

Marinella Malacrea*

ESPERIENZE TRAUMATICHE INFANTILI E ADOZIONE**

1. I bambini adottabili oggi

La prima domanda a cui rispondere è: chi sono i bambini adottabili oggi?

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

Oggi per la maggior parte i bambini adottabili sono vittime di gravi distorsioni delle relazioni familiari, che li hanno coinvolti in maniera diretta o indiretta. Distorsioni che hanno sovente attivato interventi, di natura socioassistenziale e/o sanitaria, infine rivelatisi inefficaci se si arriva all'adozione; e il tempo necessario all'intervento ha comportato per i bambini un periodo di convivenza con tali distorsioni non breve e quindi tale da danneggiarli profondamente. Proprio nel periodo necessario a verificare l'efficacia dell'intervento sulla famiglia, i provvedimenti di protezione eventualmente adottati nei confronti dei bambini possono aver comportato il passaggio attraverso una o più collocazioni in ambiti protetti prima di 'approdare' nella famiglia adottiva.

Senza voler criticare tale orientamento, probabilmente obbligato in una società che vuole sia salvaguardare i diritti a cure adeguate delle sue fasce più deboli e problematiche, sia cercare in ogni modo di conservare ai bambini il loro ambito familiare, non possiamo ignorarne le ricadute, quando ci affacciamo all'universo dei bambini in adozione.

Quali sono allora le distorsioni familiari a cui un bambino può essere esposto?

E' sempre utile ripartire dalla definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità¹ che nel 1999 dichiarava: *“Per maltrattamento all’infanzia (child abuse or maltreatment) si intendono tutte le forme di cattiva cura (ill-treatment) fisica e affettiva, di abusi sessuali, di trascuratezza o di trattamento trascurante, di sfruttamento commerciale o altre, che comportano un pregiudizio reale o potenziale per la salute del bambino, la sua sopravvivenza, il suo sviluppo o la sua dignità nel*

* Neuropsichiatra infantile, psicoterapeuta, Centro TIAMA (Tutela Infanzia Adolescenza Maltrattata, www.centrotiama.it, www.progettotiama.it), Milano, socio fondatore Cismai (Coordinamento Italiano contro il Maltrattamento e l'Abuso all'Infanzia). L'articolo costituisce la rielaborazione di una relazione svolta dall'autore al Convegno Nazionale organizzato dalla Regione Piemonte sulle adozioni nazionali e internazionali, Torino, 23-25.11.06.

** *Minorigiustizia*, 2/2007, 185-195.

¹ Organizzazione Mondiale della Sanità, WHO Consultation on child Abuse Prevention, Ginevra, 1999.

contesto di una relazione di responsabilità, di fiducia o di potere". Si tratta di una definizione ampia, che ha il vantaggio di superare i problemi relativi sia alla intenzionalità o meno dei comportamenti, sia alla attualità dei danni e non esclude forme di violenza che possono verificarsi in contesti anche extrafamiliari. E' tuttavia fuor di dubbio che la violenza e l'abuso assumono prevalentemente le caratteristiche di fenomeni intrafamiliari, compositi e multiformi, le cui diverse manifestazioni non si presentano quasi mai separate o scindibili.

Oltre alle principali forme di abuso, come trascuratezza, maltrattamento fisico, maltrattamento psicologico e abuso sessuale, va posta oggi attenzione all'emergenza di forme nuove quali la riduzione in schiavitù, la prostituzione, il coinvolgimento nella pornografia o la emarginazione derivante dalla immigrazione clandestina.

Ma è necessario ampliare ulteriormente il nostro punto di vista.

Nel 2001 un autore americano, Felitti², ha opportunamente introdotto nel complesso dibattito su maltrattamenti e abusi nell'infanzia la nozione di *Esperienze Sfavorevoli Infantili* (ESI, in inglese *Adverse Childhood Experiences, ACE*) per indicare quell'insieme di situazioni vissute nell'infanzia che si possono definire come 'incidenti di percorso' negativi più o meno cronici rispetto all'ideale percorso evolutivo sia sul piano personale che relazionale, specialmente sotto il profilo del rischio di distorsione dei legami di attaccamento. Esse comprendono tutte le forme di abuso all'infanzia subito in forma diretta, come abuso sessuale, maltrattamento psicologico, fisico, trascuratezza; e le condizioni subite in forma indiretta che rendono l'ambito familiare imprevedibile e malsicuro, come per esempio alcolismo o tossicodipendenza dei genitori o congiunti, malattie psichiatriche, gravi malattie fisiche invalidanti, tracolli finanziari e soprattutto *violenza assistita*, cioè il coinvolgimento del minore in atti di violenza compiuti su figure di riferimento per lui affettivamente significative.

Nella stessa linea si pone l'attenzione recentemente sviluppata dagli studiosi nei confronti dell'*abuso* e della *trascuratezza emozionale*, che sono definiti come modi di relazione pericolosi tra il datore di cura e il bambino, anche se non implicano contatto fisico.

Si tratta di qualcosa di diverso dal maltrattamento psicologico, che si configura come risposta negativa comportamentale e attiva del genitore: si tratta qui di una reazione emozionale stabile, ripetitiva e inappropriata all'esperienza del bambino. Ciò avviene in misura gravemente dannosa per il bambino, anche se i datori di cura (quasi sempre i genitori) non sono consapevoli della pericolosità del loro comportamento.

Glaser³ nel 2002 proponeva utilmente di passare da definizioni che individuano specifici comportamenti dei genitori con i figli a definizioni che implicano atteggiamenti più trasversali all'intera relazione genitori-figli. L'autrice individua le

² V.J. Felitti, R.F. Anda, D.Nordernberg, D.F. Williamson, A.M. Spitz, V.Edwards, M.P. Koss, J.S. Marks, Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. In: K. Franey, R. Geffner, R. Falconer (Eds) *The cost of child maltreatment: who pays? We all do*, S.Diego, CA: Family Violence and Sexual Assault Institute, 2001.

³ D. Glaser, Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework, *Child Abuse and Neglect*, 26, pp. 697-714, 2002.

seguenti aree di rischio: indisponibilità, trascuratezza, non responsività emozionale; qualificazioni negative e mistificanti del bambino; interazioni con il bambino inappropriate o incongrue rispetto alla fase evolutiva; mancato riconoscimento e mancata consapevolezza dell'individualità del bambino e dei confini psicologici; mancata promozione dell'adattamento sociale del bambino. L'abuso emozionale è, abbastanza comprensibilmente, quasi una costante nei casi di maltrattamento e di trascuratezza fisica; alcuni autori, come Claussen e Crittenden⁴, hanno stimato al 90% la sua compresenza nelle altre forme di abuso. Il dato che più preoccupa è relativo al fatto che proprio la compresenza di tale componente è predittiva dei successivi danni evolutivi che il bambino maltrattato manifesterà, ben più della gravità del mal-trattamento subito.

2. La diffusione

Quante volte dovremo aspettarci che simili esperienze stiano nel passato dei bambini adottabili?

Ci soccorrono, nella risposta a questa domanda, innanzitutto i dati generali sulla diffusione delle stesse nella popolazione 'normale'. La recente ricerca retrospettiva effettuata dall'Istituto degli Innocenti per conto dell'Osservatorio Nazionale sull'Infanzia e l'adolescenza, " Vite in bilico. Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile "⁵, attesta che soltanto il 26% della popolazione femminile italiana dichiara di non aver avuto nella propria vita maltrattamenti e abusi e che ben il 18% dichiara invece di aver avuto la vita attraversata da varie forme sia di maltrattamento diretto (fisico, psicologico, trascuratezza) sia indiretto (violenza assistita) sia da abuso sessuale.

Tabella 1. *Vite in bilico. Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile*

No abuso sessuale e maltrattamento	26,4
Solo abuso sessuale	5,9
Abuso sessuale e altre forme di abuso	18,1
Solo altre forme di abuso (maltr. fisico, maltr. psicol., trascuratezza, violenza assistita)	49,6
<i>Totale</i>	<i>100,0</i>

Infanzie in cui tutto ha potuto succedere, e che, se sono tanto diffuse nella popolazione generale, possiamo a maggior ragione aspettarci nei casi in cui si arriva all'adozione.

Torna alla mente l'allarme lanciato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità con il Rapporto Mondiale su Violenza e Salute del 2002⁶. Come si ricorderà il principio

⁴ A. Claussen, P. Crittenden, Physical and psychological maltreatment: relations among types of maltreatment, *Child Abuse and Neglect*, 15, pp. 5-18, 1991.

⁵ D. Bianchi, E. Moretti (a cura di) *Vite in bilico. Indagine retrospettiva su maltrattamenti e abusi in età infantile*, Quaderni del Centro nazionale di documentazione e analisi per l'infanzia e l'adolescenza, Questioni e documenti 40, Istituto degli Innocenti, Firenze, 2006.

⁶ World Health Organization, *World Report on Violence and Health*, Geneve, Switzerland, 2002.

base di questa iniziativa è che *la violenza è un primario problema di salute pubblica nel mondo intero e che bisogna fare congrui investimenti in ogni nazione per prevenirla e curarne le conseguenze*. Nel Rapporto si attesta l'esistenza per gran parte dell'umanità e trasversalmente alle culture di condizioni infantili gravemente turbative del benessere e dei processi di sviluppo, non dovute a fatalità, ma a processi di trauma e vittimizzazione, tanto più pericolosi quanto più l'insidia risiede nelle relazioni, come quelle familiari, naturalmente preposte a dare benessere.

3. Le conseguenze patologiche

Ciò che accomuna le diverse situazioni sopra descritte è la loro capacità di produrre una vasta gamma di esiti patologici. Il fatto che la maggior parte delle ESI abbia come teatro la famiglia ha come corollario spesso la loro cronicità e quindi una maggiore possibilità di produrre, in coloro che ne sono vittime, gravi e invalidanti conseguenze sul piano fisico e psicologico. Si tratta di esperienze capaci di superare le naturali risorse di "resilienza" e di adattamento dei soggetti, tanto più se ancora in formazione, e di dar luogo a importanti sofferenze che si trascinano nel tempo dando luogo a patologie che si manifestano dopo mesi, anni o nell'età adulta. Va inoltre tenuto conto che quegli adulti, diventati genitori, corrono un alto rischio di trasmissione intergenerazionale delle condotte maltrattanti/abusanti.

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

Tale funzionamento ha la sua base a livello organico⁷. Gli studi neurobiologici sullo sviluppo mentale infantile dicono con sicurezza che l'esperienza dà direttamente forma alle strutture cerebrali e che il cibo esperienziale per la mente è l'esistenza di legami in cui, nella comunicazione collaborativa, si sviluppi la sintonizzazione tra la mente del bambino e quella del genitore e la mente impari le basi e i metodi dell'auto promozione e dell'auto organizzazione. Se proprio i legami sono invece fonte di esperienze negative e traumatiche, specie se croniche, si producono danni cerebrali rilevabili e duraturi. Con le moderne metodiche diagnostiche (Tomografia cerebrale ad emissioni di positroni, Elettroencefalogrammi associati a potenziali evocati) si è registrata la sofferenza e la morte di milioni di neuroni in varie aree cerebrali preposte al pensiero complesso e finalizzato (corteccia prefrontale), alla integrazione della memoria (ippocampo), alla regolazione emotiva (secrezione di serotonina), alla comunicazione tra gli emisferi cerebrali (corpo calloso), con effetti vistosi a livello comportamentale. Ma, ancora peggio, la disregolazione cerebrale da esperienze traumatiche infantili produce effetti registrabili a livello del sistema nervoso simpatico e parasimpatico (che presiede al ritmo respiratorio, al battito cardiaco, alla pressione arteriosa, ai movimenti peristaltici intestinali), del sistema endocrino (in

⁷ M. Malacrea, La terapia nell'abuso all'infanzia: le ragioni teoriche dell'evidenza clinica, *Connessioni*, anno VIII, n.14, pp. 81-100, 2004.

primis la funzionalità del surrene, che produce il cortisolo endogeno essenziale nella regolazione della reazione agli agenti esterni), del sistema immunitario (che presiede alla difesa del soggetto da aggressori esogeni ed endogeni).

4. I bambini 'traumatizzati' in adozione

Come queste conoscenze sulle Esperienze Sfavorevoli Infantili, sul conseguente funzionamento post traumatico dei bambini e sul rischio evolutivo che comporta, influenzano lo sguardo ai bambini in adozione? Lasciamoci guidare dalle nuove conoscenze sui funzionamenti post traumatici e anche dai saggi suggerimenti di due autori americani⁸ che hanno dedicato un libro proprio all'adozione del bambino traumatizzato.

Dobbiamo operare a due livelli.

4.1. Promuovere la comprensione del funzionamento post traumatico

E' di fondamentale importanza conoscere come 'funzionino' questi bambini (funzionamento post traumatico): comportamenti apparentemente strani o illogici hanno invece una loro ragione che dipende dal trauma subito e dalle difese che il bambino mette in atto per non entrare in contatto con vissuti intollerabili e/o per difendersi attivamente da situazioni che il bambino percepisce, proprio in ragione della sua storia, come dannose.

Tipicamente il funzionamento post traumatico nei bambini, come negli adulti, alterna stati emotivi e comportamentali in sequenze ON/OFF di iperattivazione (*hyperarousal*) e spegnimento (sotto forma di depressione o dissociazione), rendendo necessarie specifiche chiavi di lettura per non cadere in fraintendimenti grossolani e pericolosi del significato dei comportamenti.

Ecco come lo spieghiamo ai bambini stessi e ai loro datori di cura⁹, sia sul piano delle fisiologiche reazioni post traumatiche, sia della deformazione dei Modelli Operativi Interni che media il passaggio a un funzionamento post traumatico permanente.

⁸ G.C. Keck, R.M. Kupecky, *Adopting the Hurt Child. Hope for Families With Special Needs Kids. A Guide for Parents and Professionals*, Pinon Press, Colorado Springs, 1995.

⁹ Materiale di 'education' costruito per gruppi di bambini abusati sessualmente e loro *caregivers*, tra cui anche genitori adottivi, da M. Malacrea e C. Pessina, vedi www.progettotiama.it.

Tabella 2.

LE REAZIONI POST TRAUMATICHE

<i>Termini tecnico</i>	<i>Cosa vuol dire</i>	<i>A cosa serve</i>	<i>Esempi di pensieri</i>
Iper-vigilanza	Agitazione interna, allarme, eccitazione	A cercare di tenere tutto sotto controllo	E' come essere sulle montagne russe! sono in pericolo sto scoppiando
depressione	Essere sempre stanche, essere di cattivo umore, non avere voglia di fare nulla, essere tristi	A stare rintanate	Non valgo niente, sono un peso, niente è importante, niente mi piace, per me è finita
dissociazione	Ce la posso fare solo se i pezzi di me vanno per conto proprio, solo se stacco i pensieri e faccio volare via la mia testa come un palloncino, solo se mi metto nel congelatore	A tenere lontani e tutti i pensieri	'stacco la spina', che bello essere su Marte!, in fondo che problema c'è?, non mi ricordo, se non ci penso sto meglio

Tabella 3.

Ecco gli occhiali



Tabella 4

<i>Termine tecnico</i>	<i>Come si vede</i>
Iper-vigilanza	Si è sempre tese, non si riesce mai a rilassarsi Non si riesce ad addormentarsi o ci si sveglia di notte Si è sempre pronte a litigare Ci si mette nei guai Si vive nella paura che succedano brutte cose
depressione	Sempre tristi, niente fa stare bene, si pensa e si ripensa sempre alle stesse cose, non si hanno speranze, vergogna
dissociazione	Si ha sempre male da qualche parte (testa, pancia ecc (è il mio corpo che sta male, mica io..), la testa è sempre sulle nuvole (non sento, non penso), si fa tanto movimento per non pensare, si parla in continuazione o si hanno sempre mille cose da fare, Si fanno cose di sesso con altri bambini,

non ci si riesce a concentrare e si dimenticano o si perdono le cose
--

Preliminare e indispensabile è, in questa luce, che i genitori adottivi possano avere tutte le informazioni disponibili sul bambino, non solamente sul suo stato attuale ma anche sulle ipotesi che sono state fatte sui danni subiti dal bambino e sulle loro cause fattuali. Ciò dà ai genitori la possibilità di fare scelte consapevoli, anche se da queste informazioni non si potrà mai dedurre in anticipo quale potrà essere il futuro del bambino nella nuova famiglia e quanto egli sarà in grado di produrre nuovi legami positivi.

Certamente i genitori adottivi dovranno procedere prudentemente nel coinvolgere il bambino nei legami familiari, a partire dalla consapevolezza che la prossimità funziona paradossalmente nei soggetti traumatizzati, al contrario che nei soggetti normali, come un riattivatore traumatico. Dovranno invece prepararsi a confrontarsi con un periodo di 'lutto' del bambino rispetto all'identità che si lascia alle spalle, 'lutto' che, in modo apparentemente inspiegabile, potrebbe funestare proprio i momenti di festa e le ricorrenze: stranezza che diventa comprensibile se, con l'opportuna chiave di lettura, ricordiamo che queste occasioni sono proprio quelle in cui le memorie non possono essere evitate e si riattiva il ricordo amaro della propria vita, che avrebbe dovuto essere diversa, e in cui ciò che è stato perduto non potrà più essere recuperato. In ogni caso è fondamentale che i genitori adottivi sappiano che, per quanto possano essere 'riparativi' e dare tutto l'amore possibile, la drammatica storia del figlio non potrà mai essere cancellata. Possono però non averne timore e confrontarsi attivamente con essa per aiutare anche il bambino a farlo. Sappiamo che nei soggetti vittime di traumi nell'infanzia solo riattraversare il ricordo in un contesto controllato, accogliente e sicuro è la via per dare nuovo significato alla propria esperienza e per la successiva elaborazione. E' importante quindi costruire, con tutte le informazioni disponibili, una narrativa della storia del bambino da condividere con lui, che collochi in ordine e dia senso a tutto quanto si sa delle sue vicende. L'obiettivo è mantenere identità e continuità del sé, come premessa all'integrazione della nuova esperienza. Infatti mantenere un doppio registro, mostrandosi apparentemente dimentico e adattivo, e custodire nel segreto una identità sentita come inconfessabile e inaccettabile, è una scelta frequente nei bambini adottivi provenienti da esperienze che li hanno svalorizzati e stigmatizzati e quindi fatti sentire 'non amabili' da genitori 'buoni'. Ciò impedisce che la nuova esperienza arrivi al cuore dell'identità risanandola realmente, nell'integrazione di ogni sua parte.

E' più che mai opportuno che il bambino, specie nelle prime fasi dell'adozione, abbia ogni sostegno psicologico specifico e competente per governare la possibile riattivazione traumatica nel contatto con legami prossimi e coinvolgenti emotivamente, che lo fanno sentire vulnerabile e quindi scatenano l'ansia correlata alla profezia di una imminente esperienza negativa come quella che ha segnato il suo passato.

4.2. La promozione dell'esperienza riparativa

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

Va quindi dato il massimo sostegno psicologico possibile anche ai genitori adottivi. Le difficoltà maggiormente condivise nel contatto e nella gestione di questo tipo di bambini può essere bene sintetizzato nel Parenting Stress Index di questi 24 *caregivers* protettivi (genitori naturali, adottivi, affidatari, educatori di comunità) di bambini abusati sessualmente, attualmente in trattamento di gruppo¹⁰.

Tabella 5

Tot. Bambini: 19 Tot. Genitori: 24		Malacrea M., 2006	
<h2>Parenting Stress Index</h2>			
<h3>Descrizione dello stress del genitore /datore di cura</h3>			
	Problematico	Non problematico	
AREA BAMBINO			
• È fonte di stress avere un bambino che non si adatta facilmente ai cambiamenti?	11	13	
• Sono in sintonia con il mio bambino? Sento che il mio bambino ha un buon rapporto con me?	13	11	
• È fonte di stress avere un bambino molto esigente che spesso fa richieste insistenti?	20	4	
• Mi sembra che i miei sforzi di farlo crescere e di renderlo felice raccolgano risultati inferiori alle mie aspettative	18	6	
• E' fonte di stress avere un bambino che spesso si isola e/o triste?	16	8	
AREA GENITORE			
• Mi sento capace come genitore? Sento di essere un buon genitore?	12	12	
• Quanto mi sento a mio agio e spontaneo nel fare il genitore?	12	12	

Cosa accade? che entrare in contatto con questi bambini con funzionamento post traumatico, provoca a sua volta reazioni traumatiche ai genitori adottivi, perchè 'il trauma è contagioso'. Imparare metodi di gestione di tali funzionamenti e prima ancora di riconoscimento degli stessi è quanto di più utile possiamo fare nei confronti sia del bambino adottato sia dei genitori adottivi e quindi, in ultima analisi per la riuscita migliore possibile dell'esperienza adottiva.

I genitori adottivi devono sentire di far parte di una stessa 'squadra' insieme ai terapeuti del bambino. Non vanno mai colpevolizzati ma valorizzati e sostenuti. Né loro né il bambino sono responsabili della maggioranza delle difficoltà presenti, bensì l'esperienza traumatica antecedente. Come dicono gli autori americani già citati: "i genitori adottivi di un bambino precedentemente abusato non sono responsabili dei

¹⁰ Materiale testale rilevato, ed elaborato per la restituzione ai *caregivers*, nella psicoterapia di gruppo di bambini abusati sessualmente e loro *caregivers*, tra cui anche genitori adottivi (M. Malacrea, vedi www.progettotiama.it).

problemi che il bambino ha, ma sono responsabili di fare tutto il possibile per alleviarli".

Mantenere tale chiarezza di giudizio sarà particolarmente difficile per le madri adottive, che sovente sono il bersaglio prescelto per gli attacchi dei bambini: tuttavia deve essere riconosciuto che ciò il più delle volte è la conseguenza della rabbia che il bambino sente per il 'tradimento' della madre naturale, cosa che gli causa una sofferenza profondissima.

Faticoso sarà anche avere a che fare spesso con la percezione di fallimento, di avere un bambino per cui gli sforzi non sembrano garantire la stabilità del risultato sperato. Va spiegato che nei bambini vittime di abusi, e quindi con funzionamento post traumatico, fasi di riattivazione traumatica, con ricomparsa di segnali patologici, sono cicliche e sempre possibili e possono apparire come scoraggianti regressioni. Va anche fatto notare che tali momenti negativi non comportano mai un vero ritorno indietro, ma sono come salire una scala a chiocciola, in cui si ritorna nella stessa prospettiva negativa più volte, ma da un punto sempre più elevato.

Difficile sarà anche prendere atto che questi 'bambini feriti' potrebbero non soddisfare mai le 'normali' aspettative dei genitori, e sviluppare una vera accettazione di quello che sono. Talvolta tale accettazione dovrà spingersi fino a prendere atto che alcuni bambini non possono adattarsi a una famiglia adottiva, non importa quale o addirittura si rivelano troppo pericolosi all'interno di una famiglia, capaci di farla esplodere: si tratta di bambini troppo spaventati dalla vicinanza affettiva, che fanno di tutto per confermare la propria tragica visione del mondo e delle relazioni, che, paradossalmente, è l'unica che dia loro sicurezza di mantenere il controllo, rifiutando prima di essere rifiutati.

5. I compiti dei servizi

E' necessario che un'attenta considerazione dei traumi pregressi e dei funzionamenti patologici strettamente e inevitabilmente conseguenti entri a costituire la base trasversale degli interventi routinari quando un bambino arriva in adozione, tanto più quanto più è grande; ma anche che la comprensione precisa e tecnica dei funzionamenti post traumatici stia alla base della preparazione dei futuri genitori adottivi e dei bambini adottabili,. Trascurando la possibilità di intervenire in tal senso in preparazione all'adozione e fin dalle prime battute del collocamento adottivo, si perdono i benefici di una insostituibile 'finestra di plasticità', che tale evento è in grado di aprire nel precedente funzionamento psicologico post traumatico dei bambini. Coniugando invece terapie psicologiche specifiche per l'elaborazione dei traumi pregressi con la cura per la migliore qualità dei nuovi processi di attaccamento nella famiglia adottiva, si aumentano le possibilità di cambiamento dei Modelli Operativi Interni dei bambini, fortunatamente presente per tutta la vita, con importanti ricadute positive sulla futura personalità. Tali interventi dovrebbero essere obbligatori e dovuti ai genitori e ai bambini nell'anno di affidamento preadottivo e oltre.

Acquisire specifiche competenze sul funzionamento psicologico di questi bambini e sulle conseguenti multiformi manifestazioni comportamentali e sintomatiche è anche indispensabile per poter dare sostegno e guida ai genitori adottivi. Dobbiamo

purtroppo constatare che non sempre queste conoscenze sono adeguatamente diffuse, generando rischi di indicazioni inesatte o banalizzanti, che confondono il piano educativo con quello della adeguata comprensione dei funzionamenti post traumatici. Soprattutto si corre il rischio di riferire troppo i comportamenti dell'oggi a problemi di rapporto attuale con i genitori adottivi invece di considerare con rispetto e attenzione quello che Judith Herman nel suo libro "Guarire dal trauma"¹¹ chiama "l'ombra del persecutore" che si insinua dal passato nel presente e che trasferisce nel contesto relazionale attuale modelli operativi (gli 'occhiali') costruiti ben prima, congrui allora, ma disfunzionali ora.

E' anche necessario che i servizi psicosociali adeguino i loro criteri di accesso agli interventi, per evitare che i servizi più specializzati nella diagnosi e cura dei funzionamenti post traumatici siano di fatto preclusi ai bambini adottati: ciò accade quando i servizi dedicati alla tutela dei minori abusati, e quindi esperti di bambini vittime di traumi infantili, operano soltanto in presenza di decreto del tribunale per i minorenni, di fatto escludendo i bambini adottati.

Ma non basta operare correttamente nel singolo caso. Occorrerebbe investire congrue energie per fare 'education' nelle sedi opportune e prima ancora per predisporre strumenti divulgativi precisi ma di facile comprensione a pro sia dei genitori adottivi sia dei bambini vittimizzati.

¹¹ J. Herman, *Trauma and recovery: the aftermath of violence*, Basic Books, New York, 1992. Trad. It.: *Guarire dal trauma*, Magi editore, Torino, 2005.