



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA

Dipartimento di Neuroscienze DNS
Corso di Studio in Educazione Professionale

RELAZIONE FINALE DI LAUREA

**IL DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO COME
POSSIBILE ESITO DELL'ABUSO FISICO E SESSUALE
NELL'INFANZIA**

RELATORE: Dott.ssa Tatiana Zanetti

LAUREANDA

Monica Zancanaro

Matricola n°: 1070118

Anno Accademico 2015 - 2016

INDICE

INTRODUZIONE.....	pag. 2
REVISIONE DELLA LETTERATURA.....	pag. 4
L'ABUSO FISICO E L'ABUSO SESSUALE.....	pag. 6
I. Abuso fisico.....	pag. 7
II. Abuso sessuale.....	pag. 9
IL TRAUMA.....	pag. 14
IL DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO.....	pag. 19
IL RUOLO DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE.....	pag. 28
I. Riabilitazione del minore vittima di abuso.....	pag. 28
II. Prevenzione dello sviluppo del Disturbo da Stress Post-Traumatico.....	pag. 32
III. Processo psico-educativo con i familiari.....	pag. 34
IV. Contesto socio-culturale.....	pag. 35
CONCLUSIONE.....	pag. 36
BIBLIOGRAFIA.....	pag. 38

INTRODUZIONE

Il presente elaborato tratta il Disturbo da Stress Post-Traumatico come uno dei possibili esiti dell'abuso fisico e dell'abuso sessuale.

Subire un trauma ha conseguenze devastanti per l'essere umano, soprattutto se si verifica durante l'infanzia, ossia quando il soggetto ha una maggior vulnerabilità psicopatologica. Gli aspetti dissociativi e il Disturbo da Stress Post-Traumatico sono stati evidenziati in larga percentuale nei soggetti che durante l'età infantile sono stati vittime dell'abuso fisico e dell'abuso sessuale. Particolare rilievo viene dato al modo con cui l'evento traumatico possa intaccare le potenzialità di sviluppo del minore. Infatti il trauma non produce necessariamente una conseguenza patologica, ma, influenzando la sfera psico-affettiva del soggetto, può condizionare la capacità di adattamento e la risposta che il soggetto dà alla situazione traumatica.

Questa Tesi si pone come obiettivo l'approfondimento del rapporto tra abuso sessuale e abuso fisico del minore e lo sviluppo del Disturbo da Stress Post-Traumatico.

Nel primo capitolo vengono presentati alcuni aspetti introduttivi relativi al fenomeno dell'abuso e del maltrattamento dell'infanzia, con una focalizzazione sull'abuso fisico e sull'abuso sessuale, evidenziando le possibili conseguenze nello sviluppo psichico ed emotivo del soggetto che lo subisce.

Nel secondo capitolo viene presentato il concetto di trauma evidenziando il processo reattivo che l'essere umano mette in atto per difendersi dal trauma per poter salvaguardare il proprio equilibrio psicofisico.

Il terzo capitolo tratta in modo specifico il Disturbo da Stress Post-Traumatico, spiegando di che cosa si tratta e come viene definito all'interno del DSM-5.

Nel quarto capitolo viene messo in rilievo il ruolo dell'educatore che, in sinergia con altre figure terapeutiche può contribuire al recupero delle risorse e allo sviluppo di capacità adattive e di *coping* indispensabili per il raggiungimento di un equilibrio sereno del bambino. L'educatore professionale può avere un ruolo:

- nella riabilitazione del soggetto vittima di abuso;

- nella prevenzione dello sviluppo di un disturbo da stress post traumatico;
- nel processo psico-educativo con i familiari;
- nel contesto socio-culturale.

REVISIONE DELLA LETTERATURA

Per l'approfondimento degli argomenti trattati nel seguente elaborato sono stati consultati diversi libri appartenenti alla letteratura nazionale ed internazionale, scelti in base all'argomento da essi trattato, alla loro inerenza ai temi presenti nella Tesi e alla loro oggettività. Tramite testi come quelli di D'Ambrosio C., Di Blasio P., Giamundo V. e Pellai A. è stato possibile analizzare il fenomeno dell'abuso e delle sue traumatiche conseguenze che possono portare al Disturbo da Stress Post-Traumatico dal punto di vista clinico.

Con il DSM-5 è stato possibile affrontare tale patologia psichiatrica in modo più approfondito in base ai suoi criteri diagnostici.

Altri libri di testo sono tornati utili per un approfondimento dei temi legati agli interventi che l'educatore professionale può operare per proteggere, tutelare e sostenere i minori vittime di abusi fisici e sessuali.

Per quanto riguarda gli articoli, sono stati consultati motori di ricerca come *PubMed*, *Cochrane Library* e *Eric*. Tramite parole chiavi come *abuser*, *adults*, *affective*, *aggressive*, *childhood abuse*, *child maltreatment*, *cognitive-behavioural interventions*, *consequences of abuse*, *everyday events*, *education for abused children*, *physical abuse*, *Post-Traumatic Stress Disorder*, *prevent abuse*, *sexual abuse* e *trauma* è stato possibile trovare diversi articoli che affrontassero le tematiche utili alla Tesi.

Questi termini, infatti, sono molto presenti all'interno dell'elaborato, in quanto parole chiave che sottolineano gli argomenti centrali affrontati attorno a cui girano i vari assunti.

Oltre a questi motori di ricerca, è stato utilizzato anche *Google Search*, che ha permesso di trovare articoli in lingua italiana e siti incentrati sulle tematiche dell'abuso e degli interventi educativi possibili. Tramite il *web* è stato possibile trovare articoli che permettessero di affrontare anche il concetto di trauma nelle sue varie sfaccettature, includendo argomenti di ambito psicologico, educativo, sulle conseguenze che esso può portare e sulle difficoltà che un individuo prova nell'affrontarlo.

Sono stati inclusi articoli di stampo psicologico, educativo, medico psichiatrico e sociale, cercando però di far prevalere la tematica educativa, in quanto centrale per l'elaborazione finale.

Il criterio di inclusione temporale si basa su documenti recenti appartenenti al XXI secolo, considerati rilevanti dal punto di vista scientifico, per la rigosità metodologica e la specificità utilizzata.

L'ABUSO FISICO E L'ABUSO SESSUALE

Negli ultimi decenni è aumentata la consapevolezza della complessità e della gravità relativa ai fenomeni dell'abuso e del maltrattamento dei minori.

La difficoltà di trovare una definizione generale e condivisibile è stata uno dei punti nodali che la ricerca ha dovuto affrontare per permettere una più chiara visione del fenomeno.

La Convenzione dei Diritti dei Minori, tramite l'operato di 43 Paesi e di enti come l'UNICEF, l'OMS, l'UNESCO e la Croce Rossa, ha dato una definizione approvata dall'Assemblea generale dell'ONU e anche dall'Italia nel 1991: << Il danno o abuso fisico o mentale, la trascuratezza o il trattamento negligente, il maltrattamento e le diverse forme di sfruttamento e abuso sessuale sono intesi come induzione o coercizione del bambino/a in attività sessuali illegali, lo sfruttamento nella prostituzione o in altre pratiche sessuali illegali, lo sfruttamento in spettacoli e materiali pornografici, torture o ad altre forme di trattamento o punizione crudeli, inumane o degradanti, allo sfruttamento economico e al coinvolgimento in lavori rischiosi >>.

Nel 1991 il *Child Protection Register* inglese (Gibbons, Conroy e Bell, 1995)¹ definisce e classifica le seguenti categorie:

- **Trascuratezza:** il minore non viene protetto dall'esposizione a qualsiasi tipo di pericolo, conseguendo sconfitte in importanti aree dell'accudimento, con successivi danni significativi per la salute, per lo sviluppo psicologico e/o un ritardo della crescita in assenza di cause organiche.²
- **Abuso fisico:** implica un danno o il fallimento nel prevenirlo, compresi gli avvelenamenti intenzionali, i soffocamenti o la sindrome di Munchausen per procura³.
- **Abuso sessuale:** sfruttamento sessuale di un bambino o adolescente, dipendente e/o

¹ In Di Blasio P. *Psicologia del bambino maltrattato*. Il Mulino, Bologna, 2000

² Giamundo V., Isola L. *Abuso e maltrattamento all'infanzia. Modelli di intervento e terapia cognitivo-comportamentale*. Franco Angeli, Milano, 2013, p. 282

³ Di Blasio P. *Psicologia del bambino maltrattato*. Il Mulino, Bologna, 2000

immaturo sul piano dello sviluppo, e anche prostituzione infantile e pornografia⁴.

- **Abuso emozionale:** persistenti maltrattamenti emotivi e atteggiamenti di rifiuto e di denigrazione che comportano conseguenze negative sullo sviluppo affettivo e comportamentale. Si differenzia dal maltrattamento psicologico, in quanto quest'ultimo, nella sua forma di denigrazione verbale, critiche e svalutazioni, è una risposta comportamentale stabile, ripetitiva e inappropriata che danneggia o inibisce lo sviluppo di alcune facoltà cognitivo-emotive come l'intelligenza, l'attenzione, la percezione, la memoria, mentre l'abuso emozionale è una risposta emotiva stabile, ripetitiva e inappropriata all'esperienza del bambino e alle sue espressioni comportamentali⁵.

I problemi legati alla definizione del fenomeno sono molto rilevanti. L'utilizzo di criteri comuni permetterebbe di delimitare meglio quali sono i comportamenti inadeguati attuati dall'adulto, così da ridurre il rischio di interpretazioni soggettive e offrire un utile parametro di riferimento per la raccolta e la quantificazione del fenomeno. Le quattro forme di violenza (maltrattamento psicologico, trascuratezza, abuso sessuale e abuso fisico) solitamente tendono a intrecciarsi e a presentarsi in concomitanza. In questa Tesi l'attenzione è focalizzata sull'abuso sessuale e l'abuso fisico.

1. Abuso fisico

L'abuso fisico è un fenomeno complesso e doloroso che comprende varie forme di maltrattamento e lesioni fisiche, attuate per diverso tempo da un adulto ai nei confronti di un minore. Nel 1962 Kempe diede la definizione di Sindrome del bambino picchiato che va considerata ogni volta che si ha a che fare con un bambino che presenta fratture o ematomi o che è soggetto a morte improvvisa. Nel 1989, la Convenzione Internazionale sui Diritti dell'Infanzia dell'ONU stabilisce che si consideri fanciullo ogni essere umano di età inferiore ai diciotto anni.

⁴ Ibidem

⁵ Ibidem

(D'Ambrosio, 2004)⁶. L'OMS definisce come abuso fisico giustificato l'insieme di tutti gli atti commessi da parte di chi ha in cura un bambino che provocano un danno fisico reale o hanno la potenzialità di farlo (*World Health Organization*, 2002). Le figure che maltrattano più comunemente sono: padri, compagni, baby-sitter, madri. Gli eventi maggiormente scatenanti sono: il pianto protratto del bambino o problemi legati all'igiene e alla cura personale del bambino. L'abuso fisico genera lesioni che provocano dolore significativo, lasciano segni fisici, alterano la funzione fisica o mettono in pericolo la sopravvivenza del bambino. Può essere ripetuto nel tempo così da aumentare di gravità. La precocità della diagnosi, della denuncia e dell'intervento sono essenziali per prevenire lesioni future e più gravi. Spesso i comportamenti violenti messi in atto dall'adulto verso il minore hanno come scopo il controllo del bambino (Ammaniti, 2001)⁷, il punire comportamenti ritenuti inaccettabili e far sì che questi non si ripetano. Tutto questo riflette l'incapacità del genitore ad educare il bambino tramite strategie e metodi adeguati ed efficaci. L'abuso fisico può essere più o meno grave, in base al tipo di lesioni. Nei casi più gravi si può arrivare a compromissione cerebrale nello sviluppo del Sistema Nervoso Centrale e nel funzionamento neurologico e fisiologico, a crisi epilettiche, ritardo della crescita, coma e morte. Secondo le Linee Guida in tema di abuso sui minori (SINPIA, 2007), si parla di abuso di grado lieve quando non è richiesto il ricovero, abuso di grado moderato quando è indispensabile un ricovero e di abuso di grado severo quando il bambino è ricoverato in rianimazione e vi può essere come conseguenza anche la morte. Le lesioni più gravi e gli esiti mortali si riscontrano soprattutto tra i bambini molto piccoli, come è documentato dai casi della *Shaken Baby Syndrome*, (SBS) ossia la Sindrome del neonato scosso (Caffey, 1972) che riguarda soprattutto i bambini con età inferiore all'anno⁸. Questa

⁶ D'Ambrosio C. *Psicologia delle punizioni fisiche. I danni delle relazioni educative aggressive*. Erickson, Trento, 2004, pp.44-46

⁷ Ammaniti M. *Il maltrattamento e l'abuso sessuale sui minori*. Relazione presentata al Convegno "Minori in difficoltà: Le risposte possibili nell'ambito della nuova legge", Roma, 2001

⁸ In Giamundo V., Isola L. *Abuso e maltrattamento all'infanzia. Modelli di intervento e terapia cognitivo-comportamentale*. Franco Angeli, Milano, 2013, p. 401

Sindrome indica una varietà di segni e di sintomi, in bambini sotto l'anno di età, secondari allo scuotimento violento o a traumi della testa. Per capire cosa possa determinare questi comportamenti aggressivi verso un minore va analizzato l'ambiente culturale da cui l'adulto proviene o l'ambiente familiare in cui è vissuto, dove magari possono esserci stati episodi di violenza o condizioni di vita difficili che hanno determinato una trasmissibilità intergenerazionale.

II. Abuso sessuale

Esistono diverse e ampie definizioni in base all'ambito in cui l'abuso viene analizzato. Una delle principali definizioni è data dall'OMS (2002), secondo cui l'abuso sessuale è: << Il coinvolgimento di un minore in atti sessuali, con o senza contatto fisico, a cui non può liberamente consentire in ragione dell'età e della preminenza dell'abusante, lo sfruttamento sessuale di un bambino o adolescente, la prostituzione infantile e la pedopornografia>>. Montecchi (2005) sottolinea che le "attività sessuali" non corrispondono solo all'atto sessuale completo, ma riguardano anche tutti quegli atti che implicano un coinvolgimento delle parti intime che hanno lo scopo del soddisfacimento del bisogno sessuale dell'adulto. (Giamundo, Isola, 2013)⁹. La vittima, in quanto minore, è priva della consapevolezza di ciò che accade e non ha possibilità di scelta. Caffo (2004) distingue gli atti di abuso da quelli non abusivi in base a tre fattori: la differenza di potere, ossia la posizione di superiorità dell'abusante rispetto alla vittima, che lo rendono in grado di controllare e influenzare la vittima anche senza l'uso della forza; la differenza di conoscenza, cioè la scarsa comprensione del minore del significato dell'atto sessuale e delle relative implicazioni a colui che ha commesso l'atto; la differenza nella gratificazione, cioè l'atto risulta gratificante solo per l'abusatore, non per l'abusato. Per il minore le gratificazioni possono derivare da benefici secondari, come ricevere maggiori attenzioni o assumere un ruolo privilegiato nella famiglia, benefici che sono conseguenza dell'abuso psicologico che spesso è nascosto nell'abuso sessuale. (Giamundo, Isola, 2013)¹⁰.

⁹ Ibidem, p. 331

¹⁰ Giamundo V., Isola L. *Abuso e maltrattamento all'infanzia. Modelli di intervento e terapia cognitivo-comportamentale*. Franco Angeli, Milano, 2013, p. 331

Riguardo le dinamiche relazionali dell'abuso è possibile individuare l'abuso intra-familiare, intra-domestico, extra-domestico, peri-familiare ed extra-familiare. Queste forme di abuso sessuale a loro volta possono essere: manifeste, mascherate o assistite. Infine esistono gli pseudo-abusi, ossia convinzioni errate e deliranti di un genitore che il figlio sia stato vittima di abuso conseguentemente a dichiarazioni fraintese o non veritiere del minore, accuse consapevoli da parte di un coniuge nei confronti dell'altro, dichiarazioni fraintese o non veritiere del minore (false denunce).¹¹ Spesso una persona vittima di abuso sessuale, oltre a dover fare i conti con l'esperienza traumatica, deve affrontare anche le conseguenze che un tale evento comporta nella sua vita relazionale, affettiva e sociale. L'aver raccontato l'accaduto comporta sempre delle difficoltà, come possono essere la disgregazione familiare, il discredito sociale, l'intervento istituzionale sul minore. Ciò ha notevoli ripercussioni sull'individuo, che può manifestare in varie misure problemi psicologici e interpersonali. Possono sorgere problemi di ansia, depressione, comportamenti suicidari, aggressivi, sessualizzati, bassa autostima, difficoltà di apprendimento, disturbi d'identità, distorsioni cognitive, sintomi post-traumatici come incubi notturni, *flashback*, episodi dissociativi e gioco ripetitivo. I bambini abusati tendono a percepirsi diversi dagli altri e ad avere meno fiducia in tutto ciò che li circonda. Sono meno empatici davanti alla sofferenza di altri bambini, hanno una bassa regolazione emotiva, fanno meno riferimento ai propri vissuti personali. Ciò avviene, secondo Fonagy, perché riconoscersi nello stato mentale dell'altro può risultare dannoso per il Sé in via di sviluppo dato che il bambino si vede come qualcuno che non può essere amato¹². Possono presentarsi episodi di anoressia, bulimia o autolesionismo. Quando l'abuso si verifica, il bambino spesso prova sentimenti di vergogna, imbarazzo, pudore, che gli impediscono di parlarne. Se la vittima identifica la violenza subita con l'atto sessuale c'è il rischio che la sua vita affettiva e sessuale risulti bloccata, in quanto percepita come violenta. La vittima rischia così di vivere sola, incapace di avere relazioni sentimentali e sessuali. Ci sono situazioni in cui l'individuo dà significati sessuali alle relazioni con figure importanti come insegnanti, medici, ecc., non perché siano

¹¹ Ibidem p. 334

¹² In Giamundo V., Isola L. *Abuso e maltrattamento all'infanzia. Modelli di intervento e terapia cognitivo-comportamentale*. Franco Angeli, Milano, 2013, p. 345

persone importanti in sé, ma per la figura che rappresentano. Nei casi in cui la vittima sia un maschio, ciò può portarlo facilmente a diventare abusatore a sua volta, soprattutto se il trauma subito è stato causato dal padre. Quando è la madre ad abusare dei figli spesso si hanno gravi conseguenze nello sviluppo psichico che rende difficile stabilire relazioni sociali, affettive e sessuali da adulto. Anche l'esperienza incestuosa tra fratelli può portare profonde sofferenze che possono predisporre ad un futuro abusante. Le conseguenze dell'abuso aumentano di gravità se il fatto si è verificato in famiglia. Le conseguenze di uno stupro da parte di un genitore violento portano a un forte trauma psicologico, dove la figura genitoriale passa da un ruolo protettivo a quello di aggressore. Diverso è il caso in cui il genitore agisce senza violenza apparente, ma con un atteggiamento volto a sfruttare l'ingenuità del figlio/a tramite ricatti affettivi. La vittima potrebbe provare forti sensi di colpa, disprezzo nei propri confronti, tendenza all'autoisolamento affettivo e alla repulsione del sesso opposto.

L'impatto che questi fenomeni possono avere nella vita del minore sono di tipo fisico e psichico. In questa sede verrà trattato soprattutto l'impatto sull'area psicologica. Il bambino abusato deve attuare un processo psico emotivo e relazionale complesso: sopportare il dolore e allo stesso tempo mantenere il legame affettivo con l'adulto, che, nonostante sia violento, è pur sempre una figura di riferimento molto importante. Il minore fa esperienza del fatto che la figura di attaccamento primaria a cui è emotivamente legato, può portargli sentimenti di dolore e danno. Quindi si crea da un lato un senso di rabbia e un desiderio di allontanare o di allontanarsi dal genitore maltrattante, dall'altro se ne cerca la vicinanza, negando e reprimendo il senso di rabbia a causa del maltrattamento. Si forma una sorta di ambivalenza nella forma di attaccamento al genitore. Molte volte i bambini difendono il genitore, anche se li mette in condizioni di pericolo¹³. I bambini possono inoltre autoaccusarsi per salvare il genitore e ciò consente di mantenere integra la figura dell'adulto per non sentirsi totalmente impotente, preservando così una sensazione di controllo sulla vita. I bambini non sono in grado di lamentarsi dei maltrattamenti, ma cercano costantemente dei riconoscimenti da parte del genitore, anche se rifiutante. Il

¹³ D'Ambrosio C. *Psicologia delle punizioni fisiche. I danni delle relazioni educative aggressive*. Erickson, Trento, 2004. pp. 131-132

bambino abusato può vivere stati di tristezza e depressione, ambivalenza e instabilità affettiva con manifestazioni di rabbia, impulsività e irritabilità, può rispondere al trauma con comportamenti che spaziano dal ritiro alla passività psicosociale, ritardi globali dello sviluppo affettivo e cognitivo. Le allusioni, le osservazioni, le ingiurie, sono un condizionamento negativo, un lavaggio del cervello¹⁴. Acquisisce un'immagine negativa di se considerandosi inutile sbagliato ed incapace, e credendo così di meritare tutto ciò che subisce o ha subito. L'aggressione fisica ed emotiva subita dal bambino può provocargli un forte calo dell'autostima. Ogni volta che viene picchiato il bambino soffoca emozioni che diventano inconscie e non gli permettono uno sviluppo psichico equilibrato, limitando la sua creatività, la sua curiosità e la sua crescita mentale. Non imparano a discriminare ciò che è buono da ciò che è cattivo, così da diventare possibili vittime di chiunque.¹⁵ Molti comportamenti aggressivi possono essere considerati anche come reazioni adattive a situazioni passate dove sono state provate profonde carenze legate alla "funzione riflessiva". Per "funzione riflessiva" si intende la capacità di interpretare il proprio comportamento e quello degli altri secondo ipotetici stati mentali, cioè in relazione a pensieri, affetti, desideri, bisogni e intenzioni. Questo concetto rimanda a quello di "mentalizzazione", ossia la capacità di rappresentarsi gli stati mentali propri e altrui, comprendendo il comportamento interpersonale. Queste facoltà si apprendono durante le prime relazioni di attaccamento e sono importantissime per l'organizzazione del Sé e la regolazione delle emozioni¹⁶. Regressione, formazione reattiva, isolamento, rifugio nella fantasia e annullamento sono alcune delle tecniche usate dal minore verso genitori che ignorano o non comprendono i bisogni dei loro figli, li espongono più facilmente ad esperienze traumatiche, influenzano il loro sviluppo psichico e possono favorire la nascita di manifestazioni di disturbi psicologici, comportamentali e fisici. Una mancanza di protezione o la presenza di comportamenti abusanti e maltrattanti da parte del genitore o dell'adulto di riferimento generano una disorganizzazione nell'attaccamento e sono

¹⁴ Ibidem, p.134

¹⁵ Ibidem, p.135

¹⁶ Baldoni F. (2008). *Alle origini del trauma: confusione delle lingue e fallimento della funzione riflessiva. Gli dei della notte sulle sorgenti della vita, il trauma precoce dalla coppiamadre al bambino*, 137-159

percepito dal bambino come esperienze traumatiche da cui non può sottrarsi. Nel momento in cui coloro che dovrebbero proteggerlo e occuparsi della sua crescita si dimostrano fonte di allarme e di pericolo si genera una paura senza sbocco, per cui il minore vive un'esperienza traumatica ripetuta. La presenza di traumi relazionali precoci porta a uno sviluppo traumatico con possibili problemi psicopatologici e dissociativi¹⁷.

¹⁷ Farina B., Liotti G. (2011). *Dimensione dissociativa e trauma dello sviluppo*. *Cognitivism clinico*, 8,1,3-17

IL TRAUMA

L'uomo vive in costante relazione con il mondo esterno, attribuendo continuamente significati agli eventi. L'evento è un fatto che si verifica, che si è già verificato o che può verificarsi. La mente umana, tramite i suoi processi cognitivi e affettivi, dà continuamente significati nuovi a ciò che accade. Inizia così a delinarsi il concetto di stress, ossia una risposta aspecifica dell'organismo a richieste negative da parte dell'ambiente esterno. Si crea un collegamento tra eventi e risposta dell'organismo. È possibile vedere, quindi, come un trauma sia un evento che determina una rottura con l'ambiente esterno, in quanto la psiche non riesce a trovare le risposte adatte all'accaduto, aspetto che comporta una sostanziale modifica della vita della persona che deve sforzarsi per riadattarsi alla nuova situazione. Il concetto di trauma deriva dal greco τραῦμα e significa ferita, lacerazione. Nel linguaggio medico esso indica un danno prodotto da una causa esterna¹⁸.

In senso psichico il concetto di trauma è un fenomeno improvviso e inatteso, di fronte al quale l'uomo è impotente e che, a causa della sua intensità, va oltre la capacità di elaborazione psichica dell'Io, ed ha effetti dannosi e duraturi all'interno dell'organizzazione della mente. È una frattura tra l'individuo e il mondo. Il trauma ha effetti patogeni duraturi all'interno dell'organizzazione psichica del soggetto. Esso è l'incessante ricerca dell'individuo di eliminare l'evento che si oppone con una sua ripetizione compulsiva nel costante tentativo di gestire l'angoscia. Le prime concezioni di trauma psichico vennero elaborate da Charcot, un neurologo francese vissuto nel XIX secolo, che lo analizzò rifacendosi all'isteria. Secondo i suoi studi, questa patologia ha una base traumatica. I pazienti sviluppavano la patologia non in base alle conseguenze fisiche legate al trauma, ma a causa dell'idea che avevano sviluppato intorno ad esso. Sarebbe quindi un'idea legata ad un evento pericoloso per l'integrità fisica a provocare i sintomi della nevrosi.

Freud, famoso neurologo e psicoanalista austriaco vissuto tra il XIX e il XX secolo, riprende quanto sostenuto da Charcot, allargando il suo concetto di trauma, definendolo come una reazione a un evento reale oggettivo: "È un evento in grado di provocare una eccitazione psichica tale da superare la capacità del soggetto di sostenerla o elaborarla"¹⁹.

¹⁸ Enciclopedia Treccani

¹⁹ Capri P. (2009). *Il quesito e la quantificazione del danno non patrimoniale con pregiudizi esistenziali*, p.2

Secondo la psicoanalisi causerebbe angosce, paure generalizzate e dunque apparentemente immotivate e destabilizzanti, ripiegamento e chiusura emotiva, fino a vissuti di rovina e di morte²⁰. Il trauma produce un forte stato d'animo di vuoto interiore, di solitudine, di vissuti di non farcela, di annientamento, di abbandono con senso di trascuratezza e quindi di insicurezza e depressione²¹. L'Io per difendersi dal forte impatto emotivo attiva meccanismi come la rimozione che possono portare a disturbi dell'Io e della personalità. Scriveva Freud "il trauma è qualsiasi esperienza che susciti una situazione penosa - quale la paura, l'ansia, la vergogna o il dolore fisico - può agire da trauma. E' una modificazione dell'Io, un'esperienza che nei limiti di un breve lasso di tempo apporta alla vita psichica un incremento di stimoli talmente forte che la sua liquidazione o elaborazione nel modo usuale non riesce, donde è giocoforza che ne discendano disturbi permanenti nell'economia energetica della psiche"²². Attualmente, secondo alcune ricerche, il trauma comporta conseguenze fisiche legate a una riduzione del volume dell'ippocampo e dell'amigdala, permettendo di osservare una sempre più stretta relazione tra la mente e il corpo, ossia nella neurobiologia del cervello²³.

Per quanto riguarda la psichiatria moderna, il trauma è considerato un'alterazione dell'equilibrio del sistema nervoso, che genera una reazione difensiva che non permette di vivere appieno la propria esistenza. Quando subisce un trauma il soggetto cerca un modo per far fronte alla situazione, attivando delle risposte difensive di attacco e fuga, che lo proteggano davanti a situazioni estreme. Non trovando alcuna possibilità di scappare dal pericolo, l'individuo attua una sorta di disconnessione, attraverso l'azione del sistema dorso-vagale, che gli permette di distaccarsi da ciò che sta vivendo, generando sintomi dissociativi²⁴. Il soggetto cerca così di escludere dalla sua coscienza alcuni eventi ritenuti pericolosi e dannosi. E' una forma di protezione dalla minaccia. La persona inizia a credere

²⁰ Ibidem, p.2

²¹ Ibidem, p.3

²² Ibidem, p.2

²³ Synergia centro trauma

²⁴ Farina B., Liotti G. (2011). *Dimensione dissociativa e trauma dello sviluppo. Cognitivismo clinico*, 8,1,3-17

che quell'esperienza non stia accadendo a lui ma a un altro individuo immaginario. Si forma così un senso di irrealtà, per cui si sente come dentro un film, dove tutto va al rallentatore, mentre cerca di capire come poter scappare dalla minaccia. Dopodiché la realtà quotidiana viene vista come irreali, quanto un incubo. Il soggetto non è in grado di integrare l'esperienza traumatica con la vita psichica, non riesce a dare un significato unitario e coerente all'esperienza, rendendo difficoltosa la realizzazione del senso di sé, della propria identità e di quello che Pierre Janet chiamava “sintesi personale”, creando discontinuità e frammentazione della sua coscienza e memoria²⁵.

A lungo andare, questi processi possono portare l'individuo a sviluppare problemi comportamentali e dissociativi, tanto più gravi quanto più precocemente è stato soggetto a traumi. Infatti, la persona potrà iniziare ad utilizzare questi meccanismi anche in altre situazioni traumatiche o considerate pericolose²⁶. La dissociazione può portare a perdite della memoria relativa ad alcune azioni che sono state compiute o vissute nel passato. Tuttavia, rimozione e dissociazione generano dei disturbi del senso di sé e della propria identità. Ciò che li differenzia è che la dissociazione è un processo automatico, mentre la rimozione è una strategia di *coping* che il soggetto mette in atto, un meccanismo di difesa. La rimozione del ricordo dannoso si verifica quando il soggetto cerca di cancellare contenuti che non possono essere integrati con la sua coscienza, rilegandoli nell'inconscio. Più precocemente si verificano questi eventi traumatici rimossi, più difficile sarà poi la loro individuazione nell'età adulta²⁷. A volte l'evento traumatico viene rimosso, cioè dimenticato, in apparenza, in quanto l'angoscia e il dolore provocati dall'accaduto sono difficili da sopportare per la vittima. Quando l'Io di un bambino si rifiuta di riconoscere una realtà sgradita, fugge da essa, la nega e la sostituisce con fatti immaginari che lo pongano in uno stato più favorevole e gratificante. Questo meccanismo, segna la presenza di gravi disturbi psichici se si presenta in tarda età.

L'evitamento è un altro meccanismo di difesa tramite il quale si cerca di non

²⁵ Liotti G. (2014). *Le critiche di pierre janet alla teoria di sigmund freud: corrispondenze nella psicotraumatologia contemporanea*. Psichiatria e Psicoterapia, 33, 1, 31-40

²⁶ Lingiardi V., Mucci C. (2014) *Da Janet a Bromberg, passando per Ferenczi*. Psichiatria e Psicoterapia, 33, 1, 41-62

²⁷ Ibidem

rievocare il ricordo per non far riemergere l'emozione negativa ad esso collegata. E' un modo di gestire le emozioni, anche se continuare a evitare una data situazione, dà un momentaneo sollievo, che non fa altro che riconfermare l'incessante bisogno di evitare²⁸.

Si può generare anche un distacco a livello emotivo dall'evento traumatico. In particolar modo nel bambino, un vissuto traumatico dovuto alle figure adulte di riferimento, può generare una disorganizzazione dell'attaccamento che lo porta ad avere difficoltà nella relazione con gli altri, caratterizzate da un senso di impotenza e sfiducia verso l'altro.

L'impossibilità ad affidarsi tranquillamente all'altro riduce il senso di prevedibilità e di protezione e ciò conferma i propri timori e le proprie angosce. Le conseguenze psicologiche delle persone vittime di abusi non hanno un'evoluzione univoca, ma dipendono dalle capacità del soggetto di far fronte all'evento, dall'ambiente familiare in cui vive e dal contesto sociale in cui si trova. Una scarsa funzione riflessiva comporta un attaccamento insicuro, una minore mentalizzazione e una scarsa regolazione degli stati affettivi. Si manifesta una divisione intellettualizzata tra l'attività psichica e le esperienze corporee simile a quella descritta da Donald Winnicott con il termine di Falso Sé e un carente riconoscimento ed espressione delle emozioni²⁹. Ne consegue la tendenza a manifestare alterazioni del comportamento di malattia quali lamentele somatiche, preoccupazioni ipocondriache e disturbi medici funzionali³⁰. Le capacità riflessive sono molto importanti quando ci si trova davanti a situazioni negative come i maltrattamenti, le violenze o gli abusi. Infatti la loro carenza rende la persona vulnerabile ad esperienze traumatiche. Una buona mentalizzazione, infatti, oltre a favorire una manifestazione adeguata delle proprie emozioni, permette di comprendere il comportamento altrui come espressione di uno stato mentale specifico (un momento di rabbia, un fraintendimento)³¹.

Così un atteggiamento di rifiuto o un atto di violenza non spingono necessariamente

²⁸ Lingiardi V., Mucci C. (2014) *Da Janet a Bromberg, passando per Ferenczi. Psichiatria e Psicoterapia*, 33, 1, 41-62

²⁹ Baldoni F. (2008). *Alle origini del trauma: confusione delle lingue e fallimento della funzione riflessiva. Gli dei della notte sulle sorgenti della vita, il trauma precoce dalla coppia madre al bambino*, 137-159

³⁰ Ibidem

³¹ Baldoni F. (2008). *Alle origini del trauma: confusione delle lingue e fallimento della funzione riflessiva. Gli dei della notte sulle sorgenti della vita, il trauma precoce dalla coppia madre al bambino*, 137-159

verso una visione negativa del Sé o della relazione con l'altro. Ciò protegge il bambino dall'incoerenza del genitore permettendo un'elaborazione adeguata dell'esperienza rendendola meno traumatica. In una condizione di fallimento riflessivo e di confusione dei messaggi (da parte sia dei genitori che dei loro figli) un episodio di maltrattamento oppure di abuso (psicologico o fisico) non solo si verifica più frequentemente, ma assume un maggiore valore traumatico attivando le difese del bambino³². Spesso queste persone riflettono sul significato della vita, pensano continuamente all'accaduto per capire e trovare un senso. Cercano di reagire al trauma, ma i pensieri intrusivi di vita e morte portano il soggetto a sentirsi molto vulnerabile e timoroso dell'eventualità che il trauma si ripeta³³.

Il trauma si divide in stress cronico e trauma acuto. Quest'ultimo definisce un soggetto che di fronte a un evento traumatico si comporta come se avesse davanti qualcosa di sconosciuto da cui difendersi. Nello stress cronico abbiamo l'abituazione all'esperienza traumatica. Può essere definito anche complesso, in quanto dato dall'insieme di più eventi traumatici di natura interpersonale che si ripetono secondo intervalli di tempo prolungati³⁴. Un esempio è dato dalla relazione tra minore e genitore maltrattante. Spesso il bambino vive eventi traumatici cronici che si ripetono. Tuttavia lui non è in grado di riconoscerli come dannosi, anche se gli provocano emozioni negative. Questo tipo di esperienza insidiosa e non avvertita viene definita da Liotti (2011) come "sviluppo traumatico"³⁵. Le definizioni di trauma sono numerose, ma in molti eventi che potrebbero essere definiti come traumatici, la paura, l'impotenza, l'orrore possono non essere percepiti per via dei processi di difesa dal trauma come la dissociazione. Solitamente si considera trauma ciò che a livello clinico può portare a reazioni riconducibili al Disturbo da Stress Post-Traumatico, o a reazioni meno specifiche che portano a un Disturbo dell'Adattamento o a un disagio soggettivo che non ha necessariamente valore psicopatologico (Caffo, Camerini,

³² Ibidem

³³ Ibidem

³⁴ Giamundo V., Isola L. *Abuso e maltrattamento all'infanzia. Modelli di intervento e terapia cognitivo-comportamentale*. Franco Angeli, Milano, 2013, p. 511

³⁵ In Giamundo V., Isola L. *Abuso e maltrattamento all'infanzia. Modelli di intervento e terapia cognitivo-comportamentale*. Franco Angeli, Milano, 2013, p. 511

2004)³⁶.

IL DISTURBO DA STRESS POST-TRAUMATICO

Il Disturbo da Stress Post-Traumatico (DSPT) è una sindrome che si verifica in seguito a una situazione traumatica violenta o accidentale che porta il soggetto a provare sentimenti di paura, disperazione e impossibilità di fuggire. Perché un evento sia definito traumatico è necessario che vada oltre le strategie di *coping* della persona, causandogli un forte senso di paura, tanto da farlo sentire sopraffatto a livello emotivo, cognitivo e fisico.

Questo Disturbo è stato riconosciuto come entità diagnostica solo a partire dal 1980, con la pubblicazione del DSM-III. Precedentemente, durante il XIX secolo, alcuni sintomi di questa sindrome erano stati descritti come conseguenze delle guerre, in termini di “cuore di soldato”, ossia sintomi di un disturbo cardiaco funzionale, oppure come “shock da battaglia” per lesioni del Sistema Nervoso Centrale, per indicare patologie che sorgono come conseguenza di situazioni molto difficili e stressanti che mettono a rischio la propria e l'altrui vita, dunque non erano mai stati considerati come parte di un disturbo psichiatrico³⁷.

Già in questo periodo studiosi come Freud, Kraepelin e Janet avevano identificato questi disturbi come forme di stress traumatico conseguenti ad incidenti o altri eventi gravosi, cosicché a partire dalla fine del XIX e l'inizio del XX secolo si hanno le prime descrizioni della patologia non solo a livello biologico ma anche psichico. A partire dal 1980 il Disturbo da Stress Post-Traumatico è stato inserito nel Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali. La sua prima apparizione la si può trovare nel DSM-III³⁸.

Mentre in questa versione si era ancora molto legati alle conseguenze psicologiche del soggetto, con il DSM-IV si è poi cercato di far riferimento alla “gravità oggettiva estrema” dell'evento traumatico (Duca, 2008)³⁹. Il Disturbo è ampiamente descritto nel DSM-5, all'interno dei Disturbi correlati a eventi traumatici e stressanti.

³⁶In Ibidem, p. 512

³⁷ Annese P.M., Bossini L., Calossi S., Castrogiovanni P., Lombardelli A., Pieraccini F., Traverso S. (2004). *Il Disturbo Post-Traumatico da Stress. Rapporti tra life events e patologia psichiatrica*, 215-238

³⁸ Ibidem

³⁹ Duca N. (2008). *Il trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo post-traumatico da Stress. Psicoterapeuti in formazione*. 1, 23-52

La caratteristica essenziale del DSPT è il rivivere l'evento traumatico. L'evento traumatico può essere rivissuto in diversi modi. La risperimentazione dell'evento traumatico può emergere attraverso il gioco post-traumatico che riproduce alcuni aspetti della situazione abusiva vissuta, oppure attraverso affermazioni o domande sull'evento che suggeriscono una focalizzazione per l'evento stesso; o ancora attraverso reazioni di angoscia sollecitate dai ricordi. La risperimentazione può avvenire anche attraverso pensieri ricorrenti e intrusivi attraverso i sogni, gli incubi, disegni e gli episodi dissociativi. Altro elemento caratteristico del DSPT è l'appiattimento dell'affettività che può emergere attraverso un'inibizione, la perdita temporanea di competenze già acquisite (ad esempio un bambino può avere problemi nel linguaggio o difficoltà nel controllo sfinterico), il ritiro sociale o l'isolamento. Altro aspetto centrale è l'iperattivazione che nel bambino può manifestarsi attraverso paure notturne, con risvegli, pianti inconsolabili, difficoltà di attenzione e concentrazione, risposte di allarme esagerate e stati di ipervigilanza. Secondo alcune ricerche, il disturbo non si manifesta in modo univoco, in quanto alcuni soggetti possono provare paura nel rivivere determinate sensazioni emotive o comportamentali, altri possono provare sofferenza con stati d'animo di depressione, pensieri negativi o perdita di piacere con appiattimento affettivo. C'è chi prova un forte stato di eccitazione ed ha comportamenti esternalizzanti e chi prova una combinazione di tutti questi sintomi. I bambini possono rimanere traumatizzati dall'aver subito esperienze sessuali inappropriate per la loro età di sviluppo anche senza violenza fisica o lesioni⁴⁰. Vengono intaccati diversi processi psicologici come la memoria, le emozioni, le strategie di fronteggiamento al problema e il sistema di rappresentazione⁴¹.

Il Disturbo è tanto più grave quanto più intenso e duraturo è l'evento stressante che lo ha generato, in particolar modo se quest'ultimo è interpersonale e intenzionale⁴².

Il soggetto con DSPT ha spesso pensieri spiacevoli che sono intrusivi ed involontari

⁴⁰ American Psychiatric Association. *DSM - 5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014, p. 317

⁴¹ Giamundo V., Isola L. *Abuso e maltrattamento all'infanzia. Modelli di intervento e terapia cognitivo-comportamentale*. Franco Angeli, Milano, 2013, p. 507

⁴² American Psychiatric Association. *DSM - 5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014, p. 318

che si differenziano dalla ruminazione depressiva⁴³. Un esempio significativo è dato dai sogni ricorrenti contenenti tematiche o emozioni riconducibili al trauma. Rivivere quel che si ha subito crea una forte sofferenza nella persona, tanto da farle mettere in atto strategie di evitamento. La persona può evitare volontariamente tutto ciò che gli ricorda il trauma, aspetto che può portare a problemi relazionali come conflitti coniugali, divorzio o perdita del lavoro⁴⁴. L'individuo ha persistenti pensieri negativi e pessimisti riguardo sé stesso e il proprio futuro. Possono sorgere idee sbagliate sull'evento traumatico e sulle sue cause così da spingerlo ad accusare sé stesso o gli altri⁴⁵.

Il DSPT porta la persona ad avere un'alta sensibilità alle minacce, indipendentemente dal fatto che siano collegate realmente all'evento traumatico. Si diventa più reattivi, nervosi e in un persistente stato di allarme. Sorgono spesso difficoltà di concentrazione nel ricordare eventi quotidiani o nel prestare attenzione alle attività. L'elevato *arousal*, la preoccupazione e la presenza di incubi rendono difficile il sonno di questi soggetti⁴⁶.

Il DSM-5 definisce i criteri per diagnosticare questa sindrome nelle persone di età superiore ai 6 anni. La tabella 1 riporta i criteri diagnostici del DSM-5.

⁴³ American Psychiatric Association. *DSM - 5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014, p. 318

⁴⁴ Navarra D. (2011). *Disturbo Post-Traumatico da Stress, Psicoterapeuti in-formazione*, 8, 3-38.

⁴⁵ American Psychiatric Association. *DSM - 5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014, p. 319

⁴⁶ Ibidem

<p>Criterio A</p>	<p>Esposizione a morte o minaccia di morte, grave lesione o violenza sessuale tramite:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. esperienza diretta dell'evento traumatico; 2. aver assistito direttamente a un evento traumatico accaduto ad altri; 3. venire a conoscenza di un evento traumatico accaduto ad un familiare o ad un amico stretto; in caso di morte reale o minaccia di morte da parte di un familiare o di un amico, l'evento deve essere stato violento o accidentale; 4. essere più volte esposti a dettagli precisi e crudi dell'evento traumatico. <p>Il criterio A4 non riguarda l'esposizione attraverso media elettronici come televisione o immagini, a meno che l'esposizione non sia dovuta al lavoro svolto.</p>
<p>Criterio B</p>	<p>Presenza di uno o più dei seguenti sintomi intrusivi associati all'evento traumatico che hanno inizio successivamente all'evento traumatico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ricordi spiacevoli, intrusivi e involontari dell'evento traumatico; <p>i bambini sopra i 6 anni possono sviluppare un gioco ripetitivo in cui emergono temi o aspetti riguardanti l'evento traumatico;</p> <ol style="list-style-type: none"> 2. sogni i cui contenuti o emozioni sono collegati all'esperienza dolorosa; <p>i bambini possono avere sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile;</p> <ol style="list-style-type: none"> 3. reazioni dissociative, non legate all'abuso di sostanze, che possono durare anche una giornata intera, durante le quali viene rivissuto il trauma e il soggetto si comporta come se l'evento si stesse ripresentando, fino a perdere la consapevolezza dell'ambiente circostante. Questi fenomeni vengono solitamente definiti come <i>"flashback"</i>, in quanto hanno una breve durata, ma danno una forte sofferenza e un aumento dell'<i>arousal</i>. L'esposizione a oggetto, eventi o situazioni che rievocano il ricordo dell'esperienza dolorosa, portano a provare una forte sofferenza e una marcate reazioni fisiologiche; <p>i bambini spesso rivivono questi momenti traumatici negli stati di dissociazione e nel gioco;</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. intensa e prolungata sofferenza psicologica dovuta all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico. 5. marcata reazione fisiologica a fattori interni o esterni che simboleggiano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento traumatico.

Criterio C	<p>Evitamento persistente degli stimoli associati all'evento traumatico, iniziato dopo l'evento traumatico, come evidenziato da uno o entrambi i seguenti criteri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. evitare o tentare di evitare ricordi, pensieri o sentimenti collegati al trauma subito; 2. evitare o tentare di evitare attori esterni come persone o luoghi che gli ricordano emozioni o sentimenti collegati a ciò che ha subito.
Criterio D	<p>Le emozioni e i pensieri associati all'evento traumatico subiscono delle alterazioni negative secondo due o più dei seguenti criteri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. il soggetto è incapace di ricordare alcuni aspetti importanti dell'esperienza traumatica (si ha amnesia dissociativa, non dovuta ad abuso di sostanze o trauma cranico); 2. persistenti e distorti pensieri negativi sull'evento traumatico relativi a sé, agli altri o al mondo; 3. persistenti e distorti pensieri negativi sull'evento traumatico relativi a sé, agli altri o al mondo che portano il soggetto ad incolpare sé stesso o gli altri; 4. persistente stato emotivo negativo, definito umore nero, che comporta paura, orrore, rabbia, ecc.; 5. riduzione dell'interesse per qualunque attività significativa; 6. senso di distacco e di estraneità verso gli altri; 7. incapacità di provare emozioni positive.
Criterio E	<p>Significative alterazioni dell'<i>arousal</i> e della reattività dovuto all'evento traumatico, iniziate o peggiorate dopo l'evento, secondo due o più dei seguenti criteri:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. comportamento irritabile ed esplosioni di rabbia, con o senza provocazione, espressi tramite aggressioni verbali o fisiche contro persone o oggetti; 2. comportamento spericolato o autodistruttivo; 3. ipervigilanza; 4. esagerate risposte di allarme; 5. problemi di concentrazione; 6. difficoltà relative al sonno.
Criterio F	<p>Durata delle alterazioni dei criteri B, C, D, E superiore a 1 mese.</p>

Criterio G	L'alterazione intacca significativamente il funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti della persona.
Criterio H	L'alterazione non deve essere conseguenza dell'abuso di sostanze o di altre condizioni mediche.

Tab.1: Criteri diagnostici del DSM-5

Nel diagnosticare la presenza di un Disturbo da Stress Post-Traumatico va specificata la presenza di sintomi dissociativi. L'individuo può provare uno stato di depersonalizzazione⁴⁷, ovvero fa esperienza di sentirsi distaccato da sé, si sente come un osservatore esterno di sé stesso, dei propri processi mentali e corporei, per esempio ha la sensazione di essere in un sogno o ha la sensazione del tempo che scorre lentissimo.

Oppure può sperimentare sintomi di derealizzazione, dove il mondo esterno è percepito come irreali, distante o distorto⁴⁸. Tutto ciò deve avvenire senza che il soggetto abusi di sostanze o come causa di una particolare condizione medica. I sintomi di solito sorgono nei primi 3 mesi dopo il trauma, ma in alcuni casi possono impiegare molti più mesi o anni per soddisfare appieno i criteri diagnostici della sindrome. In particolare se entro 6 mesi non vengono rispettati i criteri diagnostici si ha quella che viene definita come “espressione ritardata”.

In quest'ultima versione del DSM è stata molto importante l'introduzione di un sottotipo di DSTP dedicato ai bambini sotto i 6 anni, quindi in età prescolare. Il DSM-5 ha cercato di differenziare l'età di sviluppo del Disturbo per sottolineare come esso abbia valenze differenti in base all'età in cui sorge. I criteri diagnostici sono simili a quelli dell'adulto, ma presentano un elemento di novità dato dal criterio relativo al disagio e alla compromissione che la sindrome crea nel rapporto con i genitori, i fratelli, i coetanei, *caregivers* e in ambiente scolastico, considerate queste come le uniche forme di relazione che il minore può avere durante questo periodo della sua vita.

Il trauma che si verifica nei bambini piccoli spesso può portare a ritardi nello

⁴⁷ American Psychiatric Association. *DSM - 5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014, p. 318

⁴⁸ Ibidem

sviluppo, pseudoallucinazioni uditive, ideazione paranoide, sintomi dissociativi, difficoltà relazionali e della regolazione delle emozioni.

I bambini esprimono i sintomi tramite il gioco, i sogni e il comportamento emotivo. Non sempre sanno esprimere pensieri ed emozioni, per cui bisogna vedere il loro modo di comportarsi e lo stato del loro umore. Si può vedere una riduzione di interesse nelle varie attività, per il loro futuro e una percezione negativa di sé. Bambini e adolescenti possono avere diverse reazioni alle esperienze traumatiche, in base al tipo di evento stressante e al grado di esposizione⁴⁹.

Un altro fattore determinante è la generalizzazione ad altri ambiti dell'evento⁵⁰. Per esempio, un bambino abusato dallo zio può estendere la sua paura a ad altri uomini di sesso maschile. Anche l'intensità, la gravità, la velocità, la ripetitività dell'esposizione, il contesto in cui avviene, l'associazione ad altri tipi di *stressor* consecutivi o contemporanei sono fattori importanti (Giamundo, 2013)⁵¹. La durata degli eventi e ciò che provocano come conseguenze secondarie porta i bambini ad avere delle difficoltà di adattamento aggravate dalle problematiche familiari che ne possono derivare. Essere direttamente vittima di un trauma o aver assistito a un evento pericoloso crea forti squilibri psichici e neurobiologici nell'individuo. Anche le caratteristiche soggettive del bambino, come l'età, le capacità di *coping*, le capacità di adattamento, la percezione degli stimoli, il tipo di attaccamento sono elementi fondamentali per lo sviluppo del Disturbo⁵². È importante il modo con cui viene percepito e sentito emotivamente un evento, che impatto ha sulla soggettività di chi lo subisce. L'ambiente in cui vive il minore serve al superamento del trauma. Il modo con cui la famiglia reagisce ed è in grado di attutire il peso di un evento simile può incidere molto sul decorso dell'evento, tanto da poter ridurre la probabilità che la situazione del minore si aggravi. Processi giudiziari, allontanamento dalla famiglia, ospedalizzazione, sono tutti

⁴⁹ American Psychiatric Association. *DSM - 5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014, p. 321

⁵⁰ Giamundo V., Isola L. *Abuso e maltrattamento all'infanzia. Modelli di intervento e terapia cognitivo-comportamentale*. Franco Angeli, Milano, 2013, p. 519

⁵¹ *Ibidem*, p. 519

⁵² Giamundo V., Isola L. *Abuso e maltrattamento all'infanzia. Modelli di intervento e terapia cognitivo-comportamentale*. Franco Angeli, Milano, 2013, p. 519

fenomeni che possono incidere negativamente sullo sviluppo del trauma. Per questo, si ritiene che prima si è in grado di riconoscere ed intervenire sul DSPT e migliori saranno i risultati⁵³.

Generalmente negli adulti il recupero avviene in circa 3 mesi, ma ci sono casi in cui i sintomi hanno una durata maggiore che può arrivare a durare anni, a causa della presenza di fattori che fanno riemergere il vissuto.

La gravità dello sviluppo del DSPT dipende anche dalla cultura di appartenenza della persona o dal significato attribuito al trauma. Una diagnosi completa di DSPT dovrebbe valutare anche come viene definita la sofferenza in base alla cultura di appartenenza. Inoltre esistono differenze anche di genere. Secondo alcuni studi, le donne possono soffrire per un tempo maggiore rispetto ai maschi dei sintomi di questo disturbo, in quanto loro hanno una maggiore probabilità di essere esposte a eventi traumatici come stupri o violenze interpersonali⁵⁴.

Secondo alcune ricerche, la presenza del DSPT negli Stati Uniti, in base ai criteri del DSM-IV, nelle persone di almeno 75 anni è dell'8,7%. Annualmente, negli Stati Uniti si registra una presenza del 3,5% negli adulti. Valori inferiori sono stati calcolati in Europa, in Asia, in Africa e nei Paesi latinoamericani⁵⁵. Molte volte la vittima preferisce tacere sull'evento traumatico e i dati di prevalenza possono risultare pertanto sottostimati; tuttavia, pare che circa 1/3 dei bambini abusati sviluppino sintomi che rientrano nel DSPT⁵⁶.

Le conseguenze di una tale sindrome sono legate alla disabilità sociale, interpersonale, evolutiva, scolastica, lavorativa e fisica e la necessità di accedere a servizi medici. Soprattutto nel caso di persone che nell'infanzia sono state abusate fisicamente o sessualmente, si riscontra un grande bisogno di essere aiutati tramite servizi di Salute Mentale o di strutture adibite al trattamento del problema. In generale c'è una riduzione

⁵³ Ibidem, p. 520

⁵⁴ American Psychiatric Association. *DSM - 5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014, pp. 322-323

⁵⁵ Ibidem, p.320

⁵⁶ Giamundo V., Isola L. *Abuso e maltrattamento all'infanzia. Modelli di intervento e terapia cognitivo-comportamentale*. Franco Angeli, Milano, 2013.

delle proprie capacità per provvedere al proprio futuro. Nel caso di abuso infantile una delle conseguenze più rischiose è dato dal suicidio⁵⁷. Alcune persone cercano di calmare la loro situazione abusando di sostanze.

Secondo quanto riportato dal DSM-5 si possono suddividere dei fattori di rischio e di protezione chiamati: pretraumatici, (il basso stato socio-economico, la bassa scolarità, l'esposizione a un trauma precedente, le avversità infantili, strategie di *coping*, intelligenza inferiore, appartenenza a una minoranza etnica, storia familiare psichiatrica, appartenere al genere femminile o trauma precoce), peri-traumatici (gravità del trauma, percezione di minaccia per la vita, lesione personale, violenza interpersonale, essere esecutore o testimone di atrocità, la dissociazione) e post-traumatici (valutazioni negative, strategie di *coping* inappropriate, sviluppo di un disturbo acuto da stress, esposizione a ripetuti solleciti sconvolgenti, successivi eventi di vita avversi, perdite traumatiche)⁵⁸.

Questo Disturbo spesso viene sottostimato, in quanto c'è poca familiarità per i medici con la sindrome. Inoltre spesso essa appare in comorbidità con altre sindromi, come il Disturbo da uso di sostanze o il Disturbo della condotta. Il DSPT, tuttavia, va differenziato da sindromi come il Disturbo dell'attaccamento, altri Disturbi e condizioni post-traumatiche, Disturbo da stress acuto, Disturbo d'ansia, Disturbo ossessivo-compulsivo, Disturbo depressivo maggiore, Disturbo di personalità, Disturbi dissociativi, Disturbo di conversione, Disturbi psicotici e Danno cerebrale da trauma⁵⁹.

⁵⁷ American Psychiatric Association. *DSM - 5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014, p. 323

⁵⁸ *Ibidem*, pp. 321-322

⁵⁹ *Ibidem*, pp. 323-325

IL RUOLO DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE

L'evento traumatico sconvolge la vita psichica dell'individuo provocandone un trauma e quindi uno stato d'impotenza. L'aumento della consapevolezza da parte dei Servizi territoriali della presenza di fenomeni di maltrattamento e abuso dell'infanzia, ha portato i diversi professionisti coinvolti a migliorare le proprie strategie di intervento, per rispondere in modo più opportuno ai bisogni della vittima e della famiglia⁶⁰. Va premesso che nelle condizioni di abuso fisico e abuso sessuale che possono preludere allo sviluppo di un Disturbo da Stress Post-Traumatico l'educatore professionale lavora in stretta sinergia con gli operatori dell'area della psichiatria o della neuropsichiatria infantile, oppure della psicologia clinica.

I. Riabilitazione del minore vittima di abuso

Lavorare con il minore richiede di operare su due differenti livelli: il primo riguarda il raggiungimento di obiettivi educativi legati alle problematiche del minore. Il secondo il rilevamento e l'approfondimento degli aspetti problematici. L'intervento educativo è l'insieme di azioni che un educatore e l'equipe con cui collabora realizzano per favorire uno sviluppo e un recupero delle potenzialità del soggetto al fine di renderlo sempre più autonomo. L'educatore si muove tramite un'azione educativa mediatrice tra un soggetto o un gruppo di soggetti e gli ostacoli della realtà che vanno appresi ed affrontati. Ci si muove favorendo quelle condizioni educative che possano favorire il cambiamento desiderato per una migliore crescita personale.

L'educatore professionale deve favorire la continuità tra l'esperienza e la sua elaborazione, favorendo la costruzione armonica della persona. Agisce tramite l'ascolto di quelle persone che sono state vittime di abusi e che non hanno avuto una grande possibilità di esprimere ed esternare ciò che hanno sofferto. Spesso infatti le vittime di abuso non rivelano l'accaduto, perché l'esperienza viene rimossa o perché viene sentita la necessità di proteggere l'adulto abusante, o perché i contenuti sono troppo dolorosi, o per vissuti di impotenza o di inefficacia che portano a pensare che “tanto le cose non potranno cambiare”, o per il timore di non essere creduti o ancora per un potente senso di colpa associato

⁶⁰ Maccario D. *L'educazione difficile. La didattica nei contesti socioculturali e assistenziali*. Carrocci Faber, Roma, 2014

all'evento e per la paura di essere giudicati. Il bimbo abusato difficilmente ammetterà tutto il dolore e le umiliazioni subite, è probabile addirittura che da adulto tenderà a raccontare la sua infanzia come tutta rosea e serena, negando il passato. Nelle relazioni educative l'ascolto è una delle competenze fondamentali che l'educatore professionale deve possedere, in quanto processo attivo tramite cui dà autenticità all'altro, cercando di sentire la realtà come lui la percepisce, nonostante ci siano modi di sentire diversi dai propri. Serve a dare spazio alle persone, ascoltandole non superficialmente, ma attraverso un ascolto attivo⁶¹.

Tramite l'ascolto non si sentono solo le parole espresse, ma anche il modo con cui vengono dette, in base a come l'altro si pone e a ciò che vuole comunicare. L'educatore non solo ascolta, ma osserva anche l'atteggiamento e le posture dell'altro mentre comunica, nonostante a un primo impatto possano sembrare senza importanza. Ascoltando si vuole accogliere l'altro, cercando di dominare le proprie emozioni, dimostrandosi comprensivi e non distaccati. L'educatore cerca poi di accogliere le preoccupazioni dell'altro rispondendo con consigli pratici, reali e concreti, esprimendosi in modo chiaro e comprensibile, con curiosità, senza pressare la persona che ha di fronte⁶². Serve empatia e non banalizzazione.

L'ascolto di persone sfiduciate, ricche di problematiche causate da un passato di abusi e violenze richiede di entrare in relazione per aiutare l'altro a superare le proprie difficoltà.

L'educatore si muove senza assillare, ma favorendo la sua libertà di espressione, senza forzarlo. Non vuole identificare o condannare la persona in quanto vittima di abuso, ma farla sentire accolta. In un primo momento l'educatore potrebbe sentirsi inadeguato, angosciato e non pronto ad accogliere certi argomenti difficili e dolorosi del passato di quella persona. È proprio in questo caso che l'educatore deve saper far fronte a queste difficoltà cercando di esprimere l'accettazione dell'altro. I racconti di una persona abusata non si esauriscono in un solo colloquio, ma richiedono diversi incontri durante i quali diversi dettagli vengono sempre a galla. Parlare con gli altri del trauma subito spesso è un sollievo, una liberazione da un peso considerato difficile da togliere da soli. L'empatia dell'educatore è ciò che può favorire il contatto con la sofferenza altrui, in quanto, tramite la

⁶¹ Maccario D. *L'educazione difficile. La didattica nei contesti socioculturali e assistenziali*. Carrocci Faber, Roma, 2014

⁶² Synergia centro trauma

piena comprensione può permettere alla persona di comunicare i propri disagi senza farlo sentire giudicato. E' molto importante stabilire una buona alleanza terapeutica basata sulla fiducia e sul rispetto reciproco, aspetto non facile, in quanto i bambini con DSPT non sono molto propensi a stabilire legami, soprattutto nel caso in cui il trauma sia di tipo intra-familiare⁶³.

L'educatore non si occupa di indagare direttamente l'abuso infantile, aspetto di cui si occupano lo psicologo ed il medico psichiatra. Attraverso l'azione educativa si cerca di dare conoscenze e informazioni legate all'abuso, permettendo al minore di esprimersi senza vergogna o disagio, cercando di promuovere l'alleanza. Si cerca di aiutarlo nella gestione delle emozioni date dal ricordo traumatico. Con i soggetti con DSPT l'educatore può muoversi basandosi su un approccio cognitivo-comportamentale. Muovendosi attraverso un'esposizione graduale si cerca di far descrivere al bambino l'evento traumatico partendo dagli aspetti meno dolorosi per poi arrivare a parlare dell'evento anche negli aspetti più difficili (Giamundo, Isola, 2013)⁶⁴. Si favorisce l'integrazione dell'esperienza dell'abuso nel proprio vissuto. Tramite questo approccio si cerca di favorire strategie per lo sviluppo del *coping* e del *problem solving*. Con le strategie di *coping* si vuole cercare di insegnare al minore a controllare emozioni come la rabbia o le tensioni, si cerca di far riacquistare la fiducia in sé del minore e la propria consapevolezza, aiutandolo anche a non temere le proprie sensazioni corporee. Si deve cercare di far leva sull'autoefficacia del minore, il quale si sente impotente, in quanto tradito nella propria fiducia e vittima di un abuso. Il trauma interferisce anche sull'impatto emotivo del minore che fatica a riconoscere e differenziare le emozioni⁶⁵. Tramite l'azione educativa si vuole aumentare la consapevolezza dei propri stati emotivi, abbassando l'ansia e favorendo un maggior stato di normalità. I minori affetti da DSPT possono descrivere l'evento traumatico senza esprimere emozioni o stati d'animo⁶⁶. Tramite attività serene come giochi, storie figurate, disegni si

⁶³ Giamundo V., Isola L. *Abuso e maltrattamento all'infanzia. Modelli di intervento e terapia cognitivo-comportamentale*. Franco Angeli, Milano, 2013, pp. 528

⁶⁴ *Ibidem*, p. 533

⁶⁵ *Ibidem*, p. 530

⁶⁶ Giamundo V., Isola L. *Abuso e maltrattamento all'infanzia. Modelli di intervento e terapia cognitivo-comportamentale*.

cerca di aiutare il minore a sviluppare stati emotivi positivi e ad avere una visione più favorevole del proprio futuro. Attività come le gite, laboratori di pittura, gruppi di cineforum, di lettura o gruppi di discussione che continuano nel tempo possono portare importanti cambiamenti.

Confrontarsi con altre persone che hanno avuto un passato simile al proprio e che magari sono riusciti a superare certe difficoltà può permettere alla persona di capire che anche per lui c'è la speranza e la possibilità di farcela. Prendere parte ad attività di gruppo, inoltre, può aiutare il soggetto ad essere più consapevole della situazione, del fatto che possono esserci anche esperienze positive nella vita e che la vicinanza ad altre persone non può che aiutarla a stare meglio. Lavorare in gruppo aiuta a rispecchiarsi negli altri, ad aumentare la propria autostima e ad integrare la propria esperienza. Deve capire che esistono ancora persone di cui si può fidare. Non esiste un intervento unico, in quanto ogni caso è a sé, ma lavorare sulla quotidianità e sul rapporto con gli altri è uno degli aspetti fondamentali. L'educatore agisce sul contenimento e sulla protezione del soggetto abusato, in modo da rassicurarlo. Si muove in base a due compiti fondamentali: osservare e supportare.

L'osservazione è un intervento svolto dagli educatori che devono aiutare il minore a far fronte alla sofferenza cercando di fargli capire, cosa sta succedendo e quello che si sta cercando di fare per lui, per aiutarlo a crescere. Osservando, l'educatore rileva eventuali danni a livello fisico, sociale o psicologico, osserva come si relaziona con i genitori, i modi con cui reagisce e quali sono i suoi scopi e i suoi interessi. Gli educatori osservano i bambini, rilevano e monitorano se manifestano condotte anomale per l'età, il loro modo di giocare, se in solitario o con altri coetanei, come si relazionano con gli altri bambini in un contesto di comunità, con i genitori e i modi con cui reagisce. Questi dati sono poi riferiti all'equipe con cui si collabora per valutare la recuperabilità del soggetto. Dando supporto l'educatore favorisce la relazione tra bambino e genitori, così da fare da esempio a loro e favorire la rinascita di un rapporto favorevole col figlio. Dopo l'osservazione, l'educatore collabora con l'equipe svolgendo il ruolo di mediatore dei bisogni dei genitori e del

bambino. Essendo stato vittima di un evento che l'ha traumatizzato, il bambino potrebbe diventare particolarmente richiedente. I genitori invece possono reagire in modo difensivo e aggressivo, rovinando ulteriormente la relazione con il figlio⁶⁷. All'inizio dell'operato l'educatore deve capire in quale fase si trova nel rapporto col minore, in modo da realizzare un'opera meritevole, dove siano definiti i ruoli e le funzioni di ognuno. È importante che l'educatore lavori in equipe, così da integrare i diversi punti di vista per avere una visione più ampia e un minor rischio di errore. Per questo si cerca spesso di valutare la situazione tramite unità valutative multidimensionali (UVM). La collaborazione permette di attuare percorsi complessi che il singolo professionista, da solo, non sarebbe riuscito ad ottenere.

La condivisione di ipotesi, obiettivi, strategie va fatta fin dall'inizio dell'arrivo del minore, in modo tale che ogni professionista non si ponga al di sopra degli altri, ma che ognuno lavori rispettando i limiti del proprio ruolo. Si ha così una co-creazione del progetto condiviso e rimodellabile. Tramite gesti quotidiani e sicuri che danno fiducia, l'educatore inizia già il suo intervento mandando messaggi di affetto e protezione. Attività come l'aiuto a fare i compiti, augurare la buona notte, guardare film, rimproverare o rallegrarsi in caso di successo sono azioni comuni ma essenziali in questi contesti. La presenza della routine quotidiana definite secondo orari precisi e la stabilità delle regole che vanno rispettate permette ai minori di sapere come muoversi, secondo orari da dedicare all'impegno e altri allo svago. A causa dello stato traumatico che hanno sviluppato, questi soggetti temono ciò che è imprevedibile. Con regole ben definite, il minore può imparare a convivere e a condividere con gli altri gli aspetti più salienti della vita quotidiana evitando conflitti inutili.

Le regole, chiaramente, non sono stabilite a priori, ma condivise con i minori, in modo da stabilire impegno e responsabilità. Nel caso in cui non siano rispettate le regole si interviene con punizioni, purché esse siano misure alternative che permettano di mantenere aperto il dialogo col minore⁶⁸.

II. Prevenzione dello sviluppo del Disturbo da Stress Post-Traumatico

La prevenzione si serve di politiche e programmi d'azione che considerino i fattori di

⁶⁷ Maccario D. *L'educazione difficile. La didattica nei contesti socioculturali e assistenziali*. Carrocci Faber, Roma, 2014

⁶⁸ *Ibidem*

rischio e di protezione. La prevenzione dello sviluppo di un Disturbo da Stress Post-Traumatico in un minore vittima di abusi fisici o sessuali si muove attraverso programmi di sensibilizzazione della popolazione basandosi su dati rilevati dalle ricerche scientifiche⁶⁹. La progettazione di interventi di prevenzione deve considerare la definizione del problema che descriva il più oggettivamente possibile il peso del maltrattamento e le caratteristiche tipiche delle vittime, identificando anche le cause e ciò che può predisporre allo sviluppo del DSPT. Infine è importante realizzare progetti che possano ridurre al minimo i rischi. La ricerca, la raccolta sistematica dei dati, il monitoraggio e la valutazione dei programmi sono alla base della ricerca per la realizzazione del progetto di prevenzione. Molte volte per prevenire si è agito identificando il Disturbo e cercando di intervenire il prima possibile per aiutare la vittima. Malgrado ciò non viene garantita una riduzione del fenomeno. Perché ciò avvenga bisogna agire sulle cause e su ciò che può produrre l'insorgenza del DSPT. Le metodologie di prevenzione si basano sull'individuazione e la comprensione dei fattori di rischio e sulla valutazione dei risultati. Si può dire che un programma di prevenzione è efficace se riduce la presenza del Disturbo nei minori della popolazione su cui agisce. Le strategie di prevenzione sono attività di sensibilizzazione della popolazione tramite questionari somministrati alla popolazione di riferimento per valutarne la conoscenza (prevenzione primaria) e programmi educativi per la scuola, tramite cui dare informazioni agli studenti riguardo il fenomeno. La prevenzione verso i bambini deve aiutare innanzitutto gli adulti che lo seguono a riconoscere i segnali che indichino che il bambino possa essere stato vittima di abusi e di conseguenza quali sono i segnali che possono indicare lo sviluppo del DSPT. Verso le famiglie invece si dà sostegno e si aiuta a comprendere quali sono i fattori di rischio. Altre forme di prevenzione avvengono negli spazi dedicati ai bambini, dove si cerca di favorire l'ascolto del minore e la presentazione di relazioni affettive e sessuali adeguati, così da far loro capire cosa è sbagliato e cosa no.

Le strategie di prevenzione allo sviluppo del Disturbo da Stress Post-Traumatico nelle vittime di abusi fisici o sessuali mirano a far capire quali sono le situazioni di pericolo e come evitarle o fronteggiarle. Si cerca di trasmettere insegnamenti utili alla presa di coscienza del proprio corpo e delle sensazioni che esso ci trasmette, dei propri

⁶⁹ Psychomedia: salute mentale e comunicazione

comportamenti, della propria auto-protezione ai fini dell'allontanamento dell'adulto abusante e saper riconoscere situazioni inadeguate che possono creare imbarazzo. L'educazione mira a insegnare ad un bambino a potersi fidare e quindi confidarsi a delle figure adulte non abusanti.

III. Processo psico-educativo con i familiari

L'intervento con i genitori si basa sulla spiegazione delle preoccupazioni insorte ai danni del minore, soprattutto nel caso di segnalazioni particolari; si cerca di dimostrare una certa comprensione nei confronti dell'adulto del genitore non abusante; il riconoscimento del suo ruolo di genitore; nel suo necessario ruolo di supporto per il bambino vittima di abuso si cerca di evitare di fare subito riferimenti al disagio del figlio come conseguenza delle azioni genitoriali; si assume un atteggiamento che non dia subito approvazione sulle spiegazioni fornite dai genitori per giustificare lo stato del minore, ma si deve cercare di far capire il bisogno di prendersi del tempo per capire la situazione⁷⁰. I genitori potrebbero riconoscere le preoccupazioni sorte ed essere disponibili ad accettare l'aiuto che gli viene offerto. Oppure potrebbero reagire in modo passivo, accettando solo in parte l'aiuto, non riconoscendo del tutto la situazione problematica. C'è anche chi si dimostra totalmente disinteressato dal ricevere aiuti, evitando il dialogo e dimostrando di non avere alcuna intenzione di comunicare. La maggior parte dei genitori si comporta come descritto in quest'ultimo caso, aspetto che non va valutato negativamente, ma che va visto come uno degli nodi critici da superare. Non sempre sono pronti a far fronte alla sofferenza che il trauma ha generato nel figlio. Questo può portare il bambino a cercare l'avvicinamento o la distanza dai genitori in modo ambivalente, aspetto che può creare confusione e comportamenti inadeguati da parte dei genitori⁷¹. Tramite le proprie competenze relazionali ed emotive l'educatore si impegna a superare le difficoltà poste dalla relazione con la famiglia, al fine di ottenere una relazione di fiducia e di sostegno⁷². L'educatore deve definire cosa si aspetta, in quanto elemento fondamentale per il progetto educativo rivolto al minore.

⁷⁰ Maccario D. *L'educazione difficile. La didattica nei contesti socioculturali e assistenziali*. Carrocci Faber, Roma, 2014

⁷¹ Giamundo V., Isola L. *Abuso e maltrattamento all'infanzia. Modelli di intervento e terapia cognitivo-comportamentale*. Franco Angeli, Milano, 2013, p. 544

⁷² Maccario D. *L'educazione difficile. La didattica nei contesti socioculturali e assistenziali*. Carrocci Faber, Roma, 2014

In base a ciò si possono identificare rapporti di delega, per cui l'educatore dà sostegno al minore nello svolgimento di attività dove il genitore non è in grado di adempiere al suo dovere, purché la famiglia accetti. Può esserci un rapporto di affiancamento, per cui l'educatore si pone al fianco del genitore per la cura e la gestione del figlio, ovviamente sempre previa l'accettazione del genitore per tale intervento. Le famiglie vanno coinvolte attivamente nel processo educativo⁷³. Si può instaurare un rapporto di collaborazione ed alleanza educativa, dove genitore ed educatore collaborano e quest'ultimo può insegnare al familiare delle strategie per gestire le difficoltà del bambino. Infine, grazie a un rapporto di condivisione, l'educatore condivide col genitore gli aspetti rilevanti e problematici su cui è richiesto un forte intervento. Bisogna ridurre il ripetersi di comportamenti dannosi, così da rompere il ciclo della violenza e restituire al minore un genitore migliore. L'immagine interna che il minore ha del genitore è qualcosa che lo accompagnerà tutta la vita. Non sempre i genitori maltrattanti sono consapevoli del danno arrecato ai figli. Si opera una valutazione multidimensionale delle capacità psicosociali del genitore per definire meglio come agire e come progettare. Non ci si limita a definire il genitore adeguato o meno, ma definendo quali sono gli elementi di rischio (non collaborano, non riconoscono il problema, non rispondono ai bisogni del figlio, non si mettono in discussione...) e quali i fattori protettivi (accolgono le esigenze del figlio, tollerano le frustrazioni, sanno chiedere aiuto...). Serve a prevedere quali e quante funzionalità genitoriali sono recuperabili. È al genitore che va ridata la responsabilità della cura del figlio.

IV. Contesto socio-culturale

Per quanto riguarda un intervento territoriale, l'educatore si può muovere cercando di sensibilizzare la popolazione riguardo il fenomeno dell'abuso e del maltrattamento del minore che possono portare al Disturbo da Stress Post-Traumatico, favorendo la diffusione delle conoscenze e della consapevolezza del rischio, favorendo la diffusione implementando incontri informativi e divulgativi. Collabora a livello territoriale con altri servizi per garantire l'aiuto e il sostegno necessario alle vittime e ai loro familiari e promuove la presenza di Strutture adeguate.

⁷³ Ibidem

CONCLUSIONE

Un evento fortemente traumatico come un abuso fisico o un abuso sessuale può innescare una serie di reazioni psicopatologiche che possono spaziare dalla chiusura depressiva agli scoppi di aggressività etero ed auto-diretta, dai disturbi dell'adattamento alle manifestazioni dissociative. Tra i possibili esiti va contemplato il Disturbo da Stress Post-Traumatico con i relativi aspetti sintomatologici quali la risperimentazione del trauma, l'evitamento, l'iperattivazione o l'*arousal*. Questo elaborato ha messo in luce gli aspetti che definiscono un abuso e le caratteristiche che possono evitare un Disturbo da Stress Post-Traumatico, definendo i sintomi e i comportamenti che lo generano. Si è visto, infatti, come l'intensità e la gravità dell'atto subito, assieme allo stato psico-fisico del minore siano elementi fondamentali per il rischio di sviluppo del Disturbo da Stress Post-Traumatico.

Maggiore sarà l'intensità e la pervasività del fenomeno e più gravi saranno gli effetti nella vita del soggetto. Anche l'età del minore gioca un ruolo importante, in quanto più è giovane la vittima e maggiori saranno i problemi che l'evento traumatico andrà a creare.

Il trauma è un evento che va oltre ciò che la persona è in grado di gestire, creando uno stato di criticità che non dà la possibilità al minore di integrare le nuove informazioni con quelle vecchie. Questo può portarlo facilmente ad esperire sensazioni di dissociazione, con sentimenti di colpa, vergogna, orrore e paura. Lo stress che si viene a generare più è intenso e maggiormente marcati e duraturi risulteranno i sintomi che lo accompagneranno. La vittima non sempre riesce ad esprimere cosa le è successo e molte volte resta in silenzio cercando di non far trapelare nulla di quello che le è accaduto. Per questo è importante saper riconoscere quei segnali ed indicatori che fanno sospettare che il bambino abbia subito delle forme di violenza, al fine di poterlo aiutare, facendolo sentire protetto e al sicuro. Proprio per questo l'educatore professionale è quella figura che in collaborazione con altri professionisti si attiva per aiutare questi minori e le loro famiglie. L'educatore professionale interviene come colui che avendo conoscenza del fenomeno può agire sia nella riabilitazione che nella prevenzione. L'intervento con le famiglie delle vittime, con i minori e con la società stessa permette di sviluppare un sistema di rete territoriale che possa aiutare, proteggere e sostenere coloro che soffrono. L'educatore, in collaborazione con altri

professionisti, lavora in equipe formulando progetti educativi che siano efficaci per il raggiungimento di una maggiore autonomia del minore, per il superamento dell'evento difficile e per un miglioramento dello stato psicologico, fisico e sociale, per un eventuale riavvicinamento alla famiglia qualora questo sia possibile e per l'accompagnamento ad un miglior sviluppo del proprio futuro.

BIBLIOGRAFIA

LIBRI DI TESTO

American Psychiatric Association. DSM - 5 Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Raffaello Cortina Editore, Milano, 2014.

Ammaniti M. Il maltrattamento e l'abuso sessuale sui minori. Relazione presentata al Convegno "Minori in difficoltà: Le risposte possibili nell'ambito della nuova legge", Roma, 2001.

Baldo E., Della Morte S. Ho paura: cosa faccio? Percorso educativo di fronte alla violenza sui minori in famiglia. Paoline Edizione, Milano, 2007.

Caffo E., Camerini C.B., Florit G. Criteri di valutazione nell'abuso all'infanzia. Elementi clinici e forensi. McGraw-Hill, Milano, 2004.

Cheli M., Ricciutello C., Valdiserra M. Maltrattamento all'infanzia. Un modello integrato di interventi per i servizi sociali e sanitari. Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2012.

D'Ambrosio C. Psicologia delle punizioni fisiche. I danni delle relazioni educative aggressive. Erickson, Trento, 2004.

De Longo N., Giubilato F., Raengo F. Il dolore innocente. Guida per operatori ed educatori nei casi di maltrattamento infantile. Città Nuova, Roma, 2002.

Di Blasio P. Psicologia del bambino maltrattato. Il Mulino, Bologna, 2000.

Fonagy P., Target M. Attaccamento e funzione riflessiva. Raffaello Cortina, Milano, 2001.

Giamundo V., Isola L. Abuso e maltrattamento all'infanzia. Modelli di intervento e terapia cognitivo-comportamentale. Franco Angeli, Milano, 2013.

Grassi F. Minori a rischio: il ruolo dell'educatore professionale. Metodologie e strategie educative nei centri socioeducativi per minori: diario di un educatore. Edizione del Cerro, Pisa, 2005.

Maccario D. L'educazione difficile. La didattica nei contesti socioculturali e assistenziali. Carrocci Faber, Roma, 2014.

Montecchi F. Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi sui bambini e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento. Franco Angeli, Milano 2005.

Pellai A. Un'ombra sul cuore. L'abuso sessuale: un'epidemia silenziosa. Franco Angeli, Milano, 2004.

ARTICOLI SCIENTIFICI

Alamia A., Cicolari F., Cimolai V., Clerici M., Di Giacomo E. (2013) Abuso sessuale nei confronti di soggetti minorenni: un'inguaribile ferita? Rivista psichiatrica, 48(4): 273-284.

Annese P.M., Bossini L., Calossi S., Castrogiovanni P., Lombardelli A., Pieraccini F., Traverso S. (2004). Il Disturbo Post-Traumatico da Stress. Rapporti tra life events e patologia psichiatrica, 215-238.

Armelia S., Ford J.D., Tennenc H., Weltza S.M. (2016). A daily process examination of the relationship between childhood trauma and stress-reactivity. Child abuse and neglect, 8, 1-9.

Baldoni F. (2008). Alle origini del trauma: confusione delle lingue e fallimento della funzione riflessiva. Gli dei della notte sulle sorgenti della vita, il trauma precoce dalla coppia madre al bambino, 137-159.

Beneduce R., Santone G., Taliani S. (2010). La storia del trauma nella psichiatria moderna. La salute mentale dei rifugiati, 15-19

Bronger L.P., Higgins J.P.T., Klein P., Macdonadl G., O'Daniel R., Pickering M., Rademaker B., Ramchandani P., Richardson G., Taylor M., Valentine J.C. (2012).

Capri P. (2009). Il quesito e la quantificazione del danno non patrimoniale con pregiudizi esistenziali. Disponibile online su www.ordinepsicologiveneto.it

Chiej C. (2012). Trauma e dissociazione: Riflessioni Teoriche e Cliniche verso il DSM-5. State of Mind. Il giornale delle scienze psicologiche. Disponibile online su

www.stateofmind.it.

Cirillo S. (2009). Il bambino abusato diventa adulto: riflessioni su alcune situazioni trattate. *Terapia Familiare*, 91, 1-27.

Cognitive-behavioural interventions for children who have been sexually abused. Disponibile online su Wiley InterScience (www.interscience.wiley.com).

Colombo P.P., Mantua V. (2001). Il Disturbo Post-traumatico da Stress nella vita quotidiana. *Rivista psichiatrica*, 36,2, 55-68.

Duca N. (2008). Il trattamento cognitivo-comportamentale del disturbo post-traumatico da Stress. *Psicoterapeuti in-formazione*. 1, 23-52.

Farina B., Liotti G. (2011). Dimensione dissociativa e trauma dello sviluppo. *Cognitivismo clinico*, 8,1,3-17.

Ganci A. (2016) Abuso sessuale infantile: riconoscere i segni per intervenire efficacemente. *State of Mind*. Il giornale delle scienze psicologiche. Disponibile online su www.stateofmind.it.

Gospodarevskaya E. (2013). Post-Traumatic Stress Disorder and Quality of Life in Sexually Abused Australian Children *Journal of Child Sexual Abuse*, v22 n3 p277-296

Lingiardi V., Mucci C. (2014) Da Janet a Bromberg, passando per Ferenczi. *Psichiatria e Psicoterapia*, 33, 1, 41-62.

Liotti G. (2014). Le critiche di pierre janet alla teoria di sigmund freud: corrispondenze nella psicotraumatologia contemporanea. *Psichiatria e Psicoterapia*, 33, 1, 31-40.

Mills K. T., Robinson K. D., Strickland A. L. (2011). Female Childhood Sexual Abuse Survivors: An Existential Exploration and Implications for Therapists. *Alabama Counseling Association Journal*, v37 n1 p11-23.

Navarra D. (2011). Disturbo Post-Traumatico da Stress, *Psicoterapeuti in-formazione*, 8, 3-38.

Shlonsky A., Walsh K., Zwi K., Woolfenden S. (2015). School-based education programmes for the prevention of child sexual abuse. Disponibile online su www.cochranelibrary.com

S.I.N.P.I.A. Linee guida in tema di abuso sui minori, (2007). Disponibile online su www.sinpia.eu

Vanzetta E. (2015). Ascoltare il Trauma dell'Abuso: Report dal seminario – Centro Studi Erickson di Trento. State of Mind. Il giornale delle scienze psicologiche. Disponibile online su www.stateofmind.it.

SITOGRAFIA

A.E.R.F., 10.09.2016, <http://www.aerf.it/>

Enciclopedia Treccani. 4.08.2016, <http://www.treccani.it/>

Psychomedia: salute mentale e comunicazione. 5.09.2016, <http://www.psychomedia.it/>

Synergia centro trauma. 3.09.2016, <http://www.synergiacentrotrauma.it/>