

## IL TRATTAMENTO COGNITIVO-COMPORTAMENTALE DI UN MINORE CON DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS

Valeria Giamundo\*

\*Psicologo, Psicoterapeuta, docente APC – SPC. Equipe per l'Età Evolutiva APC-SPC Roma; Responsabile del Servizio di diagnosi e trattamento del Centro "G. Fregosi Tetto Azzurro" di Roma

### Riassunto

Il lavoro seguente intende affrontare, attraverso l'analisi di un caso clinico, il trattamento cognitivo-comportamentale del PTSD in età evolutiva, attuato presso un Centro Specialistico di secondo livello che interviene, nelle situazioni di abuso e maltrattamento, a favore del minore e della sua famiglia. Nell'affrontare il caso verrà dapprima illustrato il profilo psicoaffettivo del minore ed esaminati i segni del Disturbo Postraumatico Da Stress in una situazione di grave lutto. Verrà evidenziato come la sintomatologia dissociativa, che rappresenta l'unica strategia di fronteggiamento del trauma da parte del minore, rischia di compromettere il suo sviluppo psicoaffettivo e di personalità. Nell'articolo verrà anche illustrato l'intervento di rete sul minore, dalla presa in carico valutativa al trattamento psicoterapico.

**Parole chiave:** PTSD, trauma, dissociazione, intervento di rete, terapia cognitivo-comportamentale.

### Abstract

The following article discusses, through analysis of a case study, the use of cognitive-behavioural treatment for PTSD carried out in a specialist secondary care center which operates in favour of the child and family. Initially, the minor's psycho-affective profile is illustrated as well as the symptoms of disturbance from posttraumatic stress deriving from profound loss. Consequently it is discussed how the dissociative symptomatology, which for the minor represents the only strategy through which they are able to deal with the trauma, has the risk of significantly compromising their psychoaffective and personality development. The article will also illustrate the actions of the wider multidisciplinary team involved in the case, from initial assessment and evaluation to psychotherapeutic treatment.

**Key Words:** PTSD, dissociative symptomatology, multiagency working, cognitive-behavioural therapy.

### Introduzione

I primi studi che hanno portato alla nozione di *Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD)*, compiuti negli anni '70, a partire dalle indagini sui reduci dalla guerra del Vietnam, hanno interessato dapprima la psichiatria dell'adulto e solo successivamente si sono estesi all'infanzia e all'adolescenza, in relazione sia all'esposizione ad eventi catastrofici (guerre, calamità naturali), sia ad esperienze di maltrattamento intra ed extra-familiari. Dai dati della letteratura la sindrome Postraumatica sembra presentare ampie oscillazioni di frequenza: dall'1% al 14% nella

popolazione normale, dal 3% al 58% nella popolazione a rischio (Lalli 2005); è evidente che nel quadro nosografico sono inseriti disturbi molto vari e diversi tra loro e che esiste un'ampia discrezionalità nel porre la diagnosi. Lo Iacono (2005), in un fascicolo monografico di *Cognitivism Clinico* dedicato proprio al Disturbo Postraumatico da Stress, mette in luce alcuni interessanti fattori di ordine sociale, culturale e politico che spiegherebbero la diffusione della diagnosi ed esamina la questione sulla validità del concetto di PTSD. Nel DSM-IV-TR (2000) viene descritto il PTSD con criteri diagnostici ben precisi. Tale disturbo sembrerebbe spesso seguire il Disturbo Acuto da Stress (ASD) che contiene elementi sintomatologici sia del PTSD che dei *disturbi dissociativi*, aventi però una durata inferiore (Caffo e Camerini 2004). L'evoluzione clinica è stata associata alle caratteristiche delle situazioni/stimolo stressanti o traumatiche, che rendono difficile l'elaborazione emozionale. Tra queste: il carattere improvviso dell'evento, la sua intensità, la pericolosità, l'imprevedibilità e la incontrollabilità. Gli esiti delle esperienze traumatiche possono essere differenti e molteplici, sebbene la nosografia delle condizioni post-traumatiche metta in evidenza, in particolare, tre quadri sintomatici importanti: il Disturbo Post-Traumatico da Stress, il Disturbo dell'Adattamento (che può insorgere con caratteristiche meno acute), il Disturbo Dissociativo. Gli stretti confini del DSM non rendono dunque giustizia alla vasta gamma di reazioni o manifestazioni sintomatiche mostrate dai bambini, specie quelli molto piccoli. La mia esperienza clinica e di ricerca, presso il Centro Provinciale "Giorgio Fregasi" Tetto Azzurro di Roma, con bambini che hanno vissuto esperienze traumatiche di diversa natura e intensità, evidenzia, concordemente con quanto già messo in luce dalle ricerche di alcuni studiosi del settore (Caffo 2004), che bambini e adolescenti manifestano infatti un'ampia gamma di espressioni sintomatiche. Tra queste: disturbi del sonno, paure e fobie di varia natura, pensieri intrusivi e ricorrenti, ansia da separazione, instabilità attentiva e motoria, difficoltà di concentrazione, crisi di rabbia, difficoltà di comunicazione e di relazione con l'altro, disturbi della memoria, sentimenti di colpa, depressione, inibizione, comportamenti oppositivi e/o distruttivi, sintomi dissociativi. L'ampia sovrapposizione della sintomatologia in età evolutiva va interpretata alla luce del *modello della psicopatologia dello sviluppo*, che sottolinea la rilevanza dei *fattori protettivi e di rischio* e delle *capacità di resilience* nella modulazione della risposta di adattamento del bambino di fronte ad esperienze di vittimizzazione. In termini economici, il trauma è caratterizzato da un afflusso di eccitazioni che risulta eccessivo rispetto alla tolleranza del soggetto e alla sua capacità di dominare ed elaborare psichicamente questa carica emotiva (Caffo e Camerini 2004). La variabilità della risposta ha dunque a che fare con aspetti soggettivi, inerenti le caratteristiche personali della vittima ed i significati che l'esperienza traumatica può assumere per la stessa.

Nel DSM-IV e IV-TR l'effetto del trauma è stato attribuito anche a situazioni non esperite di persona, ma vissute in via indiretta (ad esempio, come testimoni) ed è stata valorizzata, ai fini diagnostici, la reazione individuale del soggetto al momento della sollecitazione "traumatica" (criterio A2: "*la risposta del paziente deve comprendere paura, disperazione od orrore*"). A sua volta, il criterio A1 definisce precisamente le situazioni di stress in grado di evocare un PTSD. La nozione di PTSD ha un'eziologia di origine ambientale e la diagnosi non viene posta in rapporto alla tipologia dell'evento, ma solo in rapporto alla qualità e all'intensità delle manifestazioni cliniche che fanno seguito all'evento stesso (Caffo e Camerini 2004). Per evitare quindi un eccessivo allargamento della nozione di "trauma", è preferibile distinguere tra le reazioni clinicamente significative riconducibili ad un PTSD, e le altre reazioni sintomatiche meno specifiche, espressione di un *Disturbo dell'Adattamento* o di un disagio soggettivo non necessariamente dotato di un valore psicopatologico. Terr (1991) evidenzia l'importanza di distinguere tra ciò che ha definito *stressors di Tipo I* e *stressor di Tipo II* (stressor isolati, stressor ripetuti) per meglio differenziare il possibile impatto traumatico delle esperienze di maltrattamento, consi-

derando che nella maggior parte dei casi esse si verificano secondo modalità più diluite nel tempo, inducendo nella vittima complesse dinamiche difensive di adattamento. Secondo Terr, agli *stressors* di Tipo I, legati all'abuso seguirebbero, con maggiore facilità, sequele tipicamente post traumatiche, come il PTSD, mentre quelli di Tipo II determinerebbero principalmente sintomi dissociativi ad insorgenza a medio-lungo termine. Ciò può verificarsi, secondo Déttore e Fuligni (1999), con una certa frequenza nelle vittime di abuso sessuale, per opera di meccanismi difensivi volti a ridurre la consapevolezza di un'esperienza vissuta come coercitiva e spaventosa. È chiaro che la reazione dissociativa può svolgersi, nell'immediato, una funzione adattiva, ma a lungo termine è suscettibile di causare anche i sintomi propri del PTSD. In generale, si può comunque affermare (come da letteratura) che solo una parte di una popolazione di bambini esposti ad esperienze di abuso e di maltrattamento può presentare sintomi riconducibili ad una reazione da stress post-traumatico (Caffo e Camerini 2004). Le reazioni comportamentali possono oscillare da un minimo di agitazione psicomotoria e movimento afinalistici ad un massimo di inibizione motoria e affettiva (*freezing*). Ciò può essere dovuto ad una serie di fattori, che fanno capo sia alle circostanze dell'esperienza di abuso, sia alle variabili individuali. Gli indicatori prognostici possono essere i seguenti: *età del bambino (legata alla maggiore o minore consapevolezza dell'esperienza vissuta); maggiore o minore fragilità della personalità; durata e frequenza dell'abuso; intensità del trauma fisico e della coercizione; qualità della risposta familiare ed istituzionale*. Nelle esperienze di vittimizzazione sessuale, sembrerebbe che, in età evolutiva, esse avvengono più frequentemente secondo modalità ripetute, e corrispondono quindi a quelle che la Terr indica come traumi di Tipo II. Più rare risultano le esperienze isolate, come gli episodi di stupro agiti con coercizione e violenza, maggiormente capaci di generare esiti sintomatici inquadabili come PTSD. I dati presenti in letteratura dunque appaiono coerenti nell'associare il PTSD a quei casi in cui l'esperienza di vittimizzazione risulta essere stata isolata, o comunque non ripetuta in un prolungato lasso di tempo, e perpetrata secondo modalità particolarmente intrusive, coercitive e violente. Quanto più l'evento traumatico si rivela intenso e violento, infatti, tanto maggiore è la difficoltà a mentalizzarlo e simbolizzarlo, e quindi ad inserirlo nella memoria autobiografica e nel tessuto narrativo del soggetto. Enns e coll. (1995) ipotizzano che il trauma influenzi i sistemi del processo dell'informazione cognitiva in vari modi; per esempio mediante la dissociazione o la repressione, meccanismi che limitano l'informazione, sia nella codifica che nel recupero della memoria.

## Trauma e dissociazione

La sensazione di essere distaccato dal proprio corpo (depersonalizzazione), di vivere la realtà come strana e irreali (derealizzazione), l'amnesia dissociativa, o semplicemente la riduzione di consapevolezza dell'ambiente circostante ed il distacco emozionale, sono alcuni tra i sintomi dissociativi che si possono manifestare durante e dopo il trauma.

Lalli descrive tre fasi che possono caratterizzare l'esperienza traumatica: una prima fase acuta, quando il trauma determina un'invasione intensa ed a volte devastante nel sistema psichico, che mette in crisi l'organizzazione difensiva del soggetto compromettendo alcune funzioni fondamentali come il senso d'identità, la continuità temporale, la capacità di memorizzare, l'impossibilità di dare un senso all'evento, il tutto vissuto in un totale senso di impotenza. Una seconda fase di reazione ove, a seconda della natura-intensità del trauma e delle capacità difensive del soggetto, possono aprirsi due prospettive. La prima è una possibile reintegrazione verso la normalità (e questa possibilità è tanto maggiore quanto più precoce è un eventuale intervento terapeutico), oppure la strutturazione di una formazione difensiva che potrà costituire la base

della futura psicopatologia. Ed una terza cronica, che può manifestarsi a distanza anche di mesi, con la presenza di evidenti segni clinici da trauma psichico. La dissociazione può essere considerata parte integrante delle modalità (a breve ed a medio-lungo termine) che alcuni individui mettono in atto per adattarsi alle esperienze traumatiche. L'esperienza dissociativa è fortemente connessa all'ingestibilità, da parte delle funzioni integratrici della coscienza, delle emozioni drammatiche e contrastanti e delle rappresentazioni inconciliabili di sé con l'altro. Un'ampia letteratura evidenzia la stretta relazione tra sintomi dissociativi ed eventi traumatici. I sintomi dissociativi sono stati innanzitutto interpretati come *meccanismi di difesa* contro i ricordi emotivamente dolorosi. Già oltre 100 anni fa Janet (1889) avanzò l'ipotesi che la dissociazione operasse attraverso un restringimento del campo della coscienza, a causa di una difficoltà dell'apparato psichico a sintetizzare le informazioni emotive. I ricordi delle esperienze traumatiche, secondo l'autore francese, verrebbero immagazzinati al di fuori della coscienza ed espressi nella forma di sintomi somatici. Myers (1940) sottolineò la funzione adattiva della dissociazione rispetto alle emozioni di paura e al senso di impotenza legati a situazioni o eventi fortemente dolorosi e traumatici. Krystal (1988) fa risalire l'alesitimia al trauma psichico subito dal bambino prima che gli affetti siano stati pienamente desomatizzati, differenziati e rappresentati verbalmente. Secondo l'autore l'alesitimia può originare anche da un trauma che avviene in uno stadio successivo dell'infanzia o da un trauma catastrofico subito in adolescenza o in età adulta. Anche se lo sviluppo affettivo è più avanzato, l'io del bambino più cresciuto o dell'adulto è sopraffatto dall'evento traumatico: ciò determina una rapida regressione degli affetti ad un livello preconcoettuale con dedifferenziazione e risomatizzazione. Van der Kolk e van der Hart (1989) osservarono che emozioni intense suscitate da un trauma possono interferire con l'elaborazione cognitiva dell'esperienza, così che gli affetti vengono codificati ad un livello sensomotorio ed attivo piuttosto che in una modalità semantica e linguistica. La dissociazione, tradizionalmente considerata una difesa, rappresenta anche un deficit dell'elaborazione cognitiva degli affetti dolorosi e un'incapacità di assimilare gli eventi traumatici nella loro totalità (Taylor et al. 1997). Di fatto caratteristiche essenziali del PTSD sono i disturbi della memoria e i deficit di frequente riscontrabili nella narrazione e nella ricostruzione autobiografica. Caretti (2007) in un recente articolo illustra gli esiti psicopatologici della dissociazione ma sottolinea anche la *funzione adattiva* che la stessa svolge nelle diverse fasi evolutive. In special modo per il bambino sono pregnanti i fattori relazionali e particolare attenzione andrebbe posta all'aspetto relazionale delle situazioni traumatiche che si verificano all'interno della relazione d'attaccamento. Liotti (1994) evidenzia come non sia solo il trauma a sollecitare una dinamica difensiva dissociativa nel mondo intrapsichico della vittima, ma anche il contesto di una relazione interpersonale dissociativa che determina e mantiene la discontinuità della coscienza insieme nella vittima, nel suo "carnefice" e in qualche misura anche negli altri membri della famiglia.

## Dalla diagnosi all'intervento sul trauma in età evolutiva

Nelle pagine precedenti è già stata illustrata la difficoltà a delineare il quadro nosografico del PTSD in età evolutiva, per via della variabilità delle manifestazioni sintomatiche che caratterizza la risposta del bambino alle situazioni traumatiche.

Nel tentativo di meglio identificare la sintomatologia del PTSD, negli ultimi anni sono stati costruiti alcuni strumenti per diagnosticare e quantificare il disturbo nei bambini. Tra questi: il Children's Impact of Traumatic Events Scale Revised (Wolfe et al. 1991); il Trauma Symptom Checklist for Young Children (John Briere 2004); Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein et al. 1997). Tali strumenti, sebbene contribuiscano a delineare il quadro nosografico, vanno

affiancati ad indagini cliniche più complesse e dinamiche, in grado di rilevare l'evoluzione e la fenomenologia dei segni.

Un buon modello interpretativo clinico deve tener conto di come l'esperienza traumatica comprometta i vari settori dello sviluppo, incluse le funzioni cognitive, linguistiche, simbolico-rappresentative, sociali, emozionali e interpersonali. Il clinico dovrà, in un processo conoscitivo/valutativo che parte da conoscenze cliniche di base, saper cogliere e interpretare le diverse espressioni di disagio, i cambiamenti e le trasformazioni cui va incontro il bambino e le possibili evoluzioni psicopatologiche e psicosociali, per ben orientare i complessi processi di intervento. La prassi d'intervento clinico-valutativo nella presa in carico dei casi afferenti al Servizio di Diagnosi e Trattamento del Centro Tetto Azzurro, presso il quale lavoro, prevede pertanto la programmazione di procedure valutative in grado di delineare l'organizzazione psicoaffettiva del bambino, i fattori protettivi, i fattori di rischio e le manifestazioni fenomenologiche del disturbo. Particolarmente importante è per es. conoscere la qualità e le caratteristiche delle relazioni stabilite con le figure d'attaccamento, le quali incidono sul vissuto e sull'esperienza traumatica del bambino. La risonanza emotiva che l'evento ha sui membri della famiglia, l'atteggiamento che i genitori hanno verso i figli e verso l'evento, rappresenta senz'altro un'importante fattore protettivo, in grado di ridurre i rischi di esiti negativi. La valutazione dovrà partire da un assessment che non sempre potrà essere effettuato direttamente col genitore (il quale può essere stato allontanato o può aver abbandonato il minore) ma potrà avvenire attraverso informazioni provenienti dai servizi sociali, dalle forze dell'ordine, dalle autorità giudiziarie o dalle strutture di accoglienza del minore. L'assessment è un processo continuativo che si estende dalla valutazione al trattamento. Una volta effettuata la valutazione psicodiagnostica e individuata una chiave di lettura soddisfacente (alla luce anche di dati provenienti dalle diverse fonti esterne coinvolte sul caso), sarà possibile mettere a punto uno specifico progetto d'intervento, appropriato alle esigenze del minore.

Relativamente al trattamento sul minore ritengo sia innanzitutto essenziale che il clinico presti molta attenzione a non ambire a un risultato terapeutico predefinito, che corrisponda per esempio all'arresto della sofferenza psichica o alla trasformazione della sintomatologia, ma che sia in grado di individuare e di orientare gli obiettivi del trattamento di volta in volta, nel corso dell'intervento e in linea con i bisogni individuali del bambino. L'intervento sull'emergenza è difatto stressato dal fattore "tempo", e il tempo dell'intervento si deve interfacciare con i tempi del minore, ciò implica la necessità di acquisire anche una comprensione accurata dalla funzione adattiva della sintomatologia, di valutare attentamente il livello di tolleranza del minore, le capacità emotive e cognitive che lo rendono in grado o meno di avviare un processo di elaborazione e così via. Con la consapevolezza che l'elaborazione di un'esperienza traumatica richiede tempi lunghi e difficilmente prevedibili, l'obiettivo essenziale, soprattutto nell'ambito di un Servizio specialistico di II livello, dovrà mirare fundamentalmente a ridurre la sintomatologia acuta e a sollecitare lo sviluppo di competenze emotive e cognitive che consentano al bambino di continuare tale processo, anche al là del trattamento avviato nel setting psicoterapico.

In merito all'intervento, i dati della letteratura supportano ampiamente l'efficacia del modello cognitivo-comportamentale nel trattamento del PTSD in età evolutiva (Deblinger et al. 1990, 1995; Dettore e Fuligni 1999). Nel tentativo di definire criteri e procedure strutturate d'intervento, nell'ambito del mio lavoro, ho trovato utile differenziare le modalità del trattamento in base all'età del minore, alle problematiche emergenti e alle caratteristiche del nucleo familiare. L'intervento può essere pertanto offerto: nella forma della terapia individuale rivolta al bambino o al genitore, nella forma della terapia rivolta alla coppia genitoriale o nella forma rivolta alla diade genitore-bambino. Ancora in fase di sperimentazione sono invece le terapie di gruppi di bambini e gruppi di genitori. Particolarmente delicate sono le prime fasi dell'interven-

to, per la costruzione di una relazione terapeutica, poiché i bambini con PTSD sono spesso riluttanti al legame e mettono in campo molte resistenze. Il contesto terapeutico può assumere per il bambino una funzione molto importante per il recupero della fiducia interpersonale. L'intervento dunque dovrà innanzitutto mirare alla costruzione di un rapporto di fiducia; è essenziale spiegare al bambino i motivi della presa in carico e gli scopi del trattamento, adattando la comunicazione al livello di sviluppo e alle capacità individuali del bambino. Essenziale è anche spiegare le modalità dell'intervento, esplicitare che si è a conoscenza degli eventi che lo riguardano, pur senza forzare la conversazione unicamente sulle tematiche che sono fonte di ansia e preoccupazione. Bisognerà creare un'atmosfera di "protezione" e prevedibilità, dove il bambino può esprimere i propri sentimenti dolorosi e può essere aiutato a gestirli e contenerli. All'interno del setting di trattamento il bambino può iniziare a sperimentare nuovi modelli interazionali, che disconfermano le aspettative e i modelli interazionali interni negativi. Accanto a queste strategie, il terapeuta potrà, a seconda dell'età del bambino e delle sue capacità affettive e cognitive, affiancare interventi più mirati a valenza cognitiva. Ciò significa che il clinico dovrà partire da un'indagine sugli schemi cognitivi/interpretativi che il bambino ha sviluppato, in conseguenza dell'esperienza traumatica, sugli altri, su se stesso e sul mondo. È importante capire in che modo il trauma va ad incidere sulle credenze del bambino; la letteratura di fatto evidenzia il ricorrere di rappresentazioni di "sé come indegno e/o cattivo" e dell'"altro come pericoloso e/o inaffidabile" nel bambino vittima di abuso e maltrattamento. Ciò può essere fatto attraverso il supporto di tecniche e strumenti di varia natura: i giochi, le vignette, le storie figurate, le carte delle emozioni, il colloquio clinico, a seconda del livello di sviluppo del bambino. Particolarmente utile, tanto che oggi ne facciamo un uso sistematico, è il ricorso alle fotografie, per affrontare i temi relativi alle relazioni con le figure significative e per aiutare il minore a ricostruire la propria storia di vita. In un lavoro centrato sulla ristrutturazione cognitiva e sulle abilità di *coping* si cercherà di correggere le credenze distorte legate all'abuso o conseguenti al trauma, si cercherà di favorire la comprensione dell'evento e dei suoi effetti traumatici, si solleciterà lo sviluppo del comportamento assertivo, della capacità di prevenire esperienze ripetute di abuso o di trauma e delle capacità comunicative e relazionali. È importante incoraggiare il bambino ad individuare persone di fiducia con cui potersi aprire e confrontare. L'intervento deve altresì mirare a facilitare l'espressione dei pensieri e delle emozioni legate alle esperienze traumatiche e a favorire l'integrazione cognitiva-emotiva dell'esperienza dolorosa, senza però forzarla deliberatamente. L'attività di riconoscimento e differenziazione delle emozioni può e deve estendersi ai vari ambiti della vita del bambino, anzi, molto spesso è opportuno partire da questi per arrivare all'esperienza del trauma. È nel corso del trattamento, via via che il bambino si affida e si dispone ad affrontare il tema, che si incoraggerà, più nello specifico, l'espressione dei sentimenti legati all'esperienza traumatica, il riconoscimento dell'ambivalenza affettiva che caratterizza alcune relazioni significative, l'elaborazione del lutto per la perdita di un'immagine idealizzata della figura genitoriale (qualora sia essa la diretta responsabile dell'esperienza di trauma o di abuso). Da non trascurare sono gli interventi sulla rete che coinvolgono le persone e gli ambienti in cui vive il bambino, poiché il riassorbimento del disagio non avviene solo all'interno dell'individuo. Possono essere utili gli incontri con le figure genitoriali o affidatarie del minore, con le insegnanti, con gli educatori.

Di seguito verrà illustrato l'iter valutativo-trattamentale relativo alla presa in carico di un minore afferente al "Tetto Azzurro" di Roma, Centro specialistico di II livello che interviene sulle situazioni di abuso e maltrattamento all'infanzia. Sarà evidenziata anche, nell'ottica di un approccio multiagency, l'importanza del lavoro con la rete dei servizi del territorio.

Il caso tratta di un bambino con PTSD, conseguente l'esposizione ad un avvenimento lut-

tuoso violento, circostanza che si configura come esperienza di grave abuso (nella tipologia della violenza assistita), ovvero come esperienza determinante una condizione di vittimizzazione, per la quale si rende necessario un intervento tempestivo sia di tipo valutativo che trattamentale. L'assessment nasce dall'integrazione di un ampio numero di informazioni provenienti dalle agenzie segnalanti e dalle valutazioni effettuate presso il Servizio di Diagnosi e Trattamento del Centro. La valutazione ha previsto innanzitutto un'analisi dei segni in rapporto al contesto familiare e sociale; nel corso dell'assessment si è cercato di esaminare e di storicizzare ogni elemento di osservazione e valutazione. L'indagine approfondita sulla storia pregressa, che ha caratterizzato la vita del minore all'interno del suo contesto familiare e sociale, è essenziale per comprendere l'origine della sintomatologia. Una volta ricostruito il caso e delineato il profilo psicoaffettivo del minore sono state programmate le azioni da mettere in campo nella rete del territorio, incluso la presa in carico trattamentale.

Nel rispetto della normativa sulla privacy i luoghi e alcuni dettagli relativi al caso verranno naturalmente modificati o omessi

## Il caso di un bambino con PTSD

### *Breve introduzione sul caso*

F. è un bambino di 8 anni che è stato affidato ai Servizi Sociali a seguito dell'omicidio della madre per opera del padre, che attualmente sconta la pena in carcere. Il bambino perviene al Centro Tetto Azzurro su incarico del Tribunale per i Minorenni, perchè sia effettuata su di esso una valutazione psicodiagnostica volta ad accertarne le condizioni psicoaffettive e a definire un progetto d'intervento. I Servizi Sociali affidatari del bambino, riferiscono che F., attualmente collocato presso una casa-famiglia gestita da suore, non è a conoscenza delle cause reali di morte della madre, nè della condizione di detenzione del padre. Al bambino è stato infatti riferito che la mamma è morta per un malore al cuore (informazione fornita dai vicini di casa e sostenuta dall'assistente sociale) e che il padre non è al momento rintracciabile. Sebbene non sia certo che il bambino abbia assistito all'omicidio per opera del padre, dalla ricostruzione dei fatti, si ipotizza che lo stesso abbia visto il corpo senza vita della mamma. F. è stato trovato dai carabinieri sui gradini della porta d'ingresso di casa, in uno stato di disorientamento e stupore. Il bambino, interrogato, riferisce di non ricordare con chiarezza quanto sia accaduto: stava guardando la televisione quando il papà è entrato nella sua stanza per dirgli di vestirsi e di recarsi dai vicini di casa. In merito alle reazioni del bambino, successive all'evento, viene riferita, dagli operatori della casa famiglia e dall'assistente sociale, l'assenza di segni manifesti di disagio unitamente ad una facile (ma atipica) adattabilità al nuovo contesto scolastico e alla casa-famiglia. Si sintetizzano di seguito altri dati ricavati dalla ricostruzione del caso: il padre del minore ha circa 70 anni ed è di nazionalità italiana, la madre extracomunitaria aveva 32 anni; il movente dell'omicidio sembrerebbe essere "la gelosia". Nessuno dei familiari della mamma, a conoscenza dell'evento, ha cercato di contattare il minore; il fratello del padre invece, che ha acquisito la notizia dai giornali, ha cercato immediatamente, ma con difficoltà, di mettersi in contatto col nipote. Nessun altro dei familiari, ad eccezione dello zio paterno, richiedeva di vederlo e di averne l'affidamento.

## La valutazione psicodiagnostica

Successivamente alla ricostruzione del caso si è passati alla presa in carico valutativa che si è svolta mediante la seguente metodologia: *colloqui clinici, sedute di gioco libero e semistrutturato, disegno, somministrazione del test intellettivo WISC-R, somministrazione Patte Noire, somministrazione Favole della Duss, somministrazione del test MCAST, somministrazione TAT.*

I risultati della valutazione vengono riportati integralmente secondo una griglia di analisi volta a delineare il profilo di sviluppo del minore.

### *Impressioni generali e sintesi dei colloqui clinici*

F. giunge in consultazione accompagnato da suor Teresa, responsabile della casa-famiglia presso la quale è collocato. Nel primo approccio appare socievole e interessato al nuovo ambiente, sebbene sia evidenziabile, sin dall'inizio, un atteggiamento di difesa massiccio che accompagna le situazioni "stato-problematiche" (quando si affrontano argomenti relativi all'evento traumatico o alla famiglia d'origine). Lo sguardo vivace, attento e partecipe, appare a tratti disorientato fino ad assumere caratteristiche di dissociazione in occasione dei tentativi, da parte del terapeuta, di ricostruzione congiunta dell'evento traumatico. F. riferisce di non essere a conoscenza dei motivi dei nostri incontri, nè della funzione dell'esaminatore, ma dopo pochi minuti dichiara di conoscere un'altra psicologa come la sottoscritta ("sai che *conosco una psicologa come te...*"). Tale atteggiamento evidenzia lo stato d'ansia del bambino rispetto alla consultazione e riflette la tendenza all'evitamento che F. esprimerà più avanti nel corso delle sedute attraverso le resistenze ad affrontare argomenti riguardanti le vicende che hanno preceduto il suo collocamento presso la casa famiglia. Nel corso dei successivi incontri, le proposte di gioco sembrano divertire F. e favorire la costruzione di un'alleanza clinica e di un clima di fiducia caratterizzato da un coinvolgimento ed una collaborazione al processo valutativo progressivamente maggiori. Sebbene infatti permanga per tutto il corso della valutazione una generale riluttanza ad affrontare le situazioni problematiche, F. riuscirà a rievocare e condividere con l'esaminatore alcuni eventi di vita trascorsi nell'ambito della propria famiglia. In merito alla situazione attuale, F. riferisce: "sto in casa famiglia perchè papà non si trova più. Non ricordo cosa è accaduto, .. quasi tutte le settimane però, anche più volte nella settimana, vengono a trovarmi i miei vicini di casa e il mio amico Federico, i nonni mi telefonano e anche gli zii di Milano...". Successivamente, da un confronto con gli operatori della casa famiglia, risulterà che quanto narrato dal bambino non corrisponde alla realtà. Le visite infatti sono molto scarse e le telefonate dei parenti non sono mai pervenute alla casa-famiglia.

Circa il ritmo sonno/veglia non vengono riferiti disturbi significativi: ".dormo bene, una volta ho sognato di avere la febbre a 100 e di avere un virus nella gola, ho sognato che veniva Sor Teresa e poi ho aperto gli occhi e mi ha dato un bacio e stavo sveglio.... Impiego molto tempo ad addormentarmi ma solo perchè ho cambiato abitudine. Devo andare a dormire alla nove invece a casa avevo la televisione e la guardavo quanto mi piaceva e mi potevo addormentare anche alle due. A casa sì qualche volta facevo brutti sogni ma adesso non me li ricordo...".

Proseguendo nel dialogo, F. riferisce che la scuola che frequenta attualmente gli piace, che non sente la mancanza dei vecchi amici né di altre persone che hanno ruotato intorno alla sua famiglia, che dorme nella stanza vicino a quella a quella di Suor Anna e a quella di Sara e Maria, dove non gli è consentito andare. Alla domanda dell'esaminatore "se pensa ai propri genitori e in quali momenti della giornata o quanto gli mancano....", F. risponde: ".*si mi mancano, qual-*



*che volta ci penso a mamma, la sera quando vado a dormire dico un Padre Nostro per papà e un Eterno Riposo per la mamma... no non piango, io non riesco a piangere... non lo so perchè non ci riesco... ”.*

Nel corso del colloquio vengono evidenziati alcuni segni clinicamente rilevanti: l'atteggiamento di coartazione degli affetti, la contrazione muscolare del corpo nonché i brevi momenti dissociativi.

Nei successivi incontri sarà possibile anche affrontare argomenti relativi ad episodi di vita trascorsa all'interno della propria famiglia, anche più allargata, che fanno emergere la significatività del rapporto con la figura paterna e il legame con lo zio che vive a Milano. In tali occasioni la narrazione degli eventi risulta prevalentemente caratterizzata da un'emotività positiva, da distacco e/o rassegnazione, mentre solo in rari momenti si accompagna ad un'espressione triste e dispiaciuta. È evidente l'esclusione della figura materna che non verrà più menzionata dal bambino né spontaneamente né su sollecitazione.

Il frammento di seguito riportato è particolarmente significativo, in quanto evidenzia le reazioni sul piano cognitivo, e più specificamente il processo di rimaneggiamento dell'esperienza passata: *“io e papà giocavamo in giardino,... non lo so di preciso quanti anni ha perchè lui diceva che erano così tanti che non si potevano più contare... lo sai che ho un giardino con tanti gli alberi, in garage abbiamo anche un motoscafo che portiamo in vacanza d'estate a Rimini. Papà ha fatto tre lavori: il medico, il calciatore, il ciclista... ha gareggiato anche con Coppi e poi ha vinto anche la lotteria...Io faccio equitazione, ho vinto un sacco di coppe. Adesso ci vado mi ci porta Bina, della casa famiglia...parteciperò ai campionati fra un pò ... ”.*

F. arricchisce progressivamente la narrazione di particolari irrealistici, enfatizzando situazioni, costruendo un'immagine di sé “grandiosa” e idealizzando la figura paterna, fino quasi a creare una sorta di mito familiare.

#### *Impressioni generali in merito ai primi incontri*

In generale i colloqui evidenziano: stati dissociativi e amnesici sul piano cognitivo unitamente ad ottundimento e coartazione affettiva nella sfera emotiva; negazione dei contenuti e delle emozioni legate all'evento rimosso ed al lutto non ancora elaborabile da parte del bambino. Non andrebbe tuttavia trascurato che i processi di idealizzazione e rimaneggiamento dell'esperienza (incluso le bugie), evidenzianti in modo chiaro difficoltà di adattamento nel bambino, potrebbero anche originare da una condizione pregressa rispetto all'evento traumatico e dunque andrebbero meglio indagati mediante una ricostruzione approfondita della storia di vita del bambino (il cui depositario allo stato attuale non è che il padre biologico dello stesso).

#### *Lo sviluppo simbolico*

Le attività ludiche, unitamente alla produzione spontanea che emerge dalla narrazione, evidenziano un buon livello di sviluppo simbolico, buona abilità rappresentative e di ragionamento logico, nonché un adeguato investimento psichico ed emotivo. In generale le capacità di investimento sulle attività ludiche e di condivisione-cooperazione non risultano compresse.

#### *Lo sviluppo cognitivo*

A fronte di una produzione spontanea che riflette un funzionamento evidentemente adeguato si è proceduto con la somministrazione del test intellettuale WISC-R al fine di analizzare l'eventuale compromissione di specifiche competenze, inclusa quella mnemonica e metacognitiva. I risultati evidenziano un livello di sviluppo nella norma.

#### *Lo sviluppo grafico*

Le competenze grafico-esecutive appaiono adeguate ed in linea con le attese per l'età sebbene sia evidenziabile una povertà sul piano dei contenuti che sembra tuttavia attribuibile al disinvestimento o scarso interesse che il bambino ha manifestato rispetto alla richiesta, piuttosto che ad una vera e propria povertà rappresentativa. Nel *disegno della famiglia*, la disposizione

dei personaggi evidenzia una particolare vicinanza tra il bambino e la figura paterna.

Nella prova “*disegna la tua giornata più bella e la tua giornata più brutta*”, la rapidità e la semplificazione estrema dell’esecuzione riflette, già di per sé, la difficoltà e l’ansia legate al tema della richiesta. Sul piano dei contenuti nel primo disegno viene rappresentato un bambino sull’altalena, nel secondo il bambino nel letto e l’incubo. Di particolare rilevanza è apparsa appunto la vignetta rappresentante l’incubo, ove viene disegnato un oggetto che richiama la forma di una pistola sebbene, nella fase dell’inchiesta, il bambino riferisca che si tratta di un cerino e di un incendio.

#### *Sviluppo affettivo*

Sul piano affettivo/emotivo si sottolinea quanto già evidenziato nella prima parte della relazione: su di uno sfondo di lieve malinconia la tonalità affettiva appare caratterizzata da ottundimento, coartazione e/o incongruenza affettiva.

L’atipia riscontrata sul piano affettivo-emotivo sembra riflettere la difficoltà di F. a fronteggiare la realtà.

#### *I risultati dei test*

##### *- MCAST*

L’MCAST è una procedura che utilizziamo solitamente nelle situazioni di abuso e maltrattamento per valutare, attraverso un’attività ludica, lo stile d’attaccamento del bambino ai caregivers primari. F. ha manifestato grosse resistenze nella somministrazione del test, il quale ha elicitato ansie tali da richiederne l’interruzione. Non è stato possibile pertanto approfondire lo stile di attaccamento del bambino alle figure primarie di riferimento.

##### *- PATTE NOIRE e Favole della Duss*

Il Patte Noire, si è rivelato uno strumento più adatto a favorire la collaborazione e la proiezione di stati interni, grazie alle caratteristiche proprie del test, che sollecitano in modo meno manifesto e indiretto le tematiche relative alla famiglia. Esso ha consentito di evidenziare la percezione e la rappresentazione del bambino relativa all’attuale condizione di vita, incluse le resistenze e la negazione della perdita delle figure genitoriali. Il contenuto generale riflette la percezione di una condizione di vita provvisoria in cui la casa-famiglia rappresenta una risorsa importante ma solo temporanea, in grado di fornire accudimento e cura. (“...il piedino prende il latte dalla pecora che ha incontrato per strada, gli piace, ma lei lo riporterà dai suoi genitori...”). Nella narrazione ricorre il tema dello smarrimento (“Piedino Nero si perde nel fango...”) e il desiderio di ripristinare i legami con le figure genitoriali (“*Piedino Nero desidera rivedere il padre e rivedere la sua madre.....*”).

Le favole della Duss sottolineano la significatività della relazione con la figura paterna e evidenziano la forte paura connessa al tema della morte e della perdita.

### *Sintesi e indicazioni di trattamento*

I dati emersi dalla valutazione evidenziano la presenza di segni importanti di disagio psicoaffettivo, indicanti una *condizione posttraumatica da stress*, secondo i criteri del DSM IV, caratterizzata da: ottundimento dell’affettività, amnesia o rimozione dell’evento traumatico, sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile simili a flashback<sup>1</sup>, intorpidimento della reattività generale, distacco, stupor e stati dissociativi. Un tale assetto psicoaffettivo, sebbene non accompagnato da segni evidenti di disadattamento sociale, sembra anche associarsi alla costruzione di

<sup>1</sup> I flashback vengono riferiti dalle suore della casa-famiglia.

un falso sè che nel lungo periodo, perdendo la valenza adattiva da cui origina, rischia chiaramente di compromettere lo sviluppo evolutivo del bambino. Sul piano clinico i rischi di una condizione protratta di amnesia o di rimozione dell'evento traumatico impongono la necessità di attuare un intervento psicoterapico continuativo, che permetta la progressiva integrazione dell'esperienza traumatica, sebbene allo stato attuale l'organizzazione psichica ed affettiva di F. impone una certa cautela nel proseguimento di tale obiettivo.

## La programmazione delle azioni nel lavoro di rete

A seguito della valutazione effettuata, si indicava l'opportunità di:

- a) effettuare un trattamento psicoterapeutico individuale sul minore, che preveda la rivelazione dell'evento e che prosegua con un lavoro di elaborazione e di integrazione dell'esperienza traumatica nella memoria biografica e nel tessuto narrativo del bambino, al fine di interrompere l'esperienza dissociativa;
- b) proseguire gli incontri di raccordo e coordinazione con gli operatori della casa famiglia e con l'assistente sociale affidataria del minore, al fine di concordare modalità ed interventi nelle situazioni di crisi;
- c) procedere alla conoscenza dei familiari significativi per il bambino ed eventualmente favorire il ripristino dei contatti tra F. e questi;
- d) attivare i servizi territoriali di Milano perchè effettuino le valutazioni sulle competenze di accudimento proprie dei familiari che richiedono l'affidamento del minore e avviino le indagini ambientali nell'ambito del nucleo;
- e) valutare l'opportunità di ripristinare il rapporto con la figura paterna e programmare, nel rispetto dei tempi e delle modalità più idonee alle condizioni del minore, una forma di comunicazione fra padre e bambino ( a tale scopo si programmerà dapprima una visita al padre nel carcere di Rebibbia).

È evidente che la valutazione e la cura del bambino vittima di abuso non può limitarsi al setting clinico; una maggiore efficacia nella progettazione degli interventi è garantita da una metodologia che tenga conto sia del bambino che del contesto ambientale, integrando i diversi interventi valutativi e trattamentali. La "rete", rappresentata dalle diverse agenzie sociali e giudiziarie (servizi socio-sanitari del territorio, tribunali, forze dell'ordine, scuola), è dunque coinvolta nel progetto d'intervento, il quale dovrà essere realizzato e supportato coerentemente con i procedimenti/provvedimenti giudiziari in atto. Pertanto la relazione sulla valutazione psicodiagnostica, inclusa delle indicazioni progettuali sopra riportate, viene inviata al Tribunale per i Minorenni. Quest'ultimo recepirà con provvedimento le indicazioni progettuali proposte nella relazione.

## L'attuazione delle azioni di rete

### *Il trattamento psicoterapico*

F. ha effettuato regolarmente la terapia con frequenza settimanale. Nella prima fase del trattamento ha manifestato un'evidente difficoltà a trattare i temi relativi all'evento (la "perdita" del legame con le figure di riferimento primarie), evidenziando un atteggiamento di generale evitamento, accompagnato da congelamento della postura, o freezing, e ottundimento affettivo.

La protratta condizione dissociativa, unita ad una persistente tendenza a costruire una realtà ideale e fantasiosa, imponeva la necessità di procedere quanto prima alla rivelazione dei fatti, al fine di evitare la cronicizzazione di tale stato. La rivelazione è stata fatta, dopo aver anticipando al bambino che si era consapevole della sofferenza che gli avrebbe provocato, procedendo in modo cauto, e omettendo alcuni particolari, nel rispetto del grado di tollerabilità del bambino. Più specificamente al minore veniva riferito, con le opportune modalità, che il padre nel corso dell'acceso litigio (di cui il bambino ha qualche ricordo), senza volerlo, ha provocato la morte della mamma e che per questo motivo attualmente sconta la pena in carcere. A seguito della rivelazione venivano registrate le seguenti reazioni emotivo-comportamentali: contrazione muscolare, stato dissociativo e blocco emotivo accompagnati da frequenti sospiri ed infine da un tono spezzato e stridulo della voce, reazioni maggiormente congrue rispetto al contenuto traumatico dell'evento. F. veniva invitato ad esprimere le proprie emozioni, mentre il terapeuta gli prendeva le mani al fine di incoraggiare il bambino, attraverso il contenimento fisico, ad esprimere più liberamente la propria sofferenza emotiva. Si constatava tuttavia il permanere del congelamento emotivo e posturale, propri di una evidente condizione di shock (T.: "... *come ti senti...*". F.: "*bene... non lo so, no... boh... io non riseco a piangere...*"). Veniva promesso al bambino che tutto quanto rivelato sarebbe rimasto nel segreto tra lui e il terapeuta, ma veniva anche condivisa l'opportunità di parlarne con la suora che lo accompagnava in seduta o con un'altra persona di sua fiducia, cui avrebbe potuto ricorrere in un eventuale momento di difficoltà, e che avrebbe indicato il bambino stesso. F., rassicurato, manifestava il desiderio di rendere a conoscenza dell'evento anche suor Franca ( F.: "... *beh, forse lo vorrei dire a suor Franca, è lei che di solito mi accompagna a letto e che mi dorme vicino...*") ed esprimeva il desiderio che i compagni non venissero a conoscenza degli eventi. Al termine della terapia veniva invitata ad entrare Suor Teresa perchè fosse messa al corrente della rivelazione (per non inficiare il rapporto di fiducia con le suore si era già concordato in precedenza che fosse il terapeuta a rivelare l'evento) e del patto condiviso col bambino, il quale veniva contemporaneamente invitato a riconoscere nella suora un riferimento affettivo ove ricorrere qualora ne avesse sentito la necessità.

***Le fasi intermedie: dal raccordo con gli operatori referenti del caso, al proseguimento del trattamento psicoterapico.***

Gli interventi sul minore sono stati programmati attraverso incontri di raccordo effettuati presso il Tetto Azzurro, con la presenza dell'assistente sociale affidataria del minore e con gli operatori della casa famiglia. Ciò ha consentito di raggiungere con efficacia i seguenti obiettivi prefissati: avviare gli incontri tra bambino e zio, monitorare le condizioni psicoaffettive del bambino conseguenti la rivelazione e definire una linea comune di "risposta" da fornire al minore. Contemporaneamente veniva effettuata la valutazione sulle competenze di accudimento degli zii, presso i Servizi Sociali di Milano. Questa evidenziava l'idoneità di entrambe le figure adulte di riferimento a prendersi cura del minore. Dopo aver effettuato un colloquio con i parenti del bambino (volto ad illustrare le condizioni psicoaffettive del minore e condividere gli obiettivi raggiunti fino a quel momento nel corso del trattamento), si avviava così' il primo incontro tra F., lo zio e il cugino (di 36 anni). Questo avveniva presso il centro Tetto Azzurro, alla presenza della psicologa del bambino. Le osservazioni dell'interazione tra F., lo zio e il cugino, confermarono l'adeguatezza di entrambe le figure adulte ed evidenziavano una buona qualità dello scambio. Il tono caldo e positivo che ha caratterizzato anche gli incontri successivi tra F. e lo zio ha consentito la ricostruzione di un legame significativo che ha portato il bambino (che fino ad allora sosteneva di non voler lasciare la casa-famiglia) a formulare l'esplicita richiesta di trasferirsi presso l'abitazione dello zio.

In una fase successiva, per meglio proseguire nell'attuazione del progetto d'intervento sul minore, la terapeuta otteneva, dalla Procura della Repubblica presso il Tribunale Ordinario, l'autorizzazione ad incontrare il padre presso il carcere di Rebibbia. Ciò al fine di ricostruire la sequenza degli eventi, di far luce sulla storia pregressa del minore, di meglio comprendere l'eziologia di alcuni segni di disagio (rilevare per esempio una eventuale condizione di disagio pre-traumatica), nonché al fine di individuare il mezzo migliore per avviare una comunicazione tra padre e figlio. Si concordava difatti, col padre del minore, di iniziare una corrispondenza tramite lettere, la prima delle quali veniva letta al bambino dal terapeuta, provocando nello stesso sentimenti di rassicurazione, ma anche di intensa sofferenza. Successivamente il minore portava alcune lettere che il terapeuta avrebbe fatto pervenire al padre, mentre si rifiutava di leggere le successive missive del padre riferendo di accusare una eccessiva sofferenza ( F.: *"No Valeria, non voglio che me le leggi... non ce la faccio, mi viene un dolore qua - indicando il petto. - Chiudile..."*). L'esigenza del minore veniva riconosciuta e validata dal terapeuta, che al termine del trattamento proponeva ad F. che fosse egli stesso in futuro a decidere il momento più favorevole, individuando nello zio del minore o nel terapeuta stesso, la persona più idonea a custodire le lettere e mediare la relazione col padre. Da un incontro con la suora responsabile della casa-famiglia, emergeva che F. *"iniziava a manifestare i primi evidenti segni di disagio"*, caratterizzati da: irrequietezza, pianto improvviso e immotivato, lieve calo nelle prestazioni scolastiche, intensa conflittualità nella relazione con i coetanei, comportamenti oppositivi, infine resistenza a recarsi in terapia. A ciò faceva seguito un atteggiamento iper-protettivo da parte delle suore, le quali, non riuscendo a comprendere la valenza positiva della nuova sintomatologia, si rifiutavano di portare il bambino in terapia. Si rendeva pertanto necessario un nuovo incontro, volto a far comprendere il significato evolutivo della sintomatologia e a condividere le nuove azioni d'intervento, che veniva effettuato, ancora una volta, alla presenza di tutti gli operatori coinvolti sul caso (suore, assistente sociale e terapeuta del minore).

#### ***Evoluzione della terapia e passaggio di consegna del caso al nuovo territorio d'appartenenza***

Nel corso del trattamento psicoterapico F. è stato aiutato, attraverso il dialogo e il gioco, a riconoscere e ad esprimere i propri sentimenti, ad individuare il legame tra gli eventi (non solo quelli stressanti o traumatici) e le emozioni (positive e negative), a riconoscere le persone cui potersi affidare per far fronte alla paura e all'ansia nei momenti di maggiore difficoltà. Nel corso delle sedute F. è riuscito ad esprimere le proprie emozioni legate all'evento traumatico e a riconoscere i sentimenti ambivalenti che nutre verso la figura paterna; è riuscito ad esplicitare la propria difficoltà a mantenere una comunicazione, anche solo epistolare, col padre; è anche riuscito ad anticipare le difficoltà che avrebbe potuto incontrare, qualora i suoi coetanei fossero venuti a conoscenza dell'accaduto; ha manifestato inoltre maggiori capacità di coping, anche in situazione di intensa conflittualità interiore. Un esempio di ciò può essere rappresenato dalla soluzione che il bambino ha messo in atto, quando, attraverso il terapeuta, ha ricevuto in dono un pallone inviatogli dal padre: F., visibilmente desideroso di portare con sé il regalo al termine dell'incontro, ha esitato sulla porta e poi ha chiesto al terapeuta di cancellare dal pallone la dedica del padre, esplicitando le difficoltà che avrebbe potuto incontrare nel dover fornire spiegazioni ai compagni della casa-famiglia. Anche le narrazioni spontanee del bambino si sono connotate di caratteristiche nuove: frequentemente F. fa riferimento al padre, e ad episodi riguardanti la relazione con questo, evidenziando una narrazione più aderente alla realtà ed esprimendo sentimenti maggiormente congrui ai contenuti riportati, laddove, nel corso della prima consultazione, si evidenziava la tendenza di F. ad arricchire i propri racconti di particolari irrealistici e di contenuti idealizzanti.

Il termine del trattamento ha purtroppo coinciso con un processo di elaborazione appena avviato, avendo ritenuto opportuno, nel migliore interesse del minore, privilegiare la riconciliazione e il collocamento presso gli zii paterni, residenti nel territorio di Milano, al proseguimento della terapia, che in ogni caso continuerà presso l'azienda sanitaria locale d'appartenenza. La presa in carico da parte delle agenzie del territorio è avvenuta in modo graduale, affiancando il minore nel passaggio alle nuove figure professionali di riferimento (psicologa e assistente sociale), dopo aver inoltre condiviso con queste gli obiettivi raggiunti e quelli prefissati.

## Commento e conclusioni

Il lutto traumatico, la perdita improvvisa e violenta della figura materna, ha provocato innanzitutto nel bambino un'alterazione grave della memoria e una condizione dissociativa. La violenza assistita si rivela tanto più grave e traumatica in quanto avvenuta all'interno delle mura domestiche, in un ambiente che, per definizione, dovrebbe rappresentare un luogo sicuro per il bambino; ed è stata perpetrata sulla mamma ad opera del padre, una figura di riferimento molto importante per il bambino. F. così ha subito più perdite: la perdita della mamma per decesso, la perdita del papà per detenzione, la perdita dell'immagine positiva di un genitore (e forse anche della propria), la perdita della fiducia nell'altro e della visione positiva del mondo, un mondo che si è rivelato pericoloso e ostile. A ciò si aggiunge il trauma ulteriore dell'allontanamento dall'abitazione familiare e dal contesto sociale d'appartenenza, nonché la perdita delle abitudini quotidiane (F.: *“mi addormentavo tardi, con la televisione, mangiavo in cucina, andavo a scuola con papà ...”*) che normalmente sostengono il senso di sicurezza e stabilità di un bambino. Tutto ciò scatena un'ampia gamma di emozioni negative, di sensazioni e di impulsi non elaborabili che crea la condizione post-traumatica.

Alla luce della teoria dell'attaccamento, che offre un'interessante lettura della psicotraumatologia, in special modo per quanto riguarda alcuni suoi aspetti clinici e psicoterapeutici, il trauma di F. consiste essenzialmente nell'esperienza di una condizione relazionale estrema. L'aspettativa del genitore come caregiver protettore (o base sicura) viene violata e ferita, e la continuità ed integrità del senso del sé vengono messe gravemente in discussione. Le incongruenze, che l'evento ha scatenato nelle mente del minore, le rappresentazioni molteplici e altamente contraddittorie di F. in merito alla figura paterna, insieme al dolore e alla paura hanno annientato la capacità del minore di resistere all'evento. Ma il dolore e la paura sono anche emozioni che attivano il sistema di attaccamento, e quindi rinforzano la ricerca del contatto con la figura genitoriale, sebbene a provocare la sofferenza sia stata proprio questa. Rappresentare sé stesso come un'eroe, non può forse riflettere il tentativo del minore di disattivare il sistema di attaccamento? F. in questo modo non ha bisogno di una base sicura che lo protegga, ma può contare su sé stesso. Una parte delle informazioni proveniente dall'esperienza d'attaccamento sembra dover essere necessariamente esclusa dalla consapevolezza: F. escluderà dalla consapevolezza la rappresentazione del padre come pericoloso, in quanto è più rassicurante, in termini di adattamento, preservarne l'immagine positiva. Ciò potrebbe spiegare l'amnesia dissociativa della memoria peri-traumatica ma anche la tendenza del bambino ad idealizzare la figura paterna e costruire una storia pregressa fantastica e ricca di contenuti irrealistici. Il papà diventa un eroe che gareggia con Coppi o il medico salvatore o un fortunato vincitore. La realtà insomma è troppo dura per essere affrontata, così F. inizia a costruire una visione fantastica della vita, un'immagine paterna idealizzata, e un'immagine di sé grandiosa. Così anche la paura e la rabbia (emozioni pericolose per la stabilità di una relazione), vengono disconosciute e relegate nella dissociazione.

F. della mamma non parla mai, non può parlarne, perchè questo intensifica i pensieri relativi all'evento traumatico. Per elaborare il lutto relativo alla perdita della madre dovrà elaborare l'azione commessa dal padre, dovrà fare i conti con l'ambivalenza affettiva esperita nei confronti di questo, con i ricordi dolorosi, con la rabbia, con la vergogna e così via. Le reazioni di freezing, la rigidità della postura e il disorientamento che il bambino manifesta sono assimilabili ai comportamenti solitamente correlati alla presenza di una figura di attaccamento che suscita paura. In circostanze come queste, secondo Main ed Hesse (1992) la funzione di accudimento entra in una situazione di scacco, poiché sia il bisogno di approccio che di fuga dal genitore sono contemporaneamente attivate. Bisognerà pertanto lavorare sul trauma della relazione, sulla fiducia, sulla consapevolezza dell'esperienza traumatica e sul riconoscimento e la comunicazione dei sentimenti, anche nella loro apparente contraddizione. Ciò però richiede l'attuazione di strategie multifocali e che integrino differenti approcci d'intervento; per promuovere la capacità di recupero sarà essenziale coinvolgere tutti gli adulti di riferimento che ruotano intorno al minore. L'atteggiamento protettivo delle suore per esempio, di fronte all'evoluzione di una sintomatologia difficilmente comprensibile, rischia di ostacolare il proseguimento della psicoterapia poiché impedisce al bambino di sperimentare il processo doloroso, ma terapeutico, della perdita e della sofferenza, l'unica via che impedisce alle fantasie del bambino di offuscare la realtà. Nell'intervento è stato determinante il lavoro di rete per il successo fin ora conseguito.

Concludendo, nel trattamento sul trauma il terapeuta è chiamato a rispondere ad un primo importante quesito: se la dissociazione ha anche una funzione adattiva per il bambino, (poiché impedisce una sovrastimolazione della coscienza da parte di uno stimolo troppo intenso e doloroso), quando è più opportuno e come affrontare con il piccolo paziente l'esperienza traumatica? Sarà essenziale innanzitutto valutare attentamente le conseguenze del trauma: quali sono le aree compromesse dall'esperienza traumatica? Quali sono gli indicatori di rischio per un esito psicopatologico?

Nel mio intervento ho ritenuto essenziale procedere alla rivelazione dell'evento, nel momento in cui la condizione dissociativa sembrava perdere la funzione adattiva e si associava ad una ideazione fantasiosa nella quale il bambino trovava rifugio con modalità persistente e pervasiva, al limite con la perdita del contatto con il senso di realtà e la costruzione di un falso sé. Ciascuna azione dell'intervento deve dunque essere attuata con cautela e calibrata sui bisogni del bambino: i tempi e i modi sono determinanti. In tal senso l'elaborazione del trauma è un *work in progress* che può continuare in diversi modi nel corso di tutta la vita.

## Bibliografia

- Ainsworth MDS, Witting B (1969). Attachment and the exploratory behavior of one-year-olds in a strange situation. In: BM Foss (Ed.). *Determinants of Infant Behavior*. Methuen, London, pp.113-136.
- American Psychiatric Association (2001). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. DSM-IV-TR. Masson, Milano.
- American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and statistical manual of mental disorder*. DSM-IV (4 ed). Author Washington DC:.
- American Psychiatric Association (1996). *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*. DSM-IV. Masson, Milano.
- Caffo E (1984). *La distorsione relazionale precoce tra genitore e bambino: prospettive di prevenzione dell'abuso all'infanzia*. Unicopli, Milano.
- Caffo E (1999b). Le strategie di prevenzione all'abuso all'infanzia. *Rivista italiana di pediatria* 25, 4, 687-690.

- Caffo E, Camerini GB (2004). *Modelli interpretativi clinici*. In: Criteri di valutazione nell'abuso all'infanzia. Elementi clinici e forensi. McGraw-Hill, Milano.
- Caffo E, Camerini GB, Florit G (2004). *Criteri di valutazione nell'abuso all'infanzia. Elementi clinici e forensi*. McGraw-Hill Milano.
- Camillo E, Borgogni L, Nicolais G, Nobile MS, Piperno F (1997). La costruzione di una costellazione di rischio nell'abuso sessuale intrafamiliare: analisi clinica e modelli interpretativi. *Psichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza* 1, 65.
- Choen JD, Caffo E (1998). Developmental Psychopathology and Child Mental Health Services. Risk and Protective Factors in Children, Families and Society. In: OJ Yung e P Ferrari (Eds.). *Designing Mental Health Services and Systems for Children and Adolescent. A Shrewd Investment*. Brunner/Mazel, Philadelphia, pp.3-13.
- Cicchetti D, Rogosh FA (1997). The role of self-organization of resilience in maltreated children. *Development and Psychopathology* 9, 797-815.
- Cicchetti D, Toth SL (1995). A Developmental Psychopathology Perspective on child Abuse and Neglect. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 34, 541-565.
- Deblinger McLeer S, Atkins M, Ralphe D, Foa E (1989). Post-traumatic Stress in sexually abused, and non abused children. *Child Abuse and Neglect* 13, 403-408.
- Déttore D, Fuligni C(1999). *L'abuso sessuale sui minori: valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili*. McGraw-Hill.
- Di Blasio P (2005). *Tra rischio e protezione. La valutazione delle competenze parentali*, Unicopli, Milano.
- Enns CZ, McNeilly CL, Corkery JL et al. (1995). The debate about delayed memories of child sexual abuse: a feminist perspective. *The Counseling Psychologist* 23, 181-279.
- Fonagy P (1998). Prevention: the Appropriate Target of Infant Psychotherapy. *Infant Mental Health Journal* 19, 2
- Fonagy P(2002). *Psicoanalisi e teorie dell'attaccamento*. Cortina, Milano.
- Fonagy P, E Target M (2001). Attaccamento, Sé riflessivo e disturbi borderline. In: *Attaccamento e funzione riflessiva*. Cortina, Milano, pp. 57-100.
- Fonagy P, Redfern S, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, Target M, Gerber A (1996). The Relation of Attachment Status, psychiatric Classification and Response to Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64, 22-31.
- Fonagy P, Sandler P(1997). Il recupero dei ricordi di abuso. Ricordi veri o falsi? Franco Angeli, Milano 2002.
- Fonagy P, Target M (2003). *Psychoanalytic Theories. Perspectives from Developmental Psychopathology*. Whurr Publishers, Hobokon, NJ. Tr. it. *Psicopatologia evolutiva*, Cortina, Milano.
- Fraiberg SH (1959). *The magic years: Understanding and handling the problems of early childhood*. Scribners, New York. Tr. it. *Gli anni magici*. Armando, Roma 1970.
- Frederick CJ, Pynoos RS (1988). *The Child Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD) Reaction Index*. University of California, Los Angeles.
- Gaensbauer TJ(1995). Trauma in the preverbal period: Symptoms, memories, and developmental impact. *Psychoanalytic Study of Child* 50, 122-149.
- Gaensbauer TJ, Chatoor I, Drell M, Siegel DE, Zeanah CH (1995). Traumatic loss in a one-year-old girl. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 14, 4, 520-533.
- Green J, Stanley C, Smith V, Goldwin R (2000). A new method of evaluating attachment representation in young school-age children: the Manchester Child Attachment Story Task. *Attachment Hum Dev* 2, 1, 48-70.
- Howe ML(1998). Individual difference in factors that modulate storage and retrieval of traumatic memories. *Development and Psychopathology* 10.
- Janet P (1889). *L'Automatisme Psychologique*. Alcan, Paris.



- Krystal H (1988). *Integration and self-healing: affect, trauma, alexithymia*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Lalli N (2005). *Psicopatologia da situazioni estreme*. Nel sito [www.nicolalalli.com](http://www.nicolalalli.com)
- Lalli N (1997). *Lo spazio della mente. Saggi di psicosomatica*. Liguori, Napoli 1997
- Liotti G (1994). *La dimensione interpersonale della coscienza*. Carocci. Roma:
- Liotti G (2001) *Le opere della coscienza*. Cortina
- Liotti G (2005) *La dimensione interpersonale della coscienza* (Nuova edizione).
- Lo Iacono G (2005). Storia, teoria e psicoterapia del Disturbo Posttraumatico da Stress . *Riv. Cognitismo Clinico*, Vol.2, n.2.
- Myers CS (1940) *Shellshock in France, 1914-1918*. Cambridge University Press, Cambridge.
- Pynoos RS e Nader K (1993). Issues in the treatment of post- traumatic stress in children and adolescent, in JP Wilson e B Raphael (a cura di), *International handbook of traumatic stress syndromes*, New York, Plenum Press, pp. 535-549.
- Pynoos RS, Nader K (1993). Issues in the treatment of post-traumatic stress in children and adolescent. In: J Wilson e B Raphael (Eds.). *International Hand-book of Traumatic Stress Syndromes*. New York: Plenum Press.
- Pynoos RS, Steinberg AM e Aronson L (1997). Traumatic experiences: The early organization of memory in school-age children and adolescent, in P Appelbaum, M Elin e L Uyehara (a cura di), *Trauma and Memory: Clinical and legal controversies*, New York, Oxford University Press, pp.272-289.
- Pynoos RS, Steinberg AM e Piacentini JC (1999). A developmental psychopathology model of childhood traumatic stress and interaction with anxiety disorders. *Riv. Biological Psychiatry*, 46, 1542-1554.
- Pynoos RS, Steinberg AM e Wraith R (1995). A developmental model of childhood traumatic stress; In D.Cicchetti e D.J. Cohen (a cura di) *Manual of developmental psychopathology*, New York, Wiley,pp. 72-95.
- Rutter M, Sroufe LA (2000). Developmental Psychopathology: concepts and challenges, in “*Developmental and Psychopathology*”, 2.
- Sameroff AJ, McDonough SC e Rosenblum KL (2004). *Treating parent-infant relationship problems*, New York, Guilford Press; trad. It. *Il trattamento clinico delle relazioni genitore-bambino*, Bologna, il Mulino, 2006.
- Sandler J, Fonagy P (1997). *Recovered memories of abuse. True or False?* London, Karnac, trad. It. *Il recupero dei ricordi di abuso*, Milano, Franco Angeli, 2002
- Siegel DJ (2001). *La mente relazionale*. Milano, Cortina, 2001.
- Taylor GJ, Bagby RM, Parker JDA (1997). *I disturbi della regolazione affettiva. L'alestitimia nelle malattie mediche e psichiatriche*. Ed. Giovanni Fioriti.
- Terr LC (1991). Childhood Traumas-an outline and overview. *Amer. Journal of Psychiatry* 148, 10/20.
- Van der Kolk BA & e Van der Hart O (1989) Pierre Janet and the breakdown of adaptation in psychological trauma. *American Journal of Psychiatry* 146, 1530-40.

Indirizzo per corrispondenza: Dott.ssa Valeria Giamundo, Via Nizza, 132 – 00198 Roma.  
Email: [vgiamundo@yahoo.it](mailto:vgiamundo@yahoo.it)