

BOYD WEBB N. (1999) Play Therapy with Children in crisis. The Guilford Press, New York

Parole chiave: *terapia, terapia di gruppo, gioco, trauma, fiabe, EMDR, suicidio, abuso sessuale, trascuratezza, lutto, crisi, violenza assistita, alcolismo, tossicodipendenza, traumatizzazione secondaria*

Il libro, di cui vengono riassunti i capitoli che riguardano più direttamente il lavoro con i bambini abusati e maltrattati, oltre che quello che tratta come prevenire la traumatizzazione secondaria del terapeuta, è molto interessante in quanto è possibile trovarvi sia l'esposizione teorica sul trauma, sulla valutazione e sulla terapia, sia l'accurata descrizione di casi clinici, con trascrizioni di sedute o di parti di esse e, particolarmente importante, il follow-up dei casi stessi. Un altro aspetto significativo è la possibilità di controllare il proprio apprendimento tramite una serie di domande poste alla fine di ogni capitolo.

Capitolo 1 Valutazione del bambino in crisi. Nancy Boyd Webb

Concetto chiave e' la definizione di crisi, intesa come "percezione di un evento o di una situazione come di una difficoltà intollerabile che supera le risorse e i meccanismi di coping" ... con la possibilità o meno di causare un grave mal funzionamento a livello affettivo, cognitivo e comportamentale" (Gililand e James, 1997), dove il termine percezione sottolinea che la crisi e' definita in base a criteri legati alla soggettività'.

L'autrice evidenzia di volere usare il termine crisi e non trauma per enfatizzare come la crisi possa o meno esitare in una traumatizzazione e nella formazione di sintomi. Un tempestivo intervento può' diminuire o annullare la trasformazione della crisi in trauma.

Il sistema di valutazione si basa su tre aspetti fondamentali, che si influenzano reciprocamente, la natura della crisi, i fattori individuali e i punti di forza e di debolezza del sistema di supporto. Per ognuno di questi aspetti l'A. propone una scheda per la raccolta dei dati.

Capitolo 2 intervento nella crisi attraverso il gioco con il bambino. Nancy Boyd Webb

Il gioco non deve mai diventare il fine della terapia, che deve essere condurre il bambino a maggiori capacità di verbalizzazione. L'A. spiega ai bambini nella prima seduta che è una dottoressa che aiuta i bambini e le loro famiglie quando hanno guai e preoccupazioni.

Quando il bambino riesce a parlare delle proprie angosce, va ascoltato e incoraggiato verso ulteriori verbalizzazioni. Tuttavia il gioco è un rifugio sicuro quando il dolore cresce e il bambino ha necessità tenersi lontano da connessioni esplicite.

Il gioco non andrebbe interpretato troppo direttamente, proprio come avviene con le fiabe il cui simbolismo non va interpretato, secondo Bettelheim per non privare il bambino di una necessaria valvola di sfogo simbolica.

Fino a quando usare il gioco? Sicuramente per l'età prescolare e per tutta l'età di latenza, ma non ci sono regole, l'arte terapia, alcune tecniche di visualizzazione e alcuni giochi da tavola possono essere usati anche in età adolescenziale e adulta.

Gli scopi del gioco sono i seguenti:

1. strumento diagnostico
2. aiuto nello stabilire una relazione terapeutica
3. mezzo per elaborare le difese e maneggiare l'ansia
4. assistenza nella verbalizzazione dei sentimenti
5. aiuto al bambino per fare emergere materiale inconscio e dare sollievo alle tensioni che lo accompagnano
6. aiuto nell'aumentare gli interessi del bambino anche al di fuori della terapia.

Il gioco nelle situazioni di crisi

Attraverso il gioco il bambino cerca di padroneggiare le esperienze traumatiche: ripetendo nel gioco la situazione di crisi, il bambino trasforma la passività e l'impotenza in attività e possibilità di controllare la situazione.

Tuttavia il gioco post traumatico, che ha la forma di un gioco monotono, ritualizzato, poco comunicativo, fallisce nel dare sollievo al bambino. Secondo Lenore Terr un bambino gravemente traumatizzato ha altrettanto bisogno di verbalizzare che di giocare. La Terr raccomanda di adoperare una forma di psicoterapia basata sul gioco preparato in cui cioè il terapeuta incoraggia deliberatamente il bambino a rimettere in scena il trauma, fornendogli il materiale più adatto allo scopo. La fase della ricostruzione comprende una revisione verbale del trauma in cui il terapeuta aiuta il bambino a elaborare i vissuti di colpa e di paura.

Un altro approccio è quello di David Levy che non usa la verbalizzazione né l'interpretazione dei vissuti del bambino durante il gioco, soprattutto con i bambini molto piccoli.

Segue una revisione dei vari metodi di gioco e dei materiali necessari, con l'avvertimento che la stanza di terapia non deve sembrare un negozio di giocattoli e che troppo materiale è iperstimolante e quindi anti terapeutico:

1. tecniche d'arte (disegno, creta, plastilina ecc)
1. gioco con le bambole (bambole, personaggi della famiglia, animali ecc.)
2. burattini

3. fiabe che il bambino ascolta dal terapeuta, o che il bambino costruisce insieme al terapeuta. Ciò permette distanziamento, identificazione, proiezione. Gardner (Gardner R. A. (1971) *Therapeutic communication with children. Mutual storytelling technique* Jason Aronson, New York) ha ideato una tecnica che consiste nel fatto che il bambino inventa una storia nella quale il terapeuta interviene adattandola in modo da usare un modo più sano di risoluzione dei conflitti. L'Autore audio o videoregistra in modo che poi il bambino possa rivedersi o riascoltarsi. La tecnica combina quindi le componenti di fascino e di distanziamento insite nell'ascolto della fiaba con un approccio terapeutico che aiuta il bambino a considerare soluzioni alternative nelle situazioni problematiche. [Non si accenna a un uso in gruppo]. L'Autrice usa un adattamento della tecnica di Gardner (che è molto strutturata), che ricorda l'uso della Story Stem Battery: allestisce una scena poi chiede al bambino di farle vedere "cosa succede poi". Un ulteriore adattamento consiste nel creare un libro in cui vengono raccolte tutte le storie; regala ai bambini, per esempio, per il loro compleanno un quaderno dove scrivere autonomamente le proprie storie, che poi possono essere condivise in seduta.
4. Giochi da tavolo: oltre a giochi definiti 'standard' vi è una lista di giochi 'terapeutici', con indicazioni su come reperirli: Strategie contro lo stress; Il gioco del parlare, sentire e fare; The ungame; Le carte per lo storytelling; Il gioco dell'arrivederci.
5. Altro: il gioco della sabbia, non diffuso negli USA, l'uso delle fotografie, il giardinaggio, tecniche particolarmente efficaci con i bambini con malattie fisiche.

Il ruolo del terapeuta consiste principalmente nel partecipare al gioco senza essere intrusivo, funzionando come io ausiliario per aiutare il bambino a comprendere gli avvenimenti e i sentimenti e ad elaborare quelli negativi abbassando gradualmente le difese e trovando modi più accettabili di esprimere gli affetti. L'interpretazione andrebbe usata facendo caute connessioni tra il gioco simbolico e la vita del bambino, solo dopo che si è instaurata una relazione.

Per fare tutto ciò il terapeuta deve osservare il gioco, chiedendo al bambino di descriverlo e inserendosi in esso e partecipandovi attivamente, suggerendo motivazioni e/o sentimenti nel contesto del gioco ed eventualmente dando gli opportuni limiti

Il terapeuta secondo l'A. dovrebbe avere una solida esperienza con gli adulti, o comunque almeno essere in grado di ingaggiare adeguatamente genitori e datori di cura, visto che spesso la terapia dei bambini fallisce proprio perché non si riesce a guadagnarseli come alleati nella terapia.

Il migliore trattamento è quello multimodale sia rispetto alle tecniche sia rispetto ai formati. I genitori possono essere coinvolti con incontri loro riservati e/o contatti per aggiornamenti, a volte sono necessarie sedute bambino – genitori, che vanno programmate con il bambino.

Il metodo più estremo di coinvolgimento dei genitori è quello di Furman e di van Fleet che comprende la diagnosi del bambino e successivamente l'esclusivo lavoro con i genitori.

Capitolo 3 Il bambino testimone di violenza domestica. Il caso di Michael, 4 anni e il suo follow up a 16 anni. Nancy Boyd Webb

Michael ha assistito alla violenza fisica del padre sulla madre tra i 18 e i 30 mesi, in uno di questi episodi la madre è stata ferita in faccia e ha perso molto sangue ed è dovuta andare all'ospedale. I genitori hanno divorziato quando Michael aveva 4 anni, nello stesso periodo il bambino e la mamma si sono trasferiti a vivere presso il nuovo compagno della mamma, Bill. La coppia si è sposata 6 mesi più tardi, nello stesso periodo Michael ha rischiato di essere espulso dalla scuola materna a causa del suo comportamento aggressivo: atti di bullismo verso i compagni, scenate, violenza verbale verso gli insegnanti. A casa il piccolo è sempre irritabile e piange molto, ha difficoltà ad addormentarsi e incubi.

Michael viene portato in psicoterapia su insistenza del suo insegnante, all'età di 4 anni, nel periodo in cui la mamma sta per risposarsi.

Per prima cosa la terapeuta vede la mamma e il nuovo marito, per raccogliere la storia attuale e precedente del bambino, inclusa la descrizione delle scene di violenza a cui Michael ha assistito e le spiegazioni date per la separazione, la qualità della relazione del bambino con il padre e con il futuro patrigno, il comportamento a scuola e le reazioni degli insegnanti. Altro obiettivo di questo incontro è concordare come spiegare a Michael la psicoterapia: devono dire al bambino in modo chiaro e non punitivo che sono preoccupati per come fare ad aiutarlo nel modo migliore e che hanno già parlato con una dottoressa che aiuta i bambini e le famiglie.

La terapeuta contatta telefonicamente la scuola per avere ulteriori notizie sul comportamento di Michael

Viene effettuata una seduta con il bambino (da solo), in cui la terapeuta dà la stessa spiegazione sopra descritte sull'intervento. Michael risponde che ha un sacco di guai, e cita mal di testa e di stomaco. Fa vedere i muscoli per dimostrare che è forte. Nega qualsiasi paura o sentimento di tristezza, così come nega di picchiare gli altri bambini, ma ricorda che i suoi genitori si picchiavano.

La terapeuta elabora i dati a disposizione e ritiene che l'inaffidabilità dell'oggetto di attaccamento abbia creato un'intensa ansia e sentimenti di insicurezza, che a loro volta hanno innescato sentimenti di rabbia nel bambino, rabbia che non ha trovato lo sfogo necessario verso il padre

assente e si è rivolta a sé e agli altri. I sintomi descritti fanno ipotizzare un PTSD (disturbi del sonno, irritabilità e scoppi d'ira, rimessa in scena nel gioco di lotte brutali) da violenza assistita.

Il piano di trattamento comprende sedute settimanali con il bambino, mensili con madre e futuro marito, consulenza telefonica alla scuola, disponibilità a incontrare il padre di Michael

Riassunto delle prime 8 sedute: dopo un breve rituale di inizio seduta in cui la terapeuta chiede come sia andata la settimana a casa, a scuola, come ha dormito e come sono andate le visite del padre, il bambino sceglie di disegnare e produce una serie di battaglie tra mostri con grande violenza e spargimento di sangue. Vuole che la terapeuta scriva le storie e poi glielne rilegga. Resiste attivamente ai tentativi della terapeuta di introdurre finali differenti, con il 'buono' che vince.

La terapeuta si interroga se tutto quello spargimento di sangue sia in qualche modo benefico per Michael e si interroga anche sui propri vissuti: cerca di allontanare Michael dalla violenza perché dubita della validità catartica delle sue produzioni o perché si sente a disagio lei stessa?

Infine decide di dare una svolta introducendo nuovo materiale, che il bambino già avrebbe avuto a disposizione ma che non aveva mai scelto spontaneamente. Introduce cioè una serie di personaggi della famiglia e dei mobili da cucina.

Nona seduta: con il 'nuovo' materiale Michael fa un gioco in cui i bambini sono puniti dal padre per essersi picchiati, poi Michael inizia a raccontare di essersi perso due volte perché voleva andare a cercare il padre e poiché non lo trovava lo ha 'scambiato' con un 'nuovo' Bill, poi riprende il gioco e fa chiedere scusa dal bambino al papà (papà, mi dispiace! mi dispiace) (impossibile capire se si riferisca al papà o a Bill!) e papà e bambino si abbracciano.

Decima seduta: la mamma telefona per raccontare che Michael ha avuto una tremenda settimana dopo una visita a casa del padre: ha aggredito dei compagni a scuola, ferendone uno. Michael non vuole entrare nella stanza e la terapeuta commenta che sa che ha avuto una settimana difficile e che magari può aiutarlo un po'. Il bambino la segue immediatamente e chiede di giocare con la famiglia, fa litigare e picchiarsi i due bambini, che continuano a sostenere che a loro piace battersi. La terapeuta fa diversi tentativi di collegarsi a quanto accaduto nella settimana introducendo prima il personaggio della maestra e poi allestendo la scena della visita al papà. Quest'ultimo tentativo provoca una scena violenta ambientata in cucina, che sembra riassumere le scene di violenza assistita, senza lasciare spazio ai tentativi della terapeuta di porre fine al litigio.

La terapeuta decide di telefonare al papà per sapere se fosse successo qualcosa durante la visita. Il padre inizia con il dire che era andato tutto bene, per poi, alla fine della telefonata, chiedere se il bambino può essere stato colpito da un litigio che ha avuto con la sua fidanzata

La terapeuta spiega la riattivazione traumatica in Michael e chiede al padre di tenerne conto.

Commenti

Michael è stato così traumatizzato dalla violenza assistita e dalla successiva perdita del padre da non potere sviluppare buone relazioni con i pari anche ora che la sua situazione si è stabilizzata: rimane in balia della rabbia quando nella sua vita attuale si verificano episodi che lo riportano a ricordi di grande impotenza sperimentata da più piccolo.

Commenti utili da fare nel gioco nelle due sedute riassunte:

1. Povero bambino! Non ha fatto niente per meritarsi questo!
2. Il bambino vorrebbe fare smettere il litigio ma è troppo piccolo!

La terapeuta audioregistra le sedute e le riascolta insieme al bambino, per aiutarlo a distanziarsi dalla violenza delle sue storie.

Molto del lavoro nel primo anno è stato centrato sulla perdita del padre (poco dopo il matrimonio della madre il padre aveva smesso di vederlo e aveva dato il suo consenso alla richiesta di Bill di adottarlo) ('sta troppo male dentro per venire a trovarti ora, forse potrai vederlo ancora quando sarai molto più grande'), sulla nascita di una sorellina e sull'insegnargli tecniche di modificazione comportamentale per contenere la rabbia a casa e a scuola, con buoni risultati. E' stato in terapia per circa due anni. Senza intervento probabilmente Michael sarebbe stati definito in futuro come antisociale e distruttivo.

Follow up: Michael a 16 anni (cioè 10 anni dopo la fine della terapia)

La terapeuta avrebbe voluto fare una seduta con il ragazzo ma la madre non l'ha ritenuto opportuno e non ha detto al figlio che avrebbe avuto questa possibilità: tutto andava bene, a casa e a scuola, il padre si era fatto vivo occasionalmente con qualche cartolina per il compleanno ma Michael non aveva più voluto saperne, e la madre non riteneva opportuno riaprire vecchie ferite.

La terapeuta ritiene che possa essere stata una scelta saggia, anche se è probabile che Michael possa avere in futuro bisogno di aiuto quando si sposerà o avrà dei figli.

Capitolo 4 Come aiutare le vittime dimenticate. L'uso dell'attività di gruppo con i bambini testimoni di violenza. Danielle Nisivoccia, Maxine Lynn

I bambini che assistono alla violenza nelle loro case o nell'ambiente in cui vivono possono essere gravemente traumatizzati, ma spesso sono vittime trascurate, perché gli adulti che si occupano di loro spesso non sono consapevoli dell'impatto della violenza su di loro. Così questi bambini raramente hanno la possibilità di identificare e di esprimere i propri vissuti su ciò a cui hanno assistito. Essi possono presentare una serie di sintomi a livello fisico, cognitivo affettivo e comportamentale: inibizione, evitamento di relazioni di vicinanza, ritardi di linguaggio, mancanza

di fiducia, difficoltà di controllo degli impulsi, difficoltà di separazione. Può accadere frequentemente che questi sintomi passino inosservati, tranne che per i sintomi più direttamente collegati all'aggressività o alla somatizzazione e alla depressione. Se ciò accade aumenta il rischio che la fiducia di base dei bambini, la loro autonomia e iniziativa siano compromesse e si sviluppino comportamenti devianti in età adolescenziale.

Questo capitolo analizza l'uso del gruppo con bambine in età di latenza. Si tratta di un gruppo articolato in 12 sedute di 45 minuti ciascuna, condotto in una scuola frequentata dalle bambine, nell'ora di musica. Le partecipanti hanno tra 9 e 11 anni. Le AA raccomandano che non ci sia una differenza d'età superiore ai 3 anni.

Segue una breve descrizione delle storie di ognuna delle bambine (9: ne erano state individuate 12, ma 2 non hanno avuto il consenso dei genitori e una non ha voluto partecipare)

Ogni bambina è stata vista individualmente per ascoltare le sue preoccupazioni e spiegarle del gruppo. Non è stato previsto un gruppo per datori di cura, forse visto il contesto.

Gli obiettivi del gruppo consistono dapprima nella possibilità di stabilire buoni rapporti all'interno del gruppo, poi nella possibilità di dare un nome a ciò a cui hanno assistito, definendo la violenza ed esplorando il significato della violenza stessa e come affrontarla. Successivamente si passa alla elaborazione dei vissuti connessi al trauma, alla comprensione della differenza tra sentimenti, pensieri e bisogni e all'insegnamento di strategie di problem solving e di autoprotezione

Capitolo 5 La valutazione e la terapia dell'abuso sessuale intrafamiliare. Il caso di Rosa, 6 anni.

Virgilia C. Strand

L'intervento è un'elaborazione del processo in 6 fasi descritto da Hartman e Burgess (1988) e dei concetti espressi dalla Gil (1996): valutazione, storia dell'abuso, aumento delle forze dell'Io, affioramento del materiale traumatico, elaborazione, risoluzione.

Valutazione

Deve essere una valutazione completa dello sviluppo sociale, affettivo e cognitivo del bambino, ottenuta sia direttamente che attraverso la raccolta anamnestica. La storia del bambino deve includere le informazioni a disposizione circa la sessualità, il fatto di essere o meno stato esposto all'attività sessuale dei genitori o di altri adulti, la eventuale visione di materiale pornografico, la presenza o meno di comportamenti sessualizzati.

Ottenere la storia dell'abuso

Se si arriva alla conclusione che il bambino abbia subito atti sessuali, è necessario esplorarne la storia. Questo passaggio implica la valutazione dell'impatto dell'abuso. La guida all'intervento in questa fase è fornita dalla Sgroi:

1. fase dell'ingaggio (grooming- emprise ecc)
2. interazione sessuale (progressione ecc.)
3. segreto
4. rivelazione
5. soppressione (minimizzazione, ritrattazione ecc.)

Aumentare le forze dell'Io

Prima di affrontare il materiale traumatico bisogna che il bambino si senta al sicuro, sia nella vita reale (protezione dall'abusante ecc.) sia nel contesto della terapia. Inoltre deve essere fatto un lavoro per aiutarlo ad acquisire o aumentare le capacità di auto-calmarsi e auto-consolarsi, per esempio aiutandolo a identificare attività che lo facciano sentire bene, riducano l'ansia o incanalino l'aggressività (cercare persone con cui parlare, ascoltare musica, scrivere, imparare esercizi di rilassamento, trovare valvole di sfogo per il gioco aggressivo). La stessa operazione va fatta con i genitori, perché sostengano il bambino in questo.

Fare emergere il trauma

Vi sono molti strumenti a disposizione per aiutare il bambino ad affrontare questa fase: bambole anatomiche o disegni, speciali libri di lavoro (p. es. per bambini 3- 7 anni: Stowell e Dietzel, 1982 My very own book about me disponibile presso Super kids, Lutheran Social Service, 1226 N. Howard, Spokane, WA 99201), giochi da tavolo per es. Play it Safe with SASA (Speak out About Sexual Abuse) per bambini tra i 4 e gli 11 anni (SASA &Company, 2008 La Brea Terrace, Los Angeles, CA 90046 www.creativetherapystore.com) , oltre al solito prezioso materiale di gioco.

I riferimenti teorici sono Finkelhor e Brown e Friedrich.

Elaborazione

Spesso le dinamiche collegate ai vissuti di tradimento sono un utile punto di partenza e all'interno della relazione terapeutica può esserci spazio per ricostruire la capacità di fidarsi.

I sintomi dei bambini possono fornire chiavi d'accesso alle dinamiche principali dell'abuso.

Risoluzione

Nella pratica difficilmente la si ottiene in un ciclo di terapia. Alcune questioni vengono elaborate in un trattamento, altre si presentano o ripresentano successivamente e vanno elaborate in una successiva terapia, più avanti negli anni. La cornice più realistica di una terapia è quindi quella che prevede una terapia seriale.

Il primo passo dell'intervento nel caso di un sospetto abuso sessuale è quello della valutazione. L'A. raccomanda di tenere separato l'iter della valutazione da quello della terapia, ma poi aggiunge che non sempre ciò sia possibile; quindi, sceglie di illustrare un caso in cui ciò non è avvenuto, per spiegare come salvaguardare in queste circostanze l'integrità del processo terapeutico pur dovendosi confrontare con la magistratura e i servizi di protezione dell'infanzia. In realtà poi non viene fatta nessuna particolare sottolineatura della questione. La terapia illustrata è una terapia a brevissimo termine, a causa dei limiti dovuti alla richiesta da parte del Children Protection Service, circa 9 sedute, dedicate fundamentalmente alla validazione dell'abuso, a permettere una più completa rivelazione e all'iniziale elaborazione di vissuti di paura (connessi alle minacce dell'abusante) e di rabbia.

Capitolo 6 Testimone e vittima di abusi multipli. Il caso di Randy, 10 anni, in un centro residenziale terapeutico, e follow-up a 19 anni, in prigione. Joan S. Doyle, David Stoop

Randy, storia tragicissima, vittima e testimone di tutte le nefandezze immaginabili e inimmaginabili: figlio di prostituta tossicodipendente, prostituito tra i 3 e i 4 anni dalla madre per avere i soldi per drogarsi, quando ha 4 anni la madre uccide un cliente che l'abusa, sparandogli alla presenza del bambino. Randy viene affidato a una zia, cui si affeziona, che muore in sua presenza quando ha 5 anni. Nuovo affidamento a un'altra zia che è una spacciatrice di crack, viene rapito e brutalizzato, sodomizzato, torturato con il fuoco da una setta satanica. Affidato ad altri zii perbene e rigidi, viene violentemente punito, a cinghiate, per il comportamento difficile (fughe, problemi a scuola, comportamenti da piromane). Dopo l'ultimo episodio, quando ha 10 anni dà fuoco alla casa e nell'incendio muoiono zii e cuginetti. Ricoverato in ospedale psichiatrico per qualche settimana, rifiuta qualsiasi contatto terapeutico. Dimesso, viene inserito in centro terapeutico residenziale, dove ha a disposizione qualunque tipo di terapia si possa immaginare. L'articolo tratta solo la parte relativa alla terapia di gioco.

Valutazione preliminare e piano del trattamento:

Le dinamiche principali esibite da Randy sembrano essere quelle relative al controllo e al potere. Quelle sottostanti di impotenza, riattivate quando Randy diventa ansioso o sente di non avere il controllo, sono mascherate dal comportamento aggressivo che, come gli altri comportamenti patologici, trova origine nel suo passato traumatico e soddisfa il suo bisogno di sopravvivere e di padroneggiare la sua vittimizzazione. Appiccare incendi fa sentire chi lo fa molto potente e il sollievo dall'angoscia che deriva dall'atto può creare una dipendenza dall'atto stesso, con il rischio di cronicizzarlo (James, 1989): bisogna quindi anche evitare che il bambino diventi un piromane.

L'obiettivo del trattamento è di aiutarlo a tenere il suo comportamento autodistruttivo e aggressivo sotto controllo. Secondo lo staff terapeutico le tematiche da elaborare, ora o in successivi set di trattamento sono le seguenti: impotenza, distruttività, erotizzazione, autocolpevolizzazione, stigmatizzazione, frammentazione dell'esperienza corporea, tradimento e perdita e probabili stati dissociativi. Nel presente capitolo sono descritte 4 sedute che affrontano l'impotenza, vissuto cardine dell'abuso ritualistico nelle sette sataniche. Oltre alle sedute settimanali individuali Randy partecipa a sedute di gruppo bisettimanali, centrate sull'acquisizione delle seguenti abilità: tecniche di gestione della rabbia, compresi esercizi di rilassamento, immaginazione guidata su situazioni di successo, abilità sociali tramite role play. Poiché la madre di Randy è in prigione, la terapia familiare non è possibile.

Sedute di gioco: Ci vuole un mese e mezzo per potere iniziare a proporgli qualche attività. Il terapeuta deva andare a cercare il ragazzo e convincerlo ad andare alla seduta, di fatto mai effettivamente rifiutata., Il terapeuta da un lato resiste agli attacchi verbali del ragazzo senza reagire in modo autoritario, dall'altro usa le sue conoscenze di musica e di sport per ingaggiarlo in una conversazione e usa l'umorismo ogni volta possibile. Ci sono anche molti contatti informali tra le sedute.

Prima seduta: esercizio di 'riscaldamento': il terapeuta inizia una storia con una frase ('stavo camminando nel bosco e...') e il bambino ne aggiunge una e così via, una frase a testa.

Cartoon Lifeline: si danno al bambino tanti foglietti di carta quanti i suoi anni + 1. Si numerano i fogli da 0 in poi. Ogni foglio è un anno di vita. Bisogna far disegnare su ogni foglio due personaggi per ogni anno, essi devono dire qualcosa l'uno all'altro in un 'fumetto', proprio come nei fumetti . Il n°0 è prima della nascita, quando il bambino è nella pancia della mamma. Dopo avere disegnato, si mettono in fila tutti i disegni e si danno al bambino degli adesivi da attaccare dove meglio crede (una pistola laser, uno scudo invisibile, un baule magico, un posto sicuro dove nascondersi, tre bottiglie, una porta nascosta che conduce ovunque si voglia, una strada sulla quale andare, uno in bianco su cui il bambino disegna ciò che vuole).

Nella seduta successiva: esercizio di 'riscaldamento': il terapeuta ha qualcosa in mano (per esempio una gomma): dice che può essere qualsiasi cosa tranne una gomma e l'oggetto deve cambiare passando di mano: 'ho in mano un'arancia' il bambino a sua volta deve inventare cos'ha in mano ecc. Cartoon Lifeline: si mettono tutti i fogli sul tavolo e si invita il bambino a scegliere due personaggi della storia. Il bambino deve poi disegnarne ognuno su una specie di paletta di carta di modo da creare due maschere 'ti ricordi, la settimana scorsa hai fatto il fumetto, ora lo animiamo'. Si fa scegliere dal bambino una delle due maschere e si prende l'altra e si fa un dialogo (T: ciao, come ti chiami?..Quanti anni hai? ...dove vai ecc.)

Terza seduta: dopo l'esercizio di 'riscaldamento'(come il precedente) si passa al Cartoon Lifeline: il proposito di questa attività è quello di fare un ponte con le sedute precedenti dando espressione ai sentimenti e ai pensieri senza dovere ricorrere ai soliti meccanismi di difesa. L'A. ha usato 5 burattini: un mostro 3 volte più grande di tutti gli altri burattini, un tricheco, una scimmia bianca, un coniglio e un topo. Si fanno scegliere al bambino due burattini e gli si chiede di prenderne uno. Dopo domande di 'presentazione', si chiede al burattino di scegliere da quale parte del fumetto (cioè, da quale età) vuole iniziare, cosa succede, e si segue la storia, indirizzando le domande in modo da ottenere lo scopo.

Quarta seduta:

Si procede lungo la 'vita' costruendo eventualmente i burattini ad hoc (p. es qui ne viene usato uno che rappresenta 'il fuoco': una faccia arrabbiata e triste con fiammiferi come capelli e come sopracciglia, mentre sull'altro lato la stessa faccia è sorridente. Ci vanno tanti burattini quanti sono gli anni del bambino, qui i 5 burattini della seduta precedente, un bambino, una bambina, una foca, una rana). Si dispone il 'fumetto' e il bambino deve scegliere un burattino per ogni anno. I due burattini dei primi due anni si parlano di quanto succede in quegli anni, e così via per tutti gli anni successivi.

Lo stesso materiale o scenette vengono utilizzati ad hoc nelle sedute successive (per esempio in questo caso in coincidenza con i vari anniversari - dell'incendio, dei vari traslochi ecc. -).

Il contenuto delle storie e la modalità di gioco del bambino hanno fatto pensare a una prognosi discretamente positiva.

Nel follow up Randy ha 19 anni ed è in prigione per furto. Ha due bambine da due diverse donne, con le quali ha pessimi rapporti. Esprime profonda gratitudine per quanto è stato fatto con lui all'epoca della terapia descritta (due anni dopo è scappato dalla comunità) e dispiacere per essere scappato.

L'A. conclude che non ci si poteva aspettare di più in un caso così grave, che forse sarebbe andato diversamente se si fosse potuto fare EMDR. Punti positivi sono che Randy non ha più avuto pensieri di suicidio, che ha commesso un crimine minore (con aspetti simbolici relativi all'infanzia che gli è stata rubata), che non ha mai più incendiato nulla, che pare affezionato alle figlie.

Capitolo 7 Il trauma multiplo dei rifugiati. Il caso di Sergio, 9 anni, che è quasi annegato e ha assistito allo stupro della madre mentre dal Nicaragua raggiungevano clandestinamente il padre negli USA.. Follow up a 16 anni. Teresa Bevin

In questo caso vengono effettuate sedute di gioco, dapprima spontaneo, per individuare le tematiche principali, un po' a scopo di valutazione, e poi direttivo, nel senso che la terapeuta poco a poco (iniziando da una barca e un bambino a cui piace nuotare) arriva ad allestire con i personaggi e una vaschetta d'acqua lo scenario del trauma, guidando il bambino fino alla rappresentazione del trauma, occasione per mettere in parole i fatti e i sentimenti (in 8 sedute, dopo 4 di valutazione). Successivamente la terapeuta propone al bambino di mettere in scena cosa sarebbe successo se avesse potuto diventare qualsiasi cosa avesse voluto quando l'uomo ha aggredito la mamma ('grande come il papà' –risponde Sergio -).

Ogni seduta inizia con un esercizio di rilassamento.

Dopo un anno di terapia individuale, Sergio è entrato in un gruppo tutto composto di sopravvissuti, Parallelamente a tutto l'intervento c'è stata un'intensa attività di sostegno ai genitori.

Follow up:

Dopo 2 anni, Sergio vuole abbandonare il gruppo. A quell'epoca va bene a scuola ma i genitori sono preoccupati per l'ipervigilanza e gli scoppi d'ira.

In adolescenza ha iniziato ad avere problemi a scuola e a diventare aggressivo con i compagni, mentre a casa si chiude in camera per ore e a volte dice di volere morire. E' perciò inviato in psicoterapia da uno psicologo specializzato nel trattamento di adolescenti sopravvissuti ad abuso o trauma. Ora Sergio ha 16 anni, ha una seduta ogni 15 giorni, secondo la mamma va notevolmente meglio, vuole diventare insegnante, passa molto tempo a pesca con il padre (non ha quindi più paura dell'acqua!)

Capitolo 8 Tradite da un adulto fidato. Terapia di gruppo strutturata e limitata nel tempo con bambine abusate a scuola dall'insegnante di musica. David Pelcovitz

In letteratura è ampiamente dimostrato come la terapia di gruppo direttiva e centrata sull'abuso sia la terapia di elezione nei casi di abuso sessuale dei bambini. Questa terapia è particolarmente indicata per aiutare le vittime a esprimere pensieri e vissuti relativi all'abuso. Ciò è ancora più indicato quando i membri del gruppo sono abusati dalla stessa persona.

Secondo molti programmi terapeutici, gli obiettivi della terapia di gruppo sono i seguenti:

1. validazione ed espressione dei sentimenti connessi all'abuso
2. elaborazione dei vissuti di responsabilità e di colpa
3. prevenzione
4. integrazione dei vissuti ambivalenti nei confronti dell'abusante.

La letteratura su gruppi costituiti da sole vittime di abuso extrafamiliare è scarsa. Benchè molte delle dinamiche e delle conseguenze dell'abuso siano simili ai casi di incesto, quando l'abusante non è un membro della famiglia l'impatto può essere minore, a condizione che la famiglia sia di supporto e che il legame affettivo con l'abusante non sia particolarmente significativo. Tuttavia la autocolpevolizzazione sembra essere ancora più consistente che nell'incesto e sembra essere alla base di sintomi depressivi, di paura e di impotenza.

Il gruppo descritto in questo capitolo è costituito da 6 bambine tra i 9 e gli 11 anni. L'abuso è iniziato 2 anni prima dell'avvio del gruppo (carezze ai genitali, rapporti orali, penetrazioni anali). A volte le vittime assistevano all'abuso delle altre bambine. La rivelazione è stata accidentale e non è stata iniziata da alcuna delle bambine.

Da un inciso si deduce che sia ai genitori sia alle bambine sia stata somministrata una scala per la valutazione del ptsd prima e dopo la terapia, con confronto e discussione con i genitori delle eventuali differenze.

Progettazione del gruppo

Criteri generali:

1. omogeneo per sesso
2. stesso stadio di sviluppo dei partecipanti (non più di 2-4 anni di differenza d'età)
3. coterapia (il fatto di potere avere terapeuti di entrambi i sessi può facilitare l'emergere di sentimenti verso gli uomini e verso le donne)
4. gruppo parallelo di genitori/datori di cura
5. inizio in una fase che non interferisca con le questioni penali
6. elaborazione dei vissuti secondo la teorizzazione di Finkelhor e Brown

Contenuto delle sedute

18 sedute, articolate in 2 stadi

1° stadio (prime 8 sedute) : condivisione di ricordi e di sentimenti

- prime due sedute: regole e contesto del gruppo (riservatezza, sicurezza)
- sedute 3-5: condivisione del segreto
 1. disegno di cosa si vedeva dalle finestre dell'aula di musica
 2. disegno di cosa ricordavano succedeva a loro
 3. discussione sui ricordi di cosa succedeva a loro e di cosa vedevano che succedeva alle altre
- sedute 6-8: espressione e definizione dei sentimenti relativi all'abuso
 1. disegno dell'abusante

2. discussione

2° stadio (sedute 9-18): affrontare l'impatto traumatico

- sedute 9-10: impatto dell'abuso sulla sessualità (sessualizzazione traumatica) (sono le sedute con maggior carico di ansia e di sintomi da regressione)
 1. discussione sulle conoscenze sessuali
 2. disegno di sé e disegno del sesso opposto
- sedute 11-13: affrontare la rabbia (tradimento)
 1. visione di video dei vari telegiornali sulle accuse e sull'arresto
 2. completamento di frasi (mi è accaduto perché...)
 3. messa in scena del processo, con le bambine nei vari ruoli: PM, giudice, testimoni. Uno dei terapeuti interpreta –con tatto- il difensore
 4. disegno dell'abusante debole e inefficace
 5. analisi dei sentimenti dopo averlo mandato in prigione
- sedute 14-16: affrontare la vergogna e il fatto di sentirsi diverse (stigmatizzazione)
- sedute 17-18: prevenzione della ri-vittimizzazione (impotenza)
 1. video sulla prevenzione
 2. gioco dell' "e se..." (si ripresentassero situazioni simili)

Sedute con i genitori:

Obiettivi.

- Aiuto ad assumere modalità attive invece che passive in risposta alla vittimizzazione delle figlie
- Aiuto ad affrontare i vissuti di colpa
- Discussione sugli argomenti trattati nelle sedute con le figlie, su quali risposte attendersi dalle bambine, su come comprenderle e gestirle.
- Discussione sulla difficoltà ad affrontare apertamente la discussione sull'abuso, contrastando il desiderio che sia meglio 'dimenticare'.

Ogni seduta viene condotta da terapeuti diversi da quelli delle bambine. In margine a ogni seduta, i terapeuti delle bambine vanno dai genitori a illustrare brevemente quanto discusso nel gruppo, dopo avere concordato con le bambine cosa dire.

Prime 8 sedute:

-regole sulla riservatezza di questo gruppo e di quello delle bambine

-‘educazione’ sull'abuso, sulle conseguenze, sulla possibilità di sintomi/ripresa sintomi delle figlie

-discussione sui vissuti dei genitori

Successive 10 sedute:

-aiuto a capire l'importanza di parlare apertamente alle figlie di questioni sessuali (educazione sessuale)

tecniche di prevenzione

come non lasciare cadere i discorsi sull'abuso

Follow up:

Sei mesi dopo la fine del gruppo è stato effettuato un incontro con i genitori e le bambine. In quell'occasione sono stati risomministrati i questionari sui sintomi post traumatici.

I sintomi, già segnalati come diminuiti alla fine del gruppo, continuavano per lo più a non essere più presenti. In particolare non erano più presenti paure, disturbi del sonno, problemi connessi alla rabbia relativa all'abuso. Solo una bambina riferiva di sentirsi colpevole per non avere rivelato l'abuso e di avere pensieri intrusivi.

In contrasto benchè la maggior parte dei genitori riferisse sostanziali miglioramenti, riferiva anche che le bambine continuavano ad avere difficoltà a parlare con loro dell'abuso e riteneva che le bambine continuassero a sentirsi responsabili dell'abuso. Nessuno riteneva però opportuna una ripresa di terapia. Su questo punto l'autore concorda, specificando l'importanza di dimettere i pazienti quando si sono raggiunti i principali obiettivi, per evitare che le bambine e le loro famiglie continuino a vedere se stesse come vittime, poi eventualmente fare un altro ciclo di terapia più avanti se emergono problematiche particolari.

Capitolo 9: Trascuratezza cronica in un contesto di povertà. Quando i genitori non possono fare i genitori. Il caso di Ricky, 3 anni. Louise M. Topping

Negli USA è molto aumentato il numero di nonni che allevano i figli dei propri figli, soprattutto a causa dell'uso di crack, cocaina e altri stupefacenti, per la maggior parte, anche se non esclusivamente, tra la popolazione nera.

Il contesto di vita in queste situazioni è spesso di povertà e di violenza. Spesso i bambini hanno un attaccamento insicuro e disorganizzato. La risposta del caregiver al bambino è influenzata dallo stress prodotto dalla povertà cronica, la quale a sua volta ha anche un impatto sullo sviluppo del cervello, attraverso vie complesse (malnutrizione, abuso di sostanze, depressione materna, esposizione a tossine ambientali, trauma e abuso).

Il caso presentato in questo capitolo è quello di Ricky, un bambino nero di 3 anni, figlio di una tossicodipendente, abusato e trascurato fin dalla nascita, vittima di violenza assistita. La mamma ha fatto un anno di carcere per maltrattamento fisico e trascuratezza del figlio.

Ricky è stato affidato alla nonna paterna, e non al padre, visto che la relazione di quest'ultimo con la madre del bambino proseguiva. Il padre ha visite settimanali e a volte tiene con sé il figlio nei week-end, occasioni in cui spesso lo lascia solo con la madre. Al rientro da queste visite il comportamento del bambino regredisce.

Il caso viene inviato dal pediatra perché il piccolo è infelice, piange, ha scoppi d'ira in cui picchia gli altri bambini, disturbi dell'alimentazione e del sonno, enuresi, comportamenti autolesivi, ritardo di linguaggio.

Dopo un colloquio con la nonna per raccogliere l'anamnesi e la descrizione attuale del bambino, le preoccupazioni della nonna, e cercare di stabilire una collaborazione con lei, sono state effettuate due sedute di gioco con Ricky e una seduta con i genitori, dalla quale emerge molta animosità nei confronti della nonna.

Sulla base delle informazioni così raccolte, il terapeuta ipotizza un disturbo dell'attaccamento e progetta un intervento basato su:

sedute di gioco settimanali con il bambino per:

- Aiutarlo a contenere i comportamenti aggressivi,
- ad avere relazioni con i coetanei
- a esprimere una gamma completa di emozioni, a sperimentare ed esprimere gioia

contatti regolari telefonici e sedute con la nonna per:

1. aiutarla a capire il significato dei comportamenti del nipote e a gestirli
2. aiutarla a diventare più restrittiva sulle visite ai genitori
3. aiutarla a sentirsi autorizzata a prendere le decisioni su Ricky nonostante i contrasti con il proprio figlio.

invio di Ricky a una valutazione sul ritardo cognitivo e di linguaggio

Il piano di intervento globale aveva come obiettivo di portare il bambino al livello di sviluppo normale per la sua età

Sono descritti anche obiettivi del lavoro con i genitori (aiutarli a capire il bisogno di una relazione affidabile e coerente del bambino con loro e aiutarli a sviluppare la capacità di capire e riconoscere i sentimenti del figlio e il suo punto di vista), ma non viene detto chi faccia questa parte e come lavorare in questa direzione.

Le sedute di gioco descritte mostrano soprattutto come il terapeuta affronta la questione dell'aggressività e della rabbia. Il bambino mette in scena molti combattimenti, il che fornisce al terapeuta l'occasione per spiegargli che non si picchiano le persone e che anche lui non deve essere

picchiato, notizia che Ricky sembra apprendere con grande stupore. Quando (molte volte) il bambino cerca di fare male al terapeuta, questi accoglie il comportamento collegandolo di volta in volta con quanto avviene nel gioco o nella vita reale del bambino, ma lo indirizza verso altre modalità di espressione (p. es proponendogli di picchiare un pupazzo :’ Ricordi? Ti ho detto che ci sono alcune cose che non si possono fare qui, tra cui picchiarmi, hai voglia di farlo e puoi picchiare questo pupazzo, io non sono qui per essere picchiato’). Se il bambino trasgredisce ancora, ‘se decidi di picchiarmi ancora significa che decidi anche che il nostro tempo insieme per oggi è finito’. Idem sull’andare in bagno: gli è concesso di farlo una sola volta per seduta. Così nel corso di una seduta in cui nuovamente il bambino lo picchia, dopo la terza e ultima volta è il bambino stesso che annuncia che se ne andrà e infatti lascia la stanza. Quando rientra subito dopo , il terapeuta tranquillamente gli dice che per oggi il tempo è finito e che si vedranno la settimana dopo. L’A. dice che questo passaggio è stato di grande importanza, perché ha dato a Ricky l’idea di essere responsabile delle proprie decisioni e delle loro conseguenze, e anche che le sue decisioni venivano rispettate. La seduta successiva, il bambino arriva tutto contento e dice che la settimana prima era arrabbiato con il terapeuta (il che potrebbe fornire l’occasione per approfondire la questione).

Purtroppo il caso viene interrotto (bambino e nonna ‘scompaiono’) dopo molti conflitti per la custodia del bambino, dopo che la nonna si mostra incapace di proteggerlo dai genitori (la mamma lo picchia e il terapeuta segnala questo fatto ai servizi di Protezione) e dopo che il terapeuta ancora cerca di convincere la nonna ad adottare Ricky.

Capitolo 10 Terapia di pari in contesto scolastico per facilitare l’elaborazione del lutto in seguito alla morte improvvisa di un genitore. Il caso di Joan, 10 anni e 1/2 e di Roberta, 9anni e 1/2 e follow up 8 anni dopo. Joyce Bluestone

Il lutto non risolto per la morte di un genitore può interferire con lo sviluppo emotivo e intellettuale di un bambino. Non c’è accordo sull’età in cui un bambino può sviluppare la capacità di fare il lutto. Bowlby afferma che anche un bambino di 6 mesi può avere reazioni simili a quelle dell’adulto in caso di perdita, altri sostengono che perché possa fare il lavoro del lutto il bambino debba avere la capacità di controllare gli impulsi, di fare un esame di realtà e di comprendere che la morte è definitiva. Webb (1993) ritiene che, anche se il bambino piccolo può addolorarsi per la perdita, il lutto può essere fatto solo quando acquisisce una maggiore consapevolezza dell’irreversibilità e del significato della perdita. D’altra parte, Wolfelt sottolinea come qualsiasi bambino grande abbastanza da amare è maturo abbastanza per fare il lutto.

Nei bambini le fasi del lutto e i vissuti/pensieri corrispondenti sono (Worden, 1996):

- accettare la realtà della perdita: shock, protesta, rabbia e incredulità, negazione (soprattutto nelle morti improvvise)
- sentire il dolore: dolore, ambivalenza, responsabilità per la morte
- adattarsi a un ambiente in cui si sente la mancanza del defunto: questa fase si ripresenta nelle varie fasi della vita (laurea, matrimonio ecc.)
- ricollocare il defunto nella propria vita e trovare modo per ricordarlo.

Prima di potere affrontare l'elaborazione del lutto il bambino deve essere rassicurato che ci sarà chi l'accudisce: spesso bisogna affrontare direttamente la paura che anche l'altro genitore possa morire. Il bambino ha anche bisogno di racconti ripetuti, adatti all'età, sulla morte del genitore; partecipare ai riti (funerale) può quindi essere d'aiuto.

Bisogna sempre ricordarsi che in queste circostanze i bambini (ma anche gli adulti) attivano o riattivano il pensiero magico e quindi tipicamente si assumono la responsabilità della morte.

Il ruolo dell'altro genitore o di un adulto emotivamente disponibile e solido ha un'importanza cruciale in questo periodo. I bambini hanno infatti bisogno sia di poter esprimere i propri vissuti, sia di mantenere i ricordi del genitore defunto, per potere conservare un legame (momenti felici, tristi ecc.)

Nel trattare i bambini bisogna inoltre tenere in mente:

il bisogno di sicurezza

la bassa tolleranza al dolore psicologico

il bisogno di modelli di ruolo adulti

la possibilità di confusione e soppressione di sentimenti a causa dell'inadeguatezza lessicale o del livello di sviluppo

il bisogno di preservare ricordi del morto

la sensibilità rispetto al sentirsi diversi dai coetanei.

In questo caso la terapeuta era un'assistente sociale scolastica e ha impostato un 'piccolo gruppo' con due coetanee, una che ha perso il padre per un infarto, l'altra la madre per suicidio. Le situazioni erano effettivamente molto diverse, ma si è pensato che i vantaggi del reciproco conforto e confronto potessero prevalere sulle differenze. L'idea di fondo è che il lavoro con la diade possa aiutare il lutto nell'età di latenza, dando un ambiente sicuro in cui le bambine si sostengono a vicenda e l'esperienza dell'una valida quella dell'altra. L'uso del gioco permette di sciogliere

emozioni confuse e nascoste e dà ai bambini un modo per controllarle e per ospitare ricordi del genitore morto.

Le sedute (circa 16) sono state centrate dapprima sulla discussione diretta dei sentimenti portati dalle bambine, per esempio nel corso della costruzione del rispettivo albero genealogico. Successivamente sono state le piccole a volere allestire uno spettacolo con i burattini (e ovviamente hanno 'parlato' ancora dei loro vissuti in questo modo indiretto). Questo spunto poi viene sviluppato nelle sedute successive dalla terapeuta che dà le istruzioni per la messa in scena ('facciamo finta che i personaggi della scorsa volta che erano morti tornino in vita...') e interviene attivamente toccando i punti principali (senso di colpa, ambivalenza, necessità di ricordare ecc.)

In una delle sedute la bambina orfana di padre esprime intensamente la fantasia di raggiungerlo. Le viene chiesto di fermarsi un poco dopo la seduta e la terapeuta approfondisce la questione: si può ben capire il suo desiderio, che idee ha sul morire? Ha pensato a un modo di farlo? Se sì quanto spesso? Ne ha parlato con qualcuno? Tutte le risposte sono state negative il che ha rassicurato la terapeuta, che ha comunque parlato con la mamma e con gli insegnanti per sapere se avevano notato cambiamenti significativi. La terapeuta ha inoltre subito discusso la situazione con un supervisore.

L'altro argomento notevole riguarda il suicidio del genitore, che sempre suscita nei bambini senso di colpa per non averlo prevenuto e/o per averlo provocato con pensieri o azioni. Il bambino può anche avere intensi vissuti relativi al fatto di essere stato abbandonato o rifiutato. Difficilmente il bambino si sente autorizzato a esprimere vissuti di rabbia, che vengono interiorizzati o manifestati impropriamente nel comportamento.

Follow up dopo 8 anni:

Dopo il gruppo la terapeuta aveva continuato a seguire al bisogno la bambina orfana di padre individualmente, lavorando con lei e con la mamma sulla loro difficoltà a separarsi (spingendole a crearsi ognuna alcuni spazi di autonomia), e successivamente sulla morte della nonna materna dopo una lunga malattia e sull'uscita di casa del fratello maggiore, che se n'era andato senza dire dove. Dopo questo ultimo fatto la ragazzina non aveva più voluto saperne delle sedute, la terapeuta, che suppone di avere affrontato troppo direttamente la questione, ha cercato di recuperare senza successo. 8 anni dopo la ragazza stava bene, continuava negli studi con successo (avendo quindi recuperato le difficoltà scolastiche alla base dell'invio in terapia), aveva amici e varie attività sociali.

La bambina orfana di madre all'epoca del follow up era segnalata dalla scuola come ad alto rischio, aveva avuto recentemente una diagnosi di depressione maggiore, aveva comportamenti a rischio in auto e sul piano sessuale, mentre fino all'anno precedente non vi erano state preoccupazioni.

La situazione familiare della ragazza era sempre stata instabile, i genitori si erano separati quando era piccola e all'epoca la mamma era stata ricoverata per ideazione suicidaria. Dopo la morte della mamma, la famiglia aveva faticato a darle un ambiente stabile e sicuro.

Lo scarso sostegno familiare può essere alla base della mancata elaborazione del lutto e della riattivazione traumatica in adolescenza. La rabbia della ragazza era diretta contro il padre, con una grande identificazione con la madre. Il comportamento patologico sembrava un tentativo di rompere i legami di dipendenza. Aveva tuttavia fortunatamente iniziato una terapia individuale ed era in contatto con l'assistente sociale della scuola.

Capitolo 11 Un tentativo di suicidio svela molti problemi familiari. Il caso di Philip, 8 anni e la sua valutazione in un'unità di Pronto Soccorso Psichiatrico. Jane Price Osune e Nancy Boyd Webb

Prima di addentrarsi nella illustrazione del caso, viene spiegato come funziona il Pronto Soccorso Psichiatrico per bambini e adolescenti, quali siano gli effetti sullo sviluppo della separazione dei genitori e del maltrattamento fisico e quale sia il punto di vista teorico sulle minacce di suicidio in età di latenza.

Pronto Soccorso Psichiatrico

L'équipe è solitamente costituita da 2 psichiatri infantili e 4 assistenti sociali. I casi arrivano dalla scuola, dai tribunali, da altri ospedali o dal personale delle ambulanze o direttamente. Se l'invio è telefonico viene fatta una prima valutazione sull'urgenza per vedere se il caso richiede un intervento immediato o è possibile fissare un appuntamento entro pochi giorni. Se il bambino ha tentato il suicidio, è un omicida o minaccia un omicidio, o ha una crisi psicotica l'intervento è comunque immediato, dato il rischio di nuocere a sé o agli altri e l'eventuale bisogno di ospedalizzazione immediata.

Il processo valutativo comprende l'intervista di tutti i membri della famiglia che accompagnano il bambino. Il bambino viene visto prima con i familiari e poi da solo. Oltre alla famiglia vengono intervistati tutti gli adulti che accompagnano il bambino (insegnanti, genitori affidatari, educatori ecc.). Si cerca di raccogliere qualsiasi informazione utile da qualsiasi fonte rilevante per evidenziare il funzionamento del bambino e le eventuali variazioni nel suo comportamento e nell'umore.

Uno dei punti più significativi da analizzare è se il bambino debba essere ospedalizzato o se sia sufficiente un intervento ambulatoriale: se la famiglia è collaborante e affidabile si cerca di evitare il ricovero, per evitare di traumatizzare il paziente. A volte invece la separazione può essere terapeutica, per esempio se i confini intergenerazionali sono labili e se la famiglia non ha risorse sufficienti perché sovraccaricata da mille altri problemi.

L'intervento di crisi mira a riportare il bambino al livello di funzionamento precedente alla crisi. Esso dura 2-8 sedute, solitamente molto ravvicinate. Se i genitori hanno obiezioni sugli appuntamenti, ciò viene interpretato come resistenza e negazione della gravità della crisi. L'intervento iniziale è svolto solitamente dall'assistente sociale che poi si consulta con il resto dell'équipe.

Nel caso in questione sono presenti tre aspetti importanti:

1. gli effetti del divorzio dei genitori su un bambino in età di latenza: i genitori di Philip si sono separati quando il bimbo aveva 2 anni, cioè in fase edipica, e ciò ha reso impossibile la risoluzione dell'ostilità e la 'riconciliazione' del piccolo con il padre. In età di latenza è comune che i bambini si colpevolizzino per la separazione e i conflitti tra i genitori, in più in questo caso l'intenso desiderio di Philip che i genitori si riconciliassero si scontrava con il fatto che la madre vedeva altri uomini e pretendeva che il figlio la accompagnasse a tali incontri, mentre il bambino non voleva (il tentativo di suicidio avviene il giorno prima di una di queste visite). Sono presenti dinamiche relative alla perdita e ai conflitti di lealtà. Philip non sopportava di dovere passare il week-end con la madre e il fidanzato (e questo è stato uno dei fattori precipitanti)
2. Philip è stato vittima di violenza assistita (il padre picchiava la madre, la quale dopo l'ennesimo episodio si era rifugiata con il figlio in un centro per donne maltrattate) e anche diretta (veniva picchiato da entrambi i genitori, in particolare il padre lo picchiava con un filo elettrico). I bambini maltrattati hanno comportamenti disadattati, hanno fallimenti sociali e spesso sono rifiutati dai pari. Il disturbo dell'attaccamento inoltre influenza la capacità di fidarsi degli altri. Il fattore scatenante il TS di Philip è stato essere insultato da un compagno.
3. Minacce di suicidio nei bambini in età di latenza: benchè il suicidio in questa fascia d'età sia raro (perché i bambini sono generalmente meno isolati degli adulti, perché non c'è l'associazione malattia affettiva-suicidio presente negli adulti, perché non sono sufficientemente maturi da sperimentare completamente impotenza e disperazione (?), stati che

si sviluppano con il pensiero astratto in adolescenza), le minacce o i tentativi vanno sempre presi in seria considerazione. Essi sono spesso un estremo tentativo di cambiare una situazione insostenibile, una richiesta di aiuto: si tratta di capire a chi essa è indirizzata e come aiutare questo adulto ad accoglierla. Il colloquio con il bambino va condotto usando modalità verbali e non verbali: bisogna infatti esplorare l'esistenza di un progetto, quanto esso è letale, l'accesso ai mezzi per metterlo in pratica. E' essenziale ottenere dal bambino l'impegno a non causare un danno a se stesso in un certo periodo di tempo (contratto): se il bambino non è in grado di aderire a questa richiesta o se l'esaminatore ha un qualsiasi dubbio, deve essere garantita la sua protezione tramite i genitori o il ricovero in ospedale. I genitori devono garantire la massima sorveglianza: se non lo fanno o non sono compliant, il bambino va ricoverato.

Segue la descrizione del caso. Philip viene inviato dalla scuola: dopo avere detto di voler morire esce dalla classe (prontamente seguito dall'insegnante), apre una finestra e viene bloccato. Il fattore scatenante era stato l'insulto di un compagno. Due giorni prima aveva detto a scuola che la mamma l'aveva picchiato con il filo elettrico, la scuola aveva fatto una segnalazione al Children Protection Service, non erano stati trovati segni fisici (nel colloquio individuale emergerà poi che il bambino non era stato picchiato ma minacciato di essere picchiato con il filo elettrico, modalità con cui effettivamente veniva abusato dal padre quando era piccolo).

Al momento della minaccia è presente a scuola l'operatore del CPS, andato lì per intervistare il piccolo sulla segnalazione. Anche questa persona va al pronto soccorso con il bambino, la mamma e la nonna (Philip vive con la nonna, paziente psichiatrica e la mamma).

Al primo incontro partecipano tutti. Poi il bambino viene visto da solo. Gli si chiede cosa ne pensi della parte di colloquio congiunto. Ovviamente il bambino dice 'non so', al che gli vengono disegnate le facce con i vissuti-base con la richiesta di ritagliare quella più indicata. Questo consente al bambino di dire di essere arrabbiato con la mamma. 'Quando è stata l'ultima volta che ti sei arrabbiato con la mamma?''se avessi tre desideri cosa vorresti?'... disegno della famiglia.

Valutazione preliminare: Non segni di ideazione suicidaria, né di psicosi, né di intenzionalità omicide. L'umore prevalente è improntato dalla rabbia, il bambino è collaborante, non vi sono disturbi del sonno o dell'alimentazione, né ritardo psicomotorio. Si ipotizza che il bambino sia geloso del fidanzato della mamma, che gli porta via il tempo da passare con lei e che rovina il sogno di riunire papà e mamma. Philip si sente abbandonato dalla mamma, che ammette di essere incoerente nel modo di dargli affetto e disciplina.

Piano di trattamento: si decide di non comprendere nella terapia la nonna, per rinforzare l'assunzione di responsabilità da parte della mamma, mentre si chiede la continua presenza dell'operatore del CPS (sottostante minaccia di allontanamento del bambino come dimostrazione della serietà del caso e ulteriore 'leva' dell'intervento).

Alla seduta successiva il comportamento e l'aspetto della mamma appaiono già molto migliori. La signora chiede e ottiene di parlare da sola con la terapeuta (senza l'operatore del CPS) e viene avvisata che la riservatezza attiene solo ciò che non è inerente la sicurezza del bambino. La signora parla di quanto il figlio le ricordi l'ex marito nei comportamenti negativi. La terapeuta le chiede se sia consapevole del fatto che sta spostando sul figlio la rabbia non risolta nei confronti dell'ex marito. La mamma sembra accedere e accoglie la proposta di iniziare una terapia regolare nella quale discutere i suoi sentimenti, come andare meglio con il figlio e altri argomenti importanti per lei.

Nel secondo colloquio individuale la terapeuta, sulla base dell'andamento dell'incontro precedente, decide di affrontare in modo indiretto i vissuti di Philip e gli propone un gioco in cui si devono pescare dei cartoncini con su scritto i nomi delle varie emozioni e si deve dire un esempio dell'emozione estratta (la terapeuta inizia per dare un esempio, pesca 'gioia' e dice che si sente felice quando accarezza il suo gatto e questo fa le fusa). In questo modo affronta la paura di Philip di restare solo quando va dal fidanzato della mamma e la paura di avere causato lui l'allontanamento dal padre. Ciò dà lo spunto per correggere il pensiero ('i tuoi genitori avevano problemi loro, non sono mai i bambini a provocare questo') per fare emergere il dispiacere e il desiderio di Philip sul ritorno del padre, e per leggere un testo sull'argomento ('Il divorzio capita ai migliori bambini').

Conclusioni

Il bambino aveva molti stressor: l'imminenza del week-end con il fidanzato della mamma, la minaccia di essere picchiato con il filo elettrico, i sentimenti associati alla perdita del padre e la paura della sua sostituzione con il fidanzato della mamma, la rabbia della mamma nei confronti del marito e il fatto che la riversava sul figlio, la psicosi della nonna. L'ultimo stressor, l'amico che lo insulta ('stupido') in altre condizioni sarebbe stato 'benigno', ma il bambino era probabilmente sotto pressione per tutti quelli precedenti.

Philip e la mamma sono inviati a un trattamento ambulatoriale in cui affrontare per il bambino la responsabilità e la colpa del divorzio e la conseguente rabbia riversata sulla madre, per quest'ultima la negazione dei bisogni del figlio e la sua mancanza di disponibilità emotiva nei suoi confronti. L'operatore del CPS avrebbe continuato a seguirli per molto tempo e a vegliare sull'attuazione della terapia.

Capitolo 12 Conflitti irrisolti in una famiglia di divorziati. Il caso di Charlie, 10 anni. Howard Robinson

Il caso illustrato è particolarmente interessante poiché mette in luce alcuni dei nodi cruciali nella terapia dei bambini vittima di violenza assistita. L'Autore sottolinea come sempre nella terapia dei bambini sia fondamentale il coinvolgimento e la collaborazione dei /del genitore. Nella situazione illustrata la mamma di Charlie era una donna gravemente traumatizzata dalla violenza dell'ex marito e non essersi occupati di questo aspetto ha ostacolato il buon esito del trattamento. Charlie era infatti arrivato in terapia a 10 anni per comportamento violento, che riattivava il trauma nella mamma. Il bambino era stato sottoposto a sedute, in cui, utilizzando soprattutto il disegno e il gioco aveva potuto esprimere i propri vissuti e in particolare il bisogno di controllo. Inoltre è stata effettuata una seduta familiare sul conflitto madre-figlio centrata sull'identificare i fattori che scatenavano la rabbia nell'uno e nell'altra e come prevenire o gestire la rabbia stessa.

Il comportamento a casa di Charlie era migliorato, ma dopo che in due successive sedute familiari il terapeuta aveva cercato di esplorare i rapporti con il padre, la mamma aveva bruscamente interrotto la terapia. Il terapeuta si interroga perciò retrospettivamente su cosa avrebbe potuto evitare la rottura: probabilmente le sedute familiari erano state premature e una terapia , con un altro terapeuta, per la mamma, centrata sul suo trauma avrebbe potuto aiutare la donna a risolvere la propria traumatizzazione e a contenere le reazioni provocate dal lavoro nell'ambito della terapia del figlio. Successivamente sarebbe stato necessario un maggior numero di sedute familiari centrate sulla modificazione dei comportamenti patologici, basata su un sistema ricompense/conseguenze. Altro aspetto importante da tenere presente in situazioni simili può essere incontrare la mamma prima o dopo ogni seduta familiare, in modo da potere analizzare in sicurezza le reazioni emotive ai contenuti della seduta familiare.

Capitolo 13 Le molte perdite dei bambini che vivono in famiglie con abuso di sostanze: interventi individuali e di gruppo. Roey C. Ficarò

Il capitolo presenta in modo dettagliato l'intervento che è possibile effettuare con i bambini figli di alcolisti (Children of Alcoholics, COAs) e di tossicodipendenti (Children of Substance Abusers, CASAs), anche se su questi ultimi sembra ci siano meno. Si tratta di un intervento articolato in sedute individuali e di gruppo, dove vengono trattati sia aspetti educativi e psicoeducativi, anche con l'uso di appositi strumenti (libri tipo " Living with a parent who drinks too much", Seixas, 1979, o appositi giochi di carte sull'identificazione delle emozioni), sia aspetti legati all'elaborazione dei vissuti . Scopo dell'intervento è uscire dal segreto cui spesso sono o si sentono

vincolati questi bambini, permettere la condivisione di storie e vissuti, rompendo così l'isolamento e potendo ottenere conforto dai pari, imparare nuove modalità di coping. Ciò è molto importante in quanto spesso questi bambini hanno imparato come stile di coping disfunzionale a sopprimere le proprie emozioni, a fare come se non succedesse nulla. Oppure si colpevolizzano per i problemi dei genitori.

Le sedute individuali previste dal programma (solitamente tre o quattro) servono fondamentalmente a valutare che il bambino possa partecipare al gruppo e quali sono le sue tematiche principali. Al bambino, se è il caso, viene offerta la possibilità di provare una-due sedute di gruppo prima di decidere se parteciparvi effettivamente.

Capitolo 14 Crisi di identità nelle famiglie non tradizionali: il caso di Emma, 8 anni e di Chad, 13 anni, figli di genitori lesbiche. Lesile H. Wind

Capitolo 15 L'AIDS in famiglia: terapia di gruppo per bambini in età di latenza colpiti dalla malattia di un membro della famiglia. Nelly F. de Ridder

Capitolo 16 Una grave patologia del sangue: il caso di Daniel, 11 anni e di sua madre. Carol P. Kaplan

Capitolo 17 Il cancro nei bambini e la famiglia: il caso di Tim, 6 anni e il follow-up a 15 anni. Robin F. Godman

Capitolo 18 Le conseguenze di un incidente aereo – Come aiutare un sopravvissuto ad affrontare la morte della madre e dei fratelli: il caso di Mary, 8 anni e il follow-up a 17 anni. Victor Fornari

Capitolo 19 La valutazione e l'intervento a scuola con i bambini dopo lo scoppio di alcune bombe in città. Nancy Boyd Webb

Capitolo 20 Consultazione e intervento internazionali a favore dei bambini colpito dalla guerra. Brenda Williams-Gray

Capitolo 21 Autoaiuto per chi aiuta. Come prevenire la traumatizzazione indiretta. Katherine Ryan

Il capitolo prende in considerazione l'importanza che il terapeuta si prenda cura di sé e suggerisce interessanti modi per farlo.

Gli effetti del trauma o le difese che si attivano possono minare sia la vita professionale, impedendo di fare bene il proprio lavoro, sia la vita personale del terapeuta.

Essere esposti al trauma, in particolare lavorando con i bambini, modifica infatti la visione del mondo e dei rapporti interpersonali.

Fondamentali sono le classiche nozioni di transfert e controtransfert, dove per transfert si intende "l'inconscia ripetizione nelle relazioni attuali dei pattern di pensiero, sentimenti, credenze, aspettative e risposte originati nelle relazioni precoci importanti (Pearlman e Saakvitne, 1995, pag. 100), mentre il controtransfert è l'insieme delle reazioni del terapeuta nei confronti del paziente, difese comprese.

Tali reazioni sono state a lungo studiate e concettualizzate nei seguenti modelli:

Il modello di Wilson e Lindy (1994) prende in considerazione la tendenza all'ipercoinvolgimento e quella al distanziamento, entrambe derivanti dalla miscela tra l'attesa e oggettiva reazione al trauma del paziente e le reazioni associate alla storia personale del terapeuta e i fattori relativi all'istituzione e più in generale al contesto in cui avviene la terapia.

Il modello di McCanne Pearlman (1995), sviluppato nel contesto del lavoro con adulti vittime di abuso sessuale da bambini, fornisce le basi per capire la traumatizzazione indiretta, cioè l'effetto pervasivo del trauma sulla visione del mondo, senso di identità, bisogni psicologici e ricordi del terapeuta, che può portare il terapeuta ad assumere posizioni non empatiche nei confronti del paziente e anche alla rinuncia al lavoro di psicoterapeuta. Esso prende in considerazione cinque diverse dimensioni:

- Cornice di riferimento attraverso la quale l'individuo interpreta la vita. Il terapeuta può iniziare a mettere in discussione la propria benevola visione del mondo o anche avere sentimenti negativi verso il paziente che lo 'costringe' a vedere la vita con occhi diversi. Può iniziare a fare generalizzazioni su razza, genere o diagnosi, perdendo di vista l'unicità di ogni situazione e può per esempio connotare negativamente il fatto che si possa essere ambivalenti nei confronti di un genitore abusante. Il terapeuta può spaventarsi per i vissuti suscitati dalla relazione terapeutica e iniziare a sentirsi in colpa.
- Capacità del Sé di mantenere la propria identità, coerenza e senso di connessione con l'altro anche in situazioni fortemente emotive. Il terapeuta può iniziare a sentirsi sopraffatto dai propri vissuti e può agirli. Per esempio se sperimenta intensi sentimenti di protezione e cura e li agisce, questo può impedirgli di esplorare i vissuti negativi del paziente. Oppure se si sente troppo frustrato dal bisogno del bambino di distanziarsi dai propri vissuti, può diventare troppo intrusivo. Nella stessa situazione può diventare rinunciatario o sentirsi inefficace o ritenere improduttiva la terapia. Oppure possono avvenire cambiamenti di stato nel corso della seduta e il terapeuta può sentirsi addormentato o sovraccitato mentre il bambino rimette in scena il trauma.
- Risorse dell'Io. In questa dimensione il terapeuta può perdere la prospettiva e la capacità di autoproteggersi o di stabilire confini con i pazienti. Può accadere allora che si giunga alla cosiddetta 'sindrome dell'ostaggio del controtransfert' (Neumann Gamble, 1995): il terapeuta si sente controllato dal paziente, sopraffatto e confuso.
- Bisogni psicologici e schemi cognitivi correlati, cioè aspettative e pensieri relativi a sicurezza, fiducia, stima, intimità e controllo. In questa dimensione il terapeuta può iniziare a sentirsi in pericolo rispetto alla propria sicurezza fisica o psicologica, a dubitare delle proprie percezioni, a pensare che un altro terapeuta gestirebbe la situazione meglio di lui ecc.
- Sistema di memoria: il terapeuta può avere pensieri intrusivi, incubi e sentirsi sopraffatto e di conseguenza può attivare difese quali la negazione e l'ottundimento emotivo. Ne derivano vuoti di memoria o distorsioni nel rammentarsi l'andamento delle sedute.

La terapia dei bambini traumatizzati ha delle specificità rispetto a quella degli adulti e può evocare sentimenti specifici. Innanzitutto i bambini spesso affrontano le tematiche relative al trauma in modo indiretto, simbolico e la discussione diretta sul trauma spesso è minima. Alcuni terapeuti, e la Terr tra questi (1989) ritengono che non sia necessario andare oltre la metafora nel gioco perché la terapia sia efficace.

Il terapeuta infantile deve inoltre assumere una pluralità di ruoli, deve confrontarsi con i genitori, i genitori adottivi, gli insegnanti, gli avvocati, i giudici ecc e può essere in difficoltà nel mantenere l'equilibrio e maneggiarli tutti all'interno della terapia.

Il **terapeuta 'principiante'** deve sviluppare un senso di identità e di sicurezza professionale, ciò deve avvenire anche tramite lo sviluppo di aspettative realistiche nei confronti dei pazienti per evitare di essere troppo coinvolto, troppo attivo o al contrario rinunciatario. Deve essere consapevole delle proprie tipiche risposte di controtransfert e dei propri punti di vulnerabilità.

I **terapeuti che sono essi stessi sopravvissuti a traumi** possono essere particolarmente vulnerabili nel lavorare con pazienti traumatizzati. Da un lato possono essere in maggiore sintonia con loro, e capirli perciò più profondamente, dall'altra corrono il rischio dell'iper-identificazione, rischio da tenere sempre presente. E' raccomandata la terapia personale e soprattutto all'inizio della professione la supervisione centrata sul trauma.

Peraltro la **supervisione** è raccomandata come antidoto alla traumatizzazione indiretta per tutti i terapeuti. Il supervisore deve avere una solida base teorica e clinica sul trauma, sullo sviluppo del bambino e sulla terapia con i bambini, deve tenere presenti gli aspetti consci e inconsci nella terapia, deve creare un clima di rispetto tale da permettere l'analisi del controtransfert, deve fornire educazione e sintonizzazione sulla traumatizzazione indiretta del terapeuta (Pearlman e Saakvitne, 1995).

Strategie raccomandate ai terapeuti:

1. aggiornamento sul trauma e sui bambini, ma anche su argomenti diversi dal trauma
2. non occuparsi solo di casi di trauma
3. terapia personale
4. mantenere relazioni ed esperienze rincuoranti al di fuori del lavoro
5. creare confini tra la vita professionale e quella privata
6. ottenere supporto all'interno delle istituzioni in cui si lavora
7. contrastare il cinismo
8. lavorare sui pensieri intrusivi, per esempio con tecniche cognitive
9. riconoscere i vissuti positivi connessi al lavoro