

J. D. OSOFSKY (A CURA DI), *Young children and trauma: Intervention and treatment*, Guildford Press, 2004

I BAMBINI PICCOLI E IL TRAUMA

Intervento e Trattamento

Abstract

Il volume raccoglie diversi articoli che trattano le tematiche connesse agli effetti del trauma nei bambini piccoli. I vari contributi analizzano questo argomento da diverse angolazioni: esaminando differenti tipi di trauma (per es., quello dovuto al cambiamento di cultura o all'interruzione del legame di attaccamento), i correlati neurofisiologici e le possibili strategie di trattamento. Ampio spazio viene dato all'analisi della relazione tra attaccamento e trauma, sia in una prospettiva di valutazione che di trattamento, e alle possibili risorse che si possono creare dalla collaborazione con il sistema giudiziario.

Parole chiave: trauma, bambini, valutazione, terapia, attaccamento

PARTE PRIMA: BACKGROUND E PROSPETTIVE: LE BASI PER LA COMPrensIONE

Introduzione: Diversi modi di comprendere i bambini piccoli e il trauma

Durante i primi anni di vita, molti bambini sani imparano a fidarsi del fatto che i genitori e altri adulti che si prendono cura di loro saranno disponibili, affidabili, coerenti e protettivi. Ai bambini traumatizzati sono venuti a mancare questi comportamenti così importanti per il loro sviluppo. Poiché le prime esperienze relazionali fondano le basi per tutte le successive, l'esperienza negativa dei bambini abusati o trascurati spesso porta ad una successiva difficoltà nel costruirle in modo positivo. Inoltre il senso del sé del bambino e la sua autostima possono essere duramente colpiti. Tutto ciò può avere come conseguenza comportamenti aggressivi, che possono a loro volta provocare comportamenti negativi negli adulti, oppure comportamenti di chiusura e depressione. Per questo è necessario studiare gli effetti di questi eventi sui bambini e i modi di supportarli quando hanno perso la loro "base sicura".

È anche importante riconoscere che, frequentemente, quando un bambino è traumatizzato, lo è anche il genitore o il caregiver. L'essere genitore in circostanze normali è un processo complesso, ma lo stress aggiuntivo associato con l'essere genitore di bambini traumatizzati influenza le capacità di entrambi di costruire un sano legame di attaccamento. I genitori che vivono in queste circostanze possono diventare depressi e incapaci di provvedere alle necessità del bambino. Inoltre, quelli che hanno assistito a violenza o ne sono stati vittime essi stessi, hanno difficoltà ad essere emotivamente disponibili e sensibili nei confronti dei loro bambini. L'esposizione alla violenza o la traumatizzazione può anche interferire con le normali transizioni evolutive sia dei genitori che dei bambini, può portare i genitori ad essere troppo protettivi e incapaci di incoraggiare la normale autonomia, anche i bambini possono perdere la loro fiducia nella sicurezza del loro ambiente e delle persone che li circondano. Perciò è spesso necessario che i genitori affrontino il proprio trauma prima di potersi occupare dei bisogni dei loro bambini.

Per tutti questi motivi, i bambini possono mostrarsi meno aperti verso le altre persone e provare sensi di colpa, per la convinzione di aver fatto qualcosa di male.

Effetti del trauma nei bambini piccoli

Le conseguenze del trauma sui bambini piccoli sono poco noti, specialmente gli effetti a lungo termine. In parte, ciò è dovuto alla convinzione di molte persone che i bambini molto piccoli non ne siano per niente colpiti, perché sono convinti che non possano ricordare. Nell'ultimo decennio diverse ricerche su questi temi hanno contribuito ad accrescere la consapevolezza dell'importanza della prevenzione e dell'intervento precoce.

La reazione al trauma è legata al livello di sviluppo, perché i bambini comprendono e interiorizzano le esperienze in base alle loro capacità cognitive ed emotive. I bambini piccoli, specialmente quelli che incominciano a camminare, che mostrano un forte senso di onnipotenza, possono sentirsi responsabili, come se avessero potuto causare l'accadere di qualcosa di brutto. Le ricerche indicano un evidente legame tra l'esposizione alla violenza e l'emergere nei bambini di problemi emotivi e di comportamento: aumento dell'irritabilità, comportamenti immaturi, disturbi del sonno, sofferenza emotiva e pianto, paura di stare da soli, disturbi fisici, crisi d'angoscia e pianto, paura di stare soli, disturbi fisici e perdita di competenze, incapacità di separarsi da genitori o altri caregiver. L'esposizione al trauma, specialmente quello che ha un impatto diretto sulla famiglia, interferisce con il normale sviluppo della fiducia e nei successivi comportamenti esploratori che portano allo sviluppo dell'autonomia. Nei bambini piccoli i sintomi del PTSD sono simili a quelli negli adulti: spesso temono di trovarsi vicino alla scena dell'evento a cui hanno assistito, di andare a dormire e possono svegliarsi per gli incubi, mostrano poco divertimento nei giochi, molto spesso sono seri o disorganizzati. I bambini in età pre-scolare si sentono poco liberi di giocare e di esplorare e sono meno motivati a "governare" il loro ambiente. I bambini che assistono a violenze domestiche, spesso mostrano comportamenti problematici esternalizzati (aggressività) o interiorizzati (chiusura, ansia). Il funzionamento generale, gli atteggiamenti, la competenza sociale, e le performance scolastiche attuali e successive sono spesso influenzati negativamente. Se un individuo o una famiglia hanno sperimentato precedenti perdite recenti o se c'è un altro evento drammatico che ha avuto un impatto su di loro, la loro reazione ad un nuovo evento traumatico può essere più forte. Inoltre, i problemi irrisolti dei genitori possono interferire con la loro capacità di fornire amore, relazioni incoraggianti con i loro bambini.

Le reazioni dei bambini possono variare in base al livello di esposizione e possono essere influenzate dalle relazioni con persone che sono state colpite, per questo motivo i genitori e i caregiver hanno un ruolo importante sia nelle risposte attese sia nel recupero.

Interventi e trattamento per i bambini piccoli traumatizzati

Le reazioni al trauma sono difficili da prevedere e possono manifestarsi immediatamente oppure dopo l'evento o giorni o settimane dopo. Le reazioni al trauma possono essere più gravi se ricordano traumi precedenti, sono legate alle modalità di reazione dei genitori, sono relative al livello di esposizione al trauma o al grado in cui è colpito il caregiver.

Uno dei possibili livelli di intervento è quello attraverso i genitori, la famiglia estesa e i caregiver. I genitori possono angosciarsi osservando le reazioni traumatiche dei loro bambini, ma li possono aiutare essendo disponibili con loro, dal punto di vista emotivo e fisico. Essi devono essere capaci contemporaneamente di percepire e contenere le proprie preoccupazioni, cercando di rassicurare il bambino. Quando la traumatizzazione supera le risorse dei genitori, allora è importante che intervenga un professionista.

CAP. I: Arcobaleni di lacrime, anime piene di speranza

Problemi culturali correlati bambini piccoli e il trauma

M.L. Lewis e C.G. Ippen

Il trauma è un fatto universale. Ciò che noi sappiamo riguardo ai problemi culturali relativi ai bambini e al trauma parte da quello che sappiamo riguardo ai bambini. Essi crescono immersi nelle relazioni circondate dalla cultura che impregna l'esperienza di significato. La cultura fornisce ai bambini il significato della loro esperienza traumatica.

Ogni cultura ha rituali specifici che riguardano l'esperienza della perdita, della tragedia, del disastro. Queste credenze e rituali sono parte integrante della guarigione. Ciò che costituisce un trauma per il bambino è culturalmente determinato perché il maltrattamento del bambino è a sua volta definito da standard culturali, sociali e comunitari. Nelle diverse culture del mondo si trovano pratiche culturali che infliggono dolore al bambino e possono facilmente rientrare nella moderna definizione di trauma. Eppure, i bambini che subiscono queste pratiche quotidiane non vivono necessariamente questi eventi come un trauma. Nell'ultimo decennio c'è stato un aumento del riconoscimento della vulnerabilità dei bambini allo sviluppo del PTSD, anche nel caso abbiano semplicemente visto o sentito parlare di atti di violenza interpersonale. Le ricerche hanno dimostrato che i bambini piccoli, che vivono in centro città, appartenenti a minoranze culturali, sono esposti ad un'alta percentuale di traumi.

La distinzione concettuale di cultura, razza etnia

Poiché ci sono aree di sovrapposizione nel significato di questi termini, spesso sono usati come sinonimi, cosa che ha portato confusione nelle ricerche.

Cultura: si riferisce alle tradizioni, ai valori, alle consuetudini di cura dei bambini e alle pratiche di socializzazione e include rituali e artefatti che simboleggiano il sistema di credenze. Fornisce la struttura psicologica per le relazioni tra i membri e contemporaneamente li aiuta a dare un senso al mondo. La cultura viene appresa e trasmessa principalmente attraverso il linguaggio e l'interazione quotidiana.

Etnia: identità sociale soggettiva di un individuo all'interno di un gruppo più grande. L'identità etnica può essere una fonte di protezione psicologica per i bambini di fronte al trauma. Nella cultura ci sono fonti di protezione così come di rischio. Gli elementi protettivi appartenenti alla cultura sono derivati dai sistemi, dalle abitudini e dagli usi quotidiani che danno senso alla miriade di eventi traumatici che capitano ai bambini.

La costruzione culturale del trauma

Il contesto culturale dà significato al trauma. La percezione del trauma varia tra i membri della nicchia evolutiva: società, caregiver, genitori e bambini. Il rischio per i bambini è determinato in base alla continuità o alla discontinuità di queste percezioni. La definizione sociale del trauma include la definizione legale e le politiche che definiscono cos'è lo stress, il trauma, il disastro e la tragedia. Queste vengono poi tradotte nelle diverse agenzie di aiuto e supporto.

Determinanti culturali dell'esperienza traumatica nei bambini

Ci sono filoni culturali comuni che si verificano in tutti i tipi di trauma sperimentati dai bambini: il livello di sviluppo al momento dell'evento, risposte individuali al PTSD, usanze e tradizioni disponibili.

A livello sociale i fattori protettivi discendono dal riconoscimento formale e dai supporti culturali che confermano l'esperienza individuale dell'evento traumatico. "Era reale?", questa è la tipica domanda che ci si pone nel disorientamento del trauma. La forza dell'identificazione e la lealtà al gruppo sono importanti determinanti emotive della reazione al trauma. Al centro dell'evento traumatico ci sono il bambino e la qualità del suo attaccamento coi caregiver. Emotivamente, il livello di definizione (legato alla storia emotiva del caregiver relativa alle perdite, comprese esperienze di shock culturale, oppressione e discriminazione o torture come minoranza etnica) dell'evento traumatico raggiunto dal caregiver avrà un impatto sull'esperienza del bambino.

Cultura come fattore di mediazione del trauma per i bambini

Il contesto culturale può dare forma alle risposte allo stress estremo. La vittimizzazione dei bambini non può essere misurata in termini assoluti. Ci sono altri fattori in gioco, oltre al tipo e alla gravità dell'abuso. Anche il significato che il bambino attribuisce al trauma, che è in larga parte determinato dalla cultura, influenza la risposta del bambino risponde. La vulnerabilità o la resilienza

del bambino non possono essere spiegate solamente dalle differenze individuali nel temperamento, ma sono ampiamente influenzate dalla cultura in tre modi principali:

1. la cultura media la gamma delle possibili risposte dei bambini, fino a favorire la salute mentale
2. alcune tipologie di bambini, usano la cultura come mezzo per affrontare la realtà: usano le loro conoscenze dell'ambiente socio-culturale come strumento per trasformare le circostanze in opportunità
1. la stigmatizzazione culturale di gruppi di bambini si verifica in circostanze particolarmente difficili

Non è l'esposizione ad un singolo evento traumatico a causare i sintomi di PTSD, ma piuttosto molteplici eventi stressanti. Alcuni autori sottolineano come l'utilizzo di un unico evento come criterio diagnostico del PTSD rifletta un bias culturale, poiché ritengono che ci siano poche informazioni per distinguere reazioni psicologiche differenti ad un trauma singolo o multiplo.

Forme diverse di traumi nei bambini piccoli e nei loro gruppi culturali

Tipologie di traumi sperimentati unicamente da bambini		Tipologie di traumi sperimentati o perpetrati unicamente da gruppi culturali	
<i>Traumi connessi al livello di sviluppo</i>	<i>Traumi sperimentati come parte di una coorte</i>	<i>Traumi storici di una minoranza</i>	<i>Eredità intergenerazionali tra maggioranze e minoranze</i>

Queste diverse forme di trauma hanno in comune il fatto di avere diverse implicazioni nello sviluppo dei bambini e sulle relazioni con i loro caregiver.

Il livello di sviluppo dei bambini e il trauma

Nei bambini le emozioni collegate con questi tipi di traumi individuali o interpersonali includono paura intensa, insonnia, stigmatizzazione, vergogna, senso di colpa e impotenza: tutte emozioni con una componente socio-relazionale che gli autori ipotizzano possano essere la base per i conflitti etnici e culturali intergenerazionali.

Nel caso di traumi che riguardano una coorte, solitamente la società in questi casi fornisce risorse dalle consulenze di crisi ai rimborsi monetari. Gli atti traumatici del terzo e quarto tipo sono solitamente supportati da atti politici o legislativi favoriscono il potere politico ed economico della maggioranza. Il nascere nel gruppo di minoranza significa automaticamente essere soggetti al trauma. Secondo gli autori le emozioni associate con la storia del trauma specifico di una cultura prepara la base psicologica per l'eredità intergenerazionale del trauma e la reazione ad esso.

L'eredità intergenerazionale del trauma: le reazioni al trauma storico

Secondo il diathesis stress model gli individui possono essere vulnerabili (dal punto di vista organico) allo stress e i gruppi culturali possano avere una vulnerabilità simile. Le reazioni al trauma storico possono essere identificate come una cornice che favorisce l'organizzazione concettuale. Le manifestazioni delle HTR (Historical Trauma Responses) nella relazione caregiver-bambino possono essere in relazione con le norme di socializzazione che gettano luce sugli aspetti culturali e su storie e miti collegati alla condizione della minoranza.

Una delle conseguenze dell'HTR è il dolore non risolto, perciò i lutti passano attraverso le generazioni di bambini che ereditano il dolore.

L'appartenenza etnica come fattore di protezione o di vulnerabilità

L'identità etnica è la parte soggettiva di una cultura, il modo in cui un individuo agisce in accordo con il suo gruppo etnico. Questi comportamenti sono la manifestazione esterna di questo processo intrapsichico. Una parte indispensabile dello sviluppo e del consolidamento dell'identità include il

grado in cui un adolescente aderisce all'identità del gruppo in cui è nato e ha legami sociali. Il senso di identità incomincia con le prime immagini mentali del corpo e si sviluppa progressivamente in rappresentazioni più differenziate, simboliche e ininterrotte del sé e degli oggetti animati e inanimati. I nomi astratti come "paese", "nazionalità" e "casa" sono riempiti di immagini di persone, cose, panorami, odori e suoni, così come di valori. L'identità culturale include fattori cognitivi, emotivi e comportamentali. Nei caregiver i fattori cognitivi includono le credenze riguardo ai bambini e al loro ruolo genitoriale. L'identità etnica è associata anche ad una miriade di emozioni. I sentimenti di orgoglio o vergogna legati ad essa e gli stereotipi negativi che vengono interiorizzati sono fattori critici che possono portare ad un conflitto interetnico.

Processo di acculturazione e assimilazione come processi di mediazione culturale

Questi processi associano i concetti di perdita culturale ai membri individuali e sono legati al processo di immigrazione. Entrambi sono processi di adattamento alla cultura dominante e gli individui sono diversi per quanto riguarda il loro grado di shock culturale e di perdita della cultura di origine.

Il processo di acculturazione: è un processo psicologico che ha un impatto sui caregiver dei bambini piccoli e include l'esperienza della perdita. L'adattamento con successo alla separazione dalla propria patria dipende dalla sua abilità di impegnarsi in processi di sano lutto.

Assimilazione: si tratta di un processo di perdita della cultura. L'identità etnica, le credenze e le pratiche appartenenti alla cultura d'origine possono essere sgretolate in alcune occasioni dalla passiva trascuratezza o, in altri casi, semplicemente oppressa dalla cultura dominante. Alcuni fattori esterni alla cultura hanno un'influenza sulla reazione alla separazione: l'età, la presenza di oggetti che appartengono alla cultura persa, le circostanze del trasferimento (soprattutto la possibilità di scegliere) e la differenza tra le due culture. Esiste un naturale processo di lutto riguardante la cultura persa e un'espressione dello shock culturale che risulta essere più patologica. I bambini sotto i 5 anni vivono il trasferimento da un paese all'altro come uno spostamento fisico o geografico, perché la cultura è ancora associata ai caregiver.

Problemi culturali e valutazione

Il background culturale dei bambini costituisce un fattore chiave da valutare perché i sintomi psicologici, che risultano dall'esposizione al trauma, possono essere espressi diversamente nelle diverse culture. Le culture aiutano a regolare le emozioni, il comportamento, forniscono un supporto attraverso i riti che creano un significato all'evento e con le norme, le regole e i valori creano un collegamento tra l'individuo e la comunità e la visione del futuro.

Caratteristiche oggettive e soggettive del trauma, avversità minori, e altri fattori di stress

Quando si lavora con i bambini traumatizzati è essenziale ottenere informazioni relative all'esperienza oggettiva e soggettiva dell'evento, al tipo e alla frequenza dei ricordi traumatici e ai fattori di stress.

Alcuni gruppi culturali hanno più probabilità di essere esposti a traumi multipli, composti da avversità minori e altri fattori di stress. I bambini immigrati, specialmente i rifugiati, possono sperimentare traumi multipli (per es., la vita nei campi profughi, la perdita di familiari, ecc.). Avversità minori comuni sono, per es.: il vivere in una famiglia mono-parentale, la discriminazione, l'affollamento, il vivere in un contesto pericoloso e impoverito, la condizione di immigrato irregolare e la povertà.

L'esposizione indiretta all'evento traumatico tramite il racconto dei caregiver rappresenta un altro modo in cui i bambini possono sperimentare il trauma. Inoltre il trauma può essere trasmesso tra le generazioni, in relazione ai valori culturali. I bambini piccoli educati all'ombra di drammi collettivi storici possono sperimentare una visione alterata riguardo alla sicurezza del mondo e delle relazioni

interpersonali. Perciò è importante valutare anche l'eventuale esposizione del bambino, dei genitori e del gruppo culturale ad eventi traumatici, tenendo in considerazione che la famiglia potrebbe aver sperimentato diversi traumi e che questi potrebbero essere stati accompagnati da altri fattori stressanti che incrementerebbero il rischio per lo sviluppo del bambino. Senza una tecnica di intervista diretta all'esame di questi temi, spesso i genitori e i bambini si dimenticano di raccontarli. Non è solamente il fatto oggettivo ad avere un'influenza sullo sviluppo del bambino, ma è anche la sua percezione culturale e personale. I criteri diagnostici del DSM IV non vanno bene nei casi di persone che appartengono ad una cultura in cui alcune tipologie di eventi potenzialmente traumatici sono considerati comuni o sono parte di un rituale. In questi casi la percezione di un evento da parte di un individuo può essere diversa da quella del gruppo culturale. Per questo, in un processo di valutazione è importante verificare qual è la percezione da parte del gruppo e se l'individuo la condivide.

Il funzionamento del bambino

Nel valutare un bambino è necessario ricordare che i giudizi riguardo al loro funzionamento sono influenzati dai loro comportamenti reali e dal modo in cui gli adulti li vedono. Entrambi questi elementi sono influenzati da fattori culturali. Le credenze che derivano dalla cultura e le pratiche associate all'educazione dei bambini e alla socializzazione danno forma al tipo di comportamenti che i bambini mostrano quando sono angosciati e il tipo di problemi che i caregiver identificano. Nelle diverse culture sono anche differenti i tipi di competenze richieste ai bambini ad una certa età, il modo di considerare l'infanzia, i comportamenti considerati appropriati per un bambino di una certa età e quali valori e caratteristiche i genitori vogliono che i bambini sviluppino. La valutazione dei bambini è influenzata da queste variabili.

Un aspetto chiave è il linguaggio che è modellato dall'esperienza culturale e che, a sua volta, dà forma alla visione del mondo e di sé. I bambini possono non comprendere la lingua del paese di origine e questo può creare una frattura con i caregiver. L'aspetto linguistico deve essere considerato nel caso di un trattamento terapeutico, in quanto il bambino pur apparendo sufficientemente esperto nella nuova lingua, potrebbe possedere ricordi codificati nella lingua del paese nativo.

Funzionamento del caregiver

Quando si lavora con differenti gruppi culturali bisogna considerare tutte le figure adulte datrici di cura e tutte devono essere coinvolte nel processo di valutazione. Il funzionamento dei bambini dopo un trauma appare fortemente legato alla presenza e al funzionamento dei caregiver primari, alla loro reazione e alla loro capacità di dare un senso all'evento, ristabilendo le operazioni di regolazione e il senso di sicurezza. È importante sottoporre ad una valutazione medica i caregiver, perché ci sono alcuni disturbi comuni tra le persone che hanno subito traumi cronici.

La relazione bambino-caregiver

È essenziale valutare la qualità della relazione tra bambino e caregiver perché il trauma può disturbare le relazioni e perché queste possono mediarne gli effetti.

Nelle diverse culture variano i modi di interagire con i bambini, compreso il significato da attribuire all'autonomia e alla vicinanza. È necessario esaminare quali sono ritenuti i comportamenti adeguati, quelli desiderabili e il loro significato.

Il contesto socio-culturale

Alcune aree sono ritenute importanti da esaminare:

- Da dove viene la famiglia?
- Come è arrivata?
- Com'è l'ambiente attuale dove vive?

- Come vengono considerati e affrontati nella loro cultura gli eventi potenzialmente traumatici che hanno sperimentato?

Problemi culturali e trattamento

Si conosce poco rispetto alla terapia con le minoranze etniche, che spesso non ricorrono ai servizi e interrompono il trattamento per questioni pratiche o culturali. Per questo è necessario iniziare la presa in carico aiutando le famiglie a superare queste barriere, permettendo un livello minimo di “benessere” essenziale al trattamento psicologico. Inoltre, è indispensabile instaurare un rapporto sia con il bambino che con i suoi caregiver, mostrando di comprendere i costumi e i valori culturali. Le componenti del trattamento e le modalità vanno valutate in base alla loro coerenza con il contesto della famiglia, la sua cultura e gli obiettivi sociali. Per es., mentre la regolazione delle emozioni può essere l’obiettivo maggiore dei trattamenti del trauma, le strategie di controllo possono variare da cultura a cultura. Un trattamento che sia valido a livello culturale deve essere sensibile ai costumi culturali, ai rituali e alle pratiche di cura ed educazione dei bambini. Quando gli obiettivi e le modalità del trattamento vanno contro alle aspettative culturali, il terapeuta deve bilanciare gli obiettivi della terapia con il rispetto per la cultura della famiglia. I trattamenti condotti in un setting “ecologico” (per es., a scuola o a casa) possono essere maggiormente efficaci con le minoranze etniche.

Infine, i trattamenti con le persone appartenenti a diversi gruppi culturali devono essere sensibili ai problemi delle traumatizzazioni multiple e ai traumi intergenerazionali.

CAP. II: Attaccamento e trauma: il disturbo dell’attaccamento spezzato

Hinshaw-Fuselier S., Scott Heller S., Parton V., Robinson L., Boris N.W.

Da poco tempo si sostiene che lo studio dell’attaccamento è legato allo studio della regolazione delle emozioni, poiché attraverso le interazioni nelle relazioni di attaccamento primario si sviluppano strategie flessibili per raggiungere questo scopo. I progressi della ricerca, sia quelle basate su narrazioni, che valutano quanto le esperienze di attaccamento influenzino la genitorialità, sia quelle sperimentali, che illustrano il processo attraverso il quale l’esperienza dà forma al cervello, hanno portato i clinici più vicini a comprendere come l’attaccamento è organizzato dall’esperienza. Il trauma è un fattore critico sia per l’impatto diretto sui bambini sia sulle relazioni di attaccamento che si stanno sviluppando.

Lo scopo di questo articolo è quello di mettere in luce l’impatto dell’interruzione della relazione primaria di attaccamento sui bambini piccoli.

La portata del problema

I dati più recenti indicano che, negli USA, 556.000 bambini sono in affidamento e solo il 4% di questi sono in affidamento pre-adoattivo. La precoce interruzione del legame di attaccamento è diffuso ovunque nel mondo.

Storia degli studi della rottura precoce dell’attaccamento

In seguito alla rottura dei legami familiari che avvenne su larga scala in seguito alla II guerra mondiale, l’OMS commissionò a Bowlby alcuni studi e, da quel momento, i problemi conseguenti alla rottura precoce del legame di attaccamento iniziarono ad essere oggetto di ricerche approfondite. Bowlby concluse che l’interruzione precoce dei legami di attaccamento ha effetti sia a breve che a lungo termine. A breve termine sono documentati il ritardo di sviluppo fisico e cognitivo, mentre a lungo termine si rileva un’associazione con comportamenti antisociali e problemi relazionali.

I dati delle ricerche sugli animali e quelli derivati dal follow up di persone che hanno sperimentato l'istituzionalizzazione, sottolineano le tremende implicazioni cliniche dell'interruzione del legame di attaccamento in un organismo in sviluppo.

Le implicazioni psico-biologiche della rottura dell'attaccamento

- Contributi dagli studi sugli animali

Secondo Kraemer (et al. 1991) il sistema regolatorio dei bambini si sviluppa in relazione ad un oggetto esterno. La figura di attaccamento esterna regola il comportamento e la fisiologia dei bambini attraverso risposte comportamentali e fisiologiche che sono sintonizzate sugli indicatori forniti dai bambini.

Attraverso la comunicazione dinamica delle emozioni e la regolazione degli stati fisiologici, il cervello del bambino adotta le caratteristiche regolatorie del care-giver, attraverso l'interiorizzazione di una sua immagine. Questa concettualizzazione espande il concetto di un modello operativo interno, fino ad includere i meccanismi neurobiologici che sono responsabili della programmazione dei modelli di coping a livello cognitivo e emozionale. Le ricerche evidenziano che la regolazione interattiva degli affetti influenza l'organizzazione dello sviluppo precoce dell'emisfero destro, quello dominante per quanto riguarda il controllo inibitorio e la regolazione dell'arousal. Una rivisitazione della letteratura (Schore, 2000) suggerisce che il trauma collegato all'attaccamento agisce come inibitore dello sviluppo di un efficiente emisfero cerebrale destro.

Un'interruzione della relazione di attaccamento, probabilmente, innalza i livelli di ormone dello stress, portando ad alterazione biochimiche dei circuiti corticolimbici che sono associati con lo sviluppo di un'efficiente sistema di regolazione. La plasticità cerebrale dei bambini spinge a considerare importante un precoce riconoscimento delle modalità di risposta allo stress e alla predisposizione di un intervento.

- Implicazioni a livello umano

Nello studio dell'attaccamento negli uomini, si può fare poco per controllare fattori di mediazione quali: stabilità della relazione prima della separazione, lunghezza e numero delle separazioni. Inoltre, i bambini non possono essere posti in isolamento, e c'è una profonda differenza tra separazione e un breve periodo di isolamento.

Recenti osservazioni di bambini che hanno sperimentato condizioni di accudimento estremamente deprivate supportano la concezione che i bambini che hanno sperimentato un precoce rottura dell'attaccamento devono essere valutati e avere una terapia per i sintomi che ne derivano. I bambini che sono esposti a un accudimento interrotto sono a rischio di continue difficoltà nella regolazione delle emozioni e deficit nel processamento socio-cognitivo.

Uno dei primi obiettivi deve essere quindi quello di identificare i bambini che hanno subito questa esperienza, valutando la sintomatologia in base ai criteri del "disturbo dell'attaccamento spezzato".

Disturbo dell'attaccamento spezzato (DAD)

I criteri attualmente proposti per la diagnosi del DAD includono i comportamenti caratteristici della sindrome a tre fasi (protesta, disperazione, distacco) sottolineate da Robertson e Bowlby.

I sintomi possono evolvere nel tempo, anche se il bambino può aver formato un nuovo legame ad un altro caregiver o si è riunito al genitore. Nei casi ad alto rischio, l'ansia persistente può essere espressa come eccessiva ricerca di vicinanza o sofferenza riguardo alla separazione dal caregiver. Inoltre, l'ansia nei bambini piccoli è spesso accompagnata da restrizioni contraddittorie nella espressione diretta dell'affetto verso il caregiver, prolungata tristezza o apatia, e frequenti e gravi scoppi d'ira. Anche il gioco dei bambini può subire conseguenze.

Criteri diagnostici

1. il bambino ha subito un'improvvisa separazione o una perdita della figura di attaccamento

2. i sintomi includono:

- irritabilità e rabbia
- comportamenti di ricerca del caregiver che ha perso
- comportamenti di protesta con rabbia verso o evitamento delle figure che ricordano il caregiver

3. sintomi ulteriori possono includere:

- mancanza di interesse verso attività appropriate per l'età
- mancanza di appetito o accumulo di cibi
- interruzioni del sonno
- emotività piatta o tristezza
- ritiro emozionale
- letargia

4. i disturbi nelle emozioni del bambino e/o nel suo comportamento hanno un impatto sull'interazione sociale.

Diagnosi differenziale

- PTSD e DAD

Le caratteristiche che possono distinguere il PTSD sono: l'essere impaurito, la vigilanza e l'ansia, piuttosto che il ritiro emozionale combinato con anomali comportamenti di attaccamento.

- Disturbo dell'attaccamento reattivo-inibito e DAD.

Un fattore di complicazione per la diagnosi è che alcuni bambini che soddisfano i criteri per il DAD possono aver avuto condizioni prima della separazione così inadeguate a livello relazionale che soddisfano i criteri per il disturbo dell'attaccamento reattivo-inibito. Per questi bambini deve essere diagnosticato il DAD se c'è la prova che i sintomi di ritiro aumentano in modo significativo al momento di una separazione prolungata.

Nei casi di bambini con un adeguato attaccamento prima della separazione, il DAD deve essere preso in considerazione se i sintomi osservati emergono come reazione ad una separazione improvvisa o ad una perdita del caregiver e se si verifica un peggioramento nei comportamenti di attaccamento.

“Il trauma nascosto” nell'infanzia: attaccamento, arousal causato dalla paura e disfunzioni precoci del sistema di risposta allo stress

M. R. Schuder e K. Lyons-Ruth

La prospettiva tradizionale riguardo al trauma, lo vede dalla prospettiva dell'evento traumatico e delle sue caratteristiche, che porterebbero a conseguenze psicologiche. Le caratteristiche del bambino che ha subito il trauma hanno ricevuto meno attenzione.

In questo capitolo viene sottolineato che l'impatto del trauma sul bambino in fase di sviluppo non può esser compreso se separato dalle risorse sociali e psicologiche disponibili per tamponare gli effetti dell'arousal causato dalla paura sul funzionamento psicobiologico del bambino. Nella prima infanzia, la relazione primaria di attaccamento ha questa funzione. Perciò le risposte fisiologiche e psicologiche agli eventi minacciosi nella prima infanzia possono essere compresi solo in riferimento alla qualità della regolazione disponibile all'interno delle relazioni di attaccamento primario.

L'ipotesi degli autori è che il trauma nella prima infanzia sia diverso da quello nelle età successive.

Per il DSM IV, il trauma implica la paura per la propria integrità fisica o per quella altrui. Nell'infanzia, l'esperienza della minaccia è strettamente legata all'affetto del caregiver e alla sua disponibilità piuttosto che alla reale pericolosità dell'evento stesso. Il bambino piccolo dipende dalla regolazione esterna per evitare eccessivi livelli di eccitazione fisiologica che superi la sua capacità di coping, poiché possiede limitate capacità cognitive e comportamentali utili per il coping. Per questo i traumi dell'infanzia spesso sono il risultato di “traumi nascosti”, dovuti all'indisponibilità del caregiver o alla cattiva regolazione dell'interazione. Questi traumi

contribuiscono alla precoce iper o ipo regolazione delle risposte allo stress mediate attraverso l'asse ipotalamo-pituitario-adrenocorticale.

Le relazioni di attaccamento e la regolazione dell'arousal causato dalla paura

Partendo dalla definizione di attaccamento, gli autori ripercorrono gli studi sul legame di attaccamento e mettono in luce che l'83% dei bambini abusati o maltrattati mostra un attaccamento disorganizzato, che si instaura quando il caregiver rappresenta sia la fonte di conforto che quella di allarme. In particolare i bambini con questo tipo di attaccamento mettono in atto risposte di coping o di difesa appartenenti alle categorie denominate: "fight or flight", "freezing" o "impotenza appresa". I bambini con questo tipo di attaccamento possono sembrare molto diversi l'uno dall'altro, anche se si possono individuare almeno 2 sottogruppi. I comportamenti che denotano un attaccamento disorganizzato possono manifestarsi insieme ad altri comportamenti che mostrano insicurezza e che sono parte di una strategia di attaccamento evitante o ambivalente (D-insicuro), oppure insieme a modalità comportamentali tipiche dell'attaccamento sicuro (D-sicuro). Parallelamente a queste differenze nell'attaccamento dei bambini ci sono diversità nell'atteggiamento materno. Le madri di bambini D-insicuro mostrano livelli più significativi di confusione tra i ruoli, comportamenti intrusivi-negativi o di paura (madri ostili-auto-riferite). Al contrario, le mamme di bambini D-sicuro mettono in atto un maggior numero di comportamenti di ritiro (madri impotenti-paurose).

Un'altra forma atipica di attaccamento, predittiva di danni a lungo termine nei comportamenti sociali, è quella che presenta comportamenti di attaccamento indiscriminato che spesso si trova in bambini istituzionalizzati che non hanno avuto una figura di attaccamento privilegiata.

Dall'esame della letteratura, gli autori ricavano che il trauma può essere l'effetto sia di un'esperienza traumatica sia di comportamenti del caregiver. I bambini il cui caregiver è stato incapace di fornire loro una base per la regolazione per l'arousal causato dalla paura falliscono nello sviluppare qualsiasi strategia coerente di attaccamento.

Tuttavia, questa letteratura ha due limitazioni: l'attaccamento sicuro non può essere valutato prima della fine del 1 anno di vita e le risposte emotive e comportamentali osservate non sono sempre realmente associate a sensazioni di sicurezza.

Il ruolo dell'ambiente nella regolazione dell'espressione dei geni

Gli autori considerano il cervello del bambino come un sistema aperto, dinamico, che prende la sua organizzazione parzialmente dall'organizzazione dell'ambiente di cura (identificabile con il caregiver nel primo anno di vita). Recenti ricerche hanno mostrato che la qualità dell'accudimento precoce può alterare la fisiologia, inclusa l'espressione dei geni.

Lo stress e il sistema ipotalamico-pituitario-adrenocorticale

Già Bowlby aveva notato che la relazione di attaccamento aveva un'influenza diretta sulla capacità di affrontare lo stress, attraverso la maturazione di un sistema di controllo nel cervello del bambino. Questo sistema di controllo comportamentale ha complesse relazioni di feedback con il sistema ipotalamico-pituitario-adrenocorticale che ha un ruolo centrale nella percezione delle minacce al benessere. Due sistemi lavorano insieme per ristabilire le condizioni di benessere dopo un evento stressante: il sistema norepinefrino – simpatico - adrenocorticale e quello ipotalamico-pituitario-adrenocorticale. Quest'ultimo produce il cortisolo che è un marker della risposta allo stress.

Gli autori propongono un'ampia spiegazione del funzionamento dell'asse ipotalamico-pituitario-adrenocorticale.

La secrezione del cortisolo ha due importanti caratteristiche: la prima è che c'è una tipica secrezione giornaliera, per cui i livelli di questo ormone sono alti al mattino e bassi alla sera (questo non avviene nei bambini prima dei 4 anni); la seconda che la sua produzione aumenta in presenza di una sfida ambientale stressante. Un aumento nella produzione del cortisolo è ritenuta uno degli

sforzi dell'organismo per ristabilire l'omeostasi. L'abilità di regolare la risposta allo stress in maniera appropriata può essere importante tanto quanto quella di avviarla.

Un ricco corpus di ricerche ha mostrato che la separazione del bambino dalla mamma per periodi prolungati, in modo particolare quando crea scompiglio nel comportamento materno, porta ad un'elevata reattività e ad una regolazione più povera del sistema ipotalamico- pituitario- adrenocorticale.

Qualità dell'attaccamento e asse ipotalamico- pituitario- adrenocorticale

Le ricerche dimostrano che i bambini piccoli con un attaccamento sicuro non dimostrano aumenti nei livelli di cortisolo nella strange situation, cosa che invece accade nei bambini piccoli con attaccamento disorganizzato. Invece, i bambini classificati come insicuri mostrano risultati più complicati.

I risultati suggeriscono una relazione tra attaccamento e fattori legati al temperamento. I bambini con una bassa inibizione comportamentale, sia insicuri che sicuri, non mostrano risposte a livello adrenocorticale, mentre queste sono osservabili in bambini più inibiti che mostrano un attaccamento insicuro (evitante o ambivalente). Questo suggerisce che l'attaccamento sicuro funge da "cuscinetto" contro una predisposizione a livello di temperamento che può risultare meno adattiva.

La sofferenza emotiva e l'attività adrenocorticale non risultano collegate nei bambini sicuri, mentre lo sono nei bambini ambivalenti, evitanti e disorganizzati. Quando il sistema ipotalamico- pituitario- adrenocorticale funziona correttamente, il bambino sembra capace di sperimentare condizioni che portano ad una condizione di sofferenza o che causano un approccio pauroso o inibito senza che aumentino i glucocorticoidi. I bambini con attaccamento sicuro possiedono strategie comportamentali appropriate per ridurre lo stress, perciò mostrano trascurabili incrementi di cortisolo quanto sollecitati. I bambini insicuri possiedono solo fare affidamento su risposte fisiologiche da attivare in assenza di risposte comportamentali.

Uno studio che esamina i bambini maltrattati (Dozier, 2001) mostra che questi bambini, nell'approccio con le madri affidatarie, hanno evidenziato una risposta comportamentale apparentemente sicura alla separazione e alla riunione, evidenziando tuttavia elevati livelli di iper o iporesponsività del sistema ipotalamico- pituitario- adrenocorticale.

Ipercortisolismo in età precoce

La depressione materna che inizia nei primi 2 anni di vita è il più potente predittore dell'innalzamento dei livelli di cortisolo a 7 anni. Una madre depressa che interagisce con il bambino mostra tipicamente più emozioni negative, alcune volte in pattern di comportamenti intrusivi, altre volte in modelli di evitamento. Inoltre, queste madri sono meno pronte a rispondere alle esigenze emotive dei bambini.

Ipercortisolismo

Alcuni bambini e adulti fortemente stressati mostrano modelli iporesponsivi di cortisolo: i livelli base di cortisolo possono essere bassi e non riuscire ad alzarsi in risposta ad uno stress acuto. Inoltre, in questo gruppo si presenta un livellamento del ritmo usuale di rilascio del cortisolo, dovuto al livello più basso di cortisolo durante il mattino o valori elevati al nadir. Spesso queste risposte si trovano in persone che hanno sperimentato avverse storie di vita croniche o acute.

Il funzionamento dell'asse ipotalamico-pituitario- adrenocorticale nei bambini allevati in orfanotrofio

Alcuni studi effettuati sui bambini cresciuti in orfanotrofi rumeni hanno messo in luce che in loro il cortisolo non ha le normali fluttuazioni circadiane (anche se risulta più basso al mattino), pur non essendo significativamente più elevati rispetto ai bambini cresciuti in famiglia. I bambini che vengono adottati presentano le normali variazioni dei livelli ormonali durante il giorno, ma hanno livelli costantemente più elevati.

Questi e altri risultati di ricerche, seppure necessito di approfondimento, sottolineano che l'essere allevati in orfanotrofio non fornisce il supporto allo sviluppo di un normale ritmo giornaliero di produzione del cortisolo. Questi dati sono coerenti con quelli relativi a bambini trascurati che vivono nelle loro famiglie d'origine.

Lo sviluppo normale e quello anormale: regolatori nascosti e "punti di capovolgimento"

Poco si conosce rispetto ai "punti di capovolgimento", cioè quelli dove la regolazione inadeguata accelera forme qualitativamente differenti di organizzazione fisiologica nel bambino in fase di sviluppo. Questi punti sono quelli in cui la regolazione meno adeguata da parte del caregiver supera il limite per trasformarsi in un trauma nascosto nell'infanzia, in questi "punti" il sistema di risposta allo stress può essere resettato in un modo negativo e duraturo.

Vengono individuati 2 meccanismi per la regolazione dell'arousal causato dalla paura che sono probabilmente radicati nella relazione precoce bambino-caregiver:

1. i regolatori fisiologici diretti

Viene ripresa la teoria di Hofer, secondo la quale i differenti aspetti dell'esperienza di vicinanza o di lontananza dal caregiver influenzano specifiche caratteristiche della risposta del bambino alla separazione dall datore di cura. L'autore ritiene l'attaccamento prima di tutto un evento biologico. Differenti regolatori: l'allattamento, il tocco materno, il dondolio, nascosti all'interno della relazione normale tra md e bambino, agiscono individualmente sui differenti livelli dell'asse ipotalamico-pituitario-adrenocorticale per assicurare periodi di ipo-responsività allo stress nei bambini piccoli.

2. i regolatori intersoggettivi

solo gli esseri umani hanno la consapevolezza delle menti altrui come se fosse la propria e questa capacità si vede chiaramente dalla fine del primo anno. Grazie a questo, gli esseri umani coordinano i propri comportamenti e imparano gli uni dagli altri. La coordinazione delle informazioni intersoggettive tra md e bambino inizierebbe prima della fine del primo anno di vita.

- la comunicazione intersoggettiva primaria

Per comprendere come il sistema dell'attaccamento e i traumi nascosti siano legati e producano una cattiva regolazione dell'asse ipotalamico-pituitario-adrenocorticale, bisogna esaminare come i processi di attaccamento durante il primo anno di vita siano immersi in una matrice di comunicazione intersoggettiva. Il caregiver facilita la capacità del bambino di mantenere l'omeostasi interna attraverso l'aggiustamento della modalità, della quantità, del timing e della variabilità della stimolazione relazionale in base ai segnali del bambino. Gli input del caregiver che sono in accordo temporale con gli indizi forniti dal bambino hanno il massimo impatto sulle capacità di regolazione. Tuttavia non sono chiari quali siano gli aspetti critici per l'asse ipotalamico-pituitario-adrenocorticale. E' probabile che siano diverse le conseguenze del ritiro genitoriale e dell'insensata intrusività sullo sviluppo di questo sistema.

- la comunicazione intersoggettiva secondaria

Quando un bambino diventa più capace di muoversi, la referenza sociale del genitore serve come una guida anticipatrice che regoli gli affetti e i comportamenti dalla distanza. Si conosce poco di quello che accade se viene distorta la comunicazione affettiva precoce con il caregiver. Gli autori ipotizzano che sia questa capacità di utilizzare i segnali affettivi dei genitori come indizi per la sicurezza che promuove il passaggio dalla mediazione sicura attraverso il contenimento fisico all'organizzazione del comportamento corretto in base allo scopo a 12 mesi, attraverso il quale la sicurezza è parzialmente mediata dal mantenimento della prossimità entro una distanza che consenta segnali affettivi-visivi. L'amicizia indiscriminata messa in atto dai bambini cresciuti in contesti istituzionali con forti deprivazioni, può basarsi su una disfunzione delle normali capacità di referenza sociale.

Esistono pochi dati che possano permettere un collegamento tra particolari profili di comportamenti atipici da parte del caregiver e alterazioni nelle risposte fisiologiche allo stress da parte del bambino. Comunque, è chiaro che i comportamenti del caregiver che vanno nella direzione del ritiro o in quella dell'intrusione o dell'ostilità, associati alla disorganizzazione del bambino, producono differenti strategie di regolazione intersoggettiva e diversi correlati fisiologici nel bambino.

- la comunicazione collaborativa come regolatore dell'asse ipotalamico-pituitario-adrenocorticale

Diversi indizi indicano che un sistema di accudimento sensibile e caloroso possa fornire un "cuscinetto" all'asse ipotalamico-pituitario-adrenocorticale. Quando questo sistema funziona efficacemente, il bambino appare in grado di affrontare situazioni che suscitano difficoltà di comportamento e che producono inibizione o paura senza produrre incrementi nei glucocorticoidi. Non sono necessari regolatori fisiologici perché la regolazione può avvenire grazie all'interazione.

PARTE SECONDA: VALUTAZIONE, DIAGNOSI E TERAPIA

Cap. IV: valutazione e terapia di bambini piccoli esposti ad eventi traumatici

A.F. Lieberman e P. Van Horn

Gli studi sull'impatto degli eventi traumatici sui bambini sono stati effettuati solo recentemente, probabilmente anche perché significava ammettere che l'infanzia non è solamente un periodo di benessere e sicurezza. L'esperienza di un trauma nel corso del primo anno di vita rappresenta per il bambino la perdita dell'aspettativa che i genitori lo proteggeranno dal dolore. Il bambino non sviluppa una rappresentazione del genitore come protettivo e l'interazione tra questa mancanza di fiducia e le risposte del bambino al trauma possono avere effetti pervasivi sullo sviluppo.

I bambini rispondono al trauma in diversi modi che rispecchiano il loro livello di sviluppo. Nel primo anno di vita mostrano un disturbo nei principali processi di sviluppo che fondano la regolazione neurofisiologica e danno forma all'attaccamento sicuro. Questo disagio si può manifestare attraverso diversi sintomi. Successivamente, i bambini possono mostrare disturbi simili, mentre sperimentano anche difficoltà specifiche dell'età legate al raggiungimento dell'equilibrio tra autonomia e attaccamento. I bambini in età prescolare mostrano gli stessi sintomi a cui si aggiungono distorsioni nel gioco simbolico, eccessive preoccupazioni per l'integrità corporea, rivalità tra fratelli e la polarizzazione tra potere e sottomissione.

La valutazione dei bambini traumatizzati

La valutazione dei bambini piccoli richiede un approccio multidimensionale poiché le loro risposte ai traumi sono influenzate dal loro funzionamento e dai supporti forniti dall'ambiente. I caregiver sono importanti fonti di informazioni riguardo al funzionamento del bambino prima e dopo l'evento traumatico. Una buona prassi prevede da 3 a 5 sedute di valutazione della durata di 45' che esaminino la storia del bambino prima e dopo il trauma, l'osservazione dell'interazione del bambino con il caregiver e il racconto del bambino dell'esperienza traumatica, anche attraverso strumenti quali il gioco, i disegni, ecc

E' possibile anche ricorrere ad altre fonti di informazioni. Sarebbe ottimo raccogliere anche una fotografia della regolazione neurofisiologica del bambino, del funzionamento sensomotorio e della qualità delle relazioni con i genitori e con altre figure importanti, delle abilità linguistiche, del livello di gioco simbolico, dell'espressione e della modulazione degli affetti, delle aree di forza e di quelle di vulnerabilità e dei sintomi presenti prima e dopo il trauma. Sebbene una buona valutazione sia la base per la terapia, questa non deve impedire un intervento terapeutico immediato nel caso di crisi.

Aree di valutazione:

- breve raccolta di informazioni riguardo alle circostanze e alla sequenza del trauma
- il funzionamento del bambino a livello emotivo, sociale e cognitivo
- la qualità delle relazioni con i genitori
- ricordi traumatici
- continuità o interruzione delle routines giornaliere
- circostanze familiari
- sistema di credenze familiari e valori culturali

Fare una diagnosi clinica

Fare una diagnosi psichiatrica prima dei 5 anni pone problemi etici, per la preoccupazione di etichettare il bambino. I bambini piccoli hanno un repertorio limitato di comportamenti e differenti diagnosi possono essere espresse partendo da configurazioni simili.

- la diagnosi di disturbo da stress traumatico nell'infanzia

questa diagnosi viene fatta quando, in conseguenza ad un evento traumatico (o una serie di eventi connessi o cronici), il bambino mostra sintomi che possono essere organizzati in 4 categorie: il risperimentare l'evento traumatico, intorpidimento delle reazioni, incremento dell'arousal, e nuovi sintomi che non erano presenti prima dell'evento traumatico.

- prolungate reazioni di lutto/dolore

Questa reazione si può presentare nei casi in cui il bambino perda un genitore o un caregiver primario, perché non possiede ancora la maturità cognitiva ed emotiva per affrontare questa perdita senza un'interruzione della continuità del sé. Questa condizione si manifesta nella classica sequenza descritta da Bowlby: protesta, disperazione e distacco.

- comorbidità del disturbo da stress traumatico e prolungata reazione di lutto/dolore

Per dare la giusta importanza ai differenti aspetti del trauma complesso, il clinico deve avere contemporaneamente due lenti: quella del trauma e quella del trauma della perdita, nell'esaminare le reazioni del bambino che ha assistito alla perdita violenta o improvvisa del genitore.

- applicare le informazioni della valutazione: la sessione di feedback

In questa sessione è necessario fornire ai genitori la descrizione di come il funzionamento del bambino sia stato influenzato dall'esperienza traumatica. La decisione di raccomandare una terapia è parte centrale di questa sessione. Nel caso di resistenze alla terapia da parte dei genitori, il clinico deve normalizzare il desiderio dei genitori per una guarigione spontanea mentre fornisce le prove a supporto della desiderabilità della terapia.

Terapia dei bambini piccoli

Il principio base della terapia dei traumi precoci è lo stabilire un ambiente sicuro per il bambino, spesso questo è l'obiettivo che il clinico deve raggiungere. Nondimeno è importante ricordare il valore terapeutico del focus sulla sicurezza, sia fisica che psicologica, e sui passi concreti per incrementare la sicurezza anche se non totalmente garantita. Lo sforzo in questa direzione spesso diventa una porta di accesso alle fonti interne di pericolo, includendo impulsi aggressivi ingestibili, paura dell'abbandono, e difese utilizzate per affrontare questi stati interni.

Il secondo principio è l'importanza di incorniciare il trattamento all'interno del contesto delle relazioni del bambino con i genitori, le figure di attaccamento o i caregiver primari. Il trauma fa deragliare le aspettative che i genitori siano efficacemente protettivi e può generare senso di colpa nei genitori, fattore che interferisce con la loro abilità di aiutare il bambino. Un obiettivo della terapia deve essere quello di creare o ripristinare un sentimento di vicinanza e intimità tra il bambino e i genitori.

Il terzo principio è quello di porre il focus sui compiti di sviluppo attuali che sono deragliati in seguito all'esperienza traumatica.

Il quarto principio è l'attenzione ai potenziali effetti del trauma sullo sviluppo valutando gli specifici obiettivi da raggiungere.

Obiettivi della terapia

- incoraggiare il ritorno allo sviluppo normale, al coping adattivo e l'impegno con le attività del presente e gli obiettivi futuri.
- Incoraggiare una risposta realistica alle minacce
- Mantenere un regolare livello di attivazione emotiva
- Costruire la reciprocità nelle relazioni intime
- Normalizzare le reazioni traumatiche
- Incoraggiare la differenziazione tra il rivivere e il ricordare
- Porre l'esperienza traumatica in prospettiva

Modalità di terapia

Spesso, l'intervento con i bambini integra una grande varietà di approcci teorici ed è fondamentale l'appropriatezza al livello di sviluppo piuttosto che le origini teoriche.

- consigli per lo sviluppo
consiste in sessioni individuali con i genitori per fornire spiegazioni riguardo al significato dei sintomi e strategie per reagire a questi e organizzare la routine giornaliera del bambino.
- terapia individuale del bambino con sedute parallele per i genitori
questa modalità è raccomandata quando: il genitore non tollera il focus terapeutico sul bambino a causa della propria natura psicologica o della risposta allo stress traumatico; il bambino è incapace di esprimersi relativamente all'esperienza traumatica per paura di urtare i genitori o per timore di loro stessi: il bambino necessita di raggiungere più ampia autonomia e competenza sociale a causa dell'iperprotezione dei genitori.

- modello bambino-genitori

ha lo scopo di incorporare nel trattamento le informazioni dei genitori riguardo all'evento traumatico. La presenza dei genitori può fornire anche conforto al bambino e aiutare i genitori a partecipare alla rielaborazione del trauma. L'obiettivo terapeutico in questo caso è quello di aiutare il bambino a riconquistare la spinta allo sviluppo promuovendo un'alleanza psicologica tra il bambino e i genitori.

- la cura della salute mentale dei bambini

l'esperienza traumatica può essere esacerbata da pratiche di cura che non sono predisposte per rispondere ai bisogni dei bambini o che continuano a riproporre ricordi traumatici. Quando il contesto domestico è imprevedibile e molto punitivo, il contesto di cura del bambino può diventare un luogo sicuro in cui gli adulti sono responsivi ai suoi bisogni emotivi.

La consulenza riguardo alla salute mentale del bambino deve essere guidata da considerazioni riguardo alla riservatezza con accordi relativi a quello che è privato e quello che può essere condiviso. È importante l'osservazione del contesto di cura del bambino per ottenere informazioni riguardo alla gamma di risposte del bambino al trauma.

Aspetti terapeutici comuni ai diversi approcci terapeutici

Un punto in comune ai diversi trattamenti è il duplice focus sul funzionamento individuale del bambino e sulle sue relazioni, anche se i diversi approcci possono dare preminenza ad una delle due dimensioni. Saxe e Grant-Knight hanno individuato 2 dimensioni: un gradiente di disregolazione neurologica e un gradiente di instabilità socio-ambientale. Nell'interazione di queste dimensioni gli autori descrivono 5 fasi del trattamento: sopravvivere, stabilizzare, durare, comprendere e trascendere il trauma. Queste fasi sono coerenti con l'obiettivo di incoraggiare il bambino a ritornare allo sviluppo normale, stabilizzare la sicurezza, tollerare e regolare le emozioni, ponendo il trauma nella direzione di un'esperienza di vita e derivando significati da essa.

Un altro aspetto comune è l'integrazione di strategie di intervento che hanno come destinatari le sensazioni del corpo, i sentimenti e i pensieri. Il corpo, infatti, continua a rispondere con reazioni di stress anche tempo dopo il trauma.

Identificare gli elementi che ricordano il trauma e aiutare i bambini ad affrontarli nella maniera più adattiva è un altro elemento comune ai vari orientamenti.

Infine, le diverse strategie di intervento suggeriscono la flessibilità nell'utilizzo degli strumenti terapeutici.

Cap. V: Problemi nella diagnosi e nel trattamento dei casi di trauma infantile

Klapper S.A., Plummer N.S., Harmon R.J.

Partendo dalla definizione di trauma e da quella di disturbo da stress traumatico, gli autori analizzano le differenti reazioni ad esso in relazione alla resilienza ed esaminano il processo diagnostico.

Processo diagnostico e considerazioni

Nella diagnosi e nel trattamento, una storia dettagliata è un prezioso punto di partenza, soprattutto attraverso le informazioni riguardo alle relazioni precoci. Il lavoro del clinico deve essere quello di fornire l'esperienza di un nuovo contesto relazionale, nel caso in cui il bambino ne abbia sperimentato uno disfunzionale.

Una valutazione diagnostica si basa spesso sull'osservazione, che riguarda principalmente la relazione del bambino con il caregiver. Altre informazioni possono essere acquisite tramite il gioco libero o guidato. Quando deve essere valutato anche il trauma, è necessario andare oltre la descrizione dei comportamenti problematici. Scoprire il significato dei sintomi può fornire una risposta alla domanda diagnostica. Il clinico ha necessità di 3-5 incontri per completare la valutazione e deve gestire l'ansia della famiglia di trovare una soluzione e coinvolgerli nel processo di scoperta, anche se spesso desiderano un risultato immediato. Accompagnare la famiglia nell'esaminare gli eventi e il processo di sviluppo le può fornire una nuova sensazione di controllo e competenza, incoraggiando la collaborazione. In questo modo, il processo diagnostico diventa anche un intervento terapeutico. Assistere le famiglie nella comprensione dello sviluppo dei problemi psicologici spinge ad un processo riflessivo che consente di andare oltre la superficie.

Gli autori presentano la Diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood che fornisce una cornice attraverso la quale i clinici possono organizzare il processo diagnostico. Uno dei punti di forza di questo strumento è il fatto che consente di valutare il bambino nel suo contesto familiare, culturale e sociale.

Gli autori credono che per diagnosticare il trauma sia necessaria la chiara prova di un evento traumatico che sta facendo visibilmente soffrire il bambino. Se un bambino presenta sintomi coerenti con il disturbo da stress traumatico e non abbiamo conoscenza della sua storia, ciò deve essere preso in considerazione come parte della diagnosi differenziale.

Vengono presentate alcune considerazioni:

- Deve essere inizialmente considerato il disturbo da stress traumatico se è presente un elemento stressante grave o significativo che rappresenti una possibile causa dei disordini comportamentali o emotivi
- Deve essere considerato un disturbo della regolazione se c'è una chiara difficoltà a livello senso-motorio, di processo, di organizzazione o di integrazione a livello costituzionale o di maturazione relativo ai comportamenti disadattivi o ai pattern emozionali. Deve essere considerato un disturbo dell'adattamento se i problemi presentati sono leggeri e non durano da più di 4 mesi e collegato chiaramente ad un evento ambientale.
- Devono essere considerate le categorie dei disturbi dell'umore e degli affetti se non si presentano né vulnerabilità costituzionali o di maturazione né un grave o significativo evento stressante/trauma e il problema non è leggero o di breve durata.

- Disturbi o ritardi a molteplici livelli, sono distinti e solitamente implicano patterns cronici di disadattamento e un duraturo pattern di deprevalazione. Anche quando sono presenti sottostanti vulnerabilità costituzionali o di maturazione, questi disordini dovrebbero avere la precedenza su altre categorie e sono eccezioni alle regole generali illustrate sopra.
- Se il problema è specifico di una certa situazione o relazione, devono essere considerati il disturbo dell'adattamento e della relazione.
- Se il problema coinvolge solo una relazione senza altri sintomi bisogna utilizzare l'asse II
- La diagnosi di disturbo dell'attaccamento reattivo è adeguata quando non ci sono state adeguate cure a livello fisico, psicologico ed emotivo.
- Disturbi dell'alimentazione e del sonno possono essere problemi separati, parti di varie categorie diagnostiche, pattern relazionale o disturbi della regolazione e dei vari sistemi di sviluppo.
- Nei casi particolarmente complessi, è necessario provare a decidere qual è la caratteristica principale.

E' recente il riconoscimento del trauma nell'infanzia ed è importante evitare di imporre la diagnosi di disturbo traumatico quando non è realmente presente. Un valutazione diagnostica deve implicare la collaborazione tra diversi professionisti, che risultano più efficaci se costituiscono un'equipe multidisciplinare, oppure coinvolgere altre risorse quali la scuola e gli operatori sociali. Nella valutazione del trauma è importante determinare se ci siano ritardi nello sviluppo.

Approcci e tecniche di trattamento

Lavorare con i bambini traumatizzati costituisce una possibilità unica per l'intervento di terapia familiare. L'empatia con il bambino, spesso rende difficile espandere le connessioni per includere la famiglia che ha perpetrato l'abuso. Comunque, pochi progressi vengono fatti in assenza della partecipazione la famiglia: è importante ricordare il potere dei modelli operativi interni delle relazioni nel dare forma alle interazioni, per accompagnare sia il bambino sia il caretaker abusante nell'adottare più appropriati modelli di relazione.

Allinearsi con il bambino invece che con il caretakers, presenta un differente set di possibilità. I bambini traumatizzati spesso si comportano in modo provocatorio, particolarmente quando si sentono vulnerabili o esposti a nuove situazioni in cambiamento. Il clinico si trova in una posizione "per tentativi ed errori", infatti quello che funziona per un bambino non funziona per un altro. Alcune strategie: spiegare quello che accadrà per calmare le ansie del bambino, tradurre i sentimenti in parole, fornire aggiornamenti riguardo a quello che sta succedendo, strutturare un calendario degli incontri, creare riti di transizione alla fine della seduta, consentire che il bambino possa procedere secondo i suoi ritmi, stabilire chiaramente le aspettative, passare del tempo nella classe del bambino, utilizzare la terapia di gioco non direttiva.

Cap. VI: La valutazione della relazione nei bambini piccoli traumatizzati

Larrieu J.A., Bellow S.M.

Una valutazione basata sulla relazione per i bambini piccoli traumatizzati

Gli autori descrivono la loro procedura di valutazione utilizzata con genitori maltrattanti e i loro bambini, dalla nascita ai 47 mesi. Il lavoro del team è strutturato per andare incontro ai bisogni della diade genitore-bambino ed è composto da psichiatri, psicologi, assistenti sociali, pediatri. Il compito iniziale è quello di condurre un valutazione di ogni bambino e della famiglia per una pianificazione degli interventi con i servizi sociali e il tribunale dei minori. Le loro procedure di valutazione sono disegnate per comprendere le esperienze del bambino e dei genitori.

Procedure di valutazione della relazione

Gli autori arrivano alla comprensione della diade bambino-caregiver attraverso l'osservazione dei comportamenti e le esperienze soggettive. Le due procedure principali sono una valutazione del

gioco interattivo strutturato e un'intervista strutturata sulla percezione genitoriale, che rivela come il genitore percepisce la relazione con il bambino.

- la procedura "interazione genitore-bambino"

viene utilizzata per valutare i punti di forza e le preoccupazioni riguardo alle relazioni bambino-genitore e deriva dal lavoro di J. Crowell e comprende una serie di "episodi" che includono il gioco libero, soffiare le bolle, 4 compiti di insegnamento, sezioni di separazione-riunione. Questi permettono di osservare come il bambino cerca e utilizza i supporti dal caregiver, come la coppia bilancia la richiesta di completare i compiti con la possibilità di godere l'uno dell'altro, il livello di conforto reciproco, di condivisione delle emozioni e di cooperazione e anche la gestione del disaccordo. La valutazione misura l'abilità del genitore di porre limiti, di fornire una "struttura", di aiutare il bambino a imparare efficacemente, di fornire supporto emotivo e strumentale.

- intervista sulla percezione genitoriale

Le aree indagate sono: la personalità del bambino, com'è il bambino con ciascun genitore, esempi dei comportamenti difficili del bambino e descrizione della relazione con il bambino. L'intervista valuta le caratteristiche della rappresentazione soggettiva dei genitori, includendo la ricchezza, la flessibilità, la coerenza e la intensità del coinvolgimento, l'integrazione emotiva e il tono affettivo. Queste informazioni vengono integrate tramite le osservazioni.

Domains della relazione del caregiver

Gli autori illustrano i temi comuni alle valutazioni della relazione genitore-bambino nei casi di trascuratezza e maltrattamento.

- genitore: disponibilità emotiva/bambino: regolazione emotiva

La disponibilità emotiva viene descritta come la capacità del genitore di condividere una gamma di esperienze emotive con il bambino e di etichettare i propri sentimenti, così come quelli inferiti dal bambino, entro il contesto della relazione. Il grado in cui il genitore mostra disponibilità emotiva corrisponde a quello in cui il bambino può identificare e regolare la sua vita emotiva. Sfortunatamente, il congelamento e l'isolamento affettivo sono comuni nelle famiglie trascuranti e maltrattanti. Alcuni genitori evitano il contatto oculare, e appaiono preoccupati, mentre altri sembrano depressi e irritabili. Allo stesso modo, i bambini mancano di reazioni, sembrano senza vitalità o tristi e ritirati. In altre diadi entrambi i membri mostrano sentimenti di rabbia e usano l'aggressività per proteggersi dalla paura e dal dolore. Alcuni bambini associano l'aggressione e la violenza con la cura, altri provocano aggressioni forse come un mezzo sbagliato per ottenere padronanza dell'evento traumatico o per aderire alla visione genitoriale del bambino come danneggiato e nocivo. La violenza può anche essere una risposta appresa guardando i genitori, ricevendo punizioni o vedendola utilizzata dai pari. Alcuni bambini mostrano un'elevata tolleranza al dolore. Sono comuni l'evitamento e il distanziamento dal caregiver o mostrare messaggi misti di contatto e di evitamento.

- genitore: nutrimento, reazioni empatiche – bambino: sicurezza, fiducia, autostima

Le maggiori cadute nei compiti genitoriali possono risultare quanto i genitori sono incapaci di porsi al posto del loro bambino. I genitori spesso non si fidano del sistema, di se stessi, del bambino e questo porta ad un fallimento dell'empatia. Spesso i genitori maltrattanti usano la durezza e un linguaggio o azioni punitive in risposta all'espressione di sofferenza, bisogno di cura ed espressioni di affetto. I genitori possono criticare il bambino per essere troppo dipendente o bisognoso, anche quando il bambino comunica desideri coerenti con l'età di sviluppo, quando lotta per stare vicino o quando tenta di far sì che i suoi bisogni di sopravvivenza siano soddisfatti dal genitore. D'altra parte, alcuni genitori non rinforzano le espressioni di indipendenza dei figli, interpretando l'allontanamento da loro e la curiosità verso il mondo come un rifiuto nei loro confronti. Questi errori rendono i bambini insicuri, come evidenziato dall'evitamento del caregiver, resistenza del bambino ai tentativi del genitore di comunicare con

lui, o comportamenti appiccicosi senza abilità di essere calmato anche quando sofferente. I bambini possono sentirsi in colpa e possono ritenersi responsabili per il maltrattamento e le violenze, mentre vedono il caregiver in modo positivo e giustificato per i suoi abusi.

- Genitore: protezione – bambino: vigilanza/autoprotezione/sicurezza

I genitori che maltrattano i loro bambini hanno fallito nel proteggerli dal male. Il ruolo genitoriale include la protezione della sicurezza del bambino, anche se il bambino deve sviluppare la capacità di essere vigile per sopravvivere nell'ambiente circostante caotico e pericoloso. I genitori maltrattanti possono ritenersi non protettivi e pensare che il bambino debba curarsi da solo o che, addirittura, si prenda cura di loro. Quando il bambino cresce, il suo prendersi cura e iperproteggere i suoi genitori possono diventare un atteggiamento autoritario e coercitivo verso di loro. Per questo i bambini si mostrano spesso ipervigilanti.

- genitore: che conforta – bambino che cerca conforto

I genitori coinvolti in questi programmi, spesso mostrano poche abilità di confortare i loro bambini, spesso a causa della loro incapacità di entrare in contatto con le loro perdite o delusioni irrisolte e con la mancanza di conforto che loro stessi hanno vissuto. Quando i genitori non forniscono conforto ai bambini, questo ha effetti devastanti. Ci sono bambini che non sono capaci di cercare efficacemente conforto ed essere calmati: possono intensificare la loro sofferenza e poi rifiutare il conforto o mettere in atto comportamenti auto-lesionisti invece di cercare conforto. Ci sono anche bambini che si rivolgono agli estranei per ottenerlo o cercano di aiutare i loro genitori piuttosto che se stessi e sono indirettamente consolati dall'aver incontrato i bisogni del genitore. Il prezzo che i bambini pagano includono la mancata presa di contatto con i propri bisogni ed emozioni e l'incapacità di entrare in contatto con gli altri in un modo vulnerabile, generando problemi relazionali.

- genitore: insegnante – bambino: che impara/curioso/padronanza

L'insegnare è uno dei principali compiti genitoriali e i bambini mostrano una naturale curiosità. La motivazione intrinseca ha le proprie radici nell'aver sperimentato esperienze di scoperta che sono state incoraggiate e supportate dai genitori. I genitori che sono buoni insegnanti non propongono esperienze che sovrastano le capacità dei bambini, ma che li possano interessare e che permettano il successo. Spesso, i genitori che partecipano a questi percorsi non sono capaci di: focalizzare l'attenzione del bambino sul compito, spezzettare il compito in componenti più gestibili, creare entusiasmo per il completamento del compito, fornire indicazioni costruttive, anticipare la frustrazione e aiutare il bambino a superarla, permettere al bambino di tentare da solo, fornire assistenza quando il bambino la richiede o cambiare strategia quando necessario. I loro bambini spesso mancano di curiosità, sono incapace di tollerare l'ambiguità e la frustrazione, non accettano, mancano di entusiasmo e non sono perseveranti né si rivolgono ai genitori per assistenza. Questo clima può portare il bambino a non sentirsi sicuro, inefficace e ansioso in questi contesti di apprendimento.

- genitore: gioca – bambino: gioca/immagina

Il gioco è lo strumento principale che i bambini utilizzano per imparare e che i genitori possono utilizzare per insegnare. Nel gioco dei bambini che partecipano a questi programmi si ritrovano alcune tematiche: per es., il bisogno di nutrimento, il pulire, la padronanza, la sicurezza, la tensione tra autonomia e separazione, perdita e dolore. Scoprire come i genitori e i bambini gestiscono queste tematiche è molto importante.

- genitore: disciplina/pone dei limiti – bambino: autocontrollo/cooperazione

Imparare quali sono i confini di sé e degli altri, l'estensione e i limiti delle proprie capacità e le conseguenze delle proprie azioni sono i compiti principali dell'infanzia. I genitori che

maltrattano usano una disciplina troppo dura, così che il bambino subisce ferite, oppure declinano le loro responsabilità in questo ambito e lasciano che il bambino si crei i propri limiti. Nel loro processo di valutazione, gli autori esaminano come i genitori controllano e intervengono quando i bambini non rispondono ai loro desideri e quando mostrano comportamenti negativi o pericolosi, il grado in cui i genitori pongono limiti e lo fanno chiaramente e spiegano le conseguenze delle azioni. Inoltre viene esaminato se i bambini si adeguano alle richieste dei genitori, le ignorano o tentano di controllare i genitori. Alcuni bambini maltrattati sono prepotenti, aggressivi o implicati in inversioni di ruolo.

- genitore: cure strumentali/struttura/routines – bambino: autoregolazione/ predicibilità
i bambini imparano le proprie abilità e i propri confini attraverso le aspettative e i limiti dei propri genitori. I parenti che non hanno limiti, aspettative e programmi, insegnano ai bambini che il mondo è inaffidabile e che non si può contare l'uno sull'altro per stabilire e mantenere convenzioni e linee guida di comportamento. L'impredicibilità spesso crea confusione e rinforza i comportamenti di ribellione di insicurezza.

Concettualizzazione ed intervento

L'obiettivo della terapia è di aiutare il genitore e il bambino a sviluppare l'abilità di fidarsi del fatto che gli altri li terranno al sicuro, così che il genitore può proteggere se stesso e il bambino. Nel contesto terapeutico, i genitori possono esprimere i loro bisogni e le loro emozioni e così giungere a non vedere più il bambino come "troppo" bisognoso.

CAP. VII: Identificazione, valutazione e intervento all'interno dei setting pediatrici per i bambini piccoli traumatizzati.

McAlister Groves B., Augustin M.

Il riconoscimento del grande impatto del trauma anche sui bambini piccoli, ha portato alla progettazione di diversi studi che hanno dimostrato l'importanza di fornire uno screening per l'esposizione al trauma. Lo studio "le esperienze avverse infantili" (Felitti, 1998) ha messo in luce la prevalenza della vittimizzazione diretta e dell'esposizione alla violenza domestica in un ampio campione non clinico e gli effetti negativi sulla salute degli adulti. Lo specifico degli screening in ambito pediatrico è stato meno studiato. Gli autori forniscono i dati riguardanti diversi tipi di trauma: abuso (compreso quello sessuale), violenza domestica, violenza della comunità, trauma degli immigrati e dei rifugiati, esposizione a guerra o terrorismo.

Nonostante le ricerche documentino la vulnerabilità dei bambini piccoli alle esperienze traumatiche e la preoccupazione dell'opinione pubblica, ci sono poche informazioni nella letteratura pediatrica riguardo all'identificazione dei bambini traumatizzati (non i bambini abusati).

Barriere allo screening per il trauma psicologico nell'ambito del setting pediatrico

Dallo studio di Erikson et al. (2001) solo l'8.5% dei pediatri effettua lo screening per la violenza domestica e i più comuni ostacoli citati sono:

1. mancanza di tempo
2. training inadeguato
3. senso di impotenza
4. preoccupazione di offendere il paziente e la sua famiglia
5. presenza di bambini nella stanza durante lo screening

Il ruolo dei professionisti dell'ambito sanitario nel riconoscere nei bambini piccoli i sintomi associati al trauma

3 sintomi vengono maggiormente citati dai genitori: aumento dell'aggressività, difficoltà del sonno e incremento dell'ansia da separazione. I bambini esposti alla violenza domestica, specialmente

quella cronica, spesso mostrano sintomi associati al PTSD, anche se i criteri diagnostici per i bambini piccoli sono meno ben documentati di quelli nei più grandi e negli adulti. Vengono proposti alcuni criteri (Scheeringa e Zeanah, 1995) più sensibili ai profili di sviluppo:

- presenza di un evento traumatico o stressante
- sintomi di ri-esperienza dell'evento
- sintomi di evitamento
- sintomi di attivazione
- regressione nello sviluppo
- inizio di nuove paure, nuovi comportamenti aggressivi

In aggiunta ai sintomi comportamentali ed emotivi, le abilità cognitive, le credenze e l'apprendimento di abilità sociali sono influenzate dall'esposizione alla violenza, specialmente quella domestica.

I bambini che crescono con la violenza nelle loro case imparano precocemente una lezione riguardo all'utilizzo della violenza nelle relazioni e alla sua giustificazione. Alcuni bambini sono maggiormente influenzati di altri dall'esperienza della violenza, in base a variabili relative al bambino o ad altre relative alle risposte dei caregiver.

Strategie per effettuare lo screening nei bambini piccoli e nei loro genitori

1. esaminare i propri pregiudizi e le proprie credenze riguardo all'esposizione dei bambini alla violenza
2. imparare a parlare alle famiglie della violenza
3. integrare la valutazione nella routinaria raccolta della storia e negli interventi per il mantenimento dello stato di salute
4. se si conosce o si sospetta che il bambino sia esposto alla violenza programma un follow up
5. conoscere le risorse della comunità

Intervento nel setting pediatrico

I pediatri possono avere un ruolo importante nell'educazione e nel fornire linee guida ai genitori. Possono educare i genitori alla sensibilità dei bambini agli stati emotivi degli adulti. L'intervento ha 4 componenti: supporto, educazione, pianificazione della sicurezza, consulenza. Il primo obiettivo dell'intervento è quello di stabilizzare l'ambiente familiare e di supportare l'abilità dei genitori di fornire un supporto emozionale al bambino. L'educazione include il fornire informazioni riguardo agli effetti del trauma e a come gestire i sintomi.

Invio ai servizi specializzati

I pediatri devono inviare il bambino per ulteriori interventi nei seguenti casi:

- se i sintomi durano da più di 3 mesi e interferiscono sostanzialmente nella vita/funzionamento del bambino
- se il genitore è traumatizzato o compromesso nelle sua abilità di rispondere al bambino
- se il trauma comporta la perdita di un genitore o di un caregiver significativo.

CAP. VIII: Bambini piccoli traumatizzati

Gaensbauer T.J.

Descrizione generale del processo di valutazione

L'obiettivo del trattamento deve essere, quando possibile, il riportare il paziente e la sua famiglia al livello di funzionamento prima del trauma. Per questo il terapeuta non deve aver presente solamente i sintomi del PTSD, ma anche la gamma dei disordini sintomatici, dello sviluppo e dell'interazione e l'impatto sul sistema familiare. E' necessario lavorare con il bambino e la sua famiglia.

L'autore inizia solitamente la valutazione con un'intervista ai genitori senza la presenza del bambino. I genitori vengono incoraggiati a pensare che tutti i cambiamenti che sono seguiti al

trauma sono effetti di esso. Questo aiuta ad assicurare che i sottili effetti del trauma non saranno trascurati. Si raccolgono informazioni rispetto a queste aree:

- descrizione del trauma e di tutti gli eventi connessi
- i sintomi del bambino e i cambiamenti comportamentali
- l'impatto del trauma sui compiti di sviluppo
- ogni difficoltà relazionale
- gli effetti dei sintomi sulla famiglia
- reazioni personali dei genitori al trauma

Inoltre, sono raccolte informazioni sulla storia di sviluppo del bambino.

Dopo, quando si vede il bambino, lo si incoraggia a esplorare e giocare spontaneamente, per osservare variabili relative al funzionamento dello sviluppo. Tutti questi fattori hanno un'elevata importanza nel determinare il tipo di lavoro terapeutico. Specialmente nella fase iniziale, anche se i sintomi di angoscia sono indicatori particolarmente che i sentimenti legati al trauma non sono risolti, tuttavia è importante che non sovrastino il bambino. Una sufficiente distanza psicologica e il raggiungimento di una condizione di sicurezza, sia a casa sia nel contesto terapeutico sono condizioni essenziali per la terapia. La presenza dei genitori durante la terapia può offrire molti vantaggi, anche se si possono correre dei rischi se loro non sono in grado di gestire le emozioni e i contenuti che emergono.

Osservazioni generali riguardo alla terapia

La fase iniziale della terapia è focalizzata sui sintomi acuti del PTSD; appena questi diminuiscono si può comprendere meglio il significato dell'evento traumatico per il bambino. Successivamente si può lavorare a livello terapeutico anche sulla connessione tra evento traumatico e relazione bambino-genitore. Spesso i genitori decidono di interrompere il percorso quando i problemi connessi al trauma sono sufficientemente rientrati. La flessibilità nella scelta degli obiettivi implica anche una duttilità nell'utilizzo delle diverse tecniche terapeutiche e dei vari setting. Uno degli obiettivi della terapia è quello di aiutare il bambino a costruire una narrazione coerente e accurata dell'evento, per correggere le incomprensioni o le distorsioni cognitive inevitabili. L'aiuto più importante è spesso quello di fornire ai genitori le strategie per gestire a casa i sintomi. Un punto fondamentale è quello di aiutare i genitori a comprendere che le azioni del bambino sono un risultato dell'esperienza traumatica. Spesso sono necessarie tecniche di desensibilizzazione al trauma.

PARTE III

COME RAGGIUNGERE NEL MODO PIU' PRECOCE I BAMBINI TRAUMATIZZATI IN MODO GRAVE

CAP. XI: Guarire il bambino all'interno del tribunale minorile

Osofsky J. D., Lederman C.

Inaspettatamente, il tribunale dei minori è diventato un posto dove guarire i bambini: al suo interno di prendono decisioni, spesso irrevocabili, che riguardano il loro futuro. Un lavoro di rete tra i giudici e i professionisti della salute mentale può aiutarli a scegliere e decidere nel modo migliore.

I tribunale minorile e i bambini

Il tribunale dei minori può essere ritenuto un luogo di cura per i bambini se contribuisce a diminuire gli effetti negativi attraverso la concessione di un'opportunità di cambiamento al bambino e alla famiglia. Un aspetto critico in questo senso è che si è abbassata l'età dei bambini che entrano nel sistema di welfare. Questi bambini stanno in carico a lungo ed è per questo necessario che chi entra in contatto con loro sappia come meglio proteggerli e promuovere un sano sviluppo.

Compresenza della violenza domestica e maltrattamento nei bambini

La letteratura dimostra che spesso insieme alla violenza domestica è presente anche il maltrattamento di questi bambini. Effetti negativi sono più probabili per i bambini che vivono entrambe le situazioni e, frequentemente, in queste famiglie si aggiungono altri fattori di rischio.

Costruire relazioni di collaborazione per aiutare i bambini nel tribunale dei minori

I professionisti della salute mentale possono assistere i giudici in diversi modi:

- fornire informazioni e training riguardo allo sviluppo del bambino
- fornire conoscenze riguardo ai bisogni dei bambini
- fornire risorse sotto forma di informazioni, screenings, valutazioni, terapie e altri servizi

Un collocamento non idoneo potrebbe arrecare ulteriori danni al bambino, per cui è utile far presente ai giudici le loro esigenze a scopo preventivo.

Domande che ogni giudice e avvocato dovrebbe chiedere riguardo ai bambini all'interno del sistema di welfare

- il bambino ha ricevuto una valutazione completa dello stato di salute da quando è entrato nella comunità?
- È stato vaccinato completamente o in modo adeguato all'età?
- È stato controllato dal punto di vista uditivo e visivo?
- È stato controllato per l'esposizione al piombo?
- Ha ricevuto regolari cure dentali?
- Il bambino ha è stato controllato per malattie contagiose?
- Il bambino ha una "ambulatorio medico" dove può ricevere cure in maniera coordinata, continua e completa?
- Lo sviluppo del bambino è stato valutato da parte di un esperto?
- Il bambino e la sua famiglia stanno ricevendo interventi?
- È stato controllato, valutato riguardo alla salute mentale?
- Ha ricevuto i necessari servizi per la salute mentale?
- È coinvolto in un programma di alta qualità per la prima infanzia?
- Questo programma è ferrato rispetto ai bisogni di un bambino coinvolto nel sistema del welfare?
- È collocato con caregiver preparati ai bisogni dei bambini che collocati fuori casa?
- I caregiver hanno accesso alle informazioni e al supporto collegato ai bisogni particolari del bambino?
- I genitori affidatari sono in grado di identificare i comportamenti problematici e di cercare i servizi appropriati?
- Sono stati fatti tutti gli sforzi per non cambiare il collocamento al bambino?

CAP. X: Alleanze per i bambini piccoli in tribunale

Van Horn P.

Hitchens D.J.

Questo capitolo illustra un tentativo, compiuto da partner pubblici e privati, per spostare il focus dell'intervento con i bambini e le loro famiglie dalla punizione al miglioramento e alla prevenzione.

Unione della corte: il primo passo di San Francisco verso l'intervento preventivo

Nel 1997, un giudice (Hitchens J.D) ha iniziato un processo per spostare S. Francisco verso il modello "una famiglia - un giudice". Fino a quel momento, i dipartimenti della corte erano fisicamente e logisticamente divisi e comunicavano poco tra loro. C'erano giudici che si occupavano in modo separato delle diverse problematiche (maltrattamento, trascuratezza, separazioni, tutela, ecc.). Una singola famiglia poteva avere a che fare con più di un dipartimento,

che non interagivano l'uno con l'altro e doveva quindi interloquire con diverse corti per risolvere problemi correlati.

L'unione di tutte le Corti Supreme dei dipartimenti non criminali che assistono le famiglie è stata progettata per rimediare a questi potenziali conflitti e cambiare l'immagine che le famiglie avevano delle corti come "luoghi" confusi. Questo ha avuto come conseguenza anche che i giudici hanno dovuto diventare esperti di tutti i problemi che affliggono le famiglie, non avendo più un unico settore specifico di cui occuparsi.

Attualmente le diverse corti lavorano insieme, la Corte criminale per la Violenza Domestica non appartiene alla Unified Family Court, ma ha adottato protocolli per riferire tutti gli accusati di violenza domestica con bambini.

Perché coinvolgere le corti nella collaborazione per prestare servizi ai bambini

Le corti sono i luoghi tra le varie istituzioni dove è più probabile trovare bambini e famiglie con problemi, per questo può diventare il luogo dove si interrompono i pattern distruttivi attraverso la collaborazione con i servizi.

Primi passi verso la collaborazione: lavorare con le singole agenzie

Anche prima di formare la Unified Family Court, sono stati sperimentati pionieristici modi di collaborare per servire le famiglie: nel 1989 è stata fondata la Kids' Turn, un'agenzia che offre gruppi psicoeducazionali per bambini tra i 4 e i 14 anni i cui genitori stanno divorziando e gruppi per gli stessi genitori, poi sono stati aggiunti anche gruppi per bambini sotto i 3 anni. E' stato creato anche il Rally Project: un centro che offre visite supervisionate in caso di separazioni violente e conflittuali. Nel 1997 è stato fondato il Child Trauma Research Project che offre servizi a bambini di età inferiore ai 6 anni che sono testimoni di violenza domestica o che hanno vissuto altri traumi interpersonali. La collaborazione tra le corti e questo ente ha posto alcune domande:

- come può essere formato gli agenti della magistratura e l'altro personale affinché possa fare da riferimento agli enti che collaborano? Come possono sapere quali casi sono appropriati per l'invio?
- Quali tipo di feedback la corte si deve aspettare da le agenzie che collaborano? Come mantenere la fiducia delle famiglie che utilizzeranno il servizio?

Passo successivo: collaborazione della comunità

La corte ha invitato i professionisti e tutti coloro che hanno a che fare con i suoi servizi, comprese le famiglie, a lavorare insieme un giorno intero per studiare come renderla più efficiente e accessibile.

Collaborazioni per i bambini: progetti specifici

Youth Family Violence Court: una collaborazione che ha messo insieme diverse agenzie pubbliche e private nell'aula di tribunale per effettuare un cambiamento nella gestione di alcuni casi di delinquenza. Altri due progetti hanno avuto come obiettivo quello di rendere i servizi della comunità più accessibili ai bambini e alle loro famiglie.

Collaborazioni per i bambini piccoli basate sulla legge per la famiglia

Nella Family Court, i genitori possono decidere per i loro bambini, ma spesso hanno troppi conflitti personali per mettere al primo posto gli interessi dei figli. La corte collabora con le agenzie del territorio per rendere disponibili i servizi, può fare invii e può assistere le famiglie nel contrattare i servizi e può programmare i follow-up.

Valutazione dei bambini per la corte

I clinici incontrano i bambini di 5 anni o più piccoli e i loro genitori su invio sia degli ufficiali che dei mediatori. Vengono effettuati: la raccolta di informazioni riguardanti le difficili esperienze, la

valutazione del funzionamento emotivo e del comportamento. Al termine, viene data una restituzione ai genitori, che possono essere inviati ai servizi se è necessario.

Questo tipo di servizio ha creato problemi con gli avvocati, che hanno avuto rassicurazioni riguardo al fatto che l'intento di questa valutazione è di offrire alle famiglie un servizio perché i genitori possano decidere al meglio per i loro figli.

CAP. XI: Lavorare con i bambini traumatizzati all'interno del welfare system

Smyke A.T., Wajda-Johnson V., Zeanah C.H. Jr.

Nel lavorare con i bambini piccoli all'interno del welfare system bisogna considerare che i loro bisogni sono diversi da quelli degli altri bambini più grandi perché sono legati alla fase di sviluppo.

Il trauma e i bambini molto piccoli

- abuso fisico: gli effetti di questo tipo di abuso sono devastanti (shaken baby sindrome): i bambini sotto i 6 anni sono l'85% dei bambini uccisi da un abuso. I genitori spesso riferiscono che il pianto persistente è uno dei principali fattori che porta all'abuso.
- Trascuratezza: è la prima causa che porta i servizi a dare i bambini in affidamento. Può essere presente in un ambiente caotico dove il bambino non riceve supporto e non viene controllato.
- Abuso sessuale: i bambini sotto i 4 anni rappresentano il 10% delle vittime in USA con l'aggravante che spesso non sono in grado di raccontare l'abuso per mancanza di competenze linguistiche. Spesso sono i sintomi a suscitare preoccupazioni.
- Violenza domestica: è ben documentata la sua presenza nei casi di abuso sessuale. Questo tipo di abuso porta il bambino a provare sentimenti caotici: minaccia da parte della persona che dovrebbe proteggerlo. Sono anche elevati i rischi di danni fisici e morte. I bambini esposti a questo tipo di violenza possono mostrare ansia o aggressività verso i pari, attaccamento disorganizzato o sintomi di PTSD.
- Interruzione del legame di attaccamento

Componenti del welfare system che si occupa di bambini

- la famiglia di origine del bambino
- child protective service: il primo contatto della famiglia con il welfare system avviene attraverso un investigatore che agisce dopo un rapporto che segnala cure non adeguate. Quando possibile, l'investigatore intervista i membri della famiglia e ispeziona la casa. Se decide che le affermazioni sono veritiere, decide quale intervento attuare. Se un bambino viene collocato presso un familiare o in una comunità viene assegnato un caseworker dal CPS a lui e al genitore. L'operatore aiuta la famiglia e predispone un progetto per risolvere i problemi e deve monitorare il benessere del bambino.
- La famiglia affidataria: il training richiesto e l'esperienza di queste famiglie variano da un stato all'altro. Si creano complesse dinamiche tra il bambino affidato, la famiglia affidataria e quella naturale.
- Clinici: sono chiamati a ricoprire diversi ruoli nell'ambito dei processi di valutazione, terapia e counseling. Un aspetto importante è che deve essere chiaro a loro e alle famiglie chi è il loro cliente (il bambino, i genitori, ecc.).
- Il sistema legale
- Il sistema medico ed educativo: possono essere i primi ad osservare i sintomi dell'abuso, è importante che conoscano le leggi riguardo alla segnalazione.

Tipologie di interventi

- *Terapia con la diade*: ha obiettivo di aiutare i genitori a considerare il loro figlio come un individuo a sé piuttosto che come una scissione o un aspetto rifiutato del sé, o come una

riattualizzazione della relazione con il proprio passato. I genitori devono anche sviluppare un'empatia verso le esperienze del bambino e la capacità di porre i suoi bisogni prima dei propri. Inoltre, devono accettare le responsabilità del maltrattamento e il loro fallimento come protettori e voler cambiare. Uno dei modelli frequentemente utilizzato è quello "bambino-genitore" o quello "consigli riguardo all'interazione". Un aspetto importante di questo approccio è che la relazione tra il bambino e il terapeuta è visibile al genitore.

- *Psicoterapia individuale con il genitore*: spesso è utile effettuarla insieme alla terapia bambino-genitore ed è studiata per elaborare problemi interpersonali e genitoriali.
- *Terapie ausiliarie*: raccomandate quando si tratta di rimuovere altri ostacoli ad una genitorialità efficace (abuso di sostanze, ecc.) o di favorire lo sviluppo del bambino.
- *Interventi sullo sviluppo*: in molti casi è necessario aiutare i genitori a comprendere i danni a lungo termine dei maltrattamenti sullo sviluppo dei loro bambini.

CAP. XII: Come il rispetto della legge e i professionisti della salute mentale possono allearsi per aiutare i bambini traumatizzati

Osofsky J.D., Hammer J.H., Freeman N., Rovaris J.M.

Viene presentato un programma basato sulla premessa che i primi interventi effettuati dalla polizia possono essere cruciali nell'aiutare i bambini traumatizzati, perché se si interviene subito i sintomi dei bambini sono meno gravi e i caregiver non sono ancora sopraffatti dai loro comportamenti disfunzionali.

Sviluppo del programma di intervento contro la violenza per i bambini e le loro famiglie (VIP)

Questo programma è stato creato dal dipartimento di psichiatria dell'università della Louisiana in collaborazione con il dipartimento di polizia di New Orleans, con lo scopo di ridurre gli effetti negativi sui bambini causati dalla violenza assistita. La prima fase è stata quella di valutare i bisogni e di studiare strategie per aumentare la sensibilità dei poliziotti verso questi bambini.

Dopo alcuni anni di questo progetto è possibile osservare che:

- i bambini che sono stati segnalati molto dopo il trauma hanno molti problemi, anche se hanno vissuto con un caregiver che li ha amati e curati
- i bambini che sono stati esposti alla violenza da piccoli, ma sono stati segnalati per il progetto 2 anni dopo la violenza mostrano problemi di apprendimento, spesso insieme a disturbi comportamentali e acting out.
- altri bambini che vengono segnalati tardivamente si mostrano più ritirati o depressi.
- tutti i bambini che vengono segnalati possiedono ricordi delle violenze, anche se sono accadute 4-5 anni prima o quando non avevano ancora 2 anni e anche se pochi li avevano condivisi.

Come costruire una partnership con la polizia

Per lavorare insieme, è necessario che sia i professionisti della salute mentale sia i poliziotti facciano alcuni sforzi per venirsi incontro riconoscendo le rispettive competenze.

- *evoluzione e sviluppo del programma "Safe start"*

questo programma è focalizzato sui bambini di età inferiore ai 2 anni esposti a violenza domestica. L'intervento prevede un team operativo che gestiva una hot line operativa 24/24 h., un servizio di consulenza e una gamma di servizi per i bambini e le famiglie. Il programma era gestito da uno staff multidisciplinare ed è nato su input di uno dei distretti di polizia di New Orleans. Il capitano di questo distretto ha condotto alcuni studi dai quali è risultato che l'87% delle persone colpevoli di violenza domestica aveva assistito da bambino ad episodi dello stesso genere. Uno degli aspetti importanti di questo programma è stato quello di fornire un training

agli agenti e di aiutarli a fornire un intervento sensibile e appropriato ai bambini coinvolti in casi di violenza domestica. Il training ha previsto un periodo di affiancamento degli agenti da parte dello staff. Un'altra componente del progetto è stato il lavoro sui bambini abusati svolto in collaborazione con l'Unità Centrale contro gli abusi sui bambini. Per la riuscita del progetto è stata indispensabile la disponibilità emotiva dello staff. E' stato anche realizzato un kit da portare sulla scena del crimine durante le chiamate per fornire informazioni ai genitori, opuscoli riguardanti gli effetti della violenza sui bambini e materiale di gioco.

- *l'iniziativa "Safe Start" di New Orleans*

un altro obiettivo del progetto è stato quello di fornire una migliore documentazione riguardo all'esposizione dei bambini alla violenza e di condividerla con una comunità più ampia possibile. Inoltre, i dati ottenuti sono stati paragonati a quelli relativi all'abuso per determinare la co-presenza di questi due tipi di violenza.

Problemi relativi al training con la polizia

Attraverso questo programma è stato possibile far comprendere agli agenti quanto fosse importante il loro ruolo nel confortare e supportare i bambini nel caso di episodi di violenza domestica. Uno dei problemi è stato quello relativo alla mancanza di riconoscimento dei casi di maltrattamento e violenza verso i bambini, dato confermato dal fatto che i ¾ dei casi vengono segnalati da servizi non investigativi. Viene presentato il protocollo di intervento.

Lezioni apprese dall'intervento contro la violenza e dai programmi "safe start"

- è importante che i professionisti della salute mentale siano realmente presenti e disponibili per avere un impatto sulle pratiche quotidiane della polizia
- è importante rispettare le diverse professionalità,
- è necessario ottenere la collaborazione di tutti i livelli del dipartimento
- per la buona riuscita del progetto è essenziale realizzare poche cose ma bene e tenere presente che un programma deve essere svolto per alcuni anni prima di essere pienamente accettato.

PARTE V: PROSPETTIVE FUTURE

CAP. XIII: Come la ricerca dà forma al lavoro clinico con i bambini traumatizzati

Bosquet M.

Valutazione

L'articolo riporta le aree da sottoporre a valutazione e alcuni strumenti utilizzabili:

Con il bambino

- attuale funzionamento dello sviluppo:
 - ages and stages questionnaires: può essere utilizzato per individuare i bambini con ritardo di sviluppo e che hanno bisogno di un'ulteriore valutazione
 - bayley scales of infant development II: utilizzabile per misurare lo sviluppo di bambini tra 1 e 42 mesi è costituita da 2 scale (indice dello sviluppo mentale e indice dello sviluppo psicomotorio)
 - wechsler preschool and primary scale of intelligence: può essere utilizzata con bambini al di sopra dei 3 anni e valuta le competenze verbali e non verbali (c'è anche una versione per bambini ancora più piccoli).
- sintomatologia:
 - diagnostic classification of mental health and developmental disorders of infancy and early childhood: completa il DSM IV, da notare l'aggiunta di un asse riguardante la relazione

- child behavior checklist for ages 1 ½ to 5: è uno strumento che misura il funzionamento emotivo e comportamentale, viene completata dai caregiver o altre persone che vedono il bambino nell'ambiente domestico.
- Infant-toddler social and emotional assessment: è una misurazione basata su report dei caregiver riguardo problemi emotivi e competenze.
- Trauma symptom checklist for young children: è somministrata ai caregiver e valuta i comportamenti, le emozioni e i sentimenti legati al trauma in bambini di età compresa tra i 3-12 anni.
- storia del trauma:
 - traumatic events screening instrument – parent report form - revised: formulata per controllare la storia del trauma e la presenza di reazioni traumatiche. È adatta a valutare un'ampia gamma di eventi potenzialmente traumatici.
- altre storie rilevanti e informazioni demografiche: devono essere raccolte informazioni riguardo allo sviluppo, ad aspetti medici, sociali e di storia familiare.

Con i caregiver

- psicopatologia e sintomatologia:
 - structured clinical interview for DSM IV: fornisce informazioni dettagliate riguardo al I e II asse diagnostico.
 - Beck depression inventory II: uno strumento self report per misurare la presenza e la gravità dei sintomi depressivi in soggetti sopra i 13 anni
 - Beck anxiety inventory: misura la presenza e la gravità dei sintomi ansiosi in soggetti sopra i 17 anni.
 - Davison trauma scale: una misurazione self-report per valutare il PTSD e fornisce un aiuto nel trattamento degli adulti
- stress e storia del trauma:
 - life stressor checklist revised: una misurazione self report per adulti, valuta l'esposizione al trauma, l'incidenza e l'impatto degli eventi stressanti sul funzionamento attuale.
- stato mentale riguardo all'attaccamento:
 - adult attachment interview: intervista semistrutturata formulata per valutare come gli adulti riflettono sulle loro esperienze infantili e su come queste influenzano la loro vita.
- altre storie rilevanti e informazioni demografiche:

Misurazioni relative alla relazione bambino-caregiver

- clinical problem solving procedure – Crowell procedure: adatta per bambini a partire dai 12 mesi è costituita da 9 episodi strutturati per elicitar vari comportamenti del caregiver e del bambino.
- MacArthur story stem battery: utilizzata per valutare le rappresentazioni interne dell'attaccamento dei bambini in età pre-scolare, è costituita da 6 storie che l'esaminatore inizia a raccontare e che il bambino deve completare.
- Working model of the child interview: utilizzata per elicitar nei caregiver le rappresentazioni interne dei loro bambini piccoli, valutando le caratteristiche della narrazione, il tono affettivo, l'organizzazione della narrazione.

Interventi di terapia

Ci sono poche ricerche sistematiche sull'efficacia delle terapie con i bambini piccoli traumatizzati. Sono stati identificati 6 obiettivi:

- stabilire un senso di sicurezza sia nella vita del bambino sia nel setting terapeutico
- ridurre l'intensità delle emozioni associate all'evento traumatico

- portare il bambino a sviluppare un racconto coerente dell'evento
- aiutare il bambino ad integrare psicologicamente gli eventi traumatici e guadagnare un senso di padronanza su di essi
- rivolgere l'intervento sugli effetti derivanti dal trauma
- fornire supporto e indicazioni ai familiari del bambino.

Vengono inoltre individuati alcuni target:

- sintomatologia clinica
- deficit di sviluppo
- problemi del caregiver
- fattori sociali
- interventi specifici sul trauma

Questi interventi possono includere la ristrutturazione percettiva del trauma, l'osservazione e l'evitamento dell'esposizione ai trigger collegati al trauma, interventi per altre avversità secondarie, supporto nel procedimento giudiziario, lavoro sul dolore delle perdite associate al trauma, facilitazione del mantenimento degli sforzi di pianificazione.

Viene esaminato il modello di terapia bambino-genitore che viene proposta con i seguenti obiettivi: rendere capace la madre di apprezzare il mondo interno del bambino e avvicinarsi ad esso, aiutare la madre e il bambino a costruire una narrazione condivisa delle loro esperienze, dare alla madre e al bambino uno spazio sicuro nel quale esprimere i loro conflitti e risolverli in modo costruttivo. Dalle ricerche emerge che questo tipo di terapia sembra essere quello più efficace in questi casi.

CAP. XVI: Prospettive nel lavoro con i bambini piccoli traumatizzati

Osofsky J. D.

Vengono espresse le preoccupazioni relative alle persone che lavorano con questi bambini, non solo per i terapeuti, ma anche quelli che forniscono i primi interventi (polizia, assistenti sociali) e spesso hanno poco supporto benchè essi stessi vengano esposti al trauma.

I terapeuti possono sperimentare gli stessi sintomi post-traumatici dei loro pazienti: si tratta di tipiche reazioni di chi lavora con i traumatizzati. Questa "vittimizzazione vicaria" può portare al burn out. Altri problemi che riguardano la figura del terapeuta sono il controtransfert e la chiusura della terapia, soprattutto con i bambini che hanno già sperimentato vissuti di perdita. Per questi motivi è essenziale la supervisione, in modo che il terapeuta possa esprimere i suoi sentimenti. Nader (1994) fornisce alcune linee guida per i terapeuti: deve sviluppare la volontà di ascoltare tutto e di essere capace di contenere le informazioni e i sentimenti per poter essere d'aiuto al bambino; è cruciale che il terapeuta riconosca che il recupero dal trauma si svolge in fasi; il lavoro sul burnout e il controtransfert devono essere considerati come parte del lavoro del terapeuta.

Per il lavoro con questi bambini è importante.

- non aver paura di parlare dell'evento traumatico
- fornire coerenza e prevedibilità
- mostrarsi "materni" e affettivi nei modi e contesti appropriati
- discutere con il bambino le aspettative riguardo al suo comportamento
- parlare con il bambino e spiegargli le cose
- fare attenzione alle sequenze post-traumatiche, ai segnali di evitamento e di riattivazione
- se possibile, proteggere il bambino da nuove traumatizzazioni
- fornire al bambino possibilità di scelta e di controllo
- se si hanno dubbi, chiedere aiuto!!
- utilizzare la supervisione, non lavorare con il trauma da soli.