illegale nel territorio dello Stato, impone a tutti gli operatori del sistema di tutela dei minori (operatori socio-sanitari pubblici e privati convenzionati, magistrati, forze dell'ordine ecc.) l'obbligo ex art.331 c.p.p. di denunciare alla Procura il fatto-reato conosciuto nell'esercizio delle proprie funzioni. Alcune categorie professionali sono esentate: i sanitari (art.35/5 TU 286 e art.365/2 c.p.) e gli avvocati (art.334-bis c.p.p.), non tutti gli altri; il che è facile prevedere annullerà il superiore interesse del minore,inteso come persona a prescindere dal suo attuale status (artt.2 e 32 Cost.), sancito dall'art.3 L.176/91 (Convenzione ONU sui diritti del minore), oltre a creare seri problemi etici, professionali, deontologici a chi opera in questa materia⁴.

4. ANDREA PINNA, *Ricognizione sulle principali disposizioni di legge in materia di minori e famiglia*, 2009, <http://cismai.it>.

Bibliografia

- AINSWORTH, MARY DINSMORE SALTER, ANNA MARIA SPERANZA e NINO DAZZI, *Modelli di attaccamento e sviluppo della personalità: scritti scelti*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006.
- AMMANITI, MASSIMO, GIAMPAOLO NICOLAIS e ANNA MARIA SPERANZA, *La prevenzione del maltrattamento: sostegno ai genitori*, Istituto degli Innocenti, Firenze 2004, p. 79.
- ANDOLFI, MAURIZIO, *La terapia familiare multigenerazionale. Strumenti e risorse del terapeuta*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2015.
- ANDOLFI, MAURIZIO, CLAUDIO ANGELO, MARCELLA DE NICHILLO e VINCENZO F. DINICOLA, *The myth of Atlas: Families and the therapeutic story*, Psychology Press, New York 1989.
- ANTOINE, DE SAINT-EXUPÉRY, *Il Piccolo Principe*, Giunti Editore, Firenze 2015.
- ATTOLINI, GIOVANNI, FRANCO CAMPI e SIMONETTA ULIVIERI, *Infanzia e violenza: forme, terapie, interpretazioni*, La Nuova Italia, Firenze 1990.
- BERTOTTI, TERESA, *Bambini e famiglie in difficoltà: teorie e metodi di intervento per assistenti sociali*, Carocci Faber, 2012.
- BERTOTTI, TERESA e UGO DE AMBROGIO, «La valutazione nelle indagini sociali», *Prospettive sociali e Sanitarie*, 2 (2003), pp. 69-88.
- BOGLIOLO, CORRADO, *Bambini e violenza. Dalle dinamiche familiari all'evento sociale*, Edizioni del Cerro, Pisa 1998.
- BOGLIOLO, CORRADO e CAMILLO LORIEDO, *Famiglie e psicopatologia infantile. Quando la sofferenza è così precoce*, FrancoAngeli, Milano 2005.
- BOSZORMENYI-NAGY, IVAN, JAMES L FRAMO e GIULIANA BELTRAMI GADOLA, *Psicoterapia intensiva della famiglia: aspetti teorici e pratici*, Tr. It. Boringhieri, Torino 1969.
- BOSZORMENYI-NAGY, IVAN e GERALDINE M. SPARK, *Lealtà invisibili: la reciprocità nella terapia familiare intergenerazionale*, Astrolabio, Roma 1988.
- CAMPANINI, ANNAMARIA, *Maltrattamento all'infanzia: problemi e strategie d'intervento*, La Nuova Italia Scientifica, Roma 1993.
- CANCRINI, LUIGI, *La cura delle infanzie infelici. Viaggio nell'origine dell'oceano borderline*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2012.
- *L'oceano borderline. Racconti di viaggio*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2006.
- CANCRINI, LUIGI e GIUSEPPE VINCI, *Conversazioni sulla psicoterapia*, Alpes Italia, Roma 2013.
- CESA BIANCHI, MARCELLO e EUGENIA SCABINI, *La Violenza sui bambini: immagine e realtà*, F. Angeli, Milano 1991.

- CHELI, MARIAGNESE, COSIMO RICCIUTELLO e MIRELLA VALDISERRA, *Maltrattamento all'infanzia. Un modello integrato di interventi per i Servizi Sociali e Sanitari*, Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna 2012.
- CIMINO, SILVIA, «La trasmissione intergenerazionale del maltrattamento: un quadro teorico», *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, 4 (2002), pp. 35-53.
- CIRILLO, STEFANO, *Cattivi genitori*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2005.
- CIRILLO, STEFANO, ROBERTO BERRINI, GIANNI CAMBIASO e ROBERTO MAZZA, *La famiglia del tossicodipendente*, Raffaello Cortina, Milano 1996.
- CIRILLO, STEFANO e M. VALERIA CIPOLLONI, *L'assistente sociale ruba i bambini?*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1994.
- CIRILLO, STEFANO e PAOLA DI BLASIO, *La famiglia maltrattante: diagnosi e terapia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1989.
- CRIVILLÉ, ALBERT e MARILENA DELLAVALLE, *Genitori violenti, bambini maltrattati: l'operatore sociale di fronte alla famiglia del bambino maltrattato*, Liguori Editore, Napoli 1995.
- CYRULNIK, BORIS, *Il dolore meraviglioso. Diventare adulti sereni superando i traumi dell'infanzia*, Frassinelli, 2000.
- DE ZULUETA, FELICITY, *Dal dolore alla violenza: Le origini traumatiche dell'aggressività*, Raffaello Cortina Editore, Milano, Milano 1999.
- DEL LONGO, NEVIO, FRANCESCO GIUBILATO e FRANCESCO RAENGO, *Il dolore innocente. Guida per operatori ed educatori nei casi di maltrattamento infantile*, Città nuova, 2002, vol. 7.
- DI BLASIO, PAOLA e GIOVANNA ROSSI., *Trascuratezza, maltrattamento e abuso in danno dell'infanzia: Servizi e Centri presenti in Regione Lombardia*, 2004.
- FERNANDEZ, ISABEL, GIADA MASLOVARIC e MITEN VENIERO GALVAGNI, *Traumi psicologici, ferite dell'anima: il contributo della terapia con EMDR*, Liguori, Napoli 2011.
- FERREIRA, A. J., «Family myth and homeostasis», *Archives of General Psychiatry*, 9 (1963), pp. 457-463.
- FONAGY, PETER, *Psicoanalisi e teoria dell'attaccamento*, Raffaello Cortina Editore, 2002.
- FOTI, CLAUDIO, CLAUDIO BOSETTO e SABRINA FARCI, *L'abuso all'infanzia. Linee guida per l'intervento nei casi di maltrattamento fisico, psicologico e sessuale ai danni dei bambini e degli adolescenti*, 2004.
- FRAMO, JAMES L., *Terapia intergenerazionale: un modello di lavoro con la famiglia d'origine*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1996.
- GEORGE, CAROL, NANCY KAPLAN, MARY MAIN et al., *Adult attachment interview*, University of California, Berkeley, Department of Psychology, 1985.

- GHEZZI, DANTE e FRANCESCO VALDILONGA, *La tutela del minore. Protezione dei bambini e funzione genitoriale*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1996.
- GIAMUNDO, VALERIA, *Abuso e maltrattamento all'infanzia. Modelli di intervento e terapia cognitivo-comportamentale*, FrancoAngeli, Milano 2013.
- HERMAN, JUDITH LEWIS, *Guarire dal trauma: affrontare le conseguenze della violenza, dall'abuso domestico al terrorismo*, Magi Eizioni, Roma 2005.
- HESSE, ERIK, «Discourse, memory, and the Adult Attachment Interview: A note with emphasis on the emerging cannot classify category.» *Infant Mental Health Journal*, 17 (1996), pp. 4-11.
- HOLMES, JEREMY, *La teoria dell'attaccamento: John Bowlby e la sua scuola*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2010.
- KEMPE, RUTH S. e C. HENRY KEMPE, *Le violenze sul bambino*, Sovera multimedia, Roma 1989.
- LINGIARDI, VITTORIO, *La personalità e i suoi disturbi*, Università il Saggiatore, Milano 2001.
- LIOTTI, GIOVANNI, «Trauma e dissociazione alla luce della teoria dell'attaccamento», *Infanzia e adolescenza*, 4, 3 (2005), pp. 130-144.
- LIOTTI, GIOVANNI e FARINA BENEDETTO, «Dimensione dissociativa e trauma nello sviluppo», *Cognitivismo clinico*, 8, 1 (2011), pp. 3-17.
- LIOTTI, GIOVANNI e BENEDETTO FARINA, *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2011.
- LYONS-RUTH, K., L. DUTRA, MR. SCHUDER e I. BIANCHI, «Il legame tra disorganizzazione dell'attaccamento in età infantile e dissociazione in età adulta», in R. WILLIAMS (a cura di), *Trauma e relazioni. Le prospettive scientifiche e cliniche contemporanee*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2009.
- MAIN, MARY e MARY BIGGAR MAIN, *L'attaccamento: dal comportamento alla rappresentazione*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2008.
- MALACREA, MARINELLA, «Il buon trattamento: un'alternativa multiforme al maltrattamento infantile», *Cittadini in crescita*, 1 (2004), pp. 1-17.
- MAY-CHAHAL, CORINNE, TERESA BERTOTTI, PAOLA DI BLASIO, CEREZO, GERARD, GREVOT, LAMERS, MCGRATH, THORPE, THYEN et al., «Child maltreatment in the family: a European perspective», *European Journal of Social Work*, 9, 1 (2006), pp. 3-20.
- MAZZA, ROBERTO, *Pensare e lavorare in gruppo*, Errecciedizioni Letture del gufo, Anzi 2013.
- *Terapie imperfette. Il lavoro psicosociale nei servizi pubblici*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2016.
- MILLER, ALICE, *Il bambino inascoltato*, Bollati Boringhieri, Torino 1989.
- *La persecuzione del bambino*, B. Boringhieri, Torino 1987.

- MONTECCHI, FRANCESCO, *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*, FrancoAngeli, Milano 2005.
- *Prevenzione rilevamento e trattamento dell'abuso all'infanzia*, Borla, Roma 1991.
- MURRAY, BOWEN, *Dalla famiglia all'individuo. La differenziazione del sé nel sistema familiare*, Astrolabio, Roma 1979.
- OMS, «Violenza e salute nel mondo», *Rapporto dell'Organizzazione Mondiale della Salute. CIS editore. Milano* (2002).
- PALAZZOLI, MARA SELVINI, STEFANO CIRILLO e SORRENTINO ANNA MARIA, *I giochi psicotici nella famiglia*, Raffaello Cortina Editore, Milano 1988.
- SABBATTELLA, FRANCO e MARILENA TETTAMANZI, *Fondamenti di psicologia dell'emergenza*, Franco Angeli, Milano 2013.
- SCABINI, EUGENIA e MAURIZIO CIGOLI, *Alla ricerca del familiare: il modello relazionale-simbolico*, Raffaello Cortina Editore, Milano 2012.
- SCABINI, EUGENIA e RAFFAELLA IAFRATE, *Psicologia dei legami familiari*, Il mulino, Bologna 2003.
- SELVINI, MATTEO, «L'integrazione della diagnosi di personalità e dei funzionamenti post-traumatici nel pensiero sistemico», *Eco Mente*, 37(1) (2014), pp. 49-59.
- «Verso un modello evolutivo individuale/sistemico dei disturbi della personalità (Towards an evolving individual/systemic model of Personality disorder)», *Psicobiottivo*, 2 (2014), pp. 46-58.
- SHAPIRO, FRANCINE, «Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) and the anxiety disorders: Clinical and research implications of an integrated psychotherapy treatment», *Journal of Anxiety disorders*, 13, 1 (1999), pp. 35-67.
- SIMONETTA, ELENA, *Esperienze traumatiche di vita in età evolutiva. EMDR come terapia*, FrancoAngeli, Milano 2010.
- SIMONETTI, ELENA, *Esperienze traumatiche di vita in età evolutiva*, Franco Angeli, Milano 2010.
- STIERLIN, HELM e M.A. MASSIMELLO, *Dalla psicoanalisi alla terapia della famiglia*, Tr. it. Bollati Boringhieri, Milano 1979.

Sitografia

<http://www.cbm-milano.it>.

<http://www.camera.it/>.

<http://www.parlamento.it/parlam/leggi/081251.htm>.

<http://www.unabasesicura.it/>.

Linee di indirizzo per una politica di contrasto all'abuso all'infanzia: lettera aperta al Governo e alle forze politiche, 2006, <http://cismai.it>.

- Linee-guida per la valutazione clinica e l'attivazione del recupero della genitorialità nel percorso psicosociale di tutela dei minori*, 2014, <http://cismai.it>.
- mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings*, 2010, www.who.int/mental_health/mhgap.
- Modifiche alla legge 4 maggio 1983, n. 184, sul diritto alla continuità affettiva dei bambini e delle bambine in affido familiare*. <http://www.gazzettaufficiale.it>.
- PINNA, ANDREA, *Ricognizione sulle principali disposizioni di legge in materia di minori e famiglia*, 2009, <http://cismai.it>.
- Report dal congresso nazionale EMDR labirinti traumatici: il filo dell'EMDR*, 2013, <http://www.stateofmind.it>.
- Requisiti minimi dei Servizi contro il maltrattamento e l'abuso all'infanzia*, 2015, <http://cismai.it>.
- SELVINI, MATTEO, *Trauma e approccio sistemico: l'impatto dell'EMDR*, <http://www.scuolamaraselvini.it>.
- Tappe storiche: Convenzione sui diritti dell'infanzia*, <http://www.unicef.it>.

Ringraziamenti

Giunta a conclusione di questo elaborato e del mio percorso universitario, desidero ringraziare tutti coloro che mi sono stati vicini in questi anni ed in particolare in questi ultimi mesi.

Innanzitutto ringrazio il Professor Roberto Mazza, relatore di questa tesi, per la professionalità con cui mi ha seguita durante la stesura di questo elaborato e per essere sempre stato disponibile.

Un sincero ringraziamento va, inoltre, ai ragazzi del campus dove ho vissuto in questi anni: Francesco e Miriam, Rosaria, Joyce, Priscilla e poi ancora Abbas, Daniele, Agata, Alice, Ludmilla e la piccola Sira sempre presenti in tutte le mie giornate.

Ringrazio Vincenzo, il mio migliore amico, che mi ha sopportato durante gli esami e durante la stesura di questa tesi, trovando sempre il modo di farmi ridere. Ringrazio gli amici di sempre: Maria Assunta, Marta, Maika, Morena, Christian, Ugo, Daniela e Patricia, sempre vicini anche se distanti.

E come potrei non ringraziare David, il mio compagno, per avermi sempre sostenuta nelle mie scelte e per la pazienza che ha avuto con me in questi ultimi mesi.

Ed infine ringrazio tutta la mia famiglia, soprattutto i miei genitori e i miei fratelli Antonio e Pier Paolo e le mie sorelle Clementina e Lucia per tutto l'affetto dimostratomi.

Grazie a tutti voi perché, forse, senza la vostra presenza nella mia vita, oggi non avrei raggiunto questo traguardo.

Carmen