

“IL POST ADOZIONE TRA PROGETTAZIONE E AZIONE”  
Firenze, Istituto degli Innocenti, 21.02.07

Marinella Malacrea<sup>1</sup>

**Bambini in adozione: effetti a lungo termine delle esperienze sfavorevoli infantili**

Nel tempo vi sono state profonde modificazioni nella tipologia dei bambini adottabili. Essi attualmente non hanno più le caratteristiche della assenza di figure genitoriali per cause di mortalità precoce dovute, come nel passato, a generali condizioni sanitarie della popolazione; o di pura assenza o grave insufficienza delle risorse materiali necessarie a crescere la prole (le famiglie 'povere'), anch'essa dovuta a trasversali condizioni sociali.

Oggi per la maggior parte i bambini adottabili sono vittime di gravi distorsioni delle relazioni familiari, che li hanno coinvolti in maniera diretta o indiretta. Alla fine degli anni '90 un autore americano, Felitti, ha opportunamente introdotto nel complesso dibattito su maltrattamenti e abusi nell'infanzia la nozione di *Esperienze Sfavorevoli Infantili* (ESI) per indicare quell'insieme di situazioni vissute nell'infanzia che si possono definire come 'incidenti di percorso' negativi più o meno cronici rispetto all'ideale percorso evolutivo sia sul piano personale che relazionale, specialmente sotto il profilo del rischio di distorsione dei legami di attaccamento. Esse comprendono tutte le forme di abuso all'infanzia subito in forma diretta, come abuso sessuale, maltrattamento psicologico, fisico, trascuratezza; e le condizioni subite in forma indiretta che rendono l'ambito familiare imprevedibile e malsicuro, come per esempio alcolismo o tossicodipendenza dei genitori, malattie psichiatriche e soprattutto *violenza assistita*, cioè il coinvolgimento del minore in atti di violenza compiuti su figure di riferimento per lui affettivamente significative.

**LE ESPERIENZE SFAVOREVOLI INFANTILI<sup>2</sup>**

<i>DIRETTE</i> (sul bambino)	<i>INDIRETTE</i> (in famiglia)
ABUSO SESSUALE	VIOLENZA ASSISTITA
MALTRATTAMENTO PSICOLOGICO	ALCOLISMO
MALTRATTAMENTO FISICO	TOSSICODIPENDENZA
GRAVE TRASCURATEZZA	MALATTIE PSICHIATRICHE
	GRAVI MALATTIE FISICHE INVALIDANTI
	TRACOLLI FINANZIARI

Tali multiple distorsioni, inoltre, hanno sovente attivato interventi, di natura socioassistenziale e/o sanitaria, infine rivelatisi inefficaci se si arriva all'adozione; e il tempo necessario all'intervento ha comportato per i bambini un periodo di convivenza con tali distorsioni non breve e quindi tale da danneggiarli profondamente. Proprio nel periodo necessario a verificare l'efficacia dell'intervento

<sup>1</sup> Neuropsichiatria infantile, psicoterapeuta, responsabile area clinica Centro TIAMA (Tutela Infanzia Adolescenza Maltrattata) - Milano, socio fondatore CISMAI (Coordinamento Italiano dei Servizi contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia).

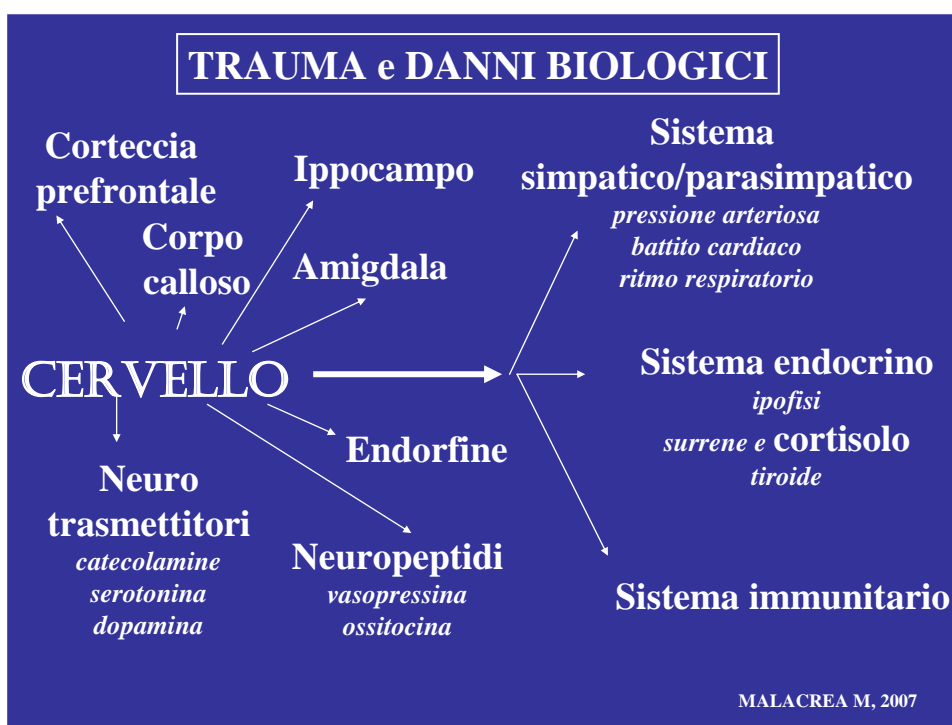
<sup>2</sup> Elaborato da Malacrea M. da Felitti et al., 2001.

sulla famiglia, i provvedimenti di protezione eventualmente adottati nei confronti dei bambini possono aver comportato il passaggio attraverso una o più collocazioni in ambiti protetti prima di 'approdare' nella famiglia adottiva, con conseguente ulteriore impatto sui processi di attaccamento.

Ciò che accomuna le diverse situazioni sopra descritte e rende anche così poco differenziabili le loro conseguenze in termini di sintomi e comportamenti, è il fatto che possono produrre trauma e, attraverso una deformazione nei Modelli Operativi Interni, un *funzionamento psicologico post traumatico* che condiziona la personalità del futuro adulto.

Cosa si intende per esperienza traumatica? Un'esperienza sopraffacente, che fa fallire le normali difese e le ordinarie strategie con cui si affrontano gli eventi esterni. Ma molto cambia se tale esperienza è acuta e puntuale oppure cronica. Per usare una metafora fisica, mentre nel trauma acuto il soggetto reagisce all'esperienza traumatica, che immaginiamo come un corpo estraneo entrato attraverso una ferita, lavorando per l'espulsione attraverso l'equivalente di una florida reazione infiammatoria (il PTSD), nel trauma o stress cronico si produce l'equivalente di un ascesso, difficile da raggiungere dalle cure e fonte continua di minaccia per la salute. Si parla in questi casi di "trauma interno all'identità", che apre la strada a un effetto pervasivo e permanente a carico dei processi di regolazione psicologici e biologici del bambino, dando luogo a reazioni più complesse e ancor più nefaste del disturbo post traumatico da stress.

In questo caso che accade? E' caduta ormai l'artificiosa distinzione tra danno psichico e danno fisico: cattive condizioni di accudimento, fonte di esperienze traumatiche, specie se croniche, producono danni cerebrali rilevabili. Con le moderne metodiche diagnostiche si è registrata la sofferenza e la morte di milioni di neuroni in varie aree cerebrali preposte al pensiero complesso e finalizzato (corteccia prefrontale), alla integrazione della memoria (ippocampo), alla comunicazione tra gli emisferi cerebrali (corpo calloso). Alterati sono il riconoscimento delle minacce ambientali (amigdala), i mediatori del bilancio emotivo (sistemi delle catecolamine, della serotonina, degli oppioidi endogeni, della dopamina), e dei processi di attaccamento (i neuropeptidi). La disregolazione cerebrale da esperienze traumatiche infantili produce effetti registrabili anche a livello del sistema nervoso simpatico e parasimpatico (che presiede al ritmo respiratorio, al battito cardiaco, alla pressione arteriosa), del sistema endocrino (*in primis* la funzionalità del surrene, che produce il cortisolo endogeno essenziale nella regolazione della reazione allo stress), del sistema immunitario (che presiede alla difesa del soggetto da aggressori esogeni ed endogeni) (Malacrea, 2004).



Benché riparabili, tali danni hanno alta probabilità di tendere alla persistenza nel tempo. Affascinanti e inquietanti si presentano gli studi relativi ad alcuni mediatori del funzionamento psicologico, come il *cortisolo* e i *neuropeptidi* (*vasopressina* e *ossitocina*), ora misurabili anche in bambini piccoli in modo non invasivo (saliva o urine).

Per quanto riguarda il *cortisolo*, studi longitudinali su madri in gravidanza e la loro prole documentano la trasmissione intergenerazionale della disregolazione nella reattività dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene e quindi nella produzione di cortisolo a fronte di fattori di stress, con tutte le conseguenze del caso.

Un gruppo di articoli riguarda l'influenza dello stress delle madri in gravidanza sui figli successivamente nati.

Alcuni studi, ad esempio, condotti in Olanda e negli Stati Uniti, analizzano l'effetto dell'ansia delle madri durante la gravidanza, specie se connessa al timore di portare un figlio handicappato. Il primo studio è stato condotto su bambini di 10 anni appartenenti a un gruppo seguito fin dalla gravidanza, in uno studio prospettico longitudinale in cui sono stati raccolti indicatori di ansia e depressione delle madri in gravidanza e nel post partum. Sebbene studi eseguiti su animale abbiano riscontrato corrispondenze significative tra fattori di stress in gravidanza e disturbo nei figli della funzionalità dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene prolungato nel tempo, sono pochi i dati nell'uomo. Questo studio dimostra che a 10 anni i bambini delle madri che avevano sofferto di ansia prenatale hanno valori di cortisolo, specie al risveglio, significativamente diversi dai valori normali; tale correlazione rimane significativa anche dopo controllo di variabili relative all'ansia e alla depressione delle madri nel periodo successivo alla loro nascita.

Un secondo studio ha misurato il livello di cortisolo in bambini (età media circa 5 anni) prima e a seguito di una vaccinazione (evento stressante moderato); le madri di questi bambini avevano eseguito, a 16 settimane di gestazione, dei test (questionari) e la misurazione del cortisolo salivare, come misura dello stato ansioso, specie connesso al timore di portare un figlio handicappato. Si è riscontrato che i figli delle donne che avevano in gestazione un più alto livello di cortisolo al mattino (e maggior timore di danno fetale), pure avevano un livello di cortisolo al mattino superiore ai bambini figli di donne con minore stato ansioso.

Nel terzo studio, su bambini di circa 6 anni, si è rilevato il livello di cortisolo salivare nel primo giorno di scuola, in un altro giorno di scuola distante dal primo e in un giorno nel fine settimana. I bambini delle madri che in gravidanza avevano uno stato ansioso, misurato attraverso un più elevato livello di cortisolo (connesso al timore di portare un figlio handicappato), avevano pure un più elevato livello di cortisolo nei giorni di scuola, se paragonato ai figli di donne con minore stato ansioso in gravidanza.

Analoghi risultati si ricavano studiando la correlazione tra depressione in gravidanza delle madri e successiva funzionalità nei figli dell'asse ipotalamo-ipofisi-surrene. Sono stati presi in considerazione i figli (età compresa tra 6 mesi e 5 anni) di donne che in gravidanza mostravano sintomi depressivi (Beck Depression Inventory): è stato misurato il cortisolo salivare dei bambini a 6 mesi a seguito di un lieve fattore di stress, e la successiva evoluzione del temperamento (presenza di stato affettivo negativo). Risulta che sintomi depressivi nelle madri, livello elevato di cortisolo a 6 mesi e temperamento caratterizzato da stato affettivo negativo sono elementi tutti correlati tra loro, suggerendo una funzione di mediazione della reattività allo stress come fattore determinante l'evoluzione del temperamento. Non risulta altrettanto influente la depressione se si verifica dopo il parto.

Colpisce la qualità 'fisica' dell'influenza dello stato affettivo delle madri in gravidanza sul futuro assetto psichico dei bambini e la durata nel tempo di tale influenza; colpisce anche la conferma della centralità del sistema di reazione/adattamento allo stress nella determinazione degli assetti comportamentali e affettivi durante l'infanzia.

Per quanto riguarda *vasopressina* e *ossitocina*, va innanzitutto detto che questi neuropeptidi costituiscono un sistema critico nella regolazione dei comportamenti emotivi e dei rapporti sociali, associati all'emergere dell'attaccamento. Tali mediatori sono aumentati dalle esperienze sociali

piacevoli, come l'essere toccati in modo confortante, provocando a loro volta un aumento di socievolezza, di produzione di attaccamenti selettivi, di costruzione di memorie di interazioni positive, con effetto regolatore sullo stress. Un recente studio (Fries et al., 2005) ha misurato ossitocina e vasopressina in un campione di bambini di 4 anni e mezzo allevati in orfanotrofi privanti dalla nascita (fino a un'età variabile tra i 7 e i 42 mesi) e al momento adottati (almeno 10 mesi prima, ma anche 4 anni prima). I bambini (messi a confronto con un gruppo di controllo) sono stati sottoposti a una interazione corporea gradevole standard con il datore di cure: i neuropeptidi sono stati dosati prima e dopo tali interazioni. Mentre la vasopressina risultava bassa nel dosaggio di base (interferenza con il riconoscimento di familiari), l'ossitocina risultava bassa dopo interazione con il datore di cura (regolazione emotiva). Per quanto gli autori avvertano che non tutti i bambini reagivano nello stesso modo e che anche con bassi livelli ormonali si possano nel tempo sviluppare relazioni soddisfacenti, resta la constatazione di come il fallimento nelle cure primarie sconvolga il normale sviluppo dei sistemi dei neuropeptidi fondamentali nei processi di attaccamento e come la distorsione non sia automaticamente riparabile da cure appropriate successive.

L'alta probabilità dei genitori adottivi di avere a che fare con un bambino che esprimerà un funzionamento psicologico di natura post traumatica impone a chi ha il compito di affiancarli competenze specifiche.

E' necessario che un'attenta considerazione dei traumi pregressi e dei funzionamenti patologici strettamente e inevitabilmente conseguenti entri a costituire la base trasversale degli interventi routinari quando un bambino arriva in adozione, tanto più quanto più è grande; ma anche che la comprensione precisa e tecnica dei funzionamenti post traumatici stia alla base della preparazione dei futuri genitori adottivi e dei bambini adottabili.

Quali sono in sintesi gli indicatori di un funzionamento post traumatico (Malacrea, 2004)? *Sul piano psicologico* si vive come se il pericolo fosse sempre presente, anche quando è lontano nel tempo: ne conseguono reazioni *automatiche* e ripetitive, che mandano in cortocircuito la possibilità della mente di far fronte agli stimoli ambientali in modo non disfunzionale e condizionano le espressioni relazionali della vittima. I comportamenti sono improntati all'ipervigilanza o alla depressione o alla dissociazione, che spesso si alternano senza sosta nello stesso soggetto, rendendo il suo funzionamento incomprensibile e imprevedibile per chi deve prendersene cura e per il soggetto stesso, che non può che ricavarne una più acuta autosvalutazione. Essi scattano anche in circostanze che per altri soggetti non vittime non evocherebbero reazioni da stress, mentre nella vittima inducono allarme. Persino esperienze in sé positive, ma che comportano intimità e intensità dei legami, e cioè circostanze in cui il soggetto traumatizzato sente aumentare la propria vulnerabilità, possono diventare non raramente riattivatori traumatici. Tipica è la riattivazione traumatica connessa all'adozione, nel contatto con legami prossimi e coinvolgenti emotivamente, che fanno sentire il bambino vulnerabile e quindi scatenano l'ansia correlata alla profezia di una imminente esperienza negativa come quella che ha segnato il suo passato.

Il nucleo di quanto sopra è costituito da modelli operativi interiorizzati (MOI) caratteristici e riconoscibili. Tipicamente chi è stato vittima di esperienze traumatiche, specie se croniche, ha interiorizzato una 'filosofia' (una sorta di "occhiali") basata sull'assunto di un "mondo malevolo", opposta quindi alla "fiducia di base" e orientata alla messa in atto di 'profezie che si autodeterminano' nelle relazioni significative, quanto più comportano prossimità e dipendenza, rinforzando a spirale per il soggetto la credibilità e l'impermeabilità proprio dei modelli operativi distorti.

E' altrettanto necessario acquisire chiavi di lettura adeguate alle multiformi manifestazioni comportamentali e sintomatiche conseguenti al funzionamento post traumatico, come depressione, ansia, somatizzazione, dissociazione, che si manifestano dopo mesi, anni o nell'età adulta.

Molte persone vittime di esperienze sfavorevoli infantili, pur non presentando gravi sintomi psicopatologici, sperimentano ugualmente *difficoltà in diverse aree sociali ed interpersonali*, che il più delle volte vengono sottovalutate. Frequenti sono *fallimenti a livello scolastico e relazionale* che li lasciano, nel mondo adulto, privi delle competenze fondamentali per affrontare ed adattarsi alle difficoltà della vita. Spesso i bambini con esperienze di maltrattamento presentano un modello interattivo con i propri pari caratterizzato da alti livelli di aggressività, dalla carenza di atteggiamenti prosociali e di avvicinamento. *In età adolescenziale e adulta* questi soggetti spesso vivono relazioni di bassa qualità, anche nell'area sessuale, e hanno un concetto di sé particolarmente distorto, caratterizzato da bassa stima di sé, dal bisogno di controllo sugli altri, da ipersensibilità ai giudizi delle altre persone, da ostilità interpersonali e dalla vulnerabilità allo sfruttamento.

Pur con questi limiti e rischi, l'esperienza adottiva ha straordinarie possibilità di costituire una 'finestra di plasticità' all'interno di funzionamenti post traumatici anche rigidi: è quindi un'occasione di risanamento e va sostenuta intensamente perchè le difficoltà non scorraggino e non se ne perdano gli insostituibili benefici.

Coniugando invece tempestivamente terapie psicologiche specifiche, per l'elaborazione dei traumi pregressi e della possibile riattivazione traumatica, con la cura per la migliore qualità dei nuovi processi di attaccamento nella famiglia adottiva, si aumentano le possibilità di cambiamento dei Modelli Operativi Interni dei bambini, fortunatamente presente per tutta la vita, con importanti ricadute positive sulla futura personalità. Tali interventi dovrebbero essere obbligatori e dovuti ai genitori e ai bambini nell'anno di affidamento preadottivo e oltre.

Vanno altresì scongiurati i rischi di indicazioni inesatte o banalizzanti, che confondono il piano educativo con quello della adeguata comprensione dei funzionamenti post traumatici, che trasferiscono nel contesto relazionale attuale modelli operativi disfunzionali (gli 'occhiali') costruiti ben prima.

Importantissimo è anche considerare che vivere a contatto con un bambino traumatizzato è fonte di stress e ultimamente è generatore di funzionamento post traumatico anche nel datore di cura. Il genitore adottivo può trovarsi quindi in preda alla stessa alternanza ON/OFF del figlio adottivo, passando dagli estremi del dolore a quelli della rabbia, dall'impulso del salvatore all'impulso di espellere, dalla consapevolezza bruciante della propria impotenza alla negazione dissociativa di ogni problema. Anche questo non deve stupire, né indurre a formulare giudizi negativi sulla personalità dei genitori adottivi: richiede invece uno sforzo ulteriore per fornire aiuto.

Qual è l'aiuto più importante per chi soffre di un funzionamento post traumatico?

Innanzitutto essere accompagnato a dare un nome a quanto gli accade, per contrastare il terrore di sentirsi incomprensibile per sé e per gli altri e fuori di controllo. Riprendere controllo, trovare in sé e nel mondo la sicurezza perduta è proprio la prima essenziale 'cura' per il soggetto traumatizzato. A questo scopo andrebbero creati *strumenti di informazione ed educazione*, atti a produrre riconoscimento e quindi sollievo.

In questa direzione il nostro Centro ha costruito per i caregiver (di cui molti erano genitori adottivi) di bambini sessualmente abusati in terapia di gruppo, anch'essi visti in parallelo in gruppi di sostegno, una serie di strumenti che possano rendere comprensibile anche ai 'non addetti ai lavori' i concetti fondamentali per il riconoscimento e la gestione dei funzionamenti post traumatici dei bambini e propri. Insieme alla condivisione delle esperienze personali ed educative, questi strumenti hanno costituito un patrimonio capace di indurre una positiva evoluzione emotiva e cognitiva e di cooperare efficacemente al riconoscimento comune.

Di seguito, verranno mostrati, attraverso una serie di slide, gli obiettivi e alcune delle schede utilizzate per riflessioni ed esercitazioni in gruppo, come spunto, auspichiamo, per lo sforzo creativo di altri colleghi.

Partiamo dall'elenco degli obiettivi.

### ***1. Aiutare i caregiver a riconoscere nei figli un funzionamento post-traumatico***

2. *Riconoscere il funzionamento post-traumatico anche in se stessi*
3. *Aiutare il caregiver a gestire le difficoltà relazionali e comportamentali con i bambini*
4. *Aiutare il caregiver ad attuare un coping attivo-sociale per essere di supporto ai propri figli e a se stessi*
5. *Attivare dinamiche di auto-aiuto*
6. *Aiutare il caregiver a cominciare e/o mantenere una comunicazione aperta con i bambini sull'abuso sessuale e sul tema di una sessualità sana*

Una serie di schede è stata dedicata alla spiegazione di come si arriva al funzionamento post traumatico e di come riconoscerne i segnali, facendo intendere che le reazioni di partenza sono state costruite dalla natura come 'salvavita'. Esse non sono in sé negative, quindi, se non quando non si estinguono tornando al sicuro, ma continuano anche in assenza di minaccia e si riattivano periodicamente in presenza di elementi che di per sé non giustificherebbero una reazione da trauma.

<i>Termini tecnico</i>	<i>Cosa vuol dire</i>	<i>Obiettivo</i>	<i>Pensieri tipici</i>
<b>ipervigilanza</b>	<b>Agitazione interna, allarme, eccitazione</b>	<b>Andare 'su di giri' e scaricare, vivere a tutto gas e così tenere il controllo</b>	<b>Ho dentro una partita di flipper!, sono in pericolo, sto scoppiando</b>
depressione	Stanchezza cronica, malumore, demotivazione, ritiro	Vivere al minimo	'Il mondo è grigio, il mondo è blu', sono uno 'sfigato', sono un peso, niente vale la pena, non ho futuro
<b>dissociazione</b>	<b>Ce la posso fare solo se i pezzi di me vanno ciascuno per conto proprio, dis-integrazione</b>	<b>Interrompere il contatto 'integrato' con se stesso</b>	<b>'Occhio non vede cuore non duole', 'stacco la spina', che bello essere su Marte!, in fondo che problema c'è?, non mi ricordo, se non ci penso sto meglio</b>

#### DALLE REAZIONI POST TRAUMATICHE AL FUNZIONAMENTO POST TRAUMATICO

Il nostro cervello (il regista della sopravvivenza) ha bisogno di **stabilità**.

Gli serve per tenere in equilibrio il nostro funzionamento complesso e sofisticato.

Quindi:

- se l'esperienza stressante è stata debole o moderata, si rassicura abbastanza presto e la reazione post traumatica si estingue da sola
- se l'esperienza stressante è stata forte (intensità, qualità, durata), cerca di 'imparare dall'esperienza'

COSTRUISCE GLI 'OCCHIALI'

CI SI ADATTA

CI SI 'AFFEZIONA'

DIRIGE TUTTO A PARTIRE DA LI'

(pensieri, sentimenti, comportamenti,  
muscolatura volontaria, ormoni, sistema neurovegetativo, sistema immunitario)

## Ecco gli occhiali



## COSA SUCCEDE?

Stress attuali deboli o moderati,  
 il ricordo di infelicità precedenti,  
 il ricordo dell'esperienza traumatica  
 si mescolano tra loro e formano un unico 'minestrone',  
 bollente o ghiacciato, comunque velenoso.

**Così la reazione post traumatica  
 torna e ritorna  
 anche se l'esperienza che l'ha iniziata  
 è ormai lontana.**

Molte esercitazioni sono state dedicate alla individuazione delle modalità di 'coping' più utili, sulla base della consapevolezza che se le reazioni post traumatiche sono automatiche e non si possono scegliere, c'è invece sempre la possibilità di gestirle attraverso scelte volontarie. La concettualizzazione di Chaffin et al. (1997), che individua quattro tipi di coping di cui tre del tutto analoghi alle reazioni post traumatiche (arrabbiato, depresso, evitante) e una di segno opposto, costosa in termini di energie ma utile a dare duraturo benessere (attivo-sociale), ha costituito la base per la riflessione condivisa sui propri bambini e su di sé, e quindi automaticamente un aiuto alla scelta proprio del coping attivo-sociale. I disegni hanno alleggerito le numerose esercitazioni, di

cui si dà solo qualche esempio, che hanno preso spunto sia dalle vicende reali dei partecipanti, sia da materiale tratto da favole, analogamente a quanto avveniva nel gruppo dei bambini.

## SI PUO' FARE DI PIU' PER STARE MEGLIO

### Cos'è il 'coping'?

E' difficile tradurre con una sola parola italiana questa parola inglese

TO COPE significa 'far fronte', 'lottare contro'. COPING è il modo con cui 'facciamo fronte', 'lottiamo contro'

**Il 'coping' si può scegliere**



### COME REAGISCO?

MAI QV MV QS


Un altro tema su cui si è molto insistito è stato quello delle riattivazioni traumatiche. Esse sono da attendersi quando un bambino è stato vittima di esperienze sfavorevoli infantili importanti ed è bene che i datori di cura le mettano in conto senza disperare, pronti invece a cogliere il miglioramento lento ma progressivo, anche se attraversato da cadute. Altrettanto importante è insegnare che tali riattivazioni traumatiche non accadono solo in correlazione ad eventi negativi, ma anche in condizioni che per altri sarebbero positive, in primo luogo la vicinanza affettiva. Ciò è particolarmente importante per i genitori adottivi, che rischiano di sentire in crisi il rapporto con i

figli e la propria adeguatezza vedendo recrudescenze di sofferenza proprio quando sembra loro di aver stabilito un legame più forte e stabile.

### COME MAI CI SONO LE REGRESSIONI?

Ormai lo sapete: quando si rientra in contatto con ciò che fa male....

Ma c'è qualcosa di cui non abbiamo ancora parlato,  
qualcosa che capita a chi ha subito traumi da piccolo  
e che le persone 'normali' fanno fatica a capire.

Lo **'stress attuale'** (quello da cui parte la riattivazione traumatica)  
per i vostri figli NON corrisponde solo alla lista

- OVVIA -

delle cose **negative** che possono capitare oggi,  
ma anche a quest'altra LISTA:

AMORE  
VICINANZA  
FUTURO  
PROGETTO  
SUCCESSO  
CONFRONTO CON GLI ALTRI

.....  
e molte altre esperienze che tu giudichi **positive!**

Ti spieghi adesso perché proprio nelle feste, ricorrenze e simili  
mette il 'muso lungo'?

Infine, si è cercato di trasmettere una visione positiva dello 'spessore umano' che può derivare soltanto dall'aver sperimentato la sofferenza senza essersene lasciati schiacciare ma guadagnando in saggezza ed empatia. E' stato utile il concetto di "crescita post traumatica", come proposto da vari autori (tra cui un nome di spicco è Boris Cyrulnik) che hanno studiato la resilienza umana nelle sue varie accezioni (di resistenza agli urti della vita e/o di capacità di sopravvivere a tali urti in modo soddisfacente).

E alla fine,  
se guardi bene, è certo che da questo 'male'  
qualcosa di **BUONO** è venuto fuori.

Lo dicono i libri!

Si chiama **CRESCITA POST TRAUMATICA** (post traumatic  
growth).

### RIESCI A VEDERLO?

Provaci:

- in me .....
- con mio figlio .....
- con gli altri .....
- nel mondo .....



E ADESSO ...  
**BUON LAVORO E  
BUONA FORTUNA!!!**

## BIBLIOGRAFIA

- Chaffin, M., Wherry, J., Dykman, R. (1997), "School age children's coping with sexual abuse: abuse stresses and symptoms associated with four coping strategies", *Child Abuse and Neglect*, 21(2), pp. 227-240.
- Felitti V.J., Anda R.F., Norderberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P., Marks J.S. (2001) Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. In: Franey K., Geffner R., Falconer R. (Eds) *The cost of child maltreatment: who pays? We all do*, S.Diego, CA: Family Violence and Sexual Assault Institute.
- Fries W.A.B., Ziegler T.E., Kurian J.R., Jacoris S., Pollack S.D. (2005) Early experience in humans is associated with changes in neuropeptides critical for regulating social behavior, *PNAS*, 102, 47, 17237-17240.
- Gutteling BM, de Weerth C, Buitelaar JK (2004) Maternal prenatal stress and 4-6 year old children's salivary cortisol concentrations pre- and post-vaccination, *Stress*, 7(4) :257-60.
- Gutteling BM, de Weerth C, Buitelaar JK (2005) Prenatal stress and children's cortisol reaction to the first day of school, *Psychoneuroendocrinology*, 30(6) :541-9.
- Huot RL, Brennan PA, Stowe ZN, Plotsky PM, Walker EF (2004) Negative affect in offspring of depressed mothers is predicted by infant cortisol levels at 6 months and maternal depression during pregnancy, but not postpartum, *Ann N Y Acad Sci*, 1032, 234-6.
- Keck G.C., Kupecky R.M. (1995) *Adopting the Hurt Child. Hope for Families With Special Needs Kids*, Pinon Press, Colorado Springs.
- Malacrea M. (2004) La terapia nell'abuso all'infanzia: le ragioni teoriche dell'evidenza clinica, *Connessioni*, VIII (14), 81-100.
- Malacrea M., Lorenzini S. (2002) *Bambini abusati. Linee guida nel dibattito internazionale*, Raffaello Cortina, Milano.
- O'Connor TG, Ben-Shlomo Y, Heron J, Golding J, Adams D, Glover V (2005) Prenatal anxiety predicts individual differences in cortisol in pre-adolescent children, *Biol Psychiatry*, 58(3) :211-7.
- [www.progettotiama.it](http://www.progettotiama.it)