

Michele Pellegrini
Marvita Goffredo
Maria Grazia Foschino Barbaro

Piccoli passi per affrontare il trauma nell'infanzia

Indicazioni Psicoeducative



Piccoli Passi
per affrontare il trauma nell'infanzia
Indicazioni Psicoeducative

La persona traumatizzata trova sollievo
semplicemente nell'imparare il vero nome della sua condizione.
Non più imprigionata nel mondo senza parole del trauma,
scopre che vi è un linguaggio per la sua esperienza.

(Judith L. Herman)

INDICE

Premessa (<i>Giancarlo Ruscitti e Maria Grazia Foschino Barbaro</i>).....pag.	5
Presentazione (<i>Gloria Soavi</i>)..... »	7
Prefazione (<i>Francesco Mancini e Maurizio Brasini</i>)..... »	9
Introduzione..... »	13
IL TRAUMA INTERPERSONALE INFANTILE..... »	15
Le risposte al trauma..... »	19
Il trauma interpersonale: le esperienze potenzialmente traumatiche..... »	23
Le forme di violenza interpersonale..... »	25
LA PSICOEDUCAZIONE..... »	29
Psicoeducare al trauma da violenza..... »	33
PICCOLI PASSI PER AFFRONTARE IL TRAUMA INTERPERSONALE IN INFANZIA..... »	35
Le reazioni fisiche e psicologiche..... »	37
Le abilità: cosa si può fare per ridurre la dis-regolazione..... »	51
Piccoli Passi per affrontare..... »	53
Riferimenti bibliografici..... »	59
Gli autori..... »	61

Premessa

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS; 2006) e l'Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU; 2006), in diverse occasioni hanno definito la violenza sui minori come un problema di salute pubblica che richiede interventi urgenti e specialistici, per non rimanere nascosto e sottostimato.

D'altra parte, la realtà delle prassi della prevenzione, presa in carico e cura del trauma da violenza appare, ad oggi, ancora caratterizzata da discontinuità e disomogeneità.

In questo scenario, la Regione Puglia con delibera della Giunta Regionale del 30 novembre 2016, n. 1878, ha approvato le *“Linee guida regionali in materia di maltrattamento e violenza nei confronti delle persone minori per età”*, con lo scopo di rendere omogeneo sul territorio regionale il percorso di presa in carico di bambini e adolescenti vittime di violenza, attraverso l'implementazione di una cornice teorica di riferimento, assetti organizzativi e indicazioni operative che promuovano l'integrazione tra professionisti e servizi negli interventi di rilevazione, protezione, tutela, cura di questi minori. Gli indirizzi regionali propongono un modello organizzativo per la presa in carico su tre livelli, per la prima volta comprensivo dei servizi di base come le Equipe multidisciplinari territoriali ed anche di centri specialistici per la cura del trauma interpersonale, capaci di fronteggiare efficacemente gli esiti sulla salute ad esso associati.

L'equipe GIADA (Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati), che opera presso l'U.O. Struttura Dipartimentale PSICOLOGIA dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII di Bari, in qualità di Centro di Riferimento Regionale per la prevenzione, diagnosi e cura del trauma, ha contribuito attivamente alla realizzazione di questo grande lavoro di approfondimento scientifico e operativo rappresentato dal

documento delle Linee Guida. È inoltre impegnata nella redazione di una collana di opuscoli, “*Piccoli Passi*”, nella quale lo stesso si inserisce, nell’intento ultimo di offrire ai caregivers e agli operatori del settore uno strumento operativo di cui avvalersi per ampliare il proprio sistema di conoscenze e, indirettamente, risultare più efficaci nell’esercizio delle proprie funzioni di cura.

Come ben spiegato dagli autori del presente opuscolo, infatti, per un bambino esposto a violenza, il primo passo verso la progressiva risoluzione della sofferenza traumatica, ancor prima della ri-elaborazione dell’evento, è insito nella possibilità di contare sulla presenza di adulti significativi (genitori e operatori) che si dimostrino in grado di comprendere quanto stia accadendo in loro a seguito dell’esperienza traumatica subita e fornire un sostegno sensibile.

Consapevoli della responsabilità sociale svolta dalla rete dei servizi, mi auguro che questo strumento possa essere una risorsa preziosa nelle mani di operatori sempre più attenti e capaci di decodificare le sofferenze di bambini in condizioni di vulnerabilità.

Maria Grazia Foschino Barbaro

Responsabile dell’U.O.

Struttura Semplice

Dipartimentale PSICOLOGIA - GIADA

Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII A.O.U.

Policlinico-Giovanni XXIII di Bari

Giancarlo Ruscitti

Direttore Dipartimento Promozione della Salute,

del Benessere sociale e dello Sport per tutti

Regione Puglia e Commissario Straordinario

Azienda Ospedaliero - Universitaria Policlinico

Ospedale Pediatrico “Giovanni XXIII” di Bari

Presentazione

Lo strumento più potente per contrastare il maltrattamento all'infanzia in tutte le sue forme è rappresentato dalla *prevenzione*. L'OMS lo ribadisce da tempo e gli stati che l'hanno praticata possono vantare significative diminuzioni di questo fenomeno, con risultati importanti in termini di salute e di benessere dei bambini e degli adolescenti.

La forma di prevenzione più importante è conoscere cosa sia il maltrattamento e quali le conseguenze, la prima e più grave quella del *trauma* che colpisce inesorabilmente un soggetto in crescita e in formazione, come sono appunto i bambini e gli adolescenti. Conoscere il trauma e le sue manifestazioni è fondamentale per dare risposte competenti e adeguate alla sofferenza, per offrire strumenti per affrontarlo ed elaborarlo e impedire che rimanga come ferita profonda e nascosta. Aiutare la piccola vittima, attraverso un percorso di accompagnamento competente, a comprendere cosa è successo, e che cosa sta succedendo dentro di lei è un "piccolo passo" fondamentale. In questo modo si possono aiutare i bambini e gli adolescenti che hanno vissuto esperienze traumatiche legate alla violenza ad acquisire la consapevolezza che si può "guarire" e guardare di nuovo il mondo adulto con fiducia.

Tutte le azioni di formazione ed informazione tese a promuovere il continuo sviluppo di ruoli e competenze professionali specialistiche, vengono, dunque, a configurarsi come una delle premesse indispensabili affinché si promuova l'operatività ed efficacia dei percorsi di rilevazione, tutela e cura della violenza all'infanzia.

In questa ottica, questo opuscolo e tutta la collana "*Piccoli passi*", redatta e curata dall'Equipe Giada (Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati), divengono strumenti operativi di grande valore atti a orientare con estrema chiarezza e semplicità, pur nel rispetto della matrice scientifica dei contenuti, le prassi degli

operatori impegnati nella tutela e cura di minori, onde esporli a processi di vittimizzazione secondaria.

Grazie a Maria Grazia Foschino e all'Equipe Giada, Centro associato al Cismai, che da anni lavorano con passione e competenza per prevenire il maltrattamento e curare i bambini e le bambine vittime di violenza.

Gloria Soavi

Presidente CISMAI

(Coordinamento Italiano dei Servizi contro
il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia)

Prefazione

Vi sono fondati motivi se, poco meno di un decennio fa, si è iniziato a sentir parlare del trauma infantile come di una “epidemia nascosta” (Lanius & Vermetten, 2010), ed è in considerazione di questi validi motivi che il presente volume e, più in generale, la collana di cui esso fa parte, fatta di “piccoli passi” verso una civiltà della tutela dell’infanzia, appaiono di fondamentale importanza. Infatti, sebbene a livello di senso comune fosse noto da sempre l’impatto negativo del trauma sulla salute (Ellenberger, 1976), la conoscenza scientifica dei processi psicopatologici derivanti dalle esperienze infantili avverse ha seguito una traiettoria a dir poco irregolare, per cui è stato necessario quasi un secolo prima che l’epidemia fosse riconosciuta, che si iniziassero a studiarne le cause e i meccanismi di propagazione, che si implementassero le prime strategie di cura.

Se, dunque, consideriamo questa attuale come la fase successiva alla scoperta di un’epidemia, a parere di chi scrive colpisce innanzitutto che Maria Grazia Foschino Barbaro, curatrice di questo volume e ispiratrice dell’iniziativa, abbia scelto di muovere dei piccoli passi, secondo un’accezione scientifica di eleganza, incentrata sulla combinazione di essenzialità ed efficacia (Glynn, 2010). Infatti, è esplicita nel volume l’intenzione di restituire semplicità e consistenza ad un tema che negli ultimi decenni invece ha smosso attorno a sé tanto clamore e altrettanta confusione,

Lanius RA, Vermetten E, Pain C (2010): “The impact of Early Life Trauma on Health and Disease - The Hidden Epidemic”. Cambridge University Press.

Ellenberger E. (1976): “La scoperta dell’inconscio. Storia della psichiatria dinamica” (vol. I). Bollati Boringhieri.

Glynn I (2010): “Elegance in science - the beauty of simplicity”. Oxford University Press.

e di rendere il trauma infantile più praticabile a tutti coloro che ne vengono a contatto e ne fanno a vario titolo esperienza, come genitori, operatori sociali, educatori, uomini di legge.

Affiancandosi a tutti costoro e procedendo a piccoli passi, gli autori di questo volume (Maria Grazia Foschino Barbaro, Marvita Goffredo e Michele Pellegrini) offrono uno strumento conoscitivo: per confrontarsi con l'esperienza del trauma infantile e farsene esperti; per superare lo smarrimento e la paura che sempre aleggia attorno al trauma; per divenire efficaci nell'agire, sia esso finalizzato alla tutela o alla cura.

Affrontare un'epidemia condividendo la conoscenza e puntando sulla partecipazione attiva di tutti è una scelta saggia, che richiede coraggio dal punto di vista culturale e denota lungimiranza sul piano politico.

E forse non è un caso se questa operazione di condivisione della conoscenza è anche un segno precipuo dell'attitudine umana a collaborare tra pari (Tomasello, 2008), e che proprio questa nostra propensione costituisca, nella visione a cui si ispirano gli autori, il principale ingrediente di ogni intervento terapeutico (Liotti, Fassone e Monticelli, 2017). Anche la scelta delle conoscenze da condividere, considerata la necessità di operare una sintesi, ci è apparsa particolarmente felice.

Per prima cosa, viene fornita una definizione di tutto ciò che rientra nel novero delle esperienze potenzialmente traumatiche, con particolare attenzione ai traumi derivanti dai rapporti interpersonali. Fare chiarezza su questo punto è indispensabile, soprattutto se si considera quanto sia difficile riconoscere la valenza traumatica di alcune esperienze comuni, quali ad esempio

Liotti G, Fassone G, Monticelli F (2017): "L'evoluzione delle emozioni e delle motivazioni umane". Raffaello Cortina, Milano.

Tomasello M (2009): "Why we Cooperate". Boston Review Books.

l'incuria e la trascuratezza emotiva, e quanto questo mancato riconoscimento delle possibili cause "nascoste" abbia contribuito e ancora contribuisca al propagarsi dell'epidemia.

Il secondo ambito di conoscenze condivise è orientato alla comprensione dei processi, dei meccanismi, e delle manifestazioni del trauma; in questo modo, sulla base di una quantità di informazioni facilmente maneggevole, si veicola l'idea che il trauma come fenomeno possa essere individuato e compreso, così come si possono riconoscere segni e sintomi di qualsiasi malattia attraverso una attenta osservazione.

Il terzo ambito di conoscenze condivise riguarda una serie di semplici strumenti con i quali è possibile affrontare il trauma, presentati e offerti al lettore come indicazioni e procedure pratiche di buon senso, utili come certi principi di pronto intervento che chiunque può applicare in caso di necessità: un potente antidoto contro il senso di impotenza che molto spesso paralizza chi si confronta con il trauma.

In modo trasversale alla condivisione di queste tre aree di conoscenza sulle cause, sulle manifestazioni e sui principi di intervento del trauma infantile, vi sono almeno due intenti che, a nostro avviso, gli autori perseguono efficacemente. Il primo è dichiarato: la normalizzazione. Comprensibilmente, la scoperta di un'epidemia nascosta, se da una parte ha dato l'avvio ad una fase senza precedenti e positiva di attenzione e di progresso nelle conoscenze sul trauma evolutivo, d'altro canto ha comportato anche qualche effetto collaterale in termini di eccessiva enfaticizzazione e di generalizzazione indebita sul fenomeno. Non è questa la sede per approfondire l'argomento, ma a titolo di esempio si pensi all'idea che il trauma infantile lasci segni indelebili "*come le impronte delle mani nel cemento*" (Felitti in Lanius et al, p. XIX), che contrasta palesemente con una visione evolutiva dei processi psicopatologici. Normalizzare, in questo contesto,

significa contare sul fatto che l'approfondimento e la diffusione di una corretta conoscenza scientifica sia il modo migliore di combattere un'epidemia.

Il secondo intento è lasciato implicito, ma si intuisce che sia il principale obiettivo di questa iniziativa: la prevenzione. In effetti, il terreno più appropriato per affrontare le epidemie è quello della prevenzione, e la prevenzione si fa principalmente diffondendo conoscenze e buone pratiche per evitare il contagio, ad esempio vaccinando su larga scala la popolazione in modo da creare uno stato immunitario. La sofferenza infantile, specie quella causata da noi adulti, non è soltanto un danno ingiusto per chi lo subisce, ma un onere per tutta la società: è un problema di tutti. Una politica di prevenzione richiede tempo, richiede un cambiamento culturale, e queste cose, come suggeriscono gli autori, si fanno tutti insieme, a piccoli passi.

Maurizio Brasini

Didatta Scuole di Specializzazione
in Psicoterapia Cognitiva

Francesco Mancini

Direttore Scuole di Specializzazione
in Psicoterapia Cognitiva

Introduzione

L'esposizione da parte di un bambino ad una o più esperienze di violenza comporta un complesso sistema di reazioni fisiche, emotive e cognitive, che possono risolversi spontaneamente dopo un breve lasso di tempo o piuttosto cronicizzarsi negli anni, accrescendo il rischio di alterazioni negative sul piano del suo sviluppo fisico e psicologico.

Subire violenza è un'esperienza intensamente traumatica per qualsiasi individuo, a qualunque età esso ne sia vittima: riduce il senso di sicurezza personale e mina la fiducia in sé, negli altri e nel mondo circostante, accrescendo la percezione di una costante condizione di allarme a cui far fronte (Ford & Courtois, 2009).

Quando ad esserne colpiti sono i bambini, le reazioni possono però assumere una forma ed un'intensità differenti, a seconda dell'età e del bagaglio di risorse ed abilità che ciascuno ha a sua disposizione. Per gli adulti che vi sono accanto può essere, dunque, arduo comprendere che alcuni dei comportamenti, pensieri e stati emotivi messi in atto dai loro piccoli ed etichettati come anomali e problematici, siano, piuttosto, spiegabili come "comuni risposte al trauma".

Per un bambino esposto a violenza, il primo passo verso la progressiva risoluzione della sofferenza traumatica, ancor prima della ri-elaborazione dell'evento, è insito nella possibilità di contare sulla presenza di adulti significativi (genitori, insegnanti, educatori, operatori della salute) che si dimostrino in grado di guidarli nel riconoscimento, accettazione e gestione di quel groviglio di sensazioni corporee, stati d'animo e agiti che insorgono, senza un'apparente causa logica, a seguito dell'esperienza di violenza subita.

Il presente opuscolo intende proporsi, pertanto, come una risorsa a disposizione di genitori ed operatori, che li orienti nel riconoscere con tempestività, comprendere e normalizzare le comuni reazioni che si

presentano nei bambini vittima di violenza, onde, senza alcun intento consapevole, rinforzarne la cronicizzazione.

Nella prima sezione, dopo una sintetica rassegna sul trauma interpersonale infantile e sulle implicazioni che esso ha sullo sviluppo del bambino/adolescente, viene fatto un breve cenno ad un recente ed accreditato modello teorico che consente di graduare le principali risposte (emotive, cognitive e comportamentali) al trauma, così da segnare un “confine ideale” tra le risposte fisiologiche e quelle che identificano quadri chiaramente psicopatologici. La prima sezione, inoltre, dopo una panoramica sulle esperienze potenzialmente traumatiche, tra cui anche quelle più recenti, quali le forme di violenza agite mediante l'utilizzo delle tecnologie multimediali e del web, si conclude dando ampio spazio al tema della psicoeducazione. Tale tecnica, preliminare, ma allo stesso tempo nettamente distinta dalla psicoterapia per natura dell'intervento, obiettivi e competenze professionali, rappresenta un *primo step* nel confronto con vittime di trauma interpersonale. La psicoeducazione, come meglio spiegato di seguito, ha lo scopo di fornire una *prima spiegazione*, alle vittime, ai loro genitori e agli operatori che incontrano entrambi, delle principali risposte al trauma. La seconda sezione, più operativa rispetto alla prima, dopo un esaustivo excursus sulle reazioni fisiche e psicologiche dell'esposizione al trauma interpersonale, illustra, con grande praticità e semplicità di linguaggio, le azioni che genitori e/o operatori possono mettere in pratica al fine di spiegare alle piccole vittime quanto stia loro accadendo e far in modo che essi stessi possano recuperare una prima condizione di benessere. Le indicazioni fornite sono suddivise in tre macro-aree, ossia le problematiche tipiche degli stati di iperattivazione ed ipo-attivazione autonoma, le difficoltà del sonno e la gestione dei ricordi traumatici e dei flashback.

Il trauma interpersonale infantile

In ambito psicologico il trauma viene inteso come *“una circostanza in cui un evento supera o eccede la capacità di una persona di proteggere il proprio benessere e la propria integrità psichica”* (Cloitre, Cohene Koenen, 2006); ciò implica che *“la definizione vera e propria di trauma psicologico è complessa e coinvolge sia le caratteristiche dell'evento stesso sia gli aspetti soggettivi della risposta dell'individuo”* (Koenen et al. 2010). Tale complessità trova la sua espressione nella definizione che ne dà il DSM 5 secondo il quale il trauma deriva dal *“l'esposizione, diretta o indiretta, a morte reale, minaccia di morte, grave lesione o violenza sessuale”* (APA, 2013).

Il trauma, inoltre, può essere causato dall'esposizione ad un singolo evento circoscritto oppure ad una condizione di stress traumatico persistente nel tempo, spesso caratterizzata dall'esposizione simultanea a forme diverse di vittimizzazione.

L'esposizione a situazioni traumatiche, singole o complesse, si esplicita attraverso diversi sintomi quali, ad esempio, le alterazioni nella regolazione delle emozioni e del comportamento, i disturbi della coscienza e dell'attenzione, le somatizzazioni, le alterazioni della percezione di sé, le alterazioni nella percezione delle figure maltrattanti, i disturbi relazionali e le alterazioni nei significati personali (Herman, 1992). Esempi di trauma complesso sono la relazione tra un bambino ed il proprio genitore violento, le continue vessazioni subite nei contesti relazionali dei pari (bullismo), la prostituzione, le torture subite in condizione di carcerazione, i conflitti armati (Courtois, 2008). Il concetto di trauma, dunque, risente non solo dell'oggettiva gravità dell'evento traumatico, ma anche delle possibilità di sostenere le conseguenze che il soggetto, esposto a tale evento, avrà a disposizione; per tale ragione il trauma viene definito come *“evento emotivamente non sostenibile per chi lo subisce”* (Liotti e Farina,

2011) e la possibilità di reagire efficacemente ad una minaccia segna il confine tra un'esperienza grave ed estrema la quale, però, viene fronteggiata e superata senza determinare implicazioni cliniche e il trauma psicologico che genera effetti a breve, medio e lungo termine. Numerose ricerche scientifiche mostrano che l'esposizione a traumi può avere un impatto profondo e duraturo sullo sviluppo dell'individuo, specie se essa avviene in età critiche o durante dei passaggi evolutivi, se comporta un'alterazione o interruzione delle relazioni di attaccamento o se determina una violazione del sé (Ford, 2010). Gli effetti dei traumi, pertanto, sono molto più gravi se la stessa esperienza traumatica avviene nell'infanzia e/o nell'adolescenza, quando il soggetto sta attuando il processo di sviluppo della propria personalità.

Un aspetto che rappresenta un ulteriore rischio per il normale sviluppo del bambino, specie se esposto ad esperienze interpersonali traumatiche, è caratterizzato dalla qualità del legame di attaccamento che il piccolo stabilisce con il caregiver o Figura d'Attaccamento (FdA). Per legame di attaccamento ci si riferisce a quella condizione, innata, che porta il piccolo, in condizioni di fisiologica vulnerabilità fisica e/o emotiva (si pensi allo stato di dolore fisico ed emotivo connesso ad un malessere del piccolo, o alla condizione di paura e tristezza legata alla separazione dal genitore o ancora all'impatto emotivo conseguente ad un fallimento del bambino) a richiedere cura e protezione ad un adulto per lui significativo. Queste esperienze precoci di attaccamento con le persone che hanno svolto una funzione di cura nei nostri confronti, solitamente i genitori, forniscono al piccolo il modello iniziale attraverso il quale il bambino costruisce ed interpreta tutte le relazioni future definendo, così, il tipo di relazione che egli avrà in futuro con se stesso, con gli altri e con il mondo.

Quando però le FdA piuttosto che essere fonte di cura e protezione diventano, esse stesse, causa di pericolo per il piccolo ci si trova di fronte ad un paradosso nel quale il bambino se da un lato è

evoluzionisticamente portato a richiedere la vicinanza dell'adulto di riferimento per ottenere cura e protezione, dall'altro si allontana dallo stesso in quanto rappresenta per lui una reale minaccia per il soddisfacimento del proprio bisogno di protezione. È opportuno chiarire che l'adulto può anche rappresentare una minaccia per il piccolo nella misura in cui non compie un'azione nei confronti del figlio, bensì omissiva, ossia non si mostra in grado di accogliere e fronteggiare la componente emotiva del figlio, anzi mostra, piuttosto, dei segnali di particolare allarme nel confronto con le espressioni di vulnerabilità del piccolo.

A tal proposito Schore ha introdotto il concetto di trauma relazionale precoce, tipico dei primi due anni di vita, che fa riferimento a particolari interazioni tra bambino e caregiver, caratterizzate da una costante ed inconsapevole espressione della paura da parte di quest'ultimo, la quale viene interiorizzata dal bambino determinando una serie di implicazioni, tra le quali la principale è rappresentata dalla disorganizzazione dell'attaccamento (Liotti e Farina, 2011), ossia l'assenza nel piccolo di strategie comportamentali organizzate e tese a raggiungere un sufficiente grado di sicurezza personale.

I bambini con attaccamento disorganizzato costruiscono un modello operativo interno caratterizzato da molteplicità, incoerenza e frammentazione ed hanno la tendenza a costruire rappresentazioni di sé con l'altro nell'attaccamento molteplici e incompatibili tra loro; tali rappresentazioni, nel corso dello sviluppo, assumono le sembianze di temi narrativi e diventano dei modelli per attribuire significato agli eventi interpersonali, i quali assumono anch'essi la caratteristica di essere frammentati e dissociati (Liotti e Farina, 2011).

Le risposte al trauma

Le esperienze stressanti producono diversi effetti a livello emotivo, cognitivo e comportamentale alterando, in eccesso o in difetto, il livello di attivazione corporea della vittima spingendola, nei traumi complessi e/o avvenuti in età precoce, a mettere in atto risposte psico-comportamentali di particolare gravità, spesso automatiche. Nello specifico, se l'evento traumatico si verifica in età precoce, non è necessario che abbia una particolare intensità vista la fase evolutiva nella quale si trova il sistema nervoso del bambino; allo stesso modo eventi che si ripetono con una frequenza significativa nella vita del bambino, possono rappresentare una fonte di rischio per un corretto processo di sviluppo del sistema nervoso e determinare dei deficit nella regolazione del sistema di attivazione emotiva, cognitiva e comportamentale.

L'attivazione disregolata, in eccesso o in difetto, può determinare nella vittima la dissociazione di aree cerebrali solitamente connesse tra loro e, nei casi in cui la traumatizzazione avviene in forma grave e precoce, è possibile ipotizzare che tale dissociazione trovi riscontro a livello organico in termini di alterata connettività o di problematiche nello sviluppo del sistema nervoso centrale (Perry, 2008).

Recentemente autorevoli autori hanno proposto un'importante cornice concettuale per spiegare in maniera chiara ed esaustiva gran parte della sintomatologia mostrata dai soggetti esposti a stress traumatici gravi di tipo interpersonale. Il modello a quattro dimensioni del sé traumatizzato (Frewen e Lanius, 2015), infatti, pone l'accento sulla coscienza dell'individuo identificando quattro dimensioni della medesima funzione della mente umana, ossia la coscienza del *tempo*, dei *pensieri*, del *corpo* e delle *emozioni* e suddivide i sintomi correlati al trauma in due classi, quelli che appartengono

alla *coscienza normale in stato di veglia* (CNV) e quelli facenti parte degli *stati alterati di coscienza correlati a traumi* (TRASC). Tale modello, pertanto, consente di rappresentare in maniera appropriata i differenti gradi di compromissione del funzionamento mentale del soggetto esposto a trauma interpersonale, ponendo le basi per operare una distinzione tra quelli che mostrano forme generali di stress grave all'interno della CNV e quelli che presentano un quadro sintomatologico più complesso e che rappresenta un indicatore di sintomatologia post-traumatica di tipo dissociativo. Va precisato, tuttavia, che i soggetti che presentano sintomatologia correlata al trauma, in momenti e circostanze differenti, possono sperimentare sintomi che appartengono tanto al gruppo dei sintomi che si collocano nella coscienza normale in stato di veglia (CNV), quanto a quelli facenti parte degli stati alterati di coscienza correlati a traumi (TRASC), ma ciò non implica che il soggetto stia facendo esperienza di sintomi di natura psicotica.

Il modello quadri-dimensionale (vedi fig. 1) evidenzia altre caratteristiche peculiari della sintomatologia post-traumatica; nello specifico permette di spiegare che:

- i sintomi afferenti alla CNV (ricordi intrusivi, reazioni di stress grave legato ai ricordi, pensieri negativi riferiti a sé stessi o ad altri, iper-arousal fisiologico ed emotività generale negativa) si distinguono da quelli afferenti alla TRASC (flashback, frammentazione, allucinazioni uditive, depersonalizzazione, ottundimento emozionale, compartimentazione delle emozioni) in termini di frequenza o prevalenza di manifestazione nei soggetti;
- la co-presenza di più sintomi appartenenti alla coscienza normale in stato di veglia e collocabili in due dimensioni differenti è molto più frequente che non la co-presenza di sintomi riconducibili a stati dissociativi della coscienza;
- i sintomi di TRASC sono degli indicatori maggiormente specifici, rispetto ai sintomi di CNV, della presenza di processi dissociativi,

mentre i sintomi di stress grave associati con la CNV sono degli indicatori più sensibili che indicano la presenza di disturbi correlati a traumi;

- la presenza di dissociazione post-traumatica presuppone un'esposizione ripetuta a traumi, specie con esordio in età precoce quando il cervello del bambino è naturalmente più predisposto ad alterazioni che si verificano durante la coscienza normale in stato di veglia come, ad esempio, avviene per i bambini durante i giochi di immaginazione, una modalità di funzionamento mentale appropriata alla loro fase di sviluppo.

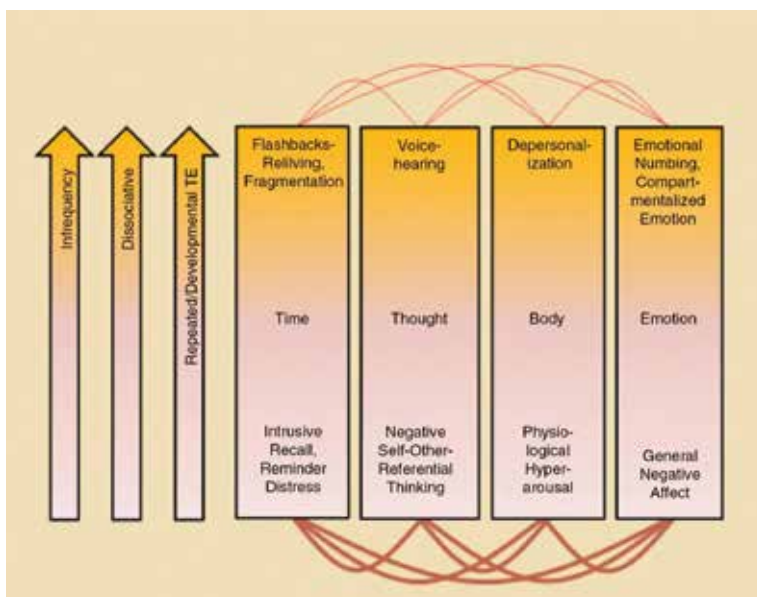


Fig. 1 - Modello quadridimensionale di Lanius e Frewer.

Il trauma interpersonale: le esperienze potenzialmente traumatiche

Ad oggi non è ancora disponibile una classificazione unificata di tutte le esperienze potenzialmente traumatiche; vi è, tuttavia, largo consenso nel ritenere il trauma interpersonale potenzialmente insito in tutte le forme di violenza, così come definite dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e nel gruppo di *esperienze sfavorevoli infantile individuate* da Felitti e colleghi (1998) (Foschino & Mancini, 2017).

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la violenza:

- *“Tutte le forme di cattiva salute fisica e/o emozionale, abuso sessuale, trascuratezza o negligenza o sfruttamento commerciale o altro 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 o potere”* (OMS, 2002).
- Può essere circoscritta ad un singolo episodio o reiterata nel tempo.
- Può avvenire in ambito familiare o nel contesto extradomestico, ed essere esercitata da:
 - genitori, familiari ed altre persone che si prendono cura del bambino;
 - amici e conoscenti;
 - estranei;
 - altre persone con una posizione di autorità, come insegnanti, poliziotti, soldati e ecclesiastici;
 - altri minori
- Può essere agita da un singolo o commessa da un grande numero di persone, divenendo così violenza collettiva (guerre, torture).

Le forme di violenza interpersonale

Maltrattamento fisico

- *L'uso intenzionale della forza fisica contro un minore che provoca o ha un'alta probabilità di provocare un danno per la salute, la sopravvivenza, lo sviluppo o la dignità dello stesso.* (OMS, 2006)

Questo include tutte le forme di aggressione fisica e punizioni corporali che attentano all'integrità fisica del minore e che comportano il: colpire, percuotere, prendere a calci, scuotere, mordere, strangolare, scottare, bruciare, tagliare, avvelenare e soffocare.

Abuso sessuale

- *Coinvolgimento di un minore in atti sessuali che egli stesso non comprende completamente, per i quali non è in grado di acconsentire o per i quali non ha ancora raggiunto un livello di sviluppo adeguato, o ancora che violano la legge o i tabù sociali.* (OMS, 2006)

L'abuso sessuale include sia rapporti sessuali veri e propri, sia gli atti che non prevedono un contatto diretto ma l'esposizione del minore ad atti sessuali (es. esibizione degli organi genitali, far assistere a masturbazione e/o a rapporti sessuali) e/o stimoli a sfondo sessuale (es. esporre alla visione di materiale pornografico).

I minori possono essere abusati sessualmente sia da adulti che da altri minori che sono, in ragione della loro età o livello di sviluppo, in una posizione di responsabilità, fiducia o potere nei confronti della vittima.

Abuso sessuale in rete

Pedopornografia: diffusione di immagini e/o video che ritraggono bambini o soggetti che simulano la figura di minori coinvolti in atti sessuali.

Adescamento (grooming): un adulto, con modalità manipolatorie, induce il minorenne ad instaurare una relazione istigandolo a compiere atti sessuali online e/o ad ottenere un incontro sessuale offline. I contatti avvengono attraverso le chat, gli SMS, i social network.

Cybersex: un adulto coinvolge un minorenne in atti sessuali esclusivamente via web.

Sexting: due o più minorenni producono e si scambiano consensualmente messaggi, immagini o video a sfondo sessuale realizzati spontaneamente attraverso l'uso delle Nuove Tecnologie, che, se diffusi dagli stessi o da altri minorenni via internet o cellulari, possono essere utilizzati da adulti abusanti.

Maltrattamento psicologico

- *Comprende sia incidenti isolati, sia situazioni in cui si occupa del bambino, nel tempo, non gli fornisce un ambiente appropriato e di supporto per il suo sviluppo (OMS, 2006).*

Abusi di questo tipo comprendono la limitazione dei movimenti, il denigrare, l'incollare, il minacciare, l'intimidire, il rifiutare.

Incuria

- *Include sia situazioni isolate, sia un atteggiamento carente, reiterato nel tempo, da parte dei genitori o di altri membri della famiglia, che seppur in grado di farlo, non provvedono allo sviluppo e al benessere del minore in una o più delle seguenti aree: salute, educazione, sviluppo affettivo, nutrizione, alloggio e condizioni di vita sicure (OMS, 2006).*

Le forme di incuria più diffuse sono: la mancanza di cure igienico-sanitarie, la denutrizione, la scarsa protezione da pericoli

fisici e sociali, l'uso di abbigliamento inadeguato all'età e alla condizioni atmosferiche, l'indisponibilità affettiva, l'isolamento sociale (es. non permettere al bambino di interagire con altri al di fuori del contesto extra-familiare), noncuranza verso l'inadempienza scolastica.

Violenza assistita

- *Esperire da parte del bambino qualsiasi forma di maltrattamento compiuto attraverso atti di violenza fisica, verbale, psicologica, sessuale ed economica su qualsiasi figura di riferimento o su altre figure affettivamente significative adulte o minori. Il bambino può farne esperienza diretta o indiretta, e include l'assistere a violenze su altri minori o membri della famiglia o abbandoni e maltrattamenti ai danni di animali domestici.*

Bullismo

- *Azioni aggressive o comportamenti di manipolazione sociale, all'interno del gruppo dei pari, che un singolo individuo o più persone mettono in atto ai danni di una persona con lo scopo di esercitare un potere o un dominio su di essa (Bragliani, Pedroni, 2013).*

Gli atti di prevaricazione si caratterizzano per una condizione di disuguaglianza di forza e potere (fisico o psicologico) tra il bullo e la vittima, imputabile ad età, forza fisica, sesso, abilità linguistiche, potere relazionale di diverso grado.

Cyberbullismo (bullismo in Internet)

- *Uso intenzionale, sistematico e pianificato delle nuove tecnologie (cellulari smartphone, computer, tablet) e della rete (social network, siti di foto-video sharing, email, blog, forum e chat) per procurare un danno ad uno o più soggetti (Fedeli, 2011).*

La vera asimmetria in rete è legata all'anonimato di chi esercita la prepotenza; il potere si esprime nella capacità di utilizzare con

efficacia le tecnologie. Non c'è bisogno di ripetere nel tempo le minacce o le offese (fatto eccezione per il cyberstalking) perché video o post pubblicati sono sempre a disposizione.

La violenza collettiva

- L'Organizzazione Mondiale della Sanità identifica la violenza collettiva *nell'uso strumentale della violenza per persone che si identificano come membri di un gruppo con il fine di conseguire una serie di obiettivi politici, economici e sociali* (OMS, 2002). Vittime di violenza collettiva sono dunque tutti quei bambini esposti a torture e crimini di guerra, ed anche i minori vittima di tratta, ossia tutti quei *soggetti al di sotto dei 18 anni reclutati, trasportati, trasferiti, ospitati o accolti a fine di sfruttamento (sessuale, lavorativo, mendicizia, microcriminalità) ... in assenza di coercizione o abuso di potere e sia attraverso inganno.* (Save the Children, 2007).

Le esperienze sfavorevoli infantili (Felitti et al., 1998)

- Situazioni negative vissute nell'infanzia che appaiono potenzialmente traumatiche poiché rendono il contesto di accudimento familiare non sicuro e non in grado di offrire protezione. In concomitanza di tali condizioni è altamente probabile che i genitori divengano essi stessi fonte di pericolo e minaccia per il proprio figlio. Questo gruppo di esperienze include, oltre alle diverse forme di abuso e maltrattamento su citate (abuso sessuale, fisico e psicologico, violenza domestica, trascuratezza fisica e emozionale), le seguenti condizioni:
 - Membro della famiglia (convivente) consumatore di alcol o droga.
 - Membro della famiglia (convivente) incarcerato.
 - Membro della famiglia (convivente) depresso cronico, suicida, malato mentale o ricoverato in ospedale psichiatrico.
 - Presenza di uno solo o di nessun genitore (separazione precoce dai genitori biologici a causa di morte, abbandono o divorzio).

La psicoeducazione

Perché è necessario spiegare ai bambini cosa accade nel proprio corpo e nella propria mente dopo aver subito violenza

La psicoeducazione è una metodologia di ampio utilizzo nel campo della salute (medica e psicologica), impiegata per accrescere nel paziente e nella sua famiglia le conoscenze in merito alla natura specifica della patologia in corso, e alle strategie di azione ritenute più funzionali per fronteggiare le situazioni di maggiore criticità ad essa connessa (Dobson e Dobson, 2009). L'obiettivo ultimo è potenziare nel paziente e nei familiari il senso di autoefficacia e competenza nella gestione del disturbo, da cui, indirettamente, derivi un'evoluzione positiva nel funzionamento clinico e sociale del soggetto con patologia e, parallelamente, un miglioramento nel clima emotivo familiare grazie all'adozione di strategie di sostegno più efficaci.

Le esperienze di violenza, siano esse subite e/o assistite, circoscritte ad un singolo episodio o ripetute nel tempo, avvenute in famiglia o piuttosto nel contesto extra-familiare, oltre ai più conclamati danni sul piano fisico, espongono sempre i bambini ad intense e persistenti emozioni di confusione, angoscia, paura, terrore ed impotenza. Talvolta, anche quando già in età scolare o adolescenziale, non riescono a trovare il giusto modo per esprimere con le parole le emozioni che ne sono derivate; inoltre, non sono in grado, in completa autonomia, di comprendere e significare correttamente quanto è accaduto in loro nell'esatto momento dell'episodio, e quanto ancora accade nei giorni e mesi successivi.

La sensazione è che *“qualcosa in loro non funzioni più bene, si sia rotto”*. Molto spesso, in età evolutiva, la sofferenza trova un canale di espressione privilegiato nel corpo e nei comportamenti: dolori addominali, mal di testa, paura del buio, problemi di sonno, calo

del rendimento scolastico, irritabilità, aggressività, disinteresse e scarsa motivazione verso tutto, abuso di sostanze stupefacenti e assunzione di comportamenti a rischio negli adolescenti. Bambini e ragazzi si percepiscono in balia di questi comportamenti, stati affettivi e pensieri che sfuggono ad ogni forma di controllo volontario e si presentano in maniera improvvisa, senza alcuna logica connessione con gli eventi in corso. Cresce la vergogna e il senso di impotenza. Parallelamente nei caregivers si fa più pesante il carico emotivo. Dapprima ci sono i pensieri connessi all'idea di non essere stati in grado di proteggere adeguatamente il proprio bambino; nel tempo, si intensificano il disorientamento provato dinnanzi ad alcuni insoliti comportamenti da lui agiti, ed il senso di inadeguatezza personale nello stargli accanto con i giusti modi e nel fornirgli le cure più appropriate sul piano della salute e dell'affettività. Il clima emotivo familiare si grava di ulteriori vissuti di ansia, rabbia, senso di colpa e impotenza.

A ciò si aggiunge la convinzione, ancora abbastanza diffusa nel mondo di noi adulti, che non parlare di quanto accaduto e agire come se nulla sia successo aiuti i bambini a dimenticare più in fretta. La ricerca scientifica sullo sviluppo ci dice che questo non è vero: i bambini, sin dai primi mesi di vita, registrano ogni evento che accade nello spazio fisico e relazionale intorno a loro e ne conservano in memoria, pur senza alcuna consapevolezza, una traccia, potremmo dire più semplicemente una foto. Nei bambini più piccoli queste tracce racchiudono essenzialmente le sensazioni piacevoli o spiacevoli provate; con l'avanzare dello sviluppo si arricchiscono di dettagli: pensieri, emozioni provate in quel momento, comportamenti agiti, reazioni delle persone care, ecc. Quando si sceglie il silenzio, optando per il non offrire uno spazio di dialogo e condivisione, si sceglie, pertanto, di lasciare che i bambini si costruiscano da soli una spiegazione di quello che è accaduto, usando gli strumenti a loro disposizione e la propria immaginazione.

La fantasia potrebbe prendere il sopravvento sulla realtà, o piuttosto, a partire da convinzioni sbagliate e paure si potrebbe fissare in memoria un'immagine distorta e dolorosa della realtà.

L'intervento psicoeducativo diviene così lo strumento più efficace al fine di ripristinare la *"giusta visione delle cose"*.

Permettere ai bambini di condividere quanto hanno subito significa guidarli nel comprendere con esattezza quanto è accaduto, evitando che la fantasia e le paure ci mettano lo zampino, e sostenerli nella costruzione di una traccia di memoria che è aderente alla realtà e dotata di senso.

Inoltre, acquisire informazioni circa la causa di alcuni comportamenti, stati affettivi e pensieri, e soprattutto divenire consapevoli che questi non sono privi di una logicità ma hanno un significato ben preciso, aiuta i bambini a non vergognarsi più e a recuperare fiducia in se stessi e nella possibilità che alcune parti di sé *"riprendano a funzionare a dovere"*. Ugualmente, anche i genitori ne risultano sollevati ed incoraggiati, riacquistando la serenità necessaria per poter pensare a modi alternativi, forse insoliti o comunque differenti dal passato, per poter stare accanto al proprio bambino e sostenerlo nel recupero di quella condizione di sicurezza e fiducia in sé e nel mondo che è stata danneggiata dalla violenza.

Psicoeducare al trauma da violenza

Nei casi di esposizione a violenza, l'intervento di psicoeducazione richiede il confronto e l'approfondimento di tre aree tematiche

1. L'esperienza traumatica: cosa è accaduto

Può essere opportuno fornire informazioni di carattere generale sulla specifica tipologia di violenza a cui il bambino è stato esposto: le caratteristiche principali del fenomeno e le modalità e condizioni con cui normalmente si manifesta.

La condivisione di questi elementi consente di dissipare eventuali falsi miti e credenze, come, ad esempio, la convinzione diffusa che *“la vittima abbia fatto qualcosa per meritarsi la violenza subita”*, e moderare il sentimento di solitudine derivante dal pensiero di *“essere i soli a dover affrontare una esperienza così tragica”*.

Inoltre, benché ad oggi si parli spesso di violenza, vi sono ancora alcune forme poco conosciute o piuttosto non considerate tali (es. maltrattamento psicologico, violenza assistita, cyberbullismo). Si pensi, ad esempio, alla facilità con cui alcune condizioni di bullismo e cyberbullismo siano talvolta considerate bravate adolescenziali; o ancora, come nei casi di violenza assistita in contesto domestico, non si riconosca la presenza di violenza per via della falsa credenza secondo cui quando il maltrattamento non colpisce in prima persona i bambini non provoca danni.

2. Le reazioni fisiche e psicologiche: cosa accade nel corpo e nella mente quando ci si sente in una situazione di forte pericolo e minaccia

È necessario spiegare, utilizzando un linguaggio chiaro, talora con l'ausilio di immagini e video, quello che accade nel corpo e nella mente dei bambini, in relazione all'età, quando questi sono esposti a situazioni in cui si sentono in pericolo e provano intense emozioni

di terrore ed impotenza. Il riferimento è alle sensazioni fisiche e ai comportamenti così come si manifestano nell'immediato dell'evento traumatico e la loro evoluzione nel medio e lungo periodo, anche in assenza di ulteriori eventi stressanti.

Il poter accedere ad un sapere scientifico che spieghi con chiarezza la causa di alcuni comportamenti rappresenta un'occasione di validazione sia per i bambini sia per i genitori. Spesso i soggetti traumatizzati considerano i comportamenti messi in atto al momento del trauma e quelli insorti nei mesi successivi come responsabilità personale. Un intervento psicoeducativo in tale direzione è utile affinché questi stessi comportamenti siano più giustamente riconosciuti come reazioni naturali al pericolo che, come meglio si spiegherà nelle pagine successive, rappresentano una valida risorsa per garantirsi la sopravvivenza e la protezione dal dolore.

3. Le abilità: cosa si può fare per ridurre la dis-regolazione

Si condividono piccoli suggerimenti e modalità di azione che siano efficaci al fine di gestire quelle manifestazioni corporee, affettive e comportamentali che sono conseguenza dello stress traumatico subito e che interferiscono con il funzionamento dei bambini nella quotidianità. Potrebbe essere di ulteriore aiuto l'indicazione di risorse a misura di bambino, e perché no anche a misura di genitore (opuscoli di auto-aiuto, narrativa per bambini e ragazzi, video, siti web divulgativi), che siano loro di ausilio nel suggerire cosa fare nei momenti di crisi e difficoltà e soprattutto ricordare *“che non si è gli unici!”*.

**Piccoli Passi
per affrontare il trauma interpersonale
in infanzia**

Le reazioni fisiche e psicologiche: cosa accade nel corpo e nella mente in risposta ad un'esperienza traumatica?

Le neuroscienze ci insegnano che il nostro organismo è programmato biologicamente per rilevare il livello di sicurezza e pericolo insito negli stimoli provenienti dall'ambiente circostante (fisico e relazionale). Nel momento in cui vediamo, ascoltiamo e più in generale percepiamo un qualsiasi stimolo, il nostro cervello, in maniera automatica e senza alcuna forma di consapevolezza, si attiva affinché il corpo raggiunga un livello di energia (scientificamente definito → *attivazione autonoma*) tale da indurre il comportamento più adatto in quel momento per rispondere a quel determinato stimolo. In altre parole, dopo aver inconsapevolmente valutato se uno stimolo è sicuro, neutro o pericoloso, automaticamente agiamo al fine di avvicinarci, ignorare o evitare il suddetto stimolo.

Questo processo avviene in maniera del tutto automatica e fuori da uno stato di consapevolezza. Osservandoci nella quotidianità, scopriremo che, spesso, a fronte di una minaccia agiamo ancor prima di esserci resi conto di aver decodificato razionalmente lo stimolo in termini di pericolosità.

Ciò perché veniamo al mondo dotati biologicamente, in maniera innata, di un **SISTEMA DI DIFESA** che si attiva in maniera automatica ogni qualvolta ci troviamo in una situazione di pericolo potenzialmente traumatica. Questo sistema provvede ad attivare tempestivamente una parte del nostro cervello (scientificamente definito → *sistema nervoso simpatico*) che attraverso una serie di reazioni corporee induce nell'organismo il livello di energia necessario (attivazione autonoma) affinché l'individuo metta in atto il comportamento di risposta allo stressor traumatico più efficace per proteggersi dal dolore fisico e psicologico ad esso connesso.

Questi comportamenti di risposta sono biologicamente predefiniti, in quanto frutto del lungo processo di evoluzione della specie a cui apparteniamo, e possono essere di quattro tipi: la **LOTTA**, la **FUGA**, la **PARALISI** e il **COLLASSO** (Clerici, Veneroni, 2011; Ogden, Fisher, 2017). Tale sistema di reazioni mente-corpo, dunque, essendo biologicamente definito, si attiva indistintamente:

- in ogni condizione traumatica, nell'immediato del confronto con lo stimolo minaccioso;
- in tutti gli individui, senza alcuna differenza, siano essi bambini o adulti;
- senza alcuna differenza, sia che la minaccia derivi da un evento naturale (terremoti, catastrofi, ecc.) sia quando connessa ad un atto di violenza agito da un altro individuo, familiare o estraneo.

Spesso i bambini vittima di violenza, e gli stessi genitori, tendono a considerare i comportamenti messi in atto al momento del trauma ed anche quelli insorti nei mesi successivi come una responsabilità personale, tanto da sviluppare senso di colpa e vergogna.

Ricordiamo loro che: *i comportamenti di risposta al trauma hanno rappresentato una strategia efficace e preziosa per proteggersi, anche se solo parzialmente, dal dolore fisico e psicologico e assicurarsi la sopravvivenza.*

Le reazioni peri-traumatiche → nell'immediato dell'esperienza traumatica

Proviamo, dunque, a descrivere cosa accade in un bambino, nell'immediatezza del momento, quando sente di essere in una situazione potenzialmente traumatica e lo stimolo minaccioso è rappresentato da una persona, familiare o estranea, intenzionata ad agire violenza su di lui o su qualcuno a lui caro (una qualsiasi forma di maltrattamento tra quelle riportate nel capitolo precedente). Abbiamo scelto di utilizzare un linguaggio semplice, tuttavia non privo di scientificità, affinché possa essere facilmente compreso sia da quanti nella loro pratica professionale si trovano quotidianamente

a rapportarsi a bambini che hanno subito esperienze traumatiche, sia da genitori e dagli stessi bambini e ragazzi che in questo momento vivono in prima persona una esperienza simile.

- In una situazione di forte **pericolo**, si mette in funzione il **sistema di difesa**: il **sistema nervoso simpatico** automaticamente si attiva facendo sì che il **cuore pompi in maniera più intensa**, il **ritmo della respirazione aumenti**, **ai muscoli arrivi più energia ed ossigeno e i sensi si acuiscono**; l'organismo è così in uno stato di **iper-attivazione autonoma**, pronto per **combattere** o **chiedere aiuto** o **fuggire**.

COMBATTERE	CHIEDERE AIUTO	FUGGIRE
Spingere via Colpire con oggetti Tirare calci Aggredire verbalmente	Gridare e urlare Fare rumore per richiamare l'attenzione di figure protettive	Abbandonare un luogo al momento della percezione del pericolo ancor prima del confronto diretto con esso Arretrare Scappare via

In alcune situazioni è tuttavia possibile che queste due tipologie di comportamento non risultino efficaci poiché non riescono a garantire protezione dal dolore, anzi potrebbero comportare un'esacerbazione della condizione di minaccia.

Pensiamo, ad esempio, al caso in cui un bambino subisca maltrattamento fisico o abuso sessuale da un genitore o un altro familiare; con molta probabilità, non potrà fuggire via da casa per poter evitare la minaccia e, con altrettanta probabilità, il reagire con forza, ad esempio gridando o dimenandosi, causerebbe maltrattamenti ancora più intensi.

- Quando il bambino sente di **non poter fuggire o lottare** dinanzi ad un pericolo, il suo **sistema nervoso parasimpatico** automaticamente si attiva facendo sì che il **cuore rallenti pompando meno intensamente, la respirazione si faccia più rarefatta e le funzioni corporee rallentino**; l'organismo è così in uno stato di **ipo-attivazione autonoma** che favorisce la **paralisi**. Il bambino non percepisce alcuna sensazione corporea ed emozione ma è vigile a tal punto da essere in grado di registrare con la mente ogni singolo dettaglio di quanto sta accadendo. Se la **minaccia** si fa **estrema** e persiste, vi è un calo ulteriore del livello di energia, in altre parole si raggiunge uno stato di ipo-attivazione tale da procurare il **collasso**, lo svenimento.

PARALISI	COLLASSO
Irrigidirsi Nascondersi Sentirsi paralizzato Non riuscire a gridare	Non sentire più le forze Sentirsi estraniati dalla situazione Svenire

Nel caso in cui un bambino abbia fronteggiato il pericolo con uno di questi due comportamenti di risposta caratterizzati dall'immobilismo, è molto probabile che si senta confuso e provi vergogna per non essere riuscito ad "agire".

Ricordiamo loro che: *questi due comportamenti caratterizzati da una condizione di immobilismo, di cui il processo di evoluzione della specie ci ha beneficiati, hanno un grande valore: proteggere l'individuo dalle forme più estreme di dolore fisico e psicologico garantendo una condizione di anestesia.*

Con la risoluzione del pericolo, il sistema di difesa sospende la propria attività: le reazioni mente-corpo di difesa si interrompono e l'organismo ripristina le diverse funzionalità.

L'attivazione del sistema di difesa richiede un considerevole dispendio di energia per l'organismo, soprattutto qualora il pericolo da fronteggiare sia stato di estrema tale da rendere necessaria una risposta di paralisi o collasso. Può dunque accadere che nei giorni successivi all'esperienza traumatica il bambino avverta cambiamenti a livello corporeo, oscillando tra stati di tensione, iper-vigilanza e reazioni di allarme (dovuti ad una condizione fisica di iper-attivazione autonoma) e momenti di intensa debolezza fisica, insensibilità fisica ed emotiva (dovuti ad una condizione fisica di ipo-attivazione autonoma).

Tali sensazioni regrediranno naturalmente nel giro di diversi giorni.

Le reazioni post-traumatiche → a distanza di mesi dall'esperienza traumatica

In alcuni casi può, invece, accadere che queste reazioni, funzionali nell'immediato dell'esperienza traumatica poiché efficaci nel proteggere dal dolore, persistano per mesi ed anni anche in condizioni neutre o addirittura di apparente sicurezza.

In altre parole, è possibile che alcuni bambini continuino a mettere in atto in maniera automatica e non razionale le stesse reazioni di difesa manifestate nell'immediato del trauma, anche a distanza di mesi o anni, nonostante si trovino in un ambiente sicuro. Potrebbero dunque apparire in balia di frequenti stati di tensione ed iper-attivazione autonoma, come se dovessero di lì a poco mettere in atto un comportamento di lotta o fuga per difendersi da qualcuno o qualcosa, o anche manifestare una condizione di paralisi ravvisabile in momenti più o meno lunghi di appiattimento emotivo, insensibilità corporea, assorbimento mentale.

Evidentemente, **è accaduto che il sistema che rileva il livello di sicurezza e pericolo insito nei segnali provenienti dall'ambiente circostante (fisico e relazionale), di cui come abbiamo detto sopra siamo dotati sin dalla nascita, si è "inceppato": a seguito dell'esperienza traumatica, dunque, questi bambini sono portati a percepire inconsapevolmente il pericolo anche a fronte di stimoli neutri o sicuri e a questa tendenza consegue la continua attivazione automatica del sistema di difesa.** Le reazioni peri-traumatiche al trauma, che sappiamo dissolversi naturalmente nel giro di qualche giorno, si cronicizzano così all'interno di un sistema più complesso di disposizioni corporee, affettive e comportamentali, scientificamente definito → **reazioni post-traumatiche.**

Proviamo, dunque, a descrivere nel dettaglio un bambino che abbia sviluppato problematiche di carattere post-traumatico. Questi generalmente manifesta:

- **tendenza a rivivere e/o ricordare improvvisamente l'esperienza traumatica o parti di essa**

Come precedentemente spiegato, i bambini, come qualsiasi individuo adulto, registrano in memoria una traccia di tutto quello che accade loro. Anche nel caso di esperienze traumatiche, le sensazioni, i pensieri, le immagini e le emozioni ad esse connesse restano impresse nella memoria e possono ripresentarsi in maniera improvvisa ed involontaria sotto forma di:

- ricordi improvvisi di immagini, suoni, odori percepiti al momento del trauma;
- flashback: il bambino ha la sensazione che l'evento traumatico stia ri-accadendo;
- ripetizione nel gioco e/o nei disegni di alcuni comportamenti messi in atto durante l'esperienza traumatica o di immagini e suoni percepiti in quel momento;
- incubi ricorrenti connessi all'episodio traumatico.

- ***alterazioni dei livelli di attivazione autonoma corporea***

L'organismo del bambino oscilla con facilità tra stati di iper-attivazione e stati di ipo-attivazione come se dovesse essere sempre pronto a difendersi da una minaccia.

- stati di ipervigilanza ed allarme;
- irritabilità ed aggressività improvvisa;
- appiattimento emotivo ed astenia.

- ***tendenza ad evitare tutto ciò che concerne l'esperienza traumatica***

Al fine di ridurre l'innesco involontario di ricordi connessi all'esperienza traumatica, il bambino potrebbe mettere in atto una marcata condotta di evitamento. L'evitamento potrebbe concernere:

- luoghi, persone, stimolazioni sensoriali (odori, suoni, rumori) e dialoghi connessi all'esperienza traumatica.

- ***stati affettivi negativi e comportamenti problematici***

Il persistere delle precedenti manifestazioni sintomatiche (ricordi intrusivi, stati di attivazione autonoma dis-regolati, comportamenti di evitamento) comporta un'inevitabile riduzione delle risorse normalmente possedute da un bambino e generalmente impiegate per procedere con armonia lungo il proprio percorso di sviluppo. Ne deriva l'insorgere di stati affettivi negativi e comportamenti problematici connessi a tutte le aree di funzionamento:

- ansia e paura per stimoli prima percepiti come neutri;
- pensieri negativi rispetto a sé e agli altri (“è stata colpa mia”; “non ci si può fidare di nessuno”) da cui scaturiscono emozioni negative di vergogna, senso di colpa e rabbia;
- nei bambini più piccoli, regressione rispetto ad alcune autonomie ed abilità acquisite;
- rallentamento psicomotorio;
- difficoltà nella separazione;
- difficoltà nel sonno;

- ritiro sociale;
- difficoltà di concentrazione e attenzione;
- calo delle prestazioni scolastiche;
- comportamenti autodistruttivi e condotte devianti
- sintomi dissociativi.

Nei casi in cui tali manifestazioni si mantengano per più di un mese dall'esperienza traumatica, non sono più da considerarsi come la naturale e fisiologica risposta al trauma, piuttosto sintomo della presenza di un ***Disturbo da stress post traumatico***.

Diversamente dalle reazioni peri-traumatiche che si manifestano in maniera invariata tra gli individui, le reazioni post-traumatiche possono acquisire livelli di frequenza, intensità e persistenza nel tempo differenti tra i bambini, in relazione ad alcuni fattori: età, livello di sviluppo, funzionamento cognitivo, qualità della rete di supporto familiare e non ultimo la tipologia dell'esperienza traumatica. Alcune condizioni traumatiche, infatti, appaiono più difficili da elaborare, determinando conseguenze maggiormente negative sul benessere dei bambini, a causa di alcune caratteristiche intrinseche all'esperienza stessa.

L'aspetto che più di tutti sembra generare un effetto moderatore rispetto all'entità delle conseguenze psicofisiche lungo l'intero ciclo di vita concerne la qualità del legame che unisce la vittima all'autore: i traumi subiti nel contesto domestico per mano di una figura di accudimento predicono esiti più gravi e pervasivi rispetto ad uguali traumi inflitti da estranei.

Le reazioni post-traumatiche al trauma nei contesti extra-domestici

Per esperienze traumatiche in contesti extra-domestici si intendono tutte quelle condizioni di violenza agite da estranei e/o conoscenti. Generalmente, si presentano circoscritte ad un singolo episodio o comunque limitate ad un lasso temporale ben definito

(es. singolo abuso sessuale, episodi di aggressione fisica, bullismo e cyberbullismo).

Il Disturbo da stress post traumatico ne rappresenta l'esito più comune. A fronte di simili esperienze traumatiche, infatti, le conseguenze sembrerebbero essere riconducibili unicamente al danno provocato al sistema che rileva il pericolo insito negli stimoli ambientali (per una spiegazione più dettagliata si veda sopra). Tutte le reazioni manifestate sono dunque da intendersi come l'unico modo che il bambino ha trovato per continuare a funzionare nella quotidianità essendo guidato, in seguito all'esperienza traumatica, da una immagine del mondo circostante come di un luogo imprevedibile e spesso pericoloso nel quale è opportuno essere sempre vigili.

Le reazioni post-traumatiche al trauma nel contesto familiare

Per esperienze traumatiche in contesto familiare si intendono, invece, tutte quelle condizioni di violenza subite, sin dai primi anni di vita, nel nucleo di cura primario ed agite dalle proprie figure di accudimento. La violenza in contesto domestico è generalmente cronica, essendo persistente negli anni, e caratterizzata dal sovrapporsi di diverse forme di abuso e maltrattamento (es. la trascuratezza implica sempre maltrattamento psicologico; nei casi di violenza assistita c'è spesso anche maltrattamento fisico diretto).

Quando il trauma è intrafamiliare gli effetti vanno ben oltre il Disturbo da stress post-traumatico, determinando problematiche in tutte le aree di funzionamento del bambino che ne è vittima. L'atrocità e l'estrema sofferenza insite in simili contesti di crescita derivano dalla irrisolvibile contraddittorietà che questi bambini sperimentano quotidianamente nella relazione affettiva con la propria figura di accudimento. Questa rappresenta infatti la persona alla quale sentono istintivamente di doversi avvicinare per assicurarsi cure e protezione e la stessa dalla quale sentono istintivamente di doversi allontanare perché fonte di pericolo.

Quando è dunque il genitore o una qualunque altra figura di accudimento ad essere la causa delle condizioni di intensa minaccia e sopraffazione, ne deriva che:

- il bambino non vede riconosciuti e accolti i propri bisogni di cura fisica ed affettiva, la cui soddisfazione è tuttavia fondamentale affinché il suo percorso di sviluppo fisico, psicologico e sociale proceda in piena armonia e funzionalità;
- essendo questo contesto affettivo un ambiente caratterizzato da pericolo cronico, il sistema di difesa è costantemente in funzione e l'organismo del bambino dunque è in uno stato di iper-vigilanza cronica, sempre pronto ad agire per difendersi;
- le risorse psico-fisiche, normalmente impiegate per la crescita, sono invece orientate a sopravvivere e a controllare quello che accade intorno a sé (Siegel, 1999).

Il funzionamento globale dei bambini ne risulta compromesso. I bambini vittima di violenza intrafamiliare manifestano, pertanto, come effetti del trauma:

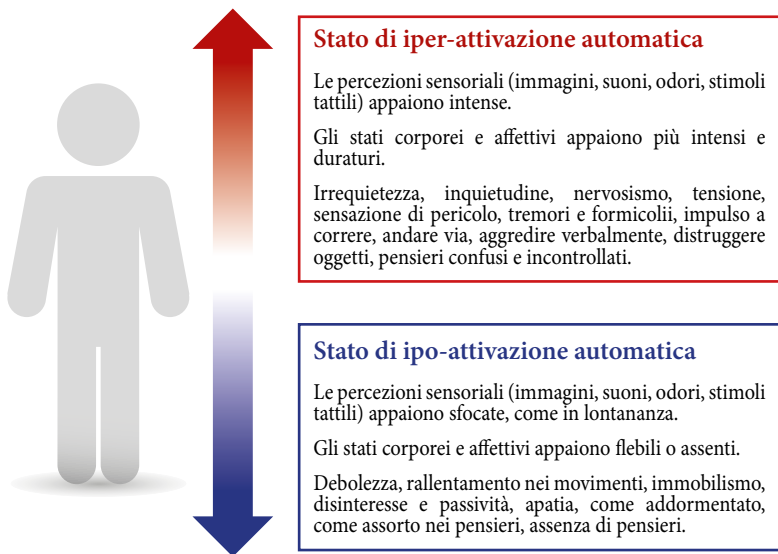
1. difficoltà nell'acquisizione di certe abilità mentali, a causa di specifiche alterazioni che hanno interessato lo sviluppo di alcune aree del cervello. La relazione di attaccamento primaria, quella stabilita sin dalla nascita con la figura adulta deputata alla cura fisica ed emotiva, è, infatti, considerata di estrema criticità ai fini dello sviluppo del sistema nervoso del neonato; laddove tale figura adulta fallisca continuamente nel fornire cura e protezione, o perché autore di trascuratezza o perché responsabile di maltrattamenti e abusi, si avranno inevitabili conseguenze negative sullo sviluppo neurobiologico del sistema nervoso del piccolo.

Questi bambini, dunque, nel tempo potrebbero sviluppare:

- problemi nel linguaggio;
- problemi di orientamento nel tempo e nello spazio;
- problemi nella regolazione dell'attenzione;
- difficoltà nella capacità di pianificazione e risoluzione dei problemi;
- difficoltà nella capacità di progettazione e previsione;
- difficoltà di apprendimento.

2. difficoltà nella regolazione delle emozioni e dei comportamenti,

a causa di un deficit nel perseguire e mantenere l'equilibrio energetico corporeo. Dovendo crescere in un contesto di pericolo cronico, ed essendo il sistema di difesa costantemente attivato in funzione di iper-vigilanza, l'organismo di questi bambini perde la capacità, prettamente biologica, di tornare in equilibrio dopo la risoluzione del pericolo: oscillano, dunque, in maniera generalizzata, senza più alcuna connessione lineare rispetto al livello di sicurezza ambientale nel quale si trovano, tra stati di iper-attivazione autonoma (frequenza cardiaca elevata, ritmo respiratorio accelerato, muscoli in tensione) e stati di ipo-attivazione autonoma (frequenza cardiaca rallentata, ritmo respiratorio decelerato, astenia). Ne deriva che ogni stimolo interno (pensieri) e esterno (ambientale), o anche relazioni con gli altri determineranno un'emozione che il bambino percepirà ed esprimerà a seconda del livello di energia corporea in cui si trova il proprio organismo in quel momento. Se è in uno stato di iper-attivazione, sperimenterà un'emozione di estrema intensità che esprimerà attraverso un comportamento ugualmente eccessivo e poco controllato. Diversamente, se è in uno stato di ipo-attivazione, il bambino avrà una ridotta percezione dell'emozione in atto, tanto da non riuscire a definirla, non avrà percezione neanche del proprio corpo e con molta probabilità non "agirà" alcun comportamento.



Questa condizione, che bambini e ragazzi descrivono come “*vivere sempre nell'eccesso*” è fonte di estrema sofferenza. Le conseguenze nell'immediato possono essere:

- difficoltà a comprendere e descrivere gli stati interni;
- difficoltà nella regolazione delle emozioni;
- stati di reattività e labilità emotiva;
- stati di appiattimento emotivo;
- ridotta capacità di modulare gli impulsi;
- comportamenti impulsivi e condotte a rischio (es. marinare la scuola, spendere compulsivamente denaro, disturbare ed infastidire gli altri; digiuno – abbuffate, abuso di sostanze e alcol, guidare senza patente);
- comportamenti autolesivi (es. tagliarsi, indursi il vomito);
- comportamenti aggressivi e antisociali;

- coinvolgimento in relazioni violente o abusanti;
- dissociazione.

I comportamenti impulsivi, le condotte aggressive e i gesti autolesionistici sono da intendersi come una strategia estrema utilizzata, soprattutto in adolescenza, al fine di porre fine a tali stati di dis-regolazione.

Il persistere di tali stati affettivi e comportamentali problematici potrebbe determinare l'insorgenza di:

- disturbi dell'umore;
- disturbi del comportamento alimentare;
- disturbi somatici (es. algie, parestesie);
- disturbi dissociativi;
- problemi organici legati all'assunzione di stili di vita a rischio.

3. un'immagine di sé negativa: le reiterate esperienze di rifiuto, trascuratezza e abuso da parte di figure adulte significative determinano lo strutturarsi di una rappresentazione di sé come di un essere indegno, non meritevole di ricevere amore e protezione, incapace di rapportarsi alla realtà. Il trauma intrafamiliare spesso comporta delle ripercussioni anche sulla percezione e rappresentazione del proprio corpo: un bambino abusato e maltrattato fisicamente, svilupperà disgusto, rabbia, repulsione e vergogna per il proprio corpo considerandolo anch'esso non meritevole di essere trattato con la giusta attenzione e gentilezza.

4. difficoltà nelle relazioni con l'Altro, a causa di un'immagine mentale che rappresenta le relazioni con l'Altro come fonte di pericoli e minacce. A partire dalla relazione di attaccamento primaria, infatti, i bambini si costruiscono un sistema di credenze, pensieri ed immagini, che funzionando come una sorta di *navigatore* durante l'intero ciclo di vita, li guiderà inconsapevolmente nel rapporto con gli Altri, offrendo loro informazioni rispetto a come leggere e comprendere

il comportamento delle persone con le quali interagiscono e a come agire di conseguenza.

Quando tale sistema di credenze, pensieri e immagini viene a strutturarsi all'interno di una relazione di attaccamento con una figura di accudimento che si è mostrata incapace di cogliere e rispondere ai bisogni del proprio piccolo (come nei casi di trascuratezza) e ha agito ripetutamente abusi e maltrattamenti su di lui, è altamente probabile che si caratterizzi per una rappresentazione negativa dell'Altro, inducendo il bambino a vivere le relazioni con insicurezza, sfiducia e senso di allerta:

- problemi con i confini;
- sfiducia e sospettosità;
- isolamento sociale;
- difficoltà interpersonali;
- difficoltà a sintonizzarsi con gli stati emotivi altrui.

Le abilità: cosa si può fare per ridurre la dis-regolazione

Ora che appaiono più chiare le cause dei principali stati corporei, delle emozioni, dei comportamenti e pensieri che i bambini mostrano a seguito dell'esposizione ad una o più esperienze traumatiche di violenza, è giunto il momento di muovere i primi piccoli passi verso il recupero di quello stato di sicurezza, prevedibilità e fiducia che è andato perduto. Tutte le difficoltà manifestate, da quelle presenti nel sonno a quelle di attenzione e concentrazione, ed anche quelle insorte nell'espressione di alcune abilità ed autonomie, nella manifestazione di alcune emozioni e più specificatamente legate all'immagine di sé e delle relazioni interpersonali, derivano tutte ugualmente da:

- la tendenza a percepire inconsapevolmente ed automaticamente il pericolo: in Sé, negli Altri e nel Mondo.

Il trauma, infatti, sia esso avvenuto in contesto extra-domestico o familiare, sempre mette in allarme il sistema interno di difesa per la sopravvivenza e innesca così vari processi neurobiologici, il cui risultato è che l'organismo perde il proprio equilibrio naturale e l'individuo è più sensibile ed attivato sul piano fisico, mentale e comportamentale.

Diviene necessario, ancor prima di procedere con un lavoro psicoterapeutico specialistico orientato all'elaborazione sul piano cognitivo degli accaduti traumatici, muovere insieme ai genitori ed ai bambini piccoli passi al fine di recuperare una parziale condizione di benessere psicofisico necessaria per impegnarsi nella fase di trattamento successiva:

- affrontare le reazioni corporee di iper-attivazione o ipo-attivazione autonoma collegate all'attivazione del sistema di difesa;
- scoprire e ri-scoprire vecchie e nuove risorse ed abilità da utilizzare nei momenti di crisi.

Piccoli Passi per affrontare

- **Gli stati di iper-attivazione ed ipo-attivazione autonómica**

La dis-regolazione degli stati corporei costituisce la prima e principale conseguenza dell'esposizione ad esperienze traumatiche: bambini e ragazzi appaiono traumatizzati. Infatti, spesso irritabili, aggressivi, ipervigili, o al contrario appiattiti emotivamente e cognitivamente. A tale condizione di dis-regolazione conseguono problematiche trasversali al funzionamento psicologico quali difficoltà di concentrazione e calo delle prestazioni scolastiche, condotte di evitamento e ritiro sociale e non ultimo stati affettivi negativi di rabbia, senso di colpa vergogna. Di seguito alcuni suggerimenti ed attività che possono aiutare bambini e ragazzi a ripristinare in breve tempo l'equilibrio corporeo (Van der Hart, Steele, Boon, 2013):

- il **rilassamento muscolare progressivo**: un primo passo da compiere è quello di rendere consapevoli bambini e ragazzi del loro stato di tensione muscolare. Li si invita, dunque, a contrarre, uno per volta, i diversi gruppi muscolari localizzati nelle mani, nelle braccia, nei piedi e nel viso e dopo qualche secondo a rilassarli, a lasciar scivolare via la tensione. La ripetizione regolare di questo esercizio consentirà al piccolo di familiarizzare con la sensazione di rilassamento e di associare a tale stato corporeo un vissuto di piacevolezza e tranquillità interiore.
- l'**esercizio del "luogo sicuro"**: l'immaginazione può costituire una preziosa risorsa nelle condizioni di forte tensione e paura. In un momento di calma e serenità si potrebbe dunque invitare il bambino ad individuare un luogo reale o fantastico che evochi in lui sensazioni di piacevolezza, divertimento e sicurezza. Quando sopraggiunge l'emozione negativa e questa sembra ingestibile, si potrebbe chiedere al bambino di andare con la mente in questo luogo sicuro prescelto: gli si può chiedere di raffigurarsi

mentalmente questo ambiente, invitandolo a portare l'attenzione su tutti gli stimoli sensoriali che lo connotano: gli oggetti nella loro specifica forma e colore, gli odori, i suoni; completata la visualizzazione del luogo si potrebbe chiedere al bambino di immaginarsi in questo luogo mentre fa qualche azione che lo rilassa, lo tranquillizza. L'esercizio dovrebbe durare circa tra i 10 ed i 15 minuti. È altamente probabile, soprattutto le prime volte, che durante l'esercizio l'attenzione del bambino ritorni sui pensieri spiacevoli: quando questo accade, accettare l'intrusione di questi pensieri, senza lasciare spazio ad ulteriori commenti distraenti, e ri-orientare l'attenzione sul luogo visualizzato.

- svolgere con regolarità **attività fisica** (camminare, praticare attività sportiva, correre) può essere di grande aiuto. I benefici derivanti sono legati essenzialmente al rilascio di endorfine, un ormone naturalmente presente nel nostro organismo, il cui rilascio sembra promuovere uno stato di benessere mentale, oltre che di riduzione del dolore fisico.

Benché se ne riconosca la grande utilità, è d'altra parte necessario che la scelta dell'attività fisica sia sempre calibrata in relazione alle specifiche caratteristiche del bambino. Laddove si osservi la preponderanza di stati di iper-attivazione autonoma (segno distintivo ne è l'eccessiva e prolungata tensione muscolare) sono da prediligere attività centrate sul corpo più ritmiche che ripristino l'equilibrio promuovendo un calo nei livelli di funzionamento biologico; al contrario, la persistenza di stati di ipo-attivazione (segno distintivo ne è l'eccessiva e prolungata astenia muscolare e/o insensibilità corporea) farebbe preferire attività maggiormente dinamiche che stimolino un innalzamento dei livelli di attività fisiologica.

Oltre a correre e camminare, altri esempi di valide attività sportive sono: l'atletica, il nuoto, le arti marziali e gli sport di squadra (pallavolo, pallamano, ecc.); quest'ultimi, concorrono alla stabilizzazione degli stati corporei sfruttando la co-regolazione.

- nei casi di stati estremi di iper-attivazione e ipo-attivazione è necessario promuovere esperienze sensoriali di segno opposto. Per gli stati di iper-arousal, sarà di aiuto guidare il bambino in luoghi piccoli, caldi, poco affollati, con pochi stimoli e invitarlo a svolgere esercizi di rilassamento e/o respirazione. Qualora si scelga di dialogare, sarebbe opportuno farlo usando un tono di voce pacato e mantenendo un ritmo dell'eloquio lento. Efficaci potrebbero risultare anche un bagno caldo e/o l'assunzione di bevande piuttosto calde (tisane, latte caldo, ecc.).

Per gli stati di ipo-arousal, invece, appare più opportuno evitare spazi bui, troppo caldi e silenziosi in favore di luoghi ricchi di stimoli visivi e sonori. Sarebbe opportuno stimolare l'impegno e la partecipazione al dialogo; promuovere rapide esperienze sensoriali che ristabiliscano il senso di realtà, come mangiare caramelle dal gusto intenso (mentine, liquirizie), stringere tra le mani una pallina di gomma, bagnarsi il viso con acqua fredda, spingere con forza i piedi verso il pavimento.

- **Le difficoltà nel sonno**

Il persistente stato di ipervigilanza derivato dall'esposizione al trauma contribuisce in maniera sostanziale a rendere il sonno più leggero e caratterizzato da frequenti risvegli a seguito dei quali sembra difficile ri-addormentarsi. Inoltre, quando il bambino mostra una marcata tendenza all'evitamento di tutto quanto attenga all'esperienza traumatica (dialoghi, luoghi, attività) è molto probabile che durante il sonno, unico stato di quiete in cui il sistema di difesa sembra essere a riposo, ritornino alla mente ricordi di quanto vissuto sotto forma di incubi.

Al fine di migliorare la qualità del sonno potrebbe essere di aiuto (Van der Hart, Steele, Boon, 2013):

- Costruire insieme al bambino una routine del sonno. È buona norma mantenere stabili orari e luoghi deputati al sonno. Con la collaborazione dello stesso bambino si andranno a individuare

alcune azioni e/o condizioni che facilitano il raggiungimento progressivo di uno stato di rilassamento corporeo e mentale e lo accompagnano progressivamente al sonno. Di seguito riportiamo alcuni suggerimenti; tuttavia si sottolinea la necessità di scegliere attività e risorse sulla base delle specifiche caratteristiche ed interessi del bambino: fare un bagno caldo con sottofondo musicale, bere una tisana calda, leggere, ascoltare musica piacevole mentre si è già nel letto, fare esercizi di respirazione, parlare di accaduti positivi e piacevoli utilizzando un tono di voce pacato. È da evitare la visione di video e/o programmi tv che possano riattivare ricordi traumatici o elicitare stati emotivi disturbanti.

- Garantire la presenza nella stanza di una fonte di luce sufficiente che consenta al bambino di comprendere con facilità dove si trova quando si sveglia improvvisamente nel cuore della notte.
- Scegliere insieme al bambino alcuni oggetti (foto, libri, utensili, peluches) che rievocano esperienze di vita positive e sensazioni di benessere e protezione da tenere sul comodino o comunque nei dintorni del letto. Dopo un incubo, poter osservare, toccare o più semplicemente sapere di avere accanto a sé questi oggetti, lo aiuterà a recuperare pian piano il senso di sicurezza e gli permetterà di ritrovare il sonno.
- Ricordare al bambino quanto l'immaginazione possa essere una risorsa preziosa per raggiungere uno stato di tranquillità e benessere anche in quei momenti in cui ci si sente scossi, agitati, spaventati. Gli si potrebbe chiedere di fare insieme l'esercizio del "luogo sicuro", normalmente utilizzato nei momenti di intensa attivazione emotiva, sia per facilitare l'addormentamento sia per recuperare la tranquillità dopo un incubo.
- Quando il bambino non riesce a prendere sonno ed è trascorso oramai molto tempo può essere utile alzarsi, cambiare stanza e fare qualcosa che promuova uno stato di rilassamento o che

contribuisca a contenere l'intenso stato emotivo in quel momento in atto. Per alcuni bambini potrebbe essere utile bere una tazza di latte caldo e parlare un po' con una figura di riferimento, per altri potrebbe risultare necessario scrivere, disegnare quanto sta passando nella testa in quel momento (incubi, brutti ricordi, pensieri spiacevoli) sapendo di poterne parlare anche il giorno dopo.

• I ricordi traumatici e i flashback

I ricordi traumatici rappresentano una delle problematiche più frequenti nei bambini esposti ad esperienze traumatiche.

Possono riguardare l'intera esperienza traumatica o solo frammenti di essa ed implicare la rievocazione e/o la ri-attuazione (→ **flashback**) di un'emozione, di una sensazione fisica e/o di un comportamento vissuti al momento del trauma.

L'intrusione di un ricordo traumatico è un'esperienza molto intensa sul piano emotivo, a cui si associa spesso la sensazione che quanto si sta vivendo non è il ricordo di qualcosa avvenuta nel proprio passato, piuttosto di un qualcosa che si sta verificando nell'immediatezza del presente.

Inoltre, i bambini quando raccontano e tentano di spiegare i propri ricordi traumatici li descrivono come improvvisi e non connessi a quanto sta accadendo nel proprio presente. In realtà i ricordi traumatici sono attivati sempre da uno stimolo esterno o interno che richiama un elemento che era presente anche al tempo del trauma.

Esempi di stimoli che possono fungere da ri-attivatori di ricordi traumatici potrebbero essere: un particolare odore, un suono o un rumore, un oggetto, alcuni ambienti (es. scantinato, macchina, bagno), uno specifico tono di voce, una postura corporea assunta dal bambino stesso, un'emozione o anche una particolare dinamica relazionale (es. una separazione, una discussione, il ricevere una critica).

È per tutti questi aspetti che la ri-attivazione dei ricordi traumatici rappresenta una condizione altamente spiacevole e disturbante per i bambini che la sperimentano: è come essere di nuovo al tempo del trauma.

- Ricordare al bambino alcune delle attività ed esercizi da svolgere nei momenti di forte attivazione emotiva.
- Può essere di grande aiuto affiancare il bambino nella descrizione di quei momenti di forte attivazione emotiva associati ad un ricordo traumatico, al fine di guidare la sua l'attenzione anche su quanto stava accadendo poco prima. Con molta probabilità la ripetizione costante di questo esercizio metterà in evidenza gli stimoli che riattivano i ricordi traumatici. Averne consapevolezza permetterà al bambino di evitarne il confronto, e anche quando questo fosse impossibile, lo aiuterà a sviluppare un maggiore senso di prevedibilità rispetto alle proprie reazioni.

Riferimenti bibliografici

- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and statistical manual of mental disorder DSM-5*
- Barbaro, M. G. F., Mancini, F. (2017), *Terapia cognitivo-comportamentale del trauma interpersonale infantile*. FrancoAngeli, Milano.
- Bragliani, M., Pedroni, M., (2013), Linee di indirizzo regionali per l'accoglienza e la cura di bambini e adolescenti vittime di maltrattamenti e abuso, Regione Emilia-Romagna.
- Clerici, C., & Veneroni, L. (2011), *Ipnosi animale: immobilità tonica e basi biologiche di trauma e dissociazione*. Aracne Editrice.
- Cloitre, M., Cohen, L. R., Koenen, K. C. (2006), *Treating survivors of childhood abuse: Psychotherapy for the interrupted life*. New York: Guilford
- Cohen J.A., Mannarino A.P., Deblinger E. (2006), *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents*, Guilford Press, New York.
- Dobson, D., & Dobson, K. S. (2009), *Evidence-based practice of cognitive-behavioral therapy*. New York, NY: Guilford Press
- Fedeli, D. (2011), Il cyberbullismo. In *Il bambino digitale*, Carocci, Roma, 39-59
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... & Marks, J. S. (1998), Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE). *Study. American journal of preventive medicine*, 14(4), 245-258

- Ford, J. D., & Courtois, C. A. (2009), Defining and understanding complex trauma and complex traumatic stress disorders. *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*, 13-30.
- Frewen, P., Lanius, R., (2015), *Healing the Traumatized Self: Consciousness, Neuroscience, Treatment*. W.W. Norton & Co. Trad. it. (2017) Tagliavini, G., *La cura del sé traumatizzato. Coscienza, neuroscienze, trattamento*. Giovanni Fioriti Editore, Roma.
- Liotti, G., Farina, B. (2011), *Sviluppi traumatici. Eziopatogenesi, clinica e terapia della dimensione dissociativa*, Raffaello Cortina, Milano.
- Ogden, P., Fisher J., (2017), *Psicoterapia sensomotiva. Interventi per il trauma e l'attaccamento*. Raffaello Cortina Editore, Milano.
- Onno Van der Hart, Steelek, S. Boon (2013), *La Dissociazione Traumatica: Comprenderla e Affrontarla*, Mimesis Editore
- Perry, B. D. (2008). Child maltreatment: The role of abuse and neglect in developmental psychopathology. In T. P. Beauchaine & S. P. Hinshaw (Eds.), *Textbook of child and adolescent psychopathology* (pp. 93–128). New York: Wiley
- Siegel, D. J. (1999), *The developing Mind*, tr. it. La mente relazionale.
- World Health Organization (2002), *The world health report 2002: reducing risks, promoting healthy life*. World Health Organization.
- World Health Organization (2006), *Prevention of child maltreatment: A guide to taking action and generating evidence*. World Health Organization.

Gli autori

Michele Pellegrini

Psicologo-Psicoterapeuta ad indirizzo cognitivo-comportamentale, lavora presso l'U.O. Struttura Semplice Dipartimentale PSICOLOGIA e GIADA (Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati) dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII - A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII di Bari. Socio ordinario della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC), terapeuta formato in EMDR e Narrative Exposure Therapy (NET). Docente dell'Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva – AIPC – Bari. Autore di diversi articoli e capitoli di volumi sulla violenza infantile e sulla psicopatologia dello sviluppo. Le principali aree di interesse sono la psicopatologia dell'età evo-lutiva, la valutazione dell'attaccamento e della sensibilità genitoriale, il trauma infantile e la psicologia dell'emergenza e psicotraumatologia.

Marvita Goffredo

Psicologa-Psicoterapeuta ad indirizzo cognitivo-comportamentale, socia ordinaria SITCC (Società italiana terapia comportamentale e cognitiva) svolge attività clinica, di formazione e ricerca nell'ambito della psicopatologia dello sviluppo. Intervenire VIPP-SD (Video-feedback Intervention to Promote Positive parenting and Sensitive Discipline), abilitata alla conduzione del programma COS-P (Circle of Security Parenting). Nell'ambito della convenzione tra l'U.O. Struttura Semplice Dipartimentale PSICOLOGIA GIADA dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII e l'Associazione Italiana di Psicoterapia Cognitiva – AIPC – Bari conduce un Progetto di ricerca sui modelli di intervento per la

presa in carico dei bambini Orfani Speciali. Docente dell'Associazione italiana di Psicoterapia Cognitiva – AIPC – Bari. Autrice di diversi articoli e capitoli di volumi sulla violenza infantile e sulla psicopatologia dello sviluppo. Le principali aree di interesse riguardano i disturbi correlati ad eventi traumatici e stressanti e la genitorialità vulnerabile.

Maria Grazia Foschino Barbaro

Psicologa-Psicoterapeuta ad indirizzo cognitivo-comportamentale, dirige la scuola di specializzazione in Psicoterapia Cognitiva, sede di Bari AIPC (Associazione Italiana Psicoterapia Cognitiva), docente delle scuole di Psicoterapia Cognitiva APC (Associazione Psicoterapia Cognitiva) e SPC (scuola di Psicoterapia Cognitiva). Responsabile dell'U.O. Struttura Semplice Dipartimentale PSICOLOGIA dell'Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII A.O.U. Policlinico-Giovanni XXIII e di GIADA (Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati). È socia didatta della Società Italiana di Terapia Comportamentale e Cognitiva (SITCC) e componente del Consiglio Direttivo del CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia). Responsabile scientifico di progetti della Regione Puglia su abuso e maltrattamento all'infanzia, adozione nazionale e internazionale e umanizzazione dell'assistenza pediatrica. Autrice di numerose pubblicazioni su riviste nazionali, oltre che curatrice di diversi volumi. Le sue aree di interesse sono: la psicopatologia dell'attaccamento e dello sviluppo, il trauma infantile e le cure palliative pediatriche.



Per operatori

- “Aspetti radiologici e medico-legali del maltrattamento fisico in età pediatrica”
- “Codice GIADA. Percorso operativo in condizione di emergenza/urgenza e in regime di ricovero”
- “Indicazioni operative per l'accertamento medico nei casi di violenza sessuale in età pediatrica”
- “Piccoli passi per affrontare il trauma nell'infanzia. Indicazioni Psicoeducative”
- “Ascoltare il trauma Indicazioni operative sull'ascolto dei minorenni in ambito giudiziario”
- “Piccoli passi verso i bambini Orfani Speciali. Indicazioni Psicoeducative”

Per le famiglie

- “Piccoli passi per affrontare le separazioni familiari”
- “Da cullare e non scuotere” Shaken Baby Syndrome
- “Navigare nel Web. Parents in Exploration”

Per i bambini e gli adolescenti

- “Navigare nel Web. Teen in Exploration”
- “Dove sei Papà” Favola per figli con un genitore in carcere



GIADA

(Gruppo Interdisciplinare Assistenza Donne e bambini Abusati)

Responsabile Scientifico	Foschino Barbaro	Maria Grazia	080.5596711
---------------------------------	-------------------------	---------------------	--------------------

Equipe dedicata

Psicologa	Berlingero	Isabella	080.5596827
Psicologa	Lippolis	Rossella	
Psicologo	Pellegrini	Michele	
Psicologa	Vitale	Grazia Tiziana	
Assistente Sociale	De Iaco	Domenica	
Informatico	Fiore	Renato	

Equipe funzionale

Dirigente Medico Direzione Sanitaria	D'Amelio	Maria Giustina	080.5592609
Dirigente Medico di Ortopedia	Carluccio	Giuseppe	080.5596571
Dirigente Medico di Pediatria ad indirizzo oncoematologico	Cervellera	Maria	080.5593363
Dirigente Medico di Pronto Soccorso	Li Moli	Ornella	080.5596622
Dirigente Medico di Neonatalogia	Foglianesi	Alessandra	080.5592220
Dirigente Medico di Radiologia	Gaeta	Alberto	080.5596854
Dirigente Medico di Chirurgia	Savino	Carmela	080.5596578 080.5596678
Medico Legale	Solarino	Biagio	080.5592204
Infermiera Coordinatrice	Porcelli	Santa	080.5596732

***Il trauma è una realtà della vita,
ma non per questo
dev'essere una condanna a vita.***

(Peter A. Levine)



L'immagine di copertina è la rivisitazione di un'opera di Kingabrit



**Azienda Ospedaliero-Universitaria
Policlinico - Giovanni XXIII**



**Scuole di
Specializzazione in
Psicoterapia Cognitiva**



**Associazione Italiana di
Psicoterapia Cognitiva
A.I.P.C. - Bari**



CISMAI
COORDINAMENTO ITALIANO DEI SERVIZI
CONTRO IL MALTRATTAMENTO
E L'ABUSO ALL'INFANZIA

Con il contributo di



ISBN 978-88-6922-118-7



9 788869 221187