



INTERVENTO DELLE STRUTTURE

Dott.ssa MARIA RITA
RUSSO



ABUSO SUI MINORI

MORTE DI MILIONI DI NEURONI IN AREE CEREBRALI PREPOSTE

- AL PENSIERO COMPLESSO E FINALIZZATO
(CORTECCIA PREFRONTALE)**
- ALL'INTEGRAZIONE DELLA MEMORIA
(IPPOCAMPO)**
- ALLA COMUNICAZIONE TRA GLI
EMISFERI (CORPO CALLOSO) CON EFFETTI A
LIVELLO COMPORTAMENTALE**

DISREGOLAZIONE CEREBRALE

- **S.N. SIMPATICO E PARASIMPATICO**
(RITMO RESPIRATORIO, BATTITO CARDIACO, PRESSIONE ARTERIOSA, PERISTALSI INTESTINALE)
- **SISTEMA ENDOCRINO** (FUNZIONALITA' DEL SURRENE CHE PRODUCE IL CORTISOLO)
- **SISTEMA IMMUNITARIO**

FATTORI DI RISCHIO

“Terreno di coltura” in cui possono concretizzarsi le componenti abusanti

- **CULTURALI**
- **SOCIOFAMILIARI** (carenti supporti sociali; discriminazione razziale; isolamento sociale; difficoltà abitativa e lavorativa; perdita del supporto familiare)
- **GENITORIALI** (maltrattamenti infantili; età; violenza domestica; disturbi di personalità; alcolismo; inversione ruoli genitoriali; tossicodipendenza; pat. psichiatriche)
- **INDIVIDUALI DEL BAMBINO** (Disturbi sonno, comportamento alimentare, controllo sfinterico, attività motorie. Malattie croniche. Basso rendimento scolastico. Handicap cognitivi e fisici.

FATTORI PROTETTIVI

- **SOCIOFAMILIARI** (Rete di supporto sociale e parentale efficace. Fruibilità servizi sociosanitari. Relazioni soddisfacenti con le famiglie di origine)
- **GENITORIALI** (Capacità di chiedere aiuto. Capacità empatiche. Autostima. Buona relazione coniugale. Attitudine alla soluzione dei problemi)
- **INDIVIDUALI DEL BAMBINO** (Buon livello di intelligenza. Buona socializzazione. Buona salute fisica. Capacità di adattamento alle situazioni difficili)

FATTORI DI RISCHIO E FATTORI PROTETTIVI NELL'INTERVENTO

- **SE PREVALGONO I FATTORI PROTETTIVI**
*LIMITARSI AL SOSTEGNO ALLA FAMIGLIA E
BAMBINO*
- **SE PREVALGONO I FATTORI DI RISCHIO**
*ORIENTARSI PRIORITARIAMENTE AL
MONITORAGGIO DEL BAMBINO E POTENZIAMENTO
DELLE RISORSE FAMILIARI*
- **SE I FATTORI PROTETTIVI SONO
SCARSAMENTE RAPPRESENTATI**
*SONO PRIORITARI LA TUTELA DEL BAMBINO E
L'INTERVENTO PRESCRITTIVO O COATTO SULLA
FAMIGLIA CON POTENZIAMENTO RISORSE
FAMILIARI*

INTERVENTO IN URGENZA

DISPONIBILITA' E SINERGIA OPERATIVA TRA I SERVIZI, OSPEDALE E A.G.

- ATTIVAZIONE DEI SERVIZI SOCIALI
- (INFORMAZIONI E PASSE-PARTOUT)

- COMUNICAZIONE AL T. M. PER EVENTUALI
PROVVEDIMENTI
- VALUTAZIONE CLINICA DEL CASO

- ALLONTANAMENTO DEL MINORE (ART.403 C.C. E
DECRETO DEL TM) SE:
 - IL B. È IN PERICOLO
 - LA SITUAZIONE NON PUÒ ESSERE MODIFICATA
 - L'ALLONTANAMENTO È MENO DANNOSO DELLA PERMANENZA

- RICOVERO OSPEDALIERO O IN DAY HOSPITAL

INTERVENTO PROGRAMMABILE

INTEGRAZIONE TRA SERVIZI SANITARI,
SERVIZI SOCIALI, TERZO SETTORE,
ISTITUZIONI SCOLASTICHE ASSICURANDO
COERENZA E COMPATIBILITA' TRA FINALITA'
DIAGNOSTICO TERAPEUTICHE E ESIGENZE
INVESTIGATIVE DELL'AG

- **VALUTAZIONE CAPACITA' GENITORIALI**
- **VALUTAZIONE FATTORI RISCHIO**
- **VALUTAZIONE FATTORI PROTETTIVI**

**Requisiti per un intervento efficace: disponibilità-
sinergia-gestione delle emozioni**

TEMI RICORRENTI

- **BISOGNO DI NASCONDERE LA CONDIZIONE DI ABUSO** Le emozioni attivate, le possibili minacce e la paura delle conseguenze, qualora venga scoperto, portano a mantenere il segreto
- **TENDENZA A NORMALIZZARE LA SITUAZIONE DI ABUSO** L'abuso diventa per il b. la quotidiana modalità di relazione, renderla “normale” è funzionale a non percepire la sofferenza che ne deriva e a non sentire di stare in una condizione “diversa”
- **MANCANZA DI UNA “FIDUCIA DI BASE” IN SE STESSI E NELL'ALTRO** Costantemente attaccati dall'esterno, sviluppano una mancanza di fiducia nei confronti dell'altro e del mondo e una bassa autostima

- **ESPRESSIONE DEL DISAGIO IN MODO INDIRETTO** La necessità di mantenere il segreto non permette di esprimere il disagio e di chiedere apertamente aiuto. Problemi fisici, psichici e comportamentali possono segnalare in modo indiretto la sofferenza collegata all'abuso.
- **ATTIVAZIONE DI SENSO DI COLPA VERGOGNA DEPRESSIONE** Il soggetto abusato prova senso di colpa per i sentimenti negativi e il dubbio di aver provocato l'abuso, prova senso di vergogna per quanto sperimentato, depressione per la mancanza cronica di garanzie affettive, la spinta vitale viene danneggiata e teme la scoperta/giudizio da parte degli altri.
- **TIMORE DI FRAMMENTAZIONE** La condizione di abuso alimenta nel bambino una percezione negativa di sé con un senso di “equilibrio precario”

- **TIMORE DI FRAMMENTAZIONE** La condizione di abuso alimenta nel bambino una percezione negativa di sé con un senso di “equilibrio precario”
- **BISOGNO DI AVERE UNA “IMMAGINE BUONA” DEL GENITORE ABUSANTE** L'abusante è in ogni caso il genitore del bambino, quello di cui ha bisogno e con il quale dovrà confrontarsi

MECCANISMI DI DIFESA NEL BAMBINO

RIMOZIONE *L'ASSETTO EMOTIVO È DOMINATO DALL'AMNESIA.
I CONTENUTI RIMOSSI RIEMERGONO ATTRAVERSO I LAPSUS, I SOGNI, I FLASH
BACK, I DÉJÀ VU. CONSEGUENZE: COSTRUZIONI DELIRANTI, DISSOCIAZIONI
ISTERICHE, ANORESSIA/BULIMIA, DIST. PSICOPATOLOGICI.*

NEGAZIONE *IL B. NEGA L'EVIDENZA, OPPURE UTILIZZA
RICORDI SCHERMO O SI RIFUGIA NELLA FANTASIA.
CONSEGUENZE: DISTORSIONE DELLA REALTÀ*

- **DISTANZIAMENTO AFFETTIVO** *Il b. sterilizza l'esperienza dolorosa del suo colore emotivo*
- **CONSEGUENZE** : *Perdita degli interessi sociali, affettivi e cognitivi (pseudo-insufficienza mentale, caduta del rendimento scolastico)*
- **SCISSIONE, PROIEZIONE, IDEALIZZAZIONE**
- *Il b. percepisce il genitore abusante in modo scisso separando nettamente gli aspetti positivi (idealizzazione) da quelli negativi proiettati sul mondo esterno (un es. è la PAS)*
- **CONSEGUENZE** : *confusione tra realtà e fantasia*

- **IDENTIFICAZIONE PROIETTIVA**
- **CON L'AGGRESSORE**
- Il b. assimila il comportamento del genitore abusante e ne normalizza l'immagine
- **CONSEGUENZA** Da adulto ripropone il modello genitoriale, normalizzandone il comportamento si da dimostrarne la correttezza
- **CON LA VITTIMA**
- Si realizza quando nel b. prevalgono i sensi di colpa per i suoi sentimenti rabbiosi e aggressivi
- **CONSEGUENZA** **Relazioni perverso perpetuando la ripetizione di realtà affettive, cioè il legame carnefice-vittima, già sperimentato**

MECCANISMI DI DIFESA DEGLI OPERATORI



- **NEGAZIONE** Si nega la veridicità di quanto rilevato (“Non è possibile! Non può essere vero!”)
- Non si attiva l'intervento poiché il professionista non rintraccia elementi per attivare la valutazione della situazione
- **RIMOZIONE** Si tende a dimenticare gli indicatori di una possibile situazione di abuso
- Non si attiva l'intervento poiché il professionista non ha alcun motivo per considerare la problematicità della situazione

- **DISTANZIAMENTO EMOTIVO** Indifferenza di fronte a ciò che si riconosce “Non siamo noi che ce ne dobbiamo occupare, sono cose che capitano, ho tanti altri problemi a cui stare dietro” (caso Caritas)

Non si attiva l'intervento data l'assenza della condivisione delle emozioni tra professionista e bambino e l'assenza di un'adeguata preoccupazione Il professionista è portato a “non considerare” o “sminuire” i segnali di disagio

EVITAMENTO FOBICO* Si evita di osservare, riconoscere, parlare di casi di abuso

Non si attiva l'intervento in quanto è troppo ansiogeno e viene evitato

- **RAZIONALIZZAZIONE SI TENDE A DARE UNA SPIEGAZIONE E UNA GIUSTIFICAZIONE DI OGNI FATTO O SITUAZIONE**

L'intervento è rinviato a quando le razionalizzazioni non reggono più

- **COLLUSIONE “ASPETTIAMO, QUESTI GENITORI CAMBIERANNO. FORSE E' SOLO UN MOMENTO CRITICO”**

**L'intervento viene rinviato a data da definirsi
(caso Paola)**

- **SCISSIONE E PROIEZIONE IL PROFESSIONISTA ATTUA UNA NETTA SEPARAZIONE TRA ASPETTI BUONI E CATTIVI PROPRI E DEGLI ALTRI OPERATORI NONCHE' DEL BAMBINO E DEI GENITORI; PROIETTA LE PARTI NEGATIVE FUORI DI SE' ATTRIBUENDOLE AD ALTRI ("noi solo riconosciamo il problema, gli altri non fanno niente)**

L'intervento è attivato in modo inadeguato e frammentato. Sono meccanismi che indicano un notevole grado di problematicità del professionista Egli agisce considerando solo aspetti "positivi o negativi" attribuendoli ora ad una ora ad un'altra figura coinvolta nel problema(*operatori, genitori,b.*)

- **IDEALIZZAZIONE** DOPO LA SCISSIONE E PROIEZIONE, LA PARTE POSITIVA E' COLLOCATA IN UNA VISIONE IDEALE DI COME DOVREBBERO ESSERE I GENITORI, DI COME DOVREBBERO FUNZIONARE I SERVIZI, ECC.

L'intervento, se viene attivato, ha caratteristiche inadeguate e incongrue, di fatto è inefficace
(caso di Francesca)

- **IDENTIFICAZIONE CON IL BAMBINO SI REALIZZA QUANDO IL PROFESSIONISTA SI IDENTIFICA CON I SENTIMENTI DI RABBIA, IMPOTENZA, PAURA, DISPERAZIONE, DESIDERIO DI VENDETTA DEL B. ABUSATO O CON I SUOI BISOGNI DI AFFETTO E CURA**

L'intervento si blocca se l'identificazione è con i sentimenti di impotenza , di paura, di dolore

L'intervento si attiva per cercare un "riscatto" se l'identificazione è con la rabbia del b.

L'intervento si attiva per fornire "tanto affetto terapeutico e riparatore"

- **IDENTIFICAZIONE CON IL GIUSTIZIERE IL PROFESSIONISTA SI “SENTE” IN DOVERE DI “FARE GIUSTIZIA” NEI CONFRONTI DEL B. ABUSATO, E’ COMPLETAMENTE CATTURATO DAL BISOGNO DI “GIUSTIZIA”**

**L’intervento è reattivo e controaggressivo,
perpetua la catena della violenza, risulta
realizzato in modo affrettato, non
professionale, parziale e fallimentare**

**Il professionista perde di vista la necessità di
attuare una valutazione psico-socio-sanitaria del
b. e della famiglia. I genitori si sentono
criminalizzati e vivono in modo persecutorio le
offerte di aiuto.**

- **IDENTIFICAZIONE CON IL GENITORE BUONO**
IL PROFESSIONISTA E' CONVINTO DI FARE IL "GENITORE BUONO", NON E' IN GRADO DI MANTENERE LA "GIUSTA DISTANZA", GIUDICA ED ATTACCA COSTANTEMENTE I GENITORI INTERAGENDO CON LORO IN MODO INAPPROPRIATO E CRIMINALIZZANTE.

L'intervento è inadeguato in quanto il professionista agisce in modo solitario

L'intervento non viene attivato nell'illusione di essere in grado di compensare le carenze del bambino