

## **2. Maltrattamenti, abusi, trascuratezza dell'infanzia: teoria dell'attaccamento, psicoanalisi e neuroscienze**

di *Loredana Cena*<sup>1</sup>

### **1. Fattori di rischio e protezione**

In questi ultimi decenni le forme di violenza, abuso, maltrattamento nei confronti dei minori sono state oggetto di numerose attenzioni da parte di clinici ed operatori esperti, che a vario titolo si occupano di tutela dell'infanzia, con la fondazione anche di centri specializzati (CBM, Cismai) che hanno portato a forme di protezione istituzionalizzate. Nel 1976, nel primo Congresso Internazionale tenutosi a Ginevra presso l'OMS, l'Europa ha iniziato a interessarsi del problema fondando la International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect. Nel 1979 si costituisce in Italia la International Society For Prevention of Child Abuse (AIPAI), Associazione Italiana per la Prevenzione dell'Abuso all'Infanzia.

Facendo riferimento alla tutela dei diritti dell'infanzia, il Consiglio d'Europa (IV Colloquio Criminologico di Strasburgo, 1981), ha indicato come violenza ai danni dell'infanzia quell'insieme di atti e carenze che turbano gravemente il bambino, attentano alla sua integrità corporea, al suo sviluppo fisico, affettivo, intellettuale e morale, e che si manifesta con trascuratezza e/o lesioni di ordine fisico e/o psichico e/o sessuale da parte di un familiare o di altri che dovrebbero aver cura di lui.

La definizione della convenzione dei Diritti dei minori, approvata dall'UNICEF, dall'OMS, dall'UNESCO, dalla Croce Rossa e dall'ONU (1991), fa riferimento al "Danno o abuso fisico o mentale, trascuratezza o trattamento negligente, al maltrattamento, alle 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 pornografi-

1. Ringrazio il prof. Imbasciati delle revisioni del presente capitolo.

ci, torture o ad altre forme di trattamento o punizione crudeli, inumane o degradanti, allo sfruttamento economico e al coinvolgimento in lavori rischiosi.

L'organizzazione mondiale della Sanità (WHO, 2002) ha specificato che il maltrattamento o lo sfruttamento del minore, l'abuso fisico, sessuale e/o emozionale, la trascuratezza, si riferiscono ad ogni atto che determini un danno effettivo o potenziale, che comprometta la salute, la sopravvivenza, lo sviluppo o la dignità del minore, nell'ambito di un rapporto di responsabilità, fiducia o potere.

L'interesse per le problematiche relative ai disagi dell'infanzia in epoche precoci dello sviluppo è presente nella ricerca psicologica, soprattutto negli anni del dopoguerra, con gli studi sulla deprivazione delle cure materne da parte di numerosi studiosi come Spitz (1946) e Bowlby. Nel 1950 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) affidò a Bowlby la direzione di una ricerca su bambini che avevano perso la propria famiglia. Il rapporto, redatto nel 1951 con il titolo "Maternal Care and Mental Health", era fondato su due concetti: quello dell'adeguatezza di cure materne e quello di mancanza di cure materne. Bowlby rivolse la sua attenzione alle istituzioni che si occupavano di adozioni ed affidamenti: le sue riflessioni su questo delicato argomento furono molto negative; egli sostenne infatti che negli istituti gli operatori addetti all'infanzia, anche quelli che fornivano un'accurata assistenza, riuscivano difficilmente ad instaurare rapporti che potessero favorire una crescita emotiva ed affettiva adeguata.

Le ricerche, rigorose e confermate sperimentalmente, portarono Bowlby a formulare la Teoria dell'Attaccamento, che favorì una svolta epocale negli studi della psicologia dello sviluppo. A partire dagli anni '60/'70 gli studi dell'Infant Research misero in evidenza le competenze del bambino già alla nascita e anche prima già in epoca prenatale. Questa nuova prospettiva aprì nuovi orizzonti sulle capacità del bambino, non inteso più come recettore passivo, ma attivo elaboratore e costruttore del proprio sviluppo, con una maggiore attenzione alle influenze dell'ambiente che può favorire la realizzazione o meno delle sue potenzialità di sviluppo. Il testo di Winnicott del 1965 "Sviluppo affettivo e ambiente" è emblematico della svolta importante in letteratura negli studi di psicoanalisi sullo sviluppo del bambino e delle sue relazioni. Vengono prese in attenta considerazione le relazioni con gli adulti significativi e la loro importante funzione affettivo-relazionale.

Questi approcci all'infanzia rendono difficile accettare l'idea che vi possano essere "forme intenzionali di crudeltà, di violenza e di malvagità verso i bambini ad opera degli stessi genitori. A lungo si è pensato che l'impulso, lo scoppio d'ira, la perdita di controllo della razionalità fossero segno di non intenzionalità, ma che l'emergere di emozioni forti incontrollate e incontrollabili fossero segno di non intenzionalità, di non volontà di

nuocere” (Di Blasio, 2000, p. 8). Di qui la necessità di studiare la formazione della struttura della mente con particolare riferimento a questo tipo di genitori.

Gli effetti relativi alla violenza nelle forme sia acute sia croniche implicano l'incidenza di alcune variabili come l'età dei bambini (quanto più precoce è l'età del bambino quanto più questi è vulnerabile), le loro capacità di coping, le difese cognitive e la capacità di esprimere le emozioni in modo più diretto, le modalità con cui reagiscono in termini di azione, pensieri, emozioni, oppure come si intrecciano tra loro esperienze e contesti di sviluppo. Studi in questo settore specifico (Di Blasio *et al.*, 1999) evidenziano la gravità delle conseguenze che la violenza può provocare soprattutto nei soggetti in via di sviluppo: vengono pertanto ricercati indicatori probabili, segnali più o meno tipici che permettano di attivare processi di prevenzione della violenza sui minori, individuando anche forme di trattamento e presa in carico dei servizi sociali. Diverse possono essere le forme di violenza, in cui possono incorrere le piccole vittime: forme esplicite e rilevabili, altre più occulte e subdole, che possono anche coesistere; l'importante è poter individuare i possibili fattori di rischio e le possibili conseguenze.

Accanto ai fattori di rischio tuttavia vanno individuati i fattori protettivi, che possono modificare le traiettorie evolutive del rischio e dunque determinare anche in modo inatteso una buona capacità di resilienza da parte dell'infante. Oltre ai fattori patogeni vanno studiati dunque anche i fattori protettivi e soprattutto le caratteristiche che essi assumono nella interazione con i possibili fattori di rischio, e con tutte le eventuali condizioni negative. I concetti di vulnerabilità e di protezione sono più specifici di quello di resilienza perché hanno significato in funzione dei fattori di rischio.

Nel testo “Psicologia del bambino maltrattato” (Di Blasio, 2000) vengono prese in rassegna le diverse forme di violenza e le conseguenze psicologiche all'infanzia. Ne sottolineiamo alcune.

Con *Physical Injury* (Child Protection Register, 1991; Gibbson *et al.*, 1995) – Maltrattamento fisico – viene indicato quell'insieme di comportamenti che hanno come conseguenza un danno, o il fallimento nel prevenirlo. Il maltrattamento fisico è l'espressione di quelle azioni violente perpetrate dall'adulto nei confronti di un minore e indica ogni tipo di azione fisicamente dannosa ma soprattutto lesiva della incolumità fisica del bambino. Il *maltrattamento fisico* è la forma di maltrattamento che può venire riconosciuta per prima.

Situazioni ad alto rischio vengono indicate come caratterizzate da monoparentalità, dalla giovane età della madre, da svantaggio sociale. Le conseguenze psicologiche del maltrattamento fisico possono essere gravi, come quelle dell'abuso sessuale, e possono dare origine a sintomi da stress post-

traumatico, come memorie ricorrenti e intrusive e disturbi della socialità. Nei bambini maltrattati fisicamente possono essere riscontrati deficit neurologici, cognitivi, nelle competenze precoci del linguaggio e dell'intelligenza, una maggiore vulnerabilità alle malattie fisiche, la presenza di legami di attaccamento insicuri.

Con *Emotional abuse* (Child Protection Register, 1991; Gibbson *et al.*, 1995) si intende ciò che comunemente definiamo come maltrattamento psicologico, un persistente maltrattamento emotivo-psicologico, un rifiuto emotivo in grado di determinare conseguenze negative sullo sviluppo emotivo e comportamentale del minore.

Il *maltrattamento psicologico* può assumere modalità diverse che rendono difficile definirne le conseguenze e i “danni”: relazioni inadeguate possono suscitare nel bimbo la concezione di non essere amato, desiderato, così come comportamenti di biasimo protratti nel tempo, situazioni di isolamento forzato, critiche, disparità e minacce verbali, anche situazioni di violenza e conflitti familiari come assistere ad aggressioni fisiche di un genitore nei confronti di un altro.

Tra le conseguenze negative relative al maltrattamento psicologico è segnalata la comparsa di sintomi come enuresi, encopresi, disturbi della alimentazione, bassa stima di sé, instabilità emozionale, ridotta sensibilità emozionale, dipendenza, depressione, ritardo nello sviluppo e/o problematiche relative all'adattamento, alle competenze sociali, alle abilità cognitive e di apprendimento scolastico, nonché altri problemi comportamentali. I principali indicatori fisici del maltrattamento psicologico comprendono difficoltà nella crescita nella prima infanzia, disturbi del linguaggio e ritardi nello sviluppo in età prescolare; tra gli indicatori comportamentali, manifestazioni di comportamenti impulsivi, disturbi del sonno, paure notturne, auto distruttività.

Con “*Neglect*” (Child Protection Register, 1991; Gibbson *et al.*, 1995) si intende una grave o persistente trascuratezza nei confronti di un bambino nell'attivazione di forme di protezione da pericoli (compresi il freddo, la fame), con danni alla salute e allo sviluppo psicologico del bimbo.

Di Blasio (2000) distingue tra forme di *trascuratezza fisica*, con omissioni alla soddisfazione dei bisogni del bambino e di protezione fisica, e *trascuratezza emozionale*, con indifferenza emotiva, mancanza di cure adeguate, incomprensione degli adulti che si occupano del bimbo. Gli indicatori riferiti alla trascuratezza sarebbero meno evidenti di quelli rilevati a seguito del maltrattamento fisico ma arrecherebbero altrettanti danni, come quelli provocati dalla mancanza di contatto emotivo e di attenzioni, che può addirittura portare alla morte: stati segnalati da Spitz nel 1946 come marasma (Spitz, 1946), a seguito di indifferenza emozionale e di una relazione inadeguata con gli adulti.

Inoltre, secondo la letteratura, la violenza assumerebbe forme episodiche mentre la trascuratezza tenderebbe ad essere cronica e potrebbe diventare abbandono.

Di Blasio (2000) fa anche riferimento ad una trascuratezza medico-sanitaria, quando non si rilevano gli standard minimi richiesti per salvaguardare le condizioni della salute fisica e mentale del bimbo. Un'altra forma di trascuratezza è anche quella educativa in cui è presente un rifiuto o indifferenza dei genitori nell'attenzione per le iniziative educative e scolastiche.

Secondo la Di Blasio tra le condizioni di inadeguatezza delle cure può essere indicato il disinteresse dei genitori per le caratteristiche dello sviluppo del bambino<sup>2</sup>: questa condizione può non essere connessa direttamente a situazioni di maltrattamento o trascuratezza, ma costituisce una condizione di vulnerabilità nei genitori che può aggravarsi quando spinti da altre circostanze relazionali e o sociali indirizzano sul figlio emozioni e sentimenti dominati da ostilità, rabbia, e freddezza. L'indifferenza o il disinteresse per lo sviluppo del bambino implica la rinuncia ad una dimensione interattiva, una assenza di intersoggettività e un venir meno alla funzione di supporto attribuendo significato alle sue esperienze.

Le carenze nelle interazioni sono tanto più pericolose quanto più è precoce l'epoca della loro manifestazione: gli adulti possono facilitare lo sviluppo delle emozioni; i genitori e le madri maltrattanti tendono ad accentuare le emozioni negative, quelle trascuranti a presentare un numero ridotto di emozioni ed entrambe ad interagire molto poco con il bambino.

Il maltrattamento e la trascuratezza in età precoce determinano dunque significativi problemi nella regolazione delle emozioni e nella capacità di comprendere e valutare correttamente le cause degli stati affettivi. I bambini sottoposti a emozioni angoscianti imparano strategie di evitamento che impediscono loro di comprendere il senso delle proprie esperienze emotive.

La Di Blasio segnala che tra le conseguenze psicologiche delle diverse forme di abuso e di maltrattamento, oltre alle espressioni emotive primarie come rabbia, collera, vi sono la colpa e la vergogna, che iniziano a manifestarsi dopo il primo anno di vita. Queste sono espressioni emotive complesse connesse alla socializzazione, alle pratiche educative, ai contesti culturali e richiedono capacità cognitive di valutazione di sé, degli altri, delle aspettative sociali e di autoconsapevolezza. La colpa e la vergogna, come l'imbarazzo, richiedono che il bimbo riconosca il Sé come separato dagli altri. La Di Blasio evidenzia che i bambini vittime di maltrattamenti e abusi, dopo una prima fase acuta in cui compaiono reazioni di disorganizzazione, disorientamento, vulnerabilità, incredulità, bisogno di isolarsi e sen-

2. Cfr. cap. 1 prima parte, sulla ideologia tuttora persistente che lo sviluppo del bambino sia determinato dalla Natura (n.d.c.).

so di annichilimento, manifestano sentimenti ambivalenti e contrastanti: paura, rabbia, percezione di Sé come inadeguato, sentimenti di umiliazione e vergogna coesistono con l'autocolpevolizzazione, per la incapacità a opporsi e sottrarsi alla ingiustizia e rabbia verso l'aggressore.

Nei bambini che subiscono maltrattamenti e abusi i sentimenti di colpa li spingono a preoccuparsi per gli altri e a voler riparare, però con sentimenti di vergogna, il che implica una complessa deformazione della percezione e dell'immagine di Sé. Sensi di colpa cronici e di vergogna sono rilevabili nei figli di madri depresse, i quali, dopo aver visto fallire il loro tentativo di aiutare la madre in difficoltà, vivono sentimenti di colpa insieme a impotenza e inutilità.

Un bimbo piccolo che vive l'esperienza di maltrattamento fisico o abuso sessuale, non è ancora in grado di differenziare i significati delle diverse emozioni o di attribuire ciò che prova a qualcosa di cui altri sono responsabili: si trova in una situazione emotiva di vulnerabilità e confusione che lo porta ad autoattribuzioni di colpa e vergogna. Il riconoscimento di una differenziazione emotiva appare solo verso i 7-8 anni.

Denigrazione verbale, aggressione fisica, critiche, accuse tipiche della violenza fisica e psicologica, agiscono sulla tendenza del bambino a ritenersi responsabile dei danni e degli incidenti anche se provocati da altri. La rabbia viene canalizzata su un Sé denigrato e incapace. Nasce la preoccupazione per il giudizio degli altri e diventa impellente il desiderio di nascondersi e di sparire: i sentimenti di vergogna e colpa si potenziano reciprocamente.

Con *Sexual abuse* (Child Protection Register, 1991; Gibbson, 1995) viene inteso lo sfruttamento sessuale di bambini o adolescenti, immaturi sul piano del loro sviluppo psico-fisico. *L'abuso sessuale* è tra le forme di violenza quella più nota e ritenuta pericolosa per la salute psichica del bimbo. Tra le conseguenze, oltre al disagio mentale, vengono individuati disturbi relazionali e della condotta, problematiche relative all'area del comportamento sessualizzato e disturbi post-traumatici da stress, come paura, ansia e problemi di concentrazione e attenzione, ridotte capacità sociali fino all'isolamento e scarse relazioni tra pari. Nei casi di abuso sessuale, nella vittima prevalgono sentimenti di autosvalutazione, percezione di aver meritato quel trattamento a causa del proprio comportamento cattivo: la vergogna porta il bimbo a chiudersi, a nascondersi e a interrompere le comunicazioni.

Nei casi di abuso sessuale si è rivelato un fattore protettivo il "monitoraggio meta cognitivo" e la funzione riflessiva (Fonagy, Target, 2001) connessa alla capacità di mentalizzare, cioè di rappresentarsi il comportamento in termini di stati mentali. I bambini con attaccamento sicuro sono capaci di riflettere sui propri processi di pensiero mentre quelli insicuri tendono a evitarli. Nelle situazioni di disagio il bimbo cerca nella figura

di attaccamento una rappresentazione del suo stato mentale che possa essere interiorizzato, utile per la regolazione emotiva. L'abuso sessuale precoce minaccerebbe i processi di formazione della integrazione tra emozioni e aspetti cognitivi, che a questa età si "saldano coerentemente grazie alla funzione riflessiva". Un legame di attaccamento sicuro con un adulto, anche se diverso dai genitori, avrebbe la funzione di attenuare le conseguenze negative dell'abuso e del maltrattamento, perché consente al bimbo di "elaborare e pensare le proprie emozioni confidando ciò che gli sta accadendo o che gli è accaduto" (Di Blasio, 2000, p. 152). Il bimbo potrà raccontare ciò che ha subito se troverà un adulto accogliente, che gli consenta di esprimere le sue capacità autoriflessive.

Il maltrattamento e la trascuratezza rappresentano fattori che pregiudicano la salute mentale della vittima: al contrario un legame significativo con un genitore consente ad un bimbo abusato da un estraneo di ridurre le risposte negative, e la funzione protettiva del genitore riduce il peso delle conseguenze se c'è un disvelamento che non sia accompagnato da rifiuto e incredulità ma da franchezza e comprensione. Per la salute mentale del bimbo è necessario che si crei una "condivisione sociale" delle esperienze negative, che consentirebbe di prevenire tali conseguenze a lungo termine, mentre il bimbo verrebbe sollecitato a riorganizzare la propria esperienza e a trovare le risorse per farvi fronte. Molto importante è il contesto socioculturale e familiare quale fattore di rischio: in particolare le famiglie "multiproblematiche" sarebbero le più esposte, tuttavia viene differenziata la multiproblematicità dalla dinamica maltrattante, e viene rilevato come questa non sia una prerogativa della prima.

In letteratura vengono proposti modelli diversi di rischio, modificati nel corso del tempo: da modelli di "causalità diretta" a modelli di "causalità multifattoriale", in cui vengono ricercati indicatori cumulativi di rischio biologico/psicosociale. Dalla Di Blasio viene indicato tuttavia come più funzionale il concetto di "profilo di rischio", caratterizzato da diversi fattori (genetici, di sviluppo, ambientali, traumatici) e dalla presenza di sottosistemi di categorie che consentirebbe una valutazione più dettagliata attraverso la distinzione tra criteri di base (rischio necessario ma non sufficiente, come la povertà, disoccupazione, isolamento sociale, patologie organiche, mancanza di reti di sostegno) e criteri aggravanti (alcolismo, tossicodipendenza dei genitori, conflitti di coppia). Una prospettiva diversa di valutazione prende in considerazione inoltre i "meccanismi e i processi" presenti nel rischio, come la variabilità dell'adattamento in condizioni sfavorevoli in cui qualsiasi agente causale preso isolatamente può essere responsabile solo di una parte della variabilità; "i fattori di rischio vanno valutati non in modo deterministico, ma in una concezione interazionista" (*ibidem*, 117).

## 2. Maltrattamento, trascuratezza e abuso nella teoria dell'attaccamento

La teoria dell'attaccamento offre un contributo alla comprensione della psicopatologia evolutiva, chiarendo in che modo le prime relazioni di attaccamento del bambino con le figure significative ne influenzino lo sviluppo, sia sano sia patologico. Queste relazioni hanno infatti un'importanza fondamentale, non solo per la sopravvivenza fisica e psichica del bambino, ma anche perché vengono interiorizzate e vanno a costituire le strutture fondanti la personalità, le strategie difensive, la regolazione affettiva attraverso gli Internal Working Models (Modelli Operativi Interni, MOI).

Questa teoria ha preso in considerazione la ricerca empirica per valutare situazioni di sofferenza emotiva del bambino traumatizzato o esposto a esperienze relazionali abusive. La ricerca sugli effetti dell'abuso e dei maltrattamenti in età evolutiva svolta nell'ambito della teoria dell'attaccamento è stata principalmente focalizzata sull'esplorazione, mediante la Strange Situation Procedure (Ainsworth *et al.*, 1978), dei pattern comportamentali correlati all'attaccamento, e mediante il Care Index di Patricia Crittenden per la valutazione dei precursori dell'attaccamento (Crittenden, 1979-2004). Numerosi studi testimoniano la prevalenza nei bambini maltrattati e abusati di classificazioni "non sicure": in particolare in questi soggetti sembrano frequenti le configurazioni di tipo ansioso-evitante, ansioso-ambivalente (Ainsworth *et al.*, 1978), evitante/ambivalente (Crittenden, Di Lalla, 1988) e disorganizzato/disorientato (Main, Hesse, 1990).

Secondo la prospettiva della teoria dell'attaccamento gli adulti maltrattanti risultano essere anche adulti spaventati/spaventanti, che probabilmente non sono riusciti a elaborare perdite o traumi, e in conseguenza di ciò i loro contenuti mentali risultano contraddittori e non integrati (Lyons-Ruth, Jacobvitz, 1999). Quest'ultimo dato è stato confermato da diversi studi (Main, Hesse, 1990; Ainsworth, Eichberg, 1991).

Quando il bambino è esposto a esperienze traumatiche, di abuso, maltrattamento o trascuratezza, soprattutto se perpetrate da una figura di attaccamento, egli si trova a dover affrontare una situazione paradossale e irrisolvibile: la figura di attaccamento è essa stessa fonte di pericolo. Ne consegue che il bambino dovrebbe fuggire dalla figura di attaccamento, perché fonte di pericolo, e contemporaneamente avvicinarla come rifugio sicuro. Il conflitto che ne deriva non è risolvibile a livello comportamentale e il bambino, non riuscendo ad adottare una strategia coerente nei confronti della propria figura di attaccamento, mostra un comportamento evitante o ambivalente, o addirittura disorientato /disorganizzato, espressione di rappresentazioni contraddittorie e non integrate del Sé e della figura di attaccamento.



Il tipo di attaccamento e la gravità dell'abuso sessuale, secondo gli studi riportati dalla Di Blasio, non sarebbero correlati (Di Blasio, 2000), ma si rivelerebbero differenti influenze sugli effetti a lungo termine: l'abuso sarebbe connesso a sintomi del disturbo da stress post-traumatico, mentre l'insicurezza nell'attaccamento appare predittiva di angosce e depressione. L'abuso sessuale nasce spesso all'interno di relazioni primarie con la figura di attaccamento in riferimento ad un attaccamento insicuro: il bambino proprio perché l'abuso viene perpetrato dalla figura di attaccamento è più vulnerabile alla manipolazione e questo impedisce al bimbo di chiedere aiuto; quando il bimbo è molto piccolo è inoltre più complesso per lui riuscire a individuare la differenza tra tenerezza ed atti perversi.

Spesso l'abuso sessuale avviene nella esperienza quotidiana della vittima che deve farvi fronte nella più totale solitudine e anche nella impossibilità di elaborare e raccontare ciò che le accade. L'abuso sessuale è infatti connesso con la capacità di verbalizzare e con aspetti della memoria e del ricordo: "la memoria possiede una struttura narrativa che ha un legame fondamentale con il Sé. Se non c'è possibilità di elaborazione sociale e interpersonale delle esperienze e se lo spazio mentale è occupato da un groviglio di emozioni che sommerge il Sé, la struttura narrativa della memoria subisce drammatiche interruzioni" (Di Blasio, 2000, p. 150). Il bambino abusato, pertanto, se non è protetto da adulti in grado di stimolare e accogliere le narrazioni dell'episodio traumatizzante, si rinchiude in se stesso e da qui ne viene compromessa la sua stessa acquisizione di capacità narrative e di memoria.

Patricia Crittenden è l'allieva di Bowlby che si è maggiormente occupata di studiare il maltrattamento infantile e i fattori di vulnerabilità e resilienza. Gli studi della Crittenden (1985) mettono in rilievo nei bambini vittime di trascuratezza la predominanza di una certa passività, un comportamento di disarmo, di mancanza di difese, con importanti ritardi dello sviluppo; i bambini con evidenti segni di maltrattamento sono in genere caratterizzati da un temperamento difficile, sono collerici, impulsivi, con ritardi nello sviluppo psicomotorio e psicofisico. I bambini con segni di trascuratezza emotiva sono quelli più provati, in cui prevalgono pattern di attaccamento insicuro, ansioso-evitante. Una mancata disponibilità emotiva soprattutto materna nei primi due anni di vita del bimbo può causare compromissioni gravi nella capacità di attenzione, nelle abilità cognitive e sociali.

Nei suoi scritti "Nuove prospettive sull'attaccamento. Teoria e pratica in famiglie ad alto rischio" (1994) in particolare nella parte dedicata al maltrattamento sui bambini, e nel testo "Pericolo sviluppo e adattamento" (1997) la Crittenden indica come ogni percorso di sviluppo conseguente ad ogni particolare esperienza traumatica sia contrassegnato da una caratteristica organizzazione della sfera cognitiva e affettiva del bimbo e dalla costruzione di determinati modelli operativi interni.

La Crittenden ha rilevato le strategie e le forme di coping che i bambini attivano in ambienti sfavorevoli e nelle situazioni di trascuratezza e abuso (1992), e la possibilità di una codificazione attraverso il suo Modello Dinamico Maturativo, con cui è possibile una valutazione anche delle sottocategorie dei diversi pattern dell'attaccamento.

Con la procedura del CARE Index, attraverso videosservazioni durante momenti di gioco libero, come trattata nel prossimo capitolo, è possibile una valutazione dei precursori dell'attaccamento, come la sensibilità materna (Ainsworth, 1979) e la cooperazione del bambino in età precoce 0-36 mesi.

Tra i pattern rilevabili ad un anno, nella configurazione B – tipo sicuro – le figure genitoriali rispondono in maniera sensibile confortando i neonati e comunicando loro un senso di fiducia, affidabilità. I segnali affettivi di questi lattanti vengono rinforzati positivamente ed essi hanno imparato ad avere fiducia nel fatto che gli effetti di questi comportamenti sugli altri siano prevedibili, in modo che sia possibile per loro fare previsioni sulla realtà esterna. La loro cognizione ha ricevuto conferma come vera ed appropriata, e le loro emozioni sono state legittimate: la capacità dei genitori di distinguere precocemente i bisogni e i diversi segnali dei bambini ha permesso che questi acquisiscano una impalcatura emozionale e cognitiva attraverso la quale essi potranno fare esperienza della realtà come affidabile e piacevole.

Le principali configurazioni nei lattanti che abbiano subito maltrattamenti, trascuratezza o abuso si collocano generalmente tra i pattern A e C.

La configurazione di tipo A – ansioso evitante – si struttura quando i segnali dei lattanti hanno avuto come conseguenza il rifiuto dei genitori; essi si sono sentiti puniti per il loro comportamento di conseguenza hanno imparato a inibire il comportamento punito. I lattanti che ad un anno di età sono evitanti hanno vissuto un rifiuto materno ogni volta che hanno manifestato segnali affettivi indicanti un desiderio di vicinanza alle loro madri. Se hanno protestato, per questo rifiuto è probabile che la madre abbia reagito con la collera. Per evitare il rifiuto e la collera della madre i lattanti hanno inibito l'espressione delle loro emozioni. Alla fine della prima infanzia, mentre i bambini sicuri hanno imparato a dare significato all'affettività e alla cognitivtà, i bambini evitanti hanno imparato ad organizzare il loro comportamento senza essere in grado di usare i segnali affettivi e di comprendere le proprie emozioni. Sono in grado di dare un senso alle informazioni cognitive, ma non a quelle affettive.

Nella configurazione di tipo C – ansioso ambivalente – le madri hanno risposto ai segnali dei neonati in modo incostante e incoerente. I lattanti, non potendo predire le risposte delle madri, sono diventati ansiosi e colle-rici. La risposta delle madri a questa ansia è stata imprevedibile. Le madri possono aver dato conforto, altre volte non hanno fatto nulla. I lattanti di fronte a comportamenti imprevedibili hanno manifestato comportamen-

ti oscillanti tra ansia e rabbia e hanno fatto esperienza della associazione temporale del desiderio con la collera, l'incertezza e la paura per cui il desiderio non si è espresso. Anche se dopo i nove mesi questi lattanti sono riusciti ad individuare l'oggetto al quale indirizzavano le loro emozioni e ad averne una rappresentazione integrata, tuttavia non hanno imparato alcuna strategia per cambiare la variabilità del comportamento genitoriale.

Il bambino svilupperà le proprie emozioni di fronte al conflitto adottando strategie di coping orientate a distrarre o a confortare il genitore. La capacità di coping, secondo la Crittenden (1992), variano in funzione dello sviluppo in quanto riflettono gli schemi cognitivi e fisici del bambino, come le sue esperienze.

Crittenden ha rilevato che alcuni bambini maltrattati fisicamente possono mostrare un falso affetto positivo, che è dovuto all'interiorizzazione delle difese della figura di attaccamento e alla costruzione di un'esperienza di sé intorno ad una falsa interiorizzazione: le paure, le difese, le distorsioni delle madri che non possono entrare in contatto con la realtà dolorosa che le circonda, vengono percepite dal bambino, che si adatta e le interiorizza, facendo proprio un falso adeguamento positivo alla realtà veicolata dalla madre stessa.

Crittenden (Crittenden, Di Lalla, 1988) rileva inoltre come alla fine del primo anno questi bambini fisicamente maltrattati apprendano ad essere accomodanti nei confronti del genitore maltrattante, attraverso l'inibizione delle proprie emozioni di collera e a tollerare l'interferenza del genitore senza lamentarsi, ma accondiscendendo al genitore attraverso una forma di "compiacenza compulsiva", caratterizzata da ipervigilanza e accondiscendenza alle richieste dell'adulto. Prima dell'anno i bambini maltrattati rispondono con passività al controllo materno e con lo sviluppo imparano a inibire i segnali negativi e a mostrare un aumento di comportamenti positivi. Il comportamento di "compiacenza compulsiva" segnala uno stile distorto di interpretazione della realtà. Intorno ai due anni di vita si possono sviluppare due configurazioni di risposta una negativa, resistente e una compulsivamente accondiscendente.

I bambini trascurati presentano configurazioni diverse: desiderano la vicinanza della figura di attaccamento quando sono ansiosi e spaventati, ma hanno appreso che le loro madri non rispondono ai loro richiami e non manifestano più alcuna richiesta, oppure rispondono in modo intermittente e allora intensificano le loro richieste manifestando ad un anno di età una configurazione di tipo C.

La configurazione evitante /ambivalente di tipo A è presente nei bambini trascurati e fisicamente maltrattati in cui compare una apparente autonomia e indipendenza, come risposta all'assenza costante e ripetuta di cure dal genitore (Crittenden, 1994; Crittenden, Ainsworth, 1989).

La Crittenden considera i modelli operativi interni quale base teorica per comprendere l'evoluzione dello sviluppo del bambino: "i modelli primari costituiti nell'infanzia hanno una influenza sullo sviluppo successivo dei modelli stessi" (Crittenden, 1994). In età adulta il comportamento maltrattante e distruttivo viene interpretato dalla Crittenden come tentativo di proteggere se stessi dai sentimenti di dolore e rabbia non elaborati nell'infanzia nell'ambito delle relazioni primarie (Crittenden, Di Lalla, 1988; Crittenden, Ainsworth, 1989).

### 3. Traumi e PTSD

Le diverse forme di maltrattamenti e abusi possono assumere le caratteristiche di traumi acuti e cronici e dare origine a sindromi post traumatiche da stress - PTSD. Nella quinta e ultima edizione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Health), l'Associazione degli psichiatri americani (APA; American Psychiatric Association) ha incluso la diagnosi di Disturbo post-traumatico da stress o DPTS (PTSD, Post-Traumatic Stress Disorder) nel capitolo denominato Disturbi collegati a traumi e stress (Trauma and Stress-Related Disorders).

Nel DSM-5, si riscontra un allargamento della definizione circa che cosa possa essere definito come traumatico (Criterio A) e vengono previsti e meglio articolati, rispetto alle edizioni precedenti, i raggruppamenti dei sintomi. In particolare i sintomi intrusivi dell'evento o degli eventi traumatici (Criterio B), i sintomi di evitamento degli stimoli associati all'evento traumatico o agli eventi traumatici (Criterio C), i sintomi di alterazioni cognitive ed emotive quali incapacità di ricordare un aspetto importante dell'evento traumatico e convinzioni o aspettative negative, persistenti ed esagerate su se stessi, gli altri e il mondo – ad es., "Non ci si può fidare di nessuno", "Sono cattivo" (Criterio D).

Il profilo sintomatico nella forma di PTDS acuto è connesso a stati di ansia e agitazione mentre quello cronico è connesso a distanziamento e depressione.

La sintomatologia a lungo termine relativa ad esposizione a traumi prolungati varia dalla somatizzazione (ipervigilanza e ansia cronica) all'attivazione ansiosa, sintomi che derivano dalla natura minacciosa e distruttiva della violenza subita, con conseguenze dissociative, disturbi nelle relazioni affettive dovuti alla instabilità dell'attaccamento e caratterizzati da sentimenti contraddittori. Le risposte alla violenza subita vanno da una irritazione costante ad attacchi verso gli altri, atti di vandalismo, atti di devianza e antisocialità. I sintomi post traumatici sarebbero indipendenti dalla

età e dal sesso, quelli aggressivi auto ed etero diretti segnalano differenze: i bambini piccoli sono più contrassegnati da atti di autolesionismo. Tra le conseguenze a lungo termine può manifestarsi una vulnerabilità alla reiterazione della esperienza traumatica con fenomeni ripetitivi, attraverso memorie intrusive o rappresentazioni sensoriali e comportamentali, fino alla messa in atto di azioni che possano danneggiare se stessi e altri.

I bambini che subiscono maltrattamento o abuso sessuale possono fare esperienza di trauma ripetuto e prolungato nel tempo, che provoca meccanismi mnestici e modalità di risposta diversi da quelli che si manifestano ad un evento traumatico singolo (Di Blasio, 2000). Nel trauma singolo i bambini a seconda dell'età sono in grado di ricordare la situazione traumatica e cercano di “padroneggiare la riattualizzazione del trauma attraverso una rielaborazione” (p. 163). Nei traumi ripetuti possono verificarsi perdite di memoria, forme dissociative e depersonalizzazione, sentimenti costanti di tristezza e scoppi di collera e aggressività, diretti verso di sé e gli altri.

Le situazioni traumatiche vengono in genere studiate in rapporto a meccanismi della memoria. La profondità di elaborazione a cui sarà sottoposta l'esperienza determinerà l'organizzazione e la strutturazione del materiale acquisito e consentirà al bimbo modalità diverse di ricordi.

#### **4. Eventi traumatici e teoria psicoanalitica**

Ferenczi (1932) indicava che il ricordo di eventi infantili traumatici è possibile solo se l'Io è sufficientemente integrato e resiste a eventuali influenze esterne: ne subisce l'effetto senza però restarne danneggiato. Il ricordo può rimanere, ma può accadere una scissione tra esperienza cosciente, e quindi ricordo, ed affetto: il ricordo di tale esperienza può presentarsi in una dimensione atemporale e acontestuale (Moccia, 2009).

Una esperienza di maltrattamento o di abuso sessuale, o altri eventi, non riconosciuti traumatici dai genitori (Di Blasio, 2000), possono dare origine a post traumatic stress disorder - PTSD (Cena Imbasciati, 2014). Incidenti, lutti, e malattie gravi possono essere traumi clinicamente non riconosciuti, che hanno avuto un impatto determinate durante l'infanzia del soggetto (Briggs-Gowan *et al.*, 2010). Se facile è comprendere il trauma a seguito di questi ultimi eventi, nonché del maltrattamento, più complessa è la formazione dell'effetto traumatico nel corso dell'abuso sessuale. Qui, più che negli altri casi, ciò che provoca “trauma” è la incapacità o la scarsa capacità dei genitori di elaborare adeguatamente insieme al bimbo i vissuti relativi all'esperienza subita: la mente infantile non è in grado di sopportare avversità, frustrazioni, perdite, separazioni, dolore fisico e psichico, senza l'aiuto di una mente adulta, che recepisce con *rêverie* ciò che accade nel bimbo e

che egli non è in grado di comunicare (ma solo eventualmente di esprimere), per bonificarla, nella misura in cui può essere possibile. Bonificarla significa che una mente adulta, in grado di sopportare maggiormente avversità, perdite, dolore ecc., può elaborare le esperienze intuite nel bambino e restituirgli, in una comunicazione affettiva prevalentemente inconscia, un prodotto mentale meno terrificante, cioè meno traumatico<sup>3</sup>.

Nel caso del bambino maltrattato è implicito che il genitore maltrattante non ha certamente tali capacità di *rêverie* (Bion, 1962) e spesso neanche la possibilità. Queste capacità possono mancare anche quando non si tratti di maltrattamento fisico: un maltrattamento psichico, fatto di trascuratezza o anche di semplice incomprensione, ma prolungato nel tempo, può avere un effetto traumatico sulla mente infantile. Nel caso di disgrazie, lutti, disastri, persecuzioni appare chiaro il ruolo di “ammortizzatore”, che buone capacità di *rêverie* genitoriali possono avere nell’attutire, se non eliminare l’effetto traumatico sul bambino.

Nel caso dell’abuso sessuale il processo è più complesso, ma ancora più decisiva è la capacità o incapacità di genitori o caregiver nel fronteggiare ciò che è accaduto e che accade nella psiche infantile. Il bambino che si trova in una situazione sessuale con un adulto attraversa una esperienza per lui incomprensibile, anche se non vi è violenza fisica: l’incomprensibilità è intrinseca al fatto che in quell’incontro non è possibile alcuna comunicazione interpersonale; gli affetti che attraversano l’adulto non sono comunicabili al bambino, ne quelli di questi possono essere recepiti da un adulto che sta abusando: se questi li potesse recepire, non abuserebbe del bimbo così esposto all’incomprensibile. Tale incomprensibilità viene esaltata, diventando terrificante e disorientante, dall’impossibilità di una qualche comunicazione con l’adulto; il quale del resto, impegnato a strumentalizzare il bimbo per propri spasimi interiori, non è certo in grado di badare a cosa può succedere nella mente del bambino stesso. È così che questi si ritrova ad essere vittima. La rottura di ogni comprensibilità dell’esperienza è altamente traumatica per la mente infantile.

Ecco allora che ad attutire il trauma può intervenire la capacità di un adulto che venga in soccorso del bimbo stesso. Tale adulto potrà intuire che è avvenuto “qualcosa” e potrà riuscire a far sì che il bimbo spontaneamente gli parli di quel “qualcosa”, che egli, bambino, non ha potuto capire, e che pertanto è risultato sconvolgente. Se a questo tipo di abuso si ac-

3. Tutto ciò contrasta con l’abitudine più popolare nella nostra cultura, che prescrive, di solito, di “dimenticare”. Il cervello registra sempre tutto: la memoria non si può cancellare, tanto più con la coscienza e la volontà; si può solo trasformare, ad opera di ogni successiva esperienza. L’abitudine della nostra cultura dipende da una ideologia coscienzialista (cfr. prima parte, cap. 2) (n.d.c.).

compagna violenza, tutto il processo è peggiorativo, ma anche in caso di una situazione sessuale senza violenza la disparità tra l'adulto e il bambino (tanto maggiore in proporzione alle differenze di età) ha effetto traumatico. Proprio in tali situazioni un altro adulto, caregiver attento e dotato di capacità di *rêverie*, potrà attutire, anche in buona parte, gli effetti traumatici e tramutare gradualmente la comunicazione inconscia non verbale con il bimbo in una comunicazione che possa interessare la coscienza, cosicché il bimbo, aiutato, possa attribuire un "significato" all'evento subito e capirne in parte le ragioni, ridimensionando l'entità degli eventi che ha attraversato. In questa graduale "rievocazione" il ricordo dell'esperienza cambia il suo significato: la memoria perde la traumaticità. Ovviamente questo eventuale recupero del trauma psichico del bimbo da parte di un adulto e soprattutto la modalità con cui può riuscire nella relazione caregiver/bambino, dipenderanno sia dalla capacità dell'adulto, sia da quelle relative all'età del bimbo (Imbasciati, Cena, 2013).

I bambini che hanno sperimentato diversi tipi di vittimizzazione (abuso, bullismo, violenza familiare) in genere, possono presentare sintomi gravi di PTSD (Cloitre *et al.*, 2009; Finkelhor *et al.*, 2010). Da alcuni autori viene suggerito (Yule, 2000) di usare il termine "reazione da stress traumatico" per sottolineare che le indicazioni diagnostiche del DSM o dell'ICD possono non contemplare tutta la gamma di sintomi post-traumatici presentati dai bambini, soprattutto se sono molto piccoli; il riferimento non è al trauma specifico dell'abuso sessuale ma al concetto di trauma in generale.

Una valutazione dei principali aspetti clinici del PTSD (Nader, 2008) mette in evidenza l'importanza di identificare i fattori di rischio (violenza domestica, appartenenza a gruppi di pari devianti, problemi di condotta da parte dei genitori) ma anche di protezione (controllo parentale, responsività genitoriale, collaboratività, promozione della autonomia, coinvolgimento in attività pro sociali, presenza di adulti affettivamente significativi). Fattore di protezione, come già evidenziato, è la capacità di mentalizzazione, cioè di osservare e saper utilizzare costruttivamente i propri e altrui processi di pensiero, già presente nell'infanzia (Allen, Fonagy, Batman, 2008). La valutazione della presenza di fattori di protezione e di risorse costituisce una capacità di resilienza al trauma. Importanti sono quindi i predittori di esiti positivi del PTSD.

In letteratura gli autori sottolineano l'importanza dell'osservazione del bambino, soprattutto nel gioco, ponendo attenzione alle tematiche proposte, o evitate dal piccolo, e alle sequenze ripetute, tipiche del gioco post-traumatico, caratterizzato dalla compulsività, dalla non risoluzione positiva, dal malessere crescente del bambino, dai sintomi neuro-vegetativi che lo accompagnano; viene evidenziata anche l'importanza di rilevazioni di tipo psicofisiologico (alterazione della frequenza cardiaca e altri parame-

tri biomedici). Nelle piccole vittime elementi contestuali che possano ricordare l'abuso pregresso diventano segnali che provocano paura e ansia, anche se non sono poi effettivamente seguiti dall'abuso: possono essere odori o suoni, o immagini visive associate all'abuso che, pur presentandosi al di fuori di esso, e quindi anche dopo che esso è cessato, sono elaborate come indicatori di pericolo ed evocano una risposta di iperallarme, con ipereccitazione e angoscia, senza che il bambino che li sperimenta sia consapevole della connessione con l'abuso stesso.

Le caratteristiche del PTSD nei bambini che hanno vissuto un trauma in genere possono essere: stress psicologico e fisiologico, come reazione a ricordi di eventi traumatici, evitamento del ricordo traumatico, ipoattivazione o iperarousal. La dissociazione è una delle possibili risposte al trauma dell'abuso: le esperienze traumatiche, spesso improvvise e imprevedibili, aumentano il rischio di psicopatologia in adolescenza o in età adulta.

Le ricerche (Perry *et al.*, 1995) individuano due prevalenti modalità di risposta al trauma infantile (neurobiologia del trauma infantile): una prima risposta viene descritta come iperattivazione, disagio convulso, paura-terrore ed è una risposta mediata dall'iperarousal del sistema simpatico e si esprime con un comportamento di soprassalto e allarme; un secondo tipo di reazione al trauma, che compare successivamente, è rappresentato da uno schema di dissociazione tramite il quale il bambino si distacca dagli stimoli esterni con una sorta di comportamento di "ritiro interiore" che si esprime con un comportamento di ottundimento, evitamento, congelamento. Queste reazioni, possono trasformarsi in stili e tratti comportamentali che sollecitano molti interrogativi sulla natura delle difese precoci a fronte del trauma e in particolare dei meccanismi di scissione-dissociazione che vengono attivati, e dei loro correlati neurobiologici.

Il trauma precoce è paragonabile a una catastrofe psichica: quando a questo si sovrappongono altri eventi, come la violenza domestica in età adulta dopo precedenti esperienze di abuso nell'infanzia, l'effetto traumatico ne è accresciuto (Duckworth, Follette, 2011). Non sono singoli traumi, ma ripetizioni di certi episodi che costituiscono quello che viene definito un "trauma cumulativo" (Khan, 1974). Le esperienze di traumi relazionali cumulativi condizionano la maturazione del cervello destro e comportano gravi danni allo sviluppo emotivo (Schore, 2003a). Secondo Schore le esperienze di traumi relazionali precoci sollecitano nel soggetto certe strategie difensive, come il meccanismo della dissociazione e l'identificazione proiettiva (Schore, 2001). La funzionalità dell'emisfero destro risulta compromessa.

Il trauma lascia il proprio segno anche nel corpo (van der Kolk, 1994): la disintegrazione delle funzioni psichiche correlata al trauma può provocare disturbi somatoformi e somatizzazioni. Soggetti che soffrono di traumi



psichici manifestano un'esperienza corporea disregolata, talora una mancanza di integrazione tra le esperienze sensomotorie.

## 5. Traumi precoci e memoria implicita

La conoscenza dei diversi sistemi di memoria sta avendo importanti implicazioni nel lavoro clinico: in particolare la memoria implicita ha stimolato molte riflessioni sulle nuove dimensioni inconscie i cui contenuti sono riferibili a protorappresentazioni percettivo-motorie avvenute precocemente, prima dei due anni di vita, prima dello sviluppo delle competenze linguistiche<sup>4</sup>. Il neonato possiede già alla nascita un alto livello di organizzazione delle esperienze emotive e percettivo-sensoriali: è in grado di organizzare rappresentazioni presimboliche dei modelli di interazione (Beebe, Lachmann, 2002). La memoria implicita è presimbolica o anche asimbolica (memoria procedurale o comportamentale) e in larga parte è preverbale: non è riconoscibile, né ricordabile, inizia in epoca prenatale e perinatale, e rimane sempre attiva durante lo sviluppo, condizionando emozioni, affetti e pensieri dell'individuo per tutta la vita. Questa memoria si è formata a partire dagli ultimi mesi della gestazione: strutture cerebrali in particolar modo implicate sono l'amigdala, i nuclei della base e la corteccia motoria, la corteccia percettiva (Siegel, 1999). Già a livello fetale vengono memorizzate dal feto le comunicazioni non verbali con la madre, mediate dalle espressioni dei ritmi cardiaci e respiratori, e (alla nascita in particolare) dalla prosodia della voce materna, costituendo un "modello di costanza, ritmicità, musicalità" su cui si organizzano le prime rappresentazioni del bimbo (Mancia, 2007, p. 100). La voce, le emozioni materne vengono memorizzate a livello fetale, e le esperienze intersoggettive dei primi due anni di vita del bimbo, prima della acquisizione del linguaggio, vengono a strutturare la memoria implicita.

Mancia (2007) mette in evidenza come in epoca fetale e neonatale le esperienze somatiche, sensoriali, motorie ed emotive che costruiscono la memoria implicita si strutturano in reti neurali, che forniscono al bambino le fondamenta per la capacità di sentire un sé somatico. Successivamente dopo i due anni si organizza la memoria esplicita che costituisce un livello di integrazione rappresentazionale più evoluto: la co-costruzione, attraverso

4. Tutto, e già nel feto, viene memorizzato: da semplici organizzazioni percettive, a quelle più complesse, alla coordinazione motoria, allo stato dei visceri e ai primi, precocissimi vissuti psichici, sentimenti primordiali, come dice Damasio, senso del sé, modelli operativi interni, soggettività e molto altro. Tutta questa memoria non potrà mai essere ricordata: resta "implicita" (n.d.c.).

la memoria esplicita, narrativa, come avviene ad esempio in una psicoterapia, di narrazioni coerenti, permette di far emergere stati del Sé che vengono integrati a livelli organizzativi sempre più complessi.

Le esperienze relazionali primarie sono connesse agli aspetti non verbali della comunicazione materna, come i ritmi e le intonazioni della voce genitoriale, i movimenti, il modo in cui il bimbo viene cambiato, preso in braccio, cullato, manipolato che implicano affetti ed emozioni memorizzati a livello implicito. Esperienze traumatiche di varia natura, talora lievi ma ripetute nel tempo in epoca precoce, possono portare ad affetti ed emozioni memorizzate dal bimbo a livello di memoria implicita.

## 6. Traumi infantili e neuroscienze

Le conoscenze neuroscientifiche hanno trovato una applicazione in ambito psicologico e psicoterapeutico nel trattamento dei traumi: il trauma è considerato un tema di interesse tra psicologia e neuroscienze<sup>5</sup>, che studia come le esperienze, le più precoci, memorizzate nella memoria implicita, possano apportare cambiamenti nella struttura e nelle funzioni cerebrali, nel patrimonio neurobiologico di cui il soggetto è dotato.

Un sistema importante implicato nelle modificazioni neurobiologiche a seguito di esperienze traumatiche è l'asse ipotalamo-ipofisi-surrene, che si attiva in situazioni ansiogene e stressanti: i livelli plasmatici di glucocorticoidi aumentano durante lo stress e modulano le diverse funzioni fisiologiche (pressione arteriosa, frequenza cardiaca).

L'esposizione nell'infanzia a esperienze trascuranti o maltrattanti o ad eventi traumatici determinerebbe la compromissione morfo-funzionale del sistema limbico e dell'emisfero destro, a causa del mancato sviluppo di adeguate connessioni neurali (Schore, 2003b); secondo alcune ricerche (Teicher, 2010) verrebbe alterata la connettività tra i due emisferi.

Il trauma è anche stato definito da Ansermet e Magistretti la "malattia della plasticità neuronale": meccanismi molecolari e cellulari ad esso connessi sarebbero gli stessi implicati nei processi di apprendimento e memoria (Ansermet, Magistretti, 2004), ma al contrario dell'apprendimento il substrato neurobiologico del danno provocato dal trauma implicherebbe un impoverimento della adeguatezza della connettività sinaptica, una inibizione delle potenzialità plastiche delle strutture neuronali.

Un ambiente a rischio nella prima infanzia potrà determinare un legame di attaccamento insicuro e ritardare il processo di neurosviluppo del-

5. Una trattazione più approfondita della tematica si potrà trovare nel testo Cena, Imbasciati "Neuroscienze e teoria psicoanalitica", Springer, 2014.

le regioni frontali e limbiche, implicate nella regolazione affettiva (Schoore, 2003a,b). Stress o fatti traumatici che avvengono in epoca precoce avrebbero una influenza più grave a livello del sistema limbico e nel cervello destro, nella processazione inconscia delle emozioni, fondamentale per ogni ulteriore sviluppo.

## Bibliografia

- Ainsworth M.D.S. (1979), "Attachment as related to mother-child interaction", in Rosenblatt J.S., Hinde R.A., Beer C., Busnel M. (a cura di), *Advances in the study of behaviour*, vol. 9, Academic Press, San Diego, CA, 1-51.
- Ainsworth M.D.S., Blehar M.C., Waters E., Wall S. (1978), *Patterns of Attachment, Psychological Study of Strange Situation*, Lawrence Erlbaum, Hillsdale.
- Ainsworth M.D.S., Eichberg C.G. (1991), "Effetti sull'attaccamento bambino-madre del lutto irrisolto della madre per una figura di attaccamento o di un'altra esperienza traumatica", in Parkers C.M., Stevenson-Hinde J., Marris P. (a cura di), *L'attaccamento nel ciclo di vita*, Il Pensiero Scientifico, Roma, 1995.
- Allen J.G., Fonagy P., Bateman A. (2008), *Mentalizing in clinical practice*, American Psychiatric Press, Washington, DC.
- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 5th ed., Washington, DC.
- Ansermet F., Magistretti P. (2004), *A ciascuno il suo cervello. Plasticità neurale e inconscio*. Tr. it., Boringhieri Torino, 2008
- Beebe B., Lachmann F.M. (2002), *Infant Research e trattamento degli adulti*, Raffaello Cortina, Milano.
- Bion W.R. (1962), *Learning from Experience*, Heinemann, London. Tr. it. *Apprendere dall'esperienza*, Armando, Roma.
- Bowlby J. (1951), *Maternal Care and Mental Health*, WHO, Geneva.
- Briggs-Gowan M.J., Carter A.S., Clark R., Augustyn M., McCarthy K.Y.J., Ford J.D. (2010), "Exposure to potentially traumatic events in early childhood: Differential links to emergent psychopathology", *Journal of Child Psychology and psychiatry*, 51, 725-733.
- Cena L., Imbasciati A. (2014), *Neuroscienze e teoria psicoanalitica*, Springer, Milano.
- Cloitre M., Stolbach B.C., Herman J.L., Van der Kolk B., Pynoos R., Wang J., Petkova E. (2009), "A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity", *Journal of Traumatic Stress*, 22, 399-408.
- Council of Europe (1981), *Criminological Aspects of the Ill Treatment of Children in the Family*, vol. XVIII, Council of Europe, Strasbourg.
- Crittenden P.M. (1979-2004), *CARE-Index: Coding Manual*, Unpublished manuscript, Miami, FL.
- Crittenden P.M. (1985), "Maltreated Infants: Vulnerability and Resilience", in *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 26, 85-96.
- Crittenden P.M. (1985), "Social networks, quality of child-rearing, and child development", *Child Development*, 56, 1299-1313.

- Crittenden P.M. (1992), "Children's strategies for coping with adverse home environments", *International Journal of Child Abuse and Neglect*, 16, 329-343.
- Crittenden P.M. (1994), *Nuove prospettive sull'attaccamento: teoria e pratica in famiglia ad alto rischio*, Guerini, Milano.
- Crittenden P.M. (1997), *Pericolo, sviluppo e adattamento*, Masson, Milano.
- Crittenden P.M., Ainsworth M.D.S. (1989), "Child maltreatment and attachment theory", in Cicchetti D., Carlson V. (a cura di), *Child maltreatment and attachment theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*, Cambridge University Press, New York.
- Crittenden P.M., Ainsworth M.D.S. (1994), "Il maltrattamento sui bambini e la teoria dell'attaccamento", in Crittenden P.M., *Nuove prospettive sull'attaccamento: teoria e pratica in famiglia ad alto rischio*, Guerini, Milano.
- Crittenden P.M., DiLalla D.L. (1988), "Compulsive compliance: The development of an inhibitory coping strategy in infancy", *Journal of Abnormal Child Psychology*, 16, 585-599.
- Di Blasio P. (2000), *Psicologia del bambino maltrattato*, Il Mulino, Bologna.
- Di Blasio P., Calammeni M., Malagoli Togliatti M. (1999), *Maltrattamento e abuso all'infanzia*, FrancoAngeli, Milano.
- Duckworth M., Follette V. (2011), *Retraumatization*, Routledge, New York.
- Ferenczi S. (1932), "Confusione delle lingue tra adulti e bambini", in *Fondamenti di psicoanalisi*, 3, Guaraldi, Rimini, 1974.
- Finkelhor D., Turner H., Ormrod R., Hamby S. (2010), "Trends in childhood violence and abuse exposure: evidence from two national survey", *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 164, 238-242.
- Fonagy P. (2001), *Attachment Theory and Psychoanalysis*, Other Press, NJ.
- Fonagy P., Target M (2001), *Attaccamento e funzione riflessiva*, Raffaello Cortina, Milano.
- Gibson S., Connorroy S., Bell C. (1995), *Operating the Child Protection System*, HMSO Pub., London.
- Imbasciati A., Cena L. (2013), "Curare i bambini curando i genitori", in Artoni C. (a cura di), *Quaderni di psicoterapia infantile*, 68, 11-19.
- Khan M.M.R. (1974), "Distorsione dell'io, trauma cumulativo e ruolo della ricostruzione nella situazione analitica", in Khan M.M.R., *Lo spazio privato del sé*, Bollati Boringhieri, Torino, 1979.
- Lyons-Ruth K., Jacobvitz D. (1999), "Attachment disorganization. Unresolved loss, relational violence, and lapses in behavioral and attentional strategies", in Cassidy J., Shaver P.R. (a cura di), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*, Guilford Press, New York, 520-554. Tr. it. *Manuale dell'attaccamento*, Fioriti, Roma, 2002.
- Main M., Hesse E. (1990), "Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism?", in Greenberg M.T., Cicchetti D., Cummings E.M., *Attachment during the preschool years: Theory, research and intervention*, University of Chicago Press, Chicago, 161-182.
- Mancia M. (2007), *Psicoanalisi e neuroscienze*, Springer, Milano.
- Moccia G. (2009), "Teorie psicoanalitiche del funzionamento mentale inconscio e teoria del codice multiplo", in Moccia G., Solano L., *Psicoanalisi e neuroscienze*, FrancoAngeli, Milano.

- Nader K. (2008), *Understanding and assessing trauma in children and adolescents: Measures, methods and youth in context*, Routledge, New York.
- Perry B.D., Pollard R.A., Blakley T.L., Vigilant D. (1995), "Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaptation, and 'Use-dependent' Development of the Brain: How 'States' Become 'Traits'", *Infant Mental Health Journal*, 16.
- Schore A.N. (2001), "The effect of secure attachment relationship on right brain development, affect regulation and infant mental health", *Infant Mental Journal*, 22, 7-66.
- Schore A.N. (2003a), *Affect dysregulation and disorder of the self*, Norton, New York.
- Schore A.N. (2003b), *Affect regulation and the repair of the self*. Tr. it. *La regolazione degli affetti e la riparazione del sé*, Astrolabio, Roma, 2008.
- Siegel D.J. (1999), *La mente relazionale. Neurobiologia dell'esperienza interpersonale*, Raffaello Cortina, Milano, 2001.
- Spitz, R.A. (1946), "Hospitalism. A follow-up report on investigation" described in volume I, 1945, *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 113-117.
- Teicher M.H. (2010), "Commentary: Childhood abuse: new insights into its association with posttraumatic stress, suicidal ideation, and aggression", *Journal of pediatric Psychology*, 35 (5), 578-580.
- van der Kolk B.A. (1994), "The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress", *Harvard Review of Psychiatry*, 1, 253-265.
- Welsh Office, Great Britain (1991), *Child Protection Register: Statistics of Wales*, 199, Welsh Office, GB, 1992.
- WHO (2002), *World Report on Violence*, WHO, Geneva.
- Winnicott D.W. (1965), *The Maturation Processes and the Facilitating Environment*, Hogarth Press, London.
- Yule W. (2000), *Disturbo Post-Traumatico da Stress. Aspetti Clinici e Terapia*, McGraw-Hill, Milano.