

Marinella Malacrea*

ESPERIENZE SFAVOREVOLI INFANTILI LE PREMESSE TEORICHE

1. *La violenza all'infanzia*¹

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha presentato a Bruxelles il 3 ottobre 2002 il Primo Rapporto Mondiale su Violenza e Salute, che ha dato avvio alla Campagna globale per la prevenzione della violenza. Il principio base di questa iniziativa, che si profila come innovativa e importante quanto la Convenzione ONU sui diritti del fanciullo, è che *la violenza è un primario problema di salute pubblica nel mondo intero e che bisogna fare congrui investimenti in ogni nazione per prevenirla e curarne le conseguenze.*

Almeno 4 dei 7 capitoli di cui si compone il Rapporto² (Abuso e trascuratezza nell'infanzia da parte di genitori e datori di cure, Violenza sessuale, Violenza giovanile, Violenza da parte di partner intimi) attestano la centralità del problema della violenza sui minori. I principali messaggi del Rapporto, a partire dalla già citata affermazione di base, attestano che:

- in aggiunta alla morte e alla disabilità, la violenza contribuisce a una varietà di altre conseguenze sulla salute (alcool, droga, fumo, disturbi alimentari e del sonno, HIV e malattie sessualmente trasmesse)

- la violenza è prevenibile, non è un problema sociale intrattabile o una parte inevitabile della condizione umana

- la violenza è il risultato dell'interazione di fattori individuali, familiari, comunitari e strutturali

- un approccio scientifico di salute pubblica basato sulla prevenzione può contribuire a ridurre la violenza.

Colpisce innanzitutto la novità culturale costituita dalla determinazione a "dare il giusto nome alle cose", riconoscendo, in accordo con l'attuale ricerca che lo conferma ad ogni livello (sociologico, medico, psicologico), l'esistenza per gran parte dell'umanità di condizioni gravemente turbative del benessere e dei processi di sviluppo, non dovute a fatalità, ma a processi di trauma e vittimizzazione, tanto più pericolosi quanto più l'insidia risiede nelle relazioni, come quelle familiari, naturalmente preposte a dare benessere.

Come rileva lo stesso Rapporto su Violenza e Salute, esiste un'incontestabile correlazione tra culture locali dei popoli e principi di allevamento e cura dei piccoli per quanto concerne ciò che è ritenuto lecito e corretto per gli adulti che esercitano tali funzioni, e le differenze in proposito nel mondo sono certamente rilevanti; eppure c'è generale accordo trasversalmente alle culture che comportamenti di abuso nei confronti dell'infanzia non devono essere tollerati ed esiste anche una sostanziale unanimità che di abuso si tratti almeno quando si parla di pratiche disciplinari dure e di abuso sessuale.

* Neuropsichiatria infantile, psicoterapeuta, responsabile attività clinica Centro TIAMA, responsabile tecnico scientifico Progetto Equal TIAMA (IT-G2LOM-023).

¹ Si veda anche il sito www.centrotiama.it, sezione 'Perché TIAMA'.

² **RAPPORTO SU VIOLENZA E SALUTE** (WORLD HEALTH ORGANIZATION (2002) *World Report on Violence and Health*, Geneva, Switzerland)

- VIOLENZA GIOVANILE
- ABUSO E TRASCURATEZZA NELL'INFANZIA DA PARTE DI GENITORI E DATORI DI CURE
- VIOLENZA DA PARTE DI PARTNER INTIMI
- ABUSO DEGLI ANZIANI
- VIOLENZA SESSUALE
- VIOLENZA AUTODIRETTA
- VIOLENZA COLLETTIVA

Ricordiamo quindi la definizione ampia dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, che nel 1999 dichiarava: “*Per maltrattamento all’infanzia (child abuse or maltreatment) si intendono tutte le forme di cattiva cura (ill-treatment) 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*”.

Si tratta di una definizione che ha il vantaggio di superare i problemi relativi sia alla intenzionalità o meno dei comportamenti commissivi od omissivi sia circa le cause o le conseguenze delle azioni e che, inoltre, non esclude forme di violenza che possono verificarsi in contesti anche extrafamiliari. E’ tuttavia fuor di dubbio che la violenza e l’abuso assumono prevalentemente le caratteristiche di fenomeni intrafamiliari che come è noto restano spesso segreti e non visibili.

Con la consapevolezza che la violenza rappresenta un fenomeno composito e multiforme, le cui diverse manifestazioni non si presentano quasi mai separate o scindibili, analizziamone le principali forme: trascuratezza, maltrattamento fisico, maltrattamento psicologico e abuso sessuale.

Va posta inoltre attenzione all'emergenza di forme nuove di violenza quali la riduzione in schiavitù, la prostituzione, il coinvolgimento nella pornografia o la emarginazione derivante dalla immigrazione clandestina.

Per *trascuratezza* si intende la grave e/o persistente omissione di cure nei confronti del bambino o gli insuccessi in alcune importanti aree dell'allevamento che hanno come conseguenza un danno significativo per la salute o per lo sviluppo e/o un ritardo della crescita in assenza di cause organiche. L'estremo della trascuratezza è l'abbandono (morale e/o materiale).

Per *maltrattamento fisico*, si intende la presenza di un danno fisico dovuto ad aggressioni fisiche, maltrattamenti, punizioni corporali o gravi attentati all'integrità fisica e alla vita³.

Per *maltrattamento psicologico*, si intende una relazione emotiva caratterizzata da ripetute e continue pressioni psicologiche, ricatti affettivi, indifferenza, rifiuto, denigrazione e svalutazioni che danneggiano o inibiscono lo sviluppo di competenze cognitivo-emotive fondamentali quali l'intelligenza, l'attenzione, la percezione, la memoria.

Per *abuso sessuale*, si intende il coinvolgimento di un minore in atti sessuali, con o senza contatto fisico, a cui non può liberamente consentire in ragione dell'età e della preminenza dell'abusante, lo sfruttamento sessuale di un bambino o adolescente, la prostituzione infantile e la pornografia.

Negli anni '90 un autore americano, Felitti⁴, e il suo staff di ricerca, hanno opportunamente introdotto nel complesso dibattito su maltrattamenti e abusi nell'infanzia la nozione di *Esperienze Sfavorevoli Infantili* (ESI) per indicare quell'insieme di situazioni vissute nell'infanzia che incidono significativamente sui processi di attaccamento e che si possono definire come 'incidenti di percorso' negativi più o meno cronici rispetto all'ideale percorso evolutivo sia sul piano personale che relazionale. Esse comprendono tutte le forme di abuso all'infanzia subito in forma diretta, come abuso sessuale, maltrattamento psicologico, fisico, trascuratezza; e le condizioni subite in forma indiretta che rendono l'ambito familiare imprevedibile e malsicuro, come per esempio alcolismo o tossicodipendenza dei genitori, malattie psichiatriche e soprattutto violenza assistita, cioè il coinvolgimento del minore, attivo e/o passivo, in atti di violenza compiuti su figure di riferimento per lui affettivamente significative.

Nella stessa linea si pone l'attenzione recentemente sviluppata dagli studiosi nei confronti dell'*abuso* e della *trascuratezza emozionale*, che sono definiti come modi di relazione pericolosi tra il datore di cura e il bambino, anche se non implicano contatto fisico. O'Hagan⁵ (1995)

³ Vedi www.centrotiama.it, sezione 'Centro di documentazione', tabella UNICEF.

⁴ Felitti V.J., Anda R.F., Norderberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P., Marks J.S. (2001) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. In: Franey K., Geffner R., Falconer R. (Eds) *The cost of child maltreatment: who pays? We all do*, S.Diego, CA: Family Violence and Sexual Assault Institute.

⁵ O'HAGAN, K.P. (1995) Emotional and psychological abuse: problems of definition, *Child Abuse and Neglect*, 19, 4, 449-461.

distingue opportunamente tra l'abuso emozionale e il maltrattamento psicologico: se il primo, infatti comporta da parte dell'adulto una reazione emozionale stabile, ripetitiva e inappropriata all'esperienza del bambino, il secondo, nella sua forma di denigrazione verbale, critiche e svalutazioni, si configura più come risposta comportamentale e attiva. L'intenzione di nuocere al bambino è irrilevante nella definizione. Si tratta di forme di mal-trattamento che non comportano interazioni segrete, e sono quindi facilmente oggetto di osservazione; nonostante la loro diffusione e frequenza, l'abuso e la trascuratezza emozionale sono forme spesso misconosciute e sottovalutate di abuso all'infanzia. Il maggiore problema nasce dal fatto che abuso e trascuratezza emozionale avvengono, in misura gravemente dannosa per il bambino, anche se i datori di cura (quasi sempre i genitori) non sono consapevoli della pericolosità del loro comportamento. Un altro problema è costituito dal fatto che non esiste, nel campo dell'abuso emozionale, una netta soglia tra ciò che è abuso e ciò che non lo è, a differenza da altre forme di abuso all'infanzia (pensiamo al maltrattamento fisico, o all'abuso sessuale). In questi casi esiste una sorta di continuum, all'interno della relazione genitori-figli, dal "buono" al "maladattivo" al dannoso al punto da meritare la definizione di "abuso". Per contro, studi mirati alla rilevazione del pensiero comune sia nei professionisti della legge o del sociale sia nella gente comune, all'interno di una condivisa appartenenza culturale, ha dimostrato sorprendentemente che c'è alta convergenza di pareri circa quali comportamenti o quali espressioni verbali costituiscano abuso emozionale.

Glaser⁶ (2002) propone di passare da definizioni che individuano specifici comportamenti dei genitori con i figli a definizioni che implicano atteggiamenti più trasversali all'intera relazione genitori-figli. L'autrice individua le seguenti aree di rischio: indisponibilità, trascuratezza, non responsività emozionale; qualificazioni negative e mistificanti del bambino; interazioni con il bambino inappropriate o incongrue rispetto alla fase evolutiva; mancato riconoscimento e mancata consapevolezza dell'individualità del bambino e dei confini psicologici; mancata promozione dell'adattamento sociale del bambino.

L'abuso emozionale è, abbastanza comprensibilmente, quasi una costante nei casi di maltrattamento e di trascuratezza fisica; alcuni autori hanno stimato al 90% la sua compresenza nelle altre forme di abuso (Claussen, Crittenden, 1991⁷). Il dato che più preoccupa è relativo al fatto che proprio la compresenza di tale componente è predittiva dei successivi danni evolutivi che il bambino maltrattato manifesterà, ben più della gravità del mal-trattamento subito.

2. L'esperienza traumatica

Un'attenzione globale a tutte le forme di Esperienze Sfavorevoli Infantili è anche, e soprattutto, in linea con il più moderno sviluppo delle conoscenze sul complesso delle situazioni di cattiva cura nei confronti dei bambini e sulla patogenesi delle conseguenze dannose ad esse correlate.

Ciò che le accomuna, e rende anche così poco differenziabili le loro conseguenze in termini di sintomi e comportamenti, è il fatto che producendo un danno importante nei processi di attaccamento deformano traumaticamente l'assetto della personalità, con riflessi tangibili anche a livello organico.

Gli studi neurobiologici sullo sviluppo mentale infantile dicono con sicurezza che l'esperienza dà direttamente forma alle strutture cerebrali e che (al contrario di quanto si è per lungo tempo creduto) il cibo esperienziale per la mente non è la intensa stimolazione sensoria, ma l'esistenza di legami in cui, nella comunicazione collaborativa, si sviluppi la sintonizzazione tra la mente del bambino e quella del genitore (Siegel, 1999⁸; Siegel, in press⁹) e la mente impari le basi e i metodi

⁶ GLASER, D. (2002) Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework, *Child Abuse and Neglect*, 26, 697-714.

⁷ CLAUSSEN, A., CRITTENDEN, P. (1991) Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment, *Child Abuse and Neglect*, 15, 5-18.

⁸ SIEGEL, D.J. (1999) *The Developing Mind*. Tr. It. La mente relazionale, Raffaello Cortina, Milano, 2001.

⁹ SIEGEL, D.J. (in press) An interpersonal neurobiology of psychotherapy: the developing mind and the resolution of trauma.

dell'auto promozione e dell'auto organizzazione. Se proprio i legami sono invece fonte di esperienze negative e traumatiche, ne risulta una inadeguatezza del processo di sviluppo del bambino che può trovare espressione in tutte le aree di funzionamento cognitivo ed emotivo.

Perry (Perry et al¹⁰, 1995) sottolinea la possibilità, soprattutto nei bambini piccoli, che i circuiti neuroendocrini attivati dal trauma divengano permanenti, alterando la plasticità cerebrale e condizionando la personalità del futuro adulto. Bremner¹¹ in un articolo recente (2003) riprende e dettaglia lo stesso concetto: lo stress in età precoce è associato con alterazione duratura nei circuiti cerebrali e nel sistema che media la risposta allo stress (asse ipotalamo-ipofisi-corticosurrenale sistema nor-adrenergico). Anche altri sistemi cerebrali di fondamentale importanza per gli esiti comportamentali vengono alterati, come i sistemi delle benzodiazepine, degli oppioidi endogeni, della dopamina e dei **neuropeptidi**, con ricadute sul funzionamento dell'ippocampo, dell'amigdala, della corteccia prefrontale. Proprio queste permanenti alterazioni starebbero alla base del mantenimento delle reazioni post traumatiche, che si manifestano come PTSD, depressione e altre psicopatologie.

Il problema che subito si pone è quello di definire in qualche modo che cosa si intenda per esperienza traumatica. Alcune precisazioni interessanti a questo proposito sono fornite da L. Terr¹² (1991), che definisce il trauma come il risultato mentale di un "colpo" o una serie di "colpi" improvvisi che destabilizzano temporaneamente il giovane, e che fanno fallire le ordinarie strategie con cui si affrontano gli eventi esterni e le operazioni difensive. Questo concetto non include solo quelle condizioni segnate da un'intensa reazione di sorpresa, ma anche quelle caratterizzate da una precedente previsione. Tutti i traumi infantili, che derivano ovviamente dall'esterno e non possono nascere esclusivamente nel pensiero del bambino, causano una serie di cambiamenti nelle modalità di funzionamento psicologico. L'autrice suddivide due tipologie di trauma con diverse caratteristiche: quello di primo tipo, che è la conseguenza di un evento unico e improvviso, e quello di secondo tipo, che invece deriva da un abuso prolungato e ripetuto. Mentre nei traumi di primo tipo c'è la tendenza a ritornare sul ricordo, di solito completo, dettagliato e ben impresso, per tentare un rimaneggiamento retrospettivo e una rivalutazione cognitiva, nei traumi di secondo tipo più facilmente la vittima ricorre al diniego e alla paralisi psicologica. Analoghe riflessioni emergono dal lavoro di Glaser (2000), che distingue invece tra trauma acuto (overwhelming experience) e stress cronico.

Si può affermare che mentre nel trauma acuto il soggetto si comporta nei confronti dell'esperienza traumatica come nei confronti di un corpo estraneo da espellere attraverso l'equivalente di una florida reazione infiammatoria, nel trauma o stress cronico ciò non avviene. Questa differenza è tanto più evidente quanto più è precoce l'esperienza sfavorevole. Infatti molte situazioni di abuso e trascuratezza, benché sicuramente produttrici di uno stato emozionale gravemente negativo, non vengono percepite dal bambino come sopraffacenti nel modo delle tipiche esperienze traumatiche. Ciò accade spesso proprio a causa della cronicità della vittimizzazione infantile, che rende l'esperienza paradossalmente predicibile e quindi perversamente funzionale alla continuità del sé, che, come è noto, è una componente fondamentale dello stato di benessere psichico. Ma l'assenza dello sconvolgimento acuto non ha alcuna valenza protettiva, anzi apre la strada a un effetto pervasivo a carico dei processi di regolazione psicologici e biologici presenti nel bambino, dando luogo a reazioni più complesse e ancor più nefaste del disturbo da stress post traumatico. Si parla in questi casi di "trauma interno all'identità" opposto al "trauma esterno all'identità" che caratterizza le situazioni di trauma acuto.

¹⁰ Perry B., Pollard R., Blakley T., Baker W., Vigilante D. (1995) Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and "use-dependent" development of the brain: how "states" become "traits", *Infant Mental Health Journal*, 16, 271-291.

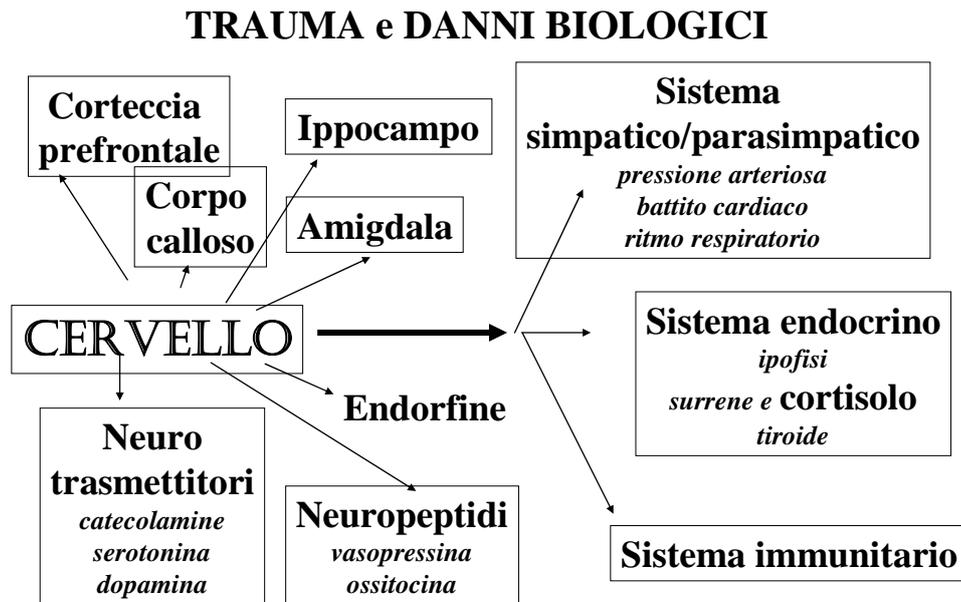
¹¹ Bremner J.D. (2003) Long-term effects of childhood abuse on brain and neurobiology, *Child and Adolescent Psychiatric Clinic of North America*, 12 (2), 271-292.

¹² TERR, L. (1991), "Childhood traumas: an outline and overview". In *American Journal of Psychiatry*, 148, pp. 10-20.

3. La biologia della risposta al trauma

Vale la pena di fare un accenno a questo tema (Glaser, 2000, Malacrea, 2004¹³), accenno forzatamente breve e superficiale.

3.1. Le esperienze negative - stress - in ragione della loro intensità e durata producono *effetti somatici registrabili*, a partire da una sostanziale e automatica modificazione degli equilibri fisiologici, con ricaduta sull'asse ipotalamo-pituitario-surrenalico, sul sistema nervoso autonomo (simpatico/parasimpatico), sul complesso dei neurotrasmettitori e sul sistema immunitario.



MALACREA M, 2007

In particolare si producono importanti conseguenze a livello cerebrale:

- 3.1.1 Vengono sollecitati il sistema delle catecolamine (adrenalina e noradrenalina, dopamina) e della serotonina, centrali nella reazione 'fight or flight'. Se ripetuta, tale sollecitazione provoca un danno nel funzionamento della corteccia prefrontale, sede della memoria operativa, della concentrazione, dell'efficienza comportamentale sul versante cognitivo. Provoca anche una disregolazione del sistema attivazione/inibizione delle risposte comportamentali affettive. A causa della tossicità dovuta all'accumulo di catecolamine, la persistenza delle situazioni di stress provoca a lungo termine una diminuzione del volume cerebrale, di aree del corpo calloso (fondamentale connessione tra gli emisferi), con espansione dei ventricoli cerebrali.
- 3.1.2 Per diminuire l'esposizione all'iperattivazione di quei neurotrasmettitori, soprattutto quando alla loro presenza non può far seguito alcuna utile reazione di fuga dal pericolo o di attacco e neutralizzazione dell'agente traumatico (impotenza intrinseca delle situazioni di stress cronico), vengono messi in campo sistemi compensatori. Essi sono essenzialmente di due tipi:
- a) prevale l'attivazione del sistema dopaminergico e poiché i recettori della dopamina coincidono in diverse aree cerebrali con quelli degli oppioidi, vengono sollecitati il

¹³ Malacrea M. (2004) La terapia nell'abuso all'infanzia: le ragioni teoriche dell'evidenza clinica, *Connessioni*, anno VIII, n.14, 81-100.

nervo vago e il sistema parasimpatico, che agiscono sulla percezione dello stimolo traumatico. Attraverso la produzione paradossa di endorfine (solitamente attivate da esperienze di conforto, ma qui attivate paradossalmente in presenza di disagio e pericolo) si ottiene uno "spegnimento" della reazione 'fight or flight', con importanti conseguenze sul piano fisico ("congelamento", diminuzione del ritmo cardiaco) e mentale (dissociazione).

b) viene attivata l'iperproduzione di **cortisolo** e **glucocortisolo**, riconosciuto come l'"ormone dello stress", in quanto media il coping nelle situazioni traumatiche. Esso agisce deprimendo la reazione allo stress, provocando adattamento allo stesso. Nei casi in cui la situazione è dominabile tale reazione è temporanea fino alla risoluzione dell'esperienza negativa, ma nei casi cronici, in cui la fonte del disagio è forte e incontrollabile, avviene una pericolosa disregolazione della produzione di cortisolo, sia con sopraelevazione costante dei valori di base sia con lo slivellamento in basso degli stessi.

3.1.3 I sistemi compensatori, che sono facilmente connettabili a difese psichiche, sono anch'essi pericolosi, se eccessivi in quantità e durata: il primo perchè impedisce la reazione all'evento traumatico e quindi di sottrarsi ad esso, ma ancor più per il suo carattere massivo, che comporta da un lato grande dispiego di energie psichiche per ottenere il disimpegno dalla realtà e dall'altro inaccessibilità ai fattori relazionali di conforto; il secondo perchè, essendo l'eccesso di cortisolo tossico per i neuroni, provoca danni a vari livelli cerebrali, sia diminuendo globalmente il volume del cervello - sinergicamente alle catecolamine - sia rendendo inefficienti particolari aree come l'ippocampo, sede in cui vengono integrati i differenti aspetti della memoria. E' altresì evidente che i due sistemi di spegnimento competono l'uno con l'altro e non configurano scelte definitive ma due stati pronti a virare dando luogo automaticamente all'altro.

3.1.4 Lo stress cronico modifica in modo permanente la regolazione del sistema soglia - spegnimento - riattivabilità, dove 'soglia' concerne la quantità di stimolo necessaria a produrre una risposta da stress, 'spegnimento' riguarda la capacità del soggetto di estinguere la reazione, 'riattivabilità' rappresenta l'attitudine a tornare in stato di eccitazione dopo lo spegnimento anche in assenza di congruo stimolo. Per fare alcuni esempi, il soggetto che resta abitualmente in stato di allarme, a causa di esperienze traumatiche pregresse, potrà sviluppare nel tempo una sempre maggiore fragilità di fronte agli stimoli ambientali (abbassamento della soglia della reazione da stress) con conseguente instabilità psicofisica e incremento delle occasioni di riattivazione traumatica (aumento della riattivabilità). Al contrario, potrà anche avvenire che la cronicità degli eventi stressanti induca nel soggetto una depressione della reazione, che porta al misconoscimento della situazione minacciosa (innalzamento della soglia) con tardività delle reazioni di compenso; anche questo insieme può essere facilitato dalla ripetizione di situazioni simili, con diminuzione della possibilità di scegliere meccanismi di reazione diversi (aumento della riattivabilità). E' evidente che ogni distorsione, in più o in meno, del fisiologico sistema soglia - spegnimento - riattivabilità è dannoso.

3.1.5 Lo stress cronico attiva in modo permanente alcune aree cerebrali e ne disattiva altre. Ad esempio è stata dimostrata una maggiore sollecitazione del lobo frontale destro, specializzato per l'espressione di sentimenti negativi, di tristezza, a scapito del lobo frontale sinistro, connesso a emozioni positive, come la gioia; viene ipersollecitata l'amigdala, sede in cui viene percepita la paura; viene disattivato l'ippocampo, sede dell'integrazione dei ricordi.

3.2 *Sul piano psicologico* il riflesso di quanto sopra è costituito da modelli operativi interiorizzati (MOI) caratteristici e riconoscibili.

Ciò è vero sia sul piano del sistema di significati che determina il comportamento del soggetto traumatizzato, sia sul piano delle condotte relazionali, sia sul piano delle strategie difensive. Tipicamente chi è stato vittima di esperienze traumatiche, specie se croniche, ha interiorizzato una 'filosofia' basata sull'assunto di un "mondo malevolo", opposta quindi alla "fiducia di base" e orientata alla messa in atto di 'profezie che si autodeterminano' nelle relazioni significative, quanto più comportano intimità e dipendenza. Sentirsi impotenti e traditi dai più prossimi, induce un iperallarme che genera diffidenza e propensione a strumentalizzare, da un lato: con ovvie conseguenze di espulsione da parte della maggioranza degli altri; d'altro canto, la moltiplicazione delle esperienze negative conseguenti a quei comportamenti, porta il soggetto a ipotizzare una più o meno oscura colpa originaria, che se, da un certo punto di vista, dà qualche senso al proprio destino infausto, è fonte di un profondo e corrosivo malessere e di distonia con l'autoimmagine (il 'sé come bene danneggiato/svalutato'). La 'cattiva stella' delle vittime di esperienze traumatiche comporta dunque che la distorsione dei modelli operativi interiorizzati le renda candidate ideali al ripetersi senza fine di altre, e congruenti, esperienze traumatiche (abbandono, tradimento, espulsione, aggressione e quant'altro) che perpetuano un quadro di 'deserto affettivo', se non di 'giungla affettiva', rinforzando a spirale per il soggetto la credibilità e l'impermeabilità proprio dei MOI distorti e funesti.

3.3 In tutti questi aspetti, si evidenzia che la *reazione al trauma* è pericolosa quanto il trauma stesso, non soltanto per la sua qualità, come vedremo poco oltre, ma per il fatto che essa scatta istantanea, automatica, ripetitiva, cortocircuitando la possibilità della mente di far fronte allo stimolo traumatico in modo non disfunzionale e condizionando le espressioni relazionali della vittima.

D'altro canto per convivere con l'idea di un "mondo malevolo", reso certo dai modelli operativi interiorizzati sopra descritti, e continua fonte di ripetitive esperienze traumatiche, è inevitabile l'adozione di movimenti difensivi. Sappiamo che anche tali movimenti difensivi sono, nelle vittime, caratteristici e riconoscibili: di più, privi di alternative sul piano neuropsicologico. Quanto già descritto in termini di mediatori chimici nel punto 1), si esprime, psicologicamente parlando, attraverso comportamenti improntati all'iperarousal (hyperarousal) o all'iperadattamento o al congelamento dissociativo:

3.3.1 Il primo può essere descritto come uno stato di allarme permanente, di attivazione e instabilità psichica continua, che non trova scarico in comportamenti utili e finalizzati di attacco o fuga, a cui fisiologicamente dovrebbe corrispondere: pensiamo all'immagine di un cavo elettrico scoperto, pronto a dare indifferenziatamente la scossa a chi si avvicini, con un alto grado di imprevedibilità. Spesso lo scarico è su se stessi, capace di produrre sintomi fisici e psichici, fissati o alternanti. In ogni caso gravemente deficitaria è la regolazione delle emozioni e dei comportamenti, i sistemi di autocontrollo sono permanentemente a rischio di scompensazione. La sensibilizzazione del sistema noradrenergico condiziona la stimolazione di funzioni psicologiche, cognitive, comportamentali mediate dallo stesso sistema, e spiega la natura dei sintomi di questi bambini traumatizzati: iperattività, ansia, comportamento impulsivo, disturbi del sonno ecc. Questo tipo di risposta è più comunemente visto nei maschi adulti e nei bambini più grandi.

3.3.2 L'iperadattamento si basa sull'ipersecrezione di cortisolo, che abbassa la reazione allo stimolo stressante. Ne possono derivare apparenti equilibri, con serie conseguenze di depressione delle risorse cerebrali preziose per la crescita. I bambini sottoposti a gravi esperienze di deprivazione mantengono il livello di base del cortisolo elevato: si vedano ad esempio gli studi compiuti sui bambini ospiti dei brefotrofi della Romania, citati in Glaser, 2000. Questo stato è significativamente connesso a una aumentata vulnerabilità allo stress: paradossalmente, i soggetti iperadattati non hanno consolidato i propri sistemi omeostatici di fronte alle difficoltà della vita, ma sono sempre sull'orlo della sopraffazione degli stessi.

Hart et al.¹⁴ (1995), studiando le reazioni dei bambini maltrattati ai conflitti in ambiente scolastico, hanno rilevato che, quando intervengano circostanze di stress momentaneo, questi soggetti sopprimono la secrezione del cortisolo. Resnik et al. (1995), studiando le donne vittime di stupro, hanno constatato che quelle portatrici di pregresse esperienze traumatiche avevano un livello di cortisolo basso dopo l'evento, al contrario di quelle non traumatizzate nell'infanzia, che avevano l'atteso aumento della secrezione di cortisolo. Se ne deduce che specie nei soggetti già sensibilizzati da precedenti esperienze traumatiche anche piccoli fattori aggiuntivi di stress possano travolgere la capacità di affrontarlo e indurre reazioni di 'spegnimento' massive, con soppressione anomala della secrezione del cortisolo. A quel punto accade il viraggio all'altro sistema di 'spegnimento' dell'attivazione post traumatica, mediato dal disimpegno psicologico dalla realtà attraverso difese di tipo dissociativo.

3.3.3 La terza via difensiva, quella che cortocircuita la percezione dell'evento stressante (attraverso la produzione paradossa di endorfine), impedendo allo stimolo di attivare qualsiasi risposta, si manifesta in varie forme, solo apparentemente contraddittorie. I bambini piccoli e le femmine, e più in generale quanto più impotente si sente l'individuo, più frequentemente attivano, con una iperreattività che porta fino alla sensibilizzazione, la risposta di "congelamento" fisico e di dissociazione mentale. Si ha quindi un aumento del tono vagale, con i correlati fisiologici che ne seguono (diminuzione della frequenza cardiaca, della pressione ecc.) e, in virtù della produzione paradossa di oppioidi, una alterazione della percezione del dolore, del senso del tempo, dello spazio, della realtà. È interessante che Perry utilizzi proprio la diminuzione della frequenza cardiaca come metodo non invasivo per misurare la dissociazione.

I bambini traumatizzati usano spesso meccanismi di congelamento come risposta all'angoscia. Quando il bambino sperimenta una situazione-stimolo connessa al trauma (connessione di cui egli spesso non è consapevole), si sente profondamente angosciato, e si immobilizza cognitivamente e spesso anche fisicamente. Quando l'adulto gli chiede qualcosa, si comporta come se non avesse sentito, o si rifiuta di aderire alla richiesta. Ciò solitamente attiva altre richieste da parte dell'adulto, spesso accompagnate da ostilità e minacce di punizioni. Queste caratteristiche verbali e non verbali della minaccia fanno sentire il bambino ancora più insicuro e impotente; l'ansia conseguente potrà attivare una più profonda dissociazione. Tutto questo processo spesso non è correttamente interpretato e ciò porta a errori diagnostici, per cui questi bambini sono etichettati come oppositivi e provocatori (cioè con disturbi della condotta). In altri casi la reazione di congelamento può essere male interpretata come assenza di sofferenza psicologica, o come indice di buon adattamento.

3.3.4 Ancora più interessante è notare che, al di là delle apparenze, non c'è sostanziale differenza tra i soggetti che mettono in atto comportamenti di estraniamento, di evitamento marcato, di dissociazione dei ricordi, dei pensieri, degli affetti, e persino delle funzioni fisiche (pensiamo a varie forme di scarico somatico fino a certi arresti della crescita verificatisi in circostanze di trauma nell'infanzia), mostrandosi congelati, e i soggetti che raggiungono lo stesso obiettivo di 'decerebrazione', di anestesia, di non pensiero ricorrendo a una iperattività non finalizzata od ostile. La verifica sul livello di cortisolo corrispondente a questi diversi comportamenti ci è di suggestivo aiuto, in quanto, come sopra detto, l'eccessiva soppressione dell'"ormone dello stress" in circostanze di per sé stressanti ci informa sul fatto che al tentativo di adattamento si è sostituita la fuga dalla realtà; e abbiamo dati certi che al basso livello di cortisolo corrisponde spesso un atteggiamento ritirato e distante, ma anche le esplosioni di aggressività si accompagnano alla stessa soppressione. Ciò accade ad esempio in molte situazioni che possono simulare il disturbo

¹⁴ Hart J, Gunnar M, Cicchetti C (1995) Salivary cortisol in maltreated children. Evidence of relations between neuroendocrine activity and social competence, *Development and Psychopathology*, 7, 11-26.

da deficit attentivo (ADHD), ma anche nei casi in cui sembra persa la competenza sociale e il soggetto agisce aggressivamente in modo antisociale e oppositivo (Hart et al., 1995; McBurnett et al., 2000¹⁵). E' del resto ben comprensibile che il disimpegno mentale abbia un costo altissimo in termini di sensibilità agli altri, di sviluppo di intelligenza emotiva e di capacità di sintonizzazione con l'ambiente relazionale. Questo meccanismo difensivo non soltanto espone il soggetto all'esperienza traumatica senza resistenza, ma distoglie energie preziose dai loro fisiologici scopi.

3.3.5 Ancora più funesti appaiono poi tutti questi sistemi di difesa quando, come spesso avviene, si alternano nello stesso soggetto come in un vortice, rendendo il suo funzionamento incomprensibile e imprevedibile per chi deve prendersene cura e per il soggetto stesso, che non può che ricavarne una più acuta autosvalutazione. L'immagine di un'auto con acceleratore schiacciato a tavoletta (l'ipereccitazione), con il freno a mano contemporaneamente al massimo (l'iperadattamento) e magari con guidatore svenuto (dissociazione e scompensamento della regolazione), può rendere abbastanza realisticamente l'idea dell'effetto dei meccanismi difensivi post traumatici. È importante notare che questo complesso intreccio di reazioni è evidente anche nei bambini, che contrariamente a quanto comunemente si crede, quanto più sono piccoli, tanto più sono sensibili al trauma: negli studi di Perry (Perry et al, 1995) la maggior parte di bambini traumatizzati con PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) mostrano un misto di risposte dissociative e di ipereccitazione.

3.4. Il funzionamento psicologico post traumatico è *riattivabile*. La sovrastimolazione, come avviene nel trauma, di importanti circuiti neuronali durante lo sviluppo, porta alla sensibilizzazione di alcuni di questi, che saranno attivati non solo dal trauma, ma anche da ricordi specifici, sotto varia forma, del trauma stesso. La reattività poi potrà generalizzarsi, sicché il sistema di risposta al trauma del cervello infantile sarà attivato in continuazione anche quando il pericolo non sarà effettivamente presente. Ciò avviene non soltanto a riguardo di esperienze o memorie in qualche modo affini a quelle precedenti negative, ma anche in circostanze che per altri soggetti non vittime non evocherebbero reazioni da stress, mentre nella vittima inducono allarme. E' noto come immagini, sensazioni, eventi non rievocativi della precedente esperienza traumatica e non nuovamente traumatici in sé, possano scatenare reazioni intense di malessere, con tutto il corteo difensivo descritto nel punto precedente. In particolare, persino esperienze in sé positive, ma che comportano intimità e intensità dei legami, e cioè circostanze in cui il soggetto traumatizzato sente aumentare la propria vulnerabilità, possono diventare non raramente riattivatori traumatici. Infatti, ciò è il riflesso comportamentale di quella distorsione del sistema soglia - spegnimento - riattivabilità descritto più sopra.

La riattivabilità del funzionamento post traumatico appare in tutta la sua gravità se aggiungiamo anche che esso neurofisiologicamente cortocircuita la corteccia frontale, e quindi l'elaborazione superiore, verbale, propria di questa sede. Suggestivi studi sperimentali comprovano che l'evocazione di vividi ricordi post traumatici taglia fuori l'attivazione dell'area di Broca dell'emisfero sinistro, connessa al linguaggio e quindi ai processi di simbolizzazione.

Se ne deduce che la possibilità di modificare il sistema soglia - spegnimento - riattivabilità è assai ridotta se vengono inabiliate proprio le funzioni superiori che sarebbero in grado di modularlo.

4. Le conseguenze patologiche

4.1 Ciò che accomuna le diverse situazioni sopra descritte è la loro capacità di produrre una *vasta gamma di esiti patologici*. Il fatto che la maggior parte delle ESI abbia come teatro la famiglia ha come corollario spesso la loro cronicità e quindi una maggiore possibilità di produrre

¹⁵ McBurnett K, Lahey B, Rathouz P, Loeber R (2000) Low salivary cortisol and persistent aggression in boys referred for disruptive behavior, *Archives of General Psychiatry*, 57(1), 38-43.

in coloro che ne sono vittime gravi e invalidanti conseguenze sul piano fisico e psicologico. Si tratta di esperienze spesso capaci di superare le naturali risorse di "resilienza" e adattamento dei soggetti, tanto più se ancora in formazione, e di dar luogo a importanti sofferenze che si trascinano nel tempo dando luogo a patologie che si manifestano dopo mesi, anni o nell'età adulta. Va inoltre tenuto conto che quegli adulti, diventati genitori, corrono un alto rischio di trasmissione intergenerazionale delle condotte maltrattanti/abusanti..

Le statistiche dimostrano che il 50% delle giovani tossicodipendenti e a condotta socialmente deviante e un terzo delle pazienti psichiatriche ambulatoriali è un ex-vittima di abuso sessuale non trattata (Gelinias, 1983¹⁶; Malacrea, Lorenzini, 2002¹⁷). Possiamo da qui facilmente inferire quanto peso specifico sulla patologia adulta possa essere attribuito al complesso di tutte le forme di abuso nell'infanzia, e ancor più al complesso delle Esperienze Sfavorevoli Infantili, che magari non si sono concretizzate in maltrattamenti attivi e puntualmente riconoscibili, ma hanno dato luogo a un 'mal-trattamento' diffuso, attraversato spesso da tutti quei fattori più sopra individuati da Glaser per l'abuso emozionale. Si tratta di gruppi di popolazione certo molto più estesi delle sole vittime di abuso sessuale.

L'AACAP (American Academy of Child and Adolescent Psychiatry) propone uno schema dei sintomi e dei comportamenti che possono presentarsi nei bambini abusati (significativamente correlabili alle reazioni post traumatiche di hyperarousal, depressione, dissociazione), individuando le seguenti categorie:

- *sintomi da angoscia*, come paura, fobie, insonnia, incubi, problemi somatici (come enuresi, encopresi, prurito vaginale o anale, anoressia, obesità, cefalea, mal di stomaco), PTSD;
- *reazioni dissociative* e sintomi isterici, come periodi di amnesia, sogno ad occhi aperti, stati simili alla trance, attacchi isterici, disturbo da personalità multipla;
- *depressione*, manifestata sotto forma di bassa autostima, condotte suicidarie, automutilazioni;
- *disturbi del comportamento sessuale* (sia da 'preoccupation' sia da 'distress').

Rispetto invece alla fase temporale di comparsa, le conseguenze dell'abuso sono suddivise da Violato¹⁸ (1994, ma anche da Malacrea e Vassalli, 1990¹⁹) in tre sottotipi: effetti iniziali (quelli che si manifestano entro i due anni dalla fine dell'abuso), effetti che si prolungano a medio termine, infine gli effetti a lungo termine (quelli che si manifestano dopo più di due anni dalla fine dell'abuso e non sono necessariamente presenti fin dall'inizio).

4.2 Ma vediamo più nel dettaglio le *conseguenze sintomatiche* delle esperienze sfavorevoli infantili.

Innanzitutto l'abuso può portare all'*aggravamento di comportamenti* che, se non sono preoccupanti in se stessi poiché si verificano nella maggior parte dei bambini, lo diventano se si presentano molto frequentemente. Pensiamo, a questo proposito, a difficoltà di addormentamento, fobie e paure, comportamenti regressivi (enuresi, ecc.), richiesta maggiore di attenzione, difficoltà scolastiche (Wells, McCann, et al., 1995²⁰; Hibbard e Hartman, 1992²¹).

In base alle ricerche più recenti, la *depressione* risulta essere il disturbo con maggiore incidenza tra i bambini e gli adolescenti che hanno subito esperienze sfavorevoli infantili (Chapman et al.,

¹⁶ GELINAS, D. (1983), "The persisting negative effects of incest". In *Psychiatry*, 46, pp. 312-332.

¹⁷ Malacrea M., Lorenzini S. (2002) *Bambini abusati. Linee guida nel dibattito internazionale*, Raffaello Cortina, Milano.

¹⁸ VIOLATO, C. (1994), "The effects of childhood sexual abuse and developmental psychopathology". In *Canadian Journal of Behavioral Science*, 23, pp. 282-299.

¹⁹ MALACREA, M., VASSALLI, A. (1990) (a cura di), *Segreti di famiglia*. Raffaello Cortina, Milano.

²⁰ WELLS, R., MCCANN, J., ADAMS, J., VORIS, J., ENSIGN, J. (1995), "Emotional, behavioral, and physical symptoms reported by parents of sexually abused, nonabused, and allegedly abused prepubescent female". In *Child Abuse and Neglect*, 19(2), pp. 155-163.

²¹ HIBBARD, R., HARTMAN, G. (1992), "Behavioral problems in alleged sexual abuse victims". In *Child Abuse and Neglect*, 4(1), pp. 223-230.

2004²²). Può accadere che questo stato depressivo esiti in un suicidio o in un tentativo di suicidio: è stata riscontrata una frequenza di tentati suicidi 13 volte superiore alla frequenza relativa alla popolazione di pari età (il 32% degli abusati ha tentato il suicidio) e una frequenza ancora maggiore di pensiero suicidario (il 43% degli abusati). La tendenza suicidaria può poi comparire in forme più coperte: per esempio, le ricerche riguardo alla tossicodipendenza hanno rilevato che, nella popolazione di donne che hanno corso il pericolo di morire di overdose, il 72% ha riferito di aver subito una qualche forma di abuso sessuale.

L'*ansia* costituisce un altro dei principali sintomi appartenenti al gruppo delle disfunzioni emotive. Può prendere la forma di uno stato di *ipervigilanza* verso i pericoli nell'ambiente non sempre oggettivamente giustificato.

L'*ansia* può essere trasposta nell'eccessiva preoccupazione per il corpo. Spesso ci si riferisce a questi problemi con i termini *psicosomatico* o *somatizzazione*, che suggeriscono l'intreccio tra il disagio psicologico e la salute fisica. I problemi che sono più spesso associati agli episodi di abuso sono: cefalea, mal di stomaco, nausea, disturbi del sonno, anoressia, asma; ma molti altri sintomi di malessere fisico compaiono in questi casi e non trovano spiegazioni fisiologiche (Briere, 1992²³). In un campione di quasi 5900 adolescenti e adulti Sachs-Ericsson et al. (2005) hanno rilevato la presenza di problemi di salute nell'anno precedente l'indagine. Nei soggetti che erano stati vittime di abuso fisico o sessuale o grave trascuratezza nell'infanzia è emersa una correlazione con i problemi di salute. Il fattore di mediazione tra l'esperienza infantile e il ripetuto accesso a prestazioni mediche era costituito dall'attribuzione a malattia fisica dei sintomi somatici conseguenti al funzionamento posttraumatico. Tuttavia non è soltanto la 'lettura' che il paziente tende a dare dei suoi disturbi somatici a provocare una morbilità aumentata, a questo punto per lo più priva di base organica. Le complesse alterazioni post traumatiche del funzionamento cerebrale e, di conseguenza, di tutto l'albero di trasmissione dal cervello agli organi, possono ben rendere ragione di effettivi malfunzionamenti con base organica. Ben documentate, ad esempio, sono le disfunzioni tiroidee.

Anche la *dissociazione* è una delle possibili risposte al trauma. Si tratta di un meccanismo difensivo particolarmente funzionale in concomitanza con l'abuso. Consente di risolvere conflitti inconciliabili, di sfuggire dalle costrizioni della realtà, di isolarsi da esperienze catastrofiche, proteggendo il sé, di sfuggire al dolore, anche fisico, grazie all'effetto analgesico. Tuttavia quando diventa un meccanismo automatico si innesta la patologia, provocando una frattura nel senso dell'identità e della continuità della memoria e dell'integrazione del sé. I disturbi psicopatologici che ne derivano possono essere collocati in uno spettro che va dall'amnesia psicogena a stati di fuga e di depersonalizzazione fino alla grave sindrome da personalità multipla (Ross, 1985). *Il singolo sintomo che maggiormente definisce il disturbo dissociativo è la presenza di stati di simil-trance*, in cui il bambino è assente, spesso a occhi sbarrati, e non sembra in contatto con l'ambiente

4.3 Già nel suo testo del 1992, Judith Herman²⁴ insisteva per la necessità di una nuova concettualizzazione delle conseguenze dei traumi non circoscritti (come quelli per cui si è definita la PTSD) ma ripetuti e prolungati, capaci perciò di provocare profonde deformazioni della personalità e grande vulnerabilità alla ripetizione di eventi simili. Propone quindi la definizione di "*disturbo post-traumatico da stress complesso*" per indicare il limite estremo di gravità di una vasta gamma di esiti, che vanno da quello fuggevole e non bisognoso di cura a quello derivante appunto da eventi traumatici ripetuti e prolungati.

Per la precisione e la completezza del quadro diagnostico che disegna e quindi per il prezioso contributo che fornisce a riguardo della comprensione dei soggetti vittime di abusi nell'infanzia, si

²² Chapman D.P., Whitfield C.L., Felitti V.J., Dube S.R., Edwards V.J., Anda R.F. (2004) Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood, *Journal of Affective Disorders*, 82 (2), 217-25.

²³ Briere J., "Child abuse trauma", Sage Publications, 1992

²⁴ HERMAN, J. L., (1992), *Trauma and recovery: the aftermath of violence*. Basic Books, New York.

ritiene utile riportare nel dettaglio la descrizione data dall'autrice del Disturbo Post-Traumatico da Stress Complesso, che si articola sui seguenti *criteri*:

- Una storia di sottomissione a controllo totalitario per periodi prolungati (mesi o anni). Esempi includono: ostaggi, prigionieri di guerra, sopravvissuti a campi di concentramento e sopravvissuti di alcune sette religiose. Altri esempi includono coloro che sono soggetti a sistemi totalitari nella vita sessuale e domestica, inclusi i sopravvissuti alla violenza domestica, all'abuso sessuale o fisico subito nell'infanzia e allo sfruttamento sessuale organizzato.
- Alterazione nella regolazione degli affetti, inclusi
 - stato disforico continuo
 - preoccupazione suicidaria cronica
 - autolesionismo
 - rabbia esplosiva o eccessivamente inibita (possono alternarsi)
 - sessualità compulsiva o eccessivamente inibita (possono alternarsi)
- Alterazioni dello stato di coscienza, inclusi
 - amnesia o ricordi intrusivi degli eventi traumatici
 - episodi dissociativi transitori
 - depersonalizzazione/derealizzazione
 - rivivere esperienze, sia sotto forma di sintomi intrusivi da disturbo post-traumatico da stress sia sotto forma di ruminazione cognitiva e preoccupazione continua
- Alterazioni nella percezione del Sé, inclusi
 - senso d'impotenza o paralisi dell'iniziativa
 - vergogna, colpa e auto-denigrazione
 - senso di contaminazione o di stigmatizzazione
 - sensazione di essere completamente diversi dagli altri (può includere sentirsi speciali, estrema solitudine, credenza che nessuno possa comprenderci, o senso d'identità non umana)
- Alterazioni nella percezione dell'abusante, inclusi
 - preoccupazioni nella relazione con l'abusante (inclusi i pensieri di vendetta)
 - attribuzione irrealistica di potere assoluto all'abusante (attenzione: il giudizio di realtà sul potere dell'abusante da parte della vittima può essere più realistico di quello che ha il clinico)
 - idealizzazione o gratitudine paradossale
 - convinzione di intrattenere con l'abusante una relazione speciale o soprannaturale
 - accettazione del sistema di credenze o delle razionalizzazioni dell'abusante
- Alterazioni nei rapporti con gli altri, inclusi
 - isolamento e ritiro
 - frantumazione delle relazioni intime
 - ricerca continua di un salvatore (può alternarsi con l'isolamento e il ritiro)
 - fallimenti ripetuti nella capacità di autoproteggersi
- Alterazioni nel sistema dei significati, inclusi
 - perdita di un senso di fiducia durevole

- senso d'impotenza e di disperazione

L'adozione di questo modello di comprensione e descrizione delle conseguenze psicopatologiche dei traumi gravi e continuativi permette, secondo Herman, di evitare il pericoloso 'balletto' dell'attribuzione di un'etichetta psichiatrica "altra" a questa complessa sindrome. L'autrice analizza le tre principali sindromi attribuite alle vittime di trauma, e cioè *il disturbo psicosomatico, il disturbo di personalità borderline e il disturbo di personalità multipla*, rilevando l'impossibilità di arrivare in questi casi a precise definizioni diagnostiche, rimanendo i quadri sintomatologici per molti aspetti embricati trasversalmente alle tre sindromi. Il maggior rischio di una diagnosi psichiatrica non corretta e specifica come disturbo post-traumatico complesso è il ritardo nel ritrovare la connessione tra sofferenza psichica e quadro originante degli eventi, chiave per il processo riparativo.

4.4 Possiamo domandarci se è possibile distinguere le conseguenze dannose di cui stiamo trattando correlandole a specifiche forme di mal-trattamento.

Un recente lavoro di Tamiazzo²⁵ (2006) analizza le principali conseguenze a breve, medio e lungo termine dei mal-trattamenti sullo sviluppo e adattamento dell'individuo suddivise in base alla tipologia di mal-trattamenti.

I dati presentati sono stati ottenuti dall'esame e integrazione dei risultati di diverse ricerche relative all'argomento (Trickett e McBride-Chang, 1995; Cole e Putnam, 1992; DiLillo, 2001; Walzer e coll., 1999; Coffey e coll., 1996a, 1996b; Liem e Boudewyn, 1999; Gibson e Hartshorne, 1996; Hildyard e Wolfe, 2002; Kendall-Tackett e Eckenrode, 1996; Hoffman-Plotkin e Twentyman, 1984; Salzinger e coll., 1993; Dodge e coll., 1995; Haskett e Kistner, 1991; Salzinger e coll., 2001; Lopez e Heffer, 1998; Malinosky-Rummel e Hansen, 1993)²⁶. In realtà, si tratta di una suddivisione ancora incerta e provvisoria, in quanto, nonostante i numerosi studi, i vari autori non sono riusciti a dimostrare con certezza le specifiche conseguenze di ciascuna forma di mal-trattamento; in particolar modo a causa del fatto che raramente le varie tipologie si presentano isolatamente ed è quindi estremamente difficile studiare la loro singola manifestazione.

In quest'area di studio del mal-trattamento permane dunque una certa confusione e la tabella 1, riportata nel testo di Tamiazzo, ha come intento principale quello di chiarire il più possibile le idee relativamente a questo tema.

Tabella 1. Maltrattamenti ed esiti comportamentali

	MALTR. FISICO	MALTR. PSICOLOGICO	TRASCURATEZZA	ABUSO SESSUALE
I[^] infanzia	Aggressività con rifiuto pari/Ritiro sociale con rifiuto pari. Atteggiamenti negativi e poco cooperativi. Comportamenti esternalizzati (maschi) e internalizzati (femmine)	Compromissione del legame di attaccamento (insicuro). Scarsa autostima e fiducia negli altri. Scarso sviluppo delle abilità adattive e sociali.	Compromissione del legame di attaccamento (insicuro). Comportamenti internalizzati (ritiro e isolamento sociale). Scarso controllo dell'emotività e impulsività. Problemi nel linguaggio espressivo.	Comportamenti internalizzati. Forti sentimenti di impotenza, vergogna e colpa. Disturbi psicosomatici.

²⁵ Tamiazzo G (2005) *Maltrattamento infantile e successive difficoltà di adattamento nel ciclo di vita*, tesi universitaria non pubblicata, in www.progettotiama.it.

²⁶ Vedi Tamiazzo G, 2005, in www.progettotiama.it.

2^a infanzia	Ai problemi già presenti nel periodo precedente si aggiungono le difficoltà scolastiche. Errori nel processamento dell'informazione sociale.	Si aggiungono i problemi scolastici, in particolare difficoltà cognitive e di problem-solving. Difficoltà e ritardi nello sviluppo fisico e intellettivo.	Si aggiungono i problemi scolastici (in misura maggiore rispetto alle altre forme), in particolare deficit cognitivi e mancanza di creatività e flessibilità nel problem-solving. Ritiro sociale.	Si aggiungono comportamenti esternalizzati e comportamenti sessuali inappropriati.
Adolescenza	Peggioramento dei problemi scolastici e delle difficoltà relazionali.	Peggioramento dei problemi scolastici, dell'autostima e della fiducia negli altri. Sviluppo di uno stile di interazione passivo, ritirato ed eccessivamente reattivo.	Peggioramento dei problemi scolastici (più che nelle altre tipologie) e in particolare dei deficit cognitivi. Rappresentazione negativa di sé e degli altri. Scarsità di interazioni sociali.	Idee suicide e comportamenti autolesivi. Si aggravano i problemi comportamentali e le difficoltà relazionali.
Età adulta	Permangono i comportamenti internalizzati ed esternalizzati, gli atteggiamenti aggressivi ed antisociali e si manifestano depressione ed ansia (in particolare nelle donne).	Lo stile relazionale evolve o nella depressione oppure nei disturbi della condotta (iperattività, impulsività). Ulteriore peggioramento della stima in sé stessi e della fiducia negli altri.	Isolamento e ritiro sociale. Incapacità di entrare in relazione con gli altri. Profondi deficit cognitivi.	Permangono i comportamenti internalizzati ed esternalizzati, gli atteggiamenti aggressivi ed antisociali e si manifestano depressione, ansia e disturbi somatici (in particolare nelle donne). Difficoltà nelle relazioni intime e nell'assunzione del ruolo parentale. Senso di solitudine e incapacità di utilizzare il supporto sociale.

5. Le conseguenze sull'adattamento sociale

5.1 Molte persone vittime di esperienze sfavorevoli infantili, pur non presentando gravi sintomi psicopatologici, sperimentano ugualmente *difficoltà in diverse aree sociali ed interpersonali* le quali, essendo meno visibili al mondo esterno, il più delle volte vengono sottovalutate e non vengono prese in considerazione (vedi punto 4.4) (Gentile, 2005²⁷). Non solo nei macroscopici gruppi patologici sopra citati, ma anche in aree meno studiate, andrebbero ricercate correlazioni tra fallimenti e sofferenze e le Esperienze Sfavorevoli Infantili, adottando come 'chiave di lettura' delle difficoltà proprio la permanenza nel tempo dei modelli operativi interni distorti (il 'mondo malevolo') e dei funzionamenti post traumatici costanti e/o riattivabili conseguenti a tali esperienze, come già sopra descritto.

Ad esempio, chi opera nelle iniziative mirate al recupero scolastico e alla qualificazione finalizzata all'inserimento lavorativo di adolescenti e preadolescenti, incrocia in gran parte dell'utenza situazioni ascrivibili a questa tipologia di mal-trattamento. Ancora, sarebbe di grande interesse se a margine delle rilevazioni relative all'esclusione sociale e alla povertà, si facesse una specifica ricerca sull'esistenza, alla base dei multipli fallimenti sociali dei soggetti interessati, di condizioni antiche di forme multiple di abuso, che possano pesare come una sorta di 'marchio

²⁷ Gentile G (2005) *Abuso-maltrattamento all'infanzia e disagio sociale: proposta di intervento con ragazzi adolescenti*, tesi universitaria non pubblicata, in www.progettotiama.it. Per tutte le voci bibliografiche citate nel paragrafo 5 si veda la suddetta tesi.

negativo' che impedisce alle persone di fruire delle risorse, anche quando inserite in società affluenti.

L'effetto distruttivo, che la relazione precoce con un adulto mal-trattante ha su tutte le successive interazioni sociali, può portare a un aumento del rischio di isolamento e di rifiuto sociale nel bambino e nell'adulto. In questi soggetti verrebbero, infatti, a mancare le competenze sociali e un sistema emozionale equilibrato che, in situazioni normali, consentono di sperimentare quei sentimenti di fiducia, confidenza e tranquillità che, a loro volta, permettono di costruire legami sicuri e duraturi non solo per quanto riguarda le relazioni intime, ma anche in tutte le altre relazioni sociali, in modo particolare nell'ambito accademico e professionale. In particolare, quando le esperienze sfavorevoli sono state continue e frequenti nel corso dei primi anni di vita, nel percorso di crescita del bambino si registra una grande difficoltà a fidarsi delle altre persone, egli è particolarmente sensibile al rifiuto e tende ad agire in modo smisurato alle valutazioni negative, percezione questa che può portare al rifiuto relazionale e all'isolamento dell'individuo.

Queste gravi conseguenze, che si evidenziano già a un'età molto precoce, perdurano, il più delle volte, per tutto il corso della vita provocando enormi carenze nelle capacità di adattamento e di interazione sociale del soggetto adulto.

5.2 Questi bambini nel loro percorso di crescita sperimentano frequenti *insuccessi e fallimenti a livello scolastico* e relazionale e si ritrovano poi, nel mondo adulto, privi di quelle competenze cognitive, sociali e relazionali che sono fondamentali per affrontare le difficoltà della vita ed adattarsi ad esse.

Numerosi studi, infatti, dimostrano che i soggetti maltrattati hanno delle prestazioni scolastiche peggiori rispetto a quelli non maltrattati; in particolare essi vengono spesso descritti da genitori e insegnanti come carenti di motivazioni intrinseche, poco inclini ad apprendere e incapaci di stimare adeguatamente le proprie capacità.

Ad esempio, Leiter e Johnsen (1994) hanno analizzato gli effetti di abuso e trascuratezza sulle prestazioni scolastiche ed hanno dimostrato un sostanziale deficit tra i bambini maltrattati in un'ampia gamma di risultati scolastici: test standardizzati, media dei voti, probabilità di abbandono scolastico, assenza e velocità di apprendimento. In un'altra ricerca (1997), gli stessi autori, hanno condotto un'analisi longitudinale per indagare il declino delle prestazioni scolastiche tra bambini abusati e trascurati. Essi hanno individuato relazioni significative tra maltrattamento e declino in diverse prestazioni scolastiche. Con il passare degli anni hanno inoltre registrato un aumento del rischio di declino nelle prestazioni in particolar modo nell'apprendimento di compiti cognitivi e nel grado di partecipazione e di integrazione scolastica.

Un interessante studio di Shonk e Cicchetti (2001) suggerisce che è l'influenza negativa esercitata dal maltrattamento sullo sviluppo delle competenze individuali a provocare gli elevati livelli di insuccesso scolastico e i problemi comportamentali dei bambini maltrattati; successivamente, questo disadattamento scolastico e comportamentale aumenta il rischio di abbandono accademico e di fallimenti sociali e professionali a lungo termine.

I numerosi insuccessi scolastici a cui vanno incontro i bambini vittime di esperienze sfavorevoli infantili sono principalmente dovuti alla loro situazione di distonia, imprevedibilità, violenza familiare che non consente un'adeguata acquisizione delle competenze scolastiche, sociali e di resilienza che consentono di impegnarsi e di affrontare i compiti che vengono proposti.

5.3 A questo punto è molto semplice comprendere perché spesso i bambini con esperienze di maltrattamento presentino grosse difficoltà nelle *interazioni sociali* con i propri pari e vengano rifiutati dai compagni di classe. Infatti, tra tutte le problematiche che questi soggetti presentano nel loro funzionamento, il più delle volte troviamo anche un modello interattivo, in genere, caratterizzato da alti livelli di aggressività, dalla carenza di atteggiamenti prosociali e di avvicinamento ai pari.

Alcuni autori (Haskett e Kistner, 1991; Darwish, Esquivel, Houtz e Alfonso, 2001) hanno dimostrato che l'effetto pervasivo del maltrattamento sulle relazioni con i pari si evidenzia già ad un'età molto precoce. Questi autori hanno infatti analizzato la qualità delle interazioni in bambini

in età prescolare. I loro risultati mostrano che i soggetti maltrattati appaiono più ritirati, possiedono scarse abilità nell'avviare interazioni con i pari, esibiscono una più alta proporzione di comportamenti negativi nell'interazione con gli altri bambini, presentano una certa difficoltà nel mantenere l'autocontrollo ed hanno un gran numero di problemi comportamentali. I pari, inoltre, considerano questi bambini poco desiderabili come compagni di gioco.

Il rifiuto da parte dei pari quindi è un'esperienza che i bambini maltrattati iniziano a sperimentare molto precocemente, sin dalle loro prime interazioni, e che, nella gran parte dei casi, si ripeterà durante tutto il loro percorso scolastico e, più tardi, anche nelle loro interazioni adulte.

A questo proposito, un interessante studio di Salzinger, Feldman, Hammer e Rosario (1993) ha messo in evidenza che esperienze sfavorevoli infantili sono fortemente associate ad una più alta probabilità di rifiuto da parte dei pari. All'interno della classe, i soggetti maltrattati ottengono spesso una bassa reputazione sociale, ricevono poche scelte positive da parte dei compagni e molte negative: hanno, quindi, pochi scambi positivi nelle relazioni con i pari e il loro comportamento sociale è spesso percepito come negativo.

Anche Bolger e Patterson (2001) hanno dimostrato la relazione tra maltrattamento e rifiuto dei pari e, in più, hanno trovato un'interessante legame tra il rifiuto e la cronicità del maltrattamento: più il maltrattamento è perdurato negli anni, più alta è la percentuale di rifiuto dei bambini.

Un dato importante che emerge da alcuni studi è quello della trascuratezza come la forma di esperienza sfavorevole infantile più devastante per lo sviluppo del bambino. Ad esempio, Hoffman-Plotkin e Twentyman (1984) hanno trovato che i bambini trascurati sono, in genere, caratterizzati da un più basso numero di interazioni sociali rispetto ai soggetti che hanno subito altre forme di maltrattamento. Anche lo studio di Kendall-Tackett e Eckenrode (1996) ha rivelato che i bambini trascurati hanno i risultati scolastici peggiori e che i loro problemi disciplinari e relazionali aumentano costantemente nel corso di tutti gli anni scolastici.

Per quanto riguarda la spiegazione dei motivi per cui questi bambini vengono spesso rifiutati dai propri compagni, la maggioranza degli autori chiama in causa i problemi comportamentali, l'aggressività, le condotte antisociali ed esternalizzate che caratterizzano questi soggetti. Altri, invece, vedono nella difficoltà di regolare gli stati emotivi e nella tendenza ad attribuire ad altri intenzioni ostili le cause principali del rifiuto. In realtà, è molto probabile che questi fattori agiscano insieme.

5.4 E' interessante notare come da molti studi emergano delle *differenze in base al genere* in relazione alle conseguenze del maltrattamento; sembra cioè che maschi e femmine reagiscano in modi diversi alle esperienze precoci di maltrattamento. In generale, si evidenzia un migliore adattamento e funzionamento per il genere femminile, l'unica eccezione si riscontra nell'area emotiva in cui i maschi appaiono più controllati rispetto alle femmine.

Ad esempio, Bolger e Patterson (2001) hanno trovato che gli effetti del maltrattamento sui comportamenti aggressivi sono molto più evidenti nei soggetti di sesso maschile e questo gioca sicuramente a sfavore dell'integrazione di questi bambini nell'ambiente scolastico e di gioco.

Invece, per quanto riguarda l'espressione dei propri sentimenti una ricerca interessante è quella di Alessandri e Lewis (1996) i quali hanno esaminato l'espressione di orgoglio e vergogna di bambini maltrattati e non maltrattati in età prescolare di fronte a successi o insuccessi nella risoluzione di compiti. I risultati hanno mostrato uno specifico effetto-genere: le bambine maltrattate esprimono più vergogna in caso di insuccesso e meno orgoglio in caso di successo, sia rispetto alle bambine non maltrattate, sia rispetto ai maschi, maltrattati e non. Per quanto riguarda i bambini, essi esprimono livelli inferiori sia di vergogna che di orgoglio rispetto a tutti gli altri soggetti.

Si potrebbe, quindi, affermare che gli esiti negativi del maltrattamento vadano ad incidere più profondamente sul sistema comportamentale nei maschi e su quello emotivo nelle femmine; in altre parole, i bambini maltrattati incorrerebbero più frequentemente in problemi di condotte esternalizzate, mentre le bambine in problemi di condotte internalizzate.

5.5 Le ricerche principalmente focalizzate sulle *conseguenze sull'adattamento sociale in età adolescenziale e adulta* sono ancora poche, ma studi recenti hanno dimostrato che i soggetti adulti sopravvissuti ad abuso e/o maltrattamento spesso presentano grandi difficoltà in quest'area, hanno relazioni di bassa qualità, soffrono di disfunzioni nelle relazioni intime e presentano un concetto di sé particolarmente distorto, soprattutto per quanto riguarda la stima in sé stessi.

Drapeau e Perry (2004) suggeriscono che importanti aspetti dei traumi infantili vengono spesso internalizzati andando a colpire desideri, affetti e comportamenti dell'adulto e possono, quindi, giocare un ruolo cruciale per lungo tempo.

Anche Cole e Putnam (1992) si sono concentrati sugli effetti dell'incesto sul sé e sul funzionamento sociale in una prospettiva di sviluppo che va dall'infanzia all'età adulta. Essi hanno dimostrato che l'abuso sessuale provoca delle importanti deviazioni nei processi di definizione, regolazione e integrazione del sé, oltre che una compromissione delle capacità di sperimentare sensazioni di fiducia e confidenza nelle relazioni interpersonali, determinandole in quantità e qualità. Anche Lopez ed Heffer (1998) hanno esaminato l'impatto dell'abuso fisico sul concetto di sé e sulle competenze sociali in studenti universitari ed hanno, inoltre, valutato il ruolo della percezione del supporto genitoriale come mediatore delle conseguenze dell'abuso sull'adattamento sociale. Come predetto dagli autori, le analisi rivelano che i soggetti con una storia di abuso fisico hanno un concetto di sé estremamente basso.

Si è visto in precedenza come lo sviluppo delle emozioni possa essere gravemente compromesso da esperienze di maltrattamento in età infantile e diversi studiosi hanno dimostrato che questo effetto si protrae per tutta la vita.

McGee, Wolfe e Olson (2001) hanno esaminato la relazione tra maltrattamenti multipli, attribuzioni di colpa e adattamento in soggetti adolescenti. I risultati della ricerca mostrano, nel loro insieme, che la percezione e le attribuzioni che il soggetto maltrattato costruisce sulla sua esperienza di maltrattamento sono fondamentali nel determinare l'adattamento successivo. In particolare, più sono confuse e conflittuali peggiori saranno i problemi comportamentali osservabili.

Anche Liem e Boudewyn (1999) hanno dimostrato che l'abuso infantile e tutte le sue conseguenze sullo sviluppo possono provocare nell'adulto sentimenti di autocolpevolizzazione che, a loro volta, predicano un orientamento interpersonale caratterizzato dal bisogno di controllo sugli altri, da ipersensibilità ai giudizi delle altre persone, da ostilità e paranoia interpersonali e dalla vulnerabilità allo sfruttamento da parte degli altri.

E' interessante notare come molti degli studi esaminati mettano in evidenza il fatto che le conseguenze evidenziate non possono essere attribuite al basso stato socioeconomico dei soggetti, in quanto, comparati con un gruppo di controllo di uguale stato socioeconomico, essi si differenziano ugualmente da quest'ultimo a causa delle esperienze sfavorevoli infantili subite.

6. Le conseguenze sulla salute

Una rassegna della letteratura che dobbiamo a Kendall-Tackett ²⁸ (2001) mette a fuoco il fatto che le vittime di ESI soffrono spesso di *problemi di salute* per molto tempo dopo che l'abuso è terminato: è evidente che tale condizione avrà *conseguenze importanti sull'attività scolastica e lavorativa*.

Questi soggetti sono malati più di frequente e vanno più spesso dal dottore, lamentano più sintomi, sono meno inclini a descrivere il loro stato di salute come buono, sono sottoposti a chirurgia più frequentemente, sono maggiormente a rischio di avere una o più sindromi da dolore cronico. Nel suo studio sulle Esperienze Sfavorevoli Infantili, Felitti et al. (2001) documentano che i soggetti che hanno sperimentato quattro o più eventi sfavorevoli nell'infanzia sono maggiormente

²⁸ Kendall-Tackett K. (2002) The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health, *Child Abuse and Neglect*, 26, 715-729.

a rischio di un'ampia gamma di condizioni che comprendono: l'ischemia cardiaca, il cancro, l'infarto, la bronchite cronica, l'enfisema, il diabete, le fratture ossee e l'epatite. Dopo aver documentato la frequenza più alta di questi problemi, il passo seguente è capire perché ciò accada. Kendall-Tackett adotta un modello di quattro percorsi attraverso cui le esperienze infantili traumatiche possono influenzare la salute: percorsi comportamentali, sociali, cognitivi ed emotivi. È possibile subire l'influenza da ciascuno dei quattro percorsi o da tutti, e i diversi tipi si influenzano a vicenda, formando una complessa matrice di inter-relazioni, ognuna delle quali ha ricadute significative sulla salute.

6.1 I percorsi a livello comportamentale

Gli adulti vittime di maltrattamenti nell'infanzia sono più inclini a intraprendere attività dannose e pericolose, tutte ovviamente dannose per la salute.

Corrono maggiori rischi di abusare di alcool e droghe: ad esempio donne sopravvissute all'abuso sessuale avevano 10 volte più probabilità di avere una storia di dipendenza da sostanze e 2 volte più probabilità di essere alcolizzate rispetto al gruppo di controllo. Anche il fumo è più diffuso fra coloro che hanno una storia di abusi infantili.

Anche l'obesità è più comune fra gli adulti vittime di abuso nell'infanzia. In uno studio di 131 pazienti con una storia di incesto, il 60% erano più di 22 kg in sovrappeso, rispetto al 28% del gruppo di controllo. Anche se i risultati degli studi non sono tutti concordi, emerge che un numero significativamente maggiore di donne con bulimia riporta episodi di abuso sessuale da parte del genitore.

Fra gli adulti sopravvissuti ad abusi infantili sono molto comuni anche i tentativi di suicidio e l'ideazione suicidaria. In un campione europeo, il 43% di vittime di CSA avevano ideazione suicidaria e il 14% aveva compiuto tentativi di suicidio.

I comportamenti sessuali ad alto rischio sono la forma più documentata di comportamenti autolesivi nelle vittime di abuso sessuale, dato valido per i maschi e per le femmine e coerente attraverso la varietà di orientamenti sessuali. Le giovani donne con un passato di abusi sessuali (particolarmente se con rapporto completo) riportavano età più precoci di inizio dell'attività sessuale consensuale e percentuali più alte di gravidanze in adolescenza, di aborti, di partner sessuali multipli, di rapporti non protetti e di malattie sessualmente trasmissibili.

Gli adulti vittime di abusi infantili spesso hanno problemi di sonno. In uno studio su vittime di abusi infantili di lingua tedesca, il 68% ha riportato di avere disturbi di sonno, con il 45% che raccontava di incubi ripetuti. Le persone che dormono poco in modo cronico sono più soggette a infezioni e malattie e hanno più probabilità di avere incidenti e difficoltà del sonno possono anche preannunciare il corso più grave e cronico di una depressione.

6.2 I percorsi a livello sociale

Per mantenere relazioni sociali positive e reciproche occorre saper interpretare i segnali sociali, farsi valere e trovare persone che non sfruttino e abusino degli altri. Queste capacità sono significativamente influenzate da esperienze infantili sfavorevoli, che portano spesso a vivere successivamente relazioni di sfruttamento o di vittimizzazione, isolamento dagli altri, insoddisfazione delle relazioni in corso.

Gli adulti che sopravvivono all'abuso possono adottare uno dei due seguenti stili interpersonali: evitante o intrusivo. Le persone con uno stile evitante hanno pochi legami interpersonali e pochi amici, sono meno inclini ad essere coinvolti in relazioni con gli altri e a sposarsi. Le persone con uno stile intrusivo hanno estremo bisogno di vicinanza. Questi due pattern comuni fra gli adulti vittime di abusi infantili sono stati anche connessi con i comportamenti relativi alla salute.

Le persone il cui stile primario è evitante, caratterizzato da una scarsa interdipendenza, da una bassa rivelazione di sé e da poco calore, possono avere problemi perché sono troppo arroganti e ostili per seguire prescrizioni mediche e consigli di promozione della salute (per esempio fare esercizio fisico) e di autoprotezione (come per esempio indossare le cinture di sicurezza). Quelle con uno stile di intrusivo, che comporta il focalizzarsi sugli altri ed escludere sé, possono avere problemi di salute perché non riescono ad occuparsi di sé.

Anche la rivittimizzazione è relativamente comune fra gli adulti che sopravvivono ad abusi infantili.

Per esempio, le donne con una storia di abusi sessuali nell'infanzia hanno più probabilità di essere violentate o abusate in ambito domestico e sul lavoro da adulte. Trascuratezza fisica e qualunque tipo di abuso sessuale sono le più frequenti premesse della rivittimizzazione. La rivittimizzazione è ancora più frequente nei campioni patologici. In uno studio con 93 donne adulte che si presentavano al pronto soccorso psichiatrico, viene messo in luce che l'abuso sessuale era correlato a rischi maggiori di tentativi di violenza, di stupri e di aggressioni fisiche.

Queste esperienze influenzano la salute nell'immediato attraverso le ferite e il rischio di morte e accrescono la possibilità di contrarre una serie di malattie sessualmente trasmissibili. Si può produrre anche uno stato cronico di stress, che può portare le vittime a cercare un'automedicazione attraverso l'abuso di sostanze, il cibo e il fumo. Inoltre lo stress cronico può portare all'elevazione dei livelli di trigliceridi nel sangue, di colesterolo, di glucosio e di insulina, i quali sono tutti legati a problemi cardiovascolari e al diabete.

All'estremo delle distorsioni comportamentali sta l'essere senza fissa dimora ('homeless'). Sono state trovate fra i senzatetto percentuali doppie di storie di abusi sessuali e quasi doppie di violenza fisica, rispetto a quelle rilevate fra gli intervistati con fissa dimora ugualmente sostenuti dall'assistenza pubblica. Questa condizione ha effetti negativi sulla salute in molti modi: fame e malnutrizione, esposizione all'inclemenza del tempo, mancanza di cure mediche, di igiene quotidiana, maggior rischio di lesioni fisiche e di abuso di sostanze sono significativamente correlate a maggiore incidenza di malattie del fegato, ictus, lesioni, traumi, deficienze alimentari, malattie mentali, ipertensione, malattie polmonari e circolatorie.

6.3 I percorsi a livello cognitivo

Le credenze e gli atteggiamenti che modellano l'esistenza quotidiana di una persona possono avere un impatto importante sulla salute.

Quando i bambini subiscono abusi sviluppano modelli operativi interni tali per cui vedono il mondo come un posto pericoloso. Poiché sono stati impotenti in passato, essi tendono a sovrastimare i pericoli e le avversità nel loro ambiente circostante e a sottostimare la loro percezione di autoefficacia e del proprio valore nell'affrontare pericoli reali o percepiti. Questi pensieri possono anche influenzare la salute: quando le persone vedono un evento o una circostanza come negativa, il loro corpo rilascia il cortisolo, che a livelli costantemente elevati può sopprimere il sistema immunitario, rallentare la cicatrizzazione delle ferite e danneggiare il cervello.

La fiducia interpersonale può anche influenzare quanto a lungo vive una persona. Alti livelli di fiducia aumentano le aspettative di vita, si associano con punteggi migliori di autovalutazione della salute e della soddisfazione di vita. In uno studio, le vittime di abusi sessuali manifestavano nel complesso una minore soddisfazione della loro condizione di salute. In diversi studi le vittime di abuso si descrivono in salute in percentuale minore rispetto al gruppo di controllo.

6.4 I percorsi a livello emotivo

Le emozioni negative sono potenziali minacce per la vita.

La depressione è una delle conseguenze più frequenti di abusi passati. Gli adulti che subiscono un abuso sessuale nell'infanzia hanno quattro volte più rischi di sviluppare una depressione maggiore rispetto agli altri. E' stato rilevato anche che l'abuso sessuale infantile forniva un contributo alla varianza nella depressione indipendentemente dagli altri eventi negativi nell'infanzia. I loro sintomi includono disturbi del sonno, fatica cronica, sconforto e attacchi di pianto.

La depressione è un immunosoppressore ben conosciuto ed è dimostrato che può influenzare il sistema immunitario anche a livello dei globuli bianchi, in modo particolare nei soggetti che hanno una depressione maggiore, che tendono ad avere livelli di cortisolo eccessivamente alti. La depressione può influenzare i comportamenti di prevenzione e autoprotezione, può avere anche un impatto negativo sul sonno, riducendo i tempi del sonno di quarta fase (delta) e incrementando il

sonno nella fase REM, che indica un accresciuto arousal. Le donne che soffrono di depressione maggiore sono più a rischio di problemi cardiaci come l'infarto. I soggetti depressi sono 3 volte più a rischio di mortalità cardiaca, di evoluzione da angina instabile ad infarto. Le persone depresse hanno le stesse probabilità di avere un attacco di cuore delle persone con disfunzione ventricolare o con grave arteriosclerosi coronarica. Un altro studio ha rilevato che la depressione è legata in modo significativo alla qualità di vita successiva a un infarto del miocardio. La depressione maggiore presenta spesso un alto indice di comorbidità con il PTSD.

Più dell'80% delle vittime di abusi sessuali nell'infanzia riportano di avere sintomi post-traumatici che comprendono: l'ipervigilanza, i pensieri intrusivi e improvvisi flashback intrusivi dell'esperienza di abuso. L'abuso nell'infanzia sembra rendere le persone più vulnerabili a sviluppare PTSD quando si trovano esposti nella vita presente ad eventi stressanti. Il PTSD è stato descritto come un disordine con alta comorbidità e si presenta frequentemente insieme alla depressione, ai disturbi di ansia, all'abuso di alcol o droghe, al fumo. Il PTSD può condizionare anche i legami sociali: le persone hanno più probabilità di divorziare e avere problemi familiari, di commettere o di tentare suicidio e hanno meno probabilità di completare gli studi. Il PTSD può anche portare a problemi di sonno (specialmente di insonnia e incubi cronici) che possono accrescere il rischio di ferite o di morte come conseguenza di incidenti in casa, sul lavoro o in auto.

6.5 Implicazioni cliniche

Come si vede, la "salute" dipende da una rete complessa di comportamenti, pensieri, emozioni e connessioni sociali che non solo si influenzano a vicenda, ma influenzano anche la salute stessa. Le esperienze sfavorevoli infantili possono influire sulla salute ad uno o più di questi livelli e questi percorsi possono variare in ciascun singolo paziente. Chi opera nel campo sanitario deve impegnarsi per trovare un approccio che affronti tutti questi percorsi, evitando l'attuale scissione fra i trattamenti per la salute mentale e comportamentale e le cure per la salute fisica.