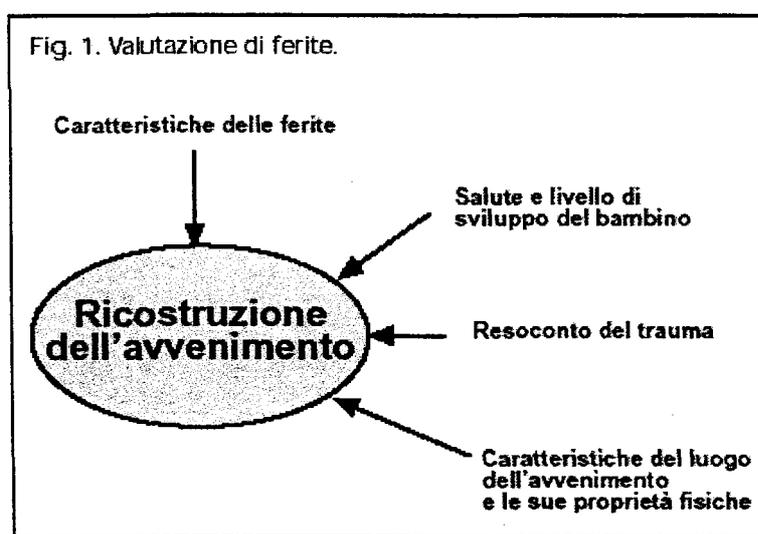


osservati e la loro valutazione alla luce delle informazioni fornite dal contesto familiare e, se possibile, da altri contesti di vita del bambino.

Il risultato della valutazione medica deve essere considerato nell'ambito di tutte le informazioni disponibili, anche quelle raccolte nei normali ambiti di vita del minore o da altri professionisti (si veda l'esempio riportato nella Figura 1). Tutte queste informazioni permettono, infatti, una ricostruzione dell'avvenimento di abuso che si sospetta interessi il minore.



L'approccio multidisciplinare permette un intervento più efficace e comprensivo, che produce i risultati migliori a tutela del minore abusato e ottimizza le risorse della comunità²⁹.

Nei confronti della comunità dei minori, sul versante della prevenzione, le funzioni del pediatra potrebbero essere assimilate a quelle che devono svolgere i Servizi di Prevenzione del territorio:

- **controllo**, cioè verifica preliminare della sussistenza delle condizioni di salute, in senso lato, *sine qua non* l'operatore deve ipotizzare la presenza di un rischio (da malattie a condizioni di pregiudizio sociofamiliare) da valutare e che può richiedere un intervento;

²⁹ *Maltrattamento ai minori: mito o realtà* M. MIAN Hospital for sick children, University of Toronto, Toronto, Ontario, Canada RIV ITAL PEDIATR (IJP) 2001; 27, pp. 526-530.

- **vigilanza**, cioè verifiche mirate ad accertare la permanenza delle condizioni minime di salute e l'eventuale stato di bisogno. Questo però esula in gran parte dalla volontà e dalla capacità dell'operatore poiché l'esercizio della vigilanza molto dipende da quanto la famiglia fa riferimento al pediatra per le necessità del bambino e richiede (o accetta) controlli periodici;
- **la messa in atto di interventi e provvedimenti**, che vanno dal parere, alla prescrizione, dalla richiesta di consulenza ad altri colleghi e altre figure professionali sino alla segnalazione ai servizi e all'autorità giudiziaria, stante la finalità di prevenire, contenere o eliminare una condizione di rischio e pregiudizio.

Alle tre funzioni sopra ricordate se ne potrebbero aggiungere altre tre di tipo trasversale e che interessano tutta la popolazione minore di cui ha cura un pediatra:

- **la sorveglianza epidemiologica**, mirata a valutare l'andamento di fenomeni suscettibili di azioni preventive, che dovrebbe rispondere a precisi criteri metodologici rispetto alla costruzione delle ipotesi di rischio e alle procedure di intervento;
- **la consulenza professionale** rispetto ad altri operatori esterni alla famiglia ma vicini al bambino;
- **l'educazione sanitaria**, alla comunità, alle famiglie e ai bambini.

La figura del pediatra si colloca in una posizione privilegiata anche rispetto all'accoglienza e alla tutela dei bambini immigrati residenti in Italia. Nei confronti di questi bambini le attenzioni in termini di ascolto, di osservazione e di comunicazione dei loro bisogni, come di quelli delle loro famiglie, non potranno che essere uguali a quelle dedicate ai bambini italiani, ma con un impegno aggiuntivo a confrontarsi con abitudini e culture relazionali e familiari diverse da comprendere, ma non sempre utilizzabili, accettabili o trasferibili nella nostra società e nella nostra legislazione.

Con questi bambini, il pediatra, che riveste anche una funzione educativa, potrà essere veicolo d'integrazione e rendere possibili adattamenti e mediazioni culturali. Una nuova frontiera di sviluppo della prevenzione è l'etnopediatria, cioè una pediatria di accoglienza prestante ascolto e voce ai bambini di origine extraeuropea provenienti da culture diverse. Nell'ottica della prevenzione, quindi, l'intervento del pediatra potrà rafforzare l'inserimento delle famiglie immigrate all'interno del sistema di assistenza e supporto sanitario, educativo e sociale.

5.1. Il quadro istituzionale e programmatico vigente

Le evoluzioni recenti della normativa in ambito sociosanitario riguardano sostanzialmente la legge 8 novembre 2000, n. 328, *Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*. Le ricadute di tale legge rispetto alla pediatria territoriale, in primo luogo per ciò che attiene al coordinamento e all'integrazione con gli interventi sociosanitari e dell'istruzione, sono ancora tutte da verificare. La connessione tra i servizi sociosanitari del territorio e la pediatria appare ancor oggi carente, gli stessi rapporti con la pediatria ospedaliera appaiono frammentari e a volte "forzati". Tale situazione non agevola la prevenzione dell'abuso ai minori, ma soprattutto non permette l'attuazione di una tutela della salute, intesa in maniera olistica, del bambino. In alcune realtà ospedaliere sorgono servizi che rappresentano delle "ripetizioni" inutili del lavoro già svolto dal pediatra di base e mancano, invece, gli strumenti per gestire le situazioni più difficili di salute fisica e/o mentale. In tali vuoti cadono i bambini e le famiglie, correndo il pericolo di perdere contatti con il pediatra del territorio.

Altro elemento da considerare è l'attuale *iatrus* che grava sull'adolescente: lasciato il pediatra, con il quale esisteva da anni un rapporto spesso anche di tipo confidenziale, l'adolescente può entrare in un "buio" relazionale. Il venire meno di riferimenti stabili al di fuori del nucleo familiare si colloca

temporalmente in una fase dello sviluppo psicofisico contraddistinta da cambiamenti epocali e conflitti con le figure genitoriali. Alto può essere in questa età il rischio di contrarre malattie sessualmente trasmesse, dipendenze e disturbi psichici; una continuità assistenziale potrebbe svolgere, allora, una funzione preventiva e di supporto per l'adolescente in condizioni di disagio.

Nell'ottica delle difficoltà sopra accennate, è forte la necessità di costituire sul territorio unità di lavoro multispecialistiche stabili, in grado di farsi carico delle situazioni a rischio.

Lo stesso Piano nazionale antipedofilia raccoglie i risultati positivi di quanto è stato sperimentato in Italia nel corso degli anni e rilancia l'impulso a costruire sul territorio unità di lavoro specializzate e integrate, affermando che un prerequisito per l'efficacia dell'intervento è la chiarezza sul "chi, quando e come" intervenire. Il Piano segnala la necessità di proseguire nell'investimento in un'adeguata formazione e qualificazione degli operatori dei servizi e nella creazione di strutture di raccordo tra gli operatori dei vari livelli di prevenzione e recupero poiché l'assenza di accordi interistituzionali e interprofessionali sulle procedure ed i percorsi di tutela rischia di determinare una frammentazione nelle azioni che possono portare ad abusi di tipo istituzionale o all'abbandono terapeutico del minore.

A questi network operativi locali sarebbe opportuna la partecipazione di rappresentanti dei pediatri del territorio, che potrebbero svolgere, poi, una funzione di raccordo tra servizi, minori e famiglie e assolvere un compito di ascolto e orientamento sul "che fare", a chi rivolgersi e "come comportarsi" per gli altri colleghi.

5.2. Alcune esperienze del settore

Da alcuni anni è emersa l'esigenza di una maggiore tutela del bambino di cui anche i pediatri si sono fatti interpreti. Sia singolarmente sia attraverso organismi associativi che li rappresentano hanno ritenuto, vuoi per il ruolo che

svolgono all'interno delle famiglie, vuoi per un maggiore coinvolgimento istituzionale, di prendere parte in modo più attivo alla prevenzione dell'abuso e alla gestione delle cure.

Progetti di formazione e ricerca sono stati oggetto di lavoro da parte di organizzazioni scientifiche di settore, quali l'Associazione culturale pediatri e la Società italiana di pediatria, e, in anni recenti, di organizzazioni sindacali. Alla maggiore richiesta di informazione e formazione hanno risposto anche il Sindacato CIPE (Confederazione italiana pediatri), che al proprio interno ha creato una Commissione *ad hoc* su tutela e prevenzione del bambino abusato, e la Federazione italiana medici pediatri³⁰.

Le organizzazioni sindacali hanno assunto anche formali dichiarazioni d'impegno per promuovere l'attenzione dei loro aderenti. Ad esempio, la Federazione italiana medici pediatri in occasione del suo XX Congresso Nazionale (Taormina, 17-20 Ottobre 1996) ha approvato una carta d'impegni alla luce di quanto sancito dalla *Convenzione ONU sui diritti del fanciullo*, firmata a New York il 20 Novembre 1989, e recepita dallo Stato italiano e dal Codice deontologico. In essa si ricorda che il pediatra è tenuto a intervenire direttamente a tutela del bambino, in particolare quando si valuta che l'ambiente (familiare o non) nel quale vive non sia sufficientemente sollecito alla cura della sua salute, e ad adoprarsi affinché il minore possa fruire di quanto necessario ad un corretto ed armonico sviluppo psicofisico. In tale occasione il problema dell'abuso all'infanzia fu assunto come prioritario a partire, *in primis*, dalla definizione di abuso scaturita da un gruppo di lavoro

³⁰ Entrambi i sindacati hanno organizzato corsi di aggiornamento specifici in varie regioni d'Italia (Lazio, Toscana, Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Veneto, Emilia Romagna, Campania, Sicilia e Calabria). I corsi avevano sia sessioni teoriche sia moduli di approfondimento con la presentazione di casi clinici.

I percorsi formativi hanno visto la partecipazione di centinaia di pediatri, confermando l'interesse di questa categoria professionale ad approfondire le conoscenze sulla sintomatologia del *child abuse*, la diagnostica e l'intervento terapeutico. L'abuso sessuale è la forma di violenza attorno alla quale più spesso si è focalizzata la scelta formativa, ma non sono mancate attività di aggiornamento dedicate ad altre forme di abuso, quali il maltrattamento fisico, la trascuratezza, l'abuso psicologico, le sindromi di Munchausen e Munchausen *by proxy*.

dell'OMS al quale la FIMP aveva partecipato (Gruppo europeo Saint-Vincent di bioetica e qualità della vita): «Un bambino viene considerato maltrattato quando i suoi genitori, tutori o persone incaricate della sua vigilanza e custodia approfittano della loro situazione di privilegio e si comportano nei suoi confronti in contrasto con quanto previsto dalla Convenzione delle Nazioni unite sui Diritti del bambino».

6. Perché investire nella cura: una riflessione per le politiche nazionali

L'attenzione e la sensibilità collettiva verso i temi della salute dei minori hanno fatto incrementare negli ultimi anni le risorse per contrastare, prevenire e trattare gli abusi sui bambini, permettendo così l'affinamento delle competenze dei professionisti. Tuttavia, ancora oggi non è adeguatamente valorizzato un recupero psicologico della vittima che non sia limitato alle iniziative di protezione ed agli interventi giudiziari, né è ancora sufficientemente chiaro quali siano gli obiettivi, le metodologie e i riferimenti teorici su cui debbano poggiare gli strumenti di recupero del danno emotivo³¹. E' invece importante, e urgente, richiamare l'attenzione sull'importanza della cura a partire da una riflessione ampia e condivisa sui meccanismi psicologici e psicopatologici conseguenti agli abusi. Ciò potrà infatti orientare l'impegno di chi ha la responsabilità di programmare ed organizzare i servizi che si occupano della valutazione dei disturbi psicologici e comportamentali del bambino abusato - che può diventare un futuro adulto problematico - e del relativo trattamento.

Tale urgenza emerge da quanto si rileva clinicamente nell'accoglienza e nella valutazione dei bambini vittime di violenza, nella loro osservazione longitudinale o retrospettiva, ma anche nella storia di quegli adulti di cui si ricostruisce una storia di abusi e che spesso si ritrovano tra le file degli abusanti³².

Ci sono bambini che hanno connaturata una spinta vitale, una energia che supera ogni ostacolo comprese le esperienze di abusi, ma ci sono anche bambini

³¹ Si veda su questo punto quanto emerge dai risultati della ricognizione sui progetti realizzati con i finanziamenti della legge n. 285/97, come riportato nel Quaderno n. 26, *Esperienze e buone pratiche con la legge n. 285/97. Dalla ricognizione alle linee guida*, Firenze, Istituto degli Innocenti, ottobre 2002.

³² Nei risultati di recenti ricerche, nel corso del lavoro psichiatrico, e soprattutto analitico, degli adulti si ritrovano le tracce degli antichi traumi infantili connessi ad esperienze di abusi che si sono insediati nel mondo interno dell'individuo, orientando la qualità della vita, i comportamenti e gli affetti.

che nascono con una vulnerabilità di base, per i quali ogni evento traumatico è sovrastante psicologicamente e disorganizzante. In questi bambini l'abuso, esperienza insostenibile dalla percezione cosciente, viene rimosso, negato o dissociato, e si può strutturare in una parte della personalità, che può essere gravemente danneggiata minacciando in modo disorganizzante le aree più sane della personalità dell'individuo.

E' indispensabile convergere l'attenzione su questi bambini, perché i processi di dissociazione attaccano ogni opportunità della loro vita esponendoli al rischio di una pericolosa ri-traumatizzazione. Il trauma non cessa col cessare della violenza esterna, ma continua nel mondo interiore della vittima, dove la psiche traumatizzata diventa un'energia autotraumatizzante. Ogni nuova opportunità della vita può essere percepita come una minaccia pericolosa di ri-traumatizzazione e viene perciò attaccata nonostante ogni impegno a migliorare la propria vita e i propri rapporti: è come se qualcosa di "diabolico" o di "maligno" all'interno di essi minasse continuamente ogni progresso e distruggesse ogni speranza.

Senza un processo di elaborazione, avviato e mantenuto attraverso un trattamento psicoterapeutico, questa esperienza emotiva traumatica può rimanere bloccata e, quindi, non assimilata. Pertanto è indispensabile non fermarsi al diritto alla tutela e alla protezione, ma sostenere con forza anche il diritto del bambino alla cura.

Risulta importante rivolgere anche l'attenzione al recupero psicologico e sociale degli abusanti, nella quasi totalità bambini abusati, affiancando agli interventi giudiziari e sociali anche una risposta terapeutica; ma c'è da prendere atto e da evidenziare che non ci sono ancora sufficienti progetti, risorse e competenze adeguate per far fronte a queste necessità al fine di interrompere la catena transgenerazionale degli abusi.

6.1. Dall'abuso al disagio

L'esperienza clinica mostra come il bambino raramente denunci un "abuso" in modo esplicito, specie se vissuto in famiglia, ma questo silenzio produce disagi e sofferenze che il bambino rivela attraverso differenti sintomi e manifestazioni cliniche, dato che la difficoltà a esprimere verbalmente l'abuso viene bypassata mediante l'utilizzo inconscio di sintomi psicologici. Se i meccanismi di rimozione non sono eccessivamente rigidi, in adolescenza il minore, per esempio, potrà utilizzare l'esperienza traumatica dell'abuso subito nella fisiologica dinamica di contrapposizione ai genitori e nella naturale lotta di indipendenza adolescenziale.

Per comprendere a pieno quanto sia cruciale fornire risorse di cura, bisogna chiedersi come faccia un bambino a sviluppare un disagio od una psicopatologia a seguito di una esperienza di abuso.

Spesso si pensa che l'evento traumatico sia la sola causa dei disturbi nei bambini abusati; secondo vari studi e anche secondo l'esperienza clinica, la causa dei quadri psicopatologici non va attribuita esclusivamente all'abuso in sé, ma soprattutto ai meccanismi di difesa utilizzati in modo rigido per sfuggire ai sentimenti penosi che l'abuso fa provare. Nel percorso strutturante del trauma, un ruolo altrettanto importante è svolto anche dal contesto sociale poiché il danno sarà tanto maggiore quanto più isolato resta il bambino e minori sono le sue possibilità di ricevere aiuto e raccontare l'esperienza subita.

Il bambino abusato prova angoscia, depressione, vergogna e sensi di colpa ai quali cerca di sottrarsi mettendo rigidamente in atto delle difese che determinano la rottura dell'equilibrio della psiche e la formazione di vari quadri psicopatologici. Per comprendere come si determinano bisogna far riferimento anche ad altri fattori: i bambini abusati vivono in una condizione di vita in cui il parametro di "normalità" è costituito dall'esperienza dell'abuso a cui non rispondono reagendo e arrabbiandosi con il mondo e con gli altri, ma piuttosto provando un profondo senso di colpa.

Strutturandosi in una fase iniziale dello sviluppo, questo senso di colpa si presenta come il frutto di una "colpa senza nome" commessa dal bambino: si tratta di un "senso di colpa primario" che equivale ad una percezione che il bambino ha di sé come "non degno" di vivere e che ha una connotazione archetipica³³.

Il "senso di colpa primario" determina nel bambino la convinzione che non è amato perché è "anormale", "immondo", "cattivo" secondo la logica che essere amati significa che si è stati buoni; mentre il non esserlo vuol dire che si è stati e si è cattivi.

Il permanere di questo senso di colpa lascia il bambino in una condizione di solitudine e smarrimento, facendolo dubitare del proprio diritto all'esistenza.

Il bambino sperimenta anche altri sentimenti: "l'angoscia" per gli abusi subiti, e per l'attesa e la minaccia del loro imminente ripetersi; "la depressione" derivante dalle carenti cure affettive e dal pericolo di perdere le garanzie affettive; "il senso di colpa secondario" generato dal provare sentimenti di ira, rabbia, ostilità, (reazioni normali in altre condizioni di vita), la cui espressione non è permessa in un contesto ambientale abusante.

Tali sentimenti tendono ad essere controllati e repressi perché il bambino teme di essere la causa del comportamento del genitore o per il timore di danneggiarlo.

³³ Nel corso del testo il termine di "archetipo" viene utilizzato frequentemente secondo l'accezione data da Carl Gustav Jung; l'Archetipo è un modello di esperienze psichiche strutturanti, collegato all'istinto e affine al concetto di *pattern of behaviour*. Inconoscibile in sé, si rende visibile solo attraverso le sue rappresentazioni, le immagini archetipiche consistenti in schemi e temi dominanti universali comuni in tutti gli individui ed in tutte le epoche mantenendo i contenuti fondamentali dei miti, leggende, religioni e a livello individuale nei sogni e nelle fantasie. I principali archetipi sono: l'archetipo della grande madre, del padre, dell'ombra, dell'animus che è la parte maschile presente a livello inconscio nella donna, che ha nell'*Anima* il suo corrispondente femminile presente a livello inconscio nell'uomo.

Il bambino alla nascita non è una tabula rasa ma ha in sé tutto il patrimonio archetipico che verrà costellato in rapporto alle figure che incontra nella realtà concreta. Pertanto le prime costellazioni archetipiche sono quelle materna e paterna che si attivano fin dalla nascita con l'incontro del bambino con i suoi genitori. Concetto chiave della psicologia analitica, l'archetipo costituisce un ponte tra psiche e corpo, tra immagine ed istinto.

Poiché non gli è dato viverli ed esprimerli, il bambino deve impedire che siano evidenti agli altri e soprattutto a se stesso; è quindi costretto a utilizzare a questo scopo meccanismi di difesa che domineranno il suo futuro sviluppo psichico, causandogli lo strutturarsi di psicopatologie o comportamenti patologici che derivano quindi non esclusivamente dall'abuso ma dai meccanismi di difesa utilizzati in modo rigido per eludere la sofferenza evocata dallo stesso.

Accanto ai meccanismi di difesa con i quali l'individuo si protegge dai sentimenti penosi legati all'esperienza dell'abuso ne esistono altri che vengono messi in atto per difendere "l'immagine dei genitori", tentando di mantenerla il più possibile "buona ed adeguata" poiché il bambino ha bisogno di avere la garanzia interna ed esterna dei genitori, e deve rendere normale ciò che riceve da loro anche se danneggiante.

I più comuni meccanismi di difesa utilizzati dal bambino abusato sono la rimozione, la negazione, il distanziamento affettivo, la scissione e l'identificazione con l'aggressore o con la vittima; tramite questi meccanismi difensivi il bambino:

- controlla "l'angoscia" derivante dalla pressione dei propri bisogni, urgenti e inappagabili, e dal senso di pericolo imminente;
- controlla il senso di colpa derivante dal voler soddisfare i propri bisogni e desideri, dal voler esprimere la propria rabbia e aggressività, inaccettabili dal canone familiare, e che, se riconosciute, gli farebbero temere di perdere i suoi illusori appoggi affettivi;
- evita la depressione scaturita dalla perdita di amore e la vergogna di sentirsi umiliato o stigmatizzato;
- evita la sofferenza causata dal non poter avere la famiglia che desidera e di cui ha bisogno;
- evita talvolta la vergogna provocata dal dover subire l'abuso (soprattutto negli abusi sessuali).

L'identificazione con l'aggressore è il meccanismo di difesa che permette di liberarsi dell'angoscia suscitata dal comportamento del genitore: il bambino ne assimila il comportamento, normalizzando l'immagine del genitore, e lo ripete diventando come lui (ad es. se a casa viene percosso, lui potrà a sua volta farlo con i compagni).

6.2. Dal bambino all'adulto

Poiché ogni individuo diventa genitore utilizzando in gran parte l'esperienza vissuta all'interno della propria famiglia, il bambino abusato, se non avrà risorse personali sufficienti e non avrà ricevuto cure adeguate, una volta divenuto adulto e genitore, potrà riproporre il modello fornito dal proprio genitore, e potrà comportarsi con i propri figli come i suoi genitori si sono comportati con lui, operando così un'ulteriore normalizzazione del loro comportamento. Si produce, quindi, una questa catena di abusi che può essere interrotta solo con un intervento completo ed adeguato.

Altra possibilità è quella fornita dalla identificazione del bambino con la vittima avendo in tal modo vantaggi secondari quali, soprattutto, scaricarsi dell'angoscia di colpa e valorizzarsi rispetto a chi ha il potere evitando il rifiuto e l'esclusione che per lui significherebbero la morte emotiva.

Questi meccanismi sono rintracciabili nelle situazioni familiari dove il genitore abusante incarna "l'aggressore" e l'altro genitore "la vittima", che può diventare complice dell'abusante in quanto non protettivo verso il figlio abusato.

Ma la ripetizione dell'abuso non è tuttavia automatica, né viene necessariamente esplicitata in forma identica a quella subita.

Il bambino abusato, una volta divenuto genitore, potrà assumere con i propri figli comportamenti abusanti diversi da quelli sperimentati; un bambino che ha subito un abuso sessuale potrà diventare, ad esempio, un genitore violento e picchiatore proprio perché gli è stata attivata la componente

“distruttiva” della sua personalità che può essere espressa in varie forme, impedendo un contatto più tenero e intimo.

Questi meccanismi sono attivati senz'altro dagli eventi traumatici subiti dai bambini, ma sono anche condizionati ed orientati dalle caratteristiche individuali innate del bambino, (vulnerabile o fornito di risorse), e anche dalla storia familiare, che può presentare una sorta di predisposizione agli eventi traumatici: è frequente incontrare bambini abusati appartenenti a famiglie in cui l'abuso è presente da diverse generazioni, confermando non solo la transgenerazionalità degli abusi, ma anche la incarnazione del volto negativo e distruttivo del patrimonio umano ed archetipico.

6.3. Scissione, trasformazione, riparazione

Il bambino abusato può, tuttavia, andare incontro ad altri problemi.

Potrà diventare, ad esempio, un individuo continuamente predisposto a relazioni violente, in cui ripeterà l'antica esperienza.

Oltre alla strutturazione di una psicopatologia più o meno grave, o all'assunzione di comportamenti asociali o perversi, a livello intrapsichico egli rimane poi esposto a una condizione di scissione e di frattura, in cui un'immagine cattiva e demonizzata del genitore si contrappone ad una buona e idealizzata, attivamente e illusoriamente ricercata, ma non trovata.

Questa scissione può, come già accennato, acuirsi in adolescenza quando la spinta all'autonomia e il fisiologico conflitto con le figure genitoriali permette al ragazzo di prendere coscienza del loro comportamento abusante. Mentre il bambino abusato, operando una scissione per mantenere le garanzie affettive di cui ha bisogno, nega l'inadeguatezza del genitore abusante e lo idealizza, l'adolescente può iniziare a percepire la “cattiveria” e l'abuso del genitore, relegando nell'inconscio gli aspetti “buoni” della figura genitoriale che potranno essere attribuite a persone diverse dal genitore abusante (un insegnante, un parente, il genitore di un amico, un terapeuta ecc.). Questi ultimi

potranno pertanto costituire importanti punti di riferimento in grado di attivare l'aspetto positivo dell'immagine genitoriale e la possibilità di stabilire relazioni di fiducia.

Riconoscere questi meccanismi permette di spiegare perché un bambino abusato, in altre occasioni della propria vita, divenga poi egli stesso abusante o vittima di un carnefice e segnala l'importanza di rendere possibile l'accesso a risorse di cura per i bambini vittime di abuso e sfruttamento sessuale.

6.4. La cura del bambino abusato

L'aiuto per recuperare il danno causato dall'abuso costituisce un'operazione lunga, complessa e difficile che il bambino o l'adolescente abusato, e a volte anche l'adulto, non possono compiere da soli, ma può avvenire all'interno di una relazione terapeutica strutturante.

Vi è, infatti, bisogno di qualcuno che possa attivare gli aspetti costruttivi dell'esistenza per non rimanere all'interno di una dimensione negativa e distruttiva.

Gli interventi di cura implicano però una relazione profonda tra adulto datore di risorse terapeutiche e minore vittima di violenza. In questo settore entra in gioco la dimensione emotiva e personale del lavoro per cui è necessario che il terapeuta che si occupa di individui abusati abbia avuto la capacità di elaborare le proprie esperienze traumatiche e la possibilità di sperimentare i processi di integrazione e riparazione attraverso i quali si riattivano le energie - le risorse interne - che possono essere state bloccate dall'esperienza traumatica. Compito, questo, che riguarda sia chi lavora con i bambini, sia chi lavora con gli adulti.

La terapia mira a riportare il paziente lungo la linea del proprio progetto evolutivo, grazie a una visione transpersonale che lo libera dal rischio di rimanere intrappolato negli eventi dolorosi della sua vita e dai lasciti negativi della catena transgenerazionale.

Se il riconoscimento del trauma, delle carenze e dei relativi sentimenti ed emozioni aprono finalmente una possibilità di consapevolezza, che spezza la cieca ripetizione della sofferenza da una generazione ad un'altra, una diversa attivazione delle parti sane può correggere le distorsioni evolutive.

All'interno della relazione terapeutica, vengono attivati gli aspetti autocurativi e trasformativi, capaci di modificare tanto l'immagine che l'individuo ha di sé e che agisce nel mondo, quanto il modello familiare che orienta e struttura le sue relazioni interne ed esterne.

In tal modo, per questi pazienti bambini o adolescenti, il "destino" cessa di essere una mera ripetizione del trauma e diviene realizzazione delle potenzialità innate, della loro autentica e peculiare individualità e la possibilità di realizzare un diverso modello familiare.

Quando la rinuncia alla idealizzazione o all'odio è compiuta all'interno del processo terapeutico, il paziente può accorgersi anche della fragilità dell'abusante, in quella che è, spesso, una catena di inconsapevole sofferenza, subita e agita.

6.5. L'assetto emotivo del professionista e dei servizi

Nel lavoro di rete si hanno a disposizione leggi, procedure per l'intervento giudiziario e di protezione, linee guida, protocolli diagnostici e terapeutici dell'intervento clinico, ma se non si riconoscono i sentimenti angosciosi attivati nel professionista tutti questi strumenti possono essere usati anche per "non sentire" il dolore e i sentimenti penosi che un bambino abusato suscita nell'operatore.

L'esperienza clinica con bambini abusati e con adulti abusanti ha permesso di comprendere che non è sufficiente una preparazione professionale esclusivamente di tipo cognitivo, ma bisogna investire anche in una formazione personale di tipo emozionale. Tale dimensione consente agli operatori di imparare a lavorare con le proprie emozioni, facilitando anche i meccanismi di

cooperazione interprofessionale, talvolta ostacolati da barriere professionali e ideologiche (emotive) che impediscono di realizzare un intervento efficace.

La messa in rete e la presa in carico aiutano l'operatore a far fronte alla condizione di dover inevitabilmente lavorare nella sofferenza del dubbio e nell'incertezza, elementi quasi inevitabili dato che questo lavoro è condizionato da numerose variabili e dalla intersezione di fattori oggettivi e fattori soggettivi.

Il riconoscere la formulazione di una diagnosi e l'elaborazione di un progetto terapeutico si basa su dati "oggettivi", cioè sui fatti e su ciò che è osservato ed osservabile, ma la valutazione di questi dati è condizionata dalla soggettività dell'operatore, che li rileva con "gli occhiali" del proprio assetto emotivo e cognitivo, a sua volta condizionato da fattori di tipo soggettivo quali, la propria storia e formazione professionale, i modelli teorico-clinici cui si fa riferimento, ecc.

Non riconoscere che l'interpretazione dei dati oggettivi è influenzata da queste variabili soggettive, condiziona i metodi di indagine e di valutazione, le diagnosi, le terapie e ne influenza il risultato; le emozioni attivate dalla situazione di sospetto abuso sono abitualmente a connotazione "dolorosa" e "sgradevole" e incidono notevolmente sulle "modalità operative", facilitando o ostacolando l'attuazione dell'intervento.

Le emozioni e i meccanismi difensivi sperimentati dal bambino abusato sono dunque potentemente sollecitati anche nel professionista, che può provare ansia, angoscia, depressione, senso di colpa, disgusto, vergogna, ecc. Come il bambino, anche l'osservatore può oscillare da penose sensazioni di inadeguatezza, impotenza, frustrazione, rabbia, rancore, fino a sentimenti opposti di onnipotenza che guidano i suoi eccessi di zelo.

Per difendersi da queste sensazioni sgradevoli, l'operatore può mettere inconsapevolmente in atto meccanismi difensivi che comprendono: rimozione, negazione, distanziamento affettivo, scissione, proiezione, identificazione con il