

Marinella Malacrea, Elena Fontana

Come aiutare i caregiver¹ di bambini vittime di abuso sessuale

1. La nostra precedente esperienza clinica

Oltre a un piccolo gruppo di bambini (tre, di età compresa tra i 9 e i 10 anni, già in psicoterapia individuale, che attraversavano una fase della loro vita fortemente analoga, in quanto avviati all'adozione poiché privi di risorse familiari protettive dopo un grave abuso sessuale intrafamiliare), due sono state le esperienze di trattamento di gruppo dirette a caregiver protettivi di bambini abusati sessualmente.

La *prima esperienza* risale a più di 10 anni fa, ha comportato 4 incontri distesi in un arco di tempo di 6 mesi circa (i primi incontri ravvicinati e il quarto a distanza di 5 mesi). Si trattava di genitori (quattro madri e un padre) di bambine, tutte di età simile (5-6 anni): tutti i casi erano in carico con interventi complessi, comprendenti terapia individuale settimanale o quindicinale delle bambine, sostegno terapeutico dell'adulto o degli adulti protettivi con analoga cadenza, supporto sociale e legale. Per tutti il procedimento penale di repressione del reato era in corso, e stava passando dalle prime battute (indagini preliminari) alla fase dibattimentale. Proprio in ragione di questa contingenza, che aveva creato non poche difficoltà e delusioni nei genitori, si era pensato di affiancare agli interventi sul singolo caso anche un intervento di gruppo, che permettesse condivisione e riconoscimento. Non si trattava quindi di un vero e proprio trattamento di gruppo, ma di un

¹ Si utilizzerà da qui in poi il termine inglese 'caregiver' in quanto si può estendere agli adulti di riferimento affettivo ed educativo dei bambini, siano essi genitori, naturali e adottivi/affidatari, parenti o altre figure educative.

formato di gruppo che andava ad aggiungersi agli altri formati adottati in terapia.

La *seconda esperienza* risale a 4 anni fa e ha comportato 9 incontri. E' nata all'interno di un progetto per cui era stato chiesto e ottenuto uno specifico finanziamento, ma è stata diretta ancora una volta a situazioni che già godevano di una presa in carico complessa, dello stesso tipo di quella sopra descritta per l'altro gruppo: quindi l'intervento di gruppo si poneva come un ulteriore formato del trattamento complessivo. Lo spunto unificante era in questo caso la stretta somiglianza dei problemi educativi che questi genitori si trovavano ad affrontare con i figli (2 maschi e 10 femmine, che variavano per età tra i 5 e gli 11 anni, tutti vittime di abuso sessuale intra ed extra familiare), specie sul fronte dei comportamenti sessualizzati e di molte altre difficoltà educative ed evolutive (scuola, disturbi del sonno, sintomi comportamentali, problemi relazionali).

I partecipanti erano costituiti da 6 coppie di genitori (in un solo caso naturali, in un altro caso affidatari da molto tempo, negli altri casi adottivi) e da un padre (adottivo): dopo i primi due incontri una delle coppie ha cessato la frequenza a causa del fallimento dell'adozione, molto a rischio già prima dell'inizio del gruppo. Come si può dedurre dai numeri, nelle famiglie dei partecipanti erano presenti tre coppie di fratelli/sorelle e in un caso tre fratelli/sorelle, tutti vittime di abuso, con ovvie conseguenze di grande peso sul compito educativo.

In ambedue le esperienze le conduttrici erano anche le terapeute di ogni singola situazione, fedeli al principio di un intervento che costituisse solo un formato - temporaneo - in più del complessivo trattamento.

I gruppi, sebbene portati avanti con gli obiettivi limitati sopra descritti, si sono rivelati estremamente promettenti e stimolanti. Sono stati evidenti gli effetti di amplificazione e per certi versi di semplificazione del lavoro terapeutico diretto al singolo

caso: Nel primo gruppo, emblematico è stato l'esito immediato della prima seduta, che per iniziativa dei genitori è continuata nel bar sottostante per altre due ore dopo la fine della seduta, per la grande necessità di riconoscimento e confronto che immediatamente l'occasione di ritrovo aveva suscitato nei presenti. Buone sono state le ricadute anche per i bambini, che hanno vissuto come una ulteriore risorsa questa possibilità dei loro genitori di confrontarsi e supportarsi tra loro.

Generalmente, non sono stati utilizzati strumenti specifici, se non lo scambio verbale. Sia nel primo che nel secondo gruppo non c'è stata alcuna obiezione alla messa in comunicazione nel gruppo di aspetti emersi nelle sedute individuali. E' stata adottata sia nell'una che nell'altra esperienza una posizione attiva delle conduttrici (due nel secondo gruppo e una, tranne che nel primo incontro, nel primo gruppo) nella scelta dei temi da affrontare nelle singole sedute, nell'orientare il dialogo, nella sintesi finale. Tali temi, tuttavia, derivavano non da un progetto predeterminato, ma dall'elaborazione del materiale emerso nelle sedute precedenti e anche in tutti i percorsi terapeutici nei suoi vari formati, per orientare il confronto su aspetti che dall'osservatorio del terapeuta apparivano di rilevante interesse per la maggioranza dei presenti e utili a promuovere la comprensione e il benessere dei bambini.

I temi, a partire dalla condivisione delle storie, si sono orientati però proprio a quelle costanti enunciate anche da Deblinger (1996), e cioè ai sensi di colpa e inadeguatezza presenti nei genitori, alle difficoltà di governo di molti comportamenti difficili e soprattutto di quelli sessualizzati, particolarmente imbarazzanti, alla necessità di superare il blocco rispetto a una comunicazione aperta sull'abuso sessuale, alle paure del futuro e di danni irreparabili connessi al trauma.

2. La progettazione dell'intervento

Quando abbiamo progettato l'intervento con i caregiver abbiamo innanzitutto preso come indice la serie di temi che sapevamo sarebbero stati affrontati con i gruppi dei bambini, sia attraverso strumenti più strutturati, come nel gruppo di psicoterapia, sia attraverso la costruzione di favole, come nei gruppi omonimi: questo per due fondamentali motivi.

Il primo, e più ovvio, era l'intento di produrre la maggiore sintonizzazione possibile tra caregiver e bambini per produrre ulteriore amplificazione dei benefici prodotti dalla condivisione di gruppo tra pari: speravamo infatti che, 'tornato ciascuno a casa sua', ogni bambino potesse trovare proprio lì una continuità coerente con quanto sperimentato nel gruppo.

Il secondo motivo era la convinzione che lo schema noto dei funzionamenti post traumatici, intorno a cui si articolavano i temi prescelti per l'attività di gruppo con le piccole vittime, fosse del tutto calzante anche per definire le difficoltà dei caregiver, anch'essi sofferenti di una vittimizzazione secondaria a contatto con l'esperienza traumatica dei bambini e con le espressioni conseguenti. Avendo inoltre composto dei gruppi di caregiver molto disomogenei per livello sociale e di istruzione, in cui il fattore sicuramente unificante era costituito soltanto dall'età dei bambini (persino l'abuso sessuale subito dai bambini risultava fortemente diversificato, di durata variabile, con autori adulti e minorenni, in famiglia e fuori dalla famiglia), il punto di forza per un riconoscimento comune non poteva che collocarsi a quei livelli profondi e 'fisici' tipici del contraccolpo traumatico inevitabile nell'adulto protettivo nel momento in cui deve confrontarsi con un'esperienza del proprio bambino prima impensabile.

Quindi, anche sulla scorta di quanto ricavato dalla letteratura e dalla nostra precedente esperienza clinica, abbiamo individuati i seguenti obiettivi:

- riconoscere e contrastare il trauma e le sue conseguenze emotive e cognitive negli adulti, in quanto

ciò è anche la migliore introduzione a sintonizzarsi con vissuti e reazioni dei propri bambini;

- educare gli adulti a comprendere che se le reazioni post traumatiche sono fisiologiche e inevitabili, il ‘coping’, cioè il modo di far fronte ad esse, si può scegliere, ricorrendo a stili utili ed efficaci
- riprendere controllo del proprio ruolo di genitori. Importante a questo proposito è imparare a distinguere problemi ‘educativi’ e problemi specifici dell’abuso, per quanto aree forzatamente embricate tra loro. Se i secondi sono rappresentati da quelle dinamiche e da quei comportamenti tipicamente post traumatici, e quindi sono da comprendere, decifrare, ammettere come non controllabili, i primi si possono definire come comportamenti da ‘fissazione’, da ‘disperazione appresa’, con o senza la ricerca di ‘vantaggio secondario’, e quindi sono da contrastare, scoraggiare, sostituire, come ‘fosse’ in cui il bambino traumatizzato si ‘accomoda’ nella convinzione dell’irreparabilità.

Quindi, i temi chiave individuati per i bambini (sicurezza e fiducia, contrasto della solitudine e della stigmatizzazione, autostima e capacità di fare scelte comportamentali e prendere decisioni appropriate, impotenza e colpa, imbroglio e tradimento, riattivatori traumatici, capacità di autoprotettersi) risultavano adeguati anche per gli adulti, purché declinati in forma consona.

Da ultimo, il tema sessuale si confermava trasversale agli obiettivi precedenti, specie al terzo, anche se era necessario tener conto delle diverse sensibilità dei genitori: oltre a cogliere ogni occasione in cui far affiorare e trattare apertamente il tema, importante era anche selezionare strumenti adeguati per facilitare i caregiver ad aprire un dialogo diretto in proposito con il bambino. Abbiamo in tal senso visionato alcuni libri per

bambini, per partire almeno dalla “sessualità sana”, in forma adatta all’età dei bambini: alla fine è stato individuato un testo illustrato, di cui si farà cenno sotto.

Per trattare quanto sopra, abbiamo progettato di alternare lo *‘scambio di esperienze’*, valorizzato e riletto dalle conduttrici, con vere e proprie *‘istruzioni’*, relative alle reazioni post traumatiche e loro correlati. Ci sembrava che questo formato misto potesse ottimizzare il tempo limitato a disposizione e potesse evitare il rischio di un avvistamento del gruppo su se stesso, nella condivisione di vissuti ed esperienze in cui riconoscersi ma anche andare in stallo. Importante ci sembrava invece trovare e sperimentare nella pratica soluzioni, diversi modi di affronto e concreti suggerimenti. Ciò può beneficamente contrastare il sentimento di irreparabilità (“ormai è successo e niente potrà cambiarlo”), spostare il focus dall’evento al combatterne le conseguenze, consolidare il concetto di una guarigione possibile come dopo una ferita, e concentrare le forze proprio intorno a quanto è più utile fare per garantire la migliore guarigione della ferita. La leva potente del combattere perché i bambini ritrovino benessere sarebbe diventato così anche il miglior antidoto alle reazioni post traumatiche dei caregiver, facendo ritrovare loro la stima di sé e la speranza nel futuro: si continua a vivere, si è sopravvissuti all’esperienza sfavorevole, si può perfino imparare dall’esperienza.

Per questo secondo obiettivo di *‘istruzione’* abbiamo dovuto inventare cammin facendo strumenti, come esercitazioni in seduta e a casa, schede informative e di aiuto alla riflessione. Se nella forma è stato un esercizio di creatività, nei contenuti è stato un faticoso ma benefico lavoro di divulgazione di concetti scientifici e di conoscenze tratte dall’esperienza clinica, che si iscriveva in una convinzione da tempo maturata: se non sappiamo aiutare i soggetti traumatizzati a capirsi e a prendersi cura di sé, non possiamo essere loro molto utili.

3. Caratteristiche dei gruppi e dei partecipanti

La ricostruzione dei legami sociali comincia con la scoperta di non essere soli ad aver vissuto quell'esperienza critica e dolorosa. E in nessun luogo questa scoperta è più potente che in un gruppo. Con questa convinzione abbiamo quindi provato a programmare l'attività dei gruppi e la loro composizione, anche sulla base delle pregresse esperienze.

Intanto il "reclutamento"!

La proposta ai caregiver di frequenza i gruppi era avvenuto da parte dei servizi psico-sociali del territorio milanese e dell'hinterland a cui avevamo fatto sapere di questa iniziativa, oppure attraverso nostri pregressi, o in corso, rapporti terapeutici con caregiver di bambini che avevano subito traumi sessuali ed erano ora in una situazione protetta. Per tutti gli invianti sono stati programmati tre incontri di restituzione collettivi durante il percorso; sono stati momenti importanti per trasmettere agli operatori che avevano in carico queste famiglie sul territorio i contenuti del lavoro che stavamo svolgendo e ricevere input rispetto ai cambiamenti nella quotidianità.

Oltre a questi incontri definiti, vi era un costante lavoro in rete nel caso accadessero episodi significativi all'interno del gruppo o sul territorio.

I caregiver che hanno quindi aderito all'iniziativa sono stati genitori (naturali, affidatari o adottivi) ed educatrici, poiché alcuni bambini erano privi di risorse familiari protettrici e quindi collocati in comunità.

Abbiamo formato tre gruppi, denominati Gruppo Psicoterapia, Gruppo Favole Piccoli e Gruppo Favole Grandi. Cercheremo di descriverli nelle loro essenziali caratteristiche. Per il Gruppo di Psicoterapia abbiamo previsto dodici sedute a cadenza quindicinale: era composto da sette bambine di età

tra i sette e i dieci anni, cinque di nazionalità italiana e due di nazionalità extracomunitaria.

.I caregiver che le accompagnavano, e che parallelamente partecipavano al gruppo dedicato agli adulti, erano: quattro madri naturali, due educatrici e una coppia adottiva.

L'autore dell'abuso era stato per tutte le vittime una persona appartenente al nucleo familiare (uno zio materno, due padri naturali, un padre e zio paterno insieme) o alle conoscenze vicine alle bambine (due extrafamiliari); solo in una situazione la violenza era avvenuta da parte di estranei.

Rispetto agli interventi psicologici paralleli al gruppo, cinque bambine avevano in corso interventi terapeutici o di sostegno, due avevano concluso una terapia.

Per tutte si era svolto il processo penale legato al reato di abuso e avevano affrontato l'audizione protetta.

Gli altri due gruppi, i Gruppi Favole, hanno visto una cadenza mensile, per nove incontri. Qui la partecipazione dei bambini è stata di entrambi i generi, maschi e femmine.

Nel Gruppo "Favole Piccoli" i bambini erano sei, con un'età compresa tra i cinque e gli otto anni, tre maschi e tre femmine, tre di nazionalità italiana, due europei e un extracomunitario. L'abusante era stato per uno di loro il padre naturale, per tre una persona esterna alla famiglia, un fratellastro e un gruppo criminale. I partecipanti al gruppo caregiver erano una coppia di genitori adottivi, un padre e quattro madri naturali.

Solo tre due di questi piccoli avevano affrontato l'audizione protetta nel corso del procedimento penale.

L'ultimo gruppo formato, il Gruppo "Favole Grandi", ha comportato lo stesso numero di incontri e la stessa cadenza del gruppo precedente. Vedeva presenti otto bambini di entrambi i sessi (cinque maschi e tre femmine), sei italiani e due extracomunitari, con un'età compresa tra gli otto e gli undici anni.

Nel gruppo adulti abbiamo visto la partecipazione di un padre, una coppia di genitori adottivi, due madri naturali, una madre affidataria, una coppia di genitori naturali e due educatrici (una delle quali poi sostituita in corso d'opera dal padre affidatario della piccola).

Per i bambini erano in atto altri interventi terapeutici, per sei di loro già in corso, per altre due iniziati durante il percorso di gruppo. In questo gruppo ~~tutti i~~ **tre** minori avevano sostenuto l'audizione protetta.

3.1. Qualche storia

Lasciamo la parola ai partecipanti nel racconto autobiografico della loro storia, ci pare così di poter meglio trasmettere, anche emotivamente, l'angoscia e tutte le problematiche legate alla scoperta dell'abuso. Noi da loro abbiamo imparato molto.

La prima a parlare è Sara, madre di Martina: "Quando abbiamo scoperto quello che stava succedendo, mio fratello lavorava come grafico pubblicitario, aveva quarant'anni, era single e si occupava di mia figlia alcuni pomeriggi durante la settimana. Era splendido, una persona speciale e io ero molto legata a lui. Poi a un certo punto ho visto cambiare qualcosa in Martina, non immaginavo cosa fosse, però sentivo qualcosa di strano in lei. Io e mio marito stavamo facendo una terapia di coppia e ne ho parlato con la mia dottoressa.

Ci ha inviato da una psicologa per bambini che ha visto Martina un po' di volte, le ha fatto fare dei disegni...e nel giro di qualche mese la bambina ha raccontato tutto...Ho passato un periodo in cui dubitavo di tutti, anche di mio marito...Poi la denuncia e tutto il resto. E la condanna di mio fratello a otto anni.

La cosa tremenda è che mio fratello si è suicidato. A quel punto ho avuto tutti contro...i miei genitori, i parenti, gli amici, riuscivo a parlare solo con una mia amica. Noi

abbiamo protetto la nostra bambina e per il resto del mondo siamo noi che abbiamo sbagliato!”

La seconda storia la narra Vittoria, madre di Fabio: ”Mi sono separata dopo otto anni di matrimonio, quando Fabio aveva sette anni. Il mio ex marito era violento, mi picchiava ma non l’ho mai denunciato per tenere la famiglia unita. Fino a quando, dopo una lite in cui la violenza è stata più forte del solito, me ne sono andata di casa con mio figlio. Con la separazione consensuale ho dato ampio spazio al padre di vedere il bambino, perché non volevo che i nostri conflitti si riversassero su di lui, quindi Fabio andava a casa dei nonni paterni, dove il padre viveva con un fratello.

A un certo punto mio figlio ha cominciato a non volerci più andare, ma non mi diceva il motivo, sembravano capricci...fin quando un giorno ha raccontato a mia madre che lo zio e il papà gli facevano fare dei giochi che a lui non piacevano. Ho cercato di capirci di più e purtroppo è venuto fuori che entrambi abusavano di mio figlio. E’ scattata la denuncia e sono stati sospesi gli incontri col padre. In seguito Fabio mi ha confidato che il papà lo minacciava, dicendogli che se mi diceva qualcosa di quei giochi io sarei andata in prigione...

Ora mi sento più sicura perché il mio ex marito è stato allontanato e non vede più il bambino però ci sono ancora tanti ostacoli. Mi sento più forte grazie al percorso di psicoterapia, mi fido ancora del prossimo, di mia madre, dei miei amici. Però lui ha tradito me e mio figlio in modo meschino e provo rabbia per non essermene accorta prima...”.

Prende la parola Alfredo, padre adottivo di Camilla, dieci anni: ”A scuola Camilla ha grossi problemi di concentrazione e lei adesso si è accorta di questa differenza, perché comunque è una bambina intelligente . Però è tutta la sua sofferenza che la blocca, la inibisce. E’ stata sottratta alla

famiglia naturale a sei anni perché il nonno abusava di lei; è stata abbandonata da tutti, dalla madre, dal padre, dai suoi nonni...è vissuta per qualche anno in una comunità e poi è arrivata da noi. Ci vuole tempo, però è cambiata in questi due anni, adesso sa che starà con noi per sempre. I primi due mesi non voleva neanche avermi vicino, mi picchiava, aveva dentro una tremenda rabbia che ha tirato fuori con me e giorno per giorno io e mia moglie abbiamo costruito un rapporto positivo con lei. Abbiamo cercato di farle capire che le volevamo bene, che non era colpa sua quello che le era successo.”

Era da queste storie di vita, quindi, che partivamo.

4. Conduzione dei gruppi

I tre gruppi, pur differenziandosi con le proprie caratteristiche, sono stati condotti in modo analogo.

Le due conduttrici, una neuropsichiatra infantile e un'assistente sociale, hanno cercato di dedicare le proprie competenze professionali suddividendosi i compiti.

L'assistente sociale badava ad assicurare un clima sicuro, caldo, utile, dove le riflessioni dei caregiver potessero trovare cittadinanza con spontaneità, cercando contemporaneamente di mantenere tempi corretti, non troppo invasivi per le orecchie e il cuore altrui: ad esempio rimanere nel tema del giorno o usare toni non aggressivi o giudicanti ha permesso a tutti di avere il proprio spazio e di imparare ad ascoltare gli altri. Sempre questa operatrice teneva la parte più organizzativa, legata al contatto con i servizi psico-sociali invianti, contatti con chi nel quotidiano presidiava le situazioni familiari da noi affrontate.

La neuropsichiatra infantile si occupava invece di trasmettere i contenuti teorici previsti per quella seduta, le “istruzioni”, restituire elementi importanti emersi nel gruppo dei bambini,

interpretare i comportamenti e le emozioni dei caregiver che sempre più direttamente emergevano negli incontri.

Nella nostra “tabella di marcia”, che all’inizio di ogni incontro rivedevamo alla luce degli ultimi elementi emersi e delle nostre riflessioni, sono sempre rimasti dei punti fermi, dei ‘paletti’ che crediamo abbiano aiutato tutti, volta per volta, ad avere la percezione di un lavoro che faceva crescere e capire di più di quel grande marasma accaduto nelle loro vite. Insomma ” work in progress”.

4.1. Si comincia!

Come già scritto, per ogni incontro è stato previsto un argomento relativo al trauma sessuale, a volte parallelo a quello trattato, con altri strumenti, nel gruppo dei bambini.

Riassumeremo quella che è stata la struttura degli incontri.

Nei primi dieci minuti di ogni incontro abbiamo pensato di fornire ai caregiver una “scheda di inizio incontro” in cui si chiedeva di segnalare com’era trascorsa l’ultima settimana con i bambini, eventi tristi o lieti, difficoltà incontrate nel rapporto educativo, ecc. Nello scrivere su un foglio bianco gli accadimenti degli ultimi giorni si cominciava il buon esercizio della scrittura, concentrandosi sulla sintesi e mettendo nero su bianco quello che fino a quel momento era solo nel pensiero. “E’ difficile scrivere, scrivere quello che sento, perché sono ancora sulla strada e tante cose sono ancora da elaborare...però sento che poi sto meglio...” disse una madre del gruppo. Se il dolore può essere narrato diventa più sopportabile.

Ognuno dei caregiver ne dava poi lettura, per rendere partecipi gli altri delle proprie sventure o vittorie accadute. Ed era l’inizio della condivisione. Concentrandosi sull’ultima settimana, per il caregiver diveniva più immediato ricordare e focalizzare un evento senza disperdersi troppo (ricordiamo che per i due gruppi favole gli incontri erano mensili)

sottolineando se nel rapporto con il bambino era andata meglio, peggio o uguale a prima, e fornendo un esempio relativo; questo consentiva anche a noi, nel tempo, la possibilità di notare se il lavoro dei gruppi dava esiti e quali.

In modo analogo, negli ultimi dieci minuti dell'incontro, veniva somministrata una "scheda di fine incontro", in cui si chiedeva: "Di oggi vorrei conservare...". Con quest'ultimo compito l'adulto riusciva a racchiudere in poche righe cosa "si portava a casa", a cosa era servita (o non servita) quell'ora e mezza di fatica, condivisa con altri simili. Queste schede finali, venivano poi lasciate alle conduttrici che elaboravano una sintesi di cui si dava lettura la volta successiva, perché divenisse patrimonio comune e fonte di utili suggerimenti.

Il gruppo cominciava così ad essere un luogo dove l'esperienza traumatica e indicibile poteva essere narrata, acquistando senso perché trovava ascolto e condivisione negli altri compagni di sventura, divenendo un terreno concreto di confronto. La presenza delle due conduttrici era tesa a favorire la nascita di un clima di familiarità tra persone estranee, accomunate dal bisogno di trovare un modo per dar voce al malessere, alle difficoltà e ai dolori, per costruire una possibilità di cambiamento che mobiliti le risorse di ognuno. In questo clima l'estraneità si è trasformata in vicinanza, portando in superficie gli elementi in comune, il dramma vissuto per l'abuso subito dai loro bambini, il proprio trauma che li rendeva a loro volta soggetti traumatizzati. In questo clima abbiamo visto nascere, nello snocciolarsi degli incontri, "la familiarità" che rende possibile la creazione dei legami e aiuta a sopportare i momenti bui della vita.

4.2. Un luogo sicuro

Uno dei primi obiettivi che ci siamo prefisse era che i partecipanti sentissero di essere in "un luogo sicuro", in cui

poter dare cittadinanza ai propri vissuti e sentimenti, senza aver timore di essere giudicati, di sentirsi in pericolo o traditi, insomma di poter aprire il proprio cuore con tranquillità. ”Mi sento al sicuro solo a casa mia... l’unico posto in cui sento che mia figlia è tutelata... scusate se piango..”.

Non era facile, certo, ma ci si poteva provare, cercando di creare le condizioni adatte. Abbiamo così pensato, in prima seduta, di costruire con loro un vademecum, delle regole che li facessero sentire sicuri, che guardassero a questa sicurezza da vari punti di vista. “Si parlerà di argomenti molto delicati...cosa vi sembra necessario avere per sentirvi a vostro agio? Cosa va evitato ?” Nel giro di voci ognuno ha espresso un desiderio di sicurezza: “Che le mie opinioni non siano giudicate, che non ci sia giudizio”, “Quando racconterò qualcosa qua vorrei farlo a ruota libera...che ci sia riservatezza su quello che dico..” “Dirò cose di me e della mia bambina difficili...vorrei non essere interrotto da niente mentre lo farò”. Qualcuno di loro aveva anche espresso l’opinione che dopo quello che di così tremendo era accaduto fuori da quella stanza cosa mai poteva succedere di peggio? “Non ho problemi a parlare...mi sento così insensibile a quello che possono dire gli altri, sono qui per il bene della mia bambina.”

Tutti i “desiderata” di questo incontro sono stati poi rielaborati dalle conduttrici nel cosiddetto “Foglio delle Regole” consegnato nel secondo incontro e condiviso con i partecipanti. Per tutti e tre i gruppi dei caregiver il foglio delle regole ha previsto i seguenti punti:

- puntualità
- riservatezza
- impegno nella partecipazione
- atteggiamento non valutativo nei confronti degli altri
- spegnere i cellulari!
- raccontarsi quando lo si desidera

- tenere conto delle emozioni degli altri

Crediamo che in un contesto di gruppo accogliente e non giudicante ognuno abbia trovato lo spazio per parlare, ritrovando l'armonia fra il proprio sentire e l'agire, nella realtà esterna e con i propri bambini.

4.3. Trasformare il dolore in energia

Durante le sedute abbiamo mantenuto una sequenza delle attività, scandita da momenti più caratterizzati dalla condivisione e dall'auto aiuto e da momenti più teorici, di insegnamento di strumenti cognitivi ed emotivi; anche questi ultimi ogni volta proposti ai partecipanti con l'intento di creare un clima di confronto e "traduzione" dei loro vissuti, aiutandoli a dar nome ai sentimenti che si agitavano in loro.

Cercando di dare a tutti la parola, il momento dopo le "istruzioni" diveniva per i caregiver molto importante, anche perché capendo meglio come loro stessi, adulti, funzionavano, capivano con più intensità il funzionamento dei loro figli, avendo migliori occhi e orecchie per comprendere le reazioni dei piccoli agli eventi della vita. La proprietà transitiva del "il trauma è contagioso" veniva così ben rappresentata.

Al conseguimento di questo obiettivo si riservava la parte centrale della seduta, lasciando quindi un momento iniziale e uno finale per le riflessioni più "a ruota libera" dei caregiver.

Per facilitare il dialogo si sono usate domande attivanti, cercando di riflettere sull'oggi. Riferendosi all'oggi si è ripensato così anche al passato, permettendosi di capire come questo passato ancora incrocia così tanto la vita; è un buon esercizio, perché introduce alla situazione odierna, al vissuto interno e a ciò che di traumatico è accaduto nei fatti. Più avanti nell'articolo verrà meglio descritto questo esercizio proposto al gruppo.

Nel corso degli incontri sono stati introdotti strumenti di valutazione e auto-conoscenza: ad esempio con l'uso di questionari e di test si sono potute valorizzare le risorse di autoanalisi degli adulti e allo stesso tempo proporre modi per razionalizzare e oggettivare i funzionamenti post-traumatici. Riconoscendoli, i caregiver venivano condotti inoltre sulla strada che più ci interessava, quella della possibile modificazione delle reazioni all'evento, concentrando sul futuro le proprie energie (vedi la modalità di "coping" che verrà più avanti descritta).

Abbiamo proposto durante gli incontri di gruppo anche l'uso di una favola, "La regina delle nevi" di Andersen, che ascoltata collettivamente ha prodotto molte emozioni e interessanti interpretazioni sul ruolo dei personaggi e sull'identificazione dei partecipanti.

Anche da un'altra favola, "Il piccolo principe" di Saint-Exupéry, abbiamo tratto spunti per il nostro lavoro nel corso degli incontri con i gruppi.

Nei vari "compiti a casa" consegnati ai partecipanti si è tenuto come obiettivo il tentativo di facilitare la riflessione sui temi affrontati e discussi nell'incontro collettivo; le sedute non erano delle lezioni fine a se stesse ma ci proponevamo di poter essere d'aiuto agli adulti coinvolti dando delle chiavi di lettura dei meccanismi post-traumatici, che potessero, come disse un partecipante, "trasformare il dolore in energia".

Alla fine delle sedute, tutto il materiale da loro prodotto è stato consegnato in una cartelletta che hanno potuto tenere come regalo, a testimonianza del cammino percorso insieme.

Avere tra le mani il materiale costruito nel tempo dagli stessi partecipanti ha dato riscontri positivi: poter documentare e conservare il percorso svolto ha dato l'idea che il tempo del gruppo abbia "prodotto anche nella pratica".

Inoltre nel gruppo si è scoperto che ogni adulto oltre che ricevere aiuto lo dava agli altri; si sono verificati momenti particolarmente emozionanti in cui il sostegno offerto all'altro aiutava molto anche chi lo offriva, facendo crescere l'autostima personale. I gruppi propongono un grado di sostegno e di comprensione difficilmente disponibile nell'ambiente sociale normale, soprattutto affrontando un tema come l'abuso sessuale all'infanzia, che essendo così drammatico viene a volte ritenuto impossibile; l'incontro con altre persone che avevano attraversato sofferenze simili alle proprie ha dissolto i sentimenti di isolamento e di vergogna.

5. Contenuti e svolgimento delle attività

Molto di quanto programmato è stato adeguato in itinere sulla base di quanto emergeva di volta in volta nelle sedute.

Ogni gruppo ha, come ovvio, una sua 'personalità', determinata dal peculiare amalgama di individui, circostanze, problemi che lo caratterizzano. Ha contato anche il numero e il ritmo delle sedute; evenienze come la lunga pausa estiva (tre mesi) hanno anch'esse orientato la scelta della sequenza dei temi da affrontare, per esempio nella necessità di dare prima delle vacanze (in sesta seduta per il gruppo di psicoterapia, ma soltanto in terza seduta per i gruppi di favole) una restituzione dei test compilati dai genitori, per non dare adito ad ansie e a senso di espropriazione, per non lasciar 'raffreddare' un materiale prezioso e per confermare l'utilità dello sforzo collaborativo fatto dai caregiver.

Tuttavia i tre gruppi hanno avuto un'alta costanza sia nella qualità dei temi affrontati, sia nella loro sequenza, sia negli strumenti utilizzati.

Possiamo quindi proporre quanto seguirà come uno *schema* sufficientemente organizzato e riproducibile, almeno per il tipo di casistica di cui ci siamo occupati (abuso sessuale all'infanzia); ma siamo fiduciosi che molti degli spunti che

elencheremo possano essere altrettanto validi, con gli opportuni adattamenti, anche per altre forme di esperienze sfavorevoli infantili.

La trasmissione dei contenuti di lavoro nei gruppi è stato spesso mediata e facilitata da strumenti, come schede per esercitazioni, contenenti domande e tracce per riflessioni oppure schemi (lucidi o presentazioni power point) e/o cartelloni riassuntivi di concetti e dati, poi consegnate ai partecipanti come materiale cartaceo.

Vediamo ora lo sviluppo del lavoro.

5.1. Una buona partenza

Il primo obiettivo da perseguire è un *investimento positivo* dei partecipanti sul lavoro di gruppo.

Premessa perché questo possa avvenire è il riconoscimento del gruppo come 'luogo sicuro' e utile. Le conduttrici hanno curato l'informazione sullo svolgimento degli incontri tra adulti, stimolandoli a porre fin dall'inizio le proprie 'regole di sicurezza', come sopra descritto; inoltre sono state date comunicazioni sui metodi seguiti con i bambini nel gruppo parallelo, sul fatto che i bambini venivano esplicitamente informati nel gruppo di quanto già ciascuno di loro sapeva e cioè del fattore 'storia' che li accomunava (nominando esplicitamente l'aspetto sessuale di tali 'storie brutte'). Si è chiarito anche che, pur nella necessaria discrezione, non c'erano segreti e barriere tra i contenuti trattati nel gruppo dei bambini (con giochi, esercizi o favole) e nel gruppo degli adulti, anzi si sarebbe cercato di perseguire al massimo una sintonizzazione dei lavori compiuti nei due ambiti. Questo insieme di comunicazioni mira a dare ad adulti che troppo spesso si sono sentiti impotenti un conveniente controllo di una situazione comprensibilmente ansiogena e a ribadire la loro posizione di protagonisti attivi.

Si è anche scelto di ridurre al minimo, in apertura dei lavori, lo stimolo alla comunicazione reciproca delle proprie storie, ovviamente difficili e dolorose. Nel necessario 'giro di presentazioni', i partecipanti sono stati invitati a dare dei 'minimi': nome proprio, nome ed età del bambino/a, provenienza; libero tutto il 'di più'. In tutti i gruppi, pur nell'immediato clima di cordialità, i partecipanti si sono attenuti a comunicazioni stringate. In uno solo dei gruppi un partecipante (che poi ha deciso, con la compagna, di interrompere la frequenza) ha reagito a una delle comunicazioni di presentazione con domande dirette sulla qualità dell'abuso subito da una bambina: l'intervento ha suscitato una immediata reazione difensiva degli altri partecipanti, che si sono sentiti feriti e oggetto di intrusione.

L'apertura del dialogo è stata invece innescata dalle successive domande 'attivanti' delle conduttrici: esse non richiedevano la comunicazione delle storie passate, ma tenevano conto della necessità di tutti di non perdere tempo e di interrogarsi circa il futuro: perché siamo qui oggi? Che aspettative abbiamo? Sappiamo infatti che, se vanno evitate le intrusioni 'gratuite' (perché mai si dovrebbe aprire il proprio animo a sconosciuti?), occorre anche evitare di prendere il tema troppo 'alla larga': orientare a un lavoro da fare insieme per i propri bambini, obiettivo che accomuna tutti, può essere il modo migliore di accorciare le distanze. Le domande attivanti usate sono state le seguenti:

- a. "Vi sentite al sicuro oggi (inteso come nel vostro quotidiano) rispetto a quello che è accaduto a voi e al vostro bambino? E' molto importante saperlo, perché non si possono affrontare aspetti complicati e delicati se manca un terreno sicuro sotto i piedi.". La domanda è aperta sia alla situazione reale di sicurezza, sia alla situazione di vissuto interno.

b. “Cosa oggi è più fastidioso, più difficile, fa più soffrire nel rapporto con il vostro bambino?”

In tutti i gruppi queste domande hanno aperto l'accesso spontaneo al racconto dell'abuso e/o dei 'conti aperti' ancora pesanti nella vita dei caregiver. Nei due gruppi in cui non c'erano state domande intrusive dirette tale accesso è stato possibile già durante la prima seduta; nel gruppo in cui quel partecipante aveva invece chiesto aggressivamente dettagli, la proposta delle domande attivanti e il consueto seguito hanno potuto avvenire solo nella seconda seduta, quando l''intrusore' non era più presente.

Quanto sopra ci induce a confermare la cura per il giusto dosaggio di distanza-vicinanza necessario per evitare al gruppo una 'falsa partenza': trasparenza, discrezione e calore dei conduttori da un lato (come garanzia di affidabilità del nuovo contesto) e orientare la comunicazione a un compito sono i fattori principali che riconosciamo utili a stabilire un clima di sicurezza ed empatia.

5.2. I problemi che 'prendono alla gola'

In tutti i gruppi, nel corso delle prime due sedute, sono emersi i problemi centrali che rendevano sempre vivo il fantasma dell'esperienza ormai conclusa dell'abuso sessuale. Nei caregiver, anche in quelli che non erano genitori (i quattro educatori dei bambini allontanati dalla famiglia), era palpabile l'urgenza di comunicarli finalmente in modo esplicito, sicuri di essere capiti, per avere il sollievo del riconoscimento comune, pur nella fatica di guardare in faccia il proprio dolore. Il tono emotivo è stato quasi sempre molto intenso.

Proviamo a sintetizzarne gli elementi più convergenti, tenendo presente che in ogni gruppo i partecipanti hanno dato accenti peculiari che, a cascata, hanno conferito un tono particolare alle comunicazioni, ma che sono state molte di più le

ridondanze intorno a una specie di ‘zoccolo duro’ costante piuttosto che le varianti.

Prioritaria è stata l’inquietudine per i propri bambini: criptici, sintomatici, evitanti, ‘segreti’, costringono a un continuo viaggio in zone d’ombra, che alludono a ferite nascoste coperte da fragili croste. Chi ruba, chi mente, chi non riesce a tenere nulla nella testa, non si concentra e dimentica ogni cosa in giro, chi si sveglia sudato e tremante ma dice di non ricordare perché, chi è rabbioso e distruttivo, chi non distingue amici e nemici, chi non si fida di nessuno e teme per la vita propria e dei fratelli e chi si accosta seduttivamente a tutti senza difese, chi tenta espliciti approcci sessuali e chi si spaventa appena si tocca il tema ‘sesso’. In molti caregiver è presente l’angoscia di cosa riserverà il futuro, per la personalità dei bambini, per i rischi a cui saranno forse nuovamente esposti con pochi strumenti validi di difesa. Ogni pur piccolo spunto può nuovamente far scoppiare l’incendio: la ‘festa del papà’ a scuola, incontri, circostanze.

Dall’altra parte gli adulti non stanno affatto meglio.

Si sentono inadeguati per il passato: c’è rabbia per non essersi accorti prima, “le cose ti succedono sotto gli occhi ma non le vedi”. Oppure non c’eri al momento giusto, e se sei un genitore adottivo irrazionalmente non ti dai pace di non essere arrivato prima. Addirittura, non riuscivi a capire e non hai creduto subito. Ma come sarebbe stato possibile con bambini che “ti parlano a pezzettini” e che inducono una madre a dire “Il senso di colpa ce l’abbiamo e la storia dei nostri figli non la sappiamo comunque e non la sapremo mai! Non c’eravamo!”? E che se ti parlano ti fanno molto male, spalancandoti scenari incredibili: “come potevo credere una cosa così da parte di una persona che amavo?”. Una madre saggiamente conclude: “Loro ti dicono quanto noi siamo in grado di reggere, perché loro ti difendono; quando noi eravamo pronti lui ha iniziato a raccontare. È un cammino comune....”.

Si sentono inadeguati anche oggi. I comportamenti criptici, disturbanti e l'ansia continua ti fanno ribellare, ti senti arrabbiato con il bambino e questo ti fa sentire ancora più in colpa: “non mi sento capace come madre...”, “il suo comportamento mi ricorda che non sono stata una brava madre”.

Su questi due punti la presenza nel gruppo di educatrici ha rivestito un ruolo importante: queste con sincerità hanno espresso ammirazione e rispetto nel sentire le storie dei genitori, sono rimaste colpite dal loro senso di colpa, perché, al contrario, li hanno visti come gli unici eroici ‘salvatori’ dei bambini.

Ma non è finita. Le vecchie ferite ricominciano a dolere: il fratello o il marito che ti picchiavano e da cui non hai saputo difenderti fino in fondo, la stessa esperienza che è toccata anche a te...

In più si è soli: ci si sente sicuri solo chiusi tra le mura di casa perché si comincia a dubitare di tutti, se l'abusante è tra gli insospettabili nessuno ti crede, persino nella tua famiglia ti trovi tutti contro.

Però ci si comincia a muovere e i movimenti analoghi dei bambini danno coraggio.

Alcuni bambini erano impauriti prima di cominciare il gruppo e a volte continuavano ad esserlo, proprio come gli adulti. Ma contemporaneamente manifestavano sollievo: uno lo ha anche detto con le parole, che è stato meglio nel sentire che ad altri erano successe cose peggiori che a lui e che comunque non era l'unico a cui erano successe.

5.3. Dare un ordine e un nome al malessere

Dopo l'abuso i bambini diventano ‘complicati’ e ciò peggiora il presente, le relazioni che con l'abuso nei fatti non c'entrano. Come conseguenza, anche i comportamenti dei genitori/educatori devono diventare faticosamente complicati:

non si può dire quel che si pensa, bisogna applicare ‘sistemi di decodifica’ ai comportamenti dei bambini, non reagendo ‘naturalmente’; bisogna applicare ‘ammortizzatori’ e ‘sdoppiatori’ ai propri comportamenti. Bisogna orientarsi nel groviglio tra ciò che è oggettivo e ciò che appare deformato dalle nostre e dalle loro ‘lenti’ nel guardare la realtà. Cosa sono le ‘lenti’? Sono i pensieri e i sentimenti che condizionano un’interpretazione interna della realtà che è alla base delle scelte comportamentali.

Occorre anche riuscire a distinguere tra difficoltà ‘educative’, modificabili attraverso opportuni comportamenti mirati alla correzione, e ‘reazioni post traumatiche’, che non c’entrano con la ‘buona educazione’ e sono il portato inevitabile delle esperienze traumatiche come l’abuso.

Su questa strada è stato importante giovarsi di strumenti testali oggettivanti², anche se apparentemente faticosi. Alcuni, per alleggerirne l’impegno, sono stati compilati all’interno delle sedute di gruppo, con il supporto, se necessario, delle conduttrici. E’ stato utilizzato il Parenting Stress Index, per la rilevazione della autostima nei caregiver e della difficoltà nel fare il genitore, perché è noto che le esperienze traumatiche minano la fiducia di poter essere buoni genitori, buone guide, buoni protettori.

Per quanto riguarda i bambini, sono state messe a fuoco due facce del comportamento, rese metaforicamente con il concetto dei due ‘armadi’: il primo (evidenziato dalla Child Behavior Checklist) è quello dei comportamenti generali (quanto sono ‘in media’ con gli altri bambini della loro età su varie aree?). Il secondo (evidenziato dalla Trauma Symptom Checklist for Young Children e dal Child Sexual Behavior Inventory, ma anche dalla Trauma Symptom Checklist for Children compilata dai bambini stessi se abbastanza grandi) permette di entrare di più in contatto con la parte ‘traumatizzata’ dei bambini e di

² Per maggiori dettagli sui test utilizzati si rimanda alle schede pubblicate nel sito www.progettotiama.it, sezione Approfondimenti.

capire quanto sono presenti in loro, e interferiscono con il quadro generale, i comportamenti post traumatici. Sono di solito questi ultimi che creano più malessere nei genitori e negli educatori.

Fondamentale è stato organizzare successivamente la restituzione sugli elementi emersi. Abbiamo curato che ciò potesse avvenire per tutti i gruppi prima della prolungata pausa estiva, per i motivi già esposti più sopra.

Siamo ricorsi alla metafora degli 'zoom', come avviene nella messa a fuoco più o meno ravvicinata di oggetti da filmare o fotografare. Con l'aiuto di tabelle e cartelloni (ricordiamo le differenze socioculturali tra i partecipanti), abbiamo reso anonimi e globali i dati (sia intragruppo sia intergruppi), puntando soprattutto a promuovere il riconoscimento di problemi comuni. E' stata comunque offerta anche la possibilità di una restituzione al singolo caregiver sul suo bambino, se desiderato: in questa prima fase, nessuno l'ha richiesto. Ciò ci ha confermato la preminenza anche per i partecipanti dell'obiettivo che avevamo privilegiato.

Con questo approccio il cuore del problema è emerso con evidenza: dopo l'abuso quel che si vede fuori sovente ha bisogno di decoder per capire a cosa corrisponde dentro. Un esempio centrale è stato il dato relativo all'area "aggressività/asocialità": valori patologici nel CBCL corrispondono nel TSCYC e nel TSCC non a rabbia, ma a valori patologici sul versante dello stress post traumatico (PTS). I bambini, cioè, si comportano come se avessero dentro una 'bomba', e ti fanno sentire che occuparsi della loro sofferenza potrebbe far esplodere la 'bomba'. Al polo opposto, l'isolamento rilevato al CBCL appare nei test specifici come depressione post traumatica e non come asocialità o passività.

In sintesi, i dati hanno orientato al quadro seguente:

a. generalmente, la ‘facciata’ è accettabile e con pochi problemi (CBCL), la maggioranza rivela anche buone risorse;

b. nei test più specifici (TSCYC e TSCC) il quadro cambia. Particolare discrepanza si nota nel gruppo dei bambini più piccoli (5-8 anni), come se quanto più bassa è l’età tanto più proteiforme e incoerente fosse l’espressione di malessere. Per alcuni gruppi a maggioranza maschile sono più presenti i tratti ansiosi, per altri a maggioranza femminile prevale la depressione. Tutti sono portatori di tratti da stress post traumatico (sul triplice versante di pensieri intrusivi, di eccitazione e di evitamento). L’evitamento emerge anche dal confronto tra il test sui tratti post traumatici compilato dai genitori, pieno di valori patologici, e quello compilato dai bambini, al contrario spesso ‘normalizzato’: anche in questo caso si rileva una certa differenza tra gruppi a prevalenza maschile e femminile, con una maggiore autoconsapevolezza in quest’ultimo;

c. sul versante dei comportamenti sessualizzati (CSBI) tutti i gruppi mostrano una preoccupante presenza di comportamenti specifici da abuso sessuale (scala Sexual Abuse Specific Items), riconoscibili talvolta soltanto a una rilevazione di dettaglio, come quella prodotta dal test in questione, e meno appariscenti nei test di inquadramento più generale (vedi sopra).

Subito dopo la restituzione è stato proposto uno *schema delle fisiologiche reazioni post traumatiche*, con le tipiche ‘chiavi di lettura’ dei comportamenti in termini di ipervigilanza, depressione, dissociazione e soprattutto di alternanza/contemporaneità dei tre stati (schema poi consegnato ai partecipanti). I messaggi principali voluti erano:

- a. “siamo nella stessa barca”, abbiamo dei bambini pieni di risorse, ma l’esperienza dell’abuso li ha resi ‘strani’ in modo molto simile
- b. impariamo quindi a comprendere, con la testa e con il cuore: si tratta di reazioni fisiologiche, costruite dall’organismo per la sopravvivenza e che entrano in funzione nel corpo, prima di ogni decisione. Quindi non vanno ‘odiate’, ma ‘rispettate’ e comprese nella loro funzione, originariamente buona.
- c. sono reazioni che sperimentiamo anche noi adulti: comprenderle quando ci accadono è un’ottima chiave di sintonia con i bambini.

E’ seguita una verifica: riconoscete i vostri bambini? Riconoscete anche voi stessi? Ciascuno è stato invitato a collocare nella griglia i problemi dei bambini e i propri.

L’esito è stato di meraviglia, sollievo, possibilità di dare finalmente un nome e un senso logico a vissuti e comportamenti prima ‘illeggibili’, in sé e nei bambini. Come corollario questa esperienza di riconoscimento ha ridotto visibilmente le distanze tra i partecipanti, anche se di livelli socio culturali molto diversi: il corpo, come si sa, parla un linguaggio comune e inconfondibile.

Ecco alcuni commenti sui bambini (domanda-stimolo: “questa ‘chiave di lettura’ vi dice qualcosa? In quale gruppo riconoscete i vostri figli?”):

”Ce le ho tutte, ...”; “lo riconosco in tutti e tre, ogni tanto in un modo ogni tanto nell’altro. Si arrabbia con gli altri bambini, con me, poi evita, è depresso. Mi sentivo in colpa per i suoi comportamenti ed ora questa scheda mi dà un po’ di sollievo”; “sembra tutto perfetto, tutto bene, poi depressione, attacca briga, cerca motivi di litigio, piange, diventa inconsolabile, nessuno mi vuole bene, nessuno mi guarda ...”; “sembra a pezzetti, è difficile incontrarla e ci si chiede che pezzo si ha davanti”.

Ecco qualche commento su di sé (domanda-stimolo: “e che dire di noi quando stiamo con loro? Il trauma è contagioso. Vi sentite così?”):

“Se sta male mi agito per l’impotenza”; “io mi sento di avere tutto, non so se è possibile, sembra che stia io peggio di lei”; “è esattamente così che mi è successo... questa fotografia che ci ha dato voglio vederla con simpatia”; “ma non vorrei essere nel 3 (dissociazione): è proprio quando non ci pensi che ci sono i comportamenti che devi affrontare; invece spesso ci sono (nella dissociazione)...”; “ho bisogno di sfogarmi fisicamente per cui faccio chilometri in bici, ho desiderio di movimento e sento un miscuglio di rabbia, senso di colpa, tristezza, idea di non essere all’altezza...”.

Un ulteriore importante passo di comprensione è stato effettuato informando sul passaggio da reazioni post traumatiche, fisiologiche e orientate alla sopravvivenza, al *funzionamento post traumatico*, in cui le stesse reazioni, destinate originariamente a estinguersi passato il pericolo, diventano invece uno schema di pensiero e comportamento indipendente dal pericolo iniziale e persino da reali nuovi pericoli odierni.

Una serie di slide illustrate chiarisce in termini semplici ma precisi l’evoluzione. Il concetto principale è il seguente: il nostro cervello ha bisogno di stabilità per la sopravvivenza, quindi si adatta anche a esperienze stressanti e si stabilizza nel comportamento di vittima. Si costruisce un paio di ‘occhiali’ (corrispondenti ai modelli operativi interni) che gli fanno vedere il proprio mondo come cattivo e malvagio e che gli fanno provare sentimenti di colpa e vergogna (tocca sempre a me perché non valgo niente). Così le reazioni post traumatiche tornano e ritornano anche se l’esperienza iniziale è lontana. Per questo motivo sembra di continuare ad avvitarci su pensieri e comportamenti di cui pure, a freddo, si vede tutta l’inefficacia e l’inopportunità.

5.4. Niente paura: il 'coping' si può scegliere

A questo tema, continuamente intrecciato con la capacità di lettura e riconoscimento delle reazioni post traumatiche, è stata dedicata la maggior parte degli incontri.

Il concetto base è che se le reazioni post-traumatiche sono inevitabili e inscritte nel corpo, i modi di affrontarle e maneggiarle si possono scegliere. E' sotto gli occhi di tutti che esperienze sfavorevoli o traumatiche simili producono esiti 'umani' anche opposti: Saddam Hussein, Hitler da un lato; Santa Teresa del Bambin Gesù, San Francesco, Walt Disney dall'altro. E' difficile 'essere normali' dopo un'esperienza traumatica: o meglio (con più 'spessore') o peggio. Che cosa fa la differenza? Concentriamo le nostre energie nella direzione di quello che può essere cambiato, imparato, maturato, in noi e nei bambini: il 'coping'(da 'to cope' = far fronte).

Si è proposta la schematizzazione delle modalità di 'coping' descritta da Chaffin³, con le sue quattro varianti. Ancora una volta una serie di slide illustrate ha facilitato il passaggio dell'informazione, pure del tutto scientifica. Notiamo che talvolta i modi di 'coping' riproducono lo stile delle reazioni post traumatiche, fissandole invece di modificarle e sanarle: per esempio il 'coping' arrabbiato (sempre all'erta, 2vorrei spaccare questo mondo nemico") può essere visto come la fotocopia dell'agitazione interna (ipervigilanza), il 'coping' depresso ("sono sfortunato e lo sarò sempre") può essere visto come la fotocopia della depressione, il 'coping' evitante ("non vedo, non sento, non parlo") può essere visto come la fotocopia della dissociazione.... E allora?

Ecco la via d'uscita: il 'coping' attivo-sociale si differenzia e va controcorrente. Passa attraverso la condivisione e la chiarezza: essere entrati in un gruppo di terapia ne è già espressione. Si può imparare ed estendere anche al quotidiano.

³ CHAFFIN, M., WHERRY, J., DYKMAN, R. (1997), "School age children's coping with sexual abuse: abuse stresses and symptoms associated with four coping strategies". In *Child Abuse and Neglect*, 21(2), pp. 227-240.

Si daranno di seguito solo due declinazioni delle molte 'esercitazioni' effettuate sul tema.

In primo luogo, di particolare rilevanza cognitiva e di grande impatto emotivo è stato l'utilizzo in seduta del cosiddetto "*Libro C.A.S.Co*"⁴, utilizzato anche dalle bambine del gruppo di psicoterapia, dove l'acronimo (creato in italiano sull'analogia dell'originale inglese) suggerisce nel suo insieme uno strumento di difesa e prevenzione (il casco) e dove le iniziali stanno per Cognizione, Affetto, Sensazione, Comportamento. Quale il concetto base? Anche i caregiver diventano sofferenti e complicati, difficili da capire anche per se stessi: c'è bisogno di mettere ordine dentro di sé, prima di sentirsi in grado di fare i genitori. Come fanno anche le bambine, occorre chiedersi: che nome dare ai propri vissuti? come li esprimiamo? è un modo efficace e appropriato? è cambiato nel tempo?

Con l'aiuto di pagine illustrate, i partecipanti erano invitati a scrivere la risposta alle seguenti domande, declinate nell'"allora" ("quando ho saputo che mia figlia era stata abusata") e nell'"ora" ("quando mi torna in mente adesso"): ho pensato/penso nella mia testa.....; ho sentito/sento nel cuore; le sensazioni del mio corpo erano/sono.....; ciò che ho fatto/faccio è stato/è.....; quello che mi ha aiutato/aiuta a stare meglio è stato/è.....

Vogliamo dare qualche esempio della ricchezza emersa, sia come presa di coscienza dei propri 'occhiali' conseguenti all'esperienza traumatica, sia come automatico modo di superarli attraverso la condivisione e il riconoscimento, che in tutti i gruppi sono stati generosi e commoventi.

Allora...

"Ho pensato e mo' che faccio? E mo' devo cercare aiuto perché da soli non ce la faremo! Nel cuore ho sentito un dolore fisico, ho provato rabbia che ho tramutato in energia, non

⁴ Da Grotzky L. et al. (2000) Group Work with Sexually Abused Children. A Practitioner's Guide. SagePublications Inc., USA.

potevo piangermi addosso, ho ribaltato il mondo per cercare aiuto. Io sento che siamo qua per le nostre bambine, però sono qua anche per me stesso!"; "Non sapevo cosa fare se sparire io o ammazzare quella persona ...avevo bisogno di parlare, sono andata dal prete, perché avevo bisogno di essere ascoltata. Lui mi ha detto che queste cose succedono ...non potevo fidarmi di nessuno, provavo vergogna per quello che ha fatto questa persona, perché io l'amavo..."; "Non ci credo, non è possibile, nel cuore ho sentito una ferita che ha iniziato a sanguinare, nel corpo sentivo che era possibile, ma non volevo crederci, non riuscivo a respirare, parlare, tremavo..."; "Sono rimasta vuota fino adesso, l'unico sentimento che sento è quello per mia figlia.....nausea, vomito, tremori, rabbia, paura e tristezza, ho perso tutte le mie forze: ma sono scappata con mia figlia, mi ha aiutato a stare meglio"; "Nel corpo ho sentito brividi di freddo proprio come quando avevo saputo che mio padre era morto improvvisamente, ho provato smarrimento, paura, mi sentivo sola. L'azione è stata quella di raccontare, denunciare, parlare con lo psicologo, ma sembrava che nessuno mi credesse. Mi ha aiutato a stare meglio la conferma che gli altri mi credevano!"

Ora....

"Pensavo che a me non avesse fatto niente, invece anch'io ho bisogno di tanto aiuto,...meno male che ci siete voi... Mio figlio non mi ha mai chiesto la foto del padre, ..un giorno dopo 4 anni mi ha chiesto di vedere la foto del padre, l'ha vista e ha pianto tanto e anche io con lui..."; "Nel cuore c'è un gran dolore,...ma adesso aggiungo anche più calma, mi fa stare meglio parlare,...venire qua!"; "Per quanto sia stato doloroso, chiedere aiuto è stata una cosa giusta, la vedo più felice, serena... mi fa stare meglio pensare che se anche il passato non si cancella, però con due genitori che ti aiutano la vita può essere più bella e che sarà nostra figlia per sempre!"; "Nel cuore sento una grande gioia, per quanto sia forte mia figlia, per il suo coraggio, nel corpo sento calore, emozione, pace,

meno peso sul collo. Quello che ho fatto è tenere alta l'attenzione per cogliere segnali, ascoltarla, darle coraggio"; "Nel cuore sento rassegnazione e voglia di andare avanti... quello che mi fa stare meglio, scusate se sembra un po' sadica, ma mi fa stare meglio sapere che ci sono anche altri genitori come me"; "Le mie figlie hanno avuto la fortuna di essere state seguite... mi fa stare meglio sapere che tutti andiamo verso un futuro più sereno, sicuro, pronti ad affrontare i problemi senza nascondersi"; "la mia vita è cambiata, nel cuore non sento di avere totalmente risolto, la ferita è cicatrizzata, però una parte sanguina ancora, è delicata...i pori della pelle si aprono e mi sento in stato di allerta... non ho avuto fiducia nel mio senso materno, ma io ce l'ho il senso materno! Mi fa stare meglio ridere insieme e vedere che i miei bambini sono avanti rispetto a me!"; "Abbiamo affrontato la situazione tutti insieme e questo non ha distrutto la famiglia.... nel corpo sento tensione positiva. Quello che ho fatto è mantenere lo spirito, andare avanti per fare giustizia!... se non siamo esplosi è grazie a voi!".

Il secondo esempio è il lavoro di riflessione effettuato a partire dall'ascolto di una favola. Il metodo, particolarmente rilevante per i caregiver dei bambini partecipanti ai gruppi di favole, ha dato luogo a grande risonanza per tutti.

E' stata scelta la bella *favola di Andersen, "La regina della neve"*, ricca di spunti e possibili analogie poetiche con i funzionamenti post traumatici, e soprattutto dotata di una protagonista, Gerda, che può essere considerata il prototipo del 'coping' attivo-sociale. In sintesi, narra di due ragazzi amici, Kay e Gerda. A causa della scheggia di uno specchio magico e maligno entrata nel suo occhio, Kay, prototipo delle vittime di trauma, cambia negativamente la sua visione del mondo e il suo comportamento; si lascia affascinare, rapire e congelare dalla Regina della neve, che lo porta lontano. Gerda, non trovando più l'amico, lo cerca tra mille avventure e pericoli,

senza mai darsi per vinta; alla fine lo trova e scioglie con le sue lacrime e il suo calore la freddezza ‘congelata’ di Kay, lavando via dal suo occhio la scheggia maligna. Segue l’ovvio lieto fine delle favole.

Dopo l’ascolto comune della favola in CD, è stata consegnata ai partecipanti una breve scheda-stimolo per la riflessione, successivamente condivisa nel dialogo comune: la scheda conteneva tre domande: Che emozioni ti suscita la favola? Qual è il primo pensiero che ti suscita Kay? Qual è il primo pensiero che ti suscita Gerda?

Ecco di seguito qualche esempio del dialogo successivo alla riflessione.

Le emozioni: “affetto, tristezza, rabbia utile per andare avanti, speranza”; “speranza che aiuta ad andare avanti, soddisfazione e gioia”; “solievo”; “mi ha fatto pensare all’infanzia, a un bambino buono a cui è entrata una scheggia...”; “amore mantenuto nel tempo...”.

Kay: “un prigioniero immobilizzato”; “congelato”; “solitudine”; “è come mia figlia, non riesco a raggiungerla!”; “come mia figlia quando si chiude in sé e sembra che vada tutto bene, si maschera...”; “come ai nostri figli, che hanno rapito la loro innocenza e con il nostro aiuto dobbiamo togliere la scheggia”; “come mio figlio: è cambiato perché forze estranee sono intervenute, non è sua la responsabilità per quello che è successo...”

Gerda: “forza, tenacia, amore e debolezza, perché è prigioniera, però è fortunata perché riceve tanti aiuti”; “affetto e compassione”; “come noi, non ci stanchiamo mai di cercare l’aiuto come fa lei”; “a volte piangere, esternare i sentimenti, può aiutarci a stare meglio”; “sa bene com’era il suo Kay prima ...e perseverando se lo riporta a casa com’era prima, non dimentica com’era. Anch’io vorrei pensare a mio figlio come a un bambino gioioso e buono”; “tutti e due lottano fino alla fine...ma Gerda non si arrende mai...”.

Dopo aver valorizzato i contributi dei partecipanti e aver sottolineato la loro convergenza, le conduttrici aggiungevano le loro riflessioni, sintetizzate in una scheda distribuita ai caregiver. Gerda veniva assunta poi, nel lessico comune al gruppo, come simbolo dei caregiver e pietra di paragone per riflettere sui problemi attuali e sul modo migliore di affrontarli.

5.5. Ricadere senza disperare

Sappiamo che una delle evenienze più dolorose e ansiogene dopo un'esperienza traumatica è riattraversare 'valli oscure' di malessere di tanto in tanto, a fronte di una grande varietà di fattori scatenanti. Si ha in quel momento la percezione del supplizio di Sisifo, quell'eroe mitico che spingeva fino alla sommità di un monte un pesantissima pietra per poi vederla riprecipitare al punto di partenza. Anche se in realtà non è proprio così (non si ritorna mai allo stesso punto di partenza), tuttavia la conoscenza sia del fenomeno in sé come in un certo senso fisiologico nelle vittime di trauma, sia della possibilità di riconoscere per tempo i fattori scatenanti (i cosiddetti 'trigger') per controllarne l'evenienza e gli effetti, è di centrale utilità per i bambini abusati e i loro caregiver. Come sempre il fenomeno coinvolge ambedue: per questo anche il lavoro proposto nei gruppi è stato diretto ad ambedue.

Circa *le riattivazioni traumatiche nei caregiver*, tra il molto materiale utilizzato (esercizi, riflessioni, favole) scegliamo di proporre un lavoro di analisi cognitiva che si è rivelato molto fecondo. Utilizzando come parola-chiave metaforica "*il minestrone*" si è voluto mettere a fuoco quel groviglio negativo che si forma nella mente e nel cuore dei caregiver e che dà luogo al riproporsi delle reazioni post traumatiche (di ansia, depressione, fuga). Con l'aiuto ancora una volta di una scheda illustrata, il groviglio è stato scomposto nei suoi fattori, già individuati quando si era parlato del passaggio da reazioni post traumatiche a funzionamento post traumatico: stress

attuali (la guerra non è mai finita...), il ricordo di infelicità passate (mi è sempre andata male...), il ricordo dell'abuso (ecco il colpo finale...). Si è chiesto anche di quantificare la frequenza con cui "il minestrone" si formava, a loro avviso, nella loro vita, mettendo a fuoco in particolare il periodo più recente.

Va notato che questo lavoro è stato completato nella stessa seduta con schede che rinviavano alla possibilità di scelta del 'coping' attivo-sociale, come metodo per affrontare e vincere il funzionamento post traumatico tutte le volte che si fosse presentato in loro. Questa seconda parte, ovviamente, aveva l'obiettivo di scongiurare il rischio di darsi per vinti nel contrastare gli effetti recidivanti del trauma.

Ecco una scelta delle riflessioni dei partecipanti.

Stress attuali: "la mamma in ospedale e la sorella che cerca di farmi sentire in colpa perché non la vado a trovare (sta lontana), il rapporto con il marito, troppe cose da fare, l'avvocato che dubita ancora"; "l'insegnante di mia figlia, la mamma perennemente negativa, sembra che sia lei la vittima e non la bambina,...non mi sento sostenuta, sono da sola!, in più il leggero mobbing al lavoro"; "il rapporto con mia figlia, mia sorella che critica tutto e crede che si possa mettere tutto in una scatola e lasciarlo lì, loro sono una famiglia perfetta!"; "la scuola, pensare di avere i bambini fuori controllo,...con noi hanno un atteggiamento, a scuola altri..."; "i figli e i pensieri sul futuro".

Come si vede, per qualcuno lo spunto è fuori dalla famiglia, per qualcun altro viene invece dall'interno, proprio dalle persone più care.

Il ricordo di infelicità passate: "la morte di mio padre quando avevo 11 anni, abbiamo dovuto trasferirci in un'altra città"; "il mio ex marito, la morte di mio padre, il continuo essere vittima e non saper reagire"; "anche io sono stata 'toccata' da piccola, le incomprensioni, essere tradita dalla persona che amavo di

più”; “il mio matrimonio, essermi allontanata da casa mia per venire in Italia, perché là ho lasciato delle cose belle, la famiglia, gli studi, il lavoro”; “l’adozione e l’idea di non essere voluta dai figli”; “mio padre e non dico altro....”.

Le infelicità passate ci portano a un retroterra di lutti, fallimenti, incomprensioni, solitudine, abbandono, anche vittimizzazione, che probabilmente senza il colpo finale dell’abuso del figlio avrebbero potuto essere metabolizzate e superate con una buona ‘cicatizzazione’, ma che alla luce dell’abuso del figlio prendono un colore sinistro e oscuro, come una premonizione, un destino avverso.

Il ricordo dell’abuso: questa domanda invita a rievocare il punto più dolente, quello che per ciascuno fa da ‘grilletto’ ultimo della riattivazione traumatica. Ecco i commenti:

“la faccia di mia figlia quando è tornata a casa, pensarla a casa dell’orco’ da sola”; “leggere il libro C.A.S.Co di mia figlia mi ha fatto immaginare tutto, come se stessi vedendo...”; “rivedo me, quando ero osservata, picchiata, offesa...”; “il corpo di mio marito, il suo.... (sesso), non riesco più a vedere o a pensare un corpo maschile...”; “la faccia di mio figlio che racconta”; “il pensiero: - Non c’ero -”.

Colpisce, e va ricordata, la qualità prevalentemente fisica di questi ‘grilletti’, che scattano nel corpo senza che la mente abbia la possibilità di filtrarli.

Quasi tutti dicono che questi grovigli, e la conseguente riattivazione traumatica, si verificano spesso; qualcuno, anche solo rievocando e condividendo, si commuove e piange. Mettere a nudo le proprie ferite permette però anche di lenire il dolore, di sentirsi riconosciuti e compresi, di constatare che ora il malessere ha un nome e può essere contenuto. In altre sedute successive sarà una bella sorpresa sentire che le stesse relazioni che erano state identificate come ‘stress attuali’ in precedenza, possono essere riconosciute anche nelle loro qualità nutritive e di sostegno, come se averle inquadrare nel proprio groviglio

soggettivo le avesse anche bonificate: non sono tanto nocive in sé, è il 'minestrone' finale la vera causa del malessere.... Il concetto è stato puntualizzato da una scheda successiva, con queste parole: "(in quei momenti) ti senti sbagliato e solo, come se il futuro non potesse essere diverso dal passato. Ricordi gli 'occhiali'? In quei momenti sembrano più potenti che mai. Si chiama 'riattivazione traumatica'".

Quanto alle *riattivazioni traumatiche nei bambini*, l'obiettivo è stato far prendere atto del loro andamento fatto di progressi incoraggianti e di disperanti regressioni, maturando la capacità di notare che comunque la traiettoria è in salita e lo si capisce guardandosi indietro. Con l'aiuto di schede con immagini, si è suggerito che "a volte sembra di stare sull'ottovolante, eppure a poco a poco si sale" . Questa riflessione è stata non a caso proposta nell'ultima seduta di gruppo, come aiuto a inquadrare senza ansia i comportamenti dei bambini, nei loro lati di progresso e di regresso.

Un altro punto importante è stato chiarire quello che anche gli adulti sperimentano, ma che appare tanto disperante nei bambini: e cioè la capacità anche di eventi lieti di scatenare riattivazioni traumatiche. In questo caso i caregiver si sentono particolarmente disarmati: cosa si potrà fare, allora, per renderli felici? Anche questo aspetto è stato 'normalizzato', per privarlo della sua carica disorientante. Appoggiandosi a un testo molto interessante di due autori americani, di cui è stato distribuito un riassunto tradotto⁵, e introducendo ulteriori elaborazioni prodotte dalla nostra esperienza clinica, si è commentata insieme una scheda, il cui testo riproduciamo di seguito.

COME MAI CI SONO LE REGRESSIONI?

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

⁵ Keck G.C., Kupecky R.M. (1995) Adopting the Hurt Child. Hope for Families With Special Needs Kids, Pinon Press, Colorado Springs.

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

Lo 'stress attuale' (quello da cui parte la riattivazione traumatica) per i vostri figli NON corrisponde solo alla lista – OVVIA – delle cose **negative** che possono capitare oggi, ma anche a quest'altra LISTA:

AMORE
VICINANZA
FUTURO
PROGETTO
SUCCESSO
CONFRONTO CON GLI ALTRI

.....

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

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

Dietro c'è una '**logica complicata**'.

Visto che PRIMA la fregatura è arrivata quando mi sembrava di stare al sicuro e da chi non potevo aspettarmelo, ADESSO sarà ancora così?

L'umore poi peggiora al pensiero che tanta 'vita normale' ormai me la sono persa per sempre e questo è così ingiusto.....

E infine: perché adesso dovrebbe andarmi bene? Figurati se me lo merito.....

E il gioco è fatto.....

5.6. Cosa abbiamo da dire in tema di 'sesso buono'

Questo aspetto specifico è stato affrontato nei gruppi come un 'compito delle vacanze' da eseguire durante la pausa estiva. Il messaggio centrale era, dopo aver avuto la restituzione sui test e aver constatato il segno lasciato dall'abuso nei comportamenti sessualizzati dei figli, l'invito a contrastare quei segni, passando al contrattacco, 'cacciando la moneta cattiva con quella buona', trasmettendo informazioni chiare almeno sul 'sesso normale'. Ciò avrebbe aperto la porta anche a una comunicazione meno imbarazzata sull'abuso subito, se i bambini avessero sentito i caregiver davvero disponibili ad affrontare quel tema.

Va notato che, nonostante la nostra società appaia decisamente disinibita sull'argomento e perfino troppo erotizzata (dalle pubblicità, alla TV, al linguaggio, alle interazioni di tono sessuale anche tra bambini), genitori ed educatori hanno mostrato una sensibilità non solo diversificata ma anche prevalentemente orientata a 'giocare di rimessa' in questo campo (solo se i bambini chiedono esplicitamente ci si studia di dare delle risposte, spesso evasive) oltre a risultare poco informati e preparati su metodi ed età più adatti a fare educazione sessuale.

E' stato mostrato e discusso con i caregiver l'estratto di un libro (Robie H. Harris "Come nascono i bambini", EMME edizioni, ANNO????), che tocca in modo chiaro e accattivante anche temi 'scabrosi' come il rapporto sessuale, invitando i caregiver a comprarlo e a farne oggetto di lettura e dialogo con i bambini.

E' stata anche preparata una *scheda riassuntiva dei suggerimenti* che, in campo *internazionale*, risultano più condivisi in materia di educazione sessuale.

La volta successiva (il primo incontro dopo le vacanze) è stato richiesto l'esito del 'compito'. Ecco di seguito alcune reazioni dei bambini (e dei caregiver):

“Ha fatto molte domande sul sesso e sugli organi femminili ma mai su quelli maschili e lo leggeva spesso per conto suo”; “il libro era sempre lì vicino ma lei lo rifiuta.... non sembra interessarle”; “il libro è stato letto più volte, la prima volta era molto interessata e aveva fatto molte domande. In seguito lo abbiamo riletto da capo come fosse la prima volta. Sembrava ci fosse stato un azzeramento totale su tutto e ha chiesto più volte cosa vuol dire abuso...”; “era interessato ma non ha più voluto rileggere il libro...”; “non abbiamo visto il libro per nulla.... è difficile trovare il momento adatto”; “l’ha guardato un sacco di volte, lo prendeva liberamente e quando si poteva ci si affiancava a lui per leggerlo, per spiegare ,...a me è piaciuto molto”; “mi sono fermata prima del rapporto sessuale, non ce l’ho fatta a fare quella parte, ho cambiato libro...”; “noi non l’abbiamo letto, ci siamo dimenticati...”; “quando le ho dato il libro sull’educazione sessuale mi ha detto non mi serve!”; “è molto disturbata dal vedersi cambiare, dal vedere il suo corpo che si trasforma, questa cosa la manda in crisi. Ho provato a farle vedere il libro di educazione sessuale, ma sgattaiola via, scappa, non regge!”; “ha guardato subito il libro, ha subito curiosato, era contenta, non aveva vergogna...”; “magicamente il libro è sparito e non so dove l’ha nascosto....”.

Come si può notare, le reazioni registrate sono le più varie e nella sostanza prescindono dai contenuti, ma ci dicono molto di più del complessivo atteggiamento verso il tema. Le molte reazioni improntate all’evitamento nei bambini ci fanno pensare con comprensione alla difficoltà per i caregiver di penetrare con semplicità in quello che sembra un campo minato, ma anche alla facilità di avere una reazione speculare di altrettanto evitamento. E’ poi difficile dire quanto questo

rispecchiamento dissociativo debba all'iniziativa degli uni o degli altri.

Purtroppo il numero limitato di incontri di gruppo ci ha imposto scelte che non hanno permesso di ritornare, magari con altri stimoli, sull'argomento. Riteniamo che quest'area abbia bisogno di un maggiore sviluppo.

5.7. Tempo di bilanci

Per tutti i gruppi è poi arrivato il momento finale, l'ultima seduta stabilita.

Questo momento conclusivo abbiamo creduto di impostarlo facendo sì che il gruppo dei bambini e quello dei caregiver s'incontrassero per una parte da condividere.

All'inizio della seduta, ancora con i due gruppi separati, attraverso un'esercitazione i partecipanti hanno riflettuto sull'attuale equilibrio psicologico dei figli e sulle loro percezioni legate alle problematiche che ne derivano.

Si è poi proposto un altro esercizio in cui si è affrontato cosa dimenticare dell'esperienza traumatica "cosa chiudereste in un armadio" e cosa invece si poteva continuare a ricordare, "conservandolo su di una mensola".

"Sulla mensola metto il coraggio... nell'armadio la paura, i ricordi brutti da mettere da parte"; "Butto via la paura mia e dei miei bambini, il buio della depressione e della rabbia. Conservo l'esperienza di condivisione, di ascolto e lo scrivere..."; "Non butto via niente perché tutto quello che ho passato mi è servito per andare avanti al gradino successivo."; "Sulla mensola la consapevolezza di vedere mia figlia con una sensibilità diversa...mi sento migliore di prima, con più energia".

Come si può vedere lo sforzo degli adulti è andato nella direzione di provare a sperare in un futuro migliore, l'esperienza dell'abuso sessuale dei propri bambini non si

può cancellare ma si può cercare di andare avanti “mantenendo il sorriso”.

A metà della seduta c'è stato il ritrovarsi con il gruppo dei bambini. Era stata preparata una piccola cerimonia in cui si è svolta la consegna di un “diploma di fine corso” per i bambini; contemporaneamente ogni genitore o educatore doveva esprimere una breve frase che racchiudesse un pensiero positivo sul proprio piccolo.

Inutile nascondere che questa parte dell'ultima seduta è stata molto emozionante per tutti, anche negli occhi delle conduttrici è spuntata qualche lacrima! ”Ti voglio bene, sono felice che tu sia nostra figlia e sei una bambina coraggiosa!”; “La tua forza e il tuo coraggio sono la mia forza e il mio coraggio”; “Sei la cosa più bella che ho, ti voglio tanto bene..”, così gli adulti vicino ai bambini hanno espresso con commozione il loro incoraggiamento e la loro gratitudine per i piccoli.

Alla fine i gruppi si sono riservati ancora un momento separato in cui i bambini hanno “fatto merenda” e gli adulti hanno condiviso un piccolo rinfresco di saluto e un bilancio di fine percorso. Abbiamo domandato ai caregiver qualcosa di positivo e di negativo di questo tempo trascorso insieme, sicuramente i loro suggerimenti sarebbero stati per noi molto utili.

“Qui ho potuto finalmente parlare di me, delle mie angosce e patemi, fuori è impossibile, neanche con mia sorella...”; ”Non vogliono sentire, non puoi dirlo, pensano -ma sarà vero?-. Per proteggere i bambini non lo dici, perché hai paura che poi li prenderebbero in giro..” (mettere qui il pezzo finale sopra sul gruppo)

Il nostro pensiero di unire momenti teorici a momenti basati sulle loro testimonianze ha avuto riscontri positivi:

“Per me è stato positivo unire le esperienze personali con la teoria, è servito molto dare un nome ai meccanismi che si

succedono”; ”Per me è stato anche pesante, difficile ripercorrere le angosce e paure del passato e del presente. Però poi ho sentito che qualcosa si muoveva dentro... e mi sentivo meglio”.

Molti caregiver hanno espresso il dispiacere per la fine dell’esperienza: ”la cosa negativa è che questo gruppo non avrà seguito..”; “sì, infatti, non si potrebbe fare qualche altro incontro?”; “Il percorso è stato troppo corto...vorrei ancora poter avere un luogo in cui fermarmi per riflettere e ripartire poi verso la quotidianità..”.

Anche su nostro invito, alcuni partecipanti si sono scambiati i numeri di telefono per continuare a contattarsi. Sappiamo che in seguito sono avvenuti degli incontri fuori dal centro, in ricorrenza del Natale o di altre festività o semplicemente per la voglia di rivedersi.

6. Osservazioni conclusive

La partecipazione a tutti e tre i gruppi è stata alta per l’intero percorso. Possiamo dire di non avere avuto quella fase di drop out che solitamente i gruppi con l’andar del tempo dimostrano. Segno che l’esperienza era magari difficile, emozionante, a volte la tristezza ha “fatto piangere”, ma si è dimostrato positivo avere un luogo in cui potersi confrontare con altri adulti che hanno vissuto e vivono vicino a bambini traumatizzati sessualmente, poter avere conforto sulle proprie paure, dolori e incertezze.

Anche avere conduttori “esperti” a disposizione ci è parso potesse attivare nel caregiver la sensazione di essere in buone mani, di poter confidare a se stesso e agli altri anche i fallimenti oltre che i buoni risultati raggiunti, di ricevere una mappa per navigare in questa burrasca.

Inoltre, la presenza in due gruppi di educatrici ha aiutato a comprendere come anche un adulto coinvolto in maniera differente dal genitore nel rapporto col bambino potesse

avere, a volte, delle analoghe difficoltà in questa vicinanza, fedele al concetto che il “trauma traumatizza” e nessuno passa indenne! Questa buona riuscita della mescolanza nel gruppo di genitori ed educatrici è stata possibile grazie alla volontà di queste ultime di mettersi in gioco, anche rispetto alle loro personali emozioni; si è rivelato un grosso aiuto nella comprensione delle difficoltà che i piccoli trasmettono a chi vuole loro bene e cerca di aiutarli nella quotidianità.

Come abbiamo già scritto, la provenienza socioculturale era molto eterogenea, avevamo presenti caregiver di differenti nazionalità ma anche di livelli culturali e sociali diversi. Questo dato non ha creato alcuna difficoltà nella comunicazione e nella comunanza di emozioni e sentimenti che via via emergevano. Ci si riconosceva al di là dell’origine personale. E’ sempre stato molto vivo l’essere “tutti nella stessa barca” e questo ha fatto superare anche momenti difficili e faticosi attraverso l’esperienza dell’aiuto reciproco.

Viene voglia anche a noi conduttrici di continuare nell’esperienza, per quanto impegnativa. Vediamo due principali premesse al dare seguito a questa intenzione.

La prima è poterci soffermare con sufficiente approfondimento sugli esiti di questo intervento, sia nei caregiver sia nei bambini. Già a un primo sguardo abbiamo registrato delle ‘sorprese’: per esempio le valutazioni post gruppo non hanno dato esiti tranquillizzanti da ‘lieto fine’ delle favole. I problemi ci sono ancora, talvolta addirittura accentuati: ma è perché i tratti dissociativi si sono nel contempo molto ridotti.... E poi abbiamo dovuto rassegnarci al fatto che qualsiasi forma di terapia, anche quelle ben accettate ed evidentemente efficaci come questa, si devono misurare non solo con la gravità delle condizioni di partenza, magari prima dissimulate sotto la coltre di gelo dissociativo della Regina della neve, ma anche con la vita che non si

ferma e che continua con il suo flusso di eventi, più o meno connessi all'abuso, a dare scosse che rimettono in discussione i risultati raggiunti. Ma pur prendendo atto di questo dato imm modificabile, uno sguardo in profondità ai dati che abbiamo raccolti nel confronto tra valutazioni precedenti e seguenti al gruppo è necessario e utile. E richiederà un po' di tempo.

La seconda è promuovere, a livello del variegato mondo degli 'inviati' possibili, la conoscenza e l'interesse verso i trattamenti di gruppo, intesi come interventi con specifici strumenti attivi e non solo come occasione di scambio e condivisione di problemi. Ciò è anche la premessa indispensabile per poter fare opportune selezioni che permettano di comporre gruppi omogenei e flessibili a un tempo, quindi utili. In generale, per quanto molto si stia muovendo tra gli operatori sul tema degli abusi all'infanzia, e per quanto razionalmente tutti non possano che essere interessati a forme di presa in carico efficaci ed efficienti, il 'nuovo' fa sempre fatica a farsi largo e in più a trovare il suo posto integrato con gli altri interventi fin qui praticati. Va anche detto che sul tema dell'abuso all'infanzia ancora molte energie sono concentrate nel far emergere il problema e valutarne correttamente i contorni più che nel curarne a fondo gli effetti.

In sintesi: affinare le nostre tecniche mettendole a confronto con sistemi oggettivi di misurazione degli esiti e diffondere le conoscenze sull'intervento, sono i compiti immediati con cui misurarci. Ma non c'è dubbio: la direzione è quella giusta.