

### ***Serve ancora parlare dei sistemi di cura per i minori che hanno vissuto esperienze sfavorevoli infantili?***

di *Francesco Vitrano\**

*Non vogliamo confusioni... L'oppressore resta tale, e così la vittima: non sono intercambiabili, il primo è da punire e da esecrare (ma, se possibile, da capire), la seconda è da compiangere e da aiutare; ma entrambi, davanti all'indecenza del fatto che è stato irrevocabilmente commesso, hanno bisogno di rifugio e di difesa, e ne vanno istintivamente in cerca. Non tutti, ma i più; e spesso per tutta la loro vita<sup>1</sup>.*

#### **1. Traumi infantili e patologia psichica**

Nel 1896 Sigmund Freud dopo aver sperimentato il metodo esplorativo di Josef Breuer scrisse:

Per mezzo di tale procedimento si risale dai sintomi isterici fino alla loro origine, che viene in tutti i casi trovata in un episodio di vita sessuale del soggetto, idoneo a suscitare un'emozione penosa [...] si tratta ancora di un ricordo relativo alla vita sessuale, ma che presenta due caratteri di estrema importanza. L'episodio di cui il soggetto ha conservato il ricordo inconscio è un'esperienza precoce di rapporti sessuali, con conseguente irritazione degli organi genitali, come conseguenza di un'aggressione sessuale effettuata da un'altra persona e inoltre il periodo nel quale tale funesto avvenimento si è svolto è quello dell'infanzia, cioè quello che va fino agli otto-dieci anni, prima che il bambino sia arrivato alla maturità sessuale. [...] Grazie al cambiamento operato dalla pubertà, il ricordo svilupperà una potenza che era del tutto assente nell'episodio originario: il ricordo agirà co-

\* Neuropsichiatra dell'età evolutiva, psicoterapeuta.

1. P. Levi, *I sommersi e i salvati*, Einaudi, Torino 1986.

me se fosse un episodio attuale. Si ha quindi, per così dire, l'azione postuma di un trauma sessuale<sup>2</sup>.

Nelle successive elaborazioni teoriche Freud modificò profondamente il suo pensiero:

Affidandomi a tali comunicazioni dei miei pazienti, supposi di aver trovato l'origine delle successive nevrosi in questi episodi di seduzione sessuale risalenti all'età infantile. [...] Se qualcuno, di fronte alla mia credulità, scuotesse il capo in segno di diffidenza, non potrei dargli completamente torto [...] In seguito, mi vidi invece costretto a riconoscere che tali scene di seduzione non erano mai avvenute in realtà, ma erano solo fantasie create dall'immaginazione dei miei pazienti<sup>3</sup>.

Con questa nuova formulazione Freud depotenzia l'importanza dell'evento reale, ciò che nella realtà esperienziale ha generato il trauma, spostando l'interesse sulle dinamiche intrapsichiche, sulle reazioni inconscie. L'evento traumatico può anche non essersi mai verificato nella realtà oggettiva, generandosi dalle fantasie delle piccole vittime. Appare evidente come questa nuova formulazione del pensiero di Freud risenta anche delle sue preoccupazioni relative all'accettazione del metodo psicoanalitico dalla cultura del tempo che certo non gradiva un riferimento così esplicito alla possibilità che nel contesto familiare avvenissero episodi di reale *seduzione sessuale*.

Nel 1982 Sándor Ferenczi, allievo di spicco di Freud, nel suo testo più conosciuto, "Confusione di lingue tra gli adulti e il bambino. Il linguaggio della tenerezza e il linguaggio della passione" scrive:

Un adulto e un bambino nutrono affetto reciproco; il bambino ha la fantasia di fare per gioco la parte della madre con l'adulto. Questo gioco può assumere forme erotiche, pur rimanendo al livello delle manifestazioni di tenerezza. Ma le cose vanno diversamente quando l'adulto ha delle tendenze patologiche, specialmente se il suo equilibrio e il suo autocontrollo sono alterati da qualche disgrazia o dall'uso di sostanze che ottendono la coscienza. Allora egli scambia gli scherzi del bambino per desideri di una persona sessualmente sviluppata, oppure si lascia andare ad atti sessuali senza valutarne la conseguenza. [...] Incapaci di protestare, di sostenere l'impatto emotivo e di sopravvivere al proprio persecutore, i bambini reagiscono con un atteggiamento di sottomissione alla volontà dell'adulto aggressore, che si declina nella tendenza a indovinarne tutti i desideri, a obbedirgli ciecamente, a identificarsi completamente a lui<sup>4</sup>.

2. S. Freud, "L'ereditarietà e l'etiologia delle nevrosi", in *Opere*, vol. 2 (1968), Boringhieri, Torino 1896.

3. S. Freud, "Autobiografia", in Id., *Opere*, vol. 10, 1924-1929", Bollati e Boringhieri, Torino 1989, pp. 69-141.

4. S. Ferenczi, "Confusione delle lingue tra adulti e bambini", *Atti del Congresso Spi 1932*.

Ferenczi afferma, così che il nucleo fondamentale su cui si determina l'espressione psicopatologica del bambino è da ricondursi alle esperienze di confusione affettiva dallo stesso vissute nel proprio ambiente familiare riportando, quindi, in tutta la sua drammaticità la causa del trauma ad una esperienza oggettiva realmente vissuta dal bambino. Questa posizione sarà profondamente criticata da Freud e costituirà uno degli elementi principali del conflitto scientifico tra allievo, S. Ferenczi e maestro, S. Freud.

Da questa intuizione di Ferenczi si svilupperà, quindi, una corrente di pensiero che individuerà nella disfunzione delle relazioni primarie e nelle continue esperienze negative vissute dal bambino all'interno del suo sistema di accudimento la causa della sua patologia psichica.

Negli anni '90 un autore americano, Felitti<sup>5</sup>, ha definito il concetto di Esperienze Sfavorevoli Infantili (Esi) per indicare quell'insieme di situazioni vissute nell'infanzia che influenzano negativamente il processo di attaccamento tra il bambino e i suoi caregiver tanto da determinare profondi sconvolgimenti nel percorso di sviluppo psichico del bambino.

Recentemente una serie di contributi della letteratura scientifica hanno definito l'effetto neurobiologico dei traumi affettivi, sia sul piano biochimico, sia sul piano epigenetico<sup>6</sup>, dimostrando come l'essere esposti a ripetuti traumi psichici modifica l'assetto strutturale del sistema nervoso centrale, determinando delle disfunzioni relativamente stabili e tali da generare complessi fenomeni psichici.

Può sembrare superflua questa introduzione storica ma da essa si muove l'ambiguità su cui ha oscillato, anche in anni più recenti, il lavoro scientifico sulla relazione tra i traumi infantili e le loro conseguenze sul piano psicopatologico.

Da tale progressione di pensiero si generano, invero, numerose questioni: la resistenza a considerare le esperienze sfavorevoli infantili una realtà oggettuale; la resistenza, ancora presente in alcuni settori, anche clinici, sulla possibilità di considerare le esperienze traumatiche infantili come causa di significativi effetti psicopatologici; l'ambiguità tra la valorizzazione della realtà oggettuale

5. V.J. Felitti, R.F. Anda, D Nordernberg, D.F. Williamson, A.M. Spitz, M.P. Edwards, M.P. Koss, J.S. Marks, "Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults", in Franey K., Geffner R., Falconer R. (Eds.), *The cost of child maltreatment: who pays? We all do*, Family Violence and Sexual Assault Institute, S. Diego, CA 2001.

6. L'epigenetica (dal greco *επί*, *epì* = "sopra" e *γενετικός*, *gennetikòs* = "relativo all'eredità familiare") si riferisce ai cambiamenti che influenzano il fenotipo senza alterare il genotipo. Infatti è la branca della genetica che studia tutte le modificazioni ereditabili che variano l'espressione genica pur non alterando la sequenza del DNA (soprattutto con riferimento ai fenomeni ereditari a livello cellulare, meno a quelli trans-generazionali, dal genitore al figlio). Si tratta, quindi, di fenomeni ereditari in cui il fenotipo è determinato non tanto dal genotipo ereditato in sé, quanto dalla sovrapposizione al genotipo stesso di "un'impronta" che ne influenza il comportamento funzionale. Un segnale epigenetico è un cambiamento ereditabile che non altera la sequenza nucleotidica di un gene, ma la sua attività.

e la dimensione intrapsichica e relazionale del trauma; l'ambiguità tra una valutazione degli eventi oggettuali, preminente in ambito giuridico e la valutazione clinica degli effetti psichici del trauma; il rischio di non considerare credibile la vittima per la disfunzione psichica di cui è portatrice in conseguenza del trauma subito; la difficoltà a considerare il percorso giuridico di tutela della vittima e di punizione dell'aggressore come un pezzo necessario del lavoro terapeutico; la difficoltà a comprendere e significare anche nelle diagnosi intervenute in età adulta il valore traumatico di esperienze sfavorevoli infantili; la difficoltà a considerare l'intervento terapeutico ponendo in una posizione di centralità il lavoro sul trauma; la difficoltà a considerare l'intervento di presa in carico in un approccio più globale che tenga conto delle dinamiche di contesto che hanno generato le esperienze sfavorevoli; la difficoltà a dare spazio, nei processi diagnostici e terapeutici, alla storia, intesa in chiave transgenerazionale, del contesto familiare in cui il trauma si è verificato; la necessità di presupporre un intervento riparativo che tenga conto anche di un intervento riabilitativo di reinserimento nel contesto a fini adattativi; la necessità di pensare interventi che siano economici, efficaci e continuativi e che non si esauriscano in un lavoro terapeutico operatore/vittima o ancora peggio in una valutazione dell'accertamento dei presunti fatti; la difficoltà a formulare delle considerazioni prognostiche nell'ambito della valutazione delle competenze genitoriali; la difficoltà a comprendere come non sia sufficiente cambiare il contesto affettivo e relazionale della piccola vittima per modificare il suo assetto psichico; la necessità di pensare ai tempi della esposizione di un bambino agli eventi traumatici e ai tempi dell'intervento che non possono rimanere ancorati ai tempi degli operatori ma devono definirsi sulle necessità di protezione del soggetto esposto al trauma; la necessità di considerare come elemento di prevenzione una educazione degli affetti e delle relazioni di accudimento; la necessità di un intervento che non consideri solo le vittime ma ponga un lavoro anche sugli aggressori; la difficoltà ad interrompere la sequenza che porta i soggetti che sono stati esposti ad eventi sfavorevoli infantili a riproporre comportamenti disfunzionali sulla prole, lavorando, quindi, sull'interruzione della trasmissione transgenerazionali degli effetti dei traumi da esperienze sfavorevoli infantili.

## 2. Essere/Esserci/Cura

*L'inferno è già qui. Due modi ci sono per non soffrirne. Il primo riesce facile a molti: accettare l'inferno e diventarne parte fino al punto di non vederlo più. Il secondo è rischioso ed esige attenzione e apprendimento continui: cercare e saper riconoscere chi e che cosa, in mezzo all'inferno, non è inferno, e farlo durare, e dargli spazio<sup>7</sup>.*

7. I. Calvino, *Le città invisibili*, Einaudi, Torino 1972.

Secondo l'etimologia classica il termine "cura" deriva dal latino *còera* e *còira* che gli antichi etimologisti ricongiunsero a "cor" cuore.

Questa parola latina esprimeva l'atteggiamento di premura, di vigilanza, di preoccupazione espressa nei confronti della persona amata o di un oggetto di valore. Essa quindi si lega indissolubilmente ad ambiti in cui il valore affettivo del legame sembra rappresentare il tratto preminente.

La cura, quindi, e la sua formula estensiva, "il prendersi cura" rimanda alla possibilità di condividere empaticamente, come se si percepisse dall'interno della pelle dell'altro, le sue emozioni, negative e positive, questa percezione condivisa, riconduce ad una risignificazione/rappresentazione delle esperienze e alla costruzione di una nuova "narrazione" da cui possono scaturire nuovi significati, nuove denominazioni emotive, nuovi modi di attribuire un significato emotivo alle esperienze.

Questo aspetto della cura che è importante nella presa in carico di tutti i soggetti portatori di una patologia psichica, diventa preminente nella presa in carico di persone, di età adulta o di minore età, che hanno patito l'effetto traumatico di esperienze sfavorevoli infantili.

Un'esperienza di abuso sessuale durante l'infanzia, nel momento in cui si sperimenta, taglia trasversalmente l'intera trama psichica della piccola vittima, modificando irreversibilmente i suoi percorsi di sviluppo e determinando la possibilità concreta che si instaurino adattamenti patologici che diventano assolutamente strutturali all'interno del suo stile funzionale. Infatti, i meccanismi di difesa utilizzati per ottenere un adattamento post-traumatico, che consenta di inquadrare emotivamente la *confusione* affettiva generata dall'esperienza sfavorevole e di mantenere un seppur precario equilibrio, diventano così strutturali all'interno della modalità di funzionamento del bambino/vittima che si può affermare che l'espressività funzionale stessa risulta costruita intorno ad essi, in una dimensione in cui i confini tra vincoli ed orizzonti sono indefiniti e confusi.

Il disagio psichico e la fragilità dell'Io, che le vittime di esperienze sfavorevoli infantili esprimono, rimandano alla complessità dell'individuo e alla complessità della costruzione della sua identità e sono l'esito di trasformazioni e rappresentazioni del fallimento di tutti quei processi psichici relazionali e affettivi che avrebbero dovuto e potuto sostenere la costruzione di una identità normale in linea con le potenzialità del soggetto.

Ciascuno di noi si costruisce attraverso la relazione con l'altro e ciascuno di noi è responsabile degli effetti delle relazioni affettive, di cura e di accudimento, che struttura.

Si definisce così uno scenario in cui il legame con l'altro, primario, affettivo, significativo eificante può costruire una identità capace di vivere senza disagio il continuo e progressivo confronto con le esperienze della vita.

Se, infatti, consideriamo il *legame* come una disponibilità ad aprire nel nostro sistema mentale uno spazio da poter condividere con l'altro; se pensiamo a questo spazio come un luogo che possiamo mettere a disposizione dell'altro

per far sì che l'altro lo abiti con i suoi pensieri e i suoi affetti; se pensiamo che la costruzione di questo spazio determini, poi, la definizione di una reciprocità psichica che ci consenta di connetterci empaticamente e di sintonizzarci all'interno di stati affettivi condivisi; se pensiamo che la possibilità di costruire tanti legami definisce e supporta la nostra identità e la costruzione di quel sistema di attribuzione dei significati emotivi che utilizziamo per leggere e per significare la nostra realtà esperienziale; se pensiamo, infine, che la costruzione dei legami ci consente di tollerare moderate frustrazioni derivanti da piccoli fallimenti affettivi, tali però da non scompaginare la nostra strutturazione psichica, possiamo immaginare una situazione in cui l'assenza o la disfunzione dei legami precoci ha di fatto alterato la possibilità di una costruzione del sé e ha impedito al sistema di attribuzione dei significati di funzionare o di funzionare in modo corretto. Ci si trova, così, nella condizione in cui i vissuti ovvero l'immagine di un mondo abbandonico e aggressivo diventa più significativa rispetto alla possibilità di percepirsi portatore di una identità. Si struttura così una condizione psichica in cui il sé non è più matrice e spazio potenzialmente capace di innescare legami, ma al contrario i vissuti negativi prendono il sopravvento discontinuando ogni possibile funzione psichica. I bambini portatori di tali esperienze manifesteranno, quindi, una difficoltà ad assumere al proprio interno il significato delle esperienze, di mentalizzarle e di avviare una elaborazione interiore e un pensiero organizzato; una difficoltà a vivere le emozioni come elemento inscindibile di qualunque esperienza e di riconoscersi il diritto di esprimerle; l'impossibilità di costruire relazioni oggettuali; una difficoltà a fidarsi degli adulti di riferimento; una discontinuità e una disarmonia sul piano delle competenze globali; una bassa resilienza ai fallimenti esperienziali. In questi bambini l'incapacità di operare una trasformazione delle emozioni in pensieri determina l'evacuazione degli elementi emotivi *intrasformabili* sotto forma di agiti comportamentali o di sintomi psichici. Appare, quindi, utile valutare gli effetti psichici dei traumi di maltrattamento e di abbandono patiti dal bambino, in quanto tali esperienze in vario modo strutturano e configurano la sua identità e la sua espressività funzionale definendo alcuni aspetti della sua evoluzione psichica<sup>8</sup>.

Molti autori hanno descritto gli effetti psicopatologici della confusione affettiva generata dalle esperienze di abuso sessuale<sup>9</sup>.

Per quanto riguarda il trauma di maltrattamento, se nelle relazioni primarie vengono procurate al bambino solo esperienze dolorose, lo stesso ricerca il dolore come veicolo di interazione con l'altro per lui significativo e allora le sensazioni dolorose, le relazioni autodistruttive e le sensazioni di autosabotaggio verranno ricreate per tutta la vita come veicoli per la perpetuazione di

8. L. Cancrini, *La cura delle infanzie infelici*, Cortina, Milano 2012.

9. M. Malacrea, *Trauma e riparazione*, Cortina, Milano 1998.

legami precoci con l'altro significativo<sup>10</sup>. Il bambino apprende una modalità di connessione, un modo per entrare nella famiglia umana, e questa modalità appresa viene mantenuta con forza disperata per tutta la vita.

Per quanto attiene al trauma di abbandono, invece, l'assenza dei legami precoci altera di fatto la possibilità di una costruzione del sé e impedisce di sviluppare un sistema di attribuzione efficace dei significati esperienziali. Così il bambino incapace di costruire adeguate relazioni oggettuali finisce per oscillare tra il desiderio di costruire relazioni fusionali e simbiotiche e la possibilità di percepirsi in una posizione onnipotente in cui ogni possibile percezione e significazione emotiva gli è negata – diniego, assenza di predisposizione empatica –. L'impossibilità di attivare uno stabile percorso di elaborazione e integrazione della sofferenza generata dal vissuto di abbandono determina, poi l'espressione di tale sofferenza attraverso un meccanismo evacuativo sotto forma di agiti comportamentali, ciò anche in relazione all'incapacità di strutturare le istanze psichiche dentro più stabili contenitori di percezione, rappresentazione e significazione.

Il blocco delle emozioni è, poi, il blocco del pensiero e il blocco della consapevolezza di sé. Poiché, come scrive Eugenio Borgna: *Le emozioni dicono quello che si svolge in noi, nella nostra psiche, nella nostra interiorità, nella nostra anima; ma le emozioni sono (anche) portatrici di conoscenza, di una conoscenza che ci trascina nel cuore di alcune esperienze di vita irraggiungibili dalla conoscenza razionale*<sup>11</sup>.

Ciò finisce per pervadere ogni possibile esperienza vanificandola, cancellandola, impedendo che essa diventi la costruzione della storia personale assunta in una progressione temporale consapevole.

Ciò che si vuole sostenere è che l'essere sottoposti ad esperienze sfavorevoli infantili durante lo sviluppo impedisce la costruzione di un sé stabile e continuo capace di consentire l'espressione del libero sviluppo delle proprie potenzialità psichiche, la possibilità di costruire dei legami affettivi e di operare scelte vantaggiose sul piano adattativo.

Si sta qui sostenendo che tale evenienza priva l'individuo della possibilità di essere e di esserci con se stesso, di esserci nel mondo nelle sue relazioni quotidiane.

Ma se ciò è vero allora, come dobbiamo intendere i processi di cura? E quale può essere l'obiettivo più alto di tali percorsi?

Secondo il pensiero di Martin Heidegger l'essenza principale dell'esistenza è il *Dasein* ovvero l'*esserci*. Il carattere fondamentale dell'*esserci* umano è l'*essere-nel-mondo*, non il suo essere soggetto, anima o pensiero. Essere-nel-mondo non significa starci dentro come una cosa, ma assumere il mondo come orizzonte del progetto, significa essere fra gli altri. L'aver cura si rivela

10. W.R.D. Fairbairn, *Studi psicoanalitici sulla personalità*, Boringhieri, Torino 1970.

11. E. Borgna, *Le emozioni ferite*, Feltrinelli, Milano 2002.



così come una costituzione d'essere dell'esserci che, nelle sue diverse possibilità, è intrecciata da un lato con l'essere-per il mondo di cui l'esser-ci si prende cura e, dall'altro, col suo autentico essere-per il proprio essere. Si definiscono, così, due poli dell'esserci uno intrapsichico l'altro interpersonale<sup>12</sup>.

Quanto ai modi positivi dell'aver cura ci sono due possibilità estreme. L'aver cura può in certo modo sollevare l'altro dalla "cura" sostituendosi a lui nel prendersi cura, intromettendosi al suo posto. Questo aver cura assume, per conto dell'altro, ciò di cui ci si deve prendere cura. L'altro risulta allora espulso dal suo posto, retrocesso, per ricevere a cose fatte e da altri, già pronto e disponibile, ciò di cui si prendeva cura, risultandone del tutto sgravato. In questa forma di aver cura l'altro può essere trasformato in dipendente e in dominato, anche se il predominio è tacito e dissimulato per chi lo subisce.

Opposta a questa è la possibilità di aver cura la quale, anziché intromettersi al posto degli altri, li presuppone nel loro poter essere esistente, non già per sottrarre loro la "cura", ma per inserirli autenticamente in essa. Questa forma di aver cura, che riguarda essenzialmente la cura autentica, cioè l'esistenza dell'altro e non qualcosa di cui egli si prenda cura, aiuta l'altro a divenire trasparente nella propria cura e libero per essa<sup>13</sup>.

Si è fatto riferimento al concetto heideggeriano della *cura* e dell'*esserci*, poiché si ritiene che in questi pensieri ben si concentrino i presupposti dei sistemi di cura per i soggetti che hanno subito esperienze sfavorevoli infantili.

Considerando tali pensieri si traggono le seguenti considerazioni generali: se vivere esperienze sfavorevoli infantili si costituisce come un grave attacco alla possibilità della costruzione dell'identità e alla espressione delle potenzialità del soggetto, "la cura" deve presupporre un lavoro che possa riattivare la funzione del sé della vittima e nella sua estrinsecazione/consapevolezza del suo mondo interno e nella sua estrinsecazione/relazione con gli altri. Se questo rappresenta il presupposto di base, la cura deve sempre considerare l'altro, la vittima, come soggetto in cui riabilitare le potenzialità intrinseche di funzionamento. In questo deve trattarsi di una cura autentica che riattivi nel soggetto la sua capacità di esserci e le sue potenzialità prospettive modificando, risignificando, il ricordo/pensiero delle esperienze traumatiche subite. La cura deve sempre definirsi come un processo di co-costruzione in cui l'interazione con il terapeuta può costituirsi come matrice per un processo di riparazione scaturito dal ruolo attivo della vittima. La cura non può limitarsi ad un intervento focale ma deve presupporre un lavoro di sistema che agisca secondo il rispetto della complessità dell'individuo e del suo contesto di appartenenza tale da determinare una ripresa della dimensione intrapsichica e interpersonale del soggetto compreso le dinamiche familiari e il recupero del contesto adattativo – esserci ed essere per gli altri.

12. M. Heidegger, *Essere e tempo*, Mondadori, Milano 2011.

13. F. De Luise, G. Farinetti, *Lezioni di storia della filosofia*, Zanichelli, Bologna 2010.



### 3. Cura: vittima/operatore

Considerare che la cura dei soggetti con esperienze sfavorevoli infantili sia un ambito così complesso determina la necessità di dovere pensare quale debba essere il ruolo degli operatori o, ancora meglio, se si presuppone necessario un sistema di cura deve presupporre la possibilità di un sistema di operatori che possa consentire la costruzione di un sistema di interventi, coordinato e definito, dove appaia chiaro chi fa che cosa, secondo quale modalità e in che tempi.

Gli interventi terapeutici devono presupporre sempre la creazione di un *campo relazionale* in cui vittime e operatori costituiscano uno spazio interpersonale, una dimensione spazio-temporale dove ogni elemento prodotto si definisca come una gamma coerente di variazioni all'interno della modulazione di una unica sequenza narrativa.

Quale diventa il ruolo dell'empatia in un sistema come questo?

L'interferenza empatica, che pure secondo alcuni rappresenta un elemento perturbante rispetto ad una postulata e necessaria oggettività, risulta nel lavoro con soggetti che hanno subito esperienze sfavorevoli infantili un elemento ineludibile, tanto che solo la possibilità di avere consapevolezza di tale componente ci consente poi di significarlo, di attribuirgli un valore, di minimizzarlo nella sua valenza di perturbatore dell'oggettività, consentendoci, infine, di ritrovare una maggiore discriminazione/separazione nel "chiasma" inevitabile che sempre l'ascolto dell'altro determina. L'espressione dell'emotività che pure può generare elementi interferenti nella ricerca dell'oggettività non è eliminabile, semplicemente, attraverso l'acquisizione di una idealizzata posizione di "distanza emotiva", appare, invece, necessario un continuo lavoro di elaborazione/consapevolizzazione degli elementi emotivi, propri e dell'altro, poiché, solo attraverso la loro trasformazione in pensieri risulta possibile limitare al minimo il loro effetto perturbativo. L'oggettività, quindi non appare raggiungibile semplicemente postulando l'assenza dell'empatia, ma lavorando e significando su un piano di consapevolezza le inevitabili interferenze soggettive. Tale modo di procedere fornisce elementi utili all'intervento stesso.

F. Corrao scriveva:

... il modello relazionale interattivo consente di definire gli "affetti" come "modulatori cognitivi" ed i "concetti" o i "percetti" – costruttori cognitivi- come modulatori affettivi". Con tale orientamento gli affetti, le emozioni, i sentimenti, le passioni prima valutati negativamente come turbolenze inefficaci dalle teorie classiche della conoscenza, o come "rumori" disturbanti dalla teoria dell'informazione, acquistano la rilevanza di" fattori ordinatori"<sup>14</sup>.

14. F. Corrao. "Struttura poliadica e funzione gamma", *Gruppo e funzione analitica*, n. II-2 marzo-luglio 1981. Crpg *il Pollaiuolo*, Roma, Id., "Modelli psicoanalitici, mito, passione, memoria", Laterza, Bari-Roma 1992; Id., "Orme", *Contributi alla psicoanalisi*, voll. 1 e 2; Cortina, Milano 1998.

Seppure tutti gli operatori coinvolti nel lavoro giuridico e terapeutico debbano fare riferimento ai presupposti di “lavoro empatico” sopra riportati è necessaria, e purtroppo non sempre definita nelle esperienze di lavoro di questi ultimi anni, la demarcazione di una linea di confine tra il lavoro giuridico e quello più strettamente sanitario/terapeutico; una demarcazione tra l'accertamento della verità processuale e la valutazione delle condizioni cliniche del soggetto; una demarcazione tra l'intervento giuridico e di tutela sociale e l'intervento clinico sanitario; una demarcazione tra gli operatori dei servizi e gli operatori/interfacce – consulenti, assistenti – che entrano nel processo giudiziario e che hanno la funzione di rendere direttamente o indirettamente al giudice, la complessità del bambino/vittima all'interno dell'accertamento della verità processuale e al bambino la complessità del percorso giuridico in cui è coinvolto.

Questi due aspetti, quello giuridico e quello clinico devono considerarsi come vasi comunicanti ma distinti in cui gli operatori pur lavorando in una dimensione di continuità, pur utilizzando strumenti simili, pur agendo in una dimensione in cui gli effetti del lavoro degli uni deve ridefinirsi e risignificarsi nel lavoro degli altri, abbiano chiara la specificità del loro intervento. In ogni momento dell'intervento deve risultare chiaro al bambino e all'operatore la cornice giuridica o clinica nell'ambito della quale si sta lavorando.

L'attualizzazione della valutazione giuridica può confondere determinando per esempio la situazione in cui gli effetti del trauma vengono considerati elementi per incrinare la credibilità e la competenza stessa del piccolo testimone. Bisogna, infatti, avere consapevolezza che raccontare le proprie esperienze, spesso dolorose, determina sempre nel minore un contatto con la propria sofferenza e può innescare significative modifiche del suo sistema di difesa psichico. Il percorso giuridico, quindi, anche se determina nella vittima valenze trasformative derivanti da un possibile processo di percezione/representazione dei suoi vissuti e una possibile ridefinizione delle attribuzioni del significato emotivo delle sue esperienze è solo un appendice del vero lavoro terapeutico che deve estendersi ad altri contesti e accompagnare il minore nel suo processo di riparazione e di riabilitazione adattativa per un tempo sufficiente al suo auspicabile recupero. Il rischio è dato dalla possibilità di costruire spazi confusivi in cui il bambino può non ritrovare processi chiari per la ricostruzione del proprio sé, oppure dalla condizione in cui il lavoro terapeutico non trovi continuità dopo il percorso di tutela.

L'intervento, inoltre deve sempre presupporre una valutazione clinica che non si esaurisca con l'osservazione del bambino, ma che necessiti di una valutazione della coppia genitoriale e delle dinamiche di competenza genitoriale dalla stessa attivate e infine, di una valutazione di contesto per preparare il reinserimento sociale della vittima.

Ogni valutazione, bambino/contesto familiare/contesto sociale, deve sempre fare riferimento a dei parametri prognostici che indirizzino l'evoluzione

del progetto globale per la vittima e per il suo nucleo familiare, anche considerando velocemente se vi siano elementi per poter considerare fattibile un rientro del minore nel suo contesto affettivo. Ovvero si deve lavorare sempre avendo chiari gli obiettivi e i tempi per una loro possibile realizzazione.

Il lavoro dell'operatore è, quindi, un atto complesso che prevede competenze personali e professionali e la capacità di attivare una apertura/confronto con altri modelli di pensiero e con una nuova modalità di *apprendere dall'esperienza* della propria pratica professionale. Appare assolutamente utile un affinamento/accrescimento delle proprie competenze attraverso un lavoro di "confine" con altre professionalità e con altri modelli operativi di pensiero e una formazione specifica che presupponga la capacità di attivare, anche attraverso momenti di confronto, un percorso di riflessione continua sul suo operato e sui risultati conseguiti. In questo ambito la rete è un positivo elemento di protezione a patto che non confonda i ruoli e si mantenga all'interno di una precisa definizione istituzionale. Quanto sopra riportato presuppone la necessità: a) di un lavoro integrato, pluriprofessionale e interistituzionale dove siano utili i principi di comunicazione, dove i vari operatori coinvolti mantengano una loro identità e una chiarezza del loro ruolo, soprattutto nei confronti del minore; b) di un lavoro di temporizzazione tra i tempi del percorso giudiziario e i tempi del percorso terapeutico poiché quest'ultimo appare più fondate rispetto al processo riparativo del bambino, seppure il percorso giudiziario e la tutela svolgano un ruolo importante; c) di una linea di confine tra le esigenze processuali, la tutela del bambino e la sua presa in carico terapeutica; d) di definire prassi operative condivise, costruite su un pensiero che le definisca e le contenga e che abbia la capacità di considerare non solo gli aspetti più immediati dell'intervento, ma in una logica più sistemica, gli effetti che l'intero percorso operativo determina sincronicamente su tutti i soggetti coinvolti nell'intervento; e) di considerare in una prospettiva diacronica, gli effetti sul divenire della costruzione dei legami e sullo sviluppo psichico del bambino; f) di effettuare un bilancio tra le risorse disposte in campo e gli interventi attivati in modo da favorire la possibilità di processi di riparazione veri, che possano, seppure nella esiguità delle risorse, prospettarsi in una dimensione di efficacia.

Il rischio è procedere su una linea di confine indefinita in cui la tensione sia rivolta più alla tutela del percorso giudiziario e alla posizione del lavoro degli operatori, piuttosto che alla centralità del bambino stesso. Il rischio è la possibilità di un lavoro in cui si ripresenta la confusione delle lingue tra ciò che si fa con lui per riattivare nel bambino le sue potenzialità dopo il disastro determinato dalle esperienze sfavorevoli infantili e ciò che si fa per lui, su di lui senza favorirne un ruolo attivo.

## 5. I sistemi di cura nel lavoro con i bambini vittime di esperienze sfavorevoli infantili

In questo fascicolo di *Minorigiustizia* abbiamo raccolto contributi che cercano di descrivere la complessità dei sistemi di cura rivolti a minori vittime di esperienze sfavorevoli infantili.

Si è così composto un puzzle in cui i vari interventi e le varie esperienze non solo descrivono, seppure per parti un sistema di cura, ma rappresentano la complessità dei bisogni e la complessità degli ambiti su cui bisogna lavorare. Il lavoro sulla vittima, il lavoro sul contesto familiare, il lavoro sull'aggressore minorenni, il lavoro sul genitore maltrattante, il lavoro sul minore che è coinvolto nel procedimento giuridico, il lavoro sul minore in comunità, sul minore che lascia la sua famiglia di origine andando in adozione.

Appare evidente che una rappresentazione così complessa non può che essere parziale, ma nella sua parzialità ben rappresenta la necessità di far sì che tutti questi interventi si costruiscano come un sistema in cui gli operatori comunicano con linguaggi comuni e intervengano secondo logiche e pensieri condivisi.

Ciò apre alla complessa problematica della formazione, dei contesti istituzionali e della gestione delle risorse.

Se, infatti, le logiche della crisi economica ci hanno portato a tralasciare il riferirsi a modelli di intervento ideali, che pure qualche volta si perdevano negli oscuri meandri delle elucubrazioni teoriche o nella onnipotenza del terapeuta, la logica delle priorità ci costringe oggi alla necessità di ragionare in una prospettiva in cui le risorse incontrino i bisogni delle persone, adulte o di minore età, e lavorino per realizzarli. Ciò può lasciare spazio anche ad una dimensione in cui il ritrovarsi delle vittime tra di loro può innescare processi di auto-aiuto che vanno comunque guidati e significati. Il ragionamento sulle risorse è anche una riflessione sulla prevenzione, poiché lavorare in questo ambito significa interrompere il circolo vizioso che si autoperpetua in una dimensione generazionale e che genera da maltrattamento altro maltrattamento.

Così il bisogno di terapia diventa diritto di riparazione e la possibilità che venga restituita alle vittime il diritto di vivere l'integrità della loro esistenza nonostante il danno subito. La terapia si configura, così, anche in una dimensione di possibile risarcimento.

Nel volume abbiamo cercato di definire la prospettiva dei sistemi di cura secondo una logica concreta in cui le riflessioni teoriche hanno sempre di più lasciato il posto alla parola degli operatori, alla loro esperienza di lavoro, alle loro considerazioni, alle loro prospettive concrete, ai contesti terapeutici che hanno tentato di costruire, ciò a riprova che al di là delle difficoltà, esistono realtà costruttive in cui diventa possibile analizzare i comportamenti e gli agiti di chi è portatore di disagio per avere subito esperienze sfavorevoli

infantili, cercando di decodificarli nel loro significato riportandoli a quella dimensione di pensiero che spesso perdono nella loro estrinsecazione.

Abbiamo cercato, inoltre, di rappresentare come il mondo dei servizi si trovi in un momento di difficoltà nel suo processo di identificazione e di ruolo, ma anche in un momento in cui risulta possibile attivare esperienze concrete di riparazione e di prevenzione per i minori che hanno subito esperienze sfavorevoli infantili.

Spesso le vittime sono entrate nel volume con il racconto delle loro storie da parte degli operatori, in un modo delicato di rappresentare la loro voce e la loro partecipazione ad un lavoro complesso, che non può che essere pensato in una dimensione di co-costruzione vittima/operatore.

L'impressione è che ne sia uscito un quadro variegato e polimorfo in cui gli aspetti trattati sono alcuni dei possibili e in cui la complessità dei sistemi viene resa in tutta la sua difficoltà, dove gli aspetti dell'intervento, soprattutto inteso come intervento preventivo, sembrano aprire nuovi scenari e nuove prospettive che sembrano riconnettersi, cangianti polimorfi con le veloci e significative evoluzioni sociali.

E allora, certo che vale pena di parlare ancora di sistemi di cura per minori vittime di esperienze sfavorevoli infantili! Poiché tutti noi operatori, sia giuridici che sanitari, ci troviamo in un percorso in cui tante cose possono ancora accadere...

*Conosco la differenza tra le persone che sanno aprire il loro cuore, e quelle che non sanno farlo.*

*Tu sai aprirlo. Ma solo quando dici tu, beninteso.*

*E se uno lo apre cosa accade?*

*Sempre senza posare la sigaretta Reiko appoggio le mani sul tavolo e con aria divertita disse: Si guarisce<sup>15</sup>.*

15. H. Murakami, *Norwegian wood*, Einaudi, Torino 1987.