Minori e problematiche socio-sanitarie

A cura di Fabio Gerosa
Rosario Montirosso, Renato Borgatti

Fabio Gerosa
Rosario Montirosso
Renato Borgatti

MINORI E PROBLEMATICHE SOCIO-SANITARIE

atti della formazione autunnale della
Consulta Diocesana per le attività a favore dei minori e delle famiglie
ONLUS

Genova
19 - 26 novembre - 10 dicembre 2010

INDICE GENERALE

Introduzione pag. 5

L'accoglienza dei minori e delle mamme con disagio psichico nelle case della Consulta Diocesana di Genova

Fabio Gerosa pag. 7

Minori afferenti alla sfera socio sanitaria accolti in strutture residenziali ad alta intensità

Rosario Montirosso pag. 17

Dalla relazione affettiva primaria come fattore protettivo della crescita emozionale all'impatto del trauma infantile precoce sullo sviluppo del bambino

Renato Borgatti pag. 61

Dalla segnalazione alla accoglienza
Ruolo dell'educatore nel contenimento e nell'elaborazione della sofferenza psichica del minore

L'ACCOGLIENZA DEI MINORI E DELLE MAMME CON DISAGIO PSICHICO NELLE CASE DELLA CONSULTA DIOCESANA DI GENOVA

Il tema di questa sessione formativa cerca di affrontare un nodo operativo che interessa quei minori e quelle mamme con problemi di tipo "socio sanitario".

Già questa definizione è molto ampia e per ciò stessa ambigua: cosa significa?! In effetti ognuno ha una sua propria percezione di cosa sia la difficoltà di un minore affetto da disturbi del comportamento o da disturbi delle sfera psichica, magari non diagnosticati ma che si incistano nel quotidiano delle comunità di accoglienza.

Non si tratta di un deficit dell'intelligenza, lieve o medio che sia, quanto piuttosto di una modalità distorta di agire e interagire col quotidiano: con le persone, le cose, il proprio corpo. Il disturbo psichico dei minori che accogliamo non è quasi mai rilevato all'ingresso dell'accoglienza, ovvero quanto il servizio sociale ce ne fa richiesta. Esso emerge dalla quotidianità, lo si "vede" come qualcosa che "non funziona" che rende l'interazione faticosa ma, soprattutto, incerta nel suo porsi educativo: come fare, che fare?! A chi chiedere aiuto?!

Le forze educative che si mettono in campo sono allora maggiori e orientate a cambiare rotta e metodo. Non sono più validi gli schemi consueti del disagio socio famigliare, su questi si innestano altri metodi e approcci aggiuntivi e incerti perché la formazione ed anche l'esperienza sono alle prime armi.

Eppure la frequenza di queste accoglienze, cioè di adolescenti e pre adolescenti che rientrano in questo tipo di descrizione comportamentale, aumenta.

A dire il vero manca anche un quadro legislativo regionale che ne comprenda la portata e che sostenga chi, nel settore educativo, potrebbe fare qualcosa

in merito e con merito.
Pensiamo infatti che l'accoglienza del disagio psichico nelle comunità residenziali abbia un suo significato evolutivo per il minore nella misura in cui ci siano degli strumenti, non solo formativi e di conoscenza, ma anche operativi e di sostegno. Nelle poche esperienza pilota che stiamo sviluppando ci accorgiamo infatti che il tempo di accoglienza di questi minori presso le comunità è più lungo di quello di altri minori, necessita di un approccio iniziale forte e dedicato che si concretizza nella figura di un educatore per ogni minore accolto, necessita di un cammino di supervisione dedicato e costante, chiama in modo più significativo il servizio sociale ad un lavoro di definizione prognostica della recuperabilità della famiglia. Tutto ciò, se non risolto, genera poi problemi che oggi stiamo iniziando a intravedere: cosa sarà di questi ragazzi quando, cresciuti, la loro situazione famigliare non è risolta? Cosa sarà dei loro destini quando, grandicelli, con una scolarizzazione alle spalle gravemente compromessa, con una autonomia lavorativa insufficiente, con una famiglia non in grado di aiutarli dovranno affrontare le dimissioni?!
Ad oggi la Consulta cerca di aprire il processo di dimissione protetta anche e soprattutto per loro ma già intuiamo che non è sufficiente. Pensiamo che la logica dei progetti "Dopo di Noi" ovvero di quei progetti di presa in carico globale della persona anche rispetto all'autonomia abitativa e al sostegno di un lavoro protetto, sia la strada più ragionevole anche se molto impegnativa per sostenere non tanto l'accoglienza ma il progetto di vita di questi ragazzi.
Verso questa direzione, molte azioni, tra cui il sostegno di ragazzi che sono stati nelle comunità (progetto Ragazzi Resilienti), si stanno progettando.
Il volume raccoglie la relazione del Dott. Rosario Montirosso e le slide del dott. Renato Borgatti che ci hanno accompagnato nella formazione autunnale.
È anteposta una breve relazione dell'esperienza monitorata dalla Consulta che una delle case afferenti ad essa sta ancora effettuando.

MINORI AFFERENTI ALLA SFERA SOCIO SANITARIA ACCOLTI IN STRUTTURE RESIDENZIALI AD ALTA INTENSITÀ

Fabio Gerosa

Pedagogista
Responsabile progetti della Consulta Diocesana

Si riporta la sintesi di un lavoro *in progress* che una delle strutture afferenti alla Consulta sta sviluppando. In esso si analizzano le metodologie di approccio e le problematiche che si sono rilevate durante il cammino di accoglienza di quattro minori segnalati con problematiche psichiche.

1. Natura dei problemi che l'azione del progetto ha affrontato

Le problematiche sulle quali il progetto ha lavorato sono relative al sostegno individualizzato di due bambini dai tratti psicotici con una multiproblematicità così accesa che l'unica soluzione, in mancanza di struttura educativa di accoglienza, potrebbe apparire un precoce inserimento in una struttura terapeutica/psichiatrica. A questi due minori presi in carico in comunità ad alta intensità, si sono affiancati altri due che, sulla base dei buoni risultati ottenuti e di una maggiore esperienza professionale degli educatori e dell'équipe, hanno potuto essere accolti nella stessa comunità residenziale.
Il progetto ha così potuto intervenire su 4 minori in condizioni gravissime sia di tipo socio famigliare sia rispetto al tema dello sviluppo psicofisico personale. *In questa relazione si dà conto di 3 minori in quanto il quarto è stato inserito da poco tempo e quindi ha partecipato al progetto solo gli ultimi mesi.*
La multi problematicità è aggravata anche da situazioni famigliari compromesse che avrebbe, in ogni caso, generato l'allontanamento del minore dal proprio nucleo famigliare.
Per tutti e 4 i minori si è cercato di ricomporre intorno ad essi gli elementi contenitivi ed affettivi di una vita familiare, creando un ambiente protetto e una relazione privilegiata con un educatore per aiutarli ad entrare gradualmente a contatto con la comunità ed accompagnarli nelle relazioni con i pari e con gli adulti, nei contesti domestici, a scuola e nel tempo libero.

L'inserimento dei minori è stato realizzato evitando per essi il ricovero presso l'unità di psichiatria ospedaliera.
Per ogni minore il progetto ha previsto un PEP progetto educativo personalizzato supervisionato dall'educatore referente in un rapporto 1:1 costante per tutta la durata del progetto.
L'educatore, inserito nel contesto comunitario, aveva il chiaro ruolo di affiancamento del minore e l'obiettivo di integrarlo nella vita comunitaria costituita, tra l'altro, da minori, senza problemi di natura psichiatrica ma con problemi famigliari importanti.
I minori sono stati inseriti in comunità differenti della stessa struttura.
L'osservazione ha messo in luce aspetti nuovi della patologia diagnosticata dalla ASL e ha fornito informazioni ai terapeuti per una cura più precisa e la definizione di un progetto di vita più ampio.
Il progetto di vita è comunque diventato una preoccupazione dal sapore sociale e non solo sanitario. Il lavoro svolto infatti, portando le impronte del sociale e dell'educativo all'interno dell'intero processo, ha permesso di guardare, per ogni minore accolto, all'orizzonte della vita e non solo a quello definito dalla malattia.
Secondo il parere degli operatori l'itinerario progettuale è stato pieno di elementi di crescita e risultati. I minori con patologia psichiatrica, si ritengono a rischio decisamente più basso e il ricorso ad una struttura totalmente psichiatrica appare distante: gli assistenti sociali sono del parere che il progetto debba continuare ad essere tale in una struttura al alta intensità ma di tipo sociale.

2. Macro azioni per orientare la buona prassi

Il progetto ha sviluppato macro azioni, declinate poi nella quotidianità degli interventi che qui riassumiamo.

- Progettualità educativa a lungo termine: i progetti personalizzati sono stati inseriti all'interno di una dimensione progettuale che la struttura di accoglienza ha impostato secondo macro linee di intervento che ne garantiscono da una parte l'aderenza alla realtà contingente, in quanto intervento specifico, e dall'altra una maggiore incidenza sui bisogni emergenti, in quanto progetto orientato e strutturato verso obiettivi più ampi, come il sostegno alla deistitutizzazione e il supporto a situazioni di disagio psichico.
- Sostenibilità: questo progetto è integrato all'interno di una rete di altri interventi attivati dalla nostra struttura che ne garantiscono la sussistenza.
- Allargamento dell'esperienza da una struttura associata a più strutture della Consulta.
- La riorganizzazione interna delle singole comunità di accoglienza al fine della miglior strutturazione degli educatori con il sostegno di un educatore dedicato.
- La riformulazione dei progetti educativi personalizzati dei minori per i quali è prevedibile il rientro in famiglia o un'altra esperienza extrafamiliare alternativa alla comunità.
- Controllo, valutazione e validazione dei risultati: tale progetto, proponendosi di attivare un'opportuna valutazione dei risultati, garantisce una serie di informazioni raccolte sul campo utili quale strumento di studio dell'andamento sociale dei fenomeni oggetto delle finalità sociali della Casa.
- Condivisione con i referenti pubblici del settore sociale e del settore sanitario. Il progetto ha visto la realizzazione, nella sua concretezza operativa, di équipe operative multidisciplinari che realizzavano, di fatto, la connessione tra il mondo sanitario e quello sociale.

3. Metodologia sviluppata

Il progetto, assumendo la dimensione di studio pratico su casi di reale bisogno, e quindi assumendo la dimensione della ricerca/azione, ha sperimentato come il disagio psichico grave di minori possa essere un elemento che le comunità di Genova accreditate e ad alta intensità possono prendere in considerazione come campo di esperienza e apertura.

Ciò ha permesso di valutare con realismo (e quindi con il limite di un'esperienza campione pur monitorata) - oltre le facili convenzioni che dicotomicamente affermano che tali minori o devono essere curati in ambienti psichiatrici (posizione sanitarizzante assoluta) o devono essere inseriti in contesti normalizzanti (posizione di minimizzazione della complessità psichiatrica) - il reale impatto di un minore in difficoltà inserito in un contesto di non malattia psichiatrica.

Questa esperienza è stata proposta a partire dal contesto sociale integrato a quello sanitario e non viceversa.

Una volta individuati gli educatori di riferimento esclusivo per questi minori essi sono stati formati a competenze trasversali tali che permettano un linguaggio unico tra operatori di diversi servizi.

La Comunità nella quale i bambini sono stati inseriti sono state riorganizzate in modo tale che convivano altri bambini più o meno coetanei, l'ambiente di accoglienza è stato quello di una cameretta di bambini della scuola elementare, l'organizzazione della giornata sia tutta calibrata intorno ai tempi di vita.

Settimanalmente è stato stilato un rapporto sull'osservazione, le cui caratteristiche sono state precedentemente definite con l'ASL e i Servizi Sociali.

Il progetto ha previsto l'utilizzo di strutture del territorio specialmente per le attività di tempo libero. In tutto e per tutto il progetto è stato calibrato sulla vita quotidiana del minore e monitorato con l'équipe multidisciplinare socio sanitaria.

4. Risultati dell'azione dopo due anni di sperimentazione

La lettura dei verbali degli incontri tra operatori non lascia dubbi sulla bontà di questa azione. Le premesse per un allargamento dell'esperienza sono ancora troppo deboli per poter affermare una ragionevole estendibilità del progetto.
In questa sede si elencano gli elementi che abbiamo riscontrato come critici o essenziali per una buona riuscita del progetto di inserimento.

1. Una volontà da parte della struttura di accoglienza di accogliere un disagio differente rispetto a quello che solitamente viene accolto (si tratta non semplicemente di un accettazione ma di un vero e proprio lavoro di condivisione dell'intera équipe di lavoro che per il nostro caso è stato fatto non solo all'inizio ma anche in itinere per valutare ed affrontare le situazioni di stress che sono state create dai bambini soprattutto in fase iniziale di accoglienza).
2. La scelta di educatori referenti con spiccata propensione al lavoro col disagio mentale e una tolleranza importante verso i comportamenti eccedenti e violenti (più di una volta infatti la violenza dei minori è stata oggetto di riflessione di équipe).
3. Un deciso accompagnamento della struttura di accoglienza alle situazioni di disagio che il minore provocava (significa una tolleranza della struttura intera non solo degli educatori).
4. Un serio lavoro di équipe per il monitoraggio dell'integrazione non solo del minore ma anche dell'educatore tutor al fine di realizzare non un luogo separato dentro la comunità ma una integrazione vera.
5. La volontà degli operatori delle strutture pubbliche sociali e sanitarie (soprattutto) a collaborare nello spirito di ricerca delle buone prassi.
6. Un metodo di lavoro basato sull'evidenza reciproca (verbalizzazione,

convocazioni, referenti pubblici chiari e con delega).

7. Apertura del lavoro di integrazione con le agenzie esterne in particolar modo con la scuola che è stato il punto di maggiore difficoltà nel processo di integrazione e di confronto con i pari della comunità.
8. Capacità di creare luoghi e attività "a parte" e diversi per i ragazzi che soffrono di questi problemi in quanto contenitori capaci di dare maggiore spazio di serenità rispetto al continuo confronto con i pari (generalmente perdente a sfavore dei due minori in carico al progetto). I luoghi creati sono: spazi di studio personale con l'educatrice, uscite privilegiate con il responsabile delle comunità o l'educatrice; tolleranze maggiori (anche se via via pareggiate con gli altri) rispetto a taluni comportamenti esibiti e non socialmente condivisibili (urla fuori luogo, atteggiamenti molto aggressivi, uso della violenza fisica contro i compagni, atteggiamenti violenti contro se stessi …).

5. Prime conclusioni

L'esperienza, non ponendosi come studio sperimentale ma come valutazione di un approccio di risposta ai bisogni reali, ha evidenziato come il contesto educativo, a fronte di una patologia psichiatrica infantile, possa essere un valido aiuto in situazioni non di acuta patologia.

L'esperienza ha mostrato come i ragazzi coinvolti, seguiti in modo dedicato ma inseriti in contesti protetti dove vivevano altri minori con problemi socio educativi ma non psichici, siano migliorati nella percezione del proprio benessere comportamentale adeguandosi alle regole comunitarie.

La situazione comunitaria generale comporta che i minori siano inseriti in contesti formali fuori dalla struttura, particolarmente la scuola ma anche le società sportive e i contesti tempo libero aggregati, queste dimensioni si

sono dimostrate vincenti per una integrazione generale del minore ed un suo adattamento ai contesti.

Le problematicità di gestione, pur presenti, si sono mostrate meno gravi via via che il tempo permetteva ai minori di adeguarsi. Restano aperte alcune questioni che permettono di validare un processo così delicato:

- un'identificazione razionalmente migliore i quali caratteristiche di ingresso siano necessarie per un processo di adattamento positivo;
- una validazione dei percorsi di uscita che questa esperienza non è in grado di monitorare ma che, a nostro giudizio sono fondamentali anche per decidere l'accoglienza (ovvero: se la famiglia non è in grado di recuperare la propria capacità educativa quale futuro si progetta per questi minori);
- un migliore percorso di formazione degli educatori che prendono in carico il minore al fine di evitare meno frammentazione esperienziale nell'approccio quotidiano;
- un quadro normativo definito che consenta di uscire dalla sperimentazione per dare luogo a accoglienze di un numero maggiore di minori che ne avrebbero bisogno.

DALLA RELAZIONE AFFETTIVA PRIMARIA COME FATTORE PROTETTIVO DELLA CRESCITA EMOZIONALE ALL'IMPATTO DEL TRAUMA INFANTILE PRECOCE SULLO SVILUPPO DEL BAMBINO

Rosario Montirosso
Psicologo, Psicoterapeuta

Responsabile del Centro per lo studio dello sviluppo socio-emozionale del bambino piccolo in condizioni di rischio evolutivo.
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "E. Medea"
Associazione "La Nostra Famiglia"
Bosisio Parini (LC)

Tutta la nostra conoscenza ci porta più vicini alla nostra ignoranza.
Dov'è la saggezza che abbiamo perso nella conoscenza?
Dov'è la conoscenza che abbiamo perso nell'informazione?
T.S. Eliot, The Rock, 1934

1. Un'epidemia nascosta in cerca di una nuova concettualizzazione

Nel corso dello sviluppo, contrariamente a quanto si potrebbe ritenere, l'esposizione ad esperienze traumatiche non costituisce un'eventualità così rara. Secondo una recente indagine epidemiologica, svolta negli Stati Uniti su un campione rappresentativo di 5692 adulti, quasi il 40% dei partecipanti riportava di aver sperimentato almeno un evento traumatico prima dei 13 anni (National Comorbity Study - Replication Survey, 2006). Tra tutti gli intervistati, solo per citare brevemente qualche dato, il 12,31% era stato testimone di violenza domestica, l'8,62% di violenza sessuale, il 6,39% di molestie sessuali e il 5,22% di maltrattamento fisico. È bene evidenziare che questi risultati sono stati ottenuti in modo retrospettivo, ovvero attraverso interviste telefoniche condotte quando i partecipanti erano già maggiorenni; una metodologia che ovviamente limita la possibilità di verificare la piena attendibilità di questi riporti. Tuttavia è chiaro che, anche con tutte le cautele del caso, i dati di questo studio indicano che l'esperienze traumatiche in età infantile hanno un'elevata prevalenza, tanto che alcuni autori si sono spinti a parlare del trauma infantile in termini di *epidemia nascosta* (Lanius, Vermetten e Pain, 2010). Nel domandarsi sul perché un'epidemia dovrebbe essere nascosta, si potrebbero avanzare riflessioni su diversi piani; ad esempio, il ruolo dei fattori socio-economici o quello legato ai tabù culturali che molte volte impediscono di far conoscere per tempo un disagio celato,

che poi magari emerge tardivamente in tutta la sua drammaticità. Ma forse il senso più pregnante a cui rimanda l'espressione *epidemia nascosta*, sta nel prendere in considerazione le implicazioni interiori ed emotive che, nel divenire adulti, un'esperienza traumatica ha in coloro che l'hanno subita nel corso della loro infanzia.

In questa prospettiva è inevitabile chiedersi quali sono gli effetti a lunga distanza dell'esperienze di maltrattamento, effetti che nella loro reale portata spesso sono impalpabili, e quindi di fatto nascosti anche a coloro che li vivono in prima persona. Quali sono le conseguenze delle emozioni negate e di quelle non contenute? Qual'è impatto che un'esperienza traumatica subita nei primissimi anni di vita può avere nella "costruzione" dell'individuo? Perché alcuni di questi bambini, una volta adulti, sono più capaci di adattarsi al "dolore" dell'essere stati traditi da chi doveva accudirli e aiutarli a crescere? E perché altri, invece, non riescono a tradurre in parole la loro disperazione e la loro solitudine? Qual'è la natura del loro "urlo" *nascosto* dietro al silenzio della memoria?

Il senso di queste domande diventa ancora più rilevante se si tiene conto del fatto che la maggior parte dell'esperienze traumatiche infantili avviene in ambito familiare e viene perpetrata da persone con cui il bambino ha un legame affettivo significativo. Ne consegue che affrontare il tema del trauma in età evolutiva e l'impatto che questo ha sullo sviluppo emotivo e relazionale significa partire dall'evidenza che il bambino non vive l'evento traumatico come oggettivo, ma lo sperimenta all'interno di una matrice relazionale che "normalmente" dovrebbe proteggerlo e fornirgli sicurezza. Già Bowlby evidenziava questo punto quando sosteneva che un trauma infantile è un qualsiasi evento che minaccia significativamente la relazione di attaccamento. Per quanto questa constatazione possa apparire scontata, rimane il fatto che a tutt'oggi in ambito clinico manca una concettualizzazione clinica e diagnostica che tenga conto della specificità del trauma relazionale

infantile. Un punto di partenza per rivedere questo approccio è l'evidenza che adulti che sono stati esposti ad abbandono e/o abusati dai loro genitori soffrono di maggiori disturbi psicologici e fisici rispetto a quanti sono state vittime di eventi catastrofici non relazionali (ad esempio, terremoti, incidenti, ecc.). Ciò nonostante è ancora molto diffuso riferirsi ai bambini e agli adolescenti con storie di abuso e maltrattamento, che manifestano disagi psicologici o franchi quadri psicopatologici di diversa entità, utilizzando la categoria diagnostica del *disturbo post-traumatico da stress* (DPTS). Vale la pena ricordare che questa categoria venne introdotta in una delle prime versioni del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (ovvero il manuale dei disturbi mentali tra i più utilizzati al mondo, noto anche con l'acronimo DSM) alla fine degli anni '60. L'inserimento nel DSM di quella che all'epoca era considerata una nuova tipologia di disturbo mentale, era dovuto al fatto che molti dei soldati americani che avevano combattuto in Vietnam, al loro ritorno in patria, presentavano una sintomatologia che non rientrava in quelle fino allora descritte dai manuali di psicopatologia. Allora, come oggi, la diagnosi si applica a situazioni oggettive estreme in cui "la persona può aver vissuto, assistito o si è dovuto confrontare con uno o più eventi che implicano morte, minaccia di morte, gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri". La risposta soggettiva della persona "può comprendere paura intensa, sentimenti di impotenza, o di orrore". Spesso l'individuo riporta di "rivivere persistentemente l'evento traumatico attraverso ricordi, sogni, azioni e sensazioni, come se l'evento traumatico si stesse ripresentando" (DSM-IV-TR., 2002). È chiaro che la diagnosi di *disturbo post-traumatico da stress* così come è stata concettualizzata:

a) si adatta soprattutto a traumi di individui adulti (ad esempio vittime di stupro oltre che veterani del Vietnam);
b) si concentra sui traumi dovuti ad eventi discreti piuttosto che a situazioni che si protraggono nel tempo, come invece spesso accade nel caso del

trauma infantile;

c) non prende in esame la dimensione evolutiva dell'individuo. Questo comporta che la condizione di molti bambini/adolescenti vittime di traumi infantili non rientra nei criteri diagnostici proposti, come ad esempio nel caso dei bambini trascurati. In breve, la diagnosi di *disturbo post traumatico da stress* applicata all'età evolutiva non appare adeguata perché il trauma viene prevalentemente concettualizzato in termini di eventi "oggettivi" (ad esempio, guerre, violenze, incidenti, terremoti, ecc.) e non di esperienze relazionali. Inoltre, proprio per il fatto che molte esperienze traumatiche si presentano quando lo sviluppo celebrale non è del tutto completato, gli effetti del trauma hanno un'influenza molto più pregnante sulla "costruzione" dell'individuo, con un impatto pervasivo non solo sulla sua capacità di fronteggiare gli eventi, ma anche sul senso di Sé, sul senso del mondo e sulle competenze emozionali e socio-relazionali.

A partire da queste considerazioni sulla base di risultati della ricerca scientifica l'obiettivo principale di questo contributo è tracciare alcune riflessioni sul ruolo dell'influenza dell'esperienze traumatiche precoci nello sviluppo del bambino. Nel presentare questi temi un passaggio preliminare sarà quello di delineare brevemente il significativo evolutivo che le cure materne hanno nello sviluppo normale. In effetti un sano sviluppo psichico è possibile grazie alla disponibilità, soprattutto nei primissimi anni di vita, di cure parentali sensibili, che oltre ad accudire materialmente il bambino forniscono un "rifornimento" affettivo sicuro, aiutandolo a regolare le emozioni e le reazioni fisiologiche in caso di eventi stressanti. Inoltre, la presenza di un genitore attento permette al bambino di "costruire" un senso di Sé degno di amore e a mentalizzare le esperienze. Al contrario, cure genitoriali non responsive alimentando un attaccamento insicuro e/o disorganizzato, non solo non permettono al bambino di sviluppare una

capacità adattativa allo stress sia sul piano mentale, comportamentale che fisiologico, ma finiscono per accrescere nel bambino un senso di Sé di non valore e inadeguatezza.
Conseguentemente nella seconda parte verranno delineati gli effetti del trauma infantile precoce proprio a partire da cure primarie inadeguate. Infine, per evidenziare come la letteratura specialistica stia cercando di andare oltre il DSM, sarà riportato un recente inquadramento del trauma infantile che tiene conto proprio della specificità degli effetti che esperienze fortemente sfavorevoli hanno sullo sviluppo del bambino.

2. L'infanzia come periodo sensibile e della regolazione emozionale

L'impatto a lungo termine di esperienze relazionali traumatiche sperimentate nei primi anni di vita può essere meglio compreso se si considera una questione centrale e di per sé non nuova, ovvero, in che misura e in che modo l'ambiente affettivo primario costituisce un fattore di crescita, di promozione e protezione dello sviluppo emozionale del bambino. Due temi fondamentali fanno da sfondo a questo quesito:

1. il riconoscimento che i primi anni di sviluppo costituiscono un periodo critico nella maturazione neurofunzionale del bambino nel corso del quale le influenze ambientali rivestono un ruolo decisivo;
2. la funzione di modulatore delle emozioni e dello stress che la madre assume nelle prime fasi della crescita del bambino.

2.1 La dipendenza primaria come fattore di maturazione cerebrale

Da un punto di vista evoluzionistico l'elevata dipendenza del bambino

dalla madre nei primi anni di vita ha una significativa implicazione per la maturazione cerebrale. Se comparato ai cuccioli di altri mammiferi, incluso le scimmie antropomorfe, il neonato umano presenta una rilevante immaturità neurocomportamentale. Nella maggior parte delle specie i cuccioli vengono alla luce con un cervello che ha completato buona parte della sua maturazione nel grembo materno. Al contrario, secondo un recente studio di neuroimmagine, a 2-4 settimane di età i neonati umani hanno un volume cerebrale pari a circa il 36% di quello di un adulto, una percentuale che raggiunge l'83% solo a 24 mesi di vita (Knickmeyer et al., 2008). Nell'uomo questa maggior crescita post-natale dell'encefalo renderebbe ragione della prolungata dipendenza del bambino dai genitori, la quale sembra il risultato di un compromesso evoluzionistico (McKenna et al., 1993). Circa 3 milioni di anni fa gli *Australopitechi* sebbene praticassero ancora il quadrupedismo, si avviarono verso la locomozione bipodalica. La stazione eretta e la locomozione bipodalica (bipedismo) presupposero un cambiamento biomeccanico che permettesse alla forza muscolare propulsiva di propagarsi lungo una direttrice verticale piuttosto che orizzontale, così come avviene nei quadrupedi. Tuttavia, per adattarsi al bipedismo gli ominidi andarono incontro ad una progressiva modificazione anatomica del bacino. Uno studio pubblicato sulla prestigiosa rivista *Science* documenta come rispetto agli *Australopitechi*, nell'*Homo erectus* vissuto circa due milioni di anni fa le ossa pelviche risultano estese e ruotate in avanti con un allargamento dell'ilio e un accorciamento dell'ischio (Simpson et al., 2008). Questi cambiamenti portarono ad un restringimento del canale della nascita che nel corso dell'evoluzione ha finito per rendere più difficoltoso e rischioso il parto, rischio che è stato compensato dai vantaggi derivanti dalla nuova condizione posturale. In effetti, la stazione eretta rappresentava il presupposto di una completa vita di relazione in quanto rendeva disponibili gli arti superiori per una serie di azioni diverse da quelle connesse con la

locomozione, come ad esempio l'impiego delle mani per la manipolazione e l'uso di oggetti. Parallelamente le strategie per un migliore adattamento ambientale, i comportamenti sociali appresi (come la condivisione del cibo e la realizzazione di strumenti) e lo sviluppo del linguaggio favorirono l'aumento della neocorteccia con un aumento del volume del cervello che si è quasi triplicato dall'*Australopiteco* all'*Homo sapiens* (Leroi-Gourhan, 1977).

In sintesi, nel corso dell'evoluzione l'incremento delle dimensioni del cervello (per sostenere l'ampliamento delle capacità di apprendimento e della complessità sociale) e le modificazioni anatomiche del bacino necessarie per adattarsi al bipedismo hanno comportato un compromesso evoluzionistico, ovvero la nascita di neonati con un cervello di dimensioni molto ridotte rispetto a quelle che vengono raggiunte in età adulta (McKenna et al., 1993; Simpson et al., 2008). La soluzione evoluzionistica ha dunque avuto come esito che la maggior parte della crescita cerebrale avvenga dopo la nascita e non nell'utero materno, il che inevitabilmente, comporta una maggiore necessità di cure e attenzioni genitoriali nei primi anni di vita con un incremento della dipendenza finalizzato all'apprendimento e all'adattamento sociale.

Come precedentemente menzionato nei primi due anni di vita si osserva un significativo incremento delle dimensioni del cervello che è dovuto essenzialmente all'aumento del volume sia della materia grigia che della materia bianca nelle strutture corticali e sottocorticali. Accanto all'ampliamento della connettività intracorticale con un'intensa arborizzazione dei dendriti e degli assoni, nonché a un marcato sviluppo di sinapsi (sinaptognesi), si evidenzia una diffusa mielinizzazione, un processo che continuerà fino all'adolescenza e l'età adulta (Noriuchi et al., 2007; Peña-Melian, 2000). Le modificazioni cerebrali osservate in questo periodo includono peraltro anche la potatura sinaptica, ovvero la

parziale eliminazione di connessioni assonali, che costituisce un processo fondamentale nell'organizzazione funzionale del cervello (Levitt, 2003). Alcuni autori assimilano questo processo alla creazione di una scultura, per analogia a come uno scultore cesella il marmo asportando materiale in eccesso per ottenere una forma finale, le connessioni e circuiti cerebrali ridondanti che non sono rafforzati dall'esperienza sono progressivamente eliminati per ottimizzare la funzionalità cerebrale (Bransford et al., 2008). Uno sviluppo encefalico così rilevante in un così breve tempo costituisce di fatto il tasso di crescita più significativo nell'arco di vita di un individuo e caratterizza la maturazione cerebrale in una prospettiva di elevata plasticità neuronale, ovvero consente al cervello di accogliere stimoli con il fine di sviluppare sistemi neurali più avanzati e una più adeguata funzionalità (Shore, 1997).

Una recente conferma di questa evidenza proviene dal Bucharest Early Intervantion Project, uno studio micro-longitudinale controllato che ha valutato lo sviluppo intellettivo in un gruppo di bambini della Romania adottati dopo un'esperienza di deprivazione a causa della loro precoce istituzionalizzazione (Nelson et al., 2007). Uno dei risultati più interessanti dello studio è che i bambini adottati prima dei due anni di vita presentavano uno sviluppo cognitivo più adeguato dei bambini che erano adottati dopo i due anni di vita. In sintesi, è possibile sostenere che buona parte della formazione del cervello umano si basa su esperienze sociali e i primi due anni di vita costituiscono un periodo critico nel corso del quale le influenze ambientali possono avere conseguenze permanenti sulle strutture e le funzioni cerebrali.

2.2 La madre come modulatore delle emozioni e dello stress del bambino

Un numero crescente di ricerche sia su modelli animali che nell'uomo hanno documentato come la relazione precoce sia un sistema attraverso il quale la madre regola sia la fisiologia che gli aspetti emotivo-comportamentali della prole. Come è noto, a partire dai primi mesi di vita, la regolazione materna modula i pattern fisiologici, per poi coinvolgere l'ambito emotivo e relazionale (Papoušek, 2000). La regolazione che si stabilisce nelle prime interazioni viene progressivamente consolidata e adattata alle esigenze dello sviluppo. In questa prospettiva il tema della regolazione è basilare per comprendere sia la "normalità" che i possibili esiti patologici o disfunzionali dello sviluppo emotivo- relazionale [*29*, *30*]. In effetti, diversi fattori possono interferire sulla qualità della regolazione esercitando così influenze determinanti sul legame affettivo e sull'adattamento socio- emozionale del bambino. Gli studi sui modelli animali hanno infatti evidenziato come ripetute separazioni dalla madre producono effetti sul funzionamento dell'asse ipotalamo ipofisi cortico-surrene, ovvero sulla responsività allo stress della prole anche sul lungo termine [*62*]. La separazione provoca a livello fisiologico un decremento del battito cardiaco e della temperatura, mentre a livello motorio si osserva una diminuzione dei comportamenti esplorativi nell'ambiente. Nelle primissime fasi della vita la madre modula la fisiologia del proprio cucciolo attraverso quelli che Hofer [*18*] chiama *regolatori nascosti*: il calore, la stimolazione tattile e olfattiva, nonché l'esperienza sensoriale tipica dell'allattamento. Anche negli esseri umani i *regolatori nascosti* agiscono sul sistema nervoso centrale e su quello autonomo controllando gli stati autonomici, endocrini e comportamentali, nonché il ciclo sonno-veglia del bambino [*47*]. In breve, durante i momenti di contatto fisico e di interazione i sistemi fisiologici del bambino, ma anche della madre,

sottostanno a un processo di regolazione interattiva. Nei primi mesi di vita la relazione primaria è quindi una condizione fondamentale attraverso la quale il bambino ottimizza la modulazione dei suoi stati fisiologici ed emozionali. Il bambino tuttavia non è passivo in questa dinamica e limitatamente alle sue risorse e competenze partecipa allo scambio con la madre, in un processo di mutua regolazione. Forse la dimostrazione più convincente di questa mutualità proviene dagli studi nei quali il comportamento materno è manipolato semplicemente chiedendo alla madre di adottare un'espressione facciale neutrale e statica. Nell'ambito della ricerca sull'interazione madre-bambino questa procedura è nota come paradigma *Still-Face* (ovvero: volto immobile; *60*]. Si tratta di un'osservazione strutturata che prevede tre brevi periodi: nel corso del primo episodio alla madre viene chiesto di interagire come fa abitualmente, usando la voce, le espressioni facciali, toccando il bambino, ecc.; nella seconda fase alla madre viene chiesto di assumere un'espressione del volto neutra e di rimanere inespressiva, di non parlare e di non toccare il bambino; infine, nel terzo episodio, di riprendere ad interagire normalmente. Generalmente nel secondo episodio, quando alla madre viene richiesto di rimanere inespressiva, si osserva quello che è stato definito *effetto still-face*: il bambino manifesta un disagio che si evidenzia dall'incremento dell'espressività negativa e dall'evitamento dello sguardo rivolto alla madre [*34*, *35*]. In questo contesto il bambino tenta di ristabilire il normale flusso di reciprocità interattiva, ma poiché i suoi tentativi non producono effetti (la madre mantiene inalterato il volto immobile), si trova costretto a mettere in atto delle strategie volte a regolare l'intenso stato emotivo negativo che tale condizione induce [*5*]. In altre parole, la fase di Still costituisce una rottura del processo di mutua regolazione che è stato ipotizzato caratterizzare l'interazione madre/bambino [*14*], nonché un'alterazione della funzione dell'adulto in quanto regolatore esterno dello stato affettivo del bambino [*18*]. Quando la madre non può assolvere a tale

funzione, al bambino non resta che attivare i sistemi di azione o gli schemi comportamentali a sua disposizione per modificare o ridurre il livelli di arousal, come ad esempio manipolare parti del corpo, vocalizzare, auto-distrarsi, ecc. L'*effetto still-face* rappresenta una condizione estrema della rottura relazionale diadica, tuttavia è stato dimostrato che negli scambi madre-bambino, sebbene in maniera meno eclatante, le rotture relazionali sono la regola e non l'eccezione. In altre parole, le relazioni sono per lo più caratterizzate da errori interattivi, ovvero da momenti di non coordinazione, reciprocità, sintonia che occupano più del 70% del tempo dello scambio tra la madre e il bambino [*59*], errori che richiedono e spingono i partecipanti a mettere in atto dei *processi di riparazione*. La madre e il bambino tentano cioè di ripristinare il flusso della comunicazione affettiva, tanto che Tronick e Cohn [*61*] hanno osservato che la frequenza di riparazione varia da una volta ogni 3 secondi a una volta ogni 5 secondi. Nel corso degli scambi viso-a-viso circa 1/3 degli errori interattivi vengono riparati immediatamente nei successivi momenti dell'interazione. In definitiva, le riparazioni sono una caratteristica tipica dell'interazione.

La relazione affettiva primaria è dunque un "luogo" in cui viene integrata la capacità di auto-regolazione del bambino permettendo di rendere più o meno coerenti i suoi stati rispetto all'ambiente esterno e ampliando o diminuendo il senso di efficacia nel fronteggiare gli eventi [*57*, *49*]. Il successo e la quantità e qualità della riparazione affettiva degli errori interattivi sono elementi fondamentali per lo sviluppo di un senso di stabilità nel bambino. Tronick suggerisce infatti che a differenza di molte altre spiegazioni dei processi relazionali, il modello regolatorio reciproco non considera la mancanza di sintonia e di coordinamento errori in quanto tali. Piuttosto, costituiscono il materiale interattivo e affettivo sulla base del quale si organizzano le riparazioni che generano nuovi modi dello stare insieme. Attraverso quest'opera di "ricucitura", il neonato e la madre arrivano a condividere una

specifica conoscenza implicita che riguarda come sia possibile trasformare gli affetti negativi in affetti positivi. È interessante notare che la madre ha una funzione di regolazione della fisiologia e del comportamento emozionale dell'infante ancora prima che si sviluppi un legame di attaccamento vero e proprio, che in genere è rintracciabile a partire dal secondo semestre di vita. In altri termini, prima ancora della sicurezza intesa come individuazione di una figura protettiva e di vicinanza, la sicurezza più elementare nasce dalla capacità/possibilità di modulare le sensazioni e mantenere regolati gli stati emotivi. Va da sé che è molto probabile che tra regolazione delle emozioni e qualità dell'attaccamento ci siano dei forti nessi [*8*]. Ad esempio, è stato osservato che durante la Strange Situation (ovvero la procedura di osservazione dell'attaccamento che in genere si applica tra i 12 e i 18 mesi di vita) i bambini con attaccamento sicuro manifestano livelli più adeguati di espressione delle emozioni e un più pronto recupero del disagio, mentre i bambini classificati come insicuri appaiono nell'espressione delle loro emozioni, iper-regolati nel caso di attaccamento evitante e ipo-regolati nel caso di attaccamento resistente [*7*]. In questa prospettiva l'attaccamento è una cornice entro la quale si possono generare forme di regolazione sempre più sofisticate [*11*].

Le evidenze che ci provengono dalla ricerca sul ruolo della relazione madre-bambino permettono di tentare una prima, seppure parziale, risposta alla domanda posta all'inizio di questo paragrafo, ovvero in che misura e in che modo l'ambiente affettivo primario costituisce un fattore di crescita, di promozione e protezione dello sviluppo emozionale del bambino. La naturale dipendenza del bambino dal genitore implica l'esistenza di periodi critici per la crescita cerebrale. In questa fase la madre, attraverso la propria sensibilità e responsività ai segnali del bambino, fornisce stimolazioni adeguate che in qualche misura contribuiscono a "plasmare" la funzionalità del sistema nervoso del proprio figlio. Questo non significa che la madre modella il cervello del bambino, ma che la qualità del legame di attaccamento, svolge

tra le altre, una funzione di salvaguardia dallo stress e pone le basi per un migliore adattamento di fronte a situazioni di disagio socio-emozionale. Al contrario una relazione primaria inadeguata che si accompagna, o è parte di un'esperienza stressante precoce, ha diversi effetti dannosi, anche lungo termine. Da una parte incide sul piano dell'organizzazione fisiologica del bambino nella reattività allo stress, d'altra, dato il suo fondamentale significato nella costruzione della rappresentazione interna di sé del bambino, produce effetti "nocivi" per lo sviluppo di una sana e solida stima di sé.

3. Gli effetti del trauma sul piano neurofisiologico

Una serie di recenti studi ci permettono di evidenziare come il trauma infantile produca una serie di significativi effetti anche sul piano del funzionamento fisiologico e sull'organizzazione cerebrale del bambino. I dati a nostra disposizione indicano chiaramente che un'esperienza traumatica in età infantile agisce in modo pervasivo alterando le normali capacità e funzioni dell'organismo del bambino. È importante considerare questi dati perché ci permettono di capire non solo quanto un trauma può essere *devastante* sul piano psicologico e umano, ma anche quanto alcuni bambini "costruiscano" un'esperienza esistenziale che è fortemente penalizzata anche sul piano biologico. Globalmente i dati evidenziano che l'essere stato esposto ad un trauma relazionale precoce rende più fragile il bambino nella sua capacità di tollerare lo stress e producono "danni" significativi alla struttura cerebrale con conseguenti effetti a breve, a medio e a lungo termine.

3.1 Trauma infantile e reattività allo stress

Per entrare nel merito di questo argomento occorre considerare che un'esperienza traumatica costituisce un'elevata condizione di stress

fisiologico. Nel corso dell'evoluzione, per assicurarsi la sopravvivenza, l'essere umano ha dovuto fronteggiare molte situazioni di "stress", come ad esempio fronteggiare un predatore, ma tutt'oggi gli individui devono affrontare condizioni acute di minaccia, pericolo, disagio ecc. In queste circostanze l'organismo risponde attraverso l'attivazione di vari sistemi fisiologici che sono vitali per l'adattamento. Tra questi sistemi vi è un circuito specifico, l'asse ipotalamo-ipofisi cortico-surrene, che è fondamentale nella risposta allo stress.

Senza entrare nello specifico è sufficiente ricordare che il compito principale dell'asse ipotalamo-ipofisi cortico-surrene è la produzione del cortisolo, noto anche come ormone dello stress. Il cortisolo ha diversi effetti, ma in generale il suo primo "compito" è quello di aumentare l'azione metabolica che permette all'organismo di far fronte alle richieste interne o esterne. Negli adulti la produzione di cortisolo è fondamentale per adattarsi ad un stress acuto, tuttavia se l'attivazione diventa cronica i suoi effetti diventano negativi (Pancheri, 1980). Una produzione protratta di cortisolo costituisce un importante fattore di rischio per lo sviluppo di numerose patologie, quali: sindromi auto-immuni, ipertensione, ridotta resistenza alle infezioni virali, stati ansiosi, disturbi del sonno.

In generale sappiamo che nel corso dei primi anni di vita esiste una chiara associazione tra la qualità del legame con la madre e i livelli di cortisolo del bambino. Ad esempio, in risposta alla Strange Situation i bambini con attaccamento insicuro e disorganizzato hanno maggiori produzione di cortisolo salivare, rispetto ai bambini con attaccamento sicuro (Spangler e Grossman, 1993). In linea con quanto precedentemente menzionato, questo significa che una relazione primaria inadeguata "porta" il bambino, di fronte a situazioni di stress, ad una più elevata reattività fisiologica. È interessante il nesso specifico trovato con il maltrattamento, per cui bambini con esperienze traumatiche multiple risultavano avere elevati livelli di

cortisolo salivare rispetto ai bambini di un gruppo di controllo (Carrion et al., 2002). Vale la pena evidenziare che questi effetti sono a lungo termine e possono riguardare anche traumi singoli. Ad esempio, una relazione affettiva precoce inadeguata, come nel caso di depressione materna si associa a livello di cortisolo più alti nei figli quando questi hanno raggiunto il tredicesimo anno di età (Halligan, Herbert, Goodyer Murray, 2007) e un trauma infantile specifico (ad esempio, morte di un genitore) si associato ad un profilo più alto di cortisolo in un gruppo di soggetti con un età media di quaranta anni (Nicolson, 2004).

3.2 Conseguenze dei traumi sulle strutture cerebrali

Un altro interessante campo di studi riguarda gli effetti che il trauma infantile può avere sull'organizzazione cerebrale. Negli studi sugli animali uno stress prolungato porta ad una perdita nella ramificazione dei dendriti (i prolungamenti dei neuroni utili allo scambio tra cellule nervose), ad alterazioni nelle strutture terminali delle sinapsi (i punti di scambio tra neuroni), ritardo nella mielinizzazione (il rivestimento delle terminazioni nervose che permette la trasmissione del segnale nervoso). Inoltre, si sono documentati danni a livello dell'ippocampo, la struttura cerebrale maggiormente coinvolta nei processi di memoria. Sebbene non è detto che il meccanismo sia da attribuire alla sola azione del cortisolo, anche negli esseri umani sono stati documentati danni cerebrali in conseguenza ad esperienze di trauma infantile. Ad esempio, in uno studio su 44 bambini e adolescenti maltrattati, il volume cerebrale totale era ridotto dell'8% rispetto ai soggetti non maltrattati (De Bellis et al., 1999). Una seconda ricerca ha evidenziato difficoltà di funzionamento e riduzione del volume dell'amigdala, la struttura cerebrale che ha un ruolo chiave nelle memorie emozionali e che interpreta il significato emotivo dell'esperienza, in adulti

con storie di abuso fisico/sessuale confrontati con soggetti sani di un gruppo di controllo (Bremner et al., 1999). Così come è stata documentata una riduzione del volume del corpo calloso (il fascio di fibre che connette i due emisferi cerebrali) nei bambini con trauma rispetto ai bambini sani (Teicher et al., 1997; De Bellis et al., 1999).

4. Gli effetti del trauma sullo sviluppo socio-emozionale e sulla memoria

4.1 Trauma infantile e sviluppo socio-emozionale

L'essere stati esposti ad un esperienza di maltrattamento è uno dei principali fattori di rischio per lo sviluppo di adeguate competenze socio-emozionali. Nel corso dello sviluppo si acquisiscono sempre maggiori capacità che permettono al bambino di modulare adeguatamente il proprio comportamento in funzione del contesto e delle regole sociali. Ad esempio, i bambini imparano a regolare sia le emozioni negative (quali, la frustrazione, la rabbia) che quelle positive (quali l'esuberanza). Inoltre, crescendo i bambini sempre di più mettono in atto comportamenti collaborativi e prosociali che includono la capacità di partecipare ad un gruppo di pari, di condividere con gli altri eventi e materiali, di cooperare e di mantenere le interazioni sociali. In generale è noto che i bambini maltrattati hanno difficoltà a riconoscere le emozioni, in particolare bambini trascurati hanno più difficoltà a discriminare le espressioni emotive rispetto a bambini maltrattati fisicamente o a bambini che non hanno subito alcun trauma (Pollak et al., 2000). Peraltro sono anche meno in grado di riconoscere i propri stati emotivi, hanno una competenza sociale più bassa e hanno meno empatia per gli altri.

Inoltre, diversi autori riportano che, sin dalla prima infanzia [23], i bambini maltrattati presentano problematiche legate alla regolazione delle

emozioni [36; 47] ed, in particolare, alla modulazione degli stati affettivi negativi (Gallese, 2003). Occorre evidenziare che pratiche genitoriali basate sul maltrattamento emotivo, ad esempio, la critica, l'ostilità e il controllo possono avere effetti diversi sullo sviluppo emozionale rispetto a pratiche genitoriali basate sull'omissione ad esempio, negligenza, scarsa responsività, minore coinvolgimento affettivo (trascuratezza). In bambini di due anni il maltrattamento emotivo si associa in età prescolare ad una maggiore aggressività, impulsività, scarso controllo, iperattività, mentre la trascuratezza emotiva si associa a bassa autostima, scarso adattamento e dipendenza dalle insegnanti della scuola materna.

In generale difficoltà nelle competenze socio-emozionali si osservano nell'arco di tutto lo sviluppo. Ad esempio, in età scolare questi bambini presentano maggiori difficoltà di attenzione scolastiche [12], comportamenti di scarso controllo e aggressività [42; 47].

In adolescenza e poi nella fase adulta, le persone con storie di maltrattamento hanno un rischio più elevato di manifestare disturbi emotivi di natura depressiva [20]. In alcuni casi invece, in adolescenza l'esperienze di maltrattamento si associano a comportamenti violenti e delinquenziali [27; 56] e in età adulta alla probabilità di condotte ad alto rischio come abuso di sostanze, comportamenti sessuali a rischio e tentativi di suicidio [26; 41].

4.2 La memoria nei bambini con trauma infantile

È noto che l'esperienze traumatiche hanno importanti riflessi sulla memoria. Un classico punto di vista sostiene che sperimentare un trauma comporta un'attivazione emozionale negativa così intensa che l'individuo tenderà successivamente a rimuove il ricordo per evitare di ri-vivere la stessa penosa sensazione. D'altra parte soggetti con *disturbo post-traumatico da stress* possono rivivere persistentemente il trauma attraverso ricordi, sogni,

azioni e sensazioni, come se l'evento "traumatico" si ripresentasse più e più volte. La ricerca non ha dipanato del tutto questo dubbio, ovvero se e in che misura un trauma amplifica il ricordo o viceversa lo limita (amnesia). Alcuni ricercatori hanno trovato che adulti con storia di maltrattamento mostrano una iper-attivazione emozionale generalizzata. Quindi, è probabile che esperienze traumatiche facilitino la memoria di eventi emozionanti/ stressanti (Carlson et al 1997). Altri studiosi hanno valutato la memoria in adulti con storia di trauma infantile rilevando un deficit di memoria per eventi autobiografici (McNally et al 1995). È probabile che la possibilità di ricordare e la qualità del ricordo dipenda da molti fattori, quali l'età a cui si é sperimentato il trauma, la sua gravità, il tipo di esperienza, ecc. Inoltre, occorre considerare che la nostra memoria non è funzione uniforme, piuttosto è costituita da diversi sottosistemi che presiedono a diversi tipi immagazzinamento. Una distinzione generale riguarda la differenza tra *memoria esplicita* e *memoria implicita*. La prima, che si sviluppa dopo i due anni di vita, riguarda la capacità di memorizzare e richiamare i ricordi in modo cosciente, spesso basandosi su dati che possono essere mediati dal linguaggio, come ad esempio recuperare il nome di una capitale di uno stato (memoria semantica) o ricordarsi dove si è stati a Natale (memoria episodica). La seconda riguarda la memoria per le cose che facciamo e per come le facciamo, ad esempio il ricordo di come si fa ad andare in bicicletta. Questo tipo di memoria, nota come memoria procedurale, non include la possibilità di recuperare coscientemente il ricordo, ad esempio è difficile dire come abbiamo imparato ad andare in bici ed è difficile anche spiegare come si fa. Eppure la memoria implicita è importante quanto la memoria esplicita nella costruzione del nostra individualità, basti pensare che molte delle modalità di stare insieme agli altri, che apprendiamo nel proprio nel corso dei primi anni di vita, non sono mediate dalla coscienza e dal linguaggio, ma piuttosto da una prassi, da modi di fare che determinano

comunque le nostre percezioni relazionali. Data l'importanza che la memoria riveste nella vita di tutti i giorni è fondamentale considerare gli effetti che il trauma può esercitare su un suo corretto funzionamento. Un ambito su cui si è concentrata la ricerca negli ultimi anni è se i bambini con maltrattamento hanno o meno deficit di memoria. Il punto non è tanto se questi bambini ricordino a meno il loro passato traumatico, peraltro questa è una questione piuttosto complessa e controversa.

Solo per accennare brevemente è sufficiente evidenziare che si discute ancora molto riguardo al fatto che individui maltrattati mettono in atto forme di *dissociazione* dei ricordi relativi agli eventi traumatici sperimentati (Foa e Riggs 1994). La dissociazione può essere descritta come una rottura della normale integrazione di ricordi, percezioni ed identità; la rottura si verifica nell'elaborazione delle informazioni quando un bambino si trova a fronteggiare un trauma (Bower e Sivers 1998). A livello psicologico la dissociazione è un meccanismo estremo di adattamento: consente di far fronte a stress eccessivi in condizioni di risorse limitate (Liotti 1999). Le ricerche in questo campo suggeriscono che i bambini maltrattati tendono a sviluppare un ricorso pervasivo ed automatico a processi dissociativi per fondare la propria identità e per "funzionare nel mondo" (Main e Hesse 1990; Putnam 2000). Per quanto questo tema sia affascinate, l'obiettivo di alcuni studi recenti è invece indagare se, per il fatto di avere avuto alle spalle un'esperienza traumatica, la memoria semantica ed episodica di questi bambini risulta meno efficiente anche su nuovi apprendimenti. Non solo, ma l'idea centrale è approfondire se la prestazione è diversa se i ricordi sono associati a stimoli affettivamente neutri piuttosto che a stimoli che veicolano significati emozionali importanti, come l'immagine di Sé o l'immagine della propria madre. La scelta di questi ambiti non è ovviamente casuale. E' esperienza comune avere migliori ricordi per ciò che ci riguarda in prima persona o riguarda persone per noi significative. Per cui ricordare qualcosa

di neutro, non è la stessa cosa che ricordare qualcosa che è legato alla nostra immagine o all'immagine di nostra madre. In altre parole, l'indagine di questi punti permette di analizzare come funziona la memoria rispetto a certi contenuti psichici specifici, tenuto conto del valore emozionale che essi assumono per il bambino. Una questione ulteriore è se il tipo di trauma, ad esempio l'essere stati vittime di abusi (sia sessuali che fisici), incide sulla memoria in modo diverso dall'essere stati trascurati.

Le ricerche che si occupano di studiare la memoria utilizzano spesso procedure basate sulla presenza di *falsi ricordi*, ovvero quanto un bambino riporta come presente uno stimolo che non faceva parte di una fase di apprendimento a cui il bambino era stato precedente sottoposto, in genere una lista di parole che è diversa a seconda degli obiettivi della ricerca. Al termine della fase di apprendimento che di solito viene somministrata in modo "incidentale", ovvero senza dirgli che si tratta di un test, al bambino viene chiesto di ricordare, in qualsiasi ordine, quante più parole possibili. Una presenza elevata di *falsi ricordi* rispetto ai *veri ricordi* rappresenta una misura di una difficoltà nel funzionamento della memoria. Il bambino "si inventa" qualcosa che non era presente nella lista di parole che doveva apprendere e le ragioni di questa prestazione possono ovviamente essere diverse. Ad esempio, il bambino potrebbe non essere stato sufficientemente attento nella fase di apprendimento, ma questa non sembra essere la spiegazione convincente. Quando si utilizzano stimoli neutri (ad esempio, lenzuolo, macchina, ecc.) i bambini maltrattati così come quelli non maltrattati ricordano un numero sufficiente di parole per poter sostenere che l'apprendimento era adeguato. In effetti, le ricerche non trovano nessuna differenza tra bambini sia abusati che maltrattati e bambini senza esperienze traumatiche nella tendenza ad avere *falsi ricordi*. Questo risultato indica chiaramente che né l'abuso, né il maltrattamento determinano, nei bambini tra i 5 e 12 anni, alterazioni della memoria per stimoli senza un particolare significato emotivo. Questi

bambini hanno ricordi attendibili e la loro memoria è paragonabile ai bambini non maltrattati (Howe et al., 2004). Le cose cambiano se nella lista da ricordare, oltre alle parole neutre si introducono aggettivi che riguardano l'immagine di Sé, ovvero attributi positivi o negativi che il bambino può riferire a come percepisce se stesso, ad esempio bravo, cattivo ecc. Come è facile aspettarsi i bambini ricordano meglio aggettivi riferiti al Sé che parole neutre. Tuttavia, ci sono differenze tra i tipi di maltrattamento. I bambini trascurati sembrano ricordare di più gli aggettivi positivi, mentre i bambini abusati tendono a concentrarsi maggiormente sui riferimenti negativi. Come è possibile spiegare questi risultati? Una possibile interpretazione riguarda il fatto che i bambini trascurati tendono a sviluppare un senso di Sé positivo al fine di compensare un'immagine di Sé probabilmente molto impoverita. Un tale processo psichico può avvenire solo grazie ad un certo grado di dissociazione rispetto all'immagine di Sé stessi. Le "parti" di Sé non accettabili e/o vissute come negative vengono "tenute distanti" dalla coscienza, così che le "parti" di Sé positive e desiderabili sono "amplificate". Al contrario, i bambini abusati sviluppano uno schema di Sé negativo che può indicare un importante disagio emozionale e che pone questi bambini in una condizione di maggiore rischio psicopatologico, ad esempio di natura depressiva (Valentino et al., 2008). A questo si aggiunge che, a differenza dei bambini trascurati, i bambini abusati presentano una modalità del richiamo mnestico definita *iper-generalità* dei ricordi (Valentino et al., 2009). Utilizzando la solita procedura della lista di parole da apprendere, si chiede al bambino di ricordare un evento specifico associato ad una parola positiva o negativa, ovvero "raccontami qualcosa di te quando ti sei sentito sicuro, arrabbiato, sorpreso, felice, ecc.". I bambini possono rispondere sostanzialmente con due modalità: in modo minuzioso, raccontando dettagli tali da rendere il ricordo un evento specifico del loro passato, oppure in modo generico, riportando pochi elementi che permettono di identificare

il ricordo come un evento specifico. In quest'ultimo caso si parla di *iper-generalità* del ricordo. Ad esempio, il bambino potrebbe sostenere che con il papà andavano al mare tutte le estati, ma non riuscire a riportare qualche dettaglio sui luoghi, le situazioni o su qualche episodio particolare. I risultati evidenziano che i bambini abusati, ma non trascurati, rispondono con affermazioni poco specifiche e/o generiche, utilizzando appunto il meccanismo dell'*iper-generalità* del ricordo. Questo processo è tanto più evidente quando i bambini abusati raccontano di loro facendo riferimento a rappresentazioni negative di Sé stessi e soprattutto per i bambini con più alti livelli di depressione. In questo senso l'iper-generalità del ricordo è un meccanismo di evitamento funzionale (non di dissociazione) che serve per evitare l'accesso a ricordi dolorosi specifici che riguardano se stessi. È interessante osservare che questo meccanismo non si registra nel caso dei bambini trascurati. Pertanto, un bambino che abbia sperimentato abusi non solo presenta uno schema di Sé molto negativo e sperimenta maggiormente vissuti depressivi, ma questi fattori si associano ad un funzionamento della memoria che elabora le informazioni emotivamente significative in modo non dettagliato e a-specifico (Valentino et al., 2009). Questa modalità di elaborazione suggerisce che il bambino sperimenta quei ricordi come se non gli appartenessero fino in fondo e che la memoria autobiografica risulta come de-personalizzata. Un ultimo punto nello studio della memoria dei bambini con esperienze relazionali traumatiche è chiedersi se vi sono alterazioni nel ricordo nel caso di informazioni che riguardano l'immagine materna.

In altre parole, quando gli stimoli da ricordare sono relativi alla madre, i bambini con trauma infantile risultano avere una memoria peggiore di quella dei bambini che non hanno vissuto questo tipo di esperienze? In questo caso nella lista di aggettivi sono inseriti aggettivi positivi e negativi e al bambino viene chiesto se ciascuna parola descrive la propria madre. I

risultati mettono in luce ancora una volta che i bambini vittime di abusi, ma non quelli trascurati, presentano una peggiore prestazione nella memoria per gli stimoli associati ad informazioni che riguardano la propria madre (Valentino et al., 2008).

A questo punto può essere di aiuto fare una breve sintesi dei principali risultati menzionati.
In generale è possibile affermare che l'esperienza del trauma non pregiudica il funzionamento di base della memoria semantica. Tuttavia, nel caso di stimoli specifici, come quelli collegati all'immagine di Sé, alla propria autobiografia, all'immagine materna, la qualità della memoria esplicita è compromessa e che questo è tanto più vero per i bambini abusati rispetto ai bambini trascurati.
Che tipo di conclusioni si possono trarre da questi risultati? È evidente che l'esperienza traumatica infantile influenza il modo con cui alcuni aspetti significativi della propria soggettività vengono rielaborati. Probabilmente il ricordare, anche solo indirettamente, contenuti che generano stati emotivi dolorosi collegati ai vissuti di sé o della figura materna "obbliga" il bambino ad un implicito lavoro mentale che gli permetta di tollerare quell'urlo nascosto dietro il silenzio della memoria.

5. Una nuova proposta di inquadramento del trauma relazionale infantile

L'insieme dei risultati riportati corrobora una prospettiva per il quale il trauma relazionale infantile ha effetti significativi su diverse aree dello sviluppo del bambino. In estrema sintesi, la mancanza del ruolo di protezione "normalmente" svolto dalle figure genitoriali rende più reattivi allo stress questi bambini esponendoli anche a maggiori danni del sistema nervoso

centrale. Inoltre, esperienze traumatiche portano ad un'incompetenza sul piano socio-emozionale e a difficoltà specifiche nei processi di memoria. È chiaro quindi che nel considerare l'esperienza di un bambino o di un adolescente che hanno subito un trauma infantile è necessario tenere conto di quanto un tale passato abbia finito per "strutturare" il loro funzionamento individuale e relazionale. Non siamo di fonte ad un adulto che a seguito di un trauma cerca di recuperare e "riparare" la rottura psicologica, che una tale esperienza comporta, a partire dalla sua storia e dai suoi legami affettivi precedenti. Per chiunque sia stato accanto a questi bambini e a questi ragazzi è evidente che il trauma è "incapsulato" nel loro modo di essere poiché deriva dalla loro storia e dai loro legami affettivi. Ecco perché l'esperienza traumatica infantile permea molti aspetti della vita di questi bambini/ragazzi e né influenza l'espressione. Lavorare accanto questi bambini e questi ragazzi impone sempre una riflessione su come la loro storia abbia finito per caratterizzare il loro essere persona. Per far questo però abbiamo bisogno di strumenti conoscitivi in grado di prendere in considerazione la prospettiva evolutiva insita nel trauma relazionale infantile.

Come accennato all'inizio di questo contributo a tutt'oggi non esiste un inquadramento che tenga conto della specificità degli effetti che esperienze fortemente avverse sperimentate nel contesto affettivo primario possono avere sul bambino. Proprio per colmare questa mancanza van der Kolk e d'Andrea (2010) hanno recentemente proposto un nuovo sistema di inquadramento del trauma infantile. Il sistema è un tentativo di descrivere quello che gli autori definiscono *Disturbo da trauma dello sviluppo* (Developmental Trauma Disorder).

In breve, un *Disturbo da trauma dello sviluppo* implica un'esperienza di traumi multipli (spesso cronici e/o prolungati); ha effetti negativi per lo sviluppo del bambino; frequentemente si riscontra all'interno del sistema di cura genitoriale del bambino ed radicato nella prime fasi della vita;

infine è responsabile di disturbi emotivi, comportamentali e cognitivi. Per quanto a qualcuno dei lettori possa risultare eccessivamente schematico e perfino "freddo" nella sua elencazione di sintomi, presentare per esteso il sistema proposto da van der Kolk e d'Andrea a degli operatori che non hanno compiti professionali di natura diagnostica, mi è sembrato comunque particolarmente appropriato. In effetti, l'inquadramento di van der Kolk e d'Andrea fornisce una sistematizzazione dei tanti elementi che quotidianamente si osservano nel lavoro con i bambini e i ragazzi con esperienze di trauma infantile. Inoltre, proprio perché il sistema cerca di cogliere le molte sfaccettature del maltrattamento, può certamente aiutare gli operatori nella riflessione sulla complessità dell'espressione del disagio di cui si è testimoni nel lavoro con questi bambini/ragazzi. Per entrare nel merito del sistema di inquadramento, vale la pena evidenziare che van der Kolk e d'Andrea propongono cinque criteri (A-E), ciascuno con specifiche caratteristiche che devono essere osservate in parte o nella totalità. Il primo criterio (A) fornisce una definizione dell'esposizione al trauma, mentre il secondo (B) inquadra elementi relativi al presenza di disturbi nella modulazione dell'affettività. Il terzo (C) si concentra sulle problematiche dell'attenzione e del comportamento e il quarto (D) si focalizza sugli aspetti del Sé e della relazionalità. I sintomi descritti dai criteri B, C e D devono durare almeno per 6 mesi. Il criterio E descrive infine una serie di difficoltà che i bambini/ragazzi possono incontrare in attività quotidiane.

A) Esposizione. Il bambino o l'adolescente che ha avuto esperienza o è stato testimone di eventi avversi multipli o prolungati per un periodo minimo di un anno, iniziato nell'infanzia o nell'adolescenza, che includa sia l'esperienza diretta o l'essere testimoni di episodi gravi e ripetuti di violenza interpersonale, rotture significative dell'accudimento protettivo come risultato di cambiamenti ripetuti nel caregiver primario, ripetute

separazioni dal caregiver principale o esposizione a gravi e persistenti abusi emotivi.

B) Disregolazione affettiva e psicologica. Il bambino manifesta competenze deficitarie in relazione alla regolazione dell'attivazione (arousal) che comprendono almeno *due* dei seguenti comportamenti:

1. incapacità di modulare, tollerare o riprendersi da stati affettivi estremi (per esempio: paura, rabbia, vergogna) incluso prolungati ed estremi eccessi di collera o stati di immobilizzazione;
2. disturbi nella regolazione delle funzioni corporee (per esempio: persistenti disturbi del sonno, della nutrizione o dell'evacuazione; reazione esagerate o sottostimate al tatto e ai suoni; disorganizzazione durante i cambiamenti nella routine);
3. diminuita consapevolezza/dissociazione nelle sensazioni, emozioni e stati corporei capacità deficitaria nel descrivere emozioni o stati corporei.

C) Disregolazione attenzionale e comportamentale. Il bambino esibisce competenze deficitarie in relazione all'attenzione prolungata, nel gestire e nel far fronte allo stress, che includano almeno *tre* dei seguenti comportamenti:

1. preoccupazione per la minaccia o capacità deficitaria nel percepirla, inclusa la sottostima degli indizi di pericolo o di sicurezza;
2. capacità danneggiata nell'auto-protezione, inclusa la ricerca del rischio estremo o del pericolo/brivido;
3. tentativi non appropriati di auto-rilassamento (per esempio: dondolarsi o svolgere altri movimenti ritmici, masturbazione compulsiva);
4. auto-lesione reattiva o abituale (intenzionale o automatica);
5. incapacità di iniziare o sostenere comportamenti diretti ad uno

scopo.

D) Disregolazione relazionale e verso il Sé. Il bambino manifesta competenze deficitarie circa l'identità personale e il coinvolgimento nelle relazioni, che includano almeno *tre* dei seguenti comportamenti:

1. preoccupazione intensa per la sicurezza della figura affettiva di riferimento o delle altre persone amate oppure difficoltà nel tollerare la riunione con esse dopo la separazione;
2. persistente senso negativo di se stesso, incluso l'odio per sé, l'impotenza, la perdita di valore, l'incompetenza o l'incapacità;
3. estrema e persistente sfiducia, difetto o mancanza di comportamento reciproco nelle relazioni prossime con gli adulti o i pari;
4. aggressioni fisiche o verbali verso i pari, gli adulti che si prendono cura di lui o gli altri adulti;
5. tentativi inappropriati (eccessivi o promiscui) di avere un contatto intimo (incluso ma non limitato all'intimità sessuale o fisica) oppure eccessivo bisogno dei pari o degli adulti per avere sicurezza e rassicurazione;
6. capacità deficitaria di regolare l'attivazione in seguito ad un coinvolgimento empatico che si evidenzia dalla mancanza di empatia, dall'intolleranza, dalle espressioni di angoscia degli altri oppure dall'eccessiva reazione all'angoscia degli altri.

E) Danneggiamento funzionale. Il disturbo causa un disagio clinicamente significativo o un danneggiamento in almeno *due* dei funzionamenti delle seguenti aree:

scolastica: performance insufficienti, assenze, problemi disciplinari, abbandoni scolastici, fallimento nel completare i livelli scolastici, conflitto

con personale scolastico, difficoltà nell'apprendimento o danneggiamento intellettuale che non può essere giustificato da fattori neurologici o di altro tipo;

familiare: conflitto, evitamento/passività, fughe, distacco e sostituzione con surrogati, tentativi di ferire fisicamente o emotivamente i membri della famiglia, mancanza di soddisfazione/appagamento nelle responsabilità all'interno della famiglia;

gruppo dei pari: isolamento, devianza, persistenti conflitti fisici o emotivi, evitamento/passività, coinvolgimento in atti violenti o rischiosi, comportamenti o stile di interazione inappropriato all'età;

legale: arresti/tendenza ad essere recidici, detenzione, condanne, incarcerazione, violazione della libertà vigilata o di altri ordini del tribunale, offese sempre più gravi, crimini contro altre persone, non rispetto per la legge o per gli standard di convenzione morale;

salute: malattia fisica o problemi che non posso essere totalmente causati da ferite fisiche o stati degenerativi che coinvolgono il sistema digestivo, neurologico (inclusi sintomi di conversione e analgesia), sessuale, cardiopolmonare, propriocettivo o sensoriale; mal di testa grave (incluso emicrania), dolore cronico o fatica;

vocazionale (per i giovani coinvolti alla ricerca di lavoro o lavoratori, volontari o in fase di formazione): disinteresse nel lavoro, incapacità di trovare o mantenere un lavoro, persistente conflitto con i collegi o i supervisori, sottoimpiego in relazione alle abilità, fallimento nell'ottenere i progressi attesi.

6. Conclusioni

Non si può che esser d'accordo il poeta Eliot quando richiama la nostra attenzione al fatto che tutte le volte ci affidiamo alla sola informazione e alla conoscenza, paradossalmente siamo un po' più ignoranti. Certamente sapere come alcuni dei fattori influenzano il percorso di sviluppo dei bambini con esperienze relazionali traumatiche può aiutarci ad avvicinarsi alla complessità esistenziale della loro storia. Tuttavia abbiamo bisogno di ricordare a noi stessi che tutto questo non basterebbe se non fossimo in grado di usare la nostra saggezza per legittimare il dolore, a volte nascosto, di questi bambini. Legittimare il dolore vuol dire avvicinarsi a loro partendo da quello che non riescono o non possono manifestare emotivamente. Forse bisognerebbe partire dal limite della loro soggettività, ovvero dalla loro fragilità, più che dalle nostre convinzioni su cosa sia giusto o no che imparino a vivere. In questa prospettiva il contributo degli operatori che lavorano con questi bambini diventa ancora più importante. Mi sembra di poter dire che dare loro amore e sostegno possa non essere sufficiente. Ci sono occasioni e spazi di apprendimento affettivo da dedicare ai bambini e ai ragazzi che non andrebbero trascurati, occasioni per aiutarli ad elaborare i propri intimi percorsi per far crescere dentro di loro la legittimità della loro esistenza. In fondo, questi percorsi hanno in comune la possibilità di attraversare il confine del disvelare la propria fragilità a chi può accoglierla come un "oggetto" prezioso. Tutto ciò richiede al bambino di deporre le proprie difese per rendere possibile una reale e profonda accoglienza di se stessi attraverso l'incontro con un altro essere umano, disponibile a tollerare quell'urlo nascosto dietro il silenzio della memoria. Attraverso incontri di questa natura il bambino può andare oltre e lasciare maturare dentro di sé la possibilità che un antico tradimento si trasformi in fiducia nell'altro. A pensarci bene la fiducia nasce dal tradimento, ovvero dalla

possibilità di accettare che siamo disponibili a credere in un altro essere umano anche quando nel nostro passato c'è stata delusione ed inganno. In questa trasformazione l'adulto gioca un ruolo fondamentale perché è colui che offre al bambino la possibilità di riappropriarsi della capacità di vivere le proprie emozioni, anche le più angosciose, aiutandolo riconoscerle e, appunto, a legittimarle. Aiutare i bambini e ragazzi a vivere pienamente il senso profondo delle emozioni è il solo modo per far si che non siano estranei a loro stessi; ma per far tutto questo è necessario sapere che può non essere sufficiente accoglierli nel loro dolore, quanto piuttosto comprendere come si sono difesi e tuttora si difendono da suoi devastanti effetti.

Bibliografia essenziale

Bransford JD, Brown AL, Cocking RR. (2008). Mind and Brain. In: Jossey-Bass Publishers (a cura di) *The Jossey-Bass Reader on the Brain and Learning*. San Francisco: John Wiley and Sons, 89-108.

DSM-IV-TR. *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* - Text Revision American Psychiatric Association. Masson, Milano, 2002.

Gallese V. The manifold of interpersonal relations: the quest for a common mechanism. Phil Trans R Soc Lond B 2003; 358: 517-528.

National Comorbity Study – Replication Survey, 2006

Knickmeyer RC, Gouttard S, Kang C, Evans D, Wilber K, Smith JK, et al. (2008). A structural MRI study of human brain development from birth to 2 years. *J Neurosci*; 28(47): 12176-82.

Lanius R.A., Vermetten E., Pain C. (a cura di), *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic*. Cambridge University Press, 2010.

Leroi-Gourhan A. (1977). *Il gesto e la parola. Vol. I. Tecnica e linguaggio*. Torino: Einaudi.

Levitt P. (2003). Structural and functional maturation of the developing primate brain. *J Pediatr*; 143: S35-S45.

McKenna JJ, Thoman EB, Anders TF, Sadeh A, Schechtman VL, Glotzbach

SF. (1993). Infant-parent co-sleeping in an evolutionary perspective: implications for understanding infant sleep development and the sudden infant death syndrome. *Sleep*; 16: 263–282.

Nelson CA 3rd, Zeanach CH, Fox NA, Marshall PJ, Smyke AT, Guthrie D. Cognitive recoverty in socially deprived young children : the Bucharest Early Intervention Project. Science 2007 ; 318(5858) : 1937-40.

Noriuchi M, Kikuchi Y, Senoo A. (2007). The functional neuroanatomy of maternal love: mother's responses to infant's attachment behaviors. *Biol Psychiatry*; 63: 415−423.

Pancheri, 1980

Peña-Melian A. (2000). Development of human brain. *Human Evolution*; 15: 99-112.

Simpson SW, Quade J, Levin NE, Butler R, Dupont-Nivet G, Everett M, Semaw S. (2008). A female Homo erectus pelvis from Gona, Ethiopia. *Science*; 322: 1089-1092.

Shore R. Rethinking the brain: New insights into early development. New York: Families and Work Institute, 1997.

van der Kolk B. A. e d'Andrea W. Towards a developmental trauma disorder diagnosis for childhood interpersonal trauma. In: Lanius R.A., Vermetten E., Pain C. (a cura di), *The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease: The Hidden Epidemic*. Cambridge University Press, 2010.

Papoušek, H. (2000). Intuitive parenting: The changing interpretation of human infancy. In: H.E. Fitzgerald & J. D. Osofsky (a cura di), *Handbook of infant mental health*. Voll. III Parenting and Child Care. New York: Wiley, 310-321.

[1] Arnott B, Meins E. Continuity in mind-mindedness from pregnancy to the first year of life Infant Behavior & Development 2008; 31: 647–654.

[2] Bransford JD, Brown AL, Cocking RR. Mind and Brain. In: Jossey-Bass Publishers (eds.) The Jossey-Bass Reader on the Brain and Learning, San Francisco: John Wiley and Sons, 2008: 89-108.

[3] Brazelton TB, Nugent JK. The Neonatal Behavioral Assessment Scale. Cambridge: Mac Keith Press, 1995.

[4] Brockington IF, Aucamp HM, Fraser C. Severe disorders of the mother–infant relationship: definitions and frequency. Arch Womens Ment Health 2006; 9: 243–251.

[5] Carter AS, Mayes LC, Pajer KA. The role of dyadic affect in play in infant sex in predicting infant response to the still-face situation. Child Dev 1990; 61(3): 764-73.

[6] Carter AS, Briggs-Gowan MJ, Davis NO. Assessment of young children's social-emotional development and psychopathology: recent advances and recommendations for practice. J Child Psychol Psychiatry 2004; 45(1):109-34.

[7] Cassidy J. Emotion regulation: influences of attachment relationships.

Monogr Soc Res Child Dev 1994; 59(2-3): 228-49.

[8] Cohn JF, Campbell SB, Ross S. Infant response in the still-face paradigm at 6 months predicts avoidant and secure attachment at 12 months. Dev Psychopathol 1991; 3: 367-376.

[9] Cole PM, Deater-Deckard K. Emotion regulation, risk, and psychopathology. J Child Psychol Psychiatry 2009; 50(11): 1327–1330.

[10] Fogel A, Thelen E. Development of early expressive and comunication action: reinterpreting the evidence from a dynamic system perspective. Developmental Psychology 1987; 23(6): 747-61.

[11] Fonagy P. The development of psychopathology from infancy to adulthood: the mysterious unfolding of disturbance in time. Inf Ment Health J 2003; 24: 212-239.

[12] Frigerio A, Ceppi E, Rusconi M, Giorda R, Raggi ME, Fearon P. The role played by the interaction between genetic factors and attachment in the stress response in infancy. Journal of Child Psychology and Psychiatry 2009; 50(12): 1513–1522.

[13] Gallese V. The manifold of interpersonal relations: the quest for a common mechanism. Phil Trans R Soc Lond B 2003; 358: 517-528.

[14] Gianino A, Tronick E. The mutual regulation model: the infant's self and interactive regulation, coping, and defensive capacities. In: Field, T, McCabe P, Schneiderman N (eds.). Stress and coping. Hillsdale, NJ: Erlbaum 1988: 47-68.

[15] Greenspan, SI. Lo sviluppo dell'Io. Teoria della personalità, psicopatologia e processo psicoterapeutico. Milano: Franco Angeli, 1999.

[16] Gunnar MR, Cheatham CL. Brain and behavior interface: stress and the developing brain. Infant Ment Health J 2003; 24(3): 195–211.

[17] Halligan SL, Murray L, Martins C, Cooper PJ. Maternal depression and psychiatric outcomes in adolescent offspring: a 13-year longitudinal study. J Affect Disord 2007, 97 (1-3): 145-54.

[18] Hofer MA. Early relationships as regulators of infant physiology and behavior. Acta Paediatr Suppl 1994; 397: 9-18.

[19] Keenan K. Emotion dysregulation as a risk factor for child psychopathology. Clin Psychol 2000; 7: 418-434.

[20] Knickmeyer RC, Gouttard S, Kang C, Evans D, Wilber K, Smith JK, et al. A structural MRI study of human brain development from birth to 2 years. J Neurosci 2008; 28(47): 12176-82.

[21] Krpan, KM, Coombs, R, Zinga D, Steiner M, Feliming AS. Experential and hormonal correlates of maternal behavior in teen and adult mothers. Horm Behav 2005 ; 47(1) : 112-22.

[22] Leckman JF, Feldman R, Swain JE, Eicher V, Thompson N, Mayes LC. Primary parental preoccupation: circuits, genes, and the crucial role of the environment. J Neural Transm 2004; 111(7): 753-71.

[23] Legros JJ, Chiodera P, Geenen V. Inhibitory action of exogenous

oxytocin on plasma cortisol in normal human subjects: evidence of action at the adrenal level. Neuroendocrinology 1988; 48(2): 204-6.

[24] Leibenluft E, Gobbini MI, Harrison T, Haxby J. Mothers' neural activation in response to pictures of their children and other children. Biol psychiatry 2004; 56: 225 – 232.

[25] Lenzi D, Trentini C, Pantano P, Macaluso E, Iacoboni M, Lenzi GL, et al. Neural basis of maternal communication and emotional expression processing during infant preverbal stage. Cereb Cortex 2008; 19: 1124 – 1133.

[26] Leroi-Gourhan A. Il gesto e la parola. Vol. I. Tecnica e linguaggio. Torino: Einaudi, 1977.

[27] Levitt P. Structural and functional maturation of the developing primate brain. J Pediatr 2003; 143: S35-S45.

[28] Lorberbaum JP, Newman JD, Horwitz AR, Dubno JR, Lydiard RB, Hamner MB, et al. A potential role for thalamocingulate circuitry in human maternal behavior. Byol Psychiatry 2002; 51(6): 431-45.

[29] Mantymaa M, Puura K, Luoma I, Salmelin R, Davis H, Tsiantis J, et al. Infant-mother interaction as a predictor of child's chronic health problems. Child: Care Health Dev 2003; 29(3): 181-191.

[30] Mantymaa M, Puura K, Luoma I, Salmelin R, Tamminen T. Early mother-infant interaction, parental mental health and symptoms of behavioural and emotional problems in toddlers. Infant Behav Dev 2004; 27: 134-149.

[31] Mathiesen KS, Sanson A. Dimensions of early childhood behavior problems: Stability and predictors of change from 18 to 30 months. J Abnorm Child Psychol 2000; 28: 15–31

[32] Matthiesen AS, Ransjo-Arvidson AB, Nissen E, Uvna¨s-Moberg K. Postpartum Maternal Oxytocin Release by Newborns: Effects of Infant Hand Massage and Sucking. Birth 2001; 28: 13-19.

[33] McKenna JJ, Thoman EB, Anders TF, Sadeh A, Schechtman VL, Glotzbach SF. Infant-parent co-sleeping in an evolutionary perspective: implications for understanding infant sleep development and the sudden infant death syndrome. Sleep 1993; 16: 263–282.

[34] Mesman J, van Ijzendoorn MH, Bakermans-Kranenburg MJ. The many faces of the Still-Face Paradigm: A review and meta-analysis. Developmental Review 2009; 29: 120–162.

[35] Montirosso R, Premoli B, Cozzi P, Borgatti R, Tronick E. Regolazione emozionale in bambini tra i 3 e i 6 mesi: applicazione del paradigma still-face. Giornale Italiano di Psicologia 2007; 1: 193-219.

[36] Nelson CA 3rd, Zeanach CH, Fox NA, Marshall PJ, Smyke AT, Guthrie D. Cognitive recoverty in socially deprived young children : the Bucharest Early Intervention Project. Science 2007 ; 318(5858) : 1937-40.

[37] Nitschke JB, Nelson EE, Rush BD, Fox AS, Oakes, TR, Davidson RJ. Orbitofrontal cortex tracks positive mood in mothers viewing pictures of their newborn infants. Neuroimage 2003; 21(2): 583−592.

[38] Noriuchi M, Kikuchi Y, Senoo A. The functional neuroanatomy of maternal love: mother's responses to infant's attachment behaviors. Biol Psychiatry 2007; 63: 415−423.

[39] O'Connor TG, Heron J, Glover V. Antenatal anxiety predicts child behavioral/emotional problems indipendently of postnatal depression. J Am Acad Child Adol Psychiatry 2002; 41(12): 1470-7.

[40] Papoušek, H. (2000). Intuitive parenting: The changing interpretation of human infancy. In: H.E. Fitzgerald & J. D. Osofsky (a cura di), *Handbook of infant mental health*. Voll. III Parenting and Child Care. New York: Wiley, 310-321.

[41] Papoušek M. Communication in early infancy: An arena of intersubjective learning. Infant Behav Dev 2007; 30: 258–266.

[42] Peña-Melian A. Development of human brain. Human Evolution 2000; 15: 99-112.

[43] Pruessner JC, Champagne F, Meaney MJ, Dagher A. Dopamine release in response to a psychological stress in humans and its relationship to early life maternal care: a positron emission tomography study using [^{11}C] Raclopride. J Neurosci 2004; 24(11): 2825−2831.

[44] Risholm Mothander P. Maternal adjustment during pregnancy and the infants first year. Scand J Psychol 1992 ; 33(1): 20–28.

[45] Rothbart MK, Ziaie H, O'Boyle CG. Self-regulation and emotion in infancy. New Dir Child Dev 1992 ; 55 : 7-23.

[46] Sameroff AJ. The science of infancy: Academic, social, and political agendas. Infancy 2005; 7(3): 219-242.

[47] Sander, L. Sistemi viventi. L'emergere della persona attraverso l'evoluzione della consapevolezza. Milano: Raffaelo Cortina Editore, 2007.

[48] Schore AN. Back to basics: Attachment, affect regulation, and the developing right brain: linking developmental neuroscience to pediatrics. Pediatr Rev 2005; 26: 204-217.

[49] Seganti A. La memoria sensoriale delle relazioni. Torino: Bollati Boringhieri, 1995.

[50] Simpson SW, Quade J, Levin NE, Butler R, Dupont-Nivet G, Everett M, Semaw S. A female Homo erectus pelvis from Gona, Ethiopia. Science 2008; 322: 1089-1092.

[51] Shore R. Rethinking the brain: New insights into early development. New York: Families and Work Institute, 1997.

[52] Sroufe AL, Rutter M. The domain of developmental psychopathology, Child Dev 1984; 55: 17-29.

[53] Strathearn L, Li J, Fonagy P, Montague PR What's in a face smile? Maternal brain responses to infant facial cues. Pediatrics 2008; 122(1): 40–51.

[54] Swain JE, Lorberbaum JP, Kose S, Strathearn L. Brain basis of early

parent-infant interaction: psychology, physiology and in vivo functional neuroimaging study. J Child Psychol Psychiatry 2007; 48(3/4): 262−287.

[55] Thun-Hohenstein L, Wienerroither C, Schreuer M, Seim G, Wienerroither H. Antenatal mental representations about the child and mother–infant interaction at three months post partum Eur Child Adolesc Psychiatry 2008; 17: 9–19.

[56] Trevarthen C. Empatia e biologia. Psicologia, cultura e neuroscienze. Milano: Raffaello Cortina, 1998.

[57] Tronick E. Emotions and emotional communication in infants. Am Psychyol 1989; 44(2): 112-9.

[58] Tronick E. Regolazione emozionale. Milano: Raffaelo Cortina Editore, 2008.

[59] Tronick E. The neurobehavioral and social-emotional development of infants and children. New York, NY: Norton & Company, 2007.

[60] Tronick E, Als H, Adamson L, Wise S, Brazelton TB. The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. J Am Acad Child Psychiatry 1978. 17(1): 1-13.

[61] Tronick E, Cohn J. Infant-mother face-to-face interaction: age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination. Child Dev 1989; 60(1): 85-92.

[62] Walker C, Deschamps S, Proulx K, Tu M, Salzman C, Woodside B, et al.

Mother to infant or infant to mother? Reciprocal regulation of responsiveness to stress in rodents and the implications for humans. J Psychiatry Neurosci 2004; 29(5): 364-82.

DALLA SEGNALAZIONE ALLA ACCOGLIENZA

Ruolo dell'educatore nel contenimento e nell'elaborazione della sofferenza psichica del minore

Renato Borgatti
Psicologo, Psicoterapeuta

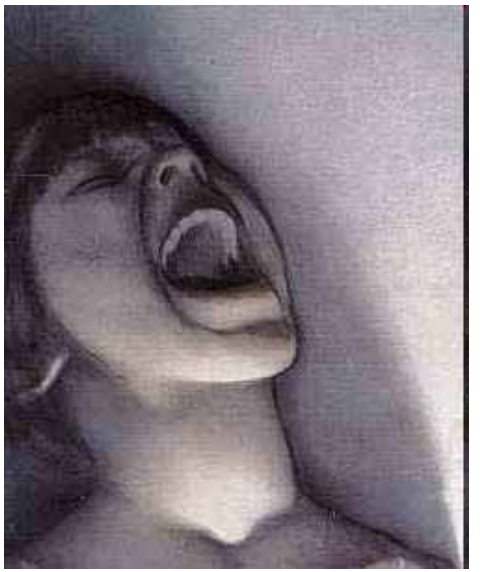
Neuropsichiatra dell'infanzia ed adolescenza
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "E. Medea"
Bosisio Parini (LC)
Facoltà di Psicologia Università Cattolica - Milano

Indice parte I : alcune linee guida

- Dalla segnalazione alla accoglienza : le ***tappe*** di un percorso.
- La ***segnalazione*** : un offerta di aiuto facilmente distorta
- Inserimento in comunità: quale accoglienza ***possibile***
- ***Definizione*** di contenimento ed accettazione
- ***Fattori condizionanti*** la capacità di esercitare contenimento ed accoglienza
- Il ruolo giocabile dagli educatori in un ***percorso*** costruito sulla condivisione
- Le comunità di accoglienza laboratori per costruire relazioni: l'importanza di un ***imprinting***

Dalla segnalazione alla accoglienza : **le tappe** di un percorso.

La storia di ……



Ogni bambino ha una storia ….

Ogni bambino ha/aveva legami ….

Ogni bambino ha subito dei traumi ….

Raffaele, detto Raffa,

e la sua rabbia mai espressa ne' elaborata.

Secondo di tre fratelli, nasce a Napoli, il padre muore quando lui ha sette anni. Si trasferisce con la mamma al nord presso parenti. La signora con RMlieve non riesce a gestire la nuova vita. Due ragazzi maggiori sono inseriti in comunità il più piccolo in affido.

Inserimento non problematico; frequenta le medie, poi le scuole professionali. I problemi iniziano a manifestarsi con l'inserimento lavorativo … ovunque combina danni e viene sempre licenziato.

Si decide di fare una valutazione neuropsichiatrica al fine di certificare una condizione di ritardo ottenere una certificazione di invalidità ed accedere alle liste di collocamento speciale.

Nel corso della valutazione, il legame con uno psicologo consente l’avvio di un breve counselling durante il quale emergono nuclei di rabbia mai espressa, che nel tempo hanno assunto una profonda connotazione autodistruttiva

La discussione in equipe consente la realizzazione di un progetto meno “paternalistico” e più centrato alla promozione delle parti adulte ed evolutive del Sé.

Col tempo Raffa si trova da solo un lavoro, animatore di villaggi turistici, si stacca dall’ala protettiva della comunità e ottiene lentamente, ma progressivamente, una buona autonomia affettiva e sociale.

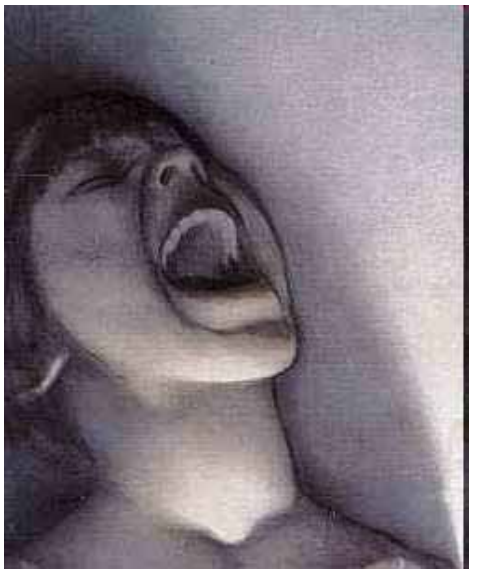
La storia di ……

Raffa

Ogni bambino ha una storia ….

Ogni bambino ha/aveva legami ….

Ogni bambino ha subito dei traumi ….



Sempre più frequentemente

i bambini/ragazzi inseriti in comunità …

Presentano :

difficoltà sul piano cognitivo/attentivo

difficoltà nel comportamento/controllo degli impulsi

patologia psichiatrica conclamata

….

come può la loro storia darcene spiegazione?

Dr Montirosso ……

Relazione precoce madre/bambino ed effetti ……

nella regolazione degli affetti

attaccamento disorganizzato

minor controllo degli impulsi

…..

genetica ed epigenetica

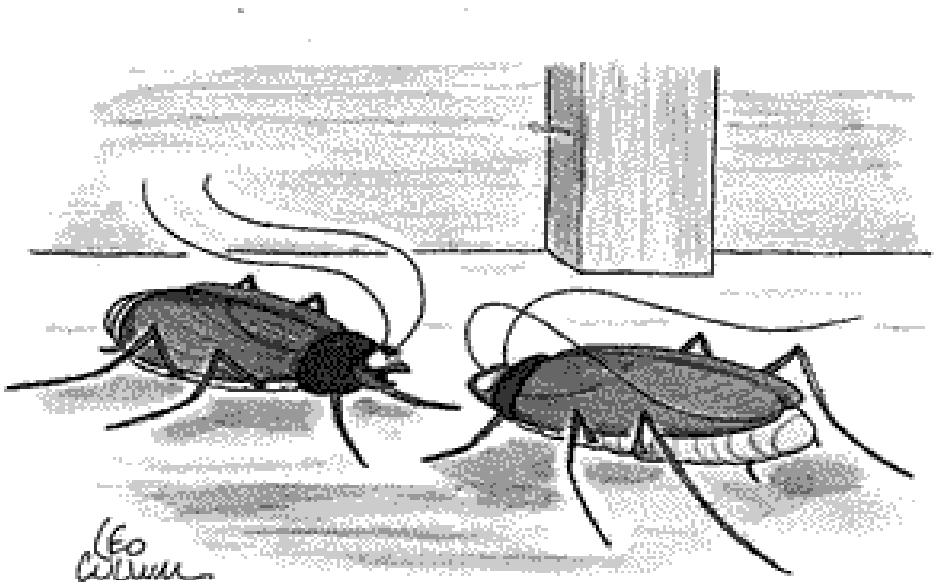
genetica ……

Maggior frequenza negli ascendenti di

malattie psichiatriche (schizofrenia; depressione maggiore)
stati cognitivi limite o ritardo mentale
disturbi della condotta e del comportamento
abuso di alcool o sostanze stupefacenti

Resilienza

Implica una relativa resistenza ai fattori di rischio ambientale e una miglior capacità di superare lo stress e le avversità



"I got over DDT, and I'll get over you!"

(Rutter 2006)

Origine Fetale delle malattie

L’ipotesi di un’influenza fetale su malattie che si sviluppano in età adulta prende avvio da uno studio che dimostrò la predisposizione a contrarre malattie cardiovascolari (CVD) e diabete mellito non insulino dipendente (NIDDM) come conseguenza di una errata *programmazione* avvenuta in utero come risposta ad una denutrizione fetale

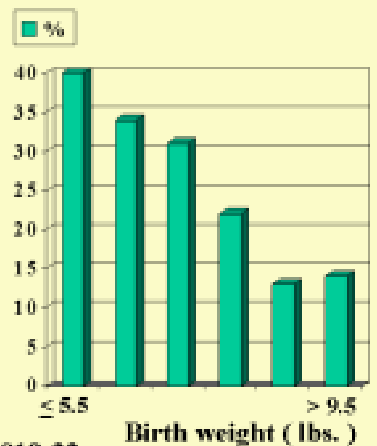
Origine Fetale delle malattie

Tu sei ciò che tua madre ha mangiato

Dutch Hunger Winter, 1944-45

Origine Fetale delle malattie

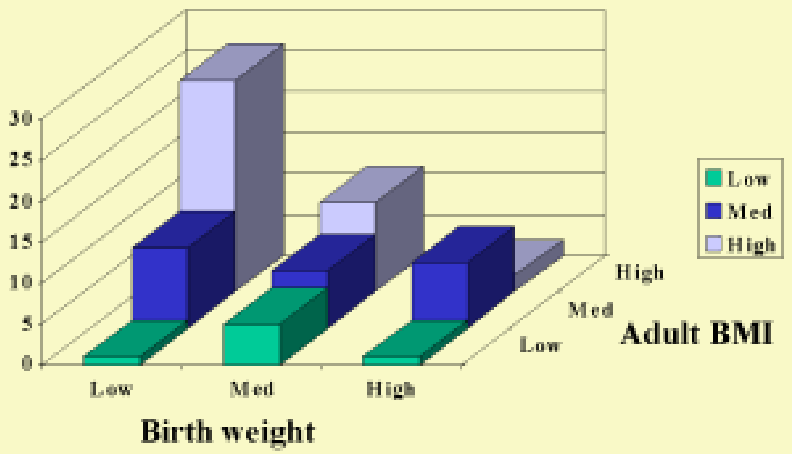
Prevalence of non-insulin dependent diabetes and impaired glucose tolerance in men by their birth weight (N=370)



Fetal and infant growth and impaired glucose tolerance at age 64.

Hales CN, et al. *BMJ* 1991;303:1019-22.

Effects of birth weight and adult weight on the metabolic syndrome in women.



Yarbrough DE, et al. *Diabetes Care* 1998; 21:1652-1658.

Origine Fetale

Ridotta Crescita Fetale

Fattori Genetici condizionabili dalle condizioni di vita

Programmazione Fetale

Modificazione di Strutture/Funzioni

Rischio di malattia in età adulta

Programmazione Fetale

- La plasticità dello sviluppo permette all'organismo di cambiare (cioè ri-programma) struttura e funzione in risposta a stimoli ambientali.
- La plasticità assume un significato adattativo perché permette da un singolo genotipo di svilupparsi una gamma di fenotipi in funzione di fattori ambientali.
- Il feto mette in atto mediante la programmazione in risposta ai segnali ricevuti adattamenti che preparino l'individuo per l'ambiente postnatale.

Programmazione Fetale

La pelliccia di una prole arvicola di prato è più spessa se i piccoli nascono in autunno piuttosto che se nascono in primavera

La arvicola di prato ha sviluppato una strategia (sensibilità alla durata della luce del giorno) che le permette di modificare le sue condizioni in rapporto a ciò che si aspetta per il futuro

(Lee & Zucker, 1988).

Epigenetica

- Variazioni dell'attività genica (espressione) senza alterare la struttura di base (codice) del gene
- Gene rimane lo stesso ma non fa ciò per cui è stato programmato
- Gene può essere messa a tacere, evitando l'espressione genica

•L’attività del gene può essere migliorata aumentandone l'espressione genica

•Le modifiche possono essere trasmesse alla generazione successiva

Controllo genetico

esistono ceppi distinti di topi e ratti che mostrano livelli molto diversi di cure materne. (Per esempio: madri C57 curano molto di più di madri balb-c.)

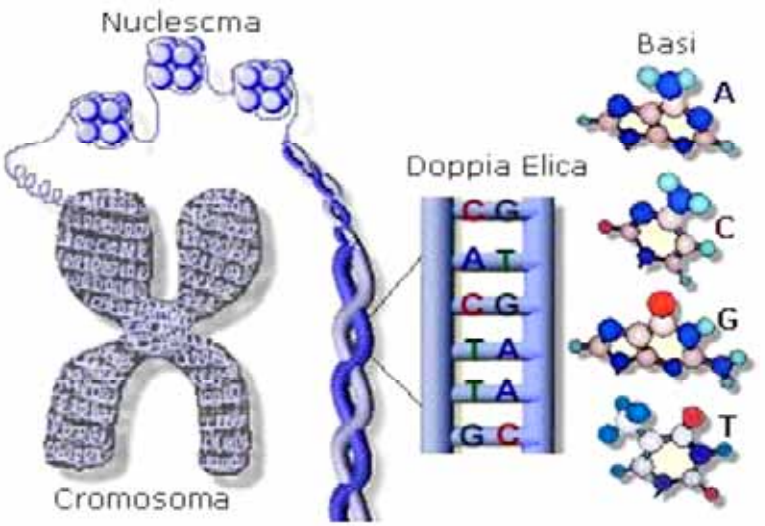
Queste differenze suggeriscono una base genetica dello "stile materno".

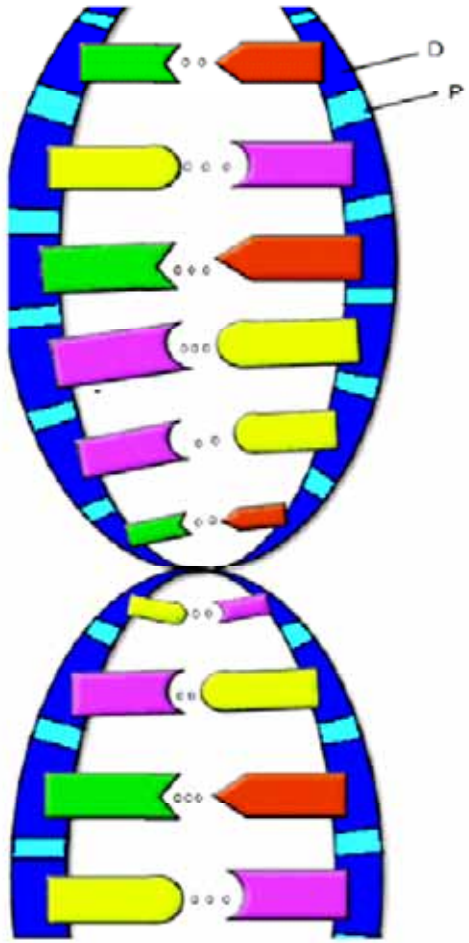
.. ma studi basati sullo scambio di nidiate evidenziano l'importanza di fattori epi-genetici.

Figlie di madri balb-c allevate da madri C57 diventano madri che curano molto, esattamente come le figlie naturali della femmina C57.

Inoltre: i ceppi che esibiscono alti livelli di cure materne sono generalmente meno stressati e meno neofobici.

Struttura del DNA





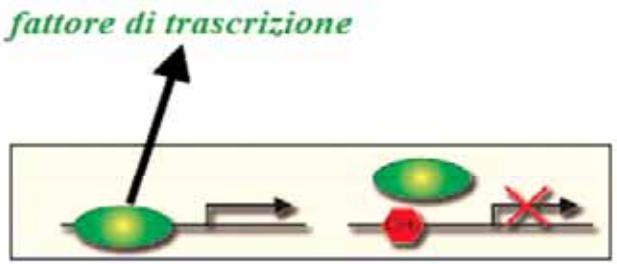
Thymine
Adenine
Guanine
Cytosine

D = Deoxyribose (sugar)

P = Phosphate

Hydrogen Bond

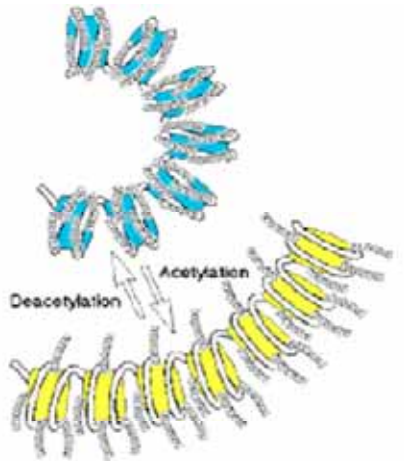
Metilazione del DNA e acetilazione degli istoni: silenziamento trascrizionale del programma genetico



Metilazione a livello delle basi C (citosine)

Ridotta interazione con proteine che legano il DNA

In molti casi, poiché queste proteine sono fattori che promuovono la trascrizione, ciò determina il silenziamento selettivo di un gene

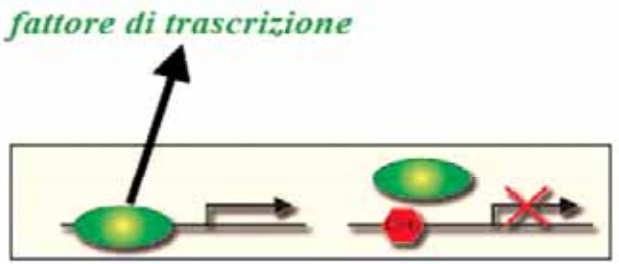


Acetilazione degli istoni

Distensione della cromatina, che diventa più accessibile all'interazione con proteine che legano il DNA

In molti casi, poiché queste proteine sono fattori che promuovono la trascrizione, ciò determina attivazione funzionale di un gene

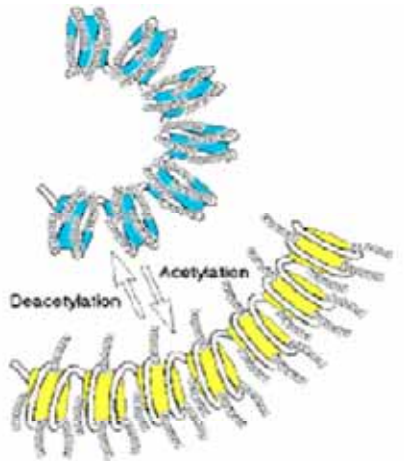
Metilazione del DNA e acetilazione degli istoni: silenziamento trascrizionale del programma genetico



Metilazione a livello delle basi C (citosine)

Ridotta interazione con proteine che legano il DNA

In molti casi, poiché queste proteine sono fattori che promuovono la trascrizione, ciò determina il silenziamento selettivo di un gene

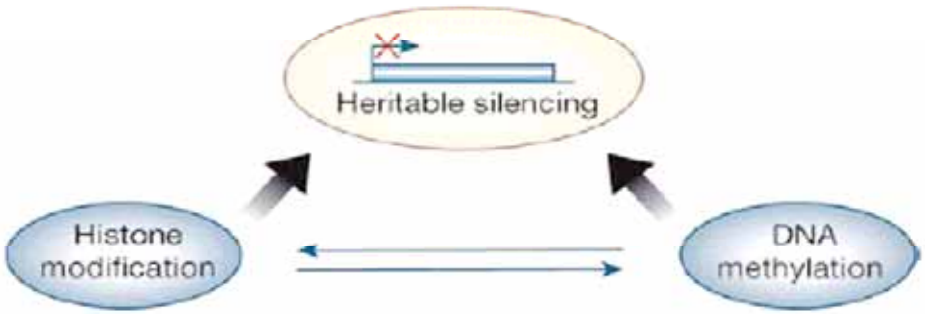


Acetilazione degli istoni

Distensione della cromatina, che diventa più accessibile all'interazione con proteine che legano il DNA

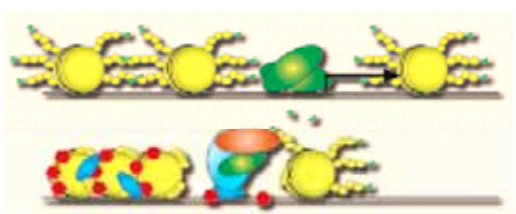
In molti casi, poiché queste proteine sono fattori che promuovono la trascrizione, ciò determina attivazione funzionale di un gene

Metilazione del DNA e acetilazione degli istoni possono influenzarsi reciprocamente



L'acetilazione degli istoni, distendendo la cromatina, può favorire l'accesso al DNA di enzimi che lo de-metilano, rendendolo quindi localmente attivo.

I gruppi metilici sulle citosine attraggono particolari proteine, tra cui le istoni de-acetilasi che, de-acetilando gli istoni, condensano la cromatina rendendola inattiva.

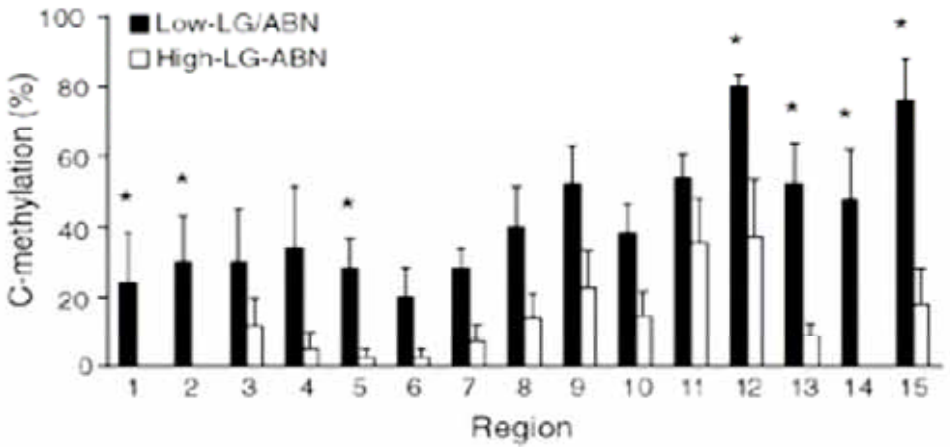


Metilazione del DNA e acetilazione degli istoni
Sono meccanismi di modificazione e controllo della trascrizione molto più dinamici di quanto si ritenesse in passato

1) **Subito dopo la fecondazione, nello zigote avviene un'onda di de-metilazione che porta all'attivazione complessiva del genoma. Solo in seguito, al momento dell'impianto dell'embrione nell'utero, nuovi pattern di metilazione vengono eseguiti da appositi enzimi noti come metil-transferasi.**

2) **Il livello di metilazione di determinati geni in determinati tessuti può essere influenzato dall'interazione con l'ambiente.**

Programmazione epigenetica delle risposte allo stress: il ruolo delle cure materne durante le prime fasi di sviluppo

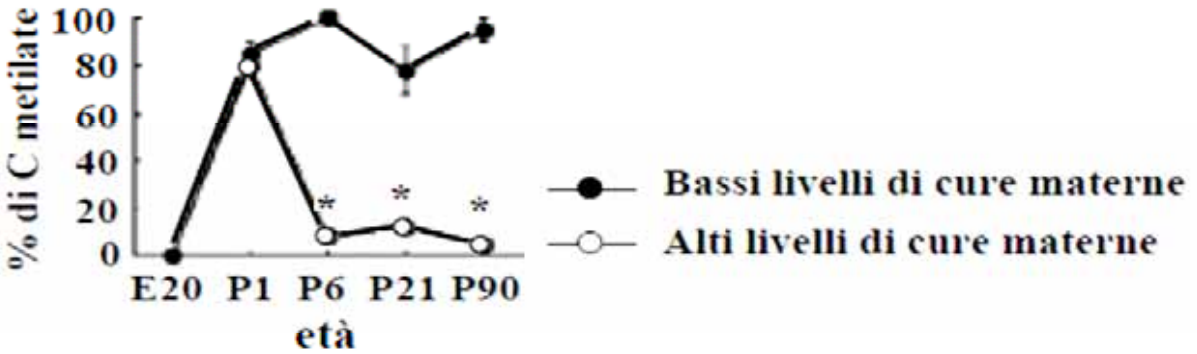


Nell'ippocampo, il promotore del gene per il recettore dei glucocorticoidi presenta livelli di metilazione molto più bassi in individui che hanno ricevuto cure materne intense durante i primi giorni di vita (barre bianche).

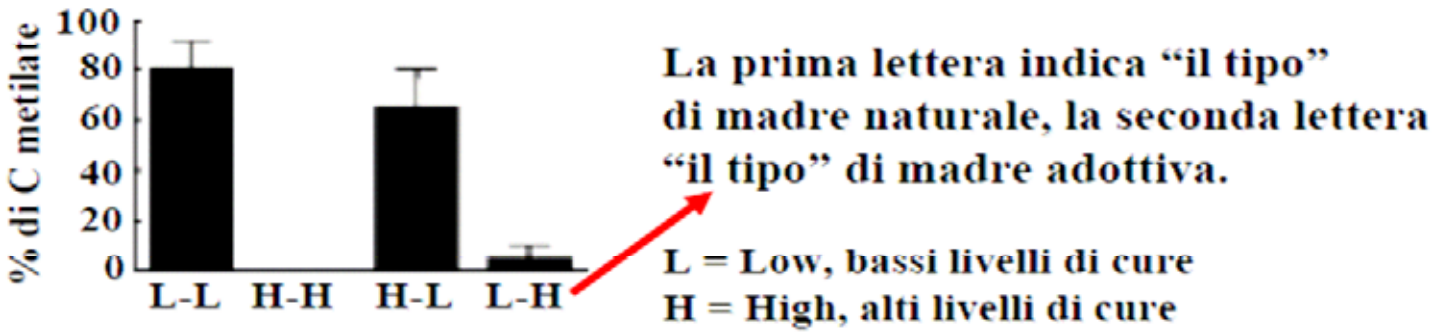
Ciò implica che il gene è più attivo, quindi la sintesi di più alti livelli di recettore. Ciò determina un feedback per il cortisolo più sensibile, quindi una migliore risposta allo stress.

Dimostrazione dell'influenza delle cure materne sui livelli di metilazione

1) La de-metilazione del promotore del gene del recettore dei glucocorticoidi avviene nella prima settimana di vita, ed è permanente.



2) Lo scambio di nidiate alla nascita mostra che i livelli di metilazione dipendono dallo stile materno della madre adottiva



La segnalazione : un offerta di aiuto facilmente distorta

La Segnalazione/Allontanamento rappresenta sempre uno **scacco della società** nei confronti del minore

- # fallimento degli interventi di prevenzione
- # fallimento degli interventi di rete e di sostegno

E’ sempre e comunque un’offerta di **aiuto** (per quanto estrema e carica di sofferenza) rivolta sia alla **famiglia** che al **minore**

- comunque l’allontanamento sancisce un’inadeguatezza (letta dalla famiglia come colpa con attivazione di meccanismi persecutori)
- determina nel minore la messa in atto di strategie protettive nei confronti del proprio nucleo famigliare (negazione, senso di colpa)

Costruire un rapporto con la famiglia di origine che in qualche modo consenta la rielaborazione della perdita e del vissuto di inadeguatezza è possibile?

La storia di SIMONE

…..

Come conseguenza ***all'allontanamento :*** quale minore giunge in comunità?

Il minore coglie **l'aspetto persecutorio** della esperienza di allontanamento per cui è:

- un bambino allontanato (perseguitato);
- un bambino impegnato nella "difesa" dei suoi genitori;
- un bambino più o meno profondamente ferito:
  - ferite acute
  - ferite croniche
- un bambino abituato a modalità relazionali distorte.

quale minore giunge in comunità?

….. Un bambino che nel profondo è andato costituendosi una

IDENTITA’ DI SE’ NEGATIVA

Quale accoglienza ***possibile*?**

Accoglienza ***ideale***

Accoglienza ***reale***

Quale accoglienza ***possibile*****?**

- Accoglienza ***ideale*** è in realtà una non accoglienza (ci difende da sentimenti di inadeguatezza; da sentimenti depressivi)

- La prima ***accoglienza*** dobbiamo compierla nei confronti ***di noi stessi*** (dobbiamo volerci bene per quello che siamo e non per quell' IO ideale che vorremmo essere)

accoglienza ***possibile***

- Dobbiamo proteggerci dall'idea di essere troppo:
  - oblativi,
  - salvifici,
  - onnipotenti
- Tutto ciò ci consentirà di ***ridurre il nostro livello di aspettative.*** E questo e' il primo passo per essere realmente accoglienti.

SE

ESSERE ACCOGLIENTI (accettanti)

è la premessa indispensabile

ESSERE CONTENITIVI

rappresenta il primo compito educativo

Cosa vuol dire: CONTENERE ?

Per Bion **CONTENERE** rappresenta la capacità di recepire messaggi e tollerare frustrazioni assorbendoli e metabolizzandoli in una sorta di digestione psicologica senza attivare processi espulsivi di tipo proiettivo legati alle ansie persecutorie.

Secondo **Bion** la mente nei confronti di emozioni, pensieri, esperienze che la attraversano è in grado di

AGGREGARE

(mettere insieme)

CONTENERE

(tenere dentro)

FRANTUMARE

(dividere)

ESPELLERE

(buttar fuori)

Bion chiama

Un individuo si posiziona prevalentemente in **D** o in **SP** in base:

- ✓**Caratteristiche individuali** (fattori biologici)
- ✓**Esperienze passate** (fattori ambientali)
- ✓**Stati contingenti** (fattori situazionali)

Un minore andato incontro ad esperienze di maltrattamento si trova prevalentemente in una posizione **“SP”** per

- ✓**Caratteristiche individuali**: (possibile danno biologico, debilità mentale, deficit strumentali, etc..)
- ✓**Esperienze passate** (scarso contenimento, esperienze di rifiuto, non accettazione, deficit di autostima, mancanza di attribuzione di ruolo, etc..)
- ✓**Stati contingenti** (sofferenza intollerabile, frequenti insuccessi, esperienza di allontanamento come perdita, etc…)

COME CONSEGUENZA

- Avrà spesso una percezione della realtà parziale e distorta
- Coglierà più facilmente gli aspetti persecutori delle esperienze
- Metterà in atto più facilmente comportamenti attraverso i quali agire (espellere) le proprie ansie persecutorie

paradossalmente

anche gli **operatori** di un bimbo andato incontro a maltrattamento, si trovano più facilmente in una condizione SP perché:

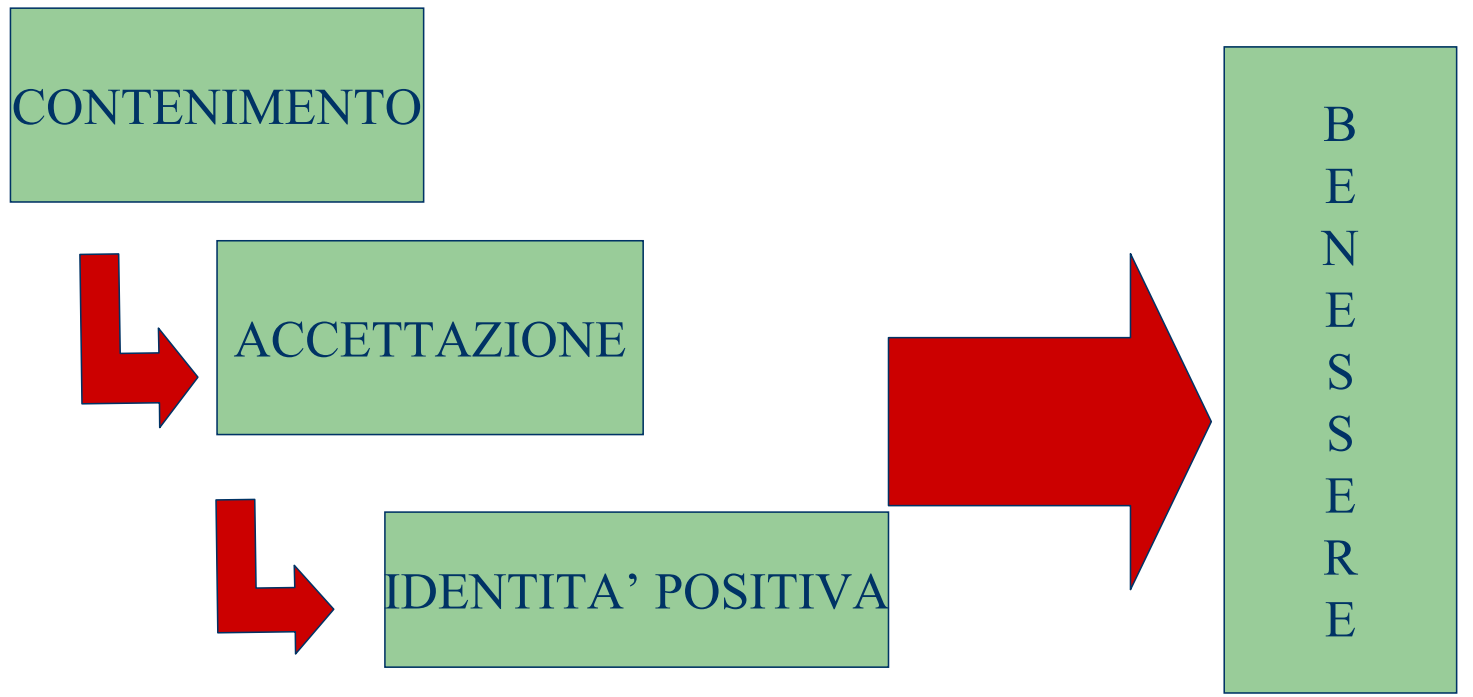
- si trovano a condividere una grande sofferenza;
- sono investiti da pesanti angosce persecutorie;
- si trovano “invischiati” in sistemi che tendono a favorire funzionamenti tipo SP

In questo contesto è molto più difficile mettere in atto

COMPORTAMENTI CONTENITIVI

e

far sperimentare **ACCETTAZIONE.**


CONTENIMENTO
ACCETTAZIONE
IDENTITA' POSITIVA
BENESSERE

attenzione ……..

Accettazione personale è fortemente condizionata dall’accettazione sociale

CONTENIMENTO
un meccanismo a scatole:

ne consegue che …..

Il gruppo comunità spesso rappresenta per il minore allontanato dalla sua famiglia il primo grande banco di prova per sperimentare quanto la società sia **accogliente e contenitiva** rispetto ai suoi bisogni

L'educatore di riferimento, ricopre quindi un ruolo importantissimo che va ben oltre il semplice aspetto educativo e di accudimento.

Peculiarità del ruolo educativo ricoperto all'interno di una comunità residenziale

- intervento costruito sulla condivisione

(vivere con …)

- presenza costante e duratura

(vivere a lungo con …)

- intervento a stile familiare (piccolo gruppo casa) all'interno di una più ampia comunità

Aspetti problematici del ruolo educativo in un contesto residenziale

- Elevato onere educativo (peso delle responsabilità)
- Elevato livello ideale (elevate aspettative)
- Struttura “a scatole” talvolta poco contenitiva

rischio di sentirsi soli

Indice parte II: alcune storie significative

- Andrea e i ***Disturbi Generalizzati dello Sviluppo***.
- Nello e i ***Disturbi dell'Intelligenza***
- Davide e i ***Disturbi dell'Attenzione con Iperattività***
- ***I disturbi del Comportamento e delle Condotte***
  - Maicol : il furto, il gioco e le condotte compulsive
  - Ivan: gli acting aggressivi e distruttivi
  - Chiara : disinibizione sessuale
- Massimo e Giuliana : due facce opposte della comunità

Andrea e i

Disturbi Generalizzati dello Sviluppo

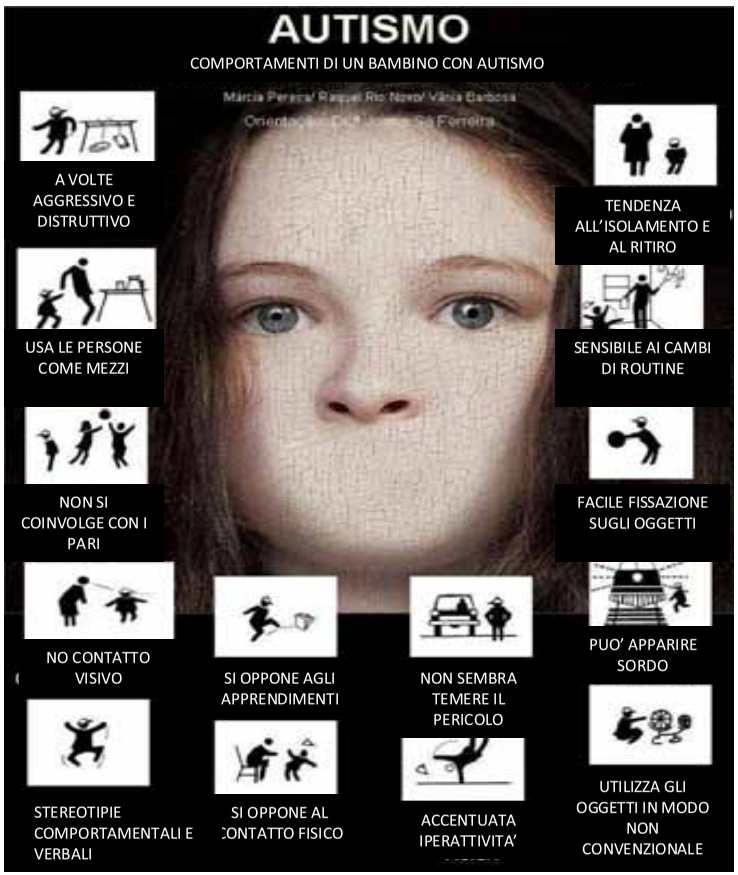
- Disturbo Autistico
- Sindrome di Rett
- Sindrome di Asperger
- Disturbo Disintegrativo della Fanciullezza
- Disturbo Generalizzato dello sviluppo n.c.

classificazione ICD 10 e correlazioni

F84 Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico

- **F84.0 Autismo Infantile** Sindrome autistica, Autismo infantile, Sindrome di Kanner , Psicosi Infantile
- **F84.1 Autismo Atipico*** Ritardo con caratteristiche autistiche, Psicosi infantile atipica
- **F84.2 Sindrome di Rett**
- **F84.3 Sindrome disintegrativa** Psicosi disintegrativa, demenza infantile dell'infanzia di altro tipo, psicosi simbiotica
- **F84.5 Sindrome di Asperger** Psicopatologia autistica, disturbo schizoide infantile

AUTISMO



È una sindrome comportamentale causata da un disturbo dello sviluppo biologicamente determinato, con esordio nei primi tre anni di vita. Le aree prevalentemente interessate sono relative all'interazione sociale, abilità di comunicare idee e sentimenti e capacità di stabilire relazioni con gli altri (Szatmari 2003).

EPIDEMIOLOGIA:

- 1/1000;
- nessuna differenza etnica/geografica;
- i maschi hanno un rischio 3-4 volte maggiore.

Criteri diagnostici DSM-IV-TR (1)

CRITERIO 1: Compromissione qualitativa dell'interazione sociale

A. Compromissione nell'uso di svariati comportamenti non verbali (sguardo diretto, espressione mimica, posture corporee e gesti) che regolano l'interazione sociale;

B. Incapacità di sviluppare relazioni coi pari adeguate al livello di sviluppo;

C. Mancanza della ricerca spontanea del contatto intersoggettivo;

D. Compromissione di reciprocità sociale o emotiva.

Criteri diagnostici DSM-IV-TR (2)

CRITERIO 2: Compromissione qualitativa della comunicazione

A. Ritardo o totale mancanza del linguaggio parlato (senza modalità alternative di comunicazione gestuale o mimica);

B. In presenza di linguaggio, marcata compromissione della capacità di iniziare o sostenere una conversazione con altri;

A. Uso di linguaggio stereotipato e ripetitivo o linguaggio eccentrico;

B. Mancanza di giochi di simulazione vari e spontanei o di giochi di imitazione sociale adeguati al livello di sviluppo.

Criteri diagnostici DSM-IV-TR (3)

CRITERIO 3: Modalità di comportamento, interessi ed attività ristretti, ripetitivi e stereotipati

A. Dedizione pervasiva ad uno o più tipi di interessi ristretti anomali per intensità o per focus attentivo;

B. Sottomissione del tutto rigida ad abitudini o rituali specifici;

A. Manierismi motori stereotipati e ripetitivi (battere, torcere mani o capo, complessi movimenti di tutto il corpo);

B. Persistente ed eccessivo interesse per parti di oggetti

La storia di Andrea

Andrea giunge alla segnalazione dei Servizi Sociali all'età di 3 anni quando la madre, che si scoprirà essere schizofrenica, accoltella il padre …

Dopo un primo affido familiare, immediatamente fallito, viene inserito in una comunità per bambini senza deficit neuropsichici (socio-educativa e non terapeutica).

Svolge un percorso scolastico prima normale (scuola materna) poi è inserito in scuole a fini speciali dove segue programmi di tipo educativo specializzati (metodo Teacch) .

La storia di Andrea

Giunto alla maggiore età: invalidità, tutela, inserimento lavorativo protetto.

Oggi vive da solo in un appartamento inserito in un “condominio solidale”

Buon equilibrio rispetto alle sue difficoltà di base

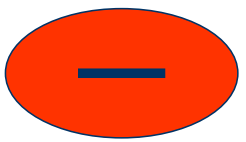
Autismo : evoluzione

Evoluzione favorevole → < 10%

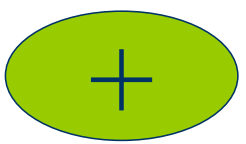
Completa dipendenza dagli altri adulti in tutti gli aspetti della vita → > 60%

Autonomia parziale → 20-30%

Autismo : prognosi *Gilbert et all.1991*



QI minore di 50
e linguaggio assente a 5 anni



QI maggiore di 70
e linguaggio presente a 3 anni

Linee guida SINPIA per i prescolari (1)

http://www.sinpia.eu/index.php

L'intervento in fase prescolare deve essere:

- PRECOCE
- INTENSIVO (tempo e spazio)
- CURRICOLARE (individualizzato, mirato, graduale, valutabile)

Due grandi famiglie di interventi:

Strategie di intervento a carattere comportamentale

1. Applied Behavior Analysis
2. TEACCH
3. LEAP

Strategie di intervento a carattere evolutivo

1. Denver Model
2. D.I.M. – floor time
3. TED

Strategie di intervento: approcci comportamentali

TEORIA DI RIFERIMENTO: Applied Behavior Analysis

METODO: le informazioni ricavate dall'analisi del comportamento osservato sono utilizzate in modo sistematico per modificare il comportamento stesso.

LOOVAS Intervento "tradizionale" precoce (1981):

Scopo: aiutare il bambini ad apprendere, vivere e funzionare nel mondo reale

Caratteristiche:

- *DISCRETE TRIAL TRAINING*
- Intervento intensivo (40 ore settimanali)
- ogni seduta prevede un set di prove (trials)
- Rapporto 1:1
- Luogo (casa e scuola)
- Uso dei rinforzi
- Apprendimento di abilita' piccole e misurabili

Modelli di presa in carico di tipo comportamentale (1)

Treatment and Education of Autistic and related Comunication Handicapped Children (TEACCH) – (Schopler et al 1983)

- attenta valutazione dei punti di forza e di debolezza;
- organizzazione sistematica dell'ambiente fisico;
- scansione precisa dell'attività;
- ausili visivi;
- partecipazione della famiglia.

Modelli di presa in carico di tipo comportamentale (2)

Learning Experiences: Alternative Program for Preschoolers and their Parents (LEAP) – (Strain et al 1994)

Integrazione tra l'intervento comportamentale proposto da Loovas e implementazione di strategie di apprendimento sociale (ad esempio attraverso il coinvolgimento con pari con sviluppo tipico).

Intervento pianificato, sistematico e individualizzato.

OBIETTIVI:

- favorire l'autonomia nell'organizzazione temporale e di gioco;
- consentire livelli maggiori di accesso all'interazione sociale.

Strategie di intervento: approcci evolutivi

TEORIA DI RIFERIMENTO: diversi contributi evolutivi (sistemi dinamici non lineari)

PRINCIPI: l'ambiente è luogo di interazione. Il contesto naturale è imprescindibile. Il bambino è un sistema dinamico aperto i cui sottosistemi (cognitivo, emozionale, sociale, neurobiologico) interagiscono nel loro sviluppo.

- Denver model (Rogers et al 2000)
- Development Intervention Model (Greenspan et al 1999)
- Therapie d'Echange et Development (Barthelemy 1995)

Modelli di presa in carico di tipo evolutivo (1)

Denver Model – (Rogers et al 2000)

Obiettivi:

sviluppare pattern cognitivi, comportamentali e linguistici

sviluppo del pensiero simbolico

→ aumentare l'interazione sociale

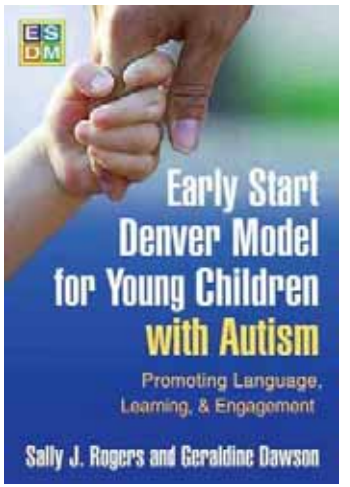
Caratteristiche:
uso del gioco come modalita' di apprendimento costante

rapporto 1:1 (adulto “facilitatore” delle relazioni sociali)

Rinforzo

Generalizzazione

bambino= componente attiva dell'apprendimento



Prevede implementazione in contesti naturali.

Modelli di presa in carico di tipo evolutivo (2)

Developmental Intervention Model (DIM) – Metodo Floor Time (Greenspan et al 1999)

Obiettivo principale: regolazione dei processi attentivi

Principi base:

Impegno nelle relazioni

Intenzionalita' interattiva

Organizzazione e problem-solving

Comunicare idee e sentimenti

Creare connessioni logiche tra idee

Modelli di presa in carico di tipo evolutivo (3)

- T.E.D. Therapie d'Echange et development
  - (Lelord, 1978; Barthelemy,1995)

- **Obiettivo:**
- sviluppare le funzioni neuro-psico-fisiche deficitarie

- **Caratteristiche:**

- **Tranquillita':** setting limitato, stanza priva di stimoli, terapeuta= unica fonte di interesse
- **Disponibilita' del terapeuta:** cogliere ed incoraggiare ogni minima manifestazione di attenzione del bambino
- **Reciprocita':** stimolare la comunicazione attraverso il gioco, i gesti, le vocalizzazioni...

Altre forme di presa in carico del bambino autistico

Terapia farmacologica

Terapia logopedica

Musicoterapia

Animal Assisted Therapy

Dieta

Allora: quale intervento funziona?

- **Non** esiste un intervento che vada bene per tutti i bambini autistici;
- **Non** esiste un intervento che vada bene per ogni fascia di età;
- **Non** esiste un intervento che possa rispondere a tutte le esigenze molteplici direttamente ed indirettamente legate all'autismo.

Anzi, la continuità e la qualità di un percorso terapeutico sono garantite attraverso:

- coinvolgimento dei genitori durante tutto il percorso;
- prospettiva diacronica: scelta di obiettivi in itinere;
- prospettiva sincronica: coordinamento dei diversi interventi;
- follow-up periodici delle strategie messe in atto dai diversi Servizi.

È importante operare una scelta di <u>COERENZA</u> tra teoria, diagnosi, intervento

La storia di Nello

Fratello maggiore di Raffaele, nasce a Napoli, e viene inserito in comunità all'età di 8 anni.
Manifesta fin da subito un RM di grado lieve (QIT 56) per cui completate le scuole dell'obbligo viene inserito in una scuola professionale per disabili.

A 18 anni, certificazione di invalidità e collocamento lavorativo secondo le liste speciali. Lavora come dipendente del comune di residenza (operaio addetto alla manutenzione). Ha raggiunto una buona autonomia personale (vive da solo in un appartamento in affitto), e sufficiente inserimento sociale (amici, patente, auto, …)

La storia di Nello

Problemi principali sul piano della autonomia gestione economica, incapace di procrastinare il desiderio, spende tutto e subito, necessita di tutela.

Molto difficile da aiutare, al di fuori dei momenti di crisi fatica ad accettare aiuti che ne limitano la libertà. Aspetti persecutori del pensiero.

RITARDO MENTALE : criteri DSM IV

85<QI<71 : livello cognitivo borderline

70<QI<51 : ritardo mentale lieve

50<QI<36 : ritardo mentale medio

35<QI<21 : ritardo mentale grave

QI<20 : ritardo mentale profondo

RM grave-profondo

- ✓Assolutamente dipendente dalle cure esterne
- ✓Privo di linguaggio
- ✓Incapace di esprimere bisogni in modo diretto e di modulare i propri stati (funzionamento massivo; on/off)
- ✓Può accedere solo a minimi apprendimenti per lo più per condizionamento

RM medio-grave

- ✓Parzialmente indipendente dalle cure esterne (anche se non possiede un livello di autonomia che lo esonera dalle cure e dalla sorveglianza)
- ✓Linguaggio assente o molto semplice (singole parole)
- ✓Un pensiero sintagmatico legato ad esperienze concrete e attuali
- ✓Spesso può accedere ad apprendimenti per addestramento

RM medio-lieve

✓Possiede autonomie personali e sociali ma i suoi limiti nelle capacità di giudizio richiedono interventi di protezione

✓Presenta un linguaggio povero ma articolato

✓Il pensiero presenta una sintassi semplice, ma è per lo più rigido e vincolato dalle pregresse esperienze con scarse capacità di astrazione

✓Il controllo emozionale è instabile, fragile (life-events).

RM lieve-border

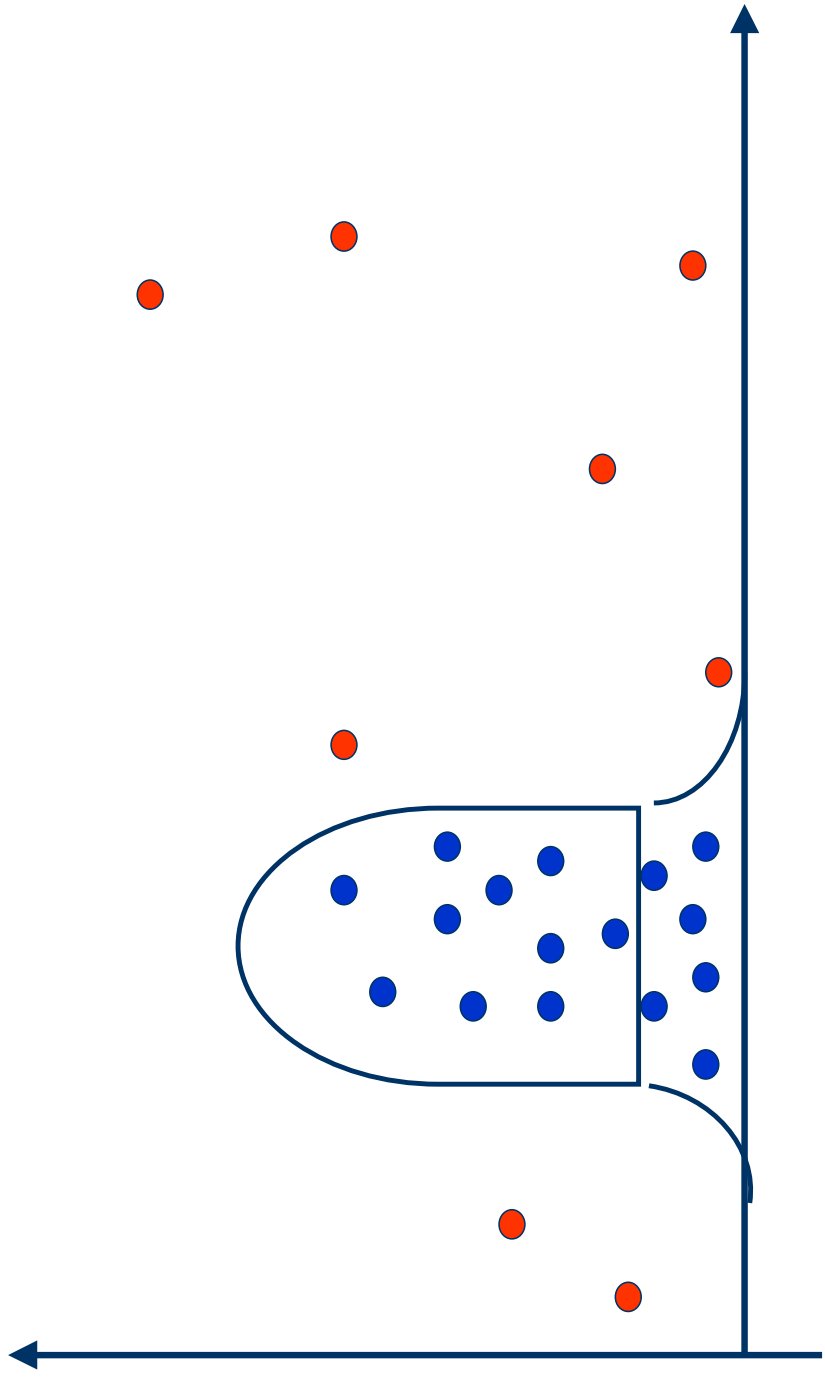
✓Buone autonomie operative pratiche ma difficoltà in compiti complessi che richiedono elaborazione o capacità di problem solving

✓Linguaggio semplice, articolato, perlopiù elencativo e narrativo

✓Pensiero sintattico ma con difficoltà di sintesi ed astrazione. Limitato accesso agli apprendimenti formalizzati

✓Spesso sentimenti di bassa autostima, facile disimpegno.

L’intervento basato sulla valutazione: la valutazione funzionale



C’è più **diversità** nella condizione di ritardo mentale e di psicopatologia che nella condizione di normalità.

Ogni persona con disabilità intellettiva e/o comportamentale presenta un proprio caratteristico funzionamento caratterizzato da **“picchi e valli”**

Esiste una oggettiva difficoltà alla **valutazione** del soggetto con deficit intellettivo o del comportamento. Esistono perlopiù test costruiti sul confronto con il soggetto normale (età mentale)

Una valutazione basata sul bilancio tra le abilità e i deficit

La valutazione finalizzata all'intervento

Progetti di intervento

1. ***Individualizzati;***
2. ***Integrati;***
3. ***Condivisi.***

La teiera del …. masochista!!

La storia di Davide

Davide è unicogenito di una coppia (la mamma da un precedente matrimonio 3 figli ora molto più grandi di Davide). Motivo dell'allontanamento, a 4 anni, gravi litigi con pestaggi tra i genitori; mamma soffre di depressione maggiore. Padre instabile con disturbo di personalità (borderline).

Inserito in una piccola comunità di tipo famigliare (due coniugi con due figli propri e tre in affido) crea dopo poco moltissimi problemi di tipo comportamentale (dichiara di volersi gettare dalla finestra). Estrema conflittualità tra operatori (coppia) e padre

La storia di Davide

Diversi tentativi farmacologici con scarso beneficio. Il cambio di comunità migliora la situazione.

Davide è un bambino intelligente ma molto instabile, fluttuante nell'umore e negli investimenti. Difficile l'inserimento scolastico, quasi nulla l'interazione con i compagni

Facilmente in preda ad acting distruttivi, molto teatrale in ogni sua manifestazione. Spesso scene iconoclaste, con urla pianti e grida che si concludono solo con lo sfinimento fisico.

ADHD :
disturbo dell’attenzione con iperattività

Non tutti i bambini che presentano comportamenti di disattenzione o di iperattività possono essere classificati all’interno di questa sindrome.

Criteri POSITIVI

Presenza di punteggi elevati alla scale specifiche

Criteri NEGATIVI

Assenza di altre comorbilità psichiatriche o ritardo mentale o esposizione a gravi traumi psichici ed eventi avversi

DISATTENZIONE

1. Incontra difficoltà nell'esecuzione di attività che richiedono una certa cura.
2. Ha difficoltà a mantenere l'attenzione nello svolgere incarichi, compiti o nelle attività varie, interrompendosi continuamente o passando ad attività differenti.
3. Quando gli si parla sembra non ascoltare.
4. Non segue fino in fondo le istruzioni e non porta a termine i compiti di scuola, le commissioni che deve fare o gli incarichi (ma non per comportamento oppositivo o incapacità a seguire le direttive).
5. Ha difficoltà a organizzarsi negli incarichi, nelle attività, nei compiti.
6. Evita, non gli piace o è riluttante ad affrontare impegni che richiedono uno sforzo mentale continuato (ad es. i compiti di scuola).
7. Non tiene in ordine le sue cose e perde spesso ciò che gli necessita per il lavoro o le attività (ad es. giocattoli, diario, matite, libri).
8. Si lascia distrarre facilmente da stimoli poco importanti.
9. E' sbadato, smemorato, nelle attività quotidiane

IPERATTIVITA’

1. Da seduto giocherella con le mani o con i piedi o non sta fermo o si dimena.
2. Lascia il suo posto in classe o in altre situazioni dove dovrebbe restare seduto.
3. Corre intorno e si arrampica di continuo, quando non è il caso di farlo (nell'adolescenza può trattarsi per lo più di irrequietezza).
4. Ha difficoltà a giocare o a intrattenersi tranquillamente in attività ricreative.
5. E' sempre "sotto pressione" o spesso si comporta come se fosse azionato da un motore.
6. Non riesce a stare in silenzio: parla troppo.
7. "Spara" le risposte prima che sia terminata la domanda.
8. Ha difficoltà ad aspettare il suo turno.
9. Interrompe o si intromette (per esempio nelle conversazioni o nei giochi degli altri).

ADHD : le cause

Disfunzione cerebrale, si ipotizza su base genetica, che coinvolge i circuiti cerebrali alla base della inibizione e dell'autocontrollo (corteccia frontale e nuclei della base)

La prevalenza nella popolazione infantile variabile a seconda degli strumenti diagnostici. Maggiore nei paesi anglosassoni. Rapporto M:F=3:1
In Italia si stima una prevalenza da 1.5 a 3 % in una popolazione 6-14 anni

ADHD : la terapia

Due tipologie d'intervento:

terapie farmacologiche

terapie psico-comportamentali

Sono molto efficaci anche terapie combinate

I disturbi del Comportamento e delle Condotte

Disturbo della Condotta è una modalità di comportamento ripetitiva e persistente in cui i diritti fondamentali degli altri oppure le norme e le regole della società appropriate per l'età vengono violate

- Condotte aggressive
- Condotte non aggressive con danneggiamenti delle proprietà
- Frode o furto
- Gravi violazioni di regole

La storia di Maicol

Maicol è il minore di due fratelli. Viene inserito in comunità all'età di tre anni in condizioni di abbandono grave.

Fin da piccolo commette piccoli furti: perlopiù alle persone alle quali è più legato. Dopo il furto mette sempre in atto comportamenti che ne determinano la facile scoperta. Non trattiene ciò che ruba ma lo usa per acquistare l'affetto o l'attenzione degli altri. Oltre ai furti Maicol simula mali o infortuni.

Con il tempo si dedica al gioco (slot) ciò ne impedisce una piena autonomia. Il rientro in comunità e una terapia di sostegno psicologico gli consentono una buona evoluzione

La storia di Ivan

Ivan è il maggiore di due fratelli inseriti in una comunità per adolescenti all'età di 14 e 15 anni dopo una esperienza di affido a una famiglia di zii che li ospita per 4 anni.

Dopo un primo anno di inserimento ottimale inizia a presentare comportamenti provocatori, disimpegno scolastico e acting aggressivi

In uno di questi giunge allo scontro fisico con l'educatore che resta ferito. Il ripresentarsi degli episodi portano alla dimissione del ragazzo all'età di 17 anni e 8 mesi.

La storia di Ivan

Non viene portato a termine il progetto di autonomia precedentemente progettato anche per il rifiuto del ragazzo ad intraprendere un percorso di sostegno psicologico.

Rientra a vivere con il padre, poi da solo vicino al luogo di lavoro.
Oggi a distanza di tre anni gli episodi non si sono più ripresentati ed il ragazzo mantiene buoni contatti con gli educatori della comunità.

La storia di Massimo

Perde la mamma in modo drammatico (incidente in roulotte), il padre se ne occupa per un po di tempo poi viene collocato in comunità (6 anni)

Il padre gli fa visita per un po' di tempo poi progressivamente negli anni si allontana (diverse compagne occasionali).

Massimo fatica a tollerare legami affettivi stabili e significativi: attacca con modalità distruttive i legami da lui percepiti come troppo invasivi. Il comportamento è delinquenziale, distruttivo e provocatorio.

La storia di Massimo

Viene dimesso dalla comunità a stile famigliare per essere inserito in un istituto a stampo più tradizionale .

Non manifesta più problemi di comportamento, completa le scuole professionali (elettricista) , trova lavoro.

A distanza di molti anni , ora è ventitreenne viene ancora a trovare educatori e direttore della prima comunità.

La storia di Giuliana

Giuliana giunge in comunità all'età di 9 anni dopo due esperienze di affido fallimentari (nella seconda in particolare resta "soggiogata" da una affidataria affetta da una malattia fisica.

Nella storia una mamma affetta da depressione maggiore che torna in Basilicata per essere curata dalla propria famiglia di origine.

Una sorella più grande che emigra con il fidanzato in Germania, un papà manovale semplice ma presente.

La storia di Giuliana

A 13 anni viene bocciata in terza media e viene rinviato il progetto di rientro con i genitori in Basilicata .

A 14 anni riesce con l'aiuto della psicoterapeuta a formulare la richiesta di rimanere in comunità e di non rientrare a casa.

Ora a 16 anni frequenta il secondo anno di scuola superiore professionale con buon profitto, il progetto prevede il rientro con il conseguimento del diploma.

I disturbi della condotta e del comportamento

Manifestazioni molto variabili

Difficoltà a mentalizzare il disagio che viene agito

Quando possibile un percorso psicologico di sostegno

A volte risolutivi cambi di ambiente o contesto

Possibile buona evoluzione

A proposito della riabilitazione il Professor Giorgio Moretti scriveva:

“..la riabilitazione, branca povera della medicina, richiede a chi se ne occupa qualche cosa di più, qualcosa che la Scienza da sola non può dare : ***l’entusiasmo*** *privo di finalità personali ed egoistiche.”*

Parafrasando l’insegnamento di Moretti potremmo dire …

“.. l’educazione, richiede a chi se ne occupa qualche cosa di più, qualcosa che la Scienza da sola non può dare :

***l’entusiasmo** privo di finalità personali ed egoistiche.”*

Finito di stampare nel mese di giugno 2011
presso la Divisione Stampa Digitale
dell'Associazione Padre Monti
info: produzione@associazionepadremonti.it

Consulta Diocesana
per le attività a favore
dei minori e delle famiglie

ASSOCIAZIONE
PADRE MONTI
DIVISIONE STAMPA DIGITALE
produzione@associazionepadremonti.it

Stampato in proprio - Giugno 2011