

**KAGAN R. (2004) Rebuilding Attachments with Traumatized Children: Healing from Losses, Violence, Abuse and Neglect. The Haworth Press Inc. New York**

**Abstract:** Dopo avere ripercorso la teoria dell'attaccamento, l'attaccamento andato male e i comportamenti che ne derivano, l'Autore passa in rassegna l'impatto del trauma sul funzionamento neurobiologico e psichico. Successivamente si sofferma su come ricostruire l'attaccamento e in particolare su come possano farlo i genitori o i datori di cura sostitutivi. Il libro si conclude con l'illustrazione di una particolare tecnica terapeutica particolarmente centrata sul sostegno dei punti di forza e dell'autostima del bambino attraverso l'ausilio di un 'libro di lavoro' e l'affiancamento dei genitori (biologici o meno).

**Parole-chiave:** *abuso sessuale, maltrattamento, terapia, genitori, genitori adottivi, adozione, affido, famiglie affidatarie, datori di cura, terapia, attaccamento, trascuratezza, neurobiologia, funzionamento post-traumatico, riparazione, strategie educative, ADHD, RAD, disturbo reattivo dell'attaccamento*

### **Sintesi**

La prima parte del libro illustra l'attaccamento e le implicazioni relative alle esperienze traumatiche e all'attaccamento andato male dal punto di vista neurobiologico, psicologico e comportamentale. Se fin dai primi mesi di vita fetale l'ambiente influisce sullo sviluppo cerebrale del bambino: se la madre vive esperienze traumatiche i mediatori neurochimici (cortisolo, noradrenalina) possono alterare la plasticità del sistema nervoso centrale e rendere il piccolo ipersensibile a stimoli normali, tuttavia le esperienze di vita successive alla nascita sono ancora più cruciali rispetto alla formazione di sinapsi e alla plasticità cerebrale e l'ambiente continua a influire sullo sviluppo del cervello per tutta l'adolescenza.

Le esperienze relative all'attaccamento (sincronizzazione, risposta o meno ai bisogni ecc.) si inscrivono nel sistema limbico del piccolo ancora prima dello sviluppo del linguaggio. Il bambino 'assorbe' le cure del genitore e ne fa la base della capacità di autoregolazione, del modo di rapportarsi agli altri e delle aspettative di come verrà trattato in futuro. Se il bambino ha esperienze traumatiche relative all'accudimento impara che il mondo è imprevedibile, e ciò genera uno stato di iperarousal, o impara a diventare rinunciatario se è accudito da genitori depressi.

L'attaccamento forma dunque il modello del modo di vedere se stessi, le relazioni con gli altri e più in generale la visione del mondo. Se la relazione è sicura, il bambino è in grado di ricorrere al genitore sapendo che sarà capito e confortato in caso di bisogno e impara a sentire di valere. Quando un genitore coccola o consola il suo bambino, gli insegna implicitamente come prendersi cura di se stesso nei momenti di stress. Al contrario la mancanza o l'inadeguatezza delle cure genera impotenza, rabbia e bisogno di controllo, che vengono espressi attraverso il comportamento. I bambini aggressivi o 'difficili' hanno imparato che solo così possono ottenere attenzione, mentre quelli inibiti spesso hanno necessità di essere ipervigili sugli atteggiamenti degli adulti di riferimento, avendo imparato che anticipare le loro richieste è l'unica speranza che hanno di ottenere ciò di cui hanno bisogno. A seconda del grado di sviluppo, tutto ciò influisce sullo sviluppo neurobiologico, il quale ha a sua volta una rilevanza sulle risposte del bambino all'ambiente. In definitiva esiste una circolarità tra l'attaccamento, la neurobiologia del bambino, le reazioni e relazioni successive.

Quando l'attaccamento va male a causa di trascuratezza o di altre esperienze di maltrattamento e abuso, le conseguenze sono visibili attraverso il comportamento. Molto spesso si ha una scarsa tolleranza alle frustrazioni, problemi di concentrazione, di autoregolazione delle emozioni, disturbi della condotta. Spesso il comportamento difficile del bambino attiva provvedimenti disciplinari

duri, che provocano ulteriori problemi di comportamento, che causano ulteriori esperienze di rifiuto e di abuso, in un tremendo circolo vizioso. Spesso le conseguenze vengono confuse con le cause e questi bambini si ritrovano etichettati con diagnosi psichiatriche senza che si faccia nulla per cercare di modificare i modelli operativi interni che ne sono la base attraverso un lavoro sulla ricostruzione dell'attaccamento. Esiste nel DSM-IV una categoria diagnostica che può aiutare a individuare correttamente queste situazioni, il Disturbo Reattivo dell'Attaccamento. Ma al di là delle diagnosi cliniche, ciò che appare indispensabile è una corretta valutazione dei comportamenti disfunzionali, aggressivi, violenti, inibiti che siano, come indicatori di trauma e di attaccamento andato male. L'autore illustra efficacemente questo concetto utilizzando due storie parallele di due bambini di circa 4 anni, Billy e Tommy. Entrambi cadono dal triciclo e si fanno male, entrambi rientrano a casa cercando la mamma. Billy viene prontamente accolto, preso in braccio e consolato dalla mamma, che cura le ferite, si dispiace per averlo perso di vista sia pure per un attimo, ma gli ricorda anche che non deve andare oltre un certo punto del cortile e non deve andare troppo forte, ricavandone un'intensa esperienza positiva di essere al tempo stesso consolato nel momento del bisogno e anche contenuto nel suo comportamento 'trasgressivo', imparando così come gestire il dolore e di chi potersi fidare. Tommy al contrario sa, da esperienze precedenti, che difficilmente ci si occupa del fatto che pianga. Corre verso la mamma, che si sta occupando del fratellino neonato, le si butta contro da dietro, facendole male e facendole perdere l'equilibrio e facendo urlare il piccolo. Ciò riattiva nella mamma il di un brutto incidente d'auto mesi prima. La mamma urla a Tommy insultandolo e dicendogli che ha quasi ucciso il fratellino e cerca di calmare il neonato. Tommy esce di nuovo, torna sul triciclo e si mette a pedalare ancora più forte, attraversando la strada e rischiando di farsi travolgere da una macchina. Tommy ha imparato di non essere importante, di non valere niente e a cercare sollievo al proprio dolore attraverso la scarica motoria. Poco tempo dopo la mamma lo chiama per farsi massaggiare la schiena, gli dice che è la sua sola consolazione, l'unico che la capisce ecc. I suoi ricordi del dolore relativo all'incidente con il triciclo devono venire soppressi per fare posto alla sensazione di essere il sostegno della mamma. Cresce così scindendo la propria identità in due parti: Tommy il 'buono', che si occupa della mamma, e Tommy il 'cattivo' che viene sgridato continuamente in modo violento. A scuola insulta la maestra, ruba cose degli altri bambini ... il suo fratellino lo fa continuamente e nessuno gli dice niente, il fidanzato della mamma gli ha rotto una macchinina, lo ha detto alla mamma, che non ha fatto niente.

Vengono quindi esaminate le reazioni al trauma. Quando le esperienze traumatiche sono precoci e croniche, come nei casi di abuso e trascuratezza, si ha una disregolazione dell'asse ipotalamo-ipofisi-cortico surrene con importanti conseguenze in termini di morte di neuroni e diminuzione del volume cerebrale e difficoltà nello sviluppo di abilità mentali. E' molto comune che i bambini traumatizzati abbiano difficoltà di apprendimento e poca capacità di problem-solving. Spesso c'è anche una accentuazione della capacità di leggere il linguaggio non verbale, ma altrettanto spesso ci sono errori di interpretazione, per es. il contatto oculare spesso viene interpretato come segnale di aggressione, e comunque questi bambini vivono in uno stato di iperallarme che rende difficile poter pensare prima di agire, poiché la corteccia, sede delle funzioni superiori viene cortocircuitata a favore delle aree sottostanti che reagiscono in modo riflesso – e spesso aggressivo- a quanto viene percepito come minaccia: tutto diviene perciò per questi bambini una questione di vita o di morte e quindi di sopravvivenza.

I comportamenti violenti dei bambini originano quindi molto spesso da gravi situazioni traumatiche di violenza subita o assistita. Ciò comporta a volte una sintomatologia da PTSD, o comunque sintomi da riesperienza del trauma o da tentativi di evitamento dei pensieri, ricordi, sensazioni e situazioni connesse al trauma originario.

Spesso i bambini traumatizzati 'vigilano' alla ricerca del minimo indizio che segnali la ripresa di un ciclo di violenza: per loro sopravvivere significa reagire prontamente al pericolo. Se ciò è funzionale quando il pericolo è reale, diventa altamente disfunzionale quando il 'meccanismo

difensivo' viene innescato anche in assenza di un reale pericolo. Sotto questa luce possono diventare più chiari i comportamenti spesso apparentemente incomprensibili di questi bambini. La trascuratezza ha conseguenze altrettanto gravi. A volte è la situazione di vita di base dei bambini i cui più elementari bisogni vengono trascurati. Altre volte è il tragico corollario delle situazioni di abuso e maltrattamento, in cui al trauma 'originario' si somma quello dovuto al fatto che chi assiste all'abuso, o ne è a conoscenza non fa nulla per fermare l'aggressione. Anche i servizi corrono il rischio di essere trascuranti ogni volta che non intervengono o non valutano correttamente un caso, rinforzando i vissuti di impotenza delle piccole vittime. Ogni volta che non si coglie il messaggio del bambino e si vede solo il problema comportamentale, si è trascuranti.

I bambini con attaccamento insicuro imparano che devono avere tutto sotto controllo o moriranno e ciò guida i loro comportamenti di ritiro o di aggressività in un modo spesso incomprensibile per il senso comune.

Nella seconda parte del libro viene affrontato il tema della riparazione dell'attaccamento. La prima operazione necessaria a tale fine riguarda i datori di cura e chi, a vario titolo, si occupa dei bambini che hanno avuto esperienze traumatiche all'interno della loro famiglia. Innanzi tutto è necessario sfatare alcuni miti o luoghi comuni: che non sia possibile fare nulla né in senso preventivo né successivamente al danno, e che quindi inevitabilmente il destino dei bambini sia segnato in senso negativo; che si debba temporeggiare lasciando i bambini troppo a lungo in situazioni devastanti, soprattutto quando i bambini sono molto piccoli, cioè proprio quando viceversa interventi tempestivi potrebbero prevenire danni cronici; che si possa/debba intervenire solo quando le conseguenze del maltrattamento sono evidenti nel senso della presenza di segni fisici, quando viceversa è noto che picchiare i bambini insegna loro a fare affidamento su un controllo esterno violento invece di educare a come autoregolarsi; oppure che le misure punitive siano l'unico modo per contenere i comportamenti aggressivi e violenti dei bambini, o ancora che non ci sia luogo migliore dove crescere della famiglia di origine e che quindi i legami debbano essere preservati a qualsiasi costo.

Ciò che è necessario è innanzi tutto lavorare per sostenere le famiglie. A quelle di origine va data la possibilità di riconoscere e riparare il danno sia pure involontariamente inflitto ai figli in un tempo ragionevole, vale a dire limitato secondo le necessità del bambino. Pare di capire che negli USA esista una legge recente, l'Adopting and Safe Family Act, che limita appunto il tempo entro cui i genitori possono dare prova di essere in grado di recuperare le condizioni che avevano portato alla situazione di maltrattamento o trascuratezza. Se ciò non avviene i bambini vanno collocati in affido o in adozione.

L'Autore propone la 'regola del tre': ogni bambino ha bisogno di almeno tre adulti con cui potere instaurare relazioni sicure. I datori di cura, genitori biologici o meno, vanno sostenuti in modo consistente con interventi a livello individuale, familiare e sociale. Il compito principale, particolarmente difficile nelle situazioni di trauma cronico in cui l'attaccamento è andato male, è proprio quello di ridare ai bambini fiducia e sicurezza. Il comportamento del bambino fornisce molti indizi in base ai quali capire caso per caso come muoversi in senso riparativo. Può essere utile considerare a quale livello di sviluppo corrisponde il comportamento attuale del bambino, perché facilmente ciò dà indicazioni di qual è l'epoca del danno ed è quindi necessario capire cosa sia avvenuto a quella età e cosa nell'attualità riattivi quei problemi. E' necessario anche avere un quadro il più preciso possibile di chi è idoneo a occuparsi del bambino ora e in futuro garantendo che sia al sicuro e di quale sia la rete di riferimento (servizi, scuola ecc.). A volte si è chiamati a dire quale sia il grado di controllo necessario per un bambino, vale a dire per quanto tempo il bambino continuerà a inviare messaggi di disagio. Il comportamento è l'indicatore: ci sono adolescenti che non sono in grado di controllarsi e quindi, comportandosi come dei bambini piccoli hanno lo stesso bisogno di controllo esterno di un bambino piccolo (non si può lasciarlo solo senza monitorarlo

direttamente o attraverso un circuito audiovisivo, bisogna assicurarsi che non abbia oggetti pericolosi a portata di mano ecc.). Se invece il bambino è maggiormente in grado di controllarsi il livello di vigilanza può essere minore: vale sempre la regola dell'abbinamento età del comportamento/controllo adeguato a quella età.

Quando è necessario che i bambini siano protetti dai loro genitori e collocati altrove, è necessario che le strutture siano attrezzate per rispondere in una direzione che vada verso l'elaborazione del trauma e la ricostruzione dell'attaccamento. I bambini devono avere chiare informazioni su quanto accade: cosa è necessario fare perché i genitori diventino in grado di garantire sicurezza e cure adeguate, cosa si farà per aiutarli in tale senso, cosa stanno effettivamente facendo i genitori a livello di questo percorso [che è quello che noi chiameremmo di valutazione], qual è il 'piano alternativo' nel caso in cui i genitori non riescano nel compito che viene loro richiesto, chi si occupa della sicurezza dei bambini nel frattempo e qual è il compito dei bambini in questo percorso. E' necessario quindi che i bambini siano costantemente aggiornati su quanto avviene in questo periodo di 'valutazione': essi vanno confrontati sia con i cambiamenti positivi sia con gli insuccessi dei genitori e vanno aiutati ad affrontare la situazione. Se i segnali inviati dai genitori sono negativi (non vanno alle visite o le visite vanno male, non vanno alle sedute, interrompono i trattamenti di disintossicazione ecc.) ciò sarà ovviamente per il bambino un'ulteriore perdita, ma anche una parte dell'indispensabile processo del lutto. L'altro aspetto importante all'interno di questa prospettiva è l'indispensabile sostegno alle famiglie affidatarie o comunque ai datori di cura sostitutivi che devono essere coinvolti nel piano terapeutico. Lo stesso concetto vale ovviamente per i genitori una volta che la prognosi sulle loro capacità di riparazione sia diventata positiva.

Se il bambino può tornare a casa o se va incontro a un'adozione, comunque i genitori devono ricevere un'adeguata preparazione e un consistente supporto, pena il fallimento del progetto. Il momento più delicato e più difficile ai fini della riparazione del trauma e della ricostruzione di legami di attaccamento positivi è proprio quello del ritorno a casa o dell'ingresso nella famiglia adottiva. I genitori devono sapere e sentire di non essere soli e di potere avere risposte idonee nel momento del bisogno. I bambini infatti devono sperimentare che i genitori, a differenza di quanto avveniva in passato, sono capaci di affrontare le situazioni stressanti e difficili con sufficiente auto controllo, il che spesso è un compito difficilissimo. Soprattutto i datori di cure devono sapere che il comportamento disfunzionale del bambino non è un attacco personale, ma è la rimessa in scena del trauma, che avverrebbe comunque con qualsiasi adulto di riferimento, soprattutto in situazioni che in qualche modo rimandano al bambino il passato traumatico. Se si aiutano i genitori a vedere quale è la corretta connessione e il corretto significato del comportamento disturbante del bambino, magari quel comportamento resta comunque fastidioso, ma inizia a perdere il suo potere 'tossico', diventa ripetitivo se non addirittura noioso (con un'inevitabile ripercussione positiva su come il genitore 'sente' quel comportamento e quindi su come risponde). I datori di cura devono essere aiutati a capire l'origine del comportamento (e a comunicare al bambino che la capiscono, che capiscono cioè che quel comportamento è frutto di una situazione traumatica e che è stato funzionale in passato), ma che esistono ora strategie comportamentali migliori e più appropriate ed efficaci. L'autore fa l'esempio di una madre adottiva che scopre che il figlio adolescente tiene un coltello sotto al cuscino: la madre riconosce l'utilità che ciò aveva in passato, quando era l'unico modo che il bambino aveva per sentirsi al sicuro in una famiglia abusante, ma gli dice che ora non ne ha più bisogno e gli propone in alternativa di tenere un fischietto con cui chiedere aiuto se si sente in pericolo. Si tratta quindi di usare rispetto e di validare i buoni motivi dei bambini, e di proporre alternative migliori. Certo ciò non è un'operazione facile, soprattutto a fronte di comportamenti gravi e sconcertanti. L'Autore propone alcuni suggerimenti: proprio come quando in aereo si insegna che caso di caduta di pressurizzazione i genitori devono mettersi la maschera prima di metterla ai piccoli, i genitori devono cercare di pensare prima a sé, cioè al proprio auto controllo: se lo perdono pure i bambini sono persi. Si deve quindi cercare il più possibile di restare calmi, di prendere fiato, allontanarsi dalla stanza esplicitando di rimandare a dopo la questione. Si deve cercare di ricordare che il comportamento non è diretto a loro come persone ma a ciò che

rappresentano, inquinato dalle esperienze passate. Si deve cercare di ristabilire le regole familiari imponendo ai bambini le conseguenze logiche del loro comportamento, sempre a seconda del livello di età proprio di quel comportamento. Il bambino può essere messo in time out (un minuto per ogni anno di età del bambino) a pensare a come può migliorare, o a come rifare –meglio- quella certa cosa. In molti casi è più opportuno che il time out sia comunque in un luogo in cui non venga meno il contatto visivo con il datore di cura, piuttosto che in un'altra stanza con la porta chiusa (“siediti lì per 5 minuti, così posso continuare a darti occhio”) per evitare che si riattivino esperienze di abbandono e trascuratezza. Altrettanto importante è che il genitore aiuti il bambino a mettere in parole le emozioni, poiché spesso i bambini non sono in grado di farlo, poiché questo è il primo passo per riuscire a passare da comportamento a uso del linguaggio. Se il genitore, proprio all'inizio di una scenata, riesce a chiedere al bambino come si senta o a suggerirglielo, insieme a quale sia il corrispettivo comportamentale (“ti stai arrabbiando perché non ti lascio uscire...e perciò stai pestando i piedi..”) in questo modo sta aiutando il bambino a mettere in connessione la corteccia prefrontale sinistra con l'area del linguaggio con il sistema limbico e l'emisfero destro, sede della percezione delle emozioni. Dire al bambino:”Siediti lì per 5 minuti e pensa a come avresti potuto dirmi la stessa cosa usando le parole” aiuta il bambino a riflettere e dà modo al genitore di dare una risposta positiva alla prova a cui lo sottopone in quel momento il figlio. Dà soprattutto un modello di comportamento diverso da quelli a cui il bambino era abituato in passato.

Il cattivo comportamento è spesso frutto delle enormi paure del bambino, collegate alle esperienze traumatiche del passato ed è il legame tra queste ultime e l'attuale esperienza frustrante. Nel tentativo di potere tenere sotto controllo la situazione, il bambino provoca il genitore aspettandosi che questi reagisca nel modo che il bambino conosce, cioè in senso violento o comunque traumatico.

I genitori devono sapere che è indispensabile evitare ironia e sarcasmo, scoppi d'ira, privazione di cibo e qualsiasi forma di punizione fisica.

Importante è cercare di offrire alternative, privilegiare ciò che il bambino deve fare, piuttosto che ciò che non deve fare, avere a portata di mano una serie di conseguenze logiche di un comportamento errato, creare dei ‘promemoria’ visivi delle regole e anche delle cose da fare (per un bambino traumatizzato può essere difficile ricordare le cose e l'aiuto visivo è efficace) (ricordare che ci sono problemi di memoria e di concentrazione...piuttosto che arrabbiarsi perché il bambino torna dalla cantina senza la cosa che gli si era chiesto di prendere, dargli un biglietto con su scritto cosa si vuole che prenda!). Per lo stesso motivo non dare più di un compito per volta. Allo stesso modo può essere utile creare una parola-chiave per segnalare al bambino che ha bisogno di calmarsi o che sta iniziando un'escalation. Anche nella gestione del bambino a scuola o nei rapporti casa-scuola può essere di vitale importanza adottare provvedimenti simili o che comunque tengano conto di queste difficoltà dei bambini.

I genitori devono sapere che possono rimandare le questioni che sentono di non potere tollerare in quel momento (‘scusa, so che è importante, vado di là per 10 minuti poi ne riparliamo’). Ciò aiuta il genitore a calmarsi, a chiedere eventualmente aiuto ecc, ma serve anche al bambino come modello per imparare che le tensioni si possono gestire e controllare, a differenza di quanto avveniva nelle sue esperienze passate.

E' importante che i genitori siano anche aiutati a riconoscere i segnali di cambiamento positivi nel bambino, segnali che magari non sono eclatanti ma che fanno la differenza (un'occhiata o uno sbuffare al posto di uno scoppio d'ira, ecc.).

La questione della sicurezza è di prioritaria importanza per i bambini traumatizzati. Essi devono essere informati su cosa si fa per proteggerli effettivamente. Nella famiglia spesso si instaurano dei veri e propri efficaci rituali (per es. fare il giro insieme per controllare che le porte siano chiuse ecc). Altrettanto importante è proteggere i bambini dai propri comportamenti pericolosi. A questo proposito vanno fatti con loro dei veri e propri ‘piani di salvezza’ per aiutarli a contenere comportamenti dannosi, identificando quali siano, cosa li inneschi e come fermarli, sempre utilizzando anche i promemoria visivi dei quali si è già parlato.

Un altro aspetto interessante esaminato dall'Autore riguarda la differenza tra ADHD, che può essere presente nei bambini con sindrome feto-alcoolica, disturbo bipolare e RAD (Reactive Attachment Disorder), tutte sindromi che possono comportare difficoltà di concentrazione, di apprendimento, di comportamento.

In sintesi, nella tabella sono riassunte alcune differenze

	MOSTRANO DI SENTIRSI IN COLPA	CONCENTRA ZIONE	CONTROLLO IMPULSI	ROTTURA DI OGGETTI	SCENATE
ADHD	+	Scarsa	Scarso per disattenzione	Per disattenzione	Si calmano in 20-30 minuti
RAD	-	Ipervigilanza; difficoltà di concentrazione	Difficoltà di pensiero causa- effetto (non considerano le conseguenze delle azioni)	In modo deliberato	A seconda della situazione e dell'effetto sul caregiver; a volte riprendono tempo dopo per ritorsione
DISTURBO BIPOLARE	+/-	Secondo gli interessi del momento	Scarso, per ricerca di emozioni forti	Per scoppi d'ira	Per ore

Per quanto riguarda l'uso dei farmaci, l'Autore sottolinea come essi possano essere in alcuni casi un buon sostegno che aiuta il bambino a stare meglio e quindi a sentirsi più competente, ma ovviamente non servono di per sé a riparare il trauma né a modificare i MOI. Vanno quindi presi quando necessario senza per questo giudicare negativamente il bambino, proprio come nessuno colpevolizzerebbe un bambino diabetico perché assume insulina.

Il lavoro necessario con i bambini traumatizzati e le loro famiglie è un lavoro sulla "costanza" (permanency) dove costanza significa potere dare a ogni bambino una casa sicura in cui sia possibile soddisfare i suoi bisogni e legami con genitori, biologici o sostitutivi, che possano accudirlo per tutto il tempo necessario. L'Autore cita studi di van Gulden (2001) (Essential skills for working with adoptive families. A post adoption services conference and training project for human services professionals. Post adoption resource Center, Albany, New York) secondo il quale i alcuni bambini adottati hanno difficoltà del completare la fase della costanza dell' oggetto e devono essere aiutati a farlo proprio come si fa con i bambini piccoli attraverso giochi di sparizione e ricomparsa di oggetti, 'magie' ecc. Tutto il capitolo sulla costanza sottolinea come il lavoro dei genitori per ricostruire un buon attaccamento sia per definizione molto lungo e difficile, poiché il cambiamento è lento e procede per alti e bassi. D'altra parte viene sottolineato come le normali attività legate alla quotidianità possano venire utilizzate per la ri-sintonizzazione e l'aumento del senso di appartenenza alla famiglia e di autostima dei bambini (rituali per la buonanotte e per altri momenti della giornata, cucinare un pasto 'speciale' e/o farlo insieme al bambino, un biglietto con una parola di incoraggiamento o che ricordi qualcosa di particolare che si farà la sera messo nella cartella, piantare insieme dei fiori o comunque il giardinaggio, imparare insieme uno sport, un giro in tandem, ecc ecc. I bambini traumatizzati hanno spesso difficoltà nei momenti legati all'intimità o

al divertimento, perché spesso hanno imparato che sono seguiti da o da separazioni e hanno bisogno, con gradualità, di sperimentare che ora ciò non accadrà più.

Fare foto e riguardarle insieme dopo un po' di tempo, o guardare le foto dei genitori da bambini e raccontare episodi della propria infanzia, cucinare cibi legati alle tradizioni familiari ecc. aiuta i bambini a sentirsi parte della famiglia. E' importante anche fare sentire ai bambini che possono permettersi di fare giochi o esperienze proprie di bambini più piccoli, validando questo loro bisogno. Va ricordato che le feste o gli anniversari possono essere momenti di riattivazione traumatica e vanno pertanto gestiti come tali, anticipando ai bambini le possibili difficoltà e sottolineando che ora la situazione è diversa. Un altro punto che vale la pena ricordare è anche che spesso questi bambini reagiscono in modo negativo quando vengono elogiati o quando viene evidenziato qualche loro successo. Accade cioè che pensino di non avere fatto abbastanza, di non essere perfetti (ritenendo che sarebbero effettivamente accettati solo se lo fossero). Come dice efficacemente Kagan "i bambini con problemi di attaccamento spesso oscillano tra vergogna e bisogno di perfezione". Può perciò aiutare dosare le lodi concentrandole su piccole azioni e facendo ai bambini piccole sorprese che sottolineino come i genitori si prendono cura di loro in modo 'gratuito', senza che ciò dipenda da qualcosa. Un altro suggerimento utile è quello di parlare dei bambini in modo positivo con un altro adulto, sottolineando i successi e gli sforzi fatti, quando sono a portata di orecchio...

D'altra parte i bambini devono avere delle responsabilità, appropriate all'età, e che il loro comportamento ha delle conseguenze. Come già detto le punizioni dovrebbero dipendere strettamente dal comportamento da correggere: un bambino piccolo può scegliere se stare seduto due minuti in un angolo per calmarsi o se starci il doppio continuando a urlare; un bambino che salta una lezione può stare a scuola un'ora di più per recuperarla, uno che ruba o fa male può chiedere scusa, restituire ciò che ha preso e dimostrare alla persona offesa che ciò non si ripeterà più (scuse-riparazione-riconquista della fiducia). La scuola può essere il luogo dove si verificano incidenti relativi a riattivazioni traumatiche. E' importante che i genitori ne siano consapevoli e che ne discutano in anticipo con gli insegnanti, di modo che essi siano in grado di cogliere i primi segnali, e che preparino con loro 'piani di salvataggio'. All'inizio sarebbe opportuno che i contatti con gli insegnanti fossero quotidiani.

Nella terza parte del libro si parla della terapia dei bambini traumatizzati, sottolineando la particolare efficacia dell'uso della narrazione. Terapeuta e datori di cura aiutano il bambino a costruire la storia della sua vita, occasione per correggere attribuzioni di significato patologiche e per mettere in evidenza quanto c'è stato e c'è di buono, quali sono le persone e le risorse su cui contare. Se il bambino vede che i datori di cura sono disposti a raccontare ciò che è accaduto, esprimendo vissuti appropriati, anche il bambino può essere incoraggiato a raccontare la propria esperienza. Possono essere usati i più vari strumenti per aiutare il bambino a narrare la storia del trauma (disegno, costruzione di personaggi della famiglia, giocattoli adatti ecc.).

Si possono usare stimoli provenienti da varie storie tratte da libri o da film per promuovere la capacità di affrontare le difficoltà (Harry Potter, Star Wars, qualche personaggio dei Pokemon ecc.) o storie reali di personaggi famosi.

L'Autore rimarca l'importanza di ricorrere a qualsiasi mezzo per aiutare il bambino a rendere il pensiero più aperto e a scoprire nuove possibilità di sentirsi in grado di padroneggiare la realtà, compreso l'uso di giochi e trucchi di magia. "Probabilmente la magia più potente per un bambino è il sorriso dei genitori" afferma Kagan (p. 214) spiegando come sia efficace che il datore di cura riesca a usare il sorriso per esempio per riconnettersi al bambino dopo un momento difficile, se non addirittura per sventare momenti difficili: il bambino traumatizzato spesso interpreta l'espressione severa del genitore come un segnale che quest'ultimo sta per perdere il controllo e che ne seguirà il rifiuto, o un abuso ecc. Ciò riconferma nel bambino il fatto che è lui a meritarselo, lui quello che 'non funziona' ecc., con la conseguente attivazione di comportamenti difensivi patologici e l'instaurarsi o il perpetuarsi di un circolo vizioso. Compito del terapeuta è aiutare i datori di cura a

sdrammatizzare tramite il sorriso e a creare situazioni di successo per il bambino, sulle quali potere sorridere.

Si passa poi alla presentazione di un 'libro di lavoro', chiamato '*Real Life Hero Workbook*', da comporre nel corso della terapia con il bambino. Esso si compone di varie parti : chi è il bambino, quali sono le storie dei suoi eroi preferiti, quali sono stati i principali cambiamenti nella vita del bambino (occasione per parlare di momenti buoni e momenti cattivi e possibilità di graduarli da 'peggiore' a migliore') quali sono/sono state le persone importanti, quali sono state le relazioni che più li hanno aiutati e sostenuti nei momenti migliori (con il messaggio: "si può imparare dalle difficoltà ma anche dai bei momenti!"), come fare a fare andare meglio le cose (da ciò che desiderano con la fantasia a ciò che possono effettivamente fare), qual è la lista delle abilità e risorse che li hanno aiutati a imparare dagli errori, sviluppo di immagini di successi futuri. Alla fine del percorso i bambini possono essere invitati a scrivere la storia della loro vita. L'ultima parte consiste nel dare il titolo al lavoro. Nelle varie appendici di cui si compone il libro sono illustrati i dettagli del percorso. Come si può capire molta enfasi viene data alla possibilità di sviluppo di risorse positive.

Ma ovviamente non ci si può aspettare che siano tutte rose e fiori! Le difficoltà e gli ostacoli sono previsti d'ufficio nello sviluppo dell'eroe! Il bambino traumatizzato si aspetta che le relazioni attuali, per quanto buone, finiranno come quelle tragiche del passato. Proprio quando datori di cura e terapeuti si sentono stremati e sul punto di cedere, aiuta pensare che ciò che il bambino presenta attualmente sia la rimessa in scena del suo trauma e in fondo un test di valutazione della tenuta delle relazioni attuali. In questi momenti può accadere che gli adulti diano il peggio di sé. Ma dalla prospettiva proposta significa che il bambino li ha portati a toccare con mano il suo trauma e che è ora di venirne fuori, per tutti.

Gli operatori devono evitare di etichettare a questo punto il bambino e i datori di cura con diagnosi che cristallizzino i comportamenti facendoli apparire come danni permanenti, ma devono invece aiutare a capire i funzionamenti post traumatici del bambino (e degli adulti!) e sostenerli nelle strategie verso il cambiamento. Per fare questo è indispensabile partire tenendo in mente che il comportamento del bambino non è indirizzato alla persona del datore di cure, ma al ruolo che rappresenta, alla luce di quanto è accaduto nel passato traumatico. E' altresì importante che se il comportamento del bambino riattiva un trauma che appartiene al passato del datore di cura, questi deve essere aiutato a lavorare su se stesso per risolvere il proprio trauma. D'altra parte è importante individuare cosa nelle relazioni attuali riattiva il trauma nel bambino e/o se il bambino, che magari ha ancora contatti con il/i genitori maltrattanti, riceve da questi ultimi messaggi disturbanti. Va tenuto presente anche che le peggiori crisi possono derivare quando il bambino sente messi in crisi gli attuali legami (famiglie affidatarie sul punto di 'riconsegnare' i bambini, per esempio). Può essere importante anche rivedere con il bambino piani di intervento in caso di pericolo o svilupparne per pericoli non previsti in precedenza, ecc.. Altri suggerimenti vanno nella direzione di intensificare i punti di forza, trovando lati positivi nel bambino, interessi, passioni), nel creare momenti 'terapeutici' nella vita di tutti i giorni (cucinare insieme il piatto preferito, preparare biscotti speciali ecc.). Si può provare a indirizzare in senso positivo i comportamenti dei bambini: per esempio un bambino-urlatore può essere un buon tifoso, uno ipervigilante può vincere in giochi adatti ecc. Un altro consiglio, che l'A. ha già illustrato ed è sopra riportato è quello di instaurare un regime di disciplina basato sulle conseguenze degli atti del bambino.

Il libro termina con parole di ammirazione per i datori di cura, che sfidano incredibili difficoltà e accettano il rischio di occuparsi di bambini così difficili, spesso in un contesto di scarsi o inesistenti aiuti, e sottolinea l'importanza di un sostegno da parte del terapeuta del bambino.

Infine viene sottolineata l'importanza di gruppi organizzati di supporto e patrocinio: "Terapeuti, genitori e bambini più grandi che sono riusciti a elaborare il trauma possono lavorare insieme [...] per aiutare altri bambini che ne hanno bisogno. Con ogni alleato, bambino i genitori diventano più forti" (p. 277)