

Child abuse: una analisi dei modelli di intervento psicologico

di Andrea Caputo*

Riassunto

In questo lavoro si presenta una revisione della letteratura internazionale prodotta dal 1997 al 2007 in ordine all'intervento psicologico negli abusi all'infanzia. Sono stati individuati alcuni modelli culturali che organizzano le prassi di intervento, con l'obiettivo di esplorare il rapporto tra dimensioni teoriche e applicative. Un primo modello, attestato su un versante diagnostico-valutativo, sembra proporre una funzione ideologica e normativa della professione, in raccordo al valore di protezione sociale e di tutela del minore. Un secondo modello, fondato sull'evidenza scientifica, segnala l'esigenza di standardizzare le procedure per una migliore efficacia degli interventi, entro una posizione tecnicistica e medicalizzata. Infine, un terzo modello, maggiormente centrato sulla prevenzione e su un paradigma individuo-contesto, sembra presentare maggiori potenzialità di sviluppo della competenza psicologica per una lettura critica del tema, "culturalmente" orientata all'esplorazione dei processi collusivi che organizzano i sistemi di convivenza a rischio.

Parole chiave: abusi all'infanzia - intervento psicologico - modelli culturali

Premessa

La questione degli abusi all'infanzia è interesse della psicologia sia sul versante della ricerca che della clinica.

Storicamente la società non è sempre stata sensibile al maltrattamento dei minori. Nell'età classica erano correntemente praticati i sacrifici di bambini destinati agli dei; dall'antica Grecia alla Cina, l'uccisione di neonati deformati o non desiderati era comunemente accettata. L'infanzia era ritenuta un'età imperfetta e, per questo, era oggetto di autoritarismo vessatorio e di discipline oppressive. Nell'antica Roma l'ordinamento giuridico stabiliva il diritto di vita o di morte del *pater familias* sui propri figli, considerati proprietà dei genitori, e per tutto il Medioevo le punizioni corporali costituirono il principale strumento pedagogico per mantenere la disciplina, trasmettere le buone maniere e correggere le "cattive inclinazioni".

Nel XVIII secolo, l'attenzione nei confronti dell'infanzia divenne maggiore sia in Inghilterra - dove famosi romanzieri inglesi (Scott e Dickens) denunciarono il comportamento della società rispetto allo sfruttamento dei minori - sia in Francia - dove, in seguito alla Rivoluzione francese, la Costituzione del 1793 proclamò che il bambino non possiede che diritti.

Soltanto all'inizio del Novecento pedagogia, psicologia e sociologia cominciarono a porsi il problema dell'infanzia e dei suoi bisogni, avviando un graduale percorso di protezione e riconoscimento giuridico del minore, dalla Dichiarazione dei diritti del fanciullo di Ginevra del 1925, alla Convenzione internazionale sui diritti dell'infanzia approvata dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite nel 1989. E' in questa fase che si estende il concetto di abuso: dalla "sindrome del bambino battuto" (Kempe, Silverman, Steel, & Silver, 1962) alla "sindrome del bambino maltrattato" (Fontana, 1973), per arrivare in epoca più recente al termine *child abuse*, che rimanda in modo omnicomprensivo a tutte le tipologie di maltrattamenti, negligenze e violenze fisiche e psicologiche rivolte all'infanzia. Queste si elicitano in condotte attive (percosse, lesioni, atti sessuali, ipercura) e omissive (incuria,

* Psicologo, consulente in sessuologia, specializzando in psicologia della salute, Roma.
e-mail: caputo.and@libero.it

trascuratezza, abbandono) che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, per la sua sopravvivenza, per il suo sviluppo o per la sua dignità, nell'ambito di una relazione caratterizzata da responsabilità, fiducia e potere (WHO, 2002). Recentemente, accanto ai tre principali gruppi di abusi (maltrattamento, patologie delle cure e abuso sessuale), è stata classificata anche la violenza assistita, un fenomeno in aumento nel contesto familiare, che riguarda minori testimoni di violenza domestica agita su figure di riferimento o su altre figure significative (Montecchi, 2005).

In tal senso, la massiccia influenza dei mass media rispetto ai numerosi casi di cronaca e le attuali politiche sociali in tema di maltrattamento e abuso infantile parrebbero segnalare una crisi dei processi di convivenza¹.

In ordine a tale "emergenza", si sta assistendo specularmente allo sviluppo di una "cultura dell'infanzia" entro cui l'impegno dei vari professionisti è orientato alla protezione dei diritti del minore, rivolgendo così l'attenzione al problema sommerso dei maltrattamenti, delle violenze e negligenze nei loro confronti.

Il progressivo rilevamento di questo tipo di reati pone alle istituzioni, e più in generale alla collettività, nuovi problemi e a più livelli - psicologico, sociale, normativo, giuridico e giudiziario - che, a loro volta, generano ulteriori criticità di tipo organizzativo, formativo e di coordinamento tra operatori di diversa cultura ed etica professionale (dagli operatori del diritto, magistrati ed avvocati, agli psicologi, insegnanti, assistenti sociali ed educatori).

A tale proposito uno dei nodi maggiormente problematici risulterebbe essere la mancanza di protocolli di intervento per gli operatori, su base nazionale e specifici per i vari settori: in Italia esistono linee-guida generali elaborate e validate al fine di favorire una coerenza tra la componente sociale e la componente sanitaria della presa in carico di minori vittime di abuso, in sinergia con gli interventi giudiziari.

Introduzione

Una revisione della letteratura internazionale, prodotta dal 1997 al 2007 e reperibile nel CSA (Cambridge Scientific Abstracts) in ordine all'intervento psicologico nel *child abuse*, ci ha permesso di individuare tre "modelli culturali"² che riteniamo utili per una rilettura critica del tema:

- Il *modello dell'attaccamento* organizza quel filone della letteratura che recupera le teorie dell'attaccamento per l'individuazione di una lettura deterministica del *child abuse*. Numerose ricerche, infatti, collegano in maniera "diretta" l'esperienza di abuso ad uno stile di attaccamento insicuro o disorganizzato (Carlson, Cicchetti, Barnett, & Braunwald, 1989; Van Ijzendoorn, Schuengel, & Bakermans-Kranenburg, 1999), verificandone, inoltre, la sua riproduzione intergenerazionale (Alexander et al., 1998; Fonagy & Target, 2001), nell'ipotesi che alla origine di comportamenti maltrattanti vi sia una persistente incapacità del genitore nel riconoscere lo stato soggettivo del bambino durante le prime fasi di vita.

- Il *modello delle tecniche evidence-based* è enucleato dalle considerazioni avanzate da diversi autori (Remschmidt, Belfer, & Goodyer, 2004) sulla necessità di combinare le migliori evidenze sperimentali disponibili e l'esperienza clinica, con l'obiettivo di sviluppare nuovi protocolli basati su prove di efficacia, valutare i diversi programmi terapeutici (Chaffin & Schmidt, 2000) e acquisire tecniche specialistiche nel lavoro con i minori vittime di abuso e con le loro famiglie.

- Il *modello dei risk factors* è definito a partire dagli studi sull'influenza dei principali fattori di rischio nel *child abuse*, tra cui l'isolamento sociale (Loar, 2003), la violenza domestica

¹ Intendiamo per convivenza la componente simbolica della relazione sociale. Convivere significa istituire rapporti di reciprocità con l'estraneo e produrre nuove regole del gioco sociali, quando quelle presenti denunciano la propria inadeguatezza (Carli, 2000).

² Modelli collusivi con i quali gli Autori organizzano, emozionalmente, la loro rappresentazione e conoscenza del tema (nel nostro caso l'intervento negli abusi all'infanzia), con l'ipotesi che quanto prodotto in Letteratura suggerisca la connessione simbolica istituita tra la competenza psicologica e la rappresentazione dei problemi che il contesto pone (Carli & Paniccia, 2002).

(Armstrong, 1999) e l'abuso di sostanze (Kelley, 2003), considerando l'utilità di implementare programmi di prevenzione primaria (Suzumiya, Yamashita, Nakagawa, Noutomi, & Yoshida, 2004) e adottare una prospettiva ecologica nell'analisi del fenomeno (Cox, 1997).

Il presente contributo intende esplorare tali modelli con l'obiettivo di interrogarsi sulla relazione esistente tra dimensioni teoriche e prassi di intervento rispetto alla questione degli abusi all'infanzia.

Si tratterà il rapporto tra committenza e mandato sociale, nel tentativo di delineare i differenti utenti, i contesti e le funzioni professionali riconducibili ai modelli precedentemente individuati.

Successivamente si proporrà la Signal Detection Theory (Green & Swets, 1966) quale prospettiva per leggere i criteri decisionali che orientano l'azione psicologica nelle situazioni di incertezza e rischio connesse all'abuso, i risvolti, i limiti e le potenzialità delle diverse culture professionali.

Verrà infine proposta una lettura psicosociale del fenomeno, cercando di recuperare il paradigma individuo-contesto e l'analisi dei processi collusivi come dimensioni specifiche della competenza psicologico-clinica.

L'intervento tra committenza e mandato sociale

Recuperando *modo, mezzo e obiettivo* (Grasso, Cordella, & Pennella, 2003), quali aspetti necessari per la realizzazione di un intervento e per la possibilità di direzionare un processo, possiamo riattraversare i modelli di intervento fino ad ora individuati, alla luce del rapporto committente/utente/ psicologo.

L'ipotesi è che il mandato sociale sia calato entro specifici ambiti di intervento e che la prassi psicologica sia fondata su precise dimensioni, storiche e contingenti, nell'attivare determinate funzioni. La lettura che si propone, lungi dall'avanzare conclusioni rigide e semplificative, ha dunque l'obiettivo di affrontare la questione del mandato sociale degli abusi all'infanzia e della committenza entro cui, potenzialmente, si collocano i modelli proposti a partire dalla letteratura.

Il modello dell'attaccamento: la funzione ideologico-normativa

Tale modello sembra organizzare una cultura professionale collusiva coi sistemi di potere e con il mandato sociale relativo agli abusi all'infanzia. Siamo confrontati con tipologie di intervento che ipotizziamo si collochino in un contesto per lo più coatto e prescrittivo, come quello della consulenza psicologica in ambito giuridico, dove vi sono limitati gradi di libertà rispetto ad una rilettura della domanda come primo prodotto dell'intervento medesimo.

Il *modo* in cui lo psicologo prende parte al processo di domanda è quello del perito (dal greco *peîra*, da cui prova, ricerca, esperienza), in quanto conoscitore esperto dei temi della psicologia evolutiva e del diritto minorile e di famiglia. L'etimo del termine (*peîra*) rimanda anche all'atto del ricercare dentro le cose, dello scrutare, del penetrare che ripropone l'agito violento di chi, entro una dinamica perversa, riduce l'estraneità a oggetto da possedere. Il processo collusivo familistico è riproposto con lo psicologo chiamato a osservare l'altro, quasi toccarlo con mano (dal latino *tangere*, che ha la medesima radice di attaccamento) entro un rapporto che appare caratterizzato dalla stessa corporeità aggredente sperimentata emozionalmente nelle relazioni primarie.

Il *mezzo* attraverso cui tale azione professionale si elicita è la diagnosi (dal greco *dià-gnôsis*, ovvero guardare attraverso), ancorata ad un modello medicalizzato secondo cui il momento valutativo rappresenta una mera operazione statica e descrittiva che demanda la

responsabilità del processo di modifica alla qualificazione dinamica ed evolutiva della successiva fase di terapia³.

Per fare diagnosi e/o prognosi (sulle competenze genitoriali, l'attendibilità della testimonianza del minore, l'indagine della personalità dell'abusante, ecc.) è necessario che siano garantiti criteri di oggettività e neutralità, quali presupposti della prassi professionale, data la situazione di incertezza entro cui si è chiamati a intervenire. In qualche modo, si chiede allo psicologo di agire un controllo "conoscitivo" sulle regole del gioco che reggono tali sistemi di appartenenza (le famiglie abusanti) e di renderle note, nell'ipotesi di definirne e prevederne gli esiti.

L'*obiettivo* del perito/psicodiagnosta è dunque quello di fornire pareri e valutare (*valere*, da cui essere forte, avere prezzo, stimare) in un rapporto che si esaurisce nella dinamica istituita col mandato sociale. Chi valuta, infatti, gode di uno status privilegiato (*validus*) per mezzo del potere conferitogli da un terzo in nome del riconoscimento del proprio sapere specialistico. Valutare, però, può comportare l'operazione rischiosa di individuare "costi" a prescindere da specifici contesti. La protezione e la tutela dell'infanzia rappresentano, infatti, valori ideologici attorno ai quali si può facilmente costruire un consenso piuttosto che un intervento verificabile. In altri termini, si ripropongono finalità, cioè stati della realtà socialmente desiderabili e condivisibili, in linea con meccanismi di controllo che inducono l'individuo a conformarsi ai valori che reggono l'ordine sociale, entro una funzione per lo più ideologica e normativa della professione psicologica.

Il modello delle tecniche evidence-based: la funzione tecnica

La tecnica (*technè*, l'insieme di conoscenze e metodi necessari alla produzione degli oggetti) rappresenta la dimensione centrale di tale modello di intervento in merito agli abusi all'infanzia. Per passare dalla dimensione ideologica ad una dimensione pragmatica risulta necessaria una operazione fondamentale, che è quella di trasformare gli stati della realtà socialmente desiderabili in altri modelli coerenti con ciò che risulta più probabile dall'applicazione della tecnica.

Il modo in cui lo psicologo è chiamato a stare entro i rapporti di domanda, è strettamente ancorato al ruolo di tecnico, in quanto capace di produrre e offrire soluzioni ai problemi posti dalla committenza. Il suo intervento è legato alla congruenza dei risultati con i bisogni espressi dagli individui o dai gruppi sociali e alla probabilità di avere quale esito esattamente ciò che ci si aspetta.

Siamo nell'area degli interventi attuati entro i servizi socio-sanitari locali e che, talvolta, hanno luogo proprio in ottemperanza ai dispositivi dell'Autorità Giudiziaria minorile rispetto allo stato di recuperabilità del minore o dell'intero nucleo familiare in vista delle successive sentenze. La stretta integrazione dei trattamenti clinici con quelli educativi e riabilitativi, in questo caso, avviene in accordo e su mandato del Servizio Sociale Territoriale competente, che rimane titolare del progetto di intervento sul minore. Le tecniche che sono evocate rispetto a tale contesto di intervento sono quelle psicoterapeutiche, per lo più basate su un modello teorico sistemico-relazionale o cognitivo-comportamentale.

La psicoterapia diviene il mezzo privilegiato attraverso cui si agisce la riduzione del deficit, l'eliminazione del sintomo (del singolo o del nucleo familiare) entro un mandato sociale che richiama la funzione diagnostica del modello precedentemente individuato, sebbene stavolta sia funzionale alla successiva presa in carico.

Qui l'*obiettivo* è relativo alla cura e alla guarigione, termini che a livello etimologico rimandano al contempo all'atto di osservare e proteggere, dimensioni legate al concetto di tutela (*tueri*) del minore. Si affaccia in questo senso una funzione sostitutiva al sistema giudiziario, nel riconoscimento della separazione tra specifiche competenze, all'interno di un mandato sociale che rivendica la professionalità psicologica sul versante dei servizi sociali, sanitari e assistenziali in genere. In altri termini, lo psicologo non è più chiamato a colludere con una committenza che vuole utilizzarlo in funzione dei propri scopi (si pensi alla figura

³ L'art. 26 del Codice Deontologico e l'art. 10 della Carta di Noto, recita: "I ruoli dell'esperto nel procedimento penale e dello psicoterapeuta sono incompatibili".

del perito quale *longa manus* dell'organizzazione giudiziaria); in questo caso allo psicologo è proposta una collusione tecnica poiché socialmente riconosciuto, entro processi di ordinamento professionale, quale figura volta all'assistenza e alla riabilitazione psicologica. Il criterio di evidenza, che in tale modello si persegue attraverso la validazione delle tecniche, rimanda al bisogno della professione di trovare legittimazione entro contesti per lo più dati e fondati su una cultura medicalizzata, come quelli di tipo assistenzialistico e di cura, nella direzione di rendere visibile all'esterno (evidens) il proprio "saper fare". A differenza del modello dell'attaccamento, inoltre, il rapporto di domanda non è esaurito nella sola richiesta di committenza. In questo caso, la dinamica neoemozionale fondata sul controllo, esercitato entro un mandato socio-sanitario, sembra fornire indicazioni di presa in carico del "paziente", triangolando un terzo (lo psicologo) a intervenire in un'ottica di "*restitutio ad integrum*".

L'altro, designato quale portatore del disagio (dal latino *patior*), è anche colui che "porta pazienza" nel tollerare l'istituzione di un rapporto di cura. Da una dimensione osservativa si passa quindi ad un processo di tipo interattivo. Si pensi agli studi *evidence-based* compiuti sulla "*compliance*" (definita anche adesione al trattamento o regime consensuale) quale predittore dell'efficacia del trattamento stesso e, in questo senso, all'importanza di variabili quali la consapevolezza del problema, l'alleanza terapeutica, le caratteristiche del sistema di cura, ecc. In altri termini, acquista maggiore centralità la relazione tra tecnico e utente, sebbene essa non costituisca l'oggetto dell'intervento ma piuttosto sostanzialmente il bisogno di aiuto e il rapporto di dipendenza affiliativa tra i due.

Il modello dei risk factors: quale funzione?

L'ultimo modello proposto è quello che definiamo "dei fattori di rischio". Il contesto di committenza professionale in cui lo psicologo è chiamato a intervenire è per lo più relativo al cosiddetto "Terzo Settore", ovvero quel complesso di soggetti organizzativi di natura privata ma volti alla produzione di beni e servizi a valenza pubblica o collettiva. Non più, quindi, un mandato sociale forte a cui aderire, pena la perdita di una legittimazione, scontatamente data, della propria professionalità, ma ambiti di costruzione di competenza a stare sulle domande del territorio, nell'ottica di contribuire alla promozione e al potenziamento della convivenza entro i sistemi sociali di appartenenza (Carli, 1997). Si esce dall'ottica del prodotto, per abbracciare quella di una psicologia quale offerta di un servizio.

Il modo in cui lo psicologo partecipa a tale processo è quello di consulente, figura per la quale le dimensioni emozionali della relazione non vengono scisse (modello dell'attaccamento) o ritualizzate (modello delle tecniche *evidence-based*), ma sono fonte di conoscenza. Gli strumenti adottati nel far fronte alla questione degli abusi all'infanzia, entro un'ottica psicosociale, sono riconducibili a un modello preventivo, nella possibilità di esplorare contesti "a rischio" di cui promuovere le risorse individuali e comunitarie. L'altro, dunque, inizia ad assumere l'accezione di "cliente" dal momento che cessa di essere mero fruitore di un prodotto dato, e per cliente intendiamo l'estraneo dal quale dipende lo sviluppo (Carli, 2003). Si pensi, rispetto al terzo settore, alla faticosa negoziazione operata entro la realtà locale con le famiglie, le istituzioni educative e i contesti socio-ricreativi al fine di implementare progetti preventivi che siano colti come utili e che siano allo stesso tempo verificabili. La promozione che si sostiene fa quindi riferimento anche alla propria credibilità professionale, nella necessità di assumere una competenza a proporsi entro un mercato competitivo. Il consulente, come indicato dall'etimo (dal latino *consulere*), racchiude in sé funzioni di presa in carico della richiesta (provvedere) e di utilizzo della relazione quale organizzatore dell'intervento stesso (riflettere), ragion per cui necessita di modelli che traducano ciò che l'altro gli porta in quanto dimensione problematica.

La prevenzione quale mezzo finalizzato al potenziamento (*empowerment*) è, ad esempio, oggetto privilegiato di due orientamenti della tradizione psicologica: la psicologia di comunità e la psicologia della salute. Entrambe si pongono quale obiettivo lo sviluppo della comunità, la promozione della salute e il miglioramento della qualità della vita degli individui nei loro contesti di appartenenza (Francescato, Tomai, & Girelli, 2002; Pietrantoni, 2001). Il modello

preventivo, tuttavia, pone alcune questioni problematiche per l'intervento psicologico che, se non trattate, rischiano di istituire le posizioni ideologica e tecnicistica precedentemente discusse.

L'abuso (*ab-utor*) in quanto cattivo uso, definisce di per sé una dimensione che scarta dalla norma e attorno cui l'intervento preventivo può facilmente trovare legittimazione. Le critiche rivolte alle teorie della "*social cognition*" affermano, per esempio, la parzialità di modelli centrati sull'influenza esercitata sul comportamento da parte delle aspettative, delle credenze di controllo o dell'apprendimento sociale; là dove non si tenga conto dei processi automatici e inconsapevoli, del ruolo delle emozioni e del contesto socio-ambientale. In tal senso, i fattori di rischio, se assunti come criteri di allarme e di individuazione del problema dato, potrebbero rappresentare il presupposto per la creazione di idealtipi, reazioni standardizzate a stimoli ambientali, profili di potenziali abusanti e/o abusati, ovvero dimensioni mitiche e rassicuranti, in linea con un modello diagnostico. Lo stesso si dica per la dimensione sociale dell'*empowerment* che può divenire finalità valoriale nel momento in cui alimenta una cultura delle ideologie e delle lotte di potere, nella presentificazione costante delle determinanti oggettive del contesto e dei limiti che esso pone; si pensi, tra tutte, alle disuguaglianze circa la distribuzione delle risorse. Si rischia, in altri termini, di predisporre una cultura della tecnicità che promuove strategie di adattamento "ingenua", in risposta a un sentimento di impotenza. E' il caso dei corsi alla genitorialità; della formazione di operatori e insegnanti costantemente aggiornati sulle tematiche dell'abuso; dei progetti di educazione alla salute e alla sessualità nelle scuole, prescrittivamente impostati senza una analisi delle culture entro cui si interviene.

Azione professionale e child abuse: un modello decisionale per una ipotesi di lettura

Se pensiamo ad alcune criticità in merito alla valutazione dell'attendibilità della testimonianza del minore, all'individuazione precoce di indicatori specifici di abuso, all'omertà familiare agita nella negazione dell'evento traumatico, al rischio di recidiva entro un contesto non sufficientemente protettivo, ci rendiamo conto dello stato di forte incertezza che investe l'intervento dello psicologo. Questi, infatti, è costantemente confrontato con un pericolo potenziale da prevenire, individuare o eliminare qualora fosse presente: in una cultura dei "fatti" l'azione professionale, dall'analisi delle simbolizzazioni collusive agite nel rapporto di domanda (Carli & Paniccia, 1999), tende ad attestarsi sull'adozione di strategie decisionali volte alla riduzione dell'estraneità.

Proviamo a riflettere su cosa implichi decidere in situazioni di incertezza, in rapporto a una condizione di pericolo all'interno di un contesto, ricorrendo alla Signal Detection Theory, approfondita nelle sue implicazioni "sociali" (Carli, 1987). L'ipotesi è che il tipo di strategia decisionale attivata dipenda dai "costi" che la cultura locale attribuisce alla decisione, in funzione delle regole del gioco condivise entro un sistema di appartenenza.

Il modello dell'attaccamento ripropone una funzione diagnostico-valutativa rispetto ad una condizione di forte incertezza decisionale in cui lo psicologo è chiamato ad intervenire. Ci si confronta con situazioni in cui l'obiettivo principale è identificare la presenza di eventuali indicatori psico-comportamentali che rimandino compatibilmente all'evento abuso, sebbene molti sintomi siano in realtà aspecifici, in quanto risposte a stress diversi dall'abuso quali, ad esempio, quelli dovuti a conflitti o disagi intrafamiliari. Si pensi a come un approccio categoriale funzioni meglio quando tutti i componenti di una classe diagnostica sono omogenei, quando vi sono limiti netti tra le classi, e quando le diverse classi sono mutualmente esclusive. Per poter rilevare la presenza di ciò che scarta dalla norma, è quindi necessario adottare criteri sempre più numerosi e restrittivi, in modo da evitare l'errore di valutare come significativa una ipotesi che non lo è (si pensi alla casistica degli pseudo-abusi). L'importanza della diagnosi differenziale e di uno screening dei cosiddetti falsi positivi, volge la preoccupazione del clinico, che opera in contesti coatti e simbolizzati come sanzionatori, al "non commettere errori". Tale modello, dunque, ripropone la cultura del **rifiuto corretto**. Il sistema giudiziario implica costi emotivi, istituzionali e legali assai alti;

ogni valutazione o decisione ha un peso considerevole sulla vita delle persone, entro un assetto collusivo normativo che investe la figura del perito, riconosciuto quale esperto, di una funzione professionale ideologica. In Tribunale il tempo della decisione è spesso rapido e comprime, a volte in modo ansiogeno, il tempo della riflessione. Si ricorre a strategie automatizzate attraverso cui si tende alla ripetizione di comportamenti senza assumerne di ulteriori, riducendo la probabilità di falsi allarmi e risparmiando in termini di tempo e pensiero. Si persegue, per alcuni aspetti, l'*efficienza* dell'intervento nel massimizzare i benefici ottenibili, utilizzando al minimo le risorse economiche, organizzative e professionali.

Il modello delle tecniche evidence-based si colloca nell'area della tecnicità, il cui interesse prioritario è quello di standardizzare le procedure di intervento, con lo scopo di perseguire la massima *efficacia*. Siamo confrontati col mandato socio-sanitario che caratterizza la medicalizzazione della prassi psicologico-clinica su un versante terapeutico. Il focus è sull'obiettivo, in quanto risultato più probabile di una tecnica scientificamente fondata, nell'ipotesi che ci sia una razionalità, intesa come tendenza a massimizzare gli esiti corretti delle decisioni. E' riproposta una cultura dell'*hit*, in cui la dimensione operativa è orientata alla risoluzione di problemi, ovvero al "fare la cosa giusta". Nella valutazione degli interventi sanitari, per efficacia si intende la capacità dell'intervento di migliorare gli esiti della condizione in esame. L'efficacia di un servizio sanitario consiste nel fare le cose giuste alle persone giuste e si identifica con l'appropriatezza, come implicitamente riconosciuto dal DDL 229/1999. Per poter perseguire il mito della razionalità tecnica, è però necessario appiattare il valore della variabile ambientale, quale aspetto di incertezza sull'azione, agendo un controllo conformistico rispetto al contesto stesso. Il tecnico, in questo senso, è colui che, secondo la definizione di Fornari (1976), assolve ad una funzione di cura o "fallogentrica". L'intervento, infatti, comporta la possibile separazione tra il "male altro" che agisce entro il paziente e che va aggredito, distrutto (curare); ed il "bene proprio" del paziente stesso, del quale ci si può prendere cura (funzione onfalocentrica). Partendo da questa scissione, il tecnico si vede delegata la possibilità di decidere per il suo interlocutore. A fronte di tale dinamica affiliativa, il rischio maggiore è rappresentato dal mancato intervento là dove sarebbe stato necessario e corretto; si pensi all'obbligo di cura e alla colpa professionale di omissione che caratterizza il contesto socio-sanitario. In tal senso, perseguire esiti corretti in rapporto a cose fatte sembrerebbe quindi collocarsi entro una cultura tautologica, che riconosce legittimità al modello diagnostico quale premessa per un successivo intervento riabilitativo.

Il modello dei risk factors propone un'ottica dell'intervento orientata ad un versante prevalentemente preventivo. Il concetto di rischio assume una centralità assai significativa dal momento che la decisione, intesa come riduzione e gestione dell'incertezza tramite scelte nel rischio, rappresenta, in questo caso, un organizzatore della prassi psicologica. La prevenzione mira a individuare quelle condizioni misurabili che risultano correlate con l'incidenza di un fenomeno in una popolazione a rischio. Tali determinanti possono essere ascritte all'individuo o al contesto e mostrano un peso significativo, a seconda delle modalità di impiego ed esposizione, quali predittori per l'insorgenza dell'evento dannoso. Non si interviene sul segnale dato, ma sul pericolo potenziale, entro un assetto caratterizzato da una forte variabilità e incertezza proprio perché implicato in una continua negoziazione con le domande provenienti dal territorio. Siamo nell'area dei progetti di tutela all'infanzia che hanno per committenti le agenzie del Terzo Settore entro la realtà locale e assumono come prioritaria la questione dell'*economicità*, ossia l'utilizzo razionale ed ottimale delle risorse in relazione alle necessità territoriali. Il rapporto, dunque, non è più tra mezzi impiegati e risultati ottenuti, ma tra costi e obiettivi pensati. Ciò implica che l'azione finalizzata alla prevenzione prescinda, in qualche modo, dall'esito corretto delle scelte effettuate: si propone il "far presto" (dal latino prae-stare) e quindi uno stare (professionalmente), in rapporto a problemi, entro una posizione anticipatoria in modo da evitare il maggior costo che deriverebbe dall'effettiva presenza del segnale. E' la cultura del **falso allarme**, per la quale è preferibile "proporre azioni ritenute utili ma non necessariamente efficaci", all'alternativa di eludere corrette possibilità di intervento. In questo caso parliamo di

strategia esploratoria dal momento che si tendono a considerare come informazioni, e non quale scarto dal modello, gli eventi imprevisi, consentendo di apprendere, vale a dire di esplorare e provarsi nell'analisi del segnale stesso.

Il fenomeno dell'abuso: cultura dei fatti o evento culturale?

Ciò che sembra caratterizzare, quale fil rouge, i modelli fin qui discussi, è la centralità di una cultura radicata sui "fatti" che ignora la relazione tra *child abuse* e processi collusivi: l'evento problematico è teorizzato come dipendente da caratteristiche, relativamente stabili, della persona (modello dell'attaccamento); come sintomo di uno scarto che va ortopedicamente ricondotto alla normalità (modello delle tecniche *evidence-based*) o come fatto collocato entro un contesto, caratterizzato da circostanze, modalità di rapporto, specificità che consentono di riferire l'evento a peculiari finalità adattive (modello dei *risk factors*). A fronte di un segnale "allarmante" si propongono agiti collusivi, eludendo l'esplorazione dell'evento medesimo. Si attivano sostanzialmente due funzioni professionali: la prima, ideologico-normativa, che agisce tale aspetto di controllo nella procedura diagnostica quale strumento di elezione, colludendo con dimensioni di potere. La seconda funzione è tecnica, ovvero di *restitutio ad integrum*, e rimanda alla prima, in un rapporto di continuità. Potremmo affermare che sostanzialmente la parte più "evoluta" della cultura precedente, dal momento che trasforma i fini ovvero le premesse ideologiche, appannaggio del modello diagnostico, in obiettivi coerenti con i risultati derivanti dall'applicazione della tecnica medesima.

L'analisi compiuta ci porta così a individuare nel modello dei *risk factors* le maggiori potenzialità di sviluppo della professione psicologica in ordine alla questione degli abusi all'infanzia. Entro tale cultura dell'intervento, infatti, si propone una possibile competenza professionale che può funzionare quale dispositivo simbolico nella lettura e nella comprensione degli eventi sociali, a dispetto di una competenza attestata su mere dimensioni operative. Tale cultura dell'intervento rischia però di essere cooptata entro il postulato individualista, proprio del modello diagnostico, che vuole l'individuo avulso dai contesti e caratterizzato da processi psicologici "interni" quale unità di riferimento delle ricerche (Carli & Panizza, 1993); o nell'assunto razionalista, che regge l'area della tecnicità e vuole sistemi razionalmente orientati al perseguimento di scopi secondo criteri di ottimizzazione dei mezzi (Grasso & Salvatore, 1997).

Conclusioni

Riattraversare criticamente quanto prodotto in letteratura può permetterci di individuare alcune questioni utili a costruire una ipotesi sulla "cultura degli abusi all'infanzia".

Negli studi sull'attaccamento ciò che emerge è il legame tra l'esperienza di abuso e il funzionamento autoriferito di un sistema di relazione (diade madre-bambino) che da un lato non favorisce lo scambio con l'estraneo, dall'altro non facilita l'integrazione delle informazioni affettive con quelle cognitive nell'esplorazione dei segnali dell'ambiente. Il modello delle tecniche *evidence-based* ha evidenziato come, nella standardizzazione delle tecniche di intervento in ordine al criterio di efficacia, un punto critico sia proprio la validità ecologica dei programmi proposti, rispetto al non tener conto della dimensione contestuale entro cui questi sono inseriti. Il focus sugli aspetti cognitivi e comportamentali porta a teorizzare il singolo evento problematico come reazione dell'individuo a stimoli ambientali.

Gli stessi fattori di rischio, individuati nel terzo modello in analisi, se assunti come "fatti", vanno a configurarsi come dimensioni tecnico-procedurali o normative, entro un rapporto di causalità lineare con il problema. Proponiamo di leggere il rischio come rappresentazione soggettiva del pericolo entro processi collusivi condivisi, nell'ipotesi che gli abusi all'infanzia rimandino a un problema di convivenza, quale *componente simbolica della relazione sociale*. L'isolamento sociale, la violenza domestica, l'abuso di sostanze, rappresentano, sulla base del modello proposto, indizi culturali da ripensare nel rapporto individuo-contesto. Ci confrontiamo, in ipotesi, con un assetto caratterizzato da dimensioni di potere in cui le

regole del gioco sono improntate allo stabilire relazioni di *possesso con l'estraneità*. Si pensi, in questo senso, all'asimmetria evocata dall'etimologia del termine violenza (da *vis*, forza) e abuso (da *ab-utor*, servirsi impropriamente), "parole dense" atte a individuare un aspetto di trasgressione alla convivenza, che pare essere minacciata dalla *negazione dell'estraneo*. A tale proposito, Carli (2000) afferma che:

[La] violenza sui bambini, ai quali vengono attribuite emozioni di attacco, di disturbo della quiete adulta, [e] bisogni di aggressione meritevoli di punizione [può essere letta, in questo senso], come il risultato dell'incapacità di "vedere" il bambino, di decifrarne i messaggi, di conoscerne desideri e linguaggi (p.9).

Infatti, mentre la regola del gioco serve quale strumento per facilitare l'adattamento e la convivenza, la norma implica sempre un "terzo" quale modello ed al contempo funzione di controllo e di sanzione nei confronti delle trasgressioni al modello. Si impatta, per alcuni aspetti, con il conformismo cui tende l'intervento psicologico nell'assumere una funzione ideologico-normativa o, in alternativa, orientata alla technicalità. Quanto più si attivano mandati sociali tanto più l'intervento sembra proporre un paradigma individualista e medicalizzato, ricorrendo al potere istituito nel sistema sociale per trattare i problemi stessi. Le competenze psicologiche tendono dunque ad appiattirsi su aree professionali altre, nella perdita di una specificità modellistica, rischiando così di rendere tali ambiti di intervento sempre più saturi e in futuro meno presidabili. La possibilità di attivare una funzione professionale spendibile risiede nel recupero del paradigma individuo-contesto e della dimensione emozionale, in quanto connotati peculiari delle scienze psicologiche, che consentano di "intercettare" le domande locali e proporre una lettura "culturalmente" orientata all'esplorazione dei processi collusivi che organizzano i contesti di convivenza a rischio.

Bibliografia

Alexander, P.C., Anderson, C.L., Brand, B., Schaeffer, C.M., Grelling, B.Z., & Kretz, L. (1998). Adult Attachment and Longterm Effects in Survivors of Incest. *Child Abuse & Neglect*, 22, 45-61.

Armstrong, M. (1999). Face to Face with Child Abuse: Towards an Ethics of Listening. *Law and Critique*, 10 (2), 147-173.

Carli, R. (1987). L'analisi della domanda. *Rivista di Psicologia Clinica*, 1 (1), 38-53.

Carli, R. (1997). L'analisi della domanda rivisitata. *Psicologia Clinica*, 2 (1), 5-21.

Carli, R. (2000). *Convivere*. Retrieved June 22, 2007, from <http://www.sponline.it/letture>

Carli, R. (2000). *Il contributo della psicologia per lo sviluppo della convivenza nella città*. Retrieved May 28, 2007, from <http://www.sponline.it/letture>

Carli, R., & Paniccia, R.M. (1993). Percorsi per la definizione del prodotto in psicologia clinica. *Rivista di Psicologia Clinica*, 7 (2-3), 21-45.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (1999). *Psicologia della formazione*. Bologna: Il Mulino.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2002). L'analisi emozionale del testo. *Uno strumento psicologico per leggere testi e discorsi*. Milano: FrancoAngeli.

Carli, R., & Paniccia, R.M. (2003). *L'analisi della domanda: Teoria e tecnica dell'intervento in psicologia clinica*. Bologna: Il Mulino.

- Carlson, V., Cicchetti, D., Barnett, D., & Braunwald, K. (1989). Disorganized/disoriented attachment relationships in maltreated infants. *Developmental Psychology*, 25, 525-531.
- Chaffin, M., & Schmidt, S. (2006). An evidence-based perspective on interventions to stop or prevent child abuse. In J. R. Lutzker (Ed.), *Preventing violence: Research and evidence-based intervention strategies*. (pp. 49-68). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Cox, A.D. (1997). Preventing child abuse: A review of community-based projects 1: Intervening on processes and outcome of reviews. *Child Abuse Review*, 6 (4), 243-256.
- Fonagy, P., & Target, M. (2001). *Attaccamento e funzione riflessiva*. Milano: Raffaello Cortina.
- Fontana, V.J. (1973). The diagnosis of the maltreatment syndrome in children. *Pediatrics*, 51, 780-782.
- Fornari, F. (1976). *Simbolo e codice*. Milano: Feltrinelli.
- Francescato, D., Tomai, M., & Girelli, G. (2002). *Fondamenti di psicologia di comunità: Principi, strumenti, ambiti di applicazione*. Roma: Carocci.
- Grasso, M., & Salvatore, S. (1997). *Pensiero e decisionalità. Contributo alla critica della prospettiva individualista in psicologia*. Minano: FrancoAngeli.
- Grasso, M., Cordella, B., & Pennella, A.R. (2003). *L'intervento in psicologia clinica: Fondamenti teorici*. Roma: Carocci.
- Green, D.M., & Swets, J.A. (1966). *Signal detection theory and psychophysics*. New York: John Wiley and Sons.
- Kelley, S.J. (2003). Cumulative Environmental Risk in Substance Abusing Women: Early Intervention, Parenting Stress, Child Abuse Potential and Child Development. *Child Abuse & Neglect: The International Journal*, 27 (9), 993-995.
- Kempe, C.H., Silverman, F., Steel, D., & Silver, H. (1962). The battered child syndrome. *Journal of the American Medical Association*, 181, 17-24.
- Loar, L. (2003). Child and Animal Abuse: Recognizing Common Indicators of Risk and Designing Effective Interventions. In M.S. Peterson & M. Durfee (Eds.), *Child Abuse and Neglect: Guidelines for Identification, Assessment, and Case Management* (pp.168-171). California: Volcano Press.
- Montecchi, F. (2005). *Gli abusi all'infanzia: I diversi interventi possibili*. Milano: FrancoAngeli.
- Pietrantoni, L. (2001). *La psicologia della salute*. Roma: Carocci.
- Remschmidt, H., Belfer, M., & Goodyer, J. (2004). *Facilitating Pathways: Care treatment and prevention in child and adolescent mental health*. Berlin: Springer.
- Suzumiya, H., Yamashita, H., Nakagawa, A., Noutomi, K., & Yoshida, K. (2004, January). *Mother-infant at risk of child abuse and neglect in Japan: A preventive intervention and care program in community based on multi-centre survey*. Paper presented at 9th meeting of World Association on Infant Mental Health, Parkville, VIC, Australia.
- Van Ijzendoorn, M.H., Schuengel, C., & Bakermans, K. (1999). Disorganized at in early childhood: Meta-analysis of precursors commitants and sequelae. *Development and Psychopatology*, 11, 225-250.
- WHO. (2002). *World report on violence and health*. Madrid: Author.