



UNIVERSITÀ POLITECNICA DELLE MARCHE
FACOLTÀ DI MEDICINA E CHIRURGIA

Corso di Laurea in
EDUCAZIONE PROFESSIONALE

ABBANDONO E VIOLENZA.
IL LAVORO DELL'EDUCATORE PROFESSIONALE
NELLE COMUNITÀ PER MINORI

Relatore: Chiar.ma
Prof.ssa Daniela Saltari

Tesi di Laurea di:
Lucia Borsini

Anno Accademico 2020-2021

Indice

Introduzione	4
Capitolo uno: Studi sull' attaccamento	
1.1 La teoria dell'attaccamento	6
1.1.1 Harlow e l'esperimento con le scimmie Rhesus	12
1.2 Nuove prospettive sull'attaccamento: il modello dinamico maturativo	14
1.2.1 La valutazione delle relazioni a rischio	18
1.2.2 Lo studio sulle famiglie ad alto rischio di Patricia Crittenden	20
Capitolo due: La deprivazione affettiva	
2.1 Gli studi condotti da Spitz con i bambini abbandonati	24
2.2 Lo sviluppo affettivo e l'ambiente secondo Winnicott	30
2.2.1 L'esperienza delle prime comunità minorili nella Seconda guerra mondiale	34
2.3 La deprivazione materna secondo Bowlby	37
2.3.1 Uno studio sui minori nelle istituzioni dell'Europa dell'Est	40
Capitolo tre: La violenza sui minori	
3.1 Definizione e classificazione	44
3.2 Epidemiologia della violenza sui minori	49
3.3 La patologia della somministrazione delle cure	51
3.4 La famiglia maltrattante	58
3.5 La prevenzione della violenza e la protezione del bambino	62
Capitolo quattro: Il lavoro dell'Educatore Professionale	
4.1 Il profilo dell'Educatore Professionale	66
4.2 L'accoglienza dei nuovi utenti in comunità	68
4.3 L'osservazione partecipe e l'ascolto attivo	70
4.4 La relazione educativa	72
4.5 Il controtransfert e la rielaborazione del vissuto	75
4.6 Il lavoro di rete	77
4.7 La mia esperienza sul campo	78
Conclusioni	89
Bibliografia e sitografia	90-91

Introduzione

Il presente elaborato ha l'obiettivo di introdurre i temi di abbandono del minore, di violenza domestica subita e assistita dai minorenni e il lavoro dell'Educatore Professionale nei contesti di comunità educative. La motivazione nasce dall'esperienza sul campo avuta grazie al Tirocinio effettuato nel III anno di corso, nella Comunità educativa dell'Associazione Piombini-Sensini Onlus, di Macerata. La struttura residenziale accoglie nascituri con mamme e bambini in condizioni di disagio, privi di riferimenti parentali. Nel percorso educativo si aiutano le madri nel graduale sviluppo delle competenze adeguate a comprendere e rispondere ai bisogni e alle esigenze dei figli, attraverso l'esercizio della responsabilità della mamma. Inoltre, si lavora al miglioramento della relazione affettiva del nucleo e al potenziamento della qualità della vita in vista del futuro reinserimento sociale. Approcciarsi alla realtà dei bambini, alla loro identità di testimoni e vittime, mi ha aiutata a muovermi nella complessità, con l'obiettivo di trovare strade per non perderli di vista, a dare priorità al loro sentire per ascoltarli e accompagnarli.

La consapevolezza dei danni che produce un attaccamento disfunzionale con la madre comporta per i bambini e le bambine conseguenze traumatiche e poco spesso corrispondono adeguati interventi riparativi delle relazioni familiari. È inoltre necessario portare l'attenzione sulle conseguenze che queste esperienze hanno sull'evoluzione psicologica, emotiva ed esistenziale di chi è coinvolto. L'idea è nata dopo aver assistito a seminari dove si è parlato di "mistreatment", letteralmente maltrattamento, che ha come conseguenza il pregiudizio della resilienza della persona stessa.

Nel primo capitolo vengono illustrati alcuni studi sull'attaccamento, partendo dal lavoro di John Bowlby, la Strange situation di Mary Ainsworth e l'esperimento di Harlow con i cuccioli di scimmia. Inoltre, viene illustrato il modello dinamico maturativo di Patricia Crittenden, esaminando anche i suoi studi condotti su famiglie disfunzionali ad alto rischio. Nel secondo capitolo viene affrontato il tema della deprivazione affettiva esaminando gli studi che ha effettuato Spitz negli anni '70 recandosi nei brefotrofi e nelle carceri del tempo. Successivamente, viene presentata la teoria di Donald Winnicott che prende in esame il ruolo dell'ambiente nello sviluppo

affettivo del bambino. Inoltre, è illustrata la sua esperienza con i bambini rimasti orfani negli anni della guerra e la costruzione delle prime comunità minorili. Il terzo capitolo è dedicato alla violenza sui minori: partendo dalla definizione ed evoluzione del concetto, che negli anni ha subito un ampliamento e una notevole integrazione di significato e proseguendo con la descrizione della situazione nelle regioni italiane, dei tipi di maltrattamento di cui i bambini sono vittime. Viene poi affrontato il tema della prevenzione e il ruolo che occupano cittadini che fanno parte della comunità. Infine, nell'ultimo capitolo viene illustrata la figura dell'Educatore Professionale e l'esperienza vissuta con bambini vittime di violenza e abbandono nella comunità per minori in cui ho svolto il tirocinio. Con il presente elaborato sostengo che la metodologia di lavoro adottata dall'Educatore Professionale e le competenze acquisite gli permettono di fronteggiare ed affrontare in maniera adeguata le situazioni di emergenza come queste. Non avere nell'equipe del personale specializzato significa lavorare in assenza di un'intenzionalità educativa, senza un progetto calibrato sulle esigenze degli utenti, dunque, mancando di una corretta capacità valutativa che pregiudica l'esito dell'intervento stesso, non riuscendo a distinguere i successi dagli insuccessi.

Capitolo uno: Studi sull'attaccamento

1.1 La teoria dell'attaccamento

L'attaccamento è una relazione, o legame affettivo, che ciascun individuo instaura con un conspecifico; tipicamente si crea tra il bambino e la madre e più in generale con le figure con cui l'infante interagisce sin da subito e in maniera continuativa. Scambi occasionali con persone scarsamente significative non danno luogo a una relazione; quando si parla, invece, di interazione tra il bambino e la madre, o chi se ne prende cura, ci si riferisce agli scambi in cui l'adulto partecipa attivamente, intenzionalmente e a cui il bambino, a sua volta, prende parte con maggior consapevolezza man mano che progredisce nel suo sviluppo. La relazione di attaccamento permette lo sviluppo graduale di uno stile affettivo e relazionale unico per ogni individuo a partire dalla sintonizzazione con la figura di attaccamento (care-giver). Le interazioni con il care-giver occupano un ruolo primario nello sviluppo del bambino, sia dal punto di vista relazionale che emozionale ed affettivo. L'attaccamento si presenta come uno stressor sia primario che specifico fondamentale nel condizionare le competenze che l'individuo dispone geneticamente, frenandole o favorendole (Nardi, 2007-2016). Pertanto, esso ha un valore adattivo fondamentale e, come sottolinea anche Bowlby, è fondamentale per lo sviluppo dell'identità. Un attaccamento fisiologico permette al bambino di sentirsi amato, di conseguenza amabile, capace di utilizzare le risorse di cui dispone, in questo modo, potrà iniziare ad esplorare e conoscere l'ambiente che lo circonda. (Nardi, 2017, p.41) L'attaccamento è, quindi, alla base della natura sociale delle relazioni umane¹.

La teoria dell'attaccamento è stata formulata da John Bowlby; nei tre volumi che compongono l'opera *Attaccamento e Perdita* (1969,1973,1980) viene analizzato lo sviluppo affettivo nei primi tre anni e viene fornita una spiegazione comprensiva di tale sviluppo, attraverso lo studio delle prime relazione tra il bambino e coloro che se ne prendono cura. Nel corso dei primi due anni di vita, si verificano dei cambiamenti nel legame di attaccamento e Bowlby ne ha individuato le fasi. Nella prima vi sono il pianto, il sorriso e le vocalizzazioni, l'attenzione per stimoli sociali come il volto o la voce umana e sono rivolti indistintamente a tutte le persone che si avvicinano al bambino e sono perlopiù comportamenti non esibiti intenzionalmente dal neonato. La

¹ M.C. Levorato, *Lo sviluppo psicologico*, Einaudi editore S.p.a Torino, 2002, pgg.267-270

fase che inizia a tre mesi vede la comparsa di segni di riconoscimento delle persone che si prendono cura del bambino con più regolarità, sono i segnali che riferiscono che la relazione di attaccamento si sta stabilizzando e si ritrovano quando il bambino che vive uno stato di sconforto o disagio ricerca il suo punto di riferimento: la mamma. Nella seconda metà del primo anno di vita compaiono risposte di attaccamento molto selettive e rivolte solo a persone con cui esiste una relazione affettiva intensa. Il contatto che viene attivamente ricercato è quello con la figura di attaccamento primaria. L'allontanamento anche momentaneo induce lamento, proteste, pianto: il legame di attaccamento è dunque stabilito. La quarta fase inizia dai 18 mesi, grazie alle nuove capacità cognitive il bisogno di vicinanza viene manifestato con strumenti più sofisticati, come la comunicazione linguistica. A questo punto, la relazione è caratterizzata da una forma di reciprocità che era assente nella fase precedente, lo sviluppo cognitivo che si realizza consente di gestire queste relazioni interpersonali stabili, ad esempio, il pianto non è più una risposta istintiva scatenata automaticamente dall'allontanamento della madre. Il legame che si crea, dunque, richiama la prossimità con la madre attraverso azioni che il bambino compie, come succhiare, piangere, aggrapparsi e sorridere egli ha la possibilità di richiamare il care-giver, di avvicinarlo, di mantenere il contatto con lui, di assicurarsi la sua vicinanza. Come evidenziano gli studi, una buona sensibilità della figura accudente consente di percepire qualunque tipologia di segnali del bambino, di riconoscere i suoi bisogni e rispondere in maniera adeguata, sintonizzandosi affettivamente e intervenendo nelle situazioni di rottura in maniera empatica, dando risposte tempestive, adeguate, focalizzate al bene del bambino. Un atteggiamento di empatia nei confronti del bambino è tipico di un attaccamento sicuro. Inoltre, secondo Guidano (1988, p.49) l'attaccamento non è limitato all'infanzia (cit. in Nardi 2017, p.41), ma si esprime nel corso della vita con aspetti sempre più complessi e diversificati che caratterizzano lo stile relazionale ed affettivo di un soggetto.

Gli studi sull'attaccamento infantile² (Bowlby, Ainsworth) hanno adottato la tecnica dell'osservazione etologica riguardo le interazioni tra accudente e accudito durante le esperienze di separazione e riavvicinamento. Lo studio, conosciuto come "Strange situation", viene suddiviso in otto fasi e prevede la presenza di una madre, del suo bambino e di un estraneo. Nella prima fase la madre porta il bambino nella stanza,

² M.C. Levorato, *Lo sviluppo psicologico*, cit., pgg.283-289

l'osservatore (l'estraneo) esce dalla stanza, così i due vengono lasciati soli. Successivamente, la madre osserva il bambino nel gioco e non interviene, a meno che non la inviti egli stesso. Entra, poi, in stanza l'estraneo che, prima rimane in silenzio poi, dopo aver parlato con la madre, si avvicina al bambino coinvolgendolo in qualche gioco. A questo punto, la madre esce dalla stanza, il bambino rimane solo con l'estraneo. Dopo qualche minuto, la madre rientra, mentre l'estraneo esce. Allora, il bambino viene lasciato da solo. In seguito, la persona sconosciuta rientra nella stanza e infine ritorna anche la madre. In questo modo, grazie alla procedura della Strange situation, possono essere osservati i comportamenti della mamma e del bambino nei momenti di ricongiungimento e separazione ed anche le reazioni del bambino alla presenza di un estraneo. Lo studio condotto in questo modo permette, dunque, di osservare sia gli atteggiamenti materni che quelli infantili; infatti, si può notare come il care-giver rappresenti una base sicura per il bambino favorendo in sé stesso la fiducia per "distaccarsi" dalla madre per esplorare l'ambiente circostante, sviluppando una graduale autonomia. Giuseppe Cesari (cit. in Nardi 2017, p.42) a proposito delle caratteristiche della "base sicura" usa l'espressione metaforica di "guida", una guida autorevole e non autoritaria, ossia colui che conosce chi accompagna (sapendosi mettere in ascolto e operando la sospensione del giudizio), che sa mettere a fuoco le sue capacità e i suoi limiti attuali e, di conseguenza, che sa scegliere la strada adatta alle capacità e alle attitudini del bambino permettendogli di procedere verso la meta avendo la pazienza di non tenere il suo passo, ma quello dell'altro. La base sicura è necessaria per organizzare le emozioni del bambino che quando si sente fragile o debole fa riferimento alla persona più forte e rassicurante perché possa trovare una soluzione ai problemi e a situazioni problematiche. Perciò il parenting (la funzione affettiva e educativa genitoriale) avviene in modo sicuro quando il genitore è responsivo, ma senza assumere il controllo, sa affermare il suo potere, senza utilizzare il sistema di accudimento e cura non competitivo o agonistico³. Bowlby osserva (cit. in Nardi 2017, p.41):

“la possibilità di esperire una madre e, successivamente, un padre incoraggianti, supportivi e cooperativi, fornisce al bambino un senso del proprio valore personale, una fiducia nella disponibilità degli altri e un modello adeguato su cui costruire le relazioni future. Inoltre, la possibilità di esplorare l'ambiente esterno con fiducia e di

³ B.Nardi, *Organizzazioni di personalità, normalità e patologia psichica*, 2017, pgg.42-43

interagire efficacemente con esso facilita lo sviluppo di un senso di competenza. Da allora in poi, purché le relazioni familiari continuino a essere favorevoli, non solo questi schemi precoci di pensieri, emozioni e comportamenti persistono, ma la personalità diviene sempre più strutturata per operare in modo abbastanza controllato ed elastico e sempre più in grado in continuare a funzionare in questo modo a dispetto di eventuali circostanze avverse.”

I risultati della Ainsworth⁴ furono, in sintesi, che i bambini mostravano risposte riconducibili a tre categorie. Se il bambino mostra un moderato livello di bisogno di vicinanza con la madre ed è incline a esplorare l'ambiente, mostra interesse nei confronti delle persone non familiari mostra un legame sicuro, ossia di tipo B. Egli, infatti, accoglie il ritorno della mamma con gioia cercando il contatto fisico. Un bambino la cui madre è sensibile per ciò che concerne la capacità di risposta ai segnali che lui le invia mostra di solito uno stato affettivo positivo nell'interazione con lei e piange relativamente poco nelle piccole separazioni quotidiane della madre. Ciò testimonia la capacità di gestire la tensione della separazione e vengono ritenuti sintomatici di un "attaccamento sicuro". La madre è in grado di fornire conforto al bambino, di sostenerlo e sa rispondere in maniera adeguata. L'attaccamento insicuro ansioso-evitante viene riconosciuto come tipo A. Il bambino non ricerca il contatto con la madre, sia nell'interazione che nel ricongiungimento, sembra addirittura evitarla più che ricercare la prossimità, è assorbito dai giocattoli, non protesta se viene lasciato solo o con l'estraneo. Questo comportamento viene identificato come una manovra difensiva. Questo è un attaccamento caratterizzato da una madre che nel primo anno di vita si è mostrata poco incline ad avere un rapporto caldo e affettuoso col figlio, questi bambini hanno fatto esperienza di interazione con madri inaccessibili, non responsive o responsive in maniera non adeguata ai segnali comportamentali. L'autonomia del bambino è effettivamente solo apparente, perché quella vera si fonda nella fiducia con la figura di attaccamento e quindi nella fiducia in se stessi. Tuttavia, un bambino la cui madre tende ad essere inaccessibile, a non rispondere o a rispondere in modo non appropriato ai segnali comportamentali probabilmente emergerà come insicuro o ansioso nel suo attaccamento verso di lei. Siccome le richieste di prossimità e contatto tendono ad essere frustrate, il comportamento di attaccamento persiste e di fatto tende a intensificarsi e a mescolarsi

⁴ M.C. Levorato, *Lo sviluppo psicologico*, cit., p.284

con la rabbia. Dal momento che il bambino percepisce di non poter contare sull'accessibilità della madre, egli vigila e mostra disagio di fronte a qualsiasi minaccia di separazione. Il terzo è conosciuto come insicuro di tipo ansioso-ambivalente, ossia di tipo C. Qui, il bambino reagisce alle novità rimanendo attaccato alla madre, non riesce a interessarsi dell'ambiente e dei giocattoli a causa dell'eccessiva angoscia provata per l'abbandono della madre. La madre non sa interpretare le richieste del figlio e tende ad assumere comportamenti contraddittori, talvolta molto affettuosi e talvolta rifiutanti, quindi non in sintonia col bambino. Le madri dei bambini ansioso/evitanti differiscono da quelle di bambini ansioso/ambivalenti nel campione di Ainsworth in quanto le ultime risultano essere incoerenti nella loro responsività e accessibilità, laddove le prime sono più rifiutanti e colleriche, esplicitamente o meno.

La procedura della Strange situation può fornire indicazioni abbastanza attendibili sulla natura dell'attaccamento. Ma, quanto è frequente che un attaccamento sia di tipo sicuro? Gli studi condotti in paesi diversi hanno dimostrato che un legame di attaccamento di tipo sicuro si manifesta nei due terzi dei casi circa. Va precisato che quando si manifesta un attaccamento insicuro, i comportamenti esibiti nella Strange situation o in situazioni analoghe, non sono da considerarsi manifestazioni patologiche e che l'attaccamento insicuro non implica una diagnosi psichiatrica (Sroufe, 1988). Inoltre, va considerato che l'organismo ricerca il modo migliore per adeguarsi alle circostanze ambientali e quindi, il tipo di attaccamento sia evitante o ambivalente rappresenta il miglior adattamento possibile a uno stile materno. L'attaccamento produce rappresentazioni interne che in seguito influenzeranno la vita affettiva e di relazione: i modelli operativi interni di se stesso e delle persone con cui ha stabilito un legame significativo. Sulla base di questi modula il proprio comportamento, essi evolvono grazie al significativo cambiamento cognitivo che si realizza alla fine del secondo anno di vita: la comparsa della capacità di darsi una rappresentazione interna della realtà⁵. I MOI sono il frutto delle esperienze che hanno caratterizzato la relazione di attaccamento e come si è sviluppata fino a quel momento. In sostanza, il legame di attaccamento, la sua natura e il modo in cui evolve sono determinanti della costruzione dell'immagine di sé. La costruzione della conoscenza è un processo dinamico e complesso, questa costruzione si avvia fin dalle prime fasi di sviluppo e coinvolge la psiche a partire dalle sue componenti non consapevoli. Le

⁵ M.C. Levorato, *Lo sviluppo psicologico*, cit., pagg.288

relazioni adulte sono influenzate dal legame di attaccamento stabilito nella prima infanzia con la madre, la più importante per la sopravvivenza del bimbo, costituendo un prototipo delle relazioni future. Tale influenza certamente si fa avvertire in modo significativo, anche se i modelli operativi interni non sono rigidi e possono evolvere in base alle relazioni che si instaurano in età successive. Come evidenziato da Lambruschi (2016, 2017), lo stato mentale dei genitori è centrale per la costruzione dei modelli operativi interni attraverso i quali il bambino si riferisce l'esperienza e attraverso questa si costruisce la sua identità, quindi, il contesto relazione permette di dare senso al sé del bambino. La propria individualità è fortemente collegata al legame affettivo instaurato con le figure genitoriali e di attaccamento.

Scarr e Salapatek (1970) hanno trovato che, nell'esperimento del precipizio visivo, i bambini con attaccamento sicuro sono più inclini ad avvicinarsi alla madre, oltre il precipizio, in quanto percepita come base sicura. Inoltre, è stata anche individuata una relazione di attaccamento sicuro e conoscenza della mente umana: un attaccamento caratterizzato da una maggiore sintonia tra i bisogni del bambino e i comportamenti della madre si associa a una maggiore capacità di leggere la mente dell'altro e di comprendere la relazione tra i suoi comportamenti e i suoi stati interni. Infatti, è più facile per il bambino dell'attaccamento sicuro capire che la mamma si allontana non ha intenzione di abbandonarlo (Liverta Sempio e Marchetti, 2001). Inoltre, negli ultimi anni è sorto un interesse per le modalità con le quali entrambi i genitori contribuiscono alla cura dell'infante ed è stato messo in risalto il ruolo della figura del padre. Se l'infante si può rivolgere a qualcuno durante una situazione di stress, mostra preferenza per la madre, mentre il padre viene preferito, tendenzialmente, nelle situazioni di gioco, quando l'infante è tranquillo e non percepisce pericolo nell'ambiente (Lamb, 1981). Questo potrebbe essere dovuto al diverso stile interattivo dei padri i quali, rispetto alle madri, coinvolgono i bambini in giochi fisici molto stimolanti. È possibile, dunque che da parte dell'infante avvenga rapidamente una discriminazione tra una figura che protegge dalle minacce ambientali e una che tende a indurre uno stato di piacevole eccitazione. È stato anche ipotizzato che il livello di sicurezza associato alla prima figura di attaccamento influenzi il modo in cui viene costruita la relazione con l'altro genitore.

1.1.1 Harlow e l'esperimento con le scimmie Rhesus

Harry Harlow era uno psicologo americano che, durante gli anni '60, aveva deciso di studiare in laboratorio la teoria dell'attaccamento e della deprivazione materna di Bowlby. Per questo, ha condotto un esperimento con le scimmie Rhesus⁶ che secondo gli attuali standard etici sarebbe irrealizzabile a causa della crudeltà che comportava. Quello che ha fatto Harlow è stato separare alcune scimmie bambino dalle loro madri e osservare come è stata espressa la loro privazione materna. Egli non si limitò ad osservare passivamente, ma introdusse in questa ricerca un elemento con il quale sarebbe stato più facile sapere cosa provavano i cuccioli di macaco, questo elemento era il dilemma della scelta tra qualcosa di simile al contatto fisico legato all'affetto e al calore, o al cibo. Harlow ha condotto questi cuccioli dentro le gabbie, spazio che dovevano condividere con due artefatti. Uno era un telaio metallico con un biberon incorporato e l'altro era una figura simile a un macaco adulto, rivestito con morbido peluche, ma senza bottiglia. Entrambi gli oggetti rappresentavano una "tipologia" madre, anche se la natura di ciò che potevano offrire al bambino era molto diversa. In questo modo, Harlow voleva analizzare non solo le idee di Bowlby, ma anche una diversa ipotesi: quella dell'amore condizionale. Secondo quest'ultimo, la prole si riferisce alle loro madri fondamentalmente per il cibo che forniscono, che oggettivamente è la risorsa più utile a breve termine da una prospettiva razionale ed "economicistica". Il risultato ha dato a Bowlby la sua ragione. I cuccioli mostravano una chiara tendenza ad aggrapparsi alla bambola di peluche, nonostante non fornisse del cibo. L'attaccamento a questo oggetto era molto più evidente di quello che professavano verso la struttura con la bottiglia, il che era a favore dell'idea che sia il legame intimo tra madri e bambini ad essere davvero importante e necessario. In realtà, questa relazione era evidente anche nel modo in cui la prole esplorava l'ambiente. La bambola di peluche sembrava dare una sensazione di sicurezza che era decisiva per i piccoli macachi: la abbracciavano più forte nei momenti di paura. Quando gli animali furono separati da questa costruzione, mostrarono segni di disperazione e paura, urlando e cercando continuamente la figura protettiva. L'esperimento della bambola di peluche e della bottiglia è di dubbia moralità, ma Harlow andò oltre peggiorando le condizioni di vita di alcuni macachi. Lo ha fatto limitando la prole di questa specie animale in spazi chiusi, tenendoli isolati da qualsiasi tipo di stimolo sociale o, in

⁶ M.C. Levorato, *Lo sviluppo psicologico*, cit., pg.275

generale, sensoriali. In queste gabbie di isolamento c'era solo un abbeveratoio, un alimentatore, che era una decostruzione totale del concetto di "madre" secondo i comportamentisti e i freudiani. Inoltre, in questo spazio era stato incorporato uno specchio grazie al quale si poteva vedere cosa stava facendo il macaco, ma non viceversa; quindi, non poteva vedere i suoi osservatori. Alcune di queste scimmie rimasero in questo isolamento sensoriale per un mese, mentre altre rimasero nella loro gabbia per diversi mesi; alcuni, fino a un anno. Le scimmie esposte a questa esperienza hanno mostrato cambiamenti evidenti nel loro comportamento dopo aver trascorso 30 giorni nella gabbia, ma coloro che sono rimasti un anno intero è rimasto in uno stato di totale passività (simile alla catatonìa) e l'indifferenza per gli altri che non si sono ripresi. La stragrande maggioranza ha finito per sviluppare problemi di socialità e di attaccamento al raggiungimento dell'età adulta. Sia gli studi di John Bowlby che gli esperimenti di Harry Harlow sono ancora oggi tenuti in considerazione, sebbene questi ultimi siano anche un caso di chiara tortura verso gli animali, e a causa delle sue implicazioni etiche hanno ricevuto forti critiche. Gli effetti dell'assenza di interazioni sociali che vanno oltre i bisogni biologici più immediati e che sono legati al comportamento affettivo durante le prime fasi della vita tendono a lasciare un'impronta molto seria e problematica⁷.

⁷ M.C. Levorato, *Lo sviluppo psicologico*, cit., pg.277

1.2 Nuove prospettive sull'attaccamento: il modello dinamico maturativo

La teoria dell'attaccamento è nota in Italia soprattutto tramite le opere di Bowlby in cui si gettano le basi e la formulazione riguardante il sistema comportamentale di attaccamento, in netta discontinuità rispetto alla cultura psicoanalitica da cui proveniva. Altrettanto importanti sono i sopracitati lavori di Mary Ainsworth che hanno confermato alcune delle ipotesi di Bowlby che hanno caratterizzato qualitativamente alcuni tipi principali di attaccamento e hanno posto le fondamenta dell'attuale lavoro teorico e di ricerca su questi temi. I lavori più famosi relativi a questo indirizzo teorico possono essere però considerati “restrittivi”, cioè una teoria dello sviluppo affettivo focalizzata sui primissimi anni di vita e confinata ai rapporti dell'individuo con la figura di attaccamento, ossia la madre. In realtà il tema dell'attaccamento è pertinente a tutto l'arco della vita e fornisce quindi la chiave interpretativa ed anche il funzionamento di età successive alla prima infanzia come quella adulta. La visione sistematica di Bowlby lo ha indotto a delimitare gli ambiti di pertinenza dei suoi costrutti, ma anche a lasciare aperti molti fronti: l'attaccamento è soltanto uno fra i sistemi comportamentali attivi nell'uomo, ma il suo valore di ausilio alla sopravvivenza lo rende costantemente implicato nel funzionamento sociale dell'essere umano in tutte quelle funzioni che sono mediate/toccate dalle relazioni interpersonali. Gli sviluppi più recenti degli studi sull'attaccamento comprendono dunque l'attenzione alle forme di attaccamento nelle varie età della vita, all'influsso degli attaccamenti sulla formazione del sé, ai rapporti tra qualità di attaccamento e rischio di psicopatologia.

Il modello dinamico-maturativo (DMM) della teoria dell'attaccamento teorizzato da Patricia Crittenden vede l'elaborazione delle informazioni e l'organizzazione della protezione del Sé come i presupposti fondamentali per lo sviluppo delle relazioni di attaccamento nell'arco della vita (Crittenden, 1997, 2002; Crittenden e Claussen, 2000). Secondo questo modello, lo sviluppo insieme all'esperienza vissuta danno luogo a una sorta di continua “riorganizzazione” che prevede cambiamenti nella qualità dell'attaccamento, soprattutto nei periodi di maggiore mutamento evolutivo (Crittenden, 1994). Sono soprattutto le informazioni concernenti la percezione del pericolo e la relativa possibile protezione che costituiscono la base per la costruzione della qualità dell'attaccamento stesso e delle distorsioni del modo in cui queste informazioni vengono elaborate (Crittenden, 1981; Crittenden e Ainsworth, 1989).

Infatti, quando un bambino si sente sicuro nella sua relazione con la madre, può usarla come una base sicura a partire dalla quale poter fare conoscenza con il suo mondo e con le altre persone che si trovano in esso (Ainsworth, 1967). Questa disposizione antitetica ha in sé un valore di sopravvivenza, in quanto è fondamentale per lo sviluppo cognitivo, linguistico e sociale di un bambino che egli faccia esperienza del suo ambiente fisico e sociale. L'esperienza non viene fatta in condizioni rischiose, in quanto nel farla viene sempre mantenuta la prossimità a una figura genitoriale. La capacità di elaborare informazioni e la loro distorsione permettono l'individuazione di un percorso evolutivo adattativo piuttosto che la formazione di un sintomo psicopatologico. Secondo Patricia Crittenden (1994, 1997), sono due gli aspetti fondamentali del funzionamento mentale: la ricerca delle regolarità da una parte, la ricerca delle discrepanze tra ciò che era atteso e ciò che è effettivamente avvenuto. Nell'ambito delle relazioni di attaccamento, la regolarità e le discrepanze riflettono percezioni e interpretazioni del significato del comportamento materno da parte del bambino.

Il modello dinamico maturativo interpreta i comportamenti in termini di selezione naturale e adattamento all'ambiente. Tale teoria è partita da studi empirici condotti su madri e neonati e sostiene che gli esseri umani hanno una predisposizione innata a organizzare strategie con la funzione di proteggere il Sé (Bowlby, 1969; Crittenden, 1997). In questo modo, l'attenzione viene focalizzata sull'evoluzione dei processi di attaccamento che si differenziano in base alle esperienze pericolose che l'individuo ha vissuto. Le informazioni riguardanti la predizione e la protezione dal pericolo sono la base primaria per la qualità dell'attaccamento (Crittenden, 1997). In ciò, infatti, si pone minore importanza al concetto di "Base sicura" che nelle teorie precedenti favoriva l'esplorazione.

Secondo il modello dinamico maturativo e la teoria dell'attaccamento, le informazioni sensoriali, subiscono due tipi di trasformazioni: la prima riguarda l'ordine temporale degli eventi che viene chiamata "informazione cognitiva"; la seconda si basa, invece, sull'intensità delle stimolazioni sensoriali, chiamate "informazione affettiva". I bambini tendono a rappresentarsi ciò che colpisce i loro organi di senso e quindi la loro mente. Bowlby (1982), utilizzando una distinzione operata da Tulving (1972), sostiene che le informazioni di ciascun modello operativo, le informazioni di ogni rappresentazione, cognitiva e affettiva, sono conservate in diversi sistemi di memoria.

Le conoscenze attuali ipotizzano l'esistenza di almeno quattro sistemi di memoria: la "memoria procedurale", la "memoria semantica", la "memoria per immagini" e la "memoria episodica". Probabilmente, la prima a svilupparsi è la memoria procedurale che contiene informazioni conservate implicitamente, rappresenta ciò che il bambino sa fare in base dell'ordine temporale degli eventi vissuti, cioè sapere che le cose hanno una sequenza. La memoria semantica codifica informazioni generalizzate riguardanti il sé e le figure di riferimento; si ritiene che essa compaia a partire dal secondo anno di vita del bambino. Quella per immagini può essere considerata come costruita da figure "cariche affettivamente" provenienti da ogni sistema sensoriale che riflette l'informazione affettiva di base. La memoria episodica, invece, conserva ricordi di esperienze vissute e cronologicamente organizzate; sono contenute memorie provenienti da diversi sistemi sensoriali. Nella prima infanzia, grazie alla relazione con le figure d'attaccamento, i bambini imparano quale significato attribuire all'informazione. Se i genitori rispondono in modo coerente e prevedibile ai segnali dei loro figli, questi ultimi vengono messi nelle condizioni di apprendere le relazioni causali tra gli eventi (informazione cognitiva) e connettere le informazioni relative al contesto con le proprie sensazioni di benessere o ansietà (informazione affettiva). Nelle situazioni di non responsività, possono esserci delle discrepanze nell'informazione contenuta nei diversi sistemi di memoria e quindi un utilizzo improprio di certi tipi di informazione rispetto ad altri. Le categorie ansioso-evitante (A) prediligono le informazioni cognitive e inibiscono o falsificano quelle affettive. Le configurazioni ansioso-resistenti o preoccupati (C) eleggono le informazioni affettive e falsificano quelle cognitive; la categoria B (equilibrata) integra la cognitività e l'affettività senza alterarla. I bambini con pattern di attaccamento A prediligono i sistemi di memoria come quella procedurale e quella semantica. I bambini con un pattern di attaccamento C, invece, utilizzano prevalentemente la memoria per immagini e il linguaggio connotativo. In questo modo, sia i bambini A che i C escludono alcune tipologie di informazioni: i primi omettono gli stati affettivi negativi dall'elaborazione dell'informazione, gli altri invece tralasciano la cognitività dall'elaborazione dell'informazione (Crittenden, 2008). I bambini con strategia d'attaccamento C, oltre a omettere la cognitività dall'elaborazione dell'informazione, alternano anche manifestazioni di rabbia, di desiderio di conforto e paura. La strategia C è più complessa e comporta due tipi di scissioni: una tra la cognitività e l'affettività, l'altra all'interno degli stati affettivi. Quando le figure genitoriali non sono capaci di

fornire al figlio protezione, cura o conforto, egli fa esperienza dell'imprevedibilità della figura di riferimento, dunque, il bambino si trova costretto a intensificare il suo stato affettivo, a discapito di altri vissuti (con rabbia, paura, desiderio di conforto). Alcuni soggetti si struttureranno sul versante dell'aggressività, altri sul versante della passività. Se i bambini vivono esperienze pericolose, dovranno mettere in atto risposte adattive per poter sentirsi al sicuro. Nel caso di bambini con una strategia di attaccamento A, essi hanno fatto esperienza del rifiuto degli stati affettivi nel rapporto con la figura di attaccamento. Il pattern A, dunque, si organizza attraverso modalità relazionali di rifiuto costante del bisogno di conforto e protezione. Le manifestazioni e l'inibizione degli stati affettivi sono usati in modo strumentale e non in modo espressivo. La maggioranza dei comportamenti dei bambini, infatti, possono essere definiti strategici, cioè il loro scopo è mantenere la protezione della figura d'attaccamento. Ciò che accade nei soggetti con una strategia di attaccamento di tipo equilibrato (B) è l'aver sperimentato l'affettività e la cognitività classificati come "veritieri", ciò indica che le informazioni delle esperienze sono coerenti nei diversi sistemi di memoria (Crittenden, 2008). Crittenden, con questo modello, propone un sistema di classificazione diverso che deriva da quello precedentemente sviluppato da Mary Ainsworth (Ainsworth et al., 1978; Ainsworth, 2006). Esso presenta varie integrazioni ed espansioni, per esempio "stili di attaccamento, distanziante o preoccupato, ad alto indice" (A3-8; C3-8). Ogni pattern di attaccamento e le relative strategie comportamentali che caratterizzano ciascuna categoria, rappresentano sempre una modalità che permette l'adattamento all'ambiente. Ogni pattern di attaccamento nel corso della vita può evolvere, può subire delle modificazioni, sia di fronte alle varie fasi dello sviluppo, ma anche a seguito di eventi esistenziali importanti (malattia, trauma, lutto) (Cena, Imbasciati, Baldoni, 2012). Inoltre, ad esempio, durante l'adolescenza gli attaccamenti possono essere mantenuti, senza una prossimità fisica effettiva, per periodi di tempo sempre più lunghi. Durante le assenze, i modi di comunicazione a distanza, come le telefonate, possono temporaneamente sostituire la prossimità e il contatto. In più, gli adolescenti diventano attivi nella ricerca di nuovi attaccamenti al di fuori della famiglia e accettano più consciamente alcune delle responsabilità connesse con l'essere una figura di attaccamento per nuovi partner.

1.2.1 La valutazione delle relazioni a rischio

Fare attenzione al rischio per le relazioni nelle diadi maltrattanti è interessante dal punto di vista teorico perché fa luce sulla natura essenziale dell'attaccamento del bambino al genitore. L'evidenza che l'attaccamento avviene in assenza del calore emozionale associato al concetto di amore indica che l'aspetto "attaccamento" di una relazione è distinto, sia dal punto di vista funzionale che dal punto di vista comportamentale, da altri aspetti della relazione. La messa a fuoco del rischio per le relazioni è anche di interesse pratico, per le particolari configurazioni di sviluppo mostrate da bambini maltrattati. Sia la letteratura clinica sui bambini maltrattati più grandi che indica che il loro comportamento è spesso atipico (Martin e Beezley, 1976; Yates, 1981) sia quella dei genitori maltrattanti che indica che essi sono spesso stati maltrattati da bambini, suggeriscono che l'esperienza di abuso e/o trascuratezza ha effetti che possono cambiare il corso dello sviluppo fino a un futuro molto avanzato. Lo studio delle relazioni nelle famiglie maltrattanti ha, quindi, significato sia pratico che teorico. Tuttavia, va rimarcato che le relazioni possono essere molto difficili da studiare. Mentre un'interazione consiste di comportamenti osservabili, una relazione è essenzialmente un costrutto che riflette il filo comune che corre attraverso una serie di interazioni. Siccome le relazioni non hanno una manifestazione fisica non sono direttamente accessibili all'osservazione diretta, quindi, è importante distinguere tra un comportamento specifico di una interazione e gli aspetti di essa che riflettono la natura della relazione sottostante. L'aspetto relazionale di una data interazione è concettualizzato come il comportamento che riflette le aspettative di ogni individuo relativamente al comportamento dell'altro in base alle interazioni precedenti, quindi, le relazioni vengono studiate in situazioni diadiche che hanno il minor numero possibile di influenze, variazioni ambientali e che incoraggiano la messa in atto comportamentale delle aspettative di ciascun partner. La difficoltà nella valutazione della relazione⁸ è complessa perché le relazioni non sono necessariamente di qualità uniforme in tutti i loro aspetti, per esempio una madre può essere molto competente e responsabile nel prestare cure al bambino, ma allo stesso tempo può essere goffa, chiusa e inibita come compagna di gioco, allo stesso modo il suo bambino può essere paziente e cooperativo quando vuole che vengano

⁸ P. Crittenden, *Nuove prospettive sull'attaccamento. Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio*, Guerini e associati, 1994, pgg.31-32

soddisfatti i suoi bisogni fisici, ma insistente ed esigente quando cerca stimolazione e attenzione. È essenziale identificare, in termini di esigenze di ruolo, il contesto in cui si valuta la relazione e riconoscere che ciò che viene studiato è solo un aspetto di una relazione a più facce. Oltre alle difficoltà e alle limitazioni implicite nella valutazione delle relazioni ci sono altri problemi che emergono quando procedure di indagine come la Strange situation che sono state sviluppate per popolazioni “normali”, vengono applicate ai campioni atipici. In tali casi è possibile che nei protocolli riguardanti i risultati ottenuti tramite lo strumento di valutazione, non venga contemplata l'intera gamma di comportamenti dei gruppi atipici. Inoltre, è possibile che un comportamento che solitamente ha una data funzione per una popolazione ne abbia una molto diversa in un'altra. Per esempio, i bambini con attaccamento sicuro e allevati in modo adeguato, tendono avvicinare la madre in seguito a una breve separazione bambini attaccati in modo ansioso adeguatamente allevati tendono a evitare la madre o mescolare l'approccio con la resistenza (Crittenden, 2002). La stessa breve separazione può risultare solo lievemente stressante per i bambini adeguatamente allevati poi, tuttavia, essere estremamente stressante per un bambino maltrattato. Alcuni di questi bambini possono avvicinare le loro madri in assenza di resistenza esplicita dopo la separazione. In più approcci di questo tipo possono essere accostati a un evitamento precedente alla separazione. In casi come questi può essere necessario riconsiderare l'interpretazione del significato dell'approccio al suo contesto comportamentale. È anche importante considerare le differenze qualitative nelle relazioni in opposizione alla valutazione dimensionale della forza e debolezza delle relazioni. Ainsworth e colleghi sono stati pionieri in questo approccio differente ricercando le configurazioni dell'attaccamento del bambino alla madre. Si trovò⁹, appunto, che i bambini, nelle relazioni con le loro madri, erano sicuri, ansioso-ambivalenti, e ansioso-evitanti. Queste differenze erano correlate a differenze nei comportamenti sia delle madri che dei bambini e a differenze dello sviluppo nei successivi andamenti. I bambini sicuri erano più capaci di ricevere conforto dalle loro madri e più capaci di esplorare in modo indipendente rispetto ai bambini attaccati in modo ansioso. Più tardi in età prescolare, si rivelavano essere più solari coi loro pari, cooperativi con gli adulti e competenti nella risoluzione dei problemi. D'altro canto, se la forza della relazione fosse stata misurata tramite la quantità del comportamento di attaccamento si sarebbe trovato che

⁹ Crittenden, *Nuove prospettive sull'attaccamento. Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio*, cit., pgg.34-35

molti bambini ansioso-ambivalenti avevano forte attaccamento alle loro madri; eppure, erano tra i bambini nella prima infanzia, in età prescolare, meno competenti.

1.2.2 Lo studio sulle famiglie ad alto rischio di Patricia Crittenden

Patricia Crittenden ha applicato un approccio di questo tipo alla valutazione delle condizioni di interazione dei nuclei con genitori maltrattanti. Le sue ipotesi¹⁰ erano che le madri maltrattanti fossero meno sensibili delle madri adeguate e che ci fossero differenze nel tipo di sensibilità mostrata dalle madri abusanti e dalle madri trascuranti. In effetti sia le madri abusanti che quelle trascuranti avevano punteggi ugualmente bassi nella misurazione della sensibilità materna ai segnali del bambino. Tuttavia, quando si considerava la qualità del comportamento insensibile i gruppi erano molto diversi. Le madri abusanti erano ostili e controllanti con i loro bambini laddove le madri trascuranti erano distaccate e non responsive. In più, queste differenze nella qualità dell'interazione materna erano correlate a differenze nella qualità dell'interazione del bambino e nel quoziente di sviluppo del bambino. Su entrambe le misure, i bambini di madri trascuranti avevano prestazioni considerevolmente più povere che i bambini non abusati. La discussione suggerisce alcuni problemi riguardanti il rischio per le relazioni, su cui bisogna svolgere ulteriori ricerche. Primo, l'importanza delle differenze qualitative necessita di ulteriore esplorazione. Secondo, la natura delle differenze tra i diversi aspetti delle relazioni ha un bisogno di elaborazione. Infine, i metodi di valutazione delle relazioni in quanto entità diverse dalle interazioni specifiche hanno bisogno di investigazioni. In particolare, è importante considerare come possono essere applicati ad altre popolazioni le procedure di indagine già sviluppate.

Secondo la Crittenden (2002), prima di poter valutare la qualità di una relazione vanno prese delle decisioni riguardo agli aspetti della relazione che devono essere valutati. Una madre ha un certo numero di possibili ruoli relativamente a suo figlio. In tutti i casi ci si aspetta che agisca in modo funzionale come prestatrice di cure e può essere valutata nei termini di questa funzione di base. Può anche essere una compagna di gioco o un'insegnante. Infine, quasi certamente essa diventa una figura di attaccamento

¹⁰ Crittenden, *Nuove prospettive sull'attaccamento. Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio*, cit., pg.38

per il suo bambino. Ognuno di questi ruoli è separato e coinvolge funzioni diverse del comportamento materno. Per esempio, la madre che si percepisce come una compagna di gioco interagisce con suo figlio in modo diverso da quella che si percepisce un'insegnante o dalla stessa madre che cerca di insegnare qualcosa al suo bambino. Ogni procedura di valutazione deve essere sensibile sia all'aspetto specifico della relazione che si sta studiando che alla natura della situazione usata per stimolare il comportamento. Infine, sono necessarie valutazioni su diversi aspetti della relazione madre-bambino.

Tutte le madri sono responsabili della soddisfazione dei bisogni vitali dei loro bambini, dei bisogni di nutrizione adeguata, di rifugio, di calore e di protezione dal pericolo. Le madri che hanno le risorse fisiche e che non soddisfano questi requisiti minimi del ruolo materno sviluppano relazioni distorte con i figli. Però, non è sufficiente riassumere la distorsione nei termini della gravità della carenza di cure poiché ci sono modi diversi di essere carenti. In una relazione trascurante il bambino non riceve in modo sufficiente le cure adeguate o almeno quelle ritenute necessarie. In una relazione abusante trascurante la madre mostra rabbia e disprezza il bambino, non offrendogli la cura appropriata. In una relazione marginalmente maltrattante la mancanza di attenzione e pianificazione per i bisogni del bambino conduce a frequenti e brevi crisi in cui la madre mostra forme di abuso e trascuratezza che però non è così grave o pervasiva come quella vissuta da bambini abusati o trascurati. Le madri non maltrattanti, denominate con il termine "adeguate", sono in genere responsive, attente, puntuali nella cura dei figli, ma questo non significa che le madri adeguate rispondano sempre in modo appropriato, ma che in ogni singolo caso i loro figli riceveranno cure appropriate. Nelle altre parti, i bambini non sanno cosa aspettarsi a causa dell'incoerenza delle loro madri. Sembra, quindi, che due fattori giochino un ruolo nella valutazione della madre come prestatrice di cure: uno comprende le cure effettive date al bambino, l'altro le aspettative del bambino riguardo a essa. Numerosi ricercatori hanno studiato l'interazione tra le madri maltrattanti e i loro bambini, cercando, però di identificare le differenze comportamentali piuttosto che la qualità della relazione madre-bambino.

La procedura stilata da Crittenden¹¹ consta di tre minuti di interazione e gioco semi strutturato che vengono registrati e utilizzati per la categorizzazione di configurazioni di interazione di comportamenti specifici, definiti codici. Ogni codice, dunque, identifica una categoria di comportamenti raggruppati che vengono utilizzati per valutare la sensibilità della madre ai segnali del bambino in una condizione di basso stress. Ci sono quattro tipi di codici: controllante, non responsivo, disadattato e sensibile. La configurazione controllante identifica comportamenti che sono apertamente ostili o occultamente ostili. Quella non responsiva consiste di item che descrivono forme distacco mimico vocale e fisico, come il silenzio, il sedersi a distanza al bambino. La configurazione sensibile è caratterizzata da item legati all'accomodamento da parte della madre al comportamento del suo bambino; quindi, il tono di voce e ritmico adattate all'età e allo stato d'animo, la regolazione temporale delle azioni sulla base di segnali del bambino. In un modo simile, tramite codici si differenziano anche le configurazioni di comportamento infantile difficile, passivo e cooperante. Nei vari campioni separati di madri con bambini di età neonatale intorno ai 24 mesi, la configurazione di interazione controllante era associata con le madri abusanti, quella non responsiva con le madri trascuranti, quella sensibile con le madri adeguate e quella disadattata con le madri maltrattanti. Inoltre, i bambini di queste madri si comportavano in modo prevedibile, i bambini abusati erano in genere difficili da gestire, quelli trascuranti passivi e sia quelli marginalmente maltrattati che quelli adeguatamente accuditi erano cooperanti. Le madri trascuranti non sembravano aspettarsi di stabilire una relazione con le loro bambini e la passività di questi suggeriva aspettative simili. Le madri maltrattanti e quelle adeguate erano generalmente responsive in modo sensibile ai segnali del bambino suggerendo che si aspettassero relazioni coinvolgenti e reciproche. La cooperatività dei bambini suggeriva che essi si aspettavano che le madri fossero responsive ai loro bisogni. Tuttavia, il gioco delle madri maltrattanti era meno fluido e attento di quello delle madri più sensibili e i loro bambini spesso dovevano ripetere i segnali prima che le loro madri li notassero e dessero loro attenzione. Anche se tutti gli studi tendevano a dimostrare una corrispondenza prevedibile, nell'ultimo campione c'era un consistente gruppo di bambini dove il comportamento era discrepante. Erano sedici bambini maltrattati che erano accomodanti, ma in modo inusuale. Il loro

¹¹ Crittenden, *Nuove prospettive sull'attaccamento. Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio*, cit., pg.40

comportamento poteva essere classificato come cooperante, nonostante l'insensibilità materna e la mancanza di emozioni positive. La storia familiare di questi bambini mostrava però che tendevano a essere diversi per tre aspetti: erano più grandi, avevano subito maltrattamenti più gravi o pervasivi e avevano vissuto un maggior numero di separazioni importanti alla madre rispetto agli altri bambini maltrattati. Nessuna di queste spiegazioni rendeva conto, però, dei dati raccolti. Certo è che, questi bambini avevano subito maltrattamenti più a lungo nel tempo, probabilmente avevano imparato a riconoscere i pericoli, avevano scoperto che la protesta e il ritiro non erano strategie efficaci per cambiare o migliorare la situazione. In questo modo, cercavano di non diventare il punto focale della rabbia della mamma, le loro risposte accondiscendenti sembravano cercare di ottenere l'attenzione e la buona volontà di queste ultime. Siccome il maltrattamento rappresenta una minaccia crudele per i bambini e dato che i genitori maltrattanti non sono responsivi in modo sensibile ai segnali dei loro bambini alcuni teorici hanno assunto che i bambini maltrattati non si attacchino a un genitore ma altrettante (Lamb, 1976; Rajecki, Lamb e Obmascher, 1978). Tuttavia, l'evidenza dimostra il contrario. I bambini maltrattati, in effetti, si attaccano alle madri anche se la qualità delle relazioni può essere non ottimale. In più, tali attaccamenti dimostrano chiaramente un valore di sopravvivenza perché le situazioni di violenza sono di breve durata rispetto al bisogno di protezione e nutrimento del bambino.

Capitolo due: La deprivazione affettiva

2.1 Gli studi condotti da Spitz con i bambini abbandonati

Ogni fase della crescita del bambino è cruciale per il suo sviluppo. Tuttavia, vi sono periodi più o meno sensibili alle conseguenze della deprivazione e dell'abbandono. Su questo tema, diversi studi sono stati realizzati da Spitz, negli anni '50 e '60; egli attribuisce un ruolo di primaria importanza alla figura materna e all'interazione madre-bambino. Egli vede l'adulto come lo stimolatore, o meglio l'acceleratore, dello sviluppo e delle abilità innate del bambino nonché come il mediatore delle sue conoscenze, percezioni e comportamenti. Secondo Spitz, un ruolo di grande importanza nello sviluppo dell'autoregolazione viene assunto dall'esperienza affettiva. Inizialmente, l'espressione emozionale della madre è sovrastata dalla funzione di alleviamento e contenimento, volta ad agevolare il ripristino dell'omeostasi e dell'equilibrio emozionale. In seguito, il bambino utilizza la risposta emozionale della madre come dispositivo di segnalazione per indicare sicurezza. Dopodiché, la risposta affettiva viene internalizzata divenendo una reazione emozionale del bambino stesso. Attraverso un'interazione continua di emozioni e sensazioni trasmesse attraverso parole e gesti, il sé già formato della madre permette la formazione del sé del figlio. Quando invece questo legame è assente o viene a mancare, il bambino si sente abbandonato, smarrito, incapace di trovare un punto di riferimento che per lui è fondamentale. Così facendo, prima ancora dell'ambiente materiale (di cui il bambino necessita) viene a mancare l'ambiente affettivo e relazionale.

Una separazione brusca quanto improvvisa con la figura materna viene vissuta dal bambino come traumatica. Spitz, in questo caso, parla di "depressione anaclitica", cioè una sindrome conseguente all'allontanamento improvviso e talvolta prolungato della madre, dopo che il bambino ha avuto con lei una relazione normale. Con il termine "anaclitico" (dal greco *anaklino*, che significa "appoggiarsi" o "sostenersi a qualcosa"), Spitz vuole evidenziare il supporto affettivo che il bambino trova nella madre o nella persona che si prende cura di lui. Il termine "Anaklino" era già stato usato da Freud per indicare lo stadio iniziale della vita, dalla nascita ai sei mesi, in cui il neonato dipende totalmente dalla madre, non essendo ancora capace di distinguere se stesso da lei. La depressione anaclitica, determinata da una carenza parziale, è reversibile, in

quanto può essere superata grazie ad un “sostituto” del genitore, ossia una figura anche parentale con cui il bambino possa sviluppare una relazione di attaccamento intenso. Un altro concetto espresso da Spitz è quello di “sindrome da ospedalismo”. Spitz ha definito “ospedalismo” (o “ospitalismo”, dall’originale termine inglese “hospitalism”) il disturbo che si presenta nei bambini che non hanno mai avuto alcun rapporto con le madri o con una figura equivalente, o lo hanno avuto solo per pochi giorni o settimane. Egli cerca di evidenziarne i tratti studiando i bambini che hanno subito precoci separazioni dalla madre durante la Seconda guerra mondiale: il bambino che non ha mai avuto alcun rapporto con la madre o con la figura equivalente, o lo ha avuto solo per pochi giorni o settimane, può diventare apatico e indifferente, può perdere peso, diventa più vulnerabile a sviluppare malattie poiché il corpo sembrerebbe non produrre gli ormoni necessari alla crescita, inoltre, non riuscirebbe nemmeno a compiere i normali movimenti della sua età. Si possono manifestare, dunque, ritardi nello sviluppo intellettuale e affettivo. Nei casi più gravi si lascia morire dopo pochi mesi o anni.

Spitz fu uno dei primi che applicò i metodi della ricerca sul campo e dell’osservazione indiretta allo studio della prima infanzia, registrando le madri mentre prestavano le cure ai loro bambini. Da queste ricerche trasse la conclusione che la relazione tra la madre e il bambino è sostanzialmente una relazione ambiente-individuo: la madre, con la sua individualità già definita, costituisce lo stimolo di crescita per il bambino che invece si sta ancora formando. Questo avviene principalmente attraverso relazioni di tipo affettivo, specie nei primi tre mesi di vita; il neonato non è ancora pronto a stabilire relazioni basate sulle sensazioni motorie e percettive. Ebbene, la sua relazione della madre col bambino dipende anche da fattori sociali e culturali.

“Raramente ci si rende conto della grande importanza della madre nei processi di apprendimento e di presa di coscienza del bambino. Ancor più raramente ci si rende conto dell’importanza primordiale che in questo processo hanno i sentimenti della madre, cioè quello che noi chiamiamo atteggiamento affettivo. La tenerezza della madre le permette di offrire al bambino una ricca gamma di esperienze vitali; il suo atteggiamento affettivo determina la qualità delle esperienze stesse. Ognuno di noi percepisce affettivamente e reagisce alle manifestazioni affettive. Questo vale ancor più per il bambino, il quale percepisce affettivamente in modo assai più pronunciato dell’adulto. Nei primi tre mesi le esperienze del bambino sono esclusivamente di ordine affettivo; il sensorio, la capacità di discriminazione, l’apparato percettivo non

sono ancora sviluppati dal punto di vista psicologico e forse neppure dal punto di vista fisico. Quindi è l'atteggiamento affettivo della madre che serve di orientamento per il lattante. [...] Si può obiettare che la madre non è l'unico essere umano che attornia il bambino, che esistono anche il padre, i fratelli, le sorelle, i quali logicamente hanno la loro importanza. Inoltre, anche l'ambiente culturale ha il suo valore. Questo è un dato innegabile; tuttavia, nella nostra civiltà occidentale tutti questi influssi raggiungono il bambino tramite la madre o il suo sostituto. [...] Nel rapporto madre-bambino, la madre rappresenta il fattore ambientale o, se si preferisce, si può dire che la madre rappresenta l'ambiente. Contrapposto a questo fattore vi è il corredo congenito del bambino [...] I due fattori interagenti sono quindi la madre, con la sua individualità già formata, ed il bambino con una individualità in via di formazione. I due elementi madre e bambino non vivono in uno spazio vuoto, ma in un ambiente economico-sociale, nel quale i membri della famiglia sono i fattori determinanti primari, mentre il gruppo, la cultura, la nazione, l'epoca storica e la tradizione sono fattori a più ampio raggio.”¹²

Tra il 1945 e il 1946 Spitz iniziò i suoi studi sui bambini istituzionalizzati, intraprendendo un percorso che gli permettesse di trovare quali fattori potessero influire in maniera più o meno rilevante, sullo sviluppo del bambino. Decise di utilizzare i test di Hetzer e Wolf (1928) che non fornivano informazioni solo sul Q.I. (inapplicabile al primo anno di vita), ma sullo sviluppo globalmente inteso (percezione, controllo corporeo, memoria, intelligenza, ...). Con questi dati creava una curva della personalità per fare confronti intra-individuali e inter-individuali. Procedette poi con l'anamnesi di ogni bambino, analizzò i dati relativi alla madre, quando possibile e sottopose i bambini ai test di Hetzer e Wolf, mentre realizzava i filmati della sua ricerca. Egli mise a confronto due gruppi di bambini istituzionalizzati, il primo era costituito da 220 elementi, figli di donne detenute in un carcere femminile, che avevano la possibilità di dedicarsi personalmente ai loro piccoli in un asilo nido annesso alla struttura. Il secondo comprendeva 91 infanti abbandonati e ricoverati in un brefotrofia¹³. Alcuni studi hanno registrato che in Germania ad inizio '900, uno dei maggiori brefotrofi presentava un tasso di mortalità del 71,5%¹⁴; negli stati Uniti, nello stesso periodo le percentuali andavano dal 31,7% al 75%. In particolare, a

¹² R. Spitz, *Il primo anno di vita del bambino*, Giunti-Barbera, Firenze, 1972, pagg. 29-31

¹³ Istituto per neonati illegittimi o abbandonati

¹⁴ Entro il primo anno di vita, Schlossman, 1920

Baltimora, il 90% di questi bambini, moriva entro l'anno¹⁵ e ad Albany, al Randalls Island Hospital, era del 100%. Negli anni '40 al Bellevue Hospital di New York, il tasso era inferiore al 10%¹⁶. Tuttavia, non vi erano dati riguardanti il motivo di tante morti.

In quegli anni, altri studiosi come Durfee, Worf, Bender, Goldfarb, Lowrey, scoprirono che al di sotto dei tre mesi i bambini non mostravano segni d'istituzionalizzazione, ma dopo otto mesi di soggiorno, mostravano i segni di gravi disturbi psichiatrici. Dopo tre anni, i danni erano irreversibili. Cercarono di isolare i fattori responsabili del danno: la mancanza di stimolazioni nel bambino poiché vivevano in un ambiente sterile, asettico che non stimolava il bambino e l'assenza della madre.

Con le sue ricerche, Spitz notò che in entrambi i casi i bambini venivano adeguatamente nutriti e curati dal punto di vista igienico, ma nel secondo gruppo, malgrado la presenza di operatrici professioniste appositamente formate per l'assistenza ai lattanti, i bambini presentavano un quadro clinico preoccupante. Molti di essi non crescevano regolarmente: soffrivano di evidenti ritardi nello sviluppo cognitivo e motorio – con sintomi quali mancanza di risposta agli stimoli esterni, inespressività del volto, spasmi muscolari, crisi di pianto – nonché un marcato abbassamento delle difese immunitarie. Il 37,3% di essi morì entro il secondo anno di vita. Dai dati emerge che entrambe le istituzioni erano situate fuori città, avevano grandi giardini e presentavano condizioni igienico-sanitarie nella norma. In entrambe le strutture, i bambini erano trasferiti dopo due/tre mesi, nei reparti con i più grandi, in scompartimenti singoli recintati da vetri, su quattro lati per quanto riguarda l'asilo, da tre lati nel brefotrofia. I bambini stavano nel brefotrofia fino a 15/18 mesi in zone poco illuminate e non vicine alle finestre, nell'altra dopo i sei mesi andavano in stanze a 4/5 letti. Solo le stanze dell'asilo nido erano colorate, ma entrambe le strutture presentavano pareti chiare, lettini bianchi. L'asilo disponeva di maggiori risorse finanziarie quindi nelle camere vi erano anche tavolini e sedie che non c'erano nei brefotrofi. Il cibo era adeguato ed in quantità sufficiente in entrambe, i biberon sterilizzati, la maggior parte dei bimbi più piccoli era allattata al seno fino a tre mesi, soprattutto nel brefotrofia. L'abbigliamento, le coperte, la temperatura, erano conformi in entrambe. Per quanto riguarda l'aspetto sanitario, nell'asilo i bambini erano visitati

¹⁵ Chaplin, 1915

¹⁶ Bakwin, 1942

a richiesta, mentre nel brefotrofia quotidianamente. Non vi erano, dunque, particolari diversità tra le strutture. Tuttavia, nell'asilo si riceveva un'impressione di calore, c'erano madri affaccendate, i bimbi potevano guardare fuori delle finestre e vedere anche altri bambini. I corridoi del brefotrofia, invece, erano deserti, le infermiere erano presenti solo per i pasti. I bambini stavano fermi nei letti per mesi, al punto che si creavano degli affossamenti nei piccoli materassi sui quali giacevano. Nel brefotrofia vi era una caposala e cinque infermiere per quarantacinque bambini, mentre nell'asilo una caposala più tre assistenti che insegnavano alle madri come accudire ai bambini; c'era sempre una madre per ogni bambino. Nel brefotrofia lo svezzamento, con la conseguente interruzione del contatto umano, avveniva verso i quattro mesi, lo sviluppo iniziava così a rallentare.

Le critiche al lavoro di Spitz¹⁷ fanno riferimento alla possibilità che tale rallentamento potesse essere imputabile, in generale, alla deprivazione percettiva e non in particolare all'assenza della madre. Spitz, rispose affermando che la relazione con gli oggetti inanimati per un bambino al di sotto di un anno d'età, non è così importante e che la percezione è il risultato dell'intervento di un'emozione che arriva al bambino attraverso la persona. Il bambino, dunque, conosce l'ambiente attraverso la mamma, è lei che lo introduce all'apprendimento e poi all'imitazione. La presenza della madre, può compensare le altre deprivazioni, ma non viceversa. Per Spitz, il problema del brefotrofia è l'assenza del partner umano, quindi la mancanza del rapporto madre/bambino. Inoltre, a sorprendere, oltre alla riduzione del quoziente evolutivo, è la diversità di modello reattivo agli estranei da otto a dodici mesi; da amichevolezza ad esitazione, ansia verso gli oggetti inanimati. Di conseguenza, Spitz decise, visti i dati rilevati, di effettuare un follow-up attraverso un ricercatore che aveva il compito di visitare ogni quattro mesi il brefotrofia, nei due anni successivi la ricerca. Furono rilevati dati corporei dei bimbi, scattate fotografie, fatte domande al personale, realizzati dei filmati. Tuttavia, dei 91 bambini iniziali, nel primo anno ne morirono ventisette, per diverse malattie, entro il secondo altri sette (37% di mortalità); ventitré uscirono, sette vennero adottati, due trasferiti, di quattro non si seppe più nulla. Ventuno dei coinvolti nella prima ricerca, erano ancora al loro posto. Il più piccolo aveva due anni, mentre il più grande ne aveva quattro. Tutti i soggetti presentavano un ritardo cognitivo sotto più aspetti, non solo, anche da un punto di vista fisico, il ritardo

¹⁷ R.Spitz, Emde R.N., *Dialoghi dall'infanzia*, Armando Editore, 2000, pag.60

della crescita era impressionante; un bambino di due anni mediamente è alto 85 cm e pesa 12 Kg, invece, solo tre rientravano nei parametri, gli altri erano fortemente sotto la media.

Questo follow-up confermava l'irreversibilità del processo. Da notare che a 15 mesi, i bambini erano trasferiti in reparti con altri bambini, con più infermiere, in un ambiente più luminoso e assolato, con buone stimolazioni, ciò nonostante, il deterioramento continuava ad aumentare. Cambiare le condizioni ambientali troppo tardi evidentemente non serviva. Uno studio analogo fu fatto nelle nursery, l'altro istituto dove si svolse la ricerca iniziale: qui le cose cambiavano. Su 122 bambini osservati per un anno e mezzo, nessuno morì.

Spitz cercò di dare una spiegazione¹⁸: il bambino non ha solo bisogno di cure materiali, ma ha soprattutto la necessità di stabilire un forte legame affettivo con la madre o la persona che lo accudisce regolarmente. I sorrisi, le carezze, il tono della voce della madre e il contatto fisico col corpo dell'altro stimolano nel piccolo una reazione positiva assolutamente necessaria per il proprio corretto sviluppo. Il sé già formato della madre permette la creazione e la formazione del sé del figlio, attraverso una continua interazione fatta di sensazioni e di emozioni trasmesse attraverso simboli, ossia le parole e i gesti con cui la madre comunica il proprio affetto al figlio. Infatti, per Spitz, come già visto, la madre è per il bambino un vero e proprio "mondo simbolico". Nel caso in cui questo legame è assente, o viene a mancare per un qualsiasi motivo, il bambino si sente abbandonato, smarrito, incapace di trovare un punto di riferimento per lui vitale. Ecco, quindi, che lo stress emotivo causato dalla mancanza di una reale figura materna si ripercuote sulla maturazione del bambino, dando luogo a una serie di gravi disturbi fisici e psicologici. Privato dell'affetto della madre, il piccolo diventa apatico e indifferente; perde peso, si ammala facilmente perché il suo corpo non produce gli ormoni necessari alla crescita; non riesce a compiere i normali movimenti della sua età; spesso muore dopo pochi mesi o anni.

¹⁸ R.Spitz, Emde R.N., *Dialoghi dall'infanzia*, cit., pag. 98

2.2 Lo sviluppo affettivo e l'ambiente secondo Winnicott

*“Ciò che si ritiene essenziale per la salute mentale è che il lattante e il bambino piccolo facciano l'esperienza di una relazione tenera, intima e continua con la madre o con un sostituto permanente, una relazione in cui entrambi trovino soddisfazione e gioia”.*¹⁹

Il pediatra e psicoanalista britannico Donald Winnicott, partendo dall'osservazione del legame madre-figlio/a, elaborò delle teorie psicoanalitiche sullo sviluppo psicologico dei bambini e ritenne che il neonato, già dai primi mesi di vita, sperimentasse un senso d'onnipotenza soggettiva, ossia sviluppa la convinzione di essere il creatore di tutti gli oggetti che si presentano a lui e che sono necessari a soddisfare i propri desideri. Se per esempio il neonato avverte sete/fame/sconforto e desidera il seno della madre, nel momento in cui quest'ultimo gli viene offerto, egli ritiene di averlo creato da sé. Il neonato non ha dunque la giusta ed oggettiva percezione della realtà esterna ed arriva a considerare la madre come un prolungamento del proprio corpo e non come un soggetto esterno a sé. Questo senso d'onnipotenza soggettiva deve essere soddisfatto ed appagato attraverso le cure materne che Winnicott indicò con il termine holding, letteralmente “sostegno”. Donald Winnicott sostiene che le cure materne ricevute durante il primo sviluppo emotivo sono il fondamento della futura salute psichica dell'individuo e della ricchezza della sua personalità: Winnicott esamina anche la qualità e le origini della conoscenza intuitiva e spontanea che una “madre sufficientemente buona” ha dei bisogni del proprio bambino. L'autore illustra anche la funzione del padre il cui compito è quello di “sostegno”, nei confronti della madre, e di “creazione della personalità forte”, nei confronti del bambino. Winnicott, sostenendo che l'immagine della madre è la base della psiche dell'individuo, crea l'idea di due tipi di madri: una sufficientemente buona e una non sufficientemente buona. Lo psicanalista definisce madre sufficientemente buona quella madre che, in maniera istintiva, possiede le capacità di accudire il bambino dosando opportunamente il livello della frustrazione che gli infligge quando non asseconda le sue richieste. La madre sufficientemente buona possiede la cosiddetta appercezione materna primaria, uno stato psicologico indispensabile perché essa possa fornire le cure adeguate al piccolo e che le permette di “fornire il mondo” al bambino con puntualità, facendogli

¹⁹ Bowlby, 1951

sperimentare l'onnipotenza soggettiva. Tra i compiti della madre, infatti, vi è anche quello di presentare il mondo al bambino; la madre sufficientemente buona sa istintivamente quando presentare gli oggetti al piccolo, quando accudirlo, quando e come fargli sperimentare la frustrazione facendo sì che il suo sviluppo proceda senza intoppi e senza traumi per lui schiacciati. Allo stesso modo, Winnicott parla di madre non sufficientemente buona intendendo quella madre, in genere vittima di psicopatologie depressive o simili, che fornisce al bambino cure senza creatività, senza adattarsi a lui e in maniera meccanica; con una madre non sufficientemente buona il bambino smetterà presto di vivere nell'illusione che sia lui a creare e distruggere gli oggetti e vivrà in un mondo, presentatogli da quest'ultima, alla quale egli dovrà essere compiacente: la creatività nascente potrebbe così essere perduta. Anziché essere la madre ad adattarsi al piccolo, sarà egli a doversi adattare a lei. Quella non sufficientemente buona può distruggere in maniera traumatica l'esperienza dell'onnipotenza soggettiva del bambino, favorendo in particolare lo sviluppo di un falso sé o doppio legame. La madre non sufficientemente buona è quella madre che non risponde puntualmente ai bisogni fisici ed emotivi del proprio bambino perché non si sintonizza con lui e non riesce a comprenderli in tempo così da poterli soddisfare e da non far avvertire al bambino angoscia e frustrazione. L'assenza di adeguate cure materne conduce ad un'improvvisa e precoce interruzione del senso d'onnipotenza soggettiva che a sua volta conduce allo sviluppo nel bambino di quello che Winnicott definì il falso sé. Un falso sé è indice di uno sviluppo patologico della personalità che impedisce al bambino, poi diventato adulto, di relazionarsi in maniera sana con l'ambiente circostante e di instaurare equilibrate relazioni interpersonali, le quali evocano in lui lo stesso senso di frustrazione provato durante l'infanzia, quando non ricevette un adeguato holding. I figli di madri non sufficientemente buone sono costretti a doversi adeguare alle aspettative di queste ultime, quando in realtà dovrebbero essere loro stesse a doversi adattare ai bisogni dei propri bambini, ed è per questo che da adulti si preoccupano eccessivamente delle aspettative altrui e pur di ricevere attenzione, amore ed approvazione dagli altri, così come facevano da bambini, sacrificano i propri veri bisogni e la propria autostima (onnipotenza soggettiva). Non riuscire a costruire un vero sé significa non riuscire ad essere sicuri di sé e del proprio valore per mancanza di autostima e d'amor proprio. Per chi ha un falso sé i propri bisogni sono sempre secondari a quelli degli altri ed il soddisfacimento di quest'ultimi è considerato indispensabile per riuscire a meritare l'amore altrui.

Se la madre risponde alle necessità del bambino in modo coerente e continuo, questi può sviluppare un Io forte, quando vengono a mancare queste condizioni nascono delle disfunzionalità dovute ai tentativi di compensare le mancanze. In questa fase il bambino è sempre sul filo che lo separa da uno stato di angoscia fortissima. Un mancato sostegno, secondo l'autore, può portare a psicosi e schizofrenia. La madre in questa fase avvolge l'Io del bambino permettendogli di stare al mondo, lo stato è necessariamente fusionale dal momento che da lei dipende l'integrità mentale, emotiva e, non ultimo fisica, del bambino. Finora, per Winnicott l'analisi si basa proprio sulla relazione che si instaura in questa diade, ed è sulla relazione che si può lavorare. Secondo l'autore, lo sviluppo sano del bambino dipende dalla qualità dell' holding che è un'espressione che in italiano si traduce letteralmente con "tenere", ma per Winnicott rappresenta una parola carica di significato e simboli, con-tenere, tenere nel senso di nutrire.

Particolarmente importante è la funzione della pelle che segna il limite esterno, ma anche interno dell'Io, una sorta di membrana selettivamente permeabile che è la frontiera prima (e ultima) della possibilità di relazionarsi del bambino (e di tutti gli individui). Alla luce del concetto di limite, Winnicott lo intende come il processo di differenziazione dalla madre che deve avvenire, come precedentemente affermato, perché il bambino possa svilupparsi come entità autonoma è necessario che venga fornita al bambino, attraverso un adattamento quasi totale, l'illusione di controllo.

Le cure genitoriali soddisfacenti possono essere suddivise in tre stadi che si sovrappongono:

- il sostenere (insieme delle misure ambientali antecedenti al "vivere con"),
- madre e bambino vivono insieme (il padre funge da mediatore con l'ambiente),
- padre, madre, figlio vivono tutti insieme (triade).

Durante la fase del sostenere il bambino inizia a diventare una persona a sé. Attraverso i ricordi delle cure "buone" ricevute il bambino si emancipa, si rende indipendente, una sorta di "fiducia" che funge da oggetto transizionale metaforico per rendere tollerabili i vuoti al bambino in crescita. Uno dei più importanti indici dello sviluppo è quello che riguarda la capacità di stare da solo. L'individuo può realizzare lo stadio dell'"io sono" solo perché esiste un

ambiente che lo protegge, di fatto costituito dalla madre. Successivamente, il bambino si costruisce un ambiente interno per cui non è più necessaria la presenza fisica della propria madre.

Un'altra componente fondamentale dello sviluppo affettivo è il senso di colpa, che viene esperito con la madre prima e successivamente attraverso il padre (secondo il complesso di Edipo).

Secondo Winnicott il ciclo sarebbe articolato nelle seguenti fasi:

- esperienza istintuale,
- accettazione della responsabilità (senso di colpa)
- elaborazione
- gesto riparatorio

Se qualcosa non funzionasse in questo ciclo, non si svilupperebbe la capacità di provare senso di colpa per far posto a diversi meccanismi di difesa. In quest'ottica il fatto stesso di sviluppare la capacità di odiare ed amare allo stesso tempo lo stesso oggetto è sinonimo di sanità ed integrità mentale. Dal senso di colpa nasce la capacità di preoccuparsi, in mancanza di questa si può arrivare alla sua sostituzione con angosce e difese primitive, come la scissione o la disintegrazione. Inoltre, Winnicott nel libro "Il bambino deprivato" riporta anche alcuni casi clinici che esemplificano come nella sua esperienza questo sia stato dimostrato.

Alla base quindi dell'esistenza di un "vero sé" vi è una cornice ambientale tale da poter offrire al bambino la possibilità e la sicurezza per poter creare e giocare, ma anche di aggredire e distruggere²⁰.

²⁰ D.W. Winnicott, *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando Editore, 2002

2.2.1 L'esperienza delle prime comunità minorili nella Seconda guerra mondiale

Winnicott formulò le sue ipotesi sull'origine dell'aggressività e delle tendenze anti sociali durante la guerra, lavorando con i bambini orfani nelle comunità inglesi che iniziarono gradualmente ad ospitarli. Nei primi tempi sembrava possibile reinserire ciascuno dei bambini in una famiglia ospite, era compito dello psichiatra chiarire a queste il fatto che lo sfollamento aveva influito in modo particolarmente negativo sui bambini e che la maggior parte avevano ragioni personali per fare difficoltà a riconoscere come buone le famiglie ospitanti. Era inoltre suo il compito di dimostrare, in sostanza, che lo sfollamento dovuto alla guerra avesse sconvolto soprattutto quei bambini provenienti da famiglie che presentavano già precedentemente dei problemi o quelli che non avevano mai trovato all'interno della famiglia un buon ambiente, adeguato alla loro crescita. Nei primi tempi iniziò, dunque, l'inserimento nelle case di cittadini locali, ma poco dopo vennero istituite delle comunità per prestare cure ai bambini sfollati che vivevano in un ambiente non adatto alle loro esigenze, ciò venne indotto dalle autorità locali tanto che decisero di creare tante diverse piccole comunità sotto la guida di un responsabile e di nominare anche un assistente sociale psichiatrico esperto appartenente alla contea, come responsabile del coordinamento delle varie comunità. Il progetto era una terapia basata sul soggiorno dei bambini in questi piccoli edifici e richiedeva che tale soggiorno fosse piuttosto lungo, di conseguenza, le previsioni iniziali furono modulate (all'inizio erano previsti soggiorni di alcuni mesi) e vennero corrette per garantire ai bambini di beneficiare di un soggiorno a tempo indeterminato, talvolta anche di più anni. Winnicott notò che nella maggior parte dei casi, i bambini che non riuscivano a adattarsi al nuovo ambiente o non avevano vissuto una situazione familiare soddisfacente o avevano sperimentato la disgregazione della famiglia o nel periodo immediatamente precedente la guerra avevano vissuto nell'atmosfera di angoscia che grava su una famiglia che rischia lo smembramento. Essi, perciò, non avevano bisogno di trovare un sostituto della famiglia quanto di vivere una esperienza soddisfacente di relazioni primarie, ossia, fare esperienza di un ambiente che corrisponde ai bisogni del lattante e del bambino piccolo, senza il quale non si possono porre le basi della salute mentale. In assenza di una persona specificamente orientata a soddisfare i suoi bisogni, il bambino nella prima infanzia non riesce a stabilire un rapporto attivo con la realtà esterna, egli, privato di una persona che gli dia

soddisfacente gratificazione non può nemmeno scoprire il proprio corpo né sviluppare una personalità completa. In mancanza di un'unica persona da amare o da odiare, egli non può arrivare a capire che quella che ama e odia è sempre la stessa persona e non riesce a scoprire il proprio senso di colpa. Lo sviluppo emozionale dei primi anni di vita è un processo complesso che non può essere tralasciato e ogni bambino ha bisogno di un ambiente conforme allo svolgimento dei primi stati esistenziali dello sviluppo. Le esperienze in comunità, per essere valide ed essere considerate delle vere e proprie relazioni primarie dovevano avere un carattere di continuità, quindi duravano anni, per far sì che i risultati ottenuti potessero essere altrettanto positivi come quelli conseguiti in una buona famiglia d'origine. Il successo delle comunità infantili veniva valutato in termini di riduzione delle carenze prodotte nel bambino e nella creazione di un ambiente originario adeguato a favorire lo sviluppo del bambino. La direzione del progetto veniva affidata allo psichiatra che arrivava nella contea una volta a settimana, l'assistente sociale psichiatrica lo affiancava a tempo pieno nel lavoro con le comunità. Si creava così una piccola équipe formata anche da altri operatori che svolgevano il ruolo di educatori (maestri, direttrici di riformatori, assistente sociale, ...) e che era in grado di dedicarsi ai problemi personali dei bambini. Nelle riunioni di gruppo venivano affrontati diversi temi, ad esempio quello della discussione sul problema delle punizioni corporali dove venne accordata fiducia agli operatori lasciando loro il diritto di assegnarle quando ritenevano necessario. Lo psichiatra inizialmente aveva responsabilità della terapia, in seguito il suo compito cambiò e iniziò a occuparsi di classificare i diversi casi per decidere in quale comunità assegnarli. Egli conosceva i bambini attraverso i colloqui con loro e con gli operatori. Col passare del tempo, il progetto si perfezionò, ad esempio venne condivisa l'idea che nessun membro del gruppo degli operatori delle comunità doveva essere ritenuto di scarsa importanza poiché anche dal rapporto con il giardiniere o con la cuoca il bambino poteva essere aiutato. Inoltre, ogni educatore doveva poter parlare dei suoi problemi con qualcuno che all'occorrenza potesse intervenire cercando di evitare una crisi. Il progetto era quello di fornire ai bambini un ambiente stabile che potessero gradualmente conoscere e di cui potessero cominciare a fidarsi, dove poter giocare in tranquillità. In generale il compito dell'équipe psichiatrica era quello di tradurre la stabilità che era stata concepita nel progetto, in termini di stabilità emotiva all'interno delle comunità, questo avveniva anche grazie agli operatori che, godendo di una certa stabilità emotiva, permettevano ai bambini di trarre dei benefici.

Winnicott non intendeva affermare che le comunità fossero una panacea per le problematiche del bambino, ma sottolineava come potessero rappresentare un'utile alternativa, in mancanza di altre terapie. In particolare, nei bambini che vivevano lo sfollamento, emergeva come in alcuni fosse mancato l'ambiente familiare. Essi avevano bisogno di stabilità ambientale, di un trattamento individuale e di continuità delle cure²¹. E naturalmente le cure fisiche. Per assicurare ai bambini un trattamento individuale, gli operatori dovevano essere in numero sufficiente, la carenza del personale rendeva impossibile garantire un trattamento uno ad uno, dovevano poter essere aiutati (supervisionati sarebbe il termine utilizzato oggi) dallo psichiatra. I bambini dovevano poter trovare nella comunità ciò che l'ambiente di vita familiare non aveva potuto offrirgli in passato.

²¹ Donald W. Winnicott, *Il bambino deprivato*, Cortina Raffaello, 1984

2.3 La deprivazione materna secondo Bowlby

Fin dall'inizio della sua professione, J. Bowlby si era occupato di bambini con problemi, infatti, durante il suo lavoro aveva constatato come tutti i ragazzi che soffrivano di qualche forma di disagio psicologico (scarsa affettività, inclinazione al furto,...), avevano avuto nella loro storia esperienze di deprivazione di cure materne e di separazioni.

Nel 1949 era stato incaricato di redigere un lavoro sulla salute mentale dei bambini senza famiglia nell'Europa del dopoguerra, dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e questo gli aveva offerto l'opportunità di entrare in contatto con studiosi che come lui si occupavano dell'effetto sui bambini della separazione e della deprivazione di cure materne. Questo confronto aveva rafforzato in lui l'idea che l'inadeguatezza delle cure materne esercitasse un ruolo cruciale, ma sfavorevole sullo sviluppo della personalità: i bambini piccoli che si trovavano separati da coloro che conoscevano e che amavano, provando, non meno degli adulti, si misuravano con intense emozioni di dolore e tormento mentale, infelicità, proteste rabbiose, disperazione, apatia e ritiro in se stessi. Nel 1952 Bowlby scriveva: <<le cure materne nella prima infanzia e nella fanciullezza sono essenziali per la salute mentale>>. A quei tempi, l'idea della "deprivazione materna" come causa di malattie mentali era un concetto rivoluzionario che divenne un paradigma, stabilendo termini di discussione e di ricerca in psichiatria sociale nei successivi cinquant'anni.

Con il suo rapporto creato per l'Oms, egli intendeva principalmente delineare la privazione cioè l'assenza di qualche cosa di cui si ha bisogno, piuttosto che la deprivazione, ossia la sottrazione di qualche cosa che prima c'era. Questa distinzione è importante in quanto i risultati della mancanza completa di cure materne sono quasi sempre dannosi ed hanno conseguenze molto gravi e durature, mentre la deprivazione è meno facile da definire e molto meno prevedibile nel suo impatto. Bowlby nella sua opera "L'attenzione al bambino e la crescita dell'amore materno" raccolse una serie di dati provenienti dai suoi studi personali sui minorenni problematici, dalla comparazione di Goldfarb fra bambini cresciuti in istituzioni negli stati Uniti e quelli che erano stati sistemati in famiglie adottive, ed i resoconti di Anna Freud e Dorothy Burlingham dal loro nido residenziale ad Hampstead. Tutti questi studi hanno fatto emergere la visione secondo la quale i bambini deprivati dalle cure materne, specialmente se cresciuti in istituzioni da un'età inferiore ai sette anni, possono essere

seriamente colpiti nel loro sviluppo fisico, intellettuale, emozionale e sociale. I bambini lasciati nelle istituzioni crescono meno bene ed hanno dei ritardi nell'acquisizione del linguaggio e quando diventano più grandi, presentano una ridotta capacità di creare relazioni stabili; spesso, tendono ad essere superficialmente amichevoli, ma confusi nelle loro relazioni. Bowlby²² asserì:

“la separazione prolungata di un bambino dalla propria madre (o sostituto materno) durante i primi cinque anni di vita rappresenta la causa più importante dello sviluppo di un carattere delinquenziale”.

Nonostante ciò, questa affermazione non trova oggi una corrispondenza per due motivi: il primo, riguarda l'esiguità dei gruppi da lui osservati, il secondo, la mancanza di un gruppo di controllo. Tuttavia, avendo stabilito che i bambini privi di cure materne sono in realtà gravemente svantaggiati, egli sottolinea la diversità relativa alla qualità della vita all'interno di una famiglia con quella in una istituzione. Inoltre, Bowlby sosteneva che: <<il bambino trascurato e psicopatico diventerà un genitore trascurante e psicopatico, un circuito sociale che si autoperpetua>>. In più, egli sosteneva che i bambini dovevano essere coinvolti in ogni decisione che li riguardava e che i loro punti di vista ed i loro desideri dovevano essere tenuti in considerazione. Ciò nonostante, questo principio è divenuto legge solo mezzo secolo dopo, nella Convenzione Internazionale sui Diritti dell'infanzia del 1989. Egli credeva che i bambini dovessero essere incoraggiati ad esprimere le loro emozioni ambivalenti riguardo ai genitori. Spesso essi si ritengono responsabili dei problemi che colpiscono loro e le loro famiglie ed è necessario che gli operatori siano consapevoli di ciò ed aiutino il bambino a collocare questi sentimenti nella giusta prospettiva. Per un bambino lontano da casa: <<la separazione è sentita come un'eternità dato che manca del senso del tempo>>²³ e, anche questo aspetto va compreso da parte degli adulti. Gli effetti a lungo termine delle separazioni e deprivazioni potevano talvolta essere disastrosi e condurre alla nevrosi, alla delinquenza, alla malattia mentale o comunque innescare il ciclo di deprivazione: il bambino emotivamente deprivato diventava da adulto un genitore trascurante o maltrattante. Bowlby ne concluse che le cure materne nella prima infanzia e nella fanciullezza

²² R. Duschinsky, K. White, A. Schimmenti (a cura di), *Trauma e perdita, Testi chiave dal John Bowlby archive*, 2020

²³ Ibidem

fossero essenziali per la salute mentale: per crescere psicologicamente sano il bambino deve poter sperimentare una relazione affettuosa, intima e continua con la madre (o con un suo sostituto), per un periodo di tempo abbastanza lungo. Si convinse inoltre che il bisogno di dipendenza affettiva non era una forma di immaturità da superare, ma una caratteristica fondamentale della natura umana.

Basandosi sulle recenti conoscenze scientifiche, Bowlby²⁴ sviluppò una nuova teoria della motivazione e del controllo del comportamento incompatibile con il modello basato sull'energia psichica adottato da Freud, che considerava ormai superato. Alcuni comportamenti sono maturi alla nascita, per esempio quelli che regolano il ciclo sonno/veglia, l'alimentazione, e il comportamento di attaccamento (altri sistemi comportamentali, per esempio quelli che regolano l'unione sessuale, la competizione o la collaborazione, hanno bisogno di diversi anni per arrivare ad uno sviluppo completo).

Il comportamento di attaccamento presente e sviluppato fin dalla nascita dimostra la predisposizione primaria degli esseri umani (così come di altre specie) ad instaurare legami affettivi. La sua funzione è, sul piano individuale, quella di ottenere e mantenere la vicinanza di una figura rassicurante e protettiva ogni volta che ci si sente vulnerabili o minacciati nella propria incolumità protestando energicamente se tale vicinanza è negata o impossibile e sul piano più generale di garantire la sopravvivenza e la riproduzione della specie. Tale tendenza innata rimane attiva per tutta la vita anche se opera con maggiore intensità e frequenza nei primi anni, quando la vulnerabilità ai pericoli ambientali è maggiore e minore la capacità di gestire da soli situazioni di disagio. Per i piccoli, infatti, ogni esperienza di solitudine, anche una breve separazione dalle figure di attaccamento, è un segnale di vulnerabilità potenziale ai pericoli ambientali e quindi uno stimolo potente per l'attivazione del sistema potenziale dell'attaccamento (la protezione dai predatori era un'esigenza vitale nell'ambiente in cui si è evoluto l'uomo primitivo).

²⁴ J.Bowlby, *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Cortina Raffaello, 1996

2.3.1 Uno studio sui minori nelle istituzioni dell'Europa dell'Est

Dalla ricerca effettuata da gruppo di studiosi del Centro di Psicologia Forense e della Famiglia della Università di Nottingham, che ha condotto un progetto di studio biennale per approfondire il problema dell'abbandono minorile e sulla sua prevenzione nei 27 Paesi dell'Unione Europea, è emerso che il numero dei casi di abbandono minorile è in crescita e i dati più preoccupanti arrivano dai Paesi dell'Europa dell'est. Il Professor Kevin Browne, che ha condotto lo studio, ha affermato:

“L'Articolo 7 della Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti del fanciullo (CRC) afferma chiaramente che ogni bambino ha il diritto di conoscere e di essere allevato dai propri genitori. Quando un bambino è abbandonato, questo diritto viene violato. I neonati e i bambini piccoli sono quelli più a rischio di abbandono e il tasso di abbandono del bambino all'interno dell'UE è abbastanza consistente, anche per la particolare situazione economica attuale”.

Il lavoro, finanziato dal programma Daphne²⁵, della Commissione europea, ha interessato tutti i Paesi dell'Unione europea ed è stato svolto sui bambini abbandonati negli ospedali, nelle unità di maternità ed in quei luoghi che consentono ai genitori di abbandonare i neonati -in maniera anonima- servendosi delle "ruote degli esposti"²⁶. I Paesi che attualmente hanno in funzione la ruota sono Austria, Belgio, Repubblica Ceca, Germania, Italia, Lettonia, Polonia, Portogallo e Slovacchia. Inoltre, deve essere segnalato che in diversi Paesi -fra cui l'Italia- la donna può partorire in maniera anonima, lasciando il neonato nella struttura sanitaria, che si attiva per introdurre l'adozione. La ricerca ha fatto emergere che la percentuale di abbandono di bambini, all'interno della Comunità europea, è molto alta e una delle ragioni principali è stata individuata nella particolare crisi economica che sta interessando milioni di famiglie. Spesso, il tema l'abbandono viene sottovalutato e ci si dimentica che si tratta di una vera e propria emergenza. In Italia, grazie alle strutture esistenti in varie regioni, si può stimare che circa 15000 minori vivono nelle comunità residenziali e 16000 si trovano con le famiglie affidatarie che dovrebbero assicurare un adeguato clima familiare. In Italia è stata stabilita la totale chiusura degli orfanotrofi dalla legge n.149 del 2001; ad oggi, però, ciò non è ancora

²⁵ Guida al Programma DAPHNE (europafacile.net)

²⁶ Una pratica che risale al medioevo che permette di collocare, senza essere visti dall'interno i neonati abbandonati.

completamente avvenuto (Istituto degli innocenti, 2007). In Europa, tra le situazioni di maggiore degrado compaiono quelle degli istituti di Russia e Romania, dove non è ancora prevista un'adeguata legislazione in merito. Anche se le istituzioni presentano caratteristiche differenti a seconda dei paesi e anche all'interno degli stessi, un tema comune a tutte è la mancanza di interazione socio-emotiva con i caregivers: ciò è strettamente connesso con tipici ritardi nello sviluppo osservati nei minori post-istituzionalizzati ed i loro successivi problemi comportamentali (Merz & McCall, 2010). In istituti come quelli russi e rumeni, i minori difficilmente riescono a godere di una relazione individualizzata con un adulto di riferimento, in quanto il rapporto numerico tra adulti e bambini è di circa 1 a 30/50 (Rutter et al., 2007). A ciò va aggiunto che tali minori sono esposti ad un eccessivo turnover del personale, arrivando a relazionarsi, nei loro primi due anni di vita, da un minimo di 50 a circa 100 diversi caregivers (Groark & Muhamedrahimov, 2005). La vita nella gran parte degli istituti si caratterizza per la scarsa o totale assenza di stimolazioni percettive, motorie e linguistiche, e le interazioni sono spesso brevi e mal dirette (Monti et al. 2010). Poiché per circa l'85% dei minori adottati, dopo la separazione dalla famiglia biologica, la vita comincia in un istituto, gli studi sulla loro crescita fisica ed il loro sviluppo cognitivo ed affettivo proseguono da più di cinquant'anni (Smyke et al. 2007). Ovviamente, anche i motivi per cui i bambini giungono agli istituti possono contribuire ad esiti diversi e differenti livelli di resilienza. In Romania, ad esempio, la ragione principale dell'abbandono di minori è la povertà (Zeanah et al., 2003), associata a scarse cure prenatali, malnutrizione materna ed esposizione prenatale ad alcol e altre sostanze. Anche in Russia la situazione dell'infanzia è molto difficile: in molte aree del Paese le famiglie vivono al di sotto della soglia di povertà e il disagio sociale, aggravato spesso da fenomeni come tossicodipendenza ed alcolismo, spesso induce all'abbandono dei figli. La grande maggioranza dei bambini ricoverati, infatti, ha ancora almeno uno dei genitori in vita: essi sono definiti orfani sociali. Nonostante in molti casi le situazioni istitutive dovrebbero avere breve durata, si calcola che soltanto il 9% dei minori ritorni alle proprie famiglie dopo l'ingresso in un istituto (Smyke et al. 2007). L'adozione può quindi essere considerata una soluzione; tuttavia, l'importanza che riveste tale avvenimento suggerisce un'analisi più accurata dei fattori protettivi e di rischio che la caratterizzano. Si presume che un accumulo di fattori di rischio (come la prematura incuria e l'abuso) conduca ad uno sviluppo del bambino meno buono, mentre i fattori protettivi (come una relazione di attaccamento sicuro)

possano attenuare gli effetti negativi dei rischi, incrementando la resilienza (Chistolini, 2009). Le ricerche hanno mostrato come la mancata costruzione di legami preferenziali e l'impossibilità di vivere in un contesto amorevole e prevedibile portino a difficoltà in varie aree dello sviluppo biologico e psico-sociale, che tendono ad aumentare in relazione all'intensità e alla durata della deprivazione. Già all'inizio degli anni Novanta, diversi autori riscontrarono nei primi bambini de-istituzionalizzati alterazioni nel comportamento e nelle relazioni sociali molto simili a quelle dei bambini autistici. A partire da ciò è stato possibile, nel tempo, identificare quella che è stata nominata da Federici (1998) «sindrome autistica post-istituzionale» o anche, da altri autori, «pattern quasi-autistico» (Rutter et al., 1999). Ciò che permette di differenziare il «pattern quasi-autistico» dei soggetti deprivati dall'autismo riscontrabile nella popolazione normativa è che il primo sembra avere come causa il contesto di profonda deprivazione e non i fattori genetici; perciò, modificando tale contesto disfunzionale per la crescita, sono possibili margini di miglioramento (Hoksbergen et al., 2005). Le ricerche pubblicate negli ultimi 15 anni hanno riscontrato la presenza di disturbi soprattutto in bambini cresciuti in istituzioni rumene (ritardi cognitivi, gravi disturbi del comportamento sociale e anomalie nel livello di cortisolo, fattore compatibile con elevati livelli di stress) (Smyke et al. 2002; Zeanah, et al. 2005). Nonostante questi risultati, Rutter e colleghi (1999) hanno notato una sorprendente variabilità individuale nel grado in cui lo sviluppo dei bambini sia compromesso dall'esperienza istituzionale ed hanno osservato significativi, se non completi, recuperi nei minori adottati dalla Romania (Rutter, 2007). Secondo quanto riportato da alcuni autori, all'incirca un quarto dei minori istituzionalizzati riesce ad avere un funzionamento normale, anche a seguito di ben due anni d'istituzionalizzazione (Emiliani, 2008). Molti ricercatori, tra cui Juffer e van Ijzendoorn (2006), hanno sottolineato la significatività di un confronto fra minori abbandonati rimasti in istituto e quelli, invece, accolti in famiglia, affinché si possa verificare l'effettivo grado di efficacia dell'adozione internazionale come alternativa all'istituzionalizzazione. Bowlby concluse un capitolo del suo libro "Costruzione e rottura dei legami affettivi" (1982):

“Si può supporre che l'adozione, se avviene in un contesto qualificato, possa offrire al bambino all'incirca le stesse possibilità di avere una

vita familiare felice, quasi come se fosse cresciuto nella sua famiglia d'origine.”

I Paesi con un'adeguata conoscenza delle cure precoci istituzionali e delle conseguenze che comportano possono promuovere interventi educativi in modo più mirato e consapevole, favorendo un migliore adattamento dei minori alle nuove situazioni di vita.²⁷

²⁷ C.Cavallini, *I bambini adottati dopo l'istituto: gli effetti della deprivazione precoce sul loro sviluppo – Una panoramica sulla situazione attuale*. Problemi comportamentali e ritardi nello sviluppo sembrano riflettere la mancanza di interazione con i caregivers nei bambini istituzionalizzati, 2020

Capitolo tre: La violenza sui minori

3.1 Definizione e classificazione

La violenza perpetrata nell'ambito familiare è un fenomeno che ha radici profonde nel passato, ma che, per molto tempo, è stato considerato come una questione 'privata' da gestire all'interno del nucleo familiare precludendo la possibilità di azioni a tutela delle vittime o di interventi diagnostici e terapeutici rivolti agli autori delle violenze. Per tali ragioni, le manifestazioni di maltrattamento, abbandono o persecuzione intra-familiari sono generalmente state dissimulate, mantenute latenti da una tendenziale impermeabilità che ha contribuito a render ancor più drammatiche, dolorose e pesanti le conseguenze di tali eventi. Recentemente, da appena una trentina d'anni, si è assistito ad una lenta e progressiva emersione del fenomeno e di conseguenza ad un innalzamento dell'attenzione da parte delle istituzioni, dei servizi e della stessa opinione pubblica, nella evidente presa d'atto che la maggior parte delle vittime delle violenze in famiglia sono soggetti fragili e in condizione di debolezza che non hanno possibilità di contrapporsi ai maltrattamenti. L'azione delle istituzioni e dei servizi si è quindi orientata sia alla definizione di idonee modalità di accoglienza e di sostegno alle vittime, sia alla presa in carico degli autori al fine di ridurre od evitare future recidive, nella necessità di predisporre strumenti per l'individuazione tempestiva delle condotte violente.

Nella delicatezza della problematica, laddove è manifesto che il rapporto tra vittima ed aggressore è profondamente intrecciato alle condizioni culturali, sociali, economiche, affettive, relazionali ed esistenziali dei protagonisti, l'approccio a tale fenomeno richiede necessariamente elevate competenze negli operatori chiamati ad intervenire e richiede altresì la capacità di predisporre un modello multidisciplinare ove possano integrarsi gli apporti clinici, criminologici e sociali in un piano fortemente connotato dalla rilevanza giuridica degli accadimenti, essendo peraltro state emanate negli ultimi anni diverse leggi che hanno precisato le responsabilità penali, definito gli specifici strumenti processuali e cautelari, nonché assegnato più incisivi poteri investigativi in capo alle Forze dell'Ordine. Risulta difficile per i ricercatori concordare su una definizione generale, standardizzata ed efficace di maltrattamento

e abuso. Una delle prime formulazioni è quella del 1981, del IV Colloquio Criminologico di Strasburgo del Consiglio di Europa:

*"quell'insieme di atti e carenze che turbano gravemente il bambino attentando alla sua integrità corporea e al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, le cui manifestazioni sono: la trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che hanno cura del bambino"*²⁸

Nella storia, gli studiosi hanno oscillato tra una visione che circoscriveva la definizione ai comportamenti puniti dalla legge e una visione più ampia che metteva al centro le carenze gravi subite dal minore. La Convenzione dei diritti dei minori (1989) offre una definizione ampia di abuso e maltrattamento, intesi come:

"danno o abuso fisico o mentale, trascuratezza o trattamento negligente, maltrattamento, diverse forme di sfruttamento e abuso sessuale intese come induzione e coercizione di un bambino/a in attività sessuale illegale, 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, vengono definite dal Child Protection Register inglese le seguenti categorie di maltrattamento e abuso:

- trascuratezza: negligenza, fallimento nel proteggere il minore dall'esposizione a qualsiasi pericolo o anche mancanze in alcune aree importanti dell'allevamento;
- maltrattamento fisico: inteso come maltrattamento in sé o incapacità di prevenirlo; sono compresi avvelenamenti intenzionali, soffocamento, sindrome di Münchhausen per procura²⁹
- abuso sessuale: sfruttamento sessuale di minore, prostituzione infantile,
- pornografia;

²⁸Di Blasio, *Psicologia del bambino maltrattato*, Il mulino, 2000, p. 13

²⁹ L'adulto affetto da tale sindrome, inventa, finge, segni e sintomi e li attribuisce al bambino a lui affidato; lo scopo di tale comportamento è quello di assumere il ruolo del malato attraverso la figura del minore (Giberti, Rossi; 2012).

- maltrattamento psicologico: comprende denigrazione, rifiuto e tutti gli atteggiamenti che possono danneggiare lo sviluppo psichico del bambino (Di Blasio, 2000).³⁰

La classificazione utilizzata comunemente, sulla quale concorda la maggior parte della letteratura, suddivide la violenza all'infanzia secondo questo schema (Montecchi, 2005):

- Maltrattamento: fisico; psicologico.
- Patologia delle cure: incuria: fisica, psicologica; discuria; ipercuria: sindrome di Münchhausen per procura, Chemical abuse, Medical shopping.
- Abuso sessuale: extrafamiliare; intrafamiliare.
- Violenza assistita: essere testimoni di violenza fisica, psicologica, sessuale.

Partendo dallo studio effettuato da Cavallo nel 1997, si possono individuare almeno cinque nuclei che riguardano il fenomeno del maltrattamento e abuso sui minori. Il primo riguarda le cause del fenomeno: le cause sono molteplici e di tipo sociale, culturale, psico-relazionale. Per quanto riguarda gli aspetti sociali, vanno sottolineati i cambiamenti che nel tempo hanno interessato la famiglia, fra cui la mancanza di figure cuscinetto (come zii, nonni, ...) che possano sostenere la famiglia. Un altro elemento di criticità è il momento economico in cui la società si trova, che si ripercuote sulla famiglia in maniera massiccia. Per quanto riguarda le cause culturali, può assumere importante rilievo il clima sociale in cui i valori etici e religiosi sono trasmessi, valori come il rispetto della persona e soprattutto il rispetto delle parti più intime degli adulti e dei bambini; questi valori stanno perdendo il loro potere di orientamento dei comportamenti. In relazione a questo secondo nucleo è stata posta attenzione sui luoghi in cui il maltrattamento viene messo in atto. Molto frequentemente questi luoghi sono proprio quelli che dovrebbero occuparsi del minore: famiglia, scuola, associazionismo sportivo, ecc. Il terzo nodo riguarda lo studio delle figure maltrattanti e delle loro vittime, in relazione agli aspetti fisici, psicologici e sociali. Un altro importante aspetto riguarda la diagnosi e il trattamento dei casi. Ultimamente, nell'affrontare i casi, si predilige una prospettiva psico-relazionale sia con i

³⁰ www.garanteinfanzia.org (ultima consultazione 25/09/2021)

responsabili, sia con le vittime. Il quinto nodo riguarda la collaborazione tra tutte le istituzioni che ruotano intorno ai casi di maltrattamento: Magistratura, Tribunale, servizi sociali, ecc. Dal punto di vista sociologico è molto difficile in Italia individuare le dimensioni e le caratteristiche precise del fenomeno, in quanto manca un sistema organico di protezione all'infanzia, e c'è una parte del fenomeno che è composta da un "numero oscuro" di casi che non vengono denunciati (Abburrà, Boscarolo, Gaeta, Gogliani, Licastro, Torino; 2000).

Inoltre, si ritiene utile riportare un approfondimento riguardante la sofferenza subita dai bambini. Esistono tre tipi di sofferenza che riguarda i minori (Foti, Bosetto, Farci, 2004):

- sofferenza indispensabile: il bambino per crescere deve affrontare alcune sfide e tappe essenziali per lo sviluppo. Gli obiettivi che deve raggiungere provocano in lui sofferenza: si pensi alla necessaria consapevolezza che il bambino deve raggiungere del fatto che la mamma non può stare sempre con lui, che non può ottenere subito quello che vorrebbe, che ci sono delle regole da rispettare nella vita con gli altri e che i desideri non possono essere sempre immediatamente soddisfatti. Per introiettare questi aspetti della vita, il bambino necessita di amore, pazienza e cura da parte dei genitori;
- sofferenza non indispensabile, ma talvolta inevitabile: può capitare che il bambino durante l'infanzia debba affrontare situazioni come un lutto, la nascita di un fratello, la separazione dei genitori. In queste situazioni i bambini non vanno lasciati soli, ma va data loro la possibilità di sfogarsi e di comunicare il proprio dolore;
- sofferenza dannosa e da evitare se si vuole che il bambino cresca sano e in un ambiente sereno e positivo: questo tipo di sofferenza è causata dalla negligenza degli adulti, dalla non attenzione verso i bisogni dei bambini, dalla incapacità di ascolto.

Nei casi più gravi la sofferenza di terzo³¹ tipo è causata da maltrattamento fisico, psicologico, abuso. Per quanto concerne le forme di maltrattamento, esistono in esse alcune caratteristiche comuni, sintetizzabili nei seguenti punti:

³¹ www.garanteinfanzia.org (ultima consultazione 25/09/2021)

- la violenza sui bambini può avvenire sia all'interno sia all'esterno della famiglia;
- la violenza tende ad essere nascosta sia da chi la mette in atto sia da chi la subisce;
- la violenza è difficilmente riconoscibile con sufficiente certezza;
- finché non si è attuata una diagnosi medica che confermi la violenza, si può parlare solo di sospetto abuso/maltrattamento, in quanto il rilevamento di uno o più segni non corrisponde in modo automatico alla situazione di violenza;
- tutte le condizioni di abuso/maltrattamento in cui il bambino vive incidono sul suo sviluppo fisico e psichico, sulla strutturazione della sua personalità, sulla relazione con la famiglia, sulla relazione con gli adulti al di fuori della famiglia, sulle relazioni con i coetanei;
- la percezione della violenza varia in base all'appartenenza culturale del minore;
- la violenza tende ad aggravarsi nel tempo, non ha una risoluzione spontanea (Montecchi, 2005).

La violenza sui minori viene di solito compiuta da³²: genitori e altri membri della famiglia; persone che si prendono cura del bambino; amici; conoscenti; estranei; altre persone con una posizione di autorità, come insegnanti, poliziotti, soldati ed ecclesiastici; operatori dei servizi socio-sanitari; altri minori.

³² World Health Organization, 2006

3.2 Epidemiologia della violenza sui minori

Nel 2013, l'OMS riporta dati drammatici sull'epidemiologia della violenza sui minori in Europa: 852 i bambini con età inferiore ai 15 anni che sono morti per maltrattamento (il tasso più elevato è per i bambini al di sotto dei 4 anni); 18 milioni i minorenni vittima di violenza sessuale; 44 milioni le vittime di violenza fisica; 55 milioni i minorenni vittima di violenza psicologica. Inoltre, viene riportato che il 20% delle donne e il 5-10% degli uomini dichiarano di essere stati vittima di violenze sessuali da bambini, mentre il 25% di tutti i bambini riferiscono di aver subito maltrattamento fisico e il 36% degli adulti dichiara di aver subito maltrattamento psicologico.

In Italia, nel 2015 le organizzazioni Terre des Hommes e CISMAI (Coordinamento Italiano Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia)³³ hanno condotto un'indagine pilota fornendo una fotografia dell'incidenza del fenomeno che riguarda il 9,5% della popolazione minorile; 200 dei 1000 minorenni presi in carico dai Servizi Sociali sono stati vittime di maltrattamento. Dei 49 Comuni contattati, hanno risposto in 36 (pari al 73,4%). La ricerca mostra che i minorenni presi in carico per maltrattamento sono più numerosi al Sud (273,7 ogni mille minorenni seguiti) e al Centro (259,9 ogni mille minorenni seguiti), rispetto alle regioni del Nord (155,7 ogni mille minorenni seguiti). La trascuratezza materiale e/o affettiva è la tipologia preponderante di maltrattamento (47,1%), seguita da violenza assistita (19,4%), maltrattamento psicologico (13,7%), patologia delle cure (8,4%), maltrattamento fisico (6,9%), violenza sessuale (4,2%) e altre forme di violenza non definite (1,2%). Considerata la portata del fenomeno, viene ormai valutato come un problema di salute pubblica, che va affrontato con la massima priorità in quanto i costi in salute delle vittime sono elevatissimi, pertanto, è necessaria una diagnosi corretta e precoce. L'Onu ha dichiarato che la violenza sui minorenni è un problema globale che richiede interventi urgenti, ma che rimane in gran parte <<nascosta, non denunciata e sottostimata>> e che si consuma prevalentemente tra le mura domestiche. Gli studi sugli esiti della violenza hanno permesso di evidenziare effetti: a livello cerebrale (riduzione del corpo calloso, del volume dell'ippocampo, dell'amigdala e una riduzione della connettività cerebrale), a livello del sistema nervoso autonomo (alterazioni del battito cardiaco, del ritmo sonno veglia, della pressione arteriosa), a

³³ realtà che si occupano di protezione e promozione dei diritti dell'infanzia in Italia e nel mondo

livello del sistema endocrino (alterazioni nei livelli di cortisolo) e a livello del sistema immunitario (Wilson, Hansen, Li, 2011; Fagundes, Glaser, Kiecolt-Glaser, 2013). Tra gli esiti a breve termine gli studi concordano nel riferire quadri psicopatologici legati a problematiche di ansia, depressione, difficoltà nella modulazione e regolazione emotiva, scarsa modulazione degli impulsi, aggressività auto ed eterodiretta, alterazione cognitiva, oltre che sintomi somatoformi. Rispetto agli esiti a lungo termine, è evidenziata una forte e proporzionale correlazione tra queste esperienze e l'assunzione precoce di stili di vita non salutari (obesità, comportamenti sessuali a rischio) ed il consumo di sostanze psicoattive (tabacco, alcol, droghe); il manifestarsi e cronicizzarsi di malattie somatiche in età adulta (patologie epatiche, broncopneumopatia cronica ostruttiva, malattie coronariche e malattie autoimmuni). Gli adulti esposti a maltrattamento precoce evidenziano anche alti indici di rischio rispetto a problematiche di ansia, depressione e pensieri suicidari, dipendenza da sostanze, disturbi di personalità, comportamento antisociale o violento, malattie mentali gravi e disturbi nella sfera sessuale. Tuttavia, le ricerche su questo tema mettono in evidenza che esperienze negative e stressanti nell'infanzia non necessariamente determinano l'insorgenza nell'età adulta di una psicopatologia. Le caratteristiche e le risorse sviluppate dal bambino possono attivarsi e garantire la promozione dei cambiamenti positivi, diventando fattori protettivi che potenziano la resilienza, permettendo così al bambino di mantenere un funzionamento sano.

3.3 La patologia della somministrazione delle cure

Con il termine “patologia delle cure” si intende l’inadeguatezza o l’insufficienza di cure fisiche e/o psicologiche fornite al bambino, in rapporto al suo momento evolutivo, da parte di coloro che ne sono i legali responsabili.

La definizione di “incuria fisica” riguarda il fornire cure fisiche insufficienti rispetto all’età e ai bisogni evolutivi del bambino, mentre con il termine incuria psicologica si intende il prestare una insufficiente attenzione e cura ai bisogni emotivi e affettivi del bambino rispetto alle sue necessità evolutive. Gli indicatori correlabili a una situazione di incuria fisica e/o psicologica comprendono:

- notizie sullo stato di salute del bambino,
- segni fisici,
- segnali comportamentali,
- segnali emotivi.

Ad esempio, i genitori non ricordano o non sono in grado di dare informazioni riguardo le tappe evolutive del bambino, non vengono effettuate visite pediatriche o non vengono curati i disturbi che può presentare. Fra l’altro, tra i segni fisici, il bambino indossa vestiti inadeguati alle stagioni, presenta scarsa igiene e infezioni, può presentare denutrizione o ipernutrizione. Vi può essere presente ritardo psicomotorio, quindi assenza di deambulazione autonoma o ritardo del linguaggio.

Con il termine discuria, invece, si intendono le cure fornite in modo distorto, anacronistico e inadeguato rispetto al momento evolutivo del bambino. Per esempio, da parte dei genitori vi possono essere richieste di acquisizioni precoci come il controllo sfinterico a 10 mesi o saper scrivere a 4 anni. Vi può essere il fornire accudimento relativo a fasi precedenti rispetto a quella effettiva del bambino (mangiare solo cibo frullato a otto anni). Si può manifestare iperprotettività che si presenta con attenzioni e preoccupazioni eccessive per il bambino, causate dall’ansia dei genitori. Le stimolazioni al fanciullo sono eccessive e gli sono richieste competenze caratteristiche di fasi successive della crescita. Possono esserci dei disturbi dell’autonomia alimentare, sfinterica o del dormire³⁴.

³⁴ F.Montecchi, *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*, FrancoAngeli,2005, pg.57

Infine, il concetto di ipercura sottolinea la preoccupazione eccessiva dello stato fisico del bambino, caratterizzata da persistente e dannosa medicalizzazione. Vengono comprese tre forme cliniche fondamentali:

- la sindrome di Münchausen per procura,
- il Chemical abuse,
- il Medical shopping.

La sindrome di Münchausen è riferibile al disturbo fittizio per procura, secondo il DSM IV prende il nome dal personaggio letterario il barone Münchausen che inventava storie incredibili e imprese fantastiche accompagnate da viaggi mirabolanti. Ad esempio, sono genitori che inducono un'apparente malattia nel figlio con errate convinzioni sullo stato di salute e sintomi che il bambino riferisce solo se presente la madre, inoltre, viene sottoposto a ripetute visite e ricoveri ospedalieri. In questa sindrome il genitore, generalmente la madre, attribuisce al bambino sintomi e malattie di cui non soffre realmente, ma che sono il frutto di una convinzione distorta radicata nello stato di salute fisica e psichica del genitore che alla nascita del figlio trasferisce su di lui, appunto per procura, la propria convinzione di malattia. Ad esempio, possono esserci assunzioni improprie dei farmaci, frequenti descrizioni dei sintomi fisici da parte dei genitori e da parte del bambino che non vengono, però, osservati a scuola. Il bambino spesso presenta una conoscenza approfondita rispetto all'età, delle parti il corpo o delle pratiche mediche, difficoltà a separarsi alla madre e/o scarso rendimento scolastico, spesso predilige giochi a tema come quello del "dottore" attraverso il quale il bambino ripete le esperienze subite. Il Chemical abuse (o abuso chimico) è la somministrazione di sostanze chimiche al bambino di per sé innocue, ma dannose per la quantità con cui vengono somministrate. L'abuso anomalo nella somministrazione di queste sostanze chimiche al bambino nasce dalle convinzioni della madre che il proprio figlio ne abbia bisogno. Il termine Medical shopping indica genitori che si rivolgono a numerosi medici per ansia che il bambino presenti disturbi fisici che il effettivamente non presenta e che si sentono continuamente in pericolo. Questa paura li spinge a consultare continuamente medici dai quali ricavano rassicurazione.

Il bambino che vive una patologia delle cure sperimenta che nella relazione non vi è per lui nessuno spazio o esiste solo uno spazio inadeguato ai suoi reali bisogni. Tenderà quindi ad adeguarsi a quello che l'altro immagina essere il suo bisogno, rinunciando

all'affermazione della propria individualità e a perdere progressivamente il contatto con la realtà, soccombendo alla confusione tra ciò che egli percepisce e ciò che gli viene proposto come vero dall'altro. La patologia delle cure riveste un interesse marginale nelle norme penali e raramente costituisce un "reato". Non esistono articoli specifici del Codice penale per le varie forme di patologie delle cure tranne per il Chemical abuse. Tuttavia, se vi è un sospetto è utile informare entrambe le autorità di quanto osservato e di quanto si è venuti a conoscenza. È dunque opportuno informare la Procura della Repubblica presso il TO benché le situazioni di ipercura siano maggiormente di interesse del Tribunale per i Minorenni che ha il compito di tutelare i bambini. Purtroppo, è molto difficile per il Tribunale per i Minorenni prendere iniziative di protezione per questi bambini, perché in una cultura come quella italiana è arduo perseguire una madre pur perché "troppo attenta e preoccupata" per un figlio "malato". I pochi giudici minorili che riescono a prendere iniziative di protezione molto spesso diventano bersagli di aggressioni pubbliche e da parte di media finendo per neutralizzare il provvedimento (Montecchi, 2005).

Quando si parla maltrattamento all'infanzia si intendono tutte le forme di cattiva cura fisica e affettiva, di abusi sessuali, di trascuratezza o di trattamento trascurante, di sfruttamento commerciale o altre, che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, la sua sopravvivenza, il suo sviluppo o la sua dignità nel contesto di una relazione di responsabilità, di fiducia o di potere. Esiste una vasta gamma di maltrattamenti all'infanzia e raramente il bambino subisce solo un tipo di violenza in quanto è difficile che si verifichi un solo episodio. L'episodio di maltrattamento o di abuso sessuale è il segnale di una trascuratezza ormai cronica all'interno del nucleo (Abburà, Boscarolo, Gaeta, Gogliani, Licastro, Torino; 2000).³⁵ Il maltrattamento fisico si verifica quando i genitori, o le persone vicine al bambino, compiono o permettono che vengano compiuti atti di violenza fisica sul minore. Nel rilevamento del maltrattamento fisico possono essere presi in considerazione segni fisici, comportamentali ed emotivi. Per quanto riguarda i segni sul corpo, non sempre questi sono presenti in caso di maltrattamento fisico e comunque sono nascosti. I segni del maltrattamento sono: lesioni cutanee come contusioni, ecchimosi, ematomi, cicatrici, morsi, escoriazioni, graffi, perdita traumatica di capelli, lesioni della bocca,

³⁵(OMS 1999), citato da Montecchi, *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*, FrancoAngeli, 2005, p.42

³⁵ www.ceplic-psicologia.it (ultima consultazione 25/09/2021)

ustioni. Nel caso delle ecchimosi, esse devono suscitare un sospetto quando sono presenti in bambini piccoli che ancora non camminano o in bambini più grandi quando sono localizzate su addome o torace. Quando le ecchimosi sono di colore diverso, questo significa che il maltrattamento è ripetuto nel tempo. Nei casi di maltrattamento, spesso i morsi sono attribuiti ad un altro bambino (amico, fratello), ma è facile riconoscere il segno lasciato dal morso di un bambino o di un adulto. Le ustioni possono essere a secco o da liquidi bollenti. Le più frequenti sono ustioni causate da oggetti bollenti (ferro da stiro o sigarette). Nel caso delle lesioni da acqua bollente, di solito sono localizzate nelle natiche, negli arti inferiori o nelle mani. Le lesioni della mucosa della bocca son causate da alimentazione forzata con oggetti come un cucchiaio o con cibi bollenti; possono arrivare fino alla rottura dei denti; lesioni scheletriche: le fratture sono tipiche della sindrome del bambino battuto e possono essere il risultato di un grave maltrattamento. L'analisi accurata delle fratture può fornire informazioni riguardo alla data e al tipo di maltrattamento. Tra le lesioni degli organi interni distinguiamo le lesioni dell'encefalo e quelle addominali. Il trauma cranico è stato classificato come la causa principale di mortalità nella sindrome del bambino scosso. Per quanto riguarda i segni comportamentali, questi sono quelli più riscontrati: si ripara quando un adulto si avvicina a lui, ha spesso uno sguardo attento e allarmato, in quanto ha subito violenze indipendentemente dal suo comportamento; è pauroso quando si trova negli ambienti estranei, mostra scoppi improvvisi di ira (un ricordo, un'emozione negativa, può provocare nel bambino una forte rabbia, senza un motivo apparente). Può manifestare un'instabilità emotiva (può avere reazioni opposte ravvicinate nel tempo, ad esempio piangere prima di entrare in classe e ridere immediatamente una volta entrato), rifiutare il contatto fisico o lo ricerca con una modalità distorta (aggressiva e/o erotizzata), ricercare attenzione, favori, cibo, oggetti (chiede di avere sempre più degli altri); mostrare un atteggiamento affettivo inappropriato verso i genitori (ad esempio, può avere manifestazioni di affetto verso il genitore che lo ha appena punito). Riguardo ai segni emotivi, il bambino ha difficoltà a mantenere un costante livello di attenzione, ha difficoltà di apprendimento e a scuola è spesso depresso e solitario o iperattivo e aggressivo. Frequentemente, ha difficoltà ad ascoltare le indicazioni degli adulti, in quanto per lui l'adulto ha perso il ruolo di punto di riferimento affidabile, mostra una carente iniziativa perché spesso quando prova ad esprimersi non viene considerato o viene rifiutato/aggredito, ha un'immagine di se stesso negativa e distorta causata dal modo in cui si sente considerato dagli adulti

e dalla convinzione di essere la causa delle aggressioni subite. Inoltre, può avere difficoltà di relazione quindi il bambino non trova la modalità di comportamento adeguata a relazionarsi con gli altri (Montechi;2005). La sindrome del bambino scosso o trauma da scuotimento è una grave patologia del neonato, i piccoli sono afferrati al torace o presi per la parte superiore delle braccia e scossi violentemente in avanti e indietro. Il lattante e il bambino piccolo non riescono a sostenersi sufficientemente durante lo scuotimento. Dopo il forte scuotimenti bambini vengono solitamente gettati a terra. Tale comportamento può causare traumi di varia natura e portare fino alla morte. I genitori che vedono aggravarsi la situazione del figlio, portandolo al pronto soccorso raccontano che il bambino è andato improvvisamente in arresto respiratorio o che è caduto violentemente e non si è più rialzato, ma questi racconti non corrispondono con i segni sul corpo del minore, il quale non presenta fratture o segni di traumi esterni. I bambini vittime di maltrattamento fisico hanno bassa stima di sé, sono insicuri. In più, la loro crescita emotiva, caratteriale, la loro capacità di apprendere dal mondo esterno possono essere danneggiate dagli episodi di maltrattamento e le relazioni future del bambino con altre persone potranno essere condizionate dagli avvenimenti traumatici passati.³⁶

Quando invece si parla di maltrattamento psicologico si intendono le situazioni in cui il bambino (o l'adolescente) viene sottoposto a frustrazioni, negazioni della sua individualità, svalutazione delle sue potenzialità e capacità. Si tratta di una modalità di maltrattamento subdola, sommersa, meno visibile. Winnicott offre l'espressione "ambiente torturante" per descrivere la situazione in cui si trova la vittima: i genitori non rispettano i bisogni emotivi del bambino, non sono affettuosi, la loro presenza è discontinua, sommergono il figlio di emozioni negative e frustrazioni (Abburà, Boscarolo, Gaeta, Gogliani, Licastro, Torino; 2000). Il maltrattamento psicologico danneggia non solo l'area affettiva, ma anche quella intellettuale, incidendo sullo sviluppo della personalità, sulla stima e la valutazione di sé, sulla percezione degli altri e del mondo e sulle relazioni con i coetanei.

³⁶ www.cepic-psicologia.it (ultima consultazione 29/09/2021)

Tra i segnali comportamentali troviamo:

- manifestazione di un atteggiamento timoroso, da "vittima", mostrandosi continuamente umiliato e denigrato, oppure aggressivo, umiliando e svalutando gli altri, soprattutto i bambini più piccoli;
- scarso interesse ad attività di qualunque tipo;
- disinteressamento verso le relazioni sociali (tende a non cercare il contatto con i coetanei e, se cercato dagli altri, li rifiuta);
- svalutazione continua delle proprie azioni e pensieri;
- messa in atto di comportamenti antisociali.³⁷

Invece, dai segni emotivi emerge un bambino che

- appare continuamente ansioso in quanto si sente incapace, inadeguato;
- non accetta sé stesso;
- mostra una bassa autostima e una mancanza di fiducia di base in sé stesso e negli altri;
- vive il mondo come una minaccia;
- sembra inibito, mancante di slancio vitale, in quanto non sentirsi accettato e rispettato provoca in lui una diminuzione del desiderio di vivere (Montecchi, 2005).

Non va dimenticata la violenza assistita tra le forme di maltrattamento:

“Per violenza assistita intrafamiliare si intende l’esperire da parte del bambino/a qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su figure di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte o minori. Il bambino può farne esperienza direttamente (quando essa avviene nel suo campo percettivo), indirettamente (quando il minore è a conoscenza della violenza), e/o percependone gli effetti. Si include l’assistere a violenze di minori su altri minori e/o su altri membri della famiglia e ad abbandoni e maltrattamenti ai danni di animali domestici.” (CISMAI, 2005, p.1)

Inoltre, nel 2017, la definizione viene ampliata, riconoscendo che un/a minore è vittima di violenza assistita se ne fa esperienza direttamente, indirettamente e/o se me

³⁷ F. Montecchi, *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*, cit., pgg.57-60

percepisce gli effetti acuti e cronici, fisici e psicologici. Questa forma di maltrattamento è ancora sottovalutata, ma provoca un danno notevole nei bambini. La violenza assistita aumenta la possibilità che il bambino diventi inoltre vittima diretta di abusi e maltrattamenti intra ed extra-familiari. I sintomi dei bambini vittime di violenza assistita sono: depressione, ansia, aggressività, comportamento violento verso gli animali, immaturità, ipermaturità, basse competenze sociali, difficoltà nel comportamento alimentare, alterazioni del ritmo sonno/veglia, comportamenti regressivi, scarse abilità motorie, comportamenti autolesivi, bassa interazione con altri bambini e deficit dell'attenzione. I bambini apprendono che la violenza è una normale modalità di comportamento e che esprimere le proprie emozioni può essere dannoso e provocare reazioni violente; l'introyezione di questi meccanismi può condizionare il bambino nella vita adulta, ad esempio nelle relazioni di coppia future (Palladino, 2008). Infatti, uno degli aspetti che ci aiutano ad intuire l'entità del danno psicologico che si vive in queste situazioni è la trasmissione intergenerazionale della violenza: i bambini e le bambine sono più a rischio, diventando adulti, di mettere in atto dei comportamenti violenti e/o di subirli considerandoli accettabili nelle relazioni.

Il danno, dunque non è limitabile all'infanzia, ma caratterizzerebbe l'intero ciclo di vita della persona e della famiglia, generando spesso, un ciclo che si ripete di generazione in generazione. Soprattutto quando non incontra la possibilità di uno spazio in cui elaborare e dare senso alla violenza.

Ad oggi, quella sulle madri risulta essere la principale forma di violenza a cui i bambini assistono. Pertanto, è nell'ambito degli studi sulla diffusione della violenza di genere che si sono cominciati a raccogliere dati indiretti sui bambini e le bambine che vi assistono. Per considerare quanto è diffusa la violenza assistita basti pensare che la violenza di genere è un fenomeno trasversale, che coinvolge uomini e donne di tutti i contesti socio-culturali in tutti i paesi del mondo. Dai dati rilevati si evince, infatti, che molte donne subiscono violenza da uomini con i quali hanno una relazione significativa e che la maggior parte delle donne³⁸ (più del 60% secondo i dati) afferma che i figli e le figlie hanno assistito agli episodi di violenza.

³⁸ ISTAT, 2015

3.4 La famiglia maltrattante

Come sancito dalla Costituzione italiana, la famiglia è il nucleo fondamentale della società, appartiene alla sfera privata dell'individuo ed è considerata quasi inviolabile. Nonostante questo, quando si tratta di violenza perpetuata verso un membro del nucleo, questo rispetto viene meno e le mura domestiche vengono violate dalle istituzioni che intervengono in soccorso della vittima. Le statistiche mostrano come la maggior parte delle figure che mettono in atto la violenza verso i bambini sono i genitori o i membri della famiglia allargata (Assemblea Generale delle Nazioni Unite, 2006). Sembra impossibile spiegarsi come un genitore possa arrivare ad abusare o a maltrattare il proprio figlio. Per farlo si può immaginare la violenza come una spirale al cui centro c'è la paura: la persona violenta è spaventata, si sente minacciata dalla vita a causa di esperienze personali traumatiche. Quando il violento ammette le proprie responsabilità, lo fa incolpando la vittima di averlo istigato: questo atteggiamento di proiezione è tipico di chi si sente minacciato dal mondo esterno. Quando il violento incolpa la vittima dell'accaduto, lo fa consapevolmente, non finge, pensa davvero ciò che dice. Lo scopo del lavoro con il genitore maltrattante è aiutarlo ad uscire da questa spirale ammettendo le proprie paure e di conseguenza assumendosi la responsabilità della violenza agita (Mastropaolo, 2008). Non è possibile spiegare, prendendo in considerazione un singolo fattore, il perché alcuni individui agiscano violenza sui minori o perché in alcune comunità prevalga la violenza: questi fenomeni possono essere compresi solo se si considerano numerosi fattori e le loro interazioni. Il modello ecologico distingue i rischi relativi agli individui (età, sesso, storia personale), alla società (norme sociali, disuguaglianza economica, presenza/assenza di reti di supporto sociale), alle relazioni (relazioni dell'individuo con la famiglia, gli amici) e alla comunità (contesti relazionali come scuola, luogo di lavoro, quartiere)³⁹.

Tra le principali cause sociali che possono portare una famiglia ad un livello di disagio e stress tale da sfociare in episodi violenti nei confronti dei figli ci sono: famiglie isolate dal contesto sociale, difficoltà economiche e/o lavorative, emarginazione sociale, immigrazione, cause religiose e razziali; isolamento dalle rispettive famiglie d'origine, condizioni abitative inadeguate per igiene e spazi, famiglie monoparentali (ragazze madri, separazione, divorzi, vedovanze)⁴⁰.

³⁹ World Health Organization, 2006

⁴⁰ Ibidem

Le cause individuali riguardanti il genitore: patologia genitoriale come psicosi, personalità limite (borderline), gravi forme nevrotiche, tossicodipendenze, alcolismo, sociopatia, insufficienze mentali o handicap. È importante che gli operatori dell'infanzia abbiano le competenze necessarie per riconoscere anche il disagio adulto. La patologia più difficile da riconoscere è quella borderline, in quanto l'adulto spesso riesce a trarre l'operatore in inganno mostrando una buona immagine di sé. Spesso può esserci un contrasto tra gli operatori che lavorano con i minori e quelli che lavorano con gli adulti, in quanto questi ultimi possono avere la tendenza a vedere i figli come utili strumenti per la salute mentale dell'adulto, per il superamento di una grave depressione o di una dipendenza e tendono a pensare che un allontanamento dal figlio potrebbe provocare una grave ricaduta del genitore. L'allontanamento dei figli e la terapia devono essere invece vissuti come funzionali al benessere del nucleo, non come atti punitivi nei confronti dei genitori. Bisogna prendere in considerazione anche l'età dei genitori, in passato quella dei genitori maltrattanti era molto bassa. Infatti, se una coppia di coniugi non è abbastanza matura e solida, può essere facile focolaio di episodi di violenza. Spesso, quando gli adulti non riescono ad assumere il ruolo di genitori, può verificarsi una pericolosa inversione di ruoli genitore - figlio. Ultimamente l'età dei genitori maltrattanti si è alzata, ma non è ciò che realmente conta poiché ad essere importante è l'età che ogni individuo percepisce: se un adulto non ha sviluppato una personalità adulta e si percepisce ancora come "adolescente", non è in grado di ricoprire il ruolo di genitore. Ci possono poi essere genitori maltrattati e/o con gravi carenze affettive o esperienze di promiscuità, ossia sono i genitori che hanno subito durante l'infanzia esperienze di violenza che tendono a riportarle sui loro figli, in quanto manca loro l'esperienza di una corretta cura. Poiché la capacità genitoriale si impara attraverso l'esperienza personale, questa categoria di genitori non hanno da trasferire sui figli un'esperienza adeguata. Oltre a ciò, genitori che hanno subito gravi deprivazioni affettive ed esperienze di promiscuità hanno una visione negativa della vita e il modello acquisito tende ad essere ripetuto. Per interrompere questo processo di ripetizione dei propri vissuti negativi, si devono innescare degli input (esperienze positive, relazioni sane) che possano offrire ai genitori le capacità emotive e materiali necessarie per accogliere il figlio. Spesso, nel caso di un handicap del genitore/dei genitori: può accadere che la mancata elaborazione da parte dei genitori dei propri handicap li porti a mettere in atto comportamenti violenti nei confronti dei figli (World Health Organization, 2006). In più, tra le cause individuali

che riguardano il bambino vi possono essere la gravidanza e la nascita: i bambini che nascono dopo una gravidanza difficile sono più predisposti ad essere vittime di violenze, in quanto non si è creata una buona relazione madre-bambino; inoltre, i figli nati dopo un parto difficile possono essere vittime della violenza delle madri che tendono a vederli come “aggressori”. La maggior parte dei bambini maltrattati proviene da unioni irregolari, relazioni extraconiugali, abusi, incesti, separazioni. In questi casi il bambino potrebbe essere visto come il responsabile di ciò che è accaduto e per questo diventare un capro espiatorio. Spesso anche l’ordine di nascita può causare conseguenze, il primogenito o l’ultimogenito possono essere privilegiati o al contrario più a rischio se la coppia non è ancora formata e stabilizzata, oppure se sente di non avere disponibilità per un altro membro della famiglia, per esempio a causa di gravidanze troppo ravvicinate. In aggiunta, può succedere che l’adulto maltrattante è di sesso opposto rispetto al bambino maltrattato, in quanto il genitore potrebbe vivere un’inconscia aggressività e rabbia verso il coniuge che esprime attraverso l’abuso. In alcuni casi, vi può essere una patologia del bambino, qui il minore che presenta patologie neonatali, malattie croniche, handicap fisici o psichici, deficit di apprendimento, disturbi del sonno ecc, si ritrova tra quelli più a rischio in quanto richiedono un maggior impegno da parte dei genitori (Montecchi, 2005). Le cause relative alla comunità, anche le caratteristiche della collettività in cui il bambino vive, hanno un peso importante nel favorire o meno gli episodi di maltrattamento. Se la comunità tollera facilmente la violenza in cui è immersa, difficilmente denuncerà il maltrattamento perpetuato in un nucleo familiare. Le comunità caratterizzate da disuguaglianza sociale, alto livello di disoccupazione, mancanza di servizi di welfare a favore della famiglia, difficoltà economiche, mancanza di alloggi, sono comunità in cui facilmente la violenza si esprime senza incontrare ostacoli⁴¹.

La composizione delle famiglie può essere molto varia: esistono famiglie monoparentali, con genitori dello stesso sesso, gestite dai soli nonni o dai fratelli maggiori. I fattori di rischio che riguardano le relazioni sono: difficoltà relazionale padre-figlio/madre-figlio, problemi fisici o mentali di un membro della famiglia; isolamento della famiglia rispetto alla comunità, separazioni, divorzi, problemi legati alla relazione tra i coniugi, rapporti tra i genitori, tra i bambini o tra genitori e bambini, basati sulla violenza. Vi può inoltre non esserci riconoscimento di ruoli distinti tra i

⁴¹ World Health Organization, 2006

vari membri della famiglia, ma anche mancanza di una rete (formale o informale) di supporto alla famiglia (World Health Organization, 2006). I bambini che arrivano ai servizi hanno spesso difficoltà a relazionarsi con gli altri, soprattutto con gli adulti e a comunicare il proprio vissuto traumatico. I bambini maltrattati fisicamente o psicologicamente sono facili prede di ulteriore violenza perché sono confusi e non sanno più distinguere in modo netto ciò che è buono da ciò che è sbagliato. Il bambino maltrattato può essere ossessionato dai sensi di colpa, pensare di non essere amato perché non vale niente o di essere amato proprio perché non vale niente. In ogni caso il bambino, per colmare la sua mancanza di amore, è portato ad amare chiunque, senza distinzione. Infine, il bambino traumatizzato può avere difficoltà ad esprimere le emozioni sia positive sia negative⁴².

⁴² F. Montecchi, *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*, cit., pgg.110-116

3.5 La prevenzione della violenza e la protezione del minore

Generalmente si definisce prevenzione primaria come <<l'insieme delle azioni volte a garantire che ogni bambino viva libero da qualsiasi vittimizzazione sessuale o maltrattamento>>, mentre con il termine prevenzione secondaria si intendono <<le azioni tempestive rivolte ai bambini che sono già vittime dove le azioni che hanno lo scopo di evitare che l'abusante ripeta altri abusi o maltrattamenti>> (Abburrà, Boscarolo, Gaeta, Gogliani, Licastro, Turino, 2000). Parlando di prevenzione, è utile fare un ragionamento riguardo alla condizione dei minori e della famiglia nella nostra società. Il rispetto per l'infanzia e l'adolescenza non si può considerare un dato acquisito. Per questo vanno sottolineati alcuni aspetti (Abburrà, Boscarolo, Gaeta, Gogliani, Licastro, Turino, 2000): la responsabilità della cura dei bambini non può e non deve pesare completamente sulle spalle dei genitori, è bene che a prendersi cura del bambino, con modalità diverse, sia anche la famiglia allargata, la società, la rete formale e informale del minore. Un aspetto importante che l'adulto deve possedere per poter godere di una vita sana e per poter essere un genitore maturo e responsabile è la capacità di fronteggiare il rischio psicosociale, resistere e far fronte alle difficoltà quotidiane ed eccezionali; questa capacità però non può essere data per scontata in ogni adulto e compete ai servizi sociali e sanitari lavorare per svilupparla; il rischio dell'esplosione di episodi di maltrattamento e abuso è più forte in quelle situazioni caratterizzate da emarginazione e solitudine. Tra le persone emarginate e in difficoltà, il confine tra giusto e sbagliato è spesso labile perché la volontà di raggiungere i propri obiettivi può andare oltre il rispetto degli altri, la società è portata a pensare che gli aiuti di cui un genitore ha bisogno si possano trovare solamente nella famiglia allargata e per questo non viene preso nemmeno in considerazione il mondo dei servizi i quali non vengono potenziati dalle politiche sociali; questo atteggiamento sembra non considerare il cambiamento che un adulto attraversa quando diventa genitore, il modificarsi delle sue esigenze e dei suoi bisogni. Collegata al punto precedente è la necessità di aumentare i servizi di aiuto e supporto ai genitori, pensando anche a momenti di formazione e di confronto per tutti quei genitori che vogliono essere supportati e crescere nel loro ruolo, gli interventi rivolti alle famiglie possono essere efficaci se tutti i servizi territoriali lavorano in modo sinergico e in rete. Essere adulti porta con sé alcuni disagi tipici di questa fase della vita, che non vanno sottovalutati e sui quali bisogna lavorare anche per difendere i minori. Spesso l'esperienza di vita

degli adulti è caratterizzata da (Abburrà, Boscarolo, Gaeta, Gogliani, Licastro, Turino, 2000):

- disagio da insoddisfazione;
- disagio da impotenza: l'adulto può trovarsi di fronte a problemi che sente di non essere in grado di affrontare;
- disagio da routine: le giornate sono spesso tutte uguali, l'adulto sente di non ricevere nuovi stimoli;
- disagio di non aver più tempo per sé.

Questo tipo di disagi, sommati alla marginalità sociale, possono portare a situazioni di violenza. Allora, per far sì che il sostegno sociale sia reale, è necessario lavorare su due livelli: politiche sociali e sistema dei servizi. Le politiche sociali tendono a considerare la famiglia come unità economica o come unità di servizi e di cura; spesso la politica dimentica che la famiglia può non riuscire a reggersi sulle proprie gambe, può trovarsi a non essere più in grado di garantire la cura a ciascuno dei suoi membri, questo accade soprattutto nelle famiglie monogenitoriali, o nei nuclei in cui nessuno, o solo un membro, percepisce un reddito. La famiglia necessita di molti servizi per poter essere autosufficiente: agevolazioni economiche, flessibilità di orari sul posto di lavoro, disponibilità di strutture rivolte ai bambini, servizi che offrano un supporto nei lavori di cura, soprattutto nei confronti degli anziani. I servizi, quali osservatori privilegiati dei problemi e delle dinamiche familiari, hanno nei confronti delle famiglie il dovere di promuovere i diritti fondamentali dei membri del nucleo familiare. Attraverso il lavoro parallelo, ma anche sinergico di servizi e politiche sociali, la prevenzione può essere messa in atto. L'articolo di Alberto Pellai intitolato "La prevenzione dell'abuso sessuale", pubblicato sulla rivista Animazione sociale (2004), offre spunti interessanti su questo tema: nell'articolo si evidenzia come nel nostro Paese gli interventi di prevenzione del maltrattamento e dell'abuso sui minori siano pochi e residuali, spesso a causa della negazione del problema, difficile da affrontare anche per gli operatori. L'Italia potrebbe prendere spunto da altre nazioni: ad esempio, negli Stati Uniti, già nel 1991, il SIECUS (Sex Information and Education Council of the United States) ha pubblicato le linee-guida per l'educazione sessuale nell'ambito della scuola dell'obbligo. Queste linee guida sottolineano come gli interventi destinati ai bambini e agli adolescenti dovrebbero contenere informazioni, pertinenti alle specifiche età dei minori, riguardanti la sessualità, le interazioni corporee non

appropriate tra minori e adulti e l'incesto. Di seguito vengono esposti diversi modelli di prevenzione e vengono descritte le teorie sociali sulle quali poggiano.

Il modello di protezione del bambino: alla base del modello c'è il pensiero che un bambino necessiti della protezione degli adulti per crescere in modo armonioso sia dal punto di vista fisico che emotivo. Quando gli adulti che dovrebbero prendersi cura del minore non lo fanno, è lo Stato, attraverso le sue istituzioni, a doversene fare carico. Questo di solito non difende il minore dalla prima vittimizzazione, ma può evitare traumi futuri. Il punto debole del modello è che non considera il fatto che anche l'allontanamento dal nucleo familiare sia per il minore un grande ostacolo che può avere gravi conseguenze.

Il modello votato all'empowerment: secondo questo modello, ogni persona ha diritto a vivere in una comunità che gli offra salute e sicurezza, che favorisca la capacità di auto-protegersi, di badare a sé stesso e di controllare la propria vita. Applicando questo modello alla prevenzione del maltrattamento l'idea che i bambini vadano educati ad auto-protegersi e tutelare la propria sicurezza. I minori devono credere nelle loro potenzialità e nella capacità di affrontare un evento difficile.

Il modello medico di prevenzione: questo modello espone l'idea che ad ogni bambino debbano essere fornite le informazioni necessarie a riconoscere il rischio di violenza prima che questa avvenga. Per quanto riguarda la prevenzione secondaria, si vuole insegnare ai bambini a dare fiducia agli adulti e a chiedere aiuto. L'obiettivo è la tutela della sicurezza emotiva dei minori.

Il modello di sanità pubblica: tale modello si concentra sulla capacità delle Forze dell'ordine e del legislatore di tutelare la collettività dai pericoli dell'abusante. Vengono previste pene particolari, percorsi di riabilitazione e strumenti necessari a garantire la sicurezza (telecamere, presenza di vigili e agenti di polizia).

Il modello comportamentale-ecologico: questo modello si concentra sugli aspetti culturali e sociali diffusi dai media, le leggi e il ruolo degli organismi di controllo, la disponibilità di servizi sanitari che si occupano di prevenzione, la presenza di un ambiente sicuro e affidabile, oltre alle competenze di autotutela del soggetto.

Il modello centrato sulla comunità che promuove salute: secondo quest'ultimo, la prevenzione può essere attuata su tre diversi fronti: il responsabile della violenza, la

vittima, il contesto in cui può avvenire.⁴³ La prevenzione primaria coinvolge tutta la comunità ed è volta ad aumentare l'autotutela del minore. La prevenzione secondaria si rivolge a chi è a rischio di diventare vittima o responsabile di altre violenze. La prevenzione terziaria si rivolge a chi ha già compiuto o subito un maltrattamento per evitare che si ripetano episodi simili. Come si può notare dai modelli sopramenzionati, all'interno della prevenzione, sia primaria sia secondaria, gioca un ruolo fondamentale la comunità, la quale ha compiti molto importanti di controllo e di monitoraggio del benessere dei minori. Per aumentare la capacità di autodifesa dei minori, è necessario proporre loro attività volte ad imparare ad esprimere le loro emozioni, siano esse positive o negative, ad aumentare la propria autostima ed a credere in sé stessi. Ai genitori va spiegato che i bambini imparano dalle loro esperienze quotidiane e che vanno ascoltati ed accolti quando esprimono preoccupazioni e ansie riguardo a comportamenti molesti che hanno subito da parte di altri adulti. Solo grazie ad un ascolto attivo da parte di tutti i soggetti che ruotano intorno ai minori sarà possibile prevenire il maltrattamento e l'abuso (Pellai, 2004).

⁴³ F. Montecchi, *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*, cit., pgg.85-86

Capitolo quattro: Il lavoro dell'Educatore Professionale

4.1 Il profilo dell'Educatore Professionale

L'individuazione del profilo dell'Educatore Professionale nasce dall'esigenza di determinare una figura lavorativa presente in Italia da molti anni. Il profilo dell'educatore professionale, riconosciuto dal Ministero della Sanità attraverso il D.M. n° 520 del 1998, è individuato nel seguente modo:

“L'educatore professionale è l'operatore sociale e sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante, attua specifici progetti educativi e riabilitativi, nell'ambito di un progetto terapeutico elaborato da un'équipe multidisciplinare, volti a uno sviluppo equilibrato della personalità con obiettivi educativi/relazionali in un contesto di partecipazione e recupero alla vita quotidiana; cura il positivo inserimento o reinserimento psico-sociale dei soggetti in difficoltà [...]”

L'Educatore Professionale è quindi l'operatore caratterizzato da una specifica preparazione di carattere teorico e tecnico-pratica che svolge la propria attività mediante la formulazione e la realizzazione di progetti educativi individuali o di gruppo, caratterizzati da intenzionalità educativa e continuità, volti a promuovere lo sviluppo della personalità, delle risorse e delle potenzialità, il recupero e il reinserimento sociale di soggetti portatori di menomazioni psicofisiche e di persone in situazioni di disagio o esposte a rischio di emarginazione e di devianza. Per perseguire questi obiettivi l'educatore professionale, utilizza metodologie centrate sul rapporto interpersonale, svolge interventi mirati rivolti ai singoli, alle famiglie, ai gruppi e al contesto ambientale territoriale, nell'ambito delle istituzioni e dei servizi sociali, sanitari e educativi pubblici e privati, in modo coordinato e integrato con le altre figure professionali presenti nelle strutture. Gli strumenti di cui si serve sono relativi a metodologie di operatività psicologica, pedagogica-educativa e di riabilitazione psicosociale. Inoltre, conduce attività di studio, ricerca, documentazione e attività formativo-didattica e di supervisione indirizzate alla globalità dei diversi contesti e interventi educativi. Il suo compito principale, quindi, è quello di trasformare, attraverso il proprio sapere professionale, la propria competenza e capacità di riflessione, l'esperienza educativa che nasce dalla spontaneità della vita quotidiana in un'esperienza conscia, razionale, finalizzata e programmata. Tale esperienza, cogliendo gli stimoli della realtà degli utenti e del loro contesto, si propone di favorirne

lo sviluppo e il cambiamento in senso evolutivo. Spesso l'educatore professionale si trova ad operare in situazioni complesse contraddistinte da rapporti interpersonali particolarmente difficili e complicati: basti pensare alle situazioni in cui i ruoli familiari e formativi vengono assolti da operatori, in tempi e spazi "particolari" senza i quali l'individuo avrebbe notevoli difficoltà a livello di sopravvivenza quotidiana, o a vissuti delicati che richiedono strutture, mezzi e metodi, così peculiari da stravolgere ogni modello consueto di trattamento. L'attenzione rivolta a queste realtà particolari è dovuta soprattutto alla graduale diffusione di una nuova sensibilità volta al superamento delle forme tradizionali di assistenza e di istituzionalizzazione e di conseguenza, si cercano nuove iniziative per il recupero, l'integrazione e il reinserimento di questi soggetti.

Molto spesso, quando si opera in una comunità, la giornata di lavoro dell'Educatore Professionale è caratterizzata dal compito di "gestire il quotidiano", cioè la continuità delle relazioni, dei bisogni, dei problemi, alcune volte dei conflitti che derivano da situazioni anche molto stressanti. Un quotidiano che va gestito in termini educativi, cioè in termini di promozione della crescita individuale e sociale dell'utente a cui va anche connesso un lavoro di aiuto, indispensabile in quei momenti e in quelle situazioni in cui il percorso è ostacolato da difficoltà e non appare perseguibile. Questo compito a cui l'educatore è chiamato è un compito complesso, dai risultati variabili e poco visibili, che si fonda sulle capacità del professionista di individualizzare l'intervento, di renderlo il più attento possibile all'originalità, all'unicità che l'utente in quanto persona esprime, tenendo conto però anche di se stesso, dei colleghi e degli altri membri del servizio con cui l'intervento è progettato. Infatti, se da una parte l'intervento deve cercare di rispondere ai bisogni ed esigenze del singolo utente, dall'altra, per diventare realtà, deve tener conto delle risorse esistenti. Di conseguenza, da questo punto di vista, il compito dell'educatore professionale si presta molto poco alla standardizzazione di tecnologie e procedure fissate una volta per tutte.

4.2 L'accoglienza dei nuovi utenti in comunità

Un minore viene inserito in comunità quando il contesto familiare originario non è in grado di garantirgli la protezione necessaria: in questi casi il Tribunale per i Minorenni emette un decreto di procedura d'urgenza in modo che i servizi possano agire in modo tempestivo. Tuttavia, come nel caso della struttura in cui ho svolto il tirocinio, vi possono essere situazioni in cui non si evidenzia una particolare inadeguatezza da parte della mamma, dunque, il Tribunale per i Minorenni può disporre con un decreto l'affido dei bambini al servizio sociale e dare la facoltà alle mamme di entrare nel percorso comunitario per seguire i figli. L'accoglienza è una fase molto delicata: gli ospiti vengono inseriti in una realtà a loro sconosciuta che può provocare un'ansia notevole; per questo è necessario spiegare che tutto ciò è messo in atto per proteggerli, aiutarli e per dare loro la possibilità di risolvere i loro problemi e migliorare la loro condizione. Anche la comunità è consapevole che i primi momenti sono molto importanti e per questo si prepara a creare quel rapporto di fiducia che sarà necessario per aiutare l'utente nel suo percorso. Per non creare disagio nella fase di accoglienza, nella comunità in cui ho svolto il tirocinio, vengono solitamente adottate queste precauzioni:

- informare gli utenti già presenti in comunità del nuovo arrivo; quest'ultimo può essere percepito come una minaccia, fornire agli altri ospiti alcune informazioni su di lui, li aiuterà a sentirlo meno estranei;
- organizzarsi per offrire al nuovo ospite la vicinanza emotiva di cui ha bisogno; per questo può essere utile la presenza di più educatori al suo arrivo, in modo da affrontare ogni cosa con tranquillità;
- a seconda dell'età e delle caratteristiche dell'utente, la modalità del primo incontro è differente: se parliamo di un adulto, può essere adeguato un incontro con l'educatore della comunità e l'assistente sociale per ribadire le motivazioni dell'allontanamento, il ruolo della comunità e per rispondere alle sue domande e dubbi; se invece parliamo di bambini, può essere una modalità adeguata quella del gioco, utile a creare un'immediata relazione di complicità tra lui e l'educatore. Anche per il gruppo di ospiti in comunità il momento dell'arrivo di un nuovo membro è una fase molto delicata, perché può riportarli a contatto con ricordi traumatici e dolorosi (Carini, Padrocco Biancardi, Soavi, 2001).

Alla base del lavoro di comunità deve esserci da parte degli educatori l'accettazione dell'individuo, in questo caso del bambino o del nucleo familiare che inizia il percorso comunitario: questo significa avere la capacità di andare oltre la "facciata", oltre a ciò che il soggetto mostra di sé stesso (comportamento inadeguati, rabbia, insulti, parolacce) e raggiungere la profondità dell'individuo, capire le ragioni dei suoi comportamenti negativi, raggiungere la sofferenza del bambino e provare empatia nei suoi confronti (Beedell; 1971). Un aspetto molto importante che riguarda gli utenti in comunità è quello degli incontri protetti con i familiari. Tali incontri permettono di mantenere un rapporto con le figure adeguate e positive della famiglia d'origine. Nel mio caso, gli incontri erano previsti tra il minore e il padre e, per garantire la protezione del bambino, dovevano avvenire alla presenza di un educatore ed erano preceduti da un confronto tra i familiari o il genitore che non segue il percorso nella struttura e l'educatore, per stabilire le regole e le finalità dell'incontro e per rispondere ai eventuali dubbi. Per quanto riguarda specificatamente gli incontri che avvenivano in comunità tra il minore e il genitore maltrattante, l'educatore aveva la duplice funzione di aiuto per il minore e di appoggio al genitore; infatti, non è facile per il genitore riconoscere ciò che è successo, prendere le difese del bambino e provare a migliorare le cose. L'educatore doveva quindi appoggiare emotivamente colui che ha visto la sua famiglia andare in pezzi, fungendo da mediatore con il figlio. Per quanto riguarda il sostegno emotivo al minore che ha subito abbandoni o violenze, il ruolo della comunità è quello di accompagnarlo nel suo percorso di "riparazione". Il primo obiettivo che il bambino deve raggiungere è quello di mettersi nel ruolo della vittima, ossia capire chi si è comportato male e di chi sono le colpe. I bambini che hanno subito una qualsiasi forma di violenza possono mettere in atto comportamenti provocatori e aggressivi. Il ruolo degli educatori e delle altre figure dell'equipe è quello di rappresentare per il minore un adulto protettivo che finora non ha mai incontrato. L'educatore deve reagire di fronte ai comportamenti sbagliati del bambino, ma anche del genitore che è con lui, stabilire delle regole, far capire che alcuni comportamenti potrebbero essere sbagliati; questo atteggiamento dell'educatore è importantissimo, perché colui che si crede "cattivo" deve capire che si può cambiare, migliorare e che l'educatore crede nella sua parte positiva, nelle sue potenzialità e vuole aiutarlo in questo processo.

Va sempre ricordato che la comunità è un luogo di passaggio, non una soluzione per tutta la vita, dunque, bisogna tenere a mente che il fine ultimo è l'uscita dell'utente,

per questo gli educatori lavoravano alla preparazione della dipartita con l'acquisizione di nuove consapevolezze e abilità, inoltre, essi sostenevano le persone verso un nuovo collocamento o al reinserimento nel luogo d'origine. Nella maggior parte dei casi, uscire da una comunità minorile significa tornare verso la famiglia d'origine, ma nei casi in cui ciò non è possibile può anche significare andare in una famiglia affidataria, in una famiglia adottiva o in un'altra comunità.

4.3 L'osservazione partecipata e l'ascolto attivo

L'osservazione partecipata presuppone l'instaurarsi di un campo osservazionale in cui non è presente solo il bambino osservato, ma anche la relazione tra l'osservatore e il bambino osservato, richiede un assetto mentale ed emotivo dell'operatore. L'osservazione non è l'unico strumento che ho utilizzato, ma il suo utilizzo va collocato all'interno del processo diagnostico più complesso del bambino e dei suoi genitori. Nel mio caso, i setting di osservazione partecipata sono stati nel salone comune, nella sala da pranzo e nelle uscite, sia per il bambino che per la mamma, ma anche insieme. Inoltre, egli veniva osservato all'interno di un gruppo di bambini, nel momento del gioco. Questo contesto osservativo ha permesso di far emergere e valutare i processi mentali del bambino, le sue relazioni con la mamma e con il mondo esterno poiché il gesto ludico è al centro delle attività del fanciullo, costituendo una specie di gioco psicodrammatico delle proprie emozioni. Attraverso il corpo, le immagini, il movimento e lo sguardo, il bambino riusciva ad esprimere emozioni e sensazioni profonde che spesso non è in grado di comunicare attraverso le parole. Ad esempio, un giorno, mentre stavamo leggendo un libro in cui c'era disegnato un mostro che urlava, il bambino l'ha indicato col nome di "mamma" questo a significare che era stato in grado di esprimere ciò che non riusciva a dire a parole, per la sua piccola età. L'osservazione partecipata richiede anche un ascolto emotivo che coinvolge tutto l'apparato percettivo, passando attraverso lo sguardo, l'udito, le percezioni del corpo, le emozioni, i pensieri. Quando il bambino giocava, accolto da me osservatore, cercavo di individuare e riconoscere anche gli aspetti positivi e trasformativi del gioco, infatti, si determinava nel piccolo una modificazione emotiva e di pensiero che ne condizionava anche il comportamento, la mimica, la postura, i movimenti, le parole, il tono della voce e l'intero atteggiamento, senza che fosse tutto esplicitato. Sentire i

vissuti dell'altro e viverne la storia presuppone la capacità di comprendere e tradurre emozioni a volte arcaiche, caotiche e indifferenziate. Infatti, per ascoltare efficacemente e profondamente il bambino è stato necessario prestare attenzione anche alle mie risposte emotive dal momento che queste offrono spesso indizi importanti per la comprensione del mondo interno. Cogliendo le fantasie, le emozioni, i sentimenti sperimentati durante i momenti di gioco, li ho trasformati poi in elementi di conoscenza di me stessa che del bambino. Effettivamente, anche i movimenti emotivi e le percezioni fisiche di colui che osserva acquistano un particolare significato, è dunque importante che l'osservatore sia in grado di percepire e comprendere le proprie espressioni mimiche, le proprie sensazioni corporee, registrandone le variazioni. Altresì, è necessario che chi lavora con i bambini abbia contattato e lavorato quelle parti infantili generalmente rimosse che possono costituire una grossa interferenza nel lavoro con l'utente. Il materiale psichico del bambino trasmesso all'osservatore attraverso il canale empatico prende forma in immagini, eventi, figure che appartengono alle esperienze di vita e al mondo interno del professionista. Queste immagini e queste sensazioni rappresentano il flusso associativo dell'osservatore in risposta al "materiale" del bambino. Nel mio caso, non è stato facile imparare a tollerare di rimanere, anche a lungo, esposta a ciò che non mi era ancora comprensibile, ma allo stesso tempo mi ha permesso di mantenermi sempre aperta e ricettiva verso quanto di nuovo poteva emergere. Aver riconosciuto dentro di me questo complesso movimento emotivo, mi ha dato la possibilità di acquisire non solo informazioni sul mondo interno dell'utente e sul mio, ma soprattutto mi ha permesso di creare un legame empatico profondo con chi ero in relazione. Riuscire a coniugare il materiale emotivo con i dati oggettivi mi ha aiutato nel cercare di evitare quegli errori che nascono dalla proiezione dei propri assetti sulle persone con cui si è in relazione, consentendomi di capire e di empatizzare con quanto succedeva, in questo caso, non solo nella psiche del bambino, ma anche in quella dei genitori, nello specifico delle mamme. La presa in carico e l'entrata in relazione con gli utenti e le loro condizioni di vita hanno portato, in primis le colleghe dell'equipe e di conseguenza me, a lavorare in condizioni di sofferenza, con dubbi e incertezza perché questo lavoro è condizionato dall'incontro di numerose variabili e di numerosi fattori oggettivi e soggettivi.

4.4 La relazione educativa

Secondo Edith Stein il rapporto educativo risulta essere, innanzitutto, sempre una relazione di reciprocità tra due soggetti che si riconoscono tali, di eguale dignità; all'interno di questo continuo scambio da un soggetto all'altro, infatti, l'altro non potrà mai essere considerato e/o definito come oggetto. In tal caso, infatti, non si darebbe l'autenticità formativa della relazione che, naturalmente, mai potrebbe essere chiamata "educativa". L'azione dell'educatore professionale non si realizza mai al di fuori della relazione con l'altro; per questo nel proprio lavoro non può lasciare nulla al caso. Infatti, solo in questo modo l'intenzione educativa diventa parte integrante del lavoro dove il processo non è improvvisato, ma pensato e ben organizzato, pur se in modo naturale e spontaneo. Instaurare una relazione educativa ha significato contribuire alla riorganizzazione positiva della vita attraverso la ricerca di un equilibrio tra l'utente e l'ambiente, che portasse anche a riconoscersi in una comunità o in quella di origine, nella quale sentirsi parte, principi cardine del lavoro che abbiamo condotto nella comunità. Generalmente, la creazione della relazione di aiuto prevede alcuni elementi fondamentali tra cui: la lettura e la conoscenza della persona, in alcuni casi anche attraverso diagnosi, educative, psicosociali, condurre osservazioni che mirino a comprendere il comportamento, le potenzialità, le criticità e le caratteristiche della persona. Non solo, l'analisi della situazione, la raccolta dei dati e della storia, la scoperta delle risorse (spesso celate) per consentire l'avvio di un processo che porti allo sviluppo e/o al potenziamento delle strategie di coping e che miri all'empowerment. Attraverso la relazione abbiamo cercato di promuovere la realizzazione di un percorso di sviluppo, crescita e apprendimento che incrementasse stima, fiducia, coerenza, competenze e capacità negli utenti.

Ho cercato, come educatore professionale, di sfruttare l'intenzionalità educativa per cercare di superare strategicamente le resistenze al cambiamento, favorire l'interesse e la motivazione al superamento delle difficoltà e degli ostacoli, anche se qualche volta l'utente li credeva insormontabili. Alla base della relazione di aiuto, è stata necessaria la capacità di conciliare una giusta distanza emotiva dal soggetto e dal suo contesto, con un atteggiamento disponibile all'ascolto e pronto all'accoglienza, per il raggiungimento degli obiettivi educativi. Lo strumento del dialogo, infatti, unisce il desiderio di comunicare alla capacità di avvicinarsi all'altro e comprendere ciò che dipende da noi stessi e ciò che invece dipende dall'altro. Ho capito che anche chi aiuta

ha bisogno degli altri per crescere e migliorare. Nel corso dell'esperienza, ho voluto tenere sempre a mente che ricercare la reciprocità in una relazione di aiuto, non significa annullare le differenze, tutt'altro, significa iniziare proprio da queste e con esse confrontarsi: rispettandole, comprendendole, lasciandosi contaminare; significa esplorare la situazione privandosi di qualsiasi tipologia di giudizi, pregiudizi o stereotipi. Ho toccato con mano cosa significa avviare una relazione di aiuto incontrandosi con la cultura, i valori, le aspettative e le motivazioni di tutti i coinvolti. È proprio vero che l'incontro tra educatore e utente non si basa sull'affermazione di certezze assolute e del proprio punto di vista, ma sulla capacità di creare un nuovo punto di vista, che orienti l'azione educativa verso la crescita dell'utente. L'aiuto inteso solo come soccorso, come assistenza nega all'altro la possibilità di esistere come essere umano rendendosi autonomo e differente. La funzione principale di colui che offre l'aiuto consiste piuttosto nel mettere a disposizione strumenti che facilitino l'affermazione delle potenzialità dell'utente e il superamento delle sue difficoltà a favore dell'autonomia personale. Ciò che ho cercato di fare in quanto educatore è stato tenere presente che la relazione prevede l'incontro con l'altro nella sua interezza e non solo nella sua difficoltà, quindi, ho cercato di utilizzare i metodi, le tecniche e gli strumenti di lavoro adeguati, nel rispetto e nella valorizzazione delle risorse già presenti e saper riconoscere e valorizzare la cultura d'appartenenza, del contesto e del sistema di riferimento del soggetto.

Nel corso della loro vita, le mamme del percorso comunitario avevano acquisito delle modalità che avevano permesso loro di fronteggiare situazioni difficili, ma queste si erano stabilizzate in maniera talmente forte da farle scattare automaticamente alla minima frustrazione o al minimo stress. Ciò impediva loro di comprendere globalmente la situazione in cui si trovavano e non riuscivano a individuare soluzioni adeguate. Crescendo e progredendo nel corso della vita, avendo costruito queste difese, trovavano difficoltà a sviluppare delle competenze e delle strategie di superamento delle difficoltà poiché, le diverse situazioni attivavano antiche emozioni di impotenza a cui rispondevano con le vecchie reazioni di difesa e comportamenti di rabbia, depressione, tristezza, impotenza o illusione. Atteggiamenti appartenenti al quadro della rabbia, della depressione o dell'illusione erano molto frequenti negli utenti seguiti nell'intervento educativo e molto spesso erano difficili da gestire perché stimolavano facilmente nell'equipe risposte spesso impulsive dettate dalle proprie

parti “problematiche” e più difficili. Per questo, l’educatore professionale deve conoscere e saper gestire le proprie emozioni e reazioni complesse per riuscire a rendersi conto in tempo quando stanno per entrare in gioco e per poter mettere a disposizione di se stesso e dell’utente le proprie capacità di auto-osservazione e conoscenza, le proprie risorse di auto-controllo e le proprie competenze nella valutazione della realtà e di problem solving. Partendo da questa auto-consapevolezza, l’educatore funge da “io ausiliario” per l’utente. Infatti, il mio ruolo è stato quello di supportare i bambini (per quanto possibile, vista l’età) e le mamme nelle relazioni con il mondo esterno: ciò ha significato non solo guidarli verso la capacità di intessere relazioni funzionali, ma anche di sostenerli nelle varie situazioni e nei diversi contesti, facendomi promotore del buon senso, inteso come la capacità di dare risposte adeguate alle semplici situazioni quotidiane. Ho sempre tenuto a mente che l’utente ha le capacità resilienti per far fronte in maniera positiva agli eventi traumatici, queste dovevano e potevano essere potenziate, in modo da riorganizzare positivamente la propria vita. La resilienza è una capacità che può essere appresa e potenziata che riguarda prima di tutto la qualità degli ambienti di vita. In tal senso, si è cercato di superare gli avvenimenti avversi con la maturazione e la crescita, aiutando l’utente ad utilizzare le capacità resilienti per far fronte alle situazioni avverse, aiutandolo ad aumentare le proprie competenze e a riorganizzare positivamente la propria vita.

4.5 Il controtransfert e la rielaborazione del vissuto

La formulazione del progetto educativo si è basata su dati oggettivi, su fatti, su quanto era stato osservato e su quanto era osservabile, ma può accadere che la valutazione di questi dati sia condizionata dalla soggettività dell'operatore. I fatti che ho rilevato sono quindi quelli osservati con gli “occhiali” del mio assetto emotivo e cognitivo che sono anche il risultato della mia storia personale, delle mie emozioni, delle mie idee e opinioni, dei miei giudizi e pregiudizi acquisiti nel corso della vita e nell'ambiente socio culturale in cui vivo e della mia formazione professionale. Bisogna riconoscere che in alcuni casi l'interpretazione di dati clinici sia influenzata dai desideri, dai bisogni osservatore, dalla sua storia e può estremamente essere rischioso, rendendo fallimentare l'intervento. L'immagine di un bambino felice o picchiato può abitare nel mondo interno di ogni professionista esponendolo al rischio di proiettare sulla persona in relazione dinamiche passate che fino a quel momento restavano latenti, condizionandone non solo la relazione, ma anche i metodi di indagine e la valutazione dell'intervento e quindi il risultato. Talvolta, le emozioni e i meccanismi difensivi sperimentati dall'utente sono stati potentemente sollecitati anche in me stessa, tanto che mi hanno provocato in alcuni casi angoscia, senso di colpa, tristezza, disgusto, vergogna, rabbia, frustrazione, impotenza, ecc. che ho cercato di riconoscere per evitare di rimandarli all'utente che molto spesso era un bambino molto piccolo. In alcuni casi, l'ascolto delle storie di vita degli utenti mi hanno causato sentimenti di rabbia e disgusto, ma anche senso di colpa per ciò che avevano subito. Ciò mi ha creato del disagio, ci è voluto del tempo per rielaborare ciò che avevo ascoltato e avevo provato poiché se questo materiale non viene “rimaneggiato” rischiava di trasformarsi in sentimenti opposti, come quelli di onnipotenza, che possono essere particolarmente nocivi, facendo identificare l'educatore con il giustiziere che deve punire il colpevole. Il contatto con il bambino che soffre/ha sofferto può indurre nell'educatore sensazioni sgradevoli, per difendersi dalle quali egli può inconsciamente utilizzare le stesse difese usate dal bambino, come il distanziamento affettivo, la negazione, la proiezione, l'idealizzazione o l'identificazione. A volte, mi sono trovata ad creare dei setting educativi con un bambino di tre anni che metteva in atto modalità di comportamento tipiche di un adulto, o che non voleva creare nessun tipo di relazione con qualcuno che si prendeva cura di lui; in questo caso è stato necessario un cauto e progressivo lavoro di avvicinamento per evitare ulteriori traumi. Oppure, capitava spesso che le mamme

che seguivano i figli nel percorso comunitario, agissero dei piccoli "test" nei confronti degli operatori della comunità, per verificare la loro sincerità e i loro sentimenti, inutile dire che ciò ci ha messo a dura prova, poiché era necessario che l'equipe riuscisse a gestire le dinamiche in maniera positiva. Oltre al controtransfert dell'osservatore, infatti, va anche considerato il controtransfert gruppale dell'equipe che è sottoposta alla stessa attivazione emotiva e difensiva. Come il controtransfert dell'osservatore rispecchia l'assetto emotivo e difensivo del bambino, così il controtransfert dell'equipe riflette l'assetto emotivo e difensivo del gruppo familiare cui il bambino appartiene. Il funzionamento del gruppo di professionisti e le sue disfunzioni non dipendono quindi soltanto dalla storia pregressa e dalle dinamiche che hanno scandito il formarsi e l'attività passata, ma sono attivate soprattutto dal contesto specifico determinato dall'incontro con la famiglia. Infatti, per far fronte a ciò erano previsti incontri di supervisione mensili, in modo da permettere all'equipe la rielaborazione del vissuto, in questi momenti le operatrici potevano apprendere dalla loro e dall'altrui esperienza, favorendo la riflessione sull'intervento e la rielaborazione dell'esperienza personale e professionale. Riconoscere le emozioni le difese attivate all'interno dell'equipe offre delle importanti informazioni sull'assetto familiare, permettendone la valutazione. Ignorare queste informazioni controtransferali determina spesso interventi rigidi, frettolosi, inopportuni e collusivi che non sono in grado di fronteggiare adeguatamente la situazione in corso. Ritengo che il principale requisito della professionalità degli operatori che si occupano di utenti in particolare quelli che hanno subito violenze o abbandoni è la capacità di osservare non solo il comportamento del gioco e il bambino, ma anche soprattutto le reazioni emotive attivate dall'incontro con l'altro. In questo modo l'assetto emotivo dell'operatore diviene anche uno spazio empatico e conoscitivo, in cui è possibile contenere ed elaborare le emozioni, evitando il ricorso ai meccanismi difensivi che ostacolerebbero la crescita dell'utente.

4.6 Il lavoro di rete

I casi di maltrattamento e abbandono di minori necessitano della collaborazione di diverse figure professionali e non possono essere affrontati da un operatore singolarmente. Le professioni coinvolte nel lavoro di rete nei casi di abbandono e maltrattamento riguardano l'ambito sociale, giuridico e medico (Montecchi, 2005). Per lavorare bene in rete, ogni operatore deve conoscere i confini della propria professione e i confini delle altre figure professionali, evitando di cadere nell'errore di svolgere il lavoro di un altro operatore confondendo i ruoli; è necessario, soprattutto, individuare gli obiettivi comuni dialogando e saper gestire le proprie emozioni. Ad esempio, nella comunità in cui mi trovavo, ogni operatore aveva una sua mansione in questo modo l'utente sapeva a chi doveva rivolgersi per una specifica situazione (chi si occupava dell'aspetto scolastico, chi della spesa, ...). Grazie al planning settimanale che veniva istituito ogni settimana nella riunione d'equipe, il gruppo garantiva una risposta immediata ai bisogni degli utenti. Infatti, questi casi delicati necessitano di un intervento ben programmato e integrato che non affronti solo un aspetto del problema, ma che abbracci tutte le dimensioni della situazione. Bisogna riconoscere che il lavoro di rete, in particolare il rapporto tra gli operatori, non è sempre facile: i ruoli devono essere molto chiari a ciascun operatore, ognuno deve sapere cosa può aspettarsi dalla professionalità degli altri. Un altro fattore da considerare quando si lavora in rete sono le caratteristiche personali degli operatori: ci sono persone più intuitive, più affettuose, operatori che non tollerano utenti violenti, o che al contrario riescono a essere efficaci anche nei momenti più critici. Il Cismai offre una definizione chiara ed esaustiva di quello che deve essere il lavoro di rete nei casi di maltrattamento sui minori, sottolineando la necessità che la presa in carico sia effettuata da un'équipe specialistica formata da un educatore professionale, uno psicologo e altre figure di affiancamento come l'assistente sociale, il pediatra, il medico legale, il neuropsichiatra infantile. Le situazioni che riguardano i minori sono complesse, quindi risulta necessario chiarire precisamente le rispettive competenze e individuare un operatore, nel mio caso la coordinatrice della comunità, che assume il compito di "referente del caso" per gestire e mantenere le fila delle singole fasi di intervento. Inoltre, quando si parla di rete, viene fatto riferimento anche all'integrazione territoriale. A livello istituzionale risulta essenziale stilare protocolli di intesa tra vari Enti, in modo da esplicitare le finalità, i

compiti e gli obiettivi per far sì che i vari soggetti possano usufruire delle risorse presenti sul territorio.

4.7 La mia esperienza sul campo

La comunità *Il Girasole* dell'Associazione Piombini-Sensini Onlus, in cui ho svolto il tirocinio nel terzo anno di corso, è rivolta all'accoglienza di genitori e bambini nello specifico madre-bambino. Nelle situazioni in cui non si evidenzia una particolare inadeguatezza da parte della mamma e non risultano comportamenti pericolosi o altamente disfunzionali, il Tribunale per i Minorenni dispone con un decreto l'affido dei bambini al servizio sociale e dispone che le mamme possono avere la possibilità di entrare nel percorso comunitario per seguire i figli. La struttura è un edificio di quattro piani situato in via Morbiducci, a Macerata. Attualmente vi sono due comunità e un centro che dispone di figure professionali come psicoterapeuti e mediatori familiari. Il responsabile del Servizio è il Dott. Andrea Marangoni. La posizione dell'edificio è centrale, dista dieci minuti a piedi dal centro e dalla stazione ferroviaria, a 200 metri di distanza si trova la stazione degli autobus e nelle immediate vicinanze vi è anche il parco Giardini Diaz. L'equipe della comunità è attualmente formata da sei operatori, di queste cinque sono Educatrici, una è la coordinatrice. Ad oggi, le attività presenti sono quelle di natura domestica (manutenzione della casa e degli spazi privati/comuni, preparazione dei pasti, pulizie, ...) per quanto riguarda le mamme ospiti, mentre per i bambini si predilige il gioco individuale o di gruppo. Ogni educatore ha una sua mansione e in generale ha il compito di guidare gli ospiti al miglioramento della qualità di vita, lavorando sulla rielaborazione dei vissuti e supportare le mamme nella graduale acquisizione di pratiche più consone nella cura dei figli. Per fare ciò, promuovono momenti di ascolto e riflessione con gli ospiti, guidandoli e prestando supporto nei vari momenti della giornata.

1) Caso clinico

La comunità ospita il nucleo C.-S. dove M. è una ragazza di 28 anni, attualmente disoccupata (madre dei bambini). La donna ha conseguito la licenza media e ha smesso di frequentare la scuola secondaria di secondo grado poiché si occupava dei suoi tre fratelli, mentre i genitori lavoravano. Essi hanno entrambi 60 anni circa e attualmente lavora solo la mamma. Con la famiglia, fino all'entrata in comunità non aveva buoni rapporti, riferisce di aver subito violenze fisiche e psicologiche da questi ultimi e che non sono stati mai presenti per lei, tuttavia, con l'aiuto dell'equipe multidisciplinare sta ricominciando a instaurare un rapporto con loro. La donna ha 3 figli, la più grande (7 anni) avuta da una precedente relazione con un soggetto che attualmente si trova in prigione. La bambina attualmente vive con i nonni, per sua volontà. La donna riferisce di aver subito violenze fisiche e verbali molto forti da parte di quest'uomo. Dalla relazione con l'attuale marito ha avuto due bambini (età 2 e 3 anni). La più grande è iscritta alla scuola materna e ci va regolarmente, il bambino invece sta con la mamma e a settembre anche lui inizierà la scuola. La donna riferisce di aver subito da quest'ultimo violenze fisiche alle quali hanno assistito anche i figli che in diversi casi sono stati coinvolti fisicamente e ne hanno subito le conseguenze (ad esempio, ad uno dei figli è stata diagnosticata un'alopecia da stress). Inoltre, l'ambiente in cui vivevano prima dell'entrata in comunità potrebbe essere definito, come sosteneva Winnicott, un "ambiente torturante" dove i genitori facevano fatica a rispettare e riconoscere i bisogni emotivi dei bambini, non erano affettuosi, la loro presenza era discontinua, sommergevano i figli di emozioni negative e frustrazioni. Gli incontri della mamma e dei bambini con la figlia che vive dai nonni sono previsti una volta ogni 15 giorni. Mentre, i bambini una volta ogni 15 giorni vedono il papà in uno spazio neutro. Per la donna e il marito non sono previsti incontri. Le visite avvengono in struttura, supervisionate dall'operatore in turno.

Il progetto educativo

Ass.ne Piombini-Sensini Onlus, Comunità madre-bambino,

novembre 2020

Analisi realtà di partenza: la comunità ospita attualmente tre nuclei di mamme con i figli e un bambino orfano. Durante il primo periodo di tirocinio, ho avuto modo di osservare attentamente gli ospiti. Ho successivamente individuato nel nucleo formato da mamma e due bambini, il destinatario del mio progetto. Infatti, sono nella fase conclusiva dell'esperienza comunitaria (sono stati accolti a dicembre 2019) e la mamma è quella che ho avuto modo di conoscere più approfonditamente, soprattutto grazie al carattere espansivo e solare. Durante le giornate, ho individuato in M. un'adeguatezza nella risposta ai bisogni dei suoi figli, benché rimanga ancora aggrappata a dinamiche vissute nel passato, ancora non del tutto rielaborate che spesso la portano ad avere atteggiamenti non sempre positivi nei confronti dei figli. Nelle situazioni di rapporto a due (madre-figlio/a) in cui mi sono trovata, lei è risultata essere amichevole e abbastanza disponibile nei confronti del bambino/a. Inoltre, anche nelle faccende domestiche, questa risulta essere collaborativa e interessata in primis al benessere dei figli. Ritengo opportuno, dirigere il mio progetto verso un miglioramento/potenziamento del rapporto che caratterizza il nucleo. Infatti, ho notato che la madre è sempre attenta ai bisogni fisiologici dei figli, ma non la vedo mai giocare con loro, portando i figli, nel momento del gioco, a richiamare spesso la sua attenzione e/o quella dell'educatore. Inoltre, M. ha manifestato dissenso quando qualcuno richiama i figli inveendo contro le educatrici stesse, dichiarando che queste situazioni la riportano a momenti passati di violenza fisica e verbale. Quindi, ciò che ha caratterizzato la sua esperienza di vita si ripercuote ancora oggi nel modo di porsi nei confronti dei bambini, tuttavia la mamma ha delle potenzialità e soprattutto risorse non ancora esplicitate che tardano ancora a venire a galla.

Finalità: miglioramento qualità di vita

Obiettivi: potenziamento della relazione madre-bambino. Gestione e consapevolezza delle emozioni.

Attività: stimolare in M. la capacità di individuare le ragioni/sensazioni/emozioni che si trovano dietro a un comportamento/reazione. Allo stesso tempo, favorire anche in

K. e C. una parziale conoscenza delle proprie emozioni (di base) attraverso lettura di libri centrati sul tema del riconoscimento delle emozioni (che si trovano già nella libreria della struttura, in salone). La lettura dei libri avverrà una/due volte a settimana, a seconda degli impegni, cercando la collaborazione della mamma, per consolidare il loro rapporto. Stimolare il nucleo al gioco simbolico (nell'angolo che si trova nel salone c'è una cucina di plastica con i vari cibi e stoviglie, bambolotti, passeggini, carrelli della spesa, macchine giocattolo, costruzioni, ...) tramite giochi di role-playing (es. bimbo cucina e la mamma prova i suoi piatti, bimbo gioca a fare la spesa e la mamma lo accompagna, ...) che li veda coinvolti e interattivi. Prediligere elaborazioni (disegnini, creazioni, lavoretti, ...) per la mamma da parte dei bimbi, quando questa si assenta, in modo da colmare la nostalgia e per far sentire la mamma apprezzata, amata, pensata. Oltre a favorire spazi di autonomia, gli educatori la aiuteranno nel ricercare momenti di gioco insieme ai bambini.

Creazione di un programma settimanale di attività per il nucleo da creare insieme alla mamma in modo che possa scegliere quelle adatte alle esigenze dei bambini. M. è una ragazza propensa alla relazione e all'esternazione dei suoi pensieri, per questo, al fine di favorire una profonda rielaborazione del suo vissuto (già prevista con la psicoterapeuta della struttura), gli educatori provvederanno a spazi di ascolto nei suoi confronti dandole modo di parlare di se stessa e aiutandola a individuare cosa prova/cosa ha provato, favorendo la consapevolezza di quegli aspetti. Il progetto avrà durata di sei mesi.

Risorse e partners interni ed esterni: educatori in turno, materiale già presente in struttura.

Tempi/spazi/costi: durata di quattro/cinque mesi. Spazi interni alla struttura (salone, cucina, cortile). Costo nullo.

Verifica e Valutazione: valutare se gli obiettivi sono stati raggiunti e in quale modalità, altrimenti andranno modificati. Valutare se la mamma dimostra di soddisfazione nei risultati raggiunti dai figli. In ultimo, verificare se c'è stato un effettivo/iniziale/nessun cambiamento degli atteggiamenti. Indicatori di verifica: (0= nullo, 1=poco 2=discreto, 3=buono). Partecipazione – è presente durante l'attività, capacità di attenzione per tutto il momento dell'attività. Interesse – mostra attenzione verso ciò che fa il figlio, lo incoraggia se non riesce in qualcosa, gli riconosce i "traguardi", è soddisfatta dei

risultati ottenuti. Collaborazione – ascolta il bambino, lo aiuta nello svolgimento dell'attività, lo segue nel gioco.

Svolgimento del progetto: la giornata all'interno della comunità era scandita dalle sole attività di cura della casa e preparazione dei pasti per le mamme, mentre per i bambini vi era il gioco libero, quindi, si ripetevano spesso le stesse azioni. Durante il tirocinio notavo che solitamente M. lasciava i figli giocare da soli e non prestava loro attenzione, anche quando la cercavano lei li ignorava, ma li sgridava quando facevano qualcosa che non riteneva giusto. Non si ricavava mai del tempo per stare veramente con loro, se non quando doveva provvedere all'igiene o all'alimentazione dei figli. Dopo un lungo periodo di osservazione, iniziato nel momento in cui ho conosciuto gli utenti, e attraverso i colloqui con l'equipe sono state individuate le risorse da potenziare e le criticità di migliorare. Per poter instaurare una relazione di fiducia con la mamma è servito molto tempo, poiché proprio a causa delle sue esperienze passate nutriva molta diffidenza nei confronti delle persone. La strutturazione dell'assessment mi ha dato la possibilità di focalizzarmi sulle risorse e sulle potenzialità su cui poter contare per progettare un percorso che rispondesse effettivamente ai bisogni del nucleo familiare. Successivamente, mi sono confrontata con la mia tutor, coordinatrice del servizio, e ho reso partecipe M. riguardo che le attività che avremmo fatto, ho successivamente avviato il progetto che è iniziato a novembre e si è concluso a marzo. Le attività venivano svolte per circa due ore a settimana, prevalentemente di mattina poiché il pomeriggio, di solito, era occupato dagli impegni. Ogni attività è stata svolta cercando la collaborazione con la mamma. Nei primi momenti, solitamente, l'attività iniziava con il bimbo/la bimba che giocava da solo/a e talvolta richiamava la mamma per farle vedere cosa aveva creato e se questa non lo avesse ascoltato avrebbe cercato me o l'educatrice, successivamente lui/lei passava ad un altro gioco e se notava che la mamma non lo/la ascoltava, si rivolgeva solo a me. Per evitare questo, molto spesso esortavo i bambini a coinvolgere nelle varie attività la mamma che nel corso del tempo è diventata sempre più partecipe, tanto che ripeteva i giochi anche in autonomia con loro. Con l'equipe abbiamo consigliato e sostenuto M. nella ricerca di momenti esclusivi con i suoi bambini in modo da migliorare la loro relazione, per esempio ha iniziato con dei momenti al parco o delle compere, a riportare dei regalini per i bambini quando si assentava. È stato assolutamente necessario cercare di spiegarle che se i bambini si fossero sentiti amati, sarebbero stati tranquilli e che ricorrere alla violenza

non solo fisica, ma anche verbale, aggrava la situazione e non porta nessun beneficio, anzi, crea ulteriori disagi. Questa maniera di approcciarsi ai figli ricorrendo alla violenza, tuttavia, era l'unica che M. conosceva all'entrata in comunità poiché lei stessa riferiva che aveva subito queste dinamiche durante tutto l'arco della sua vita. Oltre al gioco condiviso, una o due volte a settimana era prevista la lettura del libro adeguato all'età dei figli, all'inizio K. e C. li chiedevano sempre e solo alle educatrici, poi una volta coinvolta anche la mamma lo facevano spesso tanto che M. ci ha chiesto se avesse potuto prendere qualche libro dalla biblioteca per leggerlo ai figli prima di addormentarsi. Quando poi M. è stata inserita in un Tirocinio di Inclusione Sociale ha passato in struttura meno tempo, così per cercare di consolidare il rapporto e per far continuare a sentire apprezzata la mamma, proponevo ai bambini di creare dei piccoli "regali" per la mamma, disegni, lavoretti, creazioni di pasta sale che servivano per colmare la nostalgia e per far capire alla mamma che i suoi bimbi la cercavano e la pensavano durante il giorno. In più, un giorno ho proposto alla mamma di creare un cartellone con le attività che avrebbe voluto fare insieme ai figli, ad esempio ha inserito: laboratorio di cucina, laboratorio di pittura, uscita allo zoo, ... Per tutta la durata del progetto, sono stati favoriti momenti di ascolto che le hanno dato la possibilità di rielaborare il vissuto, riconoscere le sue emozioni, sensazioni e stati d'animo che le hanno permesso di parlare, di aprirsi e di fidarsi, facendo sì che acquisisse maggiore consapevolezza di sé.

Valutazione finale

Il progetto è stato portato avanti per circa quattro mesi. Nei vari incontri, l'indicatore di verifica "Soddisfazione per i risultati ottenuti dal bambino" è salito in maniera crescente, indice della presa di consapevolezza delle risorse di entrambi. Ad oggi noto in M. una differenza di atteggiamento nei confronti dei figli. All'inizio del mio percorso vedevo scene non positive (con la mamma che a volte sculacciava o schiaffeggiava i bambini) col tempo questo non è più successo. I traguardi di M. sono frutto del lavoro introspettivo che ha condotto anche grazie al supporto che ha ricevuto da parte di tutta l'equipe, i momenti di ascolto e rielaborazione sono stati fondamentali. Infatti, in questi mesi la donna è stata messa alla prova, ha vissuto una richiesta di divorzio da parte del marito che l'ha portata spesso a "rinnegare" i figli perché gli ricordavano l'uomo che stava continuando a farle del male. Successivamente, la situazione è cambiata e la donna si è trovata nella confusione più totale, ma

mantenendo vivo il desiderio di ricostruire la sua famiglia. In questi mesi, ha visto i suoi figli più amorevoli nei suoi confronti, la cercavano di più, sentivano la sua mancanza anche grazie alle piccole creazioni che le regalavano aveva la possibilità di sentirsi pensata ed amata. Un giorno, entrando nella sua stanza, ho visto che tutti i disegni che i bimbi le donavano li aveva attaccati vicino al suo letto. Dedicarsi al gioco per la prima volta insieme a loro ha significato riconoscere le potenzialità dei suoi bimbi, ma allo stesso tempo le ha dato modo di conoscersi, di scoprirsi una mamma attenta ai figli, ma anche amorevole e disponibile. L'inizio del Tirocinio di Inclusione sociale l'ha portata a passare meno tempo coi figli rispetto a prima e paradossalmente è servito per riscoprirsi complici nel rapporto mamma-figlio/a. Ad oggi, M. ha consapevolezza di non essere più quella ragazza entrata in comunità due anni fa, ora sa di essere una mamma, un'adulta capace e consapevole delle sue risorse e potenzialità.

Tabella 1. Check list che ho creato per valutare il comportamento della mamma durante le attività.

Giorno 23/12/2020 (un mese dopo l'inizio del progetto)

Variabili	0	1	2	3	Osservazioni
È presente durante l'attività		x			Segue K. nel gioco in maniera non costante.
mostra attenzione verso di lui		x			Si isola per stare al telefono.
lo incoraggia se non riesce	x				
gli riconosce i "traguardi"	x				Non ascoltandolo, non riesce a cogliere le novità.
è soddisfatta dei risultati ottenuti	x				
ascolta il bambino	x				Non gli presta attenzione nemmeno quando il bambino la chiama.

lo aiuta nello svolgimento dell'attività	x				
lo segue nel gioco		x			A metà attività si assenta per rispondere al telefono.

Tabella 2. Check list che ho creato per valutare il comportamento della mamma durante le attività.

Giorno 31/03/2021 (termine del progetto)

Variabili	0	1	2	3	Osservazioni
È presente durante l'attività				x	Segue K. nel gioco, è molto partecipe mentre giocano a fare la cassiera e il cliente.
mostra attenzione verso di lui			x		In qualche momento si isola per stare al telefono, ma come K. la chiama lei gli ridà attenzione.
lo incoraggia se non riesce				x	Cerca di spiegargli che cosa dovrebbe fare.
gli riconosce i "traguardi"				x	Gli dice "bravo" quando fa qualcosa di nuovo, come ripetere una parola che ancora non conosce.
è soddisfatta dei risultati ottenuti			x		
ascolta il bambino				x	Lo segue nel gioco e sta alle sue richieste.
lo aiuta nello svolgimento dell'attività				x	
lo segue nel gioco				x	Gioca con lui e insieme si divertono.

2) Caso clinico

Analisi della realtà di partenza: T. è un bambino di due anni che ha iniziato il percorso comunitario insieme alla mamma che all'epoca aveva 21 anni. Il Tribunale per i Minorenni tramite decreto ha disposto l'affido del bambino al servizio sociale e ha dato la possibilità alla madre di affrontare il percorso comunitario per seguirlo. Tuttavia, dopo pochi mesi dall'entrata, la donna ha deciso di abbandonare la comunità e, di conseguenza, anche il figlio. Il distacco è stato brusco, in quanto il piccolo al risveglio dal riposo pomeridiano non l'ha più trovata. Attualmente si trova nella struttura da un anno, non ha e non può avere contatti con la mamma, ma ne ha con i nonni materni che lo vengono a trovare, durante giornate prestabilite e supervisionati dalle operatrici, ogni 15 giorni. La cura, l'accudimento e il soddisfacimento dei bisogni primari del bambino spettano, dunque, alle operatrici che lavorano nella struttura. Inoltre, T. ha una difficoltà a mantenere l'attenzione per un periodo di tempo anche breve ed è seguito da una terapeuta della neuro e psicomotricità.

Finalità: miglioramento qualità della vita. Raggiungimento del massimo grado di benessere.

Obiettivo: sviluppo cognitivo ed emotivo

Svolgimento delle attività: essendo il bambino molto piccolo, l'equipe ha formulato un progetto che viene portato avanti anche dalle tirocinanti della struttura ognuna con il proprio contributo, in maniera continuativa. Si lavora per far sì che il bambino possa raggiungere il massimo grado di benessere. Per raggiungere questo fine, si cerca di assicurargli un ambiente accogliente e soprattutto sicuro e che possa riproporre, per quanto possibile, il clima familiare. Inoltre, è bene che con lui si stabilisca una buona relazione fondata sulla fiducia, garantirgli momenti di gioco, di esplorazione in modo da favorire lo sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino. Per raggiungere questo fine, nel progetto sono stati previsti momenti di gioco simbolico, lettura di libri calibrati alla sua età, uscite al parco, ... Volendo ricreare l'idea di atmosfera familiare, ci si impegna, ad esempio, affinché i pasti vengano consumati sempre insieme a tutti, quindi con le operatrici, le tirocinanti e gli ospiti, allo stesso tavolo. Ogni volta che un utente compie gli anni, viene realizzata una festa di compleanno, con tanto di torta e festeggiati. Anche i momenti del Natale, della Pasqua vengono passati insieme a tutti gli operatori e gli ospiti. Nel mio caso, è servito del tempo per instaurare una relazione di fiducia

con il bambino poiché ero una persona nuova e lui non si fidava ancora, i primi tempi non voleva passare molto tempo con me, poi gradualmente ha cominciato ad abituarsi alla mia presenza e di conseguenza a fidarsi, così abbiamo portato avanti alcune attività. Con l'equipe abbiamo cercato di lavorare anche sull'aspetto cognitivo poiché il bambino, nonostante i due anni, era molto indietro con lo sviluppo del linguaggio e presentava, appunto, una difficoltà a mantenere l'attenzione per un periodo di tempo breve. Nel momento del gioco, ad esempio, prendeva un giocattolo e subito dopo un altro, non riuscendo a focalizzarsi su qualcosa in particolare. Ho cercato di lavorare su quest'aspetto, prima di tutto predisponendo l'ambiente affinché ci fossero poche distrazioni, successivamente gli chiedevo di scegliere tra alcuni giochi e quando aveva finito lo accompagnavo a rimettere il gioco al suo posto; gli ricordavo spesso che i giochi erano di tutti poiché quando vedeva un altro bambino con un giocattolo andava subito a prenderglielo; quindi, cercavo di spiegargli che non era ancora il suo turno e che quando avrebbe terminato ci avrebbe giocato lui.

Risorse e partners interni ed esterni: operatori e tirocinanti in turno, materiale già presente nella struttura.

Tempi/spazi: per tutto il soggiorno del bambino nella comunità. Spazi interni ed esterni alla struttura.

Valutazione finale

È necessario riconoscere che l'utilizzo delle mascherine chirurgiche per via del virus Covid-19 ha notevolmente influito e continua ad influire sullo sviluppo cognitivo ed emotivo del bambino. Infatti, egli non può vedere le espressioni facciali che fa la persona che ha davanti, ad esempio non può vedere quali sono i movimenti della bocca nel dire una parola, questo non favorisce il principio dell'imitazione e ha contribuito insieme agli altri fattori a condizionare in modo molto negativo lo sviluppo delle prime parole che normalmente avviene intorno ai due anni. Inoltre, ritengo non essere positivo il turnover continuo delle operatrici e il ricambio costante dei tirocinanti poiché viene esposte a nuove separazioni non funzionali al suo sviluppo e ai fini del benessere del bambino. Comunque, la struttura cerca di fare tutto il possibile per permettergli il raggiungimento del massimo grado di benessere.

Questo risulta essere un caso molto complesso a causa delle numerose variabili che influiscono. Sicuramente il luogo più consono alla crescita del bambino non è una comunità minorile, bensì una famiglia, ma ci sono dinamiche burocratiche che fanno capo al Tribunale per i Minorenni. Ciò che è certo è che tutti gli operatori lavorano e hanno lavorato per il benessere del bambino e sono stati raggiunti dei piccoli obiettivi, come l'apprendimento di alcune parole nuove. Il bambino durante i momenti previsti per le attività, ma anche nelle altre circostanze si è sempre mostrato allegro, tranquillo e giocoso. Ad oggi T. è prossimo all'uscita della comunità per andare in una famiglia affidataria.

Conclusioni

La stesura di questo elaborato è frutto di una ricerca che vuole dimostrare come l'abbandono e il maltrattamento siano temi molto spesso sottovalutati a cui talvolta non corrispondono interventi adeguati, senza operatori qualificati. Infatti, può capitare che vedendo queste famiglie e le condizioni in cui questi ragazzi sono costretti a crescere, vedendo la loro vita segnata da problemi più grandi di loro, già fin da piccoli, si tende a ricercare il senso del lavoro con questi casi, che sembrano essere già persi in partenza. Ci si può chiedere a cosa serva impiegare energie, risorse, tempo, con persone già segnate che forse non cambieranno. Innanzitutto, perché ci sono dei bambini che hanno il diritto ad avere rapporti e sostegni indispensabili per affrontare il loro itinerario di crescita umana e a non subire le condizioni negative che ostacolano la costruzione di un'identità e la realizzazione di un positivo processo di socializzazione. Inoltre, in quanto bambini, si trovano in una situazione cronologica, evolutiva, biografica tale, per cui sono necessarie delle protezioni e dei servizi appositi che possano permettere a tutti gli effetti l'esercizio del fondamentale diritto a crescere in funzione del proprio sviluppo individuale e sociale. Ma osservando le famiglie di questi ragazzi nella loro realtà quotidiana, nella vita di tutti i giorni, le possibilità che migliorino, che modifichino alcuni comportamenti nei confronti dei propri figli, sembrano molto remote, quasi impossibili da raggiungere, tanto che molto spesso anche gli operatori si arrendono. Ma, lavorare con tali famiglie è possibile farlo e occorre farlo, specialmente per il bene dei minori che vivono al loro interno. Di fatto, lavorare essendo un Educatore Professionale significa aver acquisito non solo una metodologia di intervento che permetta di affrontare casi come questi, ma anche conoscersi e comprendersi come persona e sapersi mettere in discussione come professionista e come persona. Significa non perdere di vista l'unicità altrui, i suoi bisogni, le sue esigenze e le sue aspettative, sostenerlo nel suo cammino, riconoscergli momenti di resistenza, di dubbio o incertezza senza mai perdere la finalità di miglioramento della qualità di vita e raggiungimento della massima autonomia. Significa lavorare secondo un'intenzionalità educativa, ma anche trovarsi a gestire degli imprevisti. Significa entrare in empatia con l'altro e costruire insieme a lui un percorso che lo porti ad acquisire nuove consapevolezza avendo la sicurezza che c'è qualcuno a sostenerlo e che crede in lui. Questo è quello che ho cercato di portare avanti nella mia esperienza di tirocinio.

Bibliografia

- A. Canevaro, A. Chierigatti, *La relazione di aiuto. L'incontro con l'altro nelle professioni educative*, Carocci, 1999
- B. Bettlheim, *Un genitore quasi perfetto*, Feltrinelli Editore, 1997
- B. Nardi, *Organizzazioni di personalità, normalità e patologia psichica*, 2017, pgg.42-43
- C. Biaggio, E. Borghi (a cura di), *Minori disagi e speranze*, Edizioni Piemme, Casal di Monferrato (Al) 1994, p. 10
- D'Arrigo, M., Testa, D., *Armonie e disarmonie nella relazione madre-bambino come modalità di strutturazione precoce della personalità*, Rivista di Psicologia Analitica, 1992
- Di Blasio, *Psicologia del bambino maltrattato*, Il mulino, 2000, p. 13
- D. W. Winnicott, *Il bambino deprivato*, Cortina Raffaello, 1984
- D.W. Winnicott, *Sviluppo affettivo e ambiente*, Armando Editore, 2002
- D. Demetrio, *L'educatore auto(bio)grafo. Il metodo delle storie di vita nelle relazioni di aiuto*, Unicopli, 1999
- E. Buccoliero, G. Soavi, *Proteggere i bambini dalla violenza assistita*, Vol.1, FrancoAngeli, 2018
- F. Montecchi, *Dal bambino minaccioso al bambino minacciato. Gli abusi e la violenza in famiglia: prevenzione, rilevamento e trattamento*, FrancoAngeli, 2005, p.42, p.57, pgg.57-60, pgg.85-86
- J. Bowlby, *Costruzione e rottura dei legami affettivi*, Cortina Raffaello, 1996
- J. Bowlby, *Attaccamento e perdita*, Vol. 1: *attaccamento alla madre*, Bollati Boringhieri, 1999
- J. Bowlby, *Attaccamento e perdita*, Vol. 2: *separazione dalla madre*, Bollati Boringhieri, 2000
- J. Bowlby, *Attaccamento e perdita*, Vol. 1: *la perdita della madre*, Bollati Boringhieri, 2000
- L. Mollica, *Un figlio è per sempre. Riflessioni sulla tutela della continuità degli affetti*, FrancoAngeli, 2020
- M.C. Levorato, *Lo sviluppo psicologico*, Einaudi editore S.p.a Torino, 2002, pgg.267-270, pgg.283-289, p.284, pgg.288-275, p.277

M.T. Pedrocco Biancardi, *La prevenzione del maltrattamento all'infanzia*, FrancoAngeli, 2017

R. Duschinsky, K. White, A. Schimmenti (a cura di), *Trauma e perdita, Testi chiave dal John Bowlby archive*, Giovanni Fioriti Editore, 2020

P. M. Crittenden, *Nuove prospettive sull'attaccamento. Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio*, Guerini e associati, 1994, pgg.31-32, pgg.34-35, p.38, p.40

P. M. Crittenden, *Il Modello Dinamico-Maturativo dell'attaccamento*, Libreria Cortina, 2008

R. Spitz, *Il primo anno di vita del bambino*, Giunti-Barbera, Firenze, 1972, pagg. 29-31
R. Spitz, Emde R.N., *Dialoghi dall'infanzia*, Armando Editore, 2000, p.60, p. 98

Sitografia

www.cepic-psicologia.it

www.europafacile.net

www.garanteinfanzia.org

www.ispcan.org

www.istat.it

www.minori.it

L'abuso e l'abbandono dell'infanzia materna predicono lo sviluppo della prole nella prima infanzia: i ruoli del funzionamento riflessivo e del sesso infantile –

www.scienceDirect.it

www.torrossa.com/it/resources/an/4610792

www.who.int