

## Un altro bambino muore: la prevenzione dell'omicidio infantile



Patricia Crittenden

Le parole sono molto potenti. Possono esprimere significati, renderli oscuri, oppure modificarli. Recentemente "Baby P" è morto a causa dei maltrattamenti inflitti dai suoi genitori. In Inghilterra i giornali hanno denunciato: "tortura", "falsità!", "criminali sadici" ... Con queste parole evocative la motivazione degli adulti è stata considerata come "insana" e "malvagia", al di là dell'umana comprensione.

La potenza di parole come queste è di ostacolo alla comprensione e alla prevenzione della prossima tragedia.

Nell'ultima pubblicazione, ho scritto di Victoria Climbié. Non abbiamo imparato niente in otto anni dalla sua morte? Gli assistenti sociali che hanno visto "Baby B" 60 volte non sanno che i bambini che vengono ripetutamente picchiati dai propri genitori sono molto tranquilli, molto buoni e, quando sono abbastanza grandi, molto "felici"? Il soprannome di Baby P era "Smiley (sorridente)": il suo sorriso felice nascondeva mesi di dolore e terrore inflitti da sua madre e dal patrigno (Daily Mail, 12



Nov. 2008). I professionisti non hanno capito che questi genitori sono stati a loro volta maltrattati da bambini e spesso anche da adulti sono stati spaventati e messi in situazioni di pericolo? La madre di Baby P è cresciuta attorniata da assistenti sociali e ha

acquisito una grande esperienza nel manipolarli. Tale modo di vedere le cose – e la parola "manipolare" – influenzano la nostra comprensione sull'argomento e nascondono la ragione del perché lei abbia avuto bisogno degli assistenti sociali. Il pericolo dell'abbandono, che a sua volta ha vissuto da bambina, può portarla sia a ricercare amori pericolosi che a fare qualsiasi cosa necessaria a tenere il suo bambino? I professionisti non sanno che gli adulti che sono stati pericolosamente maltrattati, come il patrigno di Baby P, spesso a loro volta puniscono i figli altrettanto duramente – molto duramente – per insegnare loro ad evitare pericoli maggiori? Gli adulti provenienti da zone del mondo sistematicamente esposte al pericolo lo sanno bene. Noi, che viviamo in paesi più sicuri, siamo incapaci di considerare l'importanza dell'esposizione senza protezione al pericolo nel modellare la mente e organizzare il comportamento?

Cosa avremmo dovuto imparare dalla morte di Victoria che avrebbe potuto prevenire la morte di Baby P?

## Contenuti

### Page

- 1 **La prevenzione degli omicidi infantili**
- 2 **Le popolazioni native del Canada ritrovano la loro vitalità dopo generazioni di maltrattamenti**
- 3 **Vittime e persecutori: due facce di una tragedia**
- 3 **Un approccio per organizzare l'offerta di servizi nella prospettiva del DMM**
- 4 **Il trattamento degli effetti di gravi traumi**
- 6 **Ricerca: lo sviluppo problematico dei bambini di madri che sono state vittime di abuso sessuale infantile**
- 7 **Il Disturbo da Stress Post Traumatico Cronico e le sue origini nel trauma infantile**
- 7 **Indicazioni per i professionisti**

I curatori della rivista desiderano ringraziare i traduttori di questo numero per aver reso possibile che tante persone potessero leggere DMM News nella propria lingua. Traduttori di questo numero: Franco Baldoni, Lucia Di Filippo, Maria Dolores Masè, Cinzia Messana, Mattia Minghetti, Morena Muzi, Daniele Giovanni Poggioni.

- A riconoscere l'importanza dei falsi affetti positivi, specialmente quando essi sono discrepanti con la situazione;
- Ad evitare le facili accuse e chiedere ai genitori delle loro paure e dei loro traumi passati, in modo da poterli aiutare a proteggere i loro bambini;
- A fornire un servizio d'intervento supportivo a lungo termine (vedi l'articolo di Nickel a pag. 3).

Come dovremmo reagire? Dovremmo riorganizzare il sistema dei servizi sociali? Sviluppare un nuovo protocollo? Licenziare tutti? Non trattiamo gli operatori nello stesso modo in cui i genitori di Baby P hanno trattato il proprio figlio. E nemmeno come i loro genitori li hanno trattati da bambini. Riconosciamo i buoni propositi degli operatori ben intenzionati e la loro sofferenza quando i loro propositi falliscono – sofferenza sperimentata anche dai genitori di Baby P. Non costringiamo nessuno a mettersi sulla difensiva – poiché questo può cambiare il loro comportamento in maniera non desiderabile. Piuttosto, forniamo loro le informazioni di cui hanno bisogno sugli affetti, gli effetti del trauma e l'importanza della compassione combinata con la ricerca di sicurezza in ogni tappa della vita.

Non possiamo prevenire tutte le morti, ma possiamo smettere di ripetere gli stessi errori.

**Patricia Crittenden, Ph.D. ha scritto degli omicidi dei bambini in Raising Parents (2008).**

## L'esperienza della Scuola Residenziale Canadese: una prospettiva personale



Mary Courchene

**“Il trattamento dei bambini nelle scuole residenziali indiane è un capitolo triste della nostra storia e non si ripeterà più.”** Questa dichiarazione è stata fatta dal Primo Ministro Steven Harper l'11 giugno 2008 nella Camera Canadese dei Comuni, quando ufficialmente chiese scusa a molti rappresentanti dei Primi Nativi, le popolazioni Inuit e Métis del Canada, per una politica governativa devastante di assimilazione. L'internamento in scuole residenziali è durato un secolo e ha prodotto

molte generazioni di bambini che sono stati strappati via dalle loro famiglie e forzati a vivere in scuole dove la loro lingua e cultura venivano bandite e dove molti venivano abusati fisicamente e sessualmente.

Io sono stata una dei rappresentanti in quello storico giorno. Sono anche una degli 87.000 sopravvissuti stimati delle scuole residenziali e scrivo per condividere una visione personale sull'eredità devastante che questa linea di condotta ha lasciato nelle vite delle generazioni dei Primi Nativi, le popolazioni Inuit e Métis del Canada.

Mi ricordo che nei miei anni prescolari ero felice e amata, circondata da una famiglia molto accudente che comprendeva genitori, nonni, fratelli e altri membri della famiglia allargata. Quando avevo 5 anni, io e mio fratello maggiore siamo stati portati via in una scuola residenziale, che per caso era a soli 5 minuti di strada a piedi da dove vivevo.

Mi ricordo che non vedevo l'ora di andare a scuola perché avrei potuto imparare l'Inglese e decifrare cosa dicevano le vignette dei giornalini che guardavo per ore!

Stranamente, i miei genitori non ci prepararono per ciò che ci avrebbe aspettato a scuola, e ben presto avrei scoperto perché non potevano. Mia madre era ancora perseguitata dai ricordi penosi dei dieci anni trascorsi nella stessa scuola e adesso era costretta dalla legge a iscrivermi i suoi bambini!

La vita nella scuola residenziale è stata caratterizzata da infelicità, incredibile solitudine e mancanza di accudimento e di amore genitoriale. Durante i 13 anni che sono stata obbligata a rimanere lì, sono stata sistematicamente spogliata della dignità e dell'orgoglio e indottrinata a credere che la mia cultura, i miei costumi e la mia lingua fossero selvaggi e primitivi. Come risultato, ho rapidamente imparato a odiare il mio intero mondo, compresa me stessa e la mia gente (ho anche odiato i miei antenati). A casa, un'estate, durante le nostre due settimane di vacanze annuali, mi ricordo che guardavo i miei genitori con estremo risentimento e odio assoluto, semplicemente perché loro erano Indiani e mi salutavano nella nostra lingua tradizionale.

“Da adesso in poi si parlerà solo Inglese in questa casa”, affermai. Mio padre mi guardò con tristezza, come se le mie parole lo avessero colpito. “Bene, suppongo che non dovremo mai più parlare con questa ragazzina,” disse in Ojibway, la lingua del nostro popolo. Avevo appena 11 anni.

Già da allora, la mia assenza da casa aveva causato irreparabili danni. Ero quasi come un robot e incapace di esprimere emozioni positive come amore e gioia. Ero spinta invece dalla paura e dall'odio in una fase cruciale della mia vita. Ero un'estranea nella mia stessa casa, incapace di rapportarmi con i miei genitori, e, visto che le relazioni fra ragazzi e ragazze erano ostacolate, non ero neanche capace di rapportarmi con mio fratello nella stessa scuola.

Racconto questa parte di storia della mia vita per evidenziare che il sistema scolastico residenziale in Canada ha distrutto l'unità delle famiglie dell'intero popolo dei Primi Nativi. E' stato un fatto deliberato e sistematico.

I Primi Nativi, le popolazioni Inuit e Métis del Canada, sono ancora provate da questo periodo oscuro della storia canadese. Le nostre statistiche in merito al welfare infantile, le prigioni e le rette universitarie confermano questo fenomeno. Non stupisce che le persone Indigene faticino ancora a trovare la loro identità. Molti giovani, specialmente nei grandi centri urbani, riconoscono di essere scollegati dalla propria cultura e lingua e sono persi in una sottocultura non salutare.

Questa guerra alla nostra anima lascia delle cicatrici a livello generazionale e una storia che l'intero mondo dovrebbe conoscere, data la reputazione del Canada come un paese libero.

### Come possiamo migliorare?

**La soluzione è rivendicare le nostre tradizioni, i nostri costumi e le nostre lingue legandoli ai nostri anziani, che sono i custodi della nostra conoscenza tradizionale. Questo movimento di rivendicazione e rivitalizzazione è forte e noi siamo persone con grande capacità di recupero.**

**Noi ci riprenderemo.**



Photo: Duane Burnett, BC, Canada

**Mary Courchene è un ex-Decano dell'Educazione Indigena al Red River College di Winnipeg, Canada.**

## Trauma e vittimizzazione



Pat Crittenden

Il numero 5 di DMM News è centrato sul tema del trauma, come il numero 4 lo è stato su sesso-e-violenza. Detto in altro modo, discutiamo di persecutori e di vittime. Questo numero riguarda anche la resilienza e la trasmissione dell'attaccamento tra le generazioni. Questi termini sono abbastanza comuni, ma non trascuriamo troppo velocemente e facilmente i significati dati nel passato, così problematici che vorremmo piuttosto evitarli.

Prendiamo, per esempio, la dicotomia tra oppressore e vittima. Peder Nørbech e Val Hawes ci hanno dimostrato che gli assassini pericolosi sono solitamente cresciuti come vittime. Jennie Noll, in questo numero, descrive come una ragazza vittima di abuso sessuale da parte del padre più tardi trascura i propri figli così gravemente che uno morirà e due le verranno tolti. Questa ragazza è una vittima o un persecutore? Queste parole si riferiscono a persone differenti o solamente al nostro modo di considerare la stessa persona in momenti diversi della sua vita? I nostri termini riducono la complessità della loro sofferenza e la completezza della nostra comprensione a un singolo atto – in modo da rendere la nostra scelta di una risposta meno stressante per noi stessi?

Per come la vedo io oggi, parole come persecutore, abusante o criminale definiscono la persona nella prospettiva degli altri e per gli scopi di altri. Facendo così, i termini trascurano aspetti cruciali della persona, sia nel presente che nel suo sviluppo passato.

Le persone che recano danno ad altre persone quasi sempre hanno sofferto intensamente ai tempi in cui non potevano proteggersi. Inoltre non c'era quasi mai qualcuno che li poteva confortare. Come Sverre Varvin e Mary Heller sottolineano, essi hanno fatto quello che potevano, con la maturità e l'esperienza che avevano a quel tempo, per proteggersi. Sono d'accordo. Durante l'infanzia essi attribuiscono il miglior significato possibile alla loro situazione e organizzano il loro comportamento per proteggersi dal pericolo e dal dolore. Di solito ciò significa: (1) prestare attenzione ad alcune informazioni in modo ipervigile, (2) scartare le informazioni che possono distrarre, oppure deformare le informazioni, spesso quelle che riguardano la sicurezza o il conforto, e (3) agire velocemente, spesso prima che un'integrazione profonda possa essere iniziata. Quando osserviamo il loro comportamento pericoloso, troviamo difficile riconoscere che si sentono in pericolo e che si comportano in quel modo per proteggersi e sentirsi sicuri. Capire questo può cambiare la nostra risposta in modo da ridurre sia la loro minaccia verso gli altri che la loro sofferenza.

Le vittime si trovano di fronte al problema opposto. Spesso non riusciamo a predire come i loro sforzi per proteggere se stessi possano un giorno costituire un pericolo per altri, inclusi i loro cari e i bambini – le persone che in realtà vorrebbero proteggere. I nostri sforzi per venire in aiuto alle vittime spesso trascurano la loro complessa relazione con membri della famiglia fonte di pericolo.

Questo ci porta alla resilienza. Molte persone che sono state vittimizzate non fanno del male agli altri a propria volta, oppure, quando lo fanno, arrivano a rendersi conto di questo e a cambiare. Se li chiamiamo resilienti, possiamo trascurare il processo attraverso il quale la loro maturità è stata raggiunta. Il termine resilienza evoca la nozione che essi, in qualche modo, magicamente, non sono stati toccati dal danno che hanno sperimentato.

Non è così. Essi hanno sofferto, hanno lavorato molto duramente per arrivare a padroneggiare sia l'esperienza che il ruolo che hanno avuto in essa, e continuano ad affliggersi per quello che hanno perso. La resilienza non è un dono speciale; è un duro successo faticosamente raggiunto. Trasforma la passività della sofferenza nella attività della riparazione. Inoltre, come suggerisce Mary Courchene, è conquistata di volta in volta quando personalmente ci si riprende dalle difficoltà della vita e si aiutano gli altri ad avere le stesse possibilità. La resilienza è coraggio, accompagnato da compassione, non fortuna.

Infine la trasmissione dell'attaccamento, o del maltrattamento. In che modo, esattamente, una generazione influenza la successiva? "Trasmesso" suggerisce un pacchetto, o un messaggio. Ancora una volta non è così. Ogni persona deve esperire e percepire il proprio mondo, rappresentare le proprie percezioni, organizzare strategie e azioni – per se stesso. Queste cose non possono essere trasmesse per intero e i bambini potrebbero non organizzarsi in modo simile ai propri genitori. I bambini in condizioni di pericolo, in particolare, manifestano un'ampia gamma di soluzioni che organizzano per se stessi.

Il mio punto di vista è che la nostra terminologia ignora i processi, riduce la complessità, e trascura la variabilità. Se veramente vogliamo essere di aiuto, il nostro compito è di fermarsi dove il linguaggio sorvola velocemente su significati complessi. In quel punto preciso noi dovremmo, come dicono gli "Indiani" d'America, tentare di camminare nei mocassini dell'altra persona. Solo allora apprezzeremo l'esperienza di coloro che non hanno avuto altra scelta che indossare quelle scarpe. Solo allora capiremo le strategie psicologiche e comportamentali delle persone minacciate, rispetteremo lo sforzo che l'organizzazione mentale richiede, e saremo preparati a celebrare l'acquisizione del potenziale umano che la parola "resilienza" rappresenta.

## A sostegno delle famiglie indigene



Irmie Nickel

La popolazione indigena in Canada comprende il popolo dei Primi Nativi (presenti prima che gli europei arrivassero), quello dei Meticci (nato dall'incrocio tra primi nativi ed europei) e quello degli Inuit (abitanti delle regioni più settentrionali). A Manitoba gli indigeni rappresentano il 10% della popolazione e all'incirca il 50% di essi ha meno di 25

anni. Molti di loro sono a rischio di sviluppare relazioni di attaccamento problematiche e ciò a causa di un'esperienza centenaria di scuole residenziali.

Dopo un consistente dibattito, ad ogni popolo indigeno è stato riconosciuto il diritto di creare proprie agenzie di cura per l'infanzia. Le nuove agenzie sono sorte sulla base di un esame accurato, con poco

tempo per preparare ed addestrare il personale, ma con l'opportunità di fare qualcosa di significativo e di diverso.

### Il DMM e la popolazione indigena

Nelle culture indigene le persone presentano un'ampia gamma di attaccamenti basati sulle strutture familiari e sulle responsabilità che riflettono i valori e le tradizioni indigene. I genitori indigeni è meno probabile che siano direttivi con i propri figli e preferiscono più frequentemente stili di insegnamento e apprendimento non verbali, valorizzando l'importanza di osservare i figli nei contesti di vita normali. Il DMM, con la sua focalizzazione sull'osservazione e sull'identificazione dei modelli di relazione, è congruente con il desiderio della popolazione indigena di concentrarsi sulla competenze ed abilità dei bambini in cui si osservano "caratteristiche" adattive uniche, piuttosto che etichettare queste come "comportamenti problematici"

In linea con tale modo di pensare, alcune agenzie indigene di recente formazione hanno realizzato grandi cose in poco tempo. La Métis Child, Family and Community Services (2008) è una di queste. Questa agenzia, seguendo le linee guida del DMM (Crittenden, 1992), ha sviluppato programmi adeguati per tutti i livelli di servizio necessario. I loro programmi includono:

## Livelli di Funzionamento Familiare (Patricia Crittenden, Ph.D.)

### Famiglie indipendenti e adeguate

Il Young Mothers and Kookums Program, che mette in relazione le giovani madri con le nonne per un continuo sostegno, consiglio ed insegnamento sull'essere genitori.

### Famiglie vulnerabili alle crisi (6 mesi)

Il Family Support Program, che fornisce una gamma di servizi di prevenzione e d'intervento precoce per rafforzare le famiglie e ridurre i fattori di rischio.

### Famiglie recuperabili (1-5 anni)

Il Family Enhancement Program, che fornisce all'intera famiglia setting di affido con aiuto psicologico e supervisione quando c'è il rischio che figli vengano allontanati dalla famiglia.

### Famiglie sostenibili (15-20 anni)

Il Family Mentorship Program, che affianca alle famiglie tutori a lungo termine, provenienti preferibilmente dalla propria famiglia estesa.

### Famiglie inadeguate (allontanamento dei figli)

Il Kinship Care Program, che si avvale di componenti della famiglia estesa come genitori affidatari e attiva una rete di risorse comunitarie per sostenerli in questo compito.

L'enfasi significativa sul coinvolgere la famiglia estesa e la comunità di questi esempi andrà valutata attentamente nel corso dei prossimi anni. In questo caso si stanno applicando i principi del DMM di protezione, fornire assistenza e sopravvivenza biologica.

Irmie Nickel, BOT, MA, è Direttore dell'Aulneau Renewal Centre a Winnipeg, Canada.

#### References:

Crittenden, P.M. (1992). The social ecology of treatment: Case study of a service system for maltreated children. *American Journal of Orthopsychiatry*, 62, 22-34.

Métis Child, Family and Community Services (2008). Annual report, April 1, 2007-March 31, 2008.



## Dottore, Può Curare Il Mio Trauma?



Sverre Varvin

I pazienti raramente fanno questa domanda. Essi al contrario arrivano con sintomi imbarazzanti come ansia improvvisa, pensieri intrusivi e preoccupazioni vendicative riguardo a «quello che mi hanno fatto». Essi sentono che qualcosa è andato storto dentro di loro. Non riescono a gestire i loro figli, il loro partner appare minaccioso, cercano di isolarsi.

### Il problema in termini di attaccamento e di elaborazione delle informazioni

Io penso che i pazienti abbiano ragione. In accordo con le ricerche sulla traumatizzazione e sulla memoria, essi sentono che qualcosa è sbagliato nella loro personalità, nella loro percezione di se stessi e nel loro modo di relazionarsi agli altri.

L'offesa grave e traumatica subita da parte di altre persone, come l'abuso infantile, la tortura e la guerra, ha un'influenza massiccia e spesso imprevedibile. Questo implica l'attivazione delle strategie di attaccamento. Per esempio, una strategia comune è diventare più distanziante nei confronti degli affetti negativi e delle figure di attaccamento. Tanto più la persona può essere evitante, tanto maggiori sono le probabilità di sopravvivere in molti contesti. Questa può essere la ragione per cui le strategie di tipo A sono predominanti tra i sopravvissuti di abusi traumatici.

Il trauma produce effetti sulla memoria procedurale e sulla memoria per immagini, con molti aspetti conservati come ricordi sensoriali o per immagini.

Esiste allora una specifica memoria traumatica, un tipo di memoria differente dalle altre che si imprime nel cervello come una fotografia, quasi impossibile da cancellare o cambiare? La persistenza delle immagini traumatiche nei sogni di molti pazienti fa sorgere questo pensiero, ma l'esperienza clinica e la ricerca sulla memoria non supportano questa idea. Le memorie sono modificate in funzione del contesto in cui esse sono recuperate e la terapia può fornire un contesto per le memorie. Quando gli eventi traumatici sono irrisolti, non c'è una narrazione coerente e attendibile dell'esperienza. Un aspetto chiave della terapia, quindi, è aiutare il paziente a sviluppare tale narrazione coerente.

Le esperienze traumatiche sono inserite in scenari simbolizzati in modo incompleto, dominati dalla memoria implicita e strutturati in pattern di attaccamento acquisiti durante lo sviluppo. Le esperienze traumatiche, inoltre, rimodellano le memorie primarie, rendendo sicure situazioni che appaiono insicure e attivando strategie di attaccamento inibitorie che cancellano quelle più equilibrate.

La traumatizzazione spesso produce strategie di tipo A. Come risultato di una incompleta elaborazione della memoria, stimoli non collegati, ma simili, possono far emergere estrema ansietà ed evitamento. L'utilizzo delle regioni cerebrali frontali e dell'ippocampo può diminuire, mentre possono prevalere le risposte acute (lotta, fuga, congelamento) mediate dall'amigdala e dal tronco encefalico.

Gli effetti della violenza traumatica differiscono in base all'età in cui il trauma è avvenuto. Questo è vero sia per gli adolescenti vittime della guerra sia per

le anziane vittime del terrore del genocidio: il corso della vita è interrotto. Il non potere sposare la persona che hai amato in adolescenza (oppure il sentirsi incapace di amare di nuovo) o il non essere capaci di funzionare come nonni (o il perdere i tuoi nipoti) sono colpi terribili per le aspettative evolutive. Considerato ciò, può essere chiaro che io vedo la psicoterapia dei pazienti traumatizzati come qualcosa in più, e spesso come qualcosa d'altro, del curare "il trauma".

## Il trattamento

La maggior parte delle persone che sono state esposte a disastri naturali estremi non sviluppano disturbi post-traumatici. Molti sperimentano nei confronti del trauma reazioni di intenso dolore e reazioni transitorie destinate a risolversi e che non richiedono un trattamento specializzato. Comunque, bisogna essere consapevoli del fatto che conseguenze tardive possono manifestarsi anche dopo molti decenni in seguito a condizioni di pericolo e minaccia che si sono protratte per lungo tempo.

La combinazione di un'esposizione a un pericolo che minaccia la vita, specialmente messo in atto da un'altra persona, e/o la perdita di una persona amata, assieme a una ferita nei confronti della propria autostima, sembrano rappresentare un serio rischio per la traumatizzazione psichica (Weisaeth, 2006). Questo tipo di esposizione combinata, che può essere ripetuta o perdurare nel tempo, affligge un grande numero di persone come conseguenza della guerra, del terrore, della persecuzione o delle esperienze di rifugiato.

Queste esperienze possono intaccare il sistema di credenze (per esempio, la memoria semantica) e le sottostanti strutture e dinamiche della mente. Le esperienze traumatiche possono sfociare in vari cambiamenti permanenti della personalità e delle funzioni di attaccamento. La persona spesso si sente danneggiata e i pattern di attaccamento riguardanti la sopravvivenza domineranno le relazioni con il sé e con gli altri.

Gli effetti sono evidenti all'interno delle relazioni, compreso quelle transferiali con i terapeuti, e si manifestano sin dall'inizio di ogni relazione terapeutica. Il "trattamento del trauma", perciò, inizia proprio dal momento del primo contatto con il sistema di trattamento.

Se il sistema di trattamento è caratterizzato da trascuratezza, da procedure ossessive, da sospetto per gli stranieri (è il caso di molti rifugiati), un elemento anti-terapeutico sarà presente nel trattamento sin dall'inizio. L'aspettativa di essere trascurato e i pattern di attaccamento maladattivi saranno rinforzati.

I terapeuti e quelli che organizzano il trattamento e l'assistenza dovrebbero essere consapevoli della triade di aspettative che caratterizza molte persone traumatizzate:

- 1) qualcosa di brutto può accadere in ogni momento;
- 2) non ci sarà nessun aiuto;
- 3) nessuno si prenderà cura di me.

Purtroppo, l'esperienza mostra che questo sistema di credenze può caratterizzare molti primi incontri terapeutici. Se i primi tentativi di ottenere un

aiuto terapeutico incontrano difficoltà o vengono frustrati, la persona traumatizzata molto probabilmente attiverà pattern di attaccamento estremamente evitanti finalizzati a ricercare negli altri ogni segnale di pericolo.

*«Una paziente aveva subito un incesto da parte del padre e aveva paura degli uomini. Al primo incontro entrò confusa e guardando. Aveva un'espressione di dolore nello sguardo. Aveva paura di non essere capace di cogliere l'effetto che produceva sul terapeuta. Dopo alcune sedute disse « Avevo paura di non essere in grado di farla sentire bene. E' sempre così. Devo sempre guardarmi attorno. Se la gente non si sente bene, le cose possono improvvisamente cambiare. Allora sono in trappola. Non posso fare niente. Devo fare quello che loro dicono ».*

## SE TI SENTI MOLTO STRESSATO

**Quando hai vissuto situazioni che ti hanno emotivamente sopraffatto, puoi sentirti disperato, ansioso, spaventato e arrabbiato. Talvolta questo accade molto tempo dopo l'esperienza pericolosa. Ci sono alcune cose che puoi fare e che potrebbero esserti di aiuto:**

- Trova un posto sicuro e prenditi del tempo per calmarti.
- Se puoi, cerca persone di cui ti fidi e contatta qualche amico intimo.
- Chiedi loro di stare con te e parla, quando senti che puoi farlo.
- Mangia, riposa e prenditi cura di te stesso o lascia che altri lo facciano.
- Non isolarti.
- Sii gentile con te stesso, per recuperare c'è bisogno di tempo.

**Se l'ansia e l'insonnia persiste, cerca un aiuto professionale. Ricorda che puoi essere aiutato anche dopo molto tempo.**



Questa è stata la situazione con suo padre. Le strategie di attaccamento evitante della paziente erano una reazione post-hoc al fine di prevenire quello che era già accaduto.

La comprensione e l'elaborazione di tale situazione transferale è al centro di ogni terapia del trauma. Il terapeuta deve occuparsi di molti problemi:

- pattern relazionali difensivi e spesso estremamente rigidi;
- convinzione che il peggio può accadere in ogni momento e senza alcun aiuto;
- complessità del transfert e del controtransfert: pattern idealizzanti possono alternarsi a isolamento e agiti persecutore-vittima con il pericolo di isolamento del terapeuta
- identificazioni proiettive massicce: il terapeuta deve contenere sia le parti di vittima che quelle di persecutore proiettate dal paziente e provenienti dal suo mondo interno;
- la consapevolezza delle strategie di attaccamento evitanti è indispensabile: il paziente ha difficoltà a rappresentarsi i propri sentimenti, specialmente quelli negativi. «Tu devi sempre essere consapevole», questo è lo slogan del paziente traumatizzato;
- gli scenari traumatici possono manifestarsi come un pericolo avvertito nel presente e possono essere considerati significativamente come rappresentazioni mentali relative non solo al passato, ma anche, e soprattutto, al presente.

Il trattamento richiede tempo; il paziente sta provando a modificare i propri modi di essere

con gli altri e sta anche tentando di avere una vita più soddisfacente. L'incapacità di amare è probabilmente l'effetto più devastante dei traumi inflitti dalle persone.

**Sverre Varvin, M.D., lavora presso il Centro Norvegese per gli Studi sulla Violenza e sullo Stress Traumatico e privatamente come psicoanalista.**

## Reference

Weisaeth, L. (2006). Collective Traumatic Stress: Crisis and Catastrophes, in B. B. Arnetz and R. Eckman (Eds.) Stress, Health and Disease. Weinheim: Wiley.

# Per proteggere la nuova generazione: i bambini di donne abusate sessualmente durante la propria infanzia



Jennie Noll

*Wilma ha fatto una chiamata telefonica frenetica: il suo bambino di 10 mesi stava affogando nella vasca da bagno!! Quando il personale del pronto intervento è arrivato, ha trovato Wilma ubriaca e suo figlio di 4 anni che tentava di rianimare il neonato già morto mentre l'altro bambino piccolo gridava nel box.*

*Mesi dopo, depressa e ricoverata in un reparto per tossici dopo aver tentato il suicidio, Wilma ha raccontato l'incidente, ammettendo di usare droghe e alcol per fare fronte alla grave depressione e a i dolorosi ricordi della sua traumatica infanzia. Wilma è stata ripetutamente violentata da suo padre fino all'età di 12 anni. Ha riflettuto su come gli effetti dannosi dell'abuso hanno continuato a perdurare manifestandosi più volte nel corso della vita. Ha parlato della propria incapacità di "tenersi un uomo" e della difficoltà a "entrare in contatto" con i suoi bambini. "E ora ... l'intera cosa si sta diffondendo ai miei figli. Quando avrà fine questo incubo?"*

La storia di Wilma è reale. E' un chiaro esempio delle complesse difficoltà che devono affrontare molti superstiti di abuso sessuale infantile e del potenziale pericolo per i loro figli.

## La nostra ricerca

Abbiamo valutato 84 ragazze abusate sessualmente dalla seconda infanzia sino all'inizio della maternità per studiare il loro sviluppo e quello dei loro bambini. La maggior parte degli studi longitudinali sono di natura retrospettiva, con la trasmissione intergenerazionale valutata attraverso strumenti self-report. Il nostro studio è di tipo prospettivo. Abbiamo considerato il 96% del campione delle ragazze che erano state abusate sessualmente confrontandolo con 89 ragazze simili sul piano demografico che non erano state abusate nel corso dei primi 20 anni (Noll, Trickett & Putnam, 2008). Abbiamo valutato tutte le ragazze sei volte nel corso del periodo della crescita. Attualmente abbiamo studiato quasi tutti i loro 135 bambini.

## La Ricerca Precedente

Nonostante circa il 30% delle vittime di abuso infantile abusi a sua volta dei propri bambini (Kaufman & Zigler, 1987), il danno potenziale si estende ai loro problemi fisici e psicologici in età adulta e può avere effetti devastanti sulla prole.

L'abuso sessuale infantile riguarda violazioni precoci dei limiti sessuali e può favorire un'associazione del sesso con la violenza estrema e/o con l'intimità dei caregiver. Crittenden sostiene che le rappresentazioni di temperamento (dispositional representations) che derivano da relazioni di abuso possono contribuire alla continuità del maltrattamento attraverso le generazioni (Crittenden, 2008).

Altri hanno segnalato che, rispetto alle madri non-abusate, le madri con storie di abuso sessuale prestano meno attenzione ai loro bambini, reagiscono diversamente nei loro confronti e traggono conclusioni riguardo ai loro figli basate sulle proprie rappresentazioni distorte.

L'esperienza di abuso sessuale infantile espone le vittime (ragazze e ragazzi) al rischio di un continuo trauma emotivo e di difficoltà interpersonali, comprese distorsioni cognitive ed affettive riguardo al sesso ed all'intimità (Noll, Trickett, & Putnam, 2003). Inoltre, poiché l'abuso incestuoso da parte dei padri si manifesta solitamente senza coercizione o violenza fisica, le vittime tendono frequentemente a considerarsi come partecipanti compiacenti ed a incolparsi più delle altre vittime. Il senso di colpa e l'auto-accusa possono portare a confusione riguardo l'eccitazione (arousal) sessuale, l'intimità interpersonale e la sicurezza. Alexander (1992) ha identificato diverse conseguenze dell'abuso sessuale in relazione all'attaccamento, compresi i disturbi dell'umore, le pratiche di cura genitoriale inefficaci o pericolose e l'insicurezza di attaccamento in età adulta.

## I nostri risultati

I risultati del nostro studio sono molto evidenti e riguardano una vasta gamma di conseguenze sullo sviluppo e l'adattamento. Rispetto alle madri non-abusate, quelle abusate sessualmente con maggiore frequenza interrompono la scuola superiore e manifestano problemi psichiatrici, abuso di alcool e droga e violenza domestica. I loro bambini più frequentemente rispetto a quelli delle madri del gruppo di controllo hanno una madre adolescente, nascono prematuri e sono assistiti dai servizi (17% versus 1%). I bambini delle madri sessualmente abusate manifestano capacità cognitive peggiori e presentano con maggiore frequenza disturbi dell'attaccamento (valutazioni basate sulla Strange Situation di Ainsworth, nel caso di bambini più piccoli, e il Preschool Assessment of Attachment di Crittenden, nei bambini di 2-5 anni) rispetto ai bambini nati dalle madri del gruppo di controllo (Kwako, 2007).

I bambini delle madri abusate sessualmente nella loro infanzia sono a rischio di:

- 1) essere abusati o trascurati da parte dei loro caregiver o da altri individui violenti o sfruttatori con i quali sono in contatto;
- 2) conseguenze deleterie riguardo al fatto di avere una madre che soffre di disturbi emotivi, psichiatrici e interpersonali a causa del proprio abuso infantile.

## Trattamento dell'Abuso Sessuale Infantile (Child Sexual Abuse, CSA)

La risoluzione del trauma infantile dovrebbe essere estesa (o essere riconsiderata) in funzione delle diverse tappe dello sviluppo. In ogni periodo diventano importanti e necessitano di attenzione elementi differenti. Inoltre, quando i bambini maturano, sono capaci di soluzioni più complesse e complete. Questi elementi possono includere attaccamenti e incontri romantici, l'iniziazione a relazioni sessuali, il matrimonio e avere un proprio bambino. Un aiuto professionale può essere necessario quando il genitore del bambino se ne deve andare, ma il bambino che cresce ha bisogno di essere esaminato di nuovo, in maniera differente.

I disturbi dell'attaccamento, sia quelli che alterano la capacità della vittima di sviluppare attaccamenti sani in età adulta, sia quelli che si manifestano in attaccamenti insicuri con la prole, possono contribuire significativamente alla continuità intergenerazionale del maltrattamento infantile e a difficoltà che si protraggono nel tempo.

Tuttavia, non tutte le vittime di abuso soffrono intensamente come Wilma e non tutti i bambini nati da vittime porteranno avanti un'eredità problematica. Ci sono altre opportunità.

Molte vittime mostrano una resilienza, traggono vantaggio dai trattamenti intensivi, cercano opportunità per stare meglio, oppure sviluppano attaccamenti sani con il partner e i propri bambini. C'è una speranza, e noi possiamo imparare qualcosa sulla guarigione da queste donne.

**Jennie Noll è Professore Associato di Pediatria presso il Cincinnati Children's Hospital Medical Center di Cincinnati, Ohio, USA.**

## References

- Alexander, P. C. (1992). Application of attachment theory to the study of sexual abuse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(2), 185-195.
- Crittenden, P. M. (2008). *Raising Parents*. Collumpton, UK: Willan.
- Kaufman, J., & Zigler, E. (1987). Do abused children become abusive parents? *American Journal of Orthopsychiatry, 57*(2), 186-192.
- Kwako, L. (2007). *Adjustment of offspring born to mothers sexually abused in childhood*. Doctoral Dissertation, The Catholic University of America, Washington DC.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2003). A prospective investigation of the impact of childhood sexual abuse on the development of sexuality. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 71*(3), 575-586.
- Noll, J. G., Trickett, P. K., & Putnam, F. W. (2008). The cumulative burden borne by offspring whose mothers were abused as children: Descriptive results from a multigenerational study. *Journal of Interpersonal Violence, 24*(3).

## “Mi sento come se mi trovassi in un incubo terribile da cui non riesco a svegliarmi”



**Mary Brownescombe Heller**

Il Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD) ha due caratteristiche opposte:

1. Evitamento fisico attivo, o inibizione emotiva nei confronti di qualsiasi situazione, pensiero e immagine che evochi il ricordo del trauma.
2. Ricordi intrusivi tipo “flashback” dell’evento traumatico, fobia, ipervigilanza e risposte d’allarme esagerate di fronte a stimoli che lo ricordino.

Ciò comporta il tipico oscillare avanti ed indietro tra uno stato evitante (dissociazione) e uno in cui l’esperienza viene rivissuta (intrusione).

Nel PTSD cronico queste risposte persistono per anni. Gli studi suggeriscono che il superamento del PTSD dipende dalla natura, dalla gravità e dalla percezione di minaccia del trauma, con un insieme di fattori personali che sono importanti per la cronicizzazione del PTSD. Questi includono la mancanza di supporto sociale, esperienze infantili negative, precedente esposizione a trauma e preesistenti disturbi mentali (Horowitz, 1992; McFarlane, 1990). Traumi precoci durante lo sviluppo infantile possono ostacolare la capacità neurofisiologica e psicologica di controllare l’aumento dell’arousal e le situazioni potenzialmente traumatizzanti, comportando un maggior rischio di sviluppare un PTSD in età adulta (Heller, 2001; Shin et al., 2005).

### La ricerca

Usando l’AAI classificata secondo il metodo del DMM, ho analizzato il rapporto fra trauma infantile e PTSD cronico in un gruppo di 22 adulti sottoposti a trattamento (Heller, 2001). Erano rappresentativi di diversi strati socio-economici e non manifestavano disturbi psichiatrici precedenti l’esordio del PTSD. Durante l’infanzia la maggior parte aveva sperimentato significativi lutti e/o traumi non risolti, anche se questi eventi precoci venivano considerati, nella loro vita attuale, di poca importanza. Un soggetto aveva dichiarato: “... io devo aver sviluppato il disturbo da stress perché non mi è mai accaduto niente di negativo prima, perciò non so come gestire una situazione come questa.” Questa persona all’età di cinque anni aveva assistito ad un terribile incidente nel quale il padre rischiò la vita. Egli rimase gravemente disabile e la famiglia diventò indigente.

In questo gruppo le perdite ed i traumi subiti durante l’infanzia frequentemente somigliavano all’evento che in età adulta aveva causato il PTSD. Per esempio, un insegnante di educazione fisica aveva sviluppato il PTSD dopo aver assistito alla morte improvvisa per infarto di uno studente in classe. Il padre di questo insegnante era morto poco dopo la sua nascita, e, all’età di sei anni, aveva visto morire l’amato nonno mentre erano fuori per una passeggiata.

Queste similitudini mi hanno portato a ritenere che il trauma reale era quello precoce, che era rimasto attivo, ma dissociato. Il trauma vissuto in età adulta ha amplificato gli affetti inespressi legati al trauma precedente. In questi individui, sebbene mentalmente e fisicamente sani in età adulta, persistevano stati mentali fragili che sono crollati sotto l’effetto di eventi pericolosi equivalenti.

Le classificazioni delle AAI di questi 22 soggetti sono state confrontate con le AAI di due gruppi di controllo: uno “normativo” e uno composto da soggetti con “diagnosi psichiatriche miste” (Crittenden & Heller – articolo non pubblicato). I risultati hanno suggerito che disturbi d’attaccamento preesistenti predispongono allo sviluppo del PTSD in età adulta.

All’interno del gruppo con PTSD sono emersi tre sottogruppi:

- **Strategie d’attaccamento C+:** arrabbiati e preoccupati, con pensieri di ritorsione o vendetta;
- **Combinazione A/C:** strategie di attaccamento miste, evitanti e passivo-aggressive;
- **Strategie compulsive A+:** con segni di depressione grave.

Poiché questi gruppi fanno un uso differente dei pensieri e delle emozioni, un approccio terapeutico per il PTSD “uguale per tutti” probabilmente è poco d’aiuto, al contrario potrebbe essere nocivo.

“Greg” aveva 50 anni e faceva parte del gruppo A+. Otto anni prima, mentre stava spostando delle casse sul molo, una gru carica di barre d’acciaio aveva incominciato ad oscillare e lo aveva colpito gettandolo a terra. In quel momento si era convinto che sarebbe morto schiacciato. Il carico d’acciaio era crollato a poca distanza da Greg. In seguito Greg aveva avuto incubi e molto spesso “flashback” diurni. Il trattamento farmacologico si era rivelato inutile e non aveva tratto giovamento né dal counselling né dalla terapia cognitivo-comportamentale. Poiché gli anni passavano senza miglioramenti, Greg aveva tentato più volte il suicidio. Quando l’ho incontrato la prima volta stava frequentando un centro diurno ed era molto abbattuto e disperato:

“Sto aprendo la porta del salotto ... ed è come se io fossi là ... tutto ricomincia nuovamente. L’acciaio ha un gusto, sai? E lo posso vedere, assaporare, ne sento l’odore, lo sento arrivare, lo percepisco ... come se l’imbracatura carica di barre d’acciaio mi venisse addosso. Il tuo cuore comincia a battere forte e sei fisicamente a pezzi. E’ là ... e non puoi andartene.”

Tutti e cinque i sensi erano coinvolti in questa immagine terrificante. Mentre il carico d’acciaio si avvicinava, usava il “tu” per distanziare il terrore; non è lui, ma sei “tu” che non puoi scappare.

Questo è un pattern di discorso tipico degli “A distanzianti”. L’AAI ha rivelato la presenza di lutti irrisolti. Ha idealizzato la sua infanzia: “Sono sempre stato un ragazzo sereno”. In realtà, sembra essere stato emotivamente deprivato e sconsolato. Il suo unico ricordo era l’immagine di suo padre riportato a casa dopo un grave incidente di lavoro con i vestiti lacerati e insanguinati.

A Greg è stata proposta un anno di psicoterapia a una seduta settimanale mirata a favorire l’espressione degli affetti negativi in condizioni di sicurezza e consentirgli di riconoscere e manifestare la vergogna, i sensi di colpa, la rabbia e l’umiliazione causati da ciò che gli era accaduto. Gradualmente è divenuto capace di riprendere i contatti con i colleghi di lavoro che non vedeva da otto anni. Al termine della terapia, quando non era più affetto da PTSD cronico, gli è stato proposto un lavoro come custode in un condominio. Questo ha soddisfatto la sua strategia compulsiva di tipo A e lo ha allontanato dal molo, che per lui rappresentava il pericolo.

### Trattamento del PTSD

- **Ascoltare empaticamente le parole e le emozioni**
- **Lasciare che le persone raccontino la propria storia a loro modo**
- **Rimanere calmi**
- **Permettere che i pazienti scelgano le modalità di gestione del comportamento che ritengono appropriate**
- **Essere puntuali e coerenti**

### Cercate di evitare:

- **Di distanziare pensieri ed emozioni del paziente - anche quando sembrano bizzarri**
- **Di imporre le proprie idee al paziente**
- **Di indurre prematuramente il paziente a “star bene”**

**Mary Brownescombe Heller, D.Clin.Psych, lavora come professionista privato.**

### References

- Horowitz, M.J. (1992). The Effects of Psychic Trauma on Mind: Structure and processing of meaning. In J. Barron, N. Eagle & D. Wolitski (Eds.) *Interface of Psychoanalysis and Psychiatry*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Heller, M.B. (2001). *The dynamic relationship between childhood experiences of loss and trauma and PTSD in adults*. Unpublished doctoral thesis. University of Teesside, Cleveland, England.
- McFarlane, A. (1990). Vulnerability to Post-traumatic Stress Disorder, in M. Wolff & A. Mosnaim (Eds.) *Post-Traumatic Stress Disorder*. New York & London: The Guilford Press.
- Shin, L.M., Rauch, S.L. & Pitman, R.K. (2005). Structural and Functional Anatomy of PTSD: Findings from neuroimaging research, In J.J. Vasterling & C.R. Brewin (Eds.) *Neuropsychology of PTSD: Biological, Cognitive and Clinical Perspectives*. New York & London: The Guilford Press.