

Stress Post Traumatico in età evolutiva: il ruolo del gioco

MARIJA ŽIVKOVIĆ
SANDRA PELLIZZONI
MARIA CHIARA PASSOLUNGI
Università degli Studi di Trieste

*Il gioco è essenziale per lo sviluppo perché contribuisce
al benessere cognitivo, fisico, sociale ed emotivo
dei bambini e dei giovani
Ginsburg, 2006*

All'interno del progetto di cooperazione internazionale "Diamo un Futuro agli Yazidi" abbiamo deciso di sviluppare e proporre una specifica formazione che potesse aiutare i professionisti che lavorano nei campi profughi a comprendere meglio le esigenze dei bambini che hanno subito esperienze altamente traumatiche. Il contesto geografico in cui abbiamo svolto il progetto è molto complesso sia per l'instabilità geopolitica, che da lungo tempo caratterizza questi territori, sia per gli ingenti effetti psicologici del genocidio. L'attacco, perpetrato dall'ISIS, alla popolazione Yazida durante l'agosto 2014, il continuo rinnovarsi della condizione traumatica data dal ritorno di bambini e donne rapite e reinseriti nella comunità, e la prolungata condizione di sfollati ha reso questa minoranza etno-culturale particolarmente vulnerabile. I progetti di sviluppo e di rafforzamento psico-sociale (Psyco-Social-Support PSS) ed identitario della popolazione sono, quindi, una condizione necessaria per dare un futuro a questa popolazione e contrastare il rischio di una "lost generation" (generazione perduta), come così sottolineato da una importante campagna di sensibilizzazione proposta Unicef.

La proposta di training, coordinata all'interno del progetto con un'altra formazione sulle conseguenze cognitive del trauma, ha previsto degli incontri con gli operatori clinici in due momenti specifici:

- 1) una parte informativa riguardante:
 - 1.1 sviluppo cerebrale;
 - 1.2 le conseguenze del trauma sul neurosviluppo;
 - 1.3 l'importanza del gioco come tecnica psicoterapica.
- 2) una parte formativa riguardante:
 - 2.1 la discussione in gruppo di casi portati dagli operatori stessi;
 - 2.2 l'organizzazione di interventi sul campo allo scopo di esemplificare concretamente le possibili modalità di intervento.

L'obiettivo della formazione era quello di fornire ai professionisti conoscenze sia teoriche che modalità di intervento pratiche per lavorare con bambini che mostrassero reazioni complesse, conseguenti alle condizioni vissute. Il capitolo sarà organizzato proponendo la stessa successione di temi: 1) un approfondimento teorico su temi target del progetto, 2) una descrizione delle attività formative riguardanti la discussione di gruppo sui singoli casi e la descrizione diretta del lavoro su un caso clinico.

CRESCERE IN CONTESTI DI GUERRA

Il tema dello sviluppo in condizioni ambientali complesse è di grande rilevanza politica, sociale e sanitaria: oggi un crescente numero di bambini al di sotto i 5 anni sono esposti a diversi livelli di rischio che includono: traumi, malnutrizione, povertà, ambiente domestico non stimolante, scarse condizioni di salute. Una recente indagine di Save the Children (2018) indica come un bambino su sei cresca in paesi afflitti da guerre inoltre, un report UNHCR (2019), integra questa informazione sottolineando come settantuno milioni di bambini nel mondo vivano la condizione di profughi. Negli ultimi 30 anni gli studi scientifici ci stanno aiutando a comprendere meglio l'influenza del trauma sullo sviluppo cerebrale. Diverse ricerche hanno dimostrato come l'esperienza traumatica infantile abbia un forte impatto sullo sviluppo emotivo, cognitivo, sociale e fisico (Pellizzoni, Apuzzo, De Vita, Agostini, & Passolunghi, 2019; Chen, Panter-Brick, Hadfield, Dajani, Hamoudi, & Sheridan, 2019; Merz, Noble, & McCall, 2016; Perry, Pollard, Blaichley, Baker, & Vigilante, 1995). Per comprendere meglio come aiutare i bambini in momenti critici della loro crescita è importante avere conoscenze precise sullo sviluppo cerebrale, sull'importanza dei legami sociali e il ruolo del gioco, non solo come attività spontanea ma anche come indicatore di salute mentale e modalità di intervento psicoterapeutico.

1.1 LO SVILUPPO CEREBRALE

Dalla nascita ai 5 anni, il cervello di un bambino è sviluppato al 90%. Perry (2006) descrive questo sviluppo come sequenziale: dal meno complesso (tronco dell'encefalo) al più complesso (loci corticali) e indica come ogni area abbia un periodo di sviluppo durante la nostra infanzia. La parte più antica del nostro cervello, il tronco dell'encefalo, è responsabile dei battiti cardiaci e della respirazione. Lo sviluppo cerebrale sano dipende dallo sviluppo di questa parte arcaica del nostro cervello (Perry, Hogan, & Marlin, 2000). Dopo lo sviluppo del tronco dell'encefalo, il nostro cervello sviluppa una parte importante per il movimento il mesencefalo, in particolare le capacità motorio-vestibolari. In questo periodo di sviluppo è molto importante che un bambino abbia l'opportunità di muovere il corpo, cambiare posizione frequentemente sperimentando, a livello motorio, ciò che lo circonda. Chi fornisce le prime cure, deve dare la possibilità ad un bambino di vedere, sentire e coordinare percezioni e azioni. Dopo lo sviluppo del tronco dell'encefalo e del mesencefalo, il cervello sviluppa la parte limbica area rilevante per il nostro sviluppo socio-emotivo. Le abilità socio-emozionali sono importanti per le relazioni interpersonali, per esempio, le relazioni che un bambino ha con i coetanei (Hawley, Little, & Passupathi, 2002). Inoltre, gli studi hanno dimostrato che le abilità socio-emozionali aumentano l'impegno e la motivazione scolastica (Zins, Bloodworth, Weissberg, & Walberg, 2007), e diminuiscono l'ansia per apprendimento (Horowitz & Garber, 2006). La quarta area, quella più complessa del cervello, è l'area corticale responsabile delle abilità di astrazione, pienamente sviluppata solo dopo l'adolescenza. Questa parte del cervello è molto importante per l'elaborazione cognitiva ed emotiva (Rubenstein, 2010).

Studi neurobiologici e comportamentali hanno suggerito che, perché lo sviluppo neurologico abbia un processo evolutivo tipico, specifici input ambientali (presenza di figure di accudimento sensibili e responsive, una adeguata nutrizione e una appropriata stimolazione sociale e linguistica) devono essere forniti in finestre temporali precise (Marshall & Kenney, 2009). Una recente review della letteratura conferma che le precoci esperienze avverse hanno profonde ripercussioni personali con specifici effetti sull'asse ipotalamo-ipofisi-surrne, a livello infiammatorio e del funzionamento cerebrale (Danese & McEwen, 2012). In modo particolare, in relazione all'attivazione cerebrale, la letteratura mostra come il maltrattamento e precoci esperienze di stress esperito durante l'infanzia (McCrary, De Brito, & Viding, 2010) abbiano effetti su tre aree cerebrali riconosciute come molto sensibili agli stress psicosociali: l'amigdala, l'ippocampo e la corteccia prefrontale.

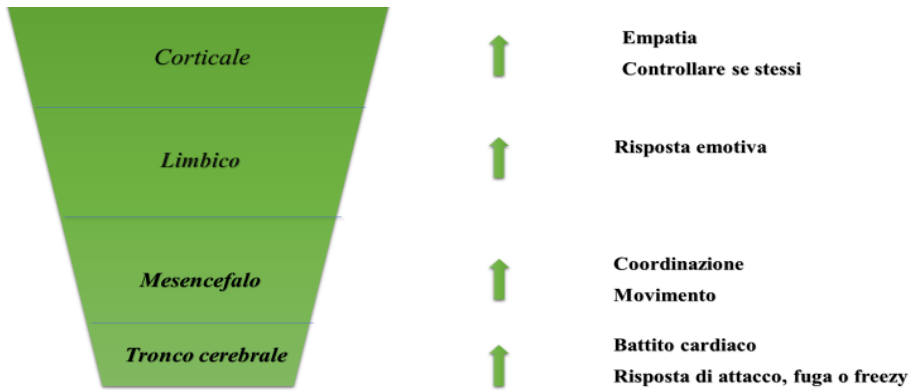


Figura 1. Il modello neuro-sequenziale (Perry, 2000)

1.2 L'INFLUENZA DEL TRAUMA SULLO SVILUPPO DEL BAMBINO

La precoce esposizione ad ambienti deprivati, caratterizzati da violenza, povertà e instabilità sociale modifica considerevolmente le cure che possono essere offerte ai bambini e questo può rappresentare un fattore di rischio con conseguenze negative a lungo termine come alterazioni a livello cognitivo, socio-emozionale e comportamentale (Merz, Harlé, Noble, & McCall 2016). I bambini che vivono in questi contesti, infatti, mostrano comportamenti disadattivi come scoppi di rabbia, disturbi del sonno, comportamenti regressivi, maggiore bisogno di attenzione (National Child Traumatic Stress Network, 2017) e conseguenza e livello cognitivo (Chen et al., 2019; Pellizzoni et al., 2019; Merz et al., 2016). I traumi non trattati nella prima infanzia possono danneggiare la regolazione emotiva e i processi di apprendimento, inoltre possono portare ad un aumento di depressione, stress post-traumatico, diabete, malattie cardiache e obesità nelle fasi successive della vita (Center for Disease Control and Prevention, 2014; 2016). Esistono diversi livelli di risposta agli eventi traumatici e, le manifestazioni di stress dipenderanno dalla predisposizione genetica, dal genere, dall'età, dalla storia di precedenti esposizioni a situazioni avverse (Perry, 2007).

Uno dei Disturbi d'Ansia nell'infanzia che è collegato al trauma è il disturbo da stress post-traumatico che emerge a fronte dell'esposizione a forme di stress estreme accompagnato da una intensa paura o da un comportamento disorganizzato (DSM V, 2013). I sintomi tipici di questo tipo di disturbo sono problemi di sonno, gioco aggressivo, impulsività, problemi di attenzione, ansia, iperattività. L'errata diagnosi nell'infanzia è molto comune per questo tipo di disturbi, questi bambini, infatti, sono spesso inappropriatamente descritti con disturbo oppositivo-provocatorio, depressione, ansia da separazione o disturbo di attenzione e iperattività (Perry, 2007). Gli studi hanno dimostrato che tra il 15% e il 90% dei bambini esposti a forme di stress "tossico" sviluppano il disturbo post

traumatico, ma gli esiti dipendono dalla natura dell'evento. È importante, infatti, sottolineare che non tutti i bambini esposti a traumi sviluppano questo disturbo e non tutti i bambini che sviluppano hanno i sintomi gravi. Un numero significativo di ricerche (Rintoul, Thorne, Wallace, Mobley, Goldman-Fraser, & Luckey, 1998; Morris, Silk, Steinberg, Myers, & Robinson, 2007; Kiff, Lengua, & Zalewski, 2011) ha identificato i fattori che aumentano o diminuiscono il rischio di sviluppare il disturbo post traumatico da stress:

1. Caratteristiche del bambino;
2. Caratteristiche dell'evento;
3. Caratteristiche della famiglia;
4. Contesto sociale di appartenenza.

Alcuni studi (McLean, Asnaani, Litz, & Hofmann, 2011; Lewinsohn, Gotlib, Lewinsohn, Seeley, & Allen, 1998), inoltre, hanno indicato, differenze di genere nelle manifestazioni sintomatologiche: le femmine tendono a mostrare maggiori livelli di ansia, evitamento, dissociazione (internalizzazione dei sintomi post-traumatici), mentre i maschi più impulsività, aggressività e iperattività (esternalizzazione dei sintomi post-traumatici). Inoltre, nella popolazione adulta il genere femminile con DPTS ha avuto conseguenze maggiori rispetto alla popolazione maschile (Holbrook, Hoyt, Stein, & Sieber, 2002).

Diversificati tipi di training sono stati sviluppati nei contesti post traumatici con l'obiettivo di migliorare il benessere di bambini, aumentare le strategie di coping adattivo dei ragazzi e contrastare le conseguenze di forme tossiche di stress (Shonkoff, Boyce & McEwen, 2009). Le scuole o gli ambienti educativi informali possono essere considerati luoghi privilegiati in cui implementare questi interventi perché sono spazi sicuri, di facile accesso e importanti luoghi di socialità (Gelkopf & Berger, 2009; Ko et al. 2008; Pat-Horenczyk et al., 2009; Tol et al. 2008; Wolmer, Hamiel, Barchas, Slone, & Laor, 2005). In questi spazi educativi è possibile svolgere specifici progetti che coinvolgono insegnanti ed educatori, persone preparate ad organizzare attività per i bambini. Gli interventi a seguito di eventi traumatici sono stati organizzati in contesti diversificati: dalle guerre alle catastrofi naturali (Baum, Rotter, Reidler, & Brom, 2009; Wong, Rosemond, Stein, Langley, Kataoka, & Nadeem, 2007; Berger, Pat-Horenczyk, & Gelkopf, 2007; Berger, Gelkopf, & Heineberg, 2012) mostrando effetto positivi sulla popolazione in età evolutiva.

Un esempio di questi programmi è il Teaching Recovery Techniques (Barron, Abdallah, & Smith, 2013) un programma di recupero dei traumi in paesi cui sono attivi conflitti. Questo programma si basa su tecniche di terapia comportamentale cognitiva. I partecipanti erano studenti dagli 11 ai 14 anni in Palestina che vivono alti livelli di violenza militare e domestica. Nel 60% del campione sono presenti forme di PTSD, con livelli più alti nei ragazzi che continuano a vivere in contesti violenti. I partecipanti hanno mostrato difficoltà di motivazione e di apprendimento, e un maggior numero di sintomi depressivi. Gli effetti del training sono stati rilevati soprattutto a livello di riduzione del disturbo post traumatico e dei sintomi depressivi. Le strategie cognitive comportamentali sono quelle

maggiormente utilizzate negli approcci al trauma, tali tecniche necessitano però che i bambini e i ragazzi sino sufficientemente grandi da poter utilizzare gli esercizi e riflettere sulle tecniche metacognitive proposte.

1.3 DAL GIOCO ALLA PLAY THERAPY

Giocare è divertente e piacevole, migliora il nostro umore e promuove l'espressione, la conoscenza e la realizzazione di sé stessi, potenziando il senso di autoefficacia. Il gioco allevia i sentimenti legati a stress e noia, ci connette con le persone in modo positivo, stimola la creatività e rafforza la nostra conoscenza di noi stessi (Landreth, 2002). Il gioco, inoltre, ci permette di sperimentare abilità e ruoli necessari per la sopravvivenza, sviluppa abilità come la comunicazione, la negoziazione, il compromesso, la creatività, il problem solving, la cooperazione,

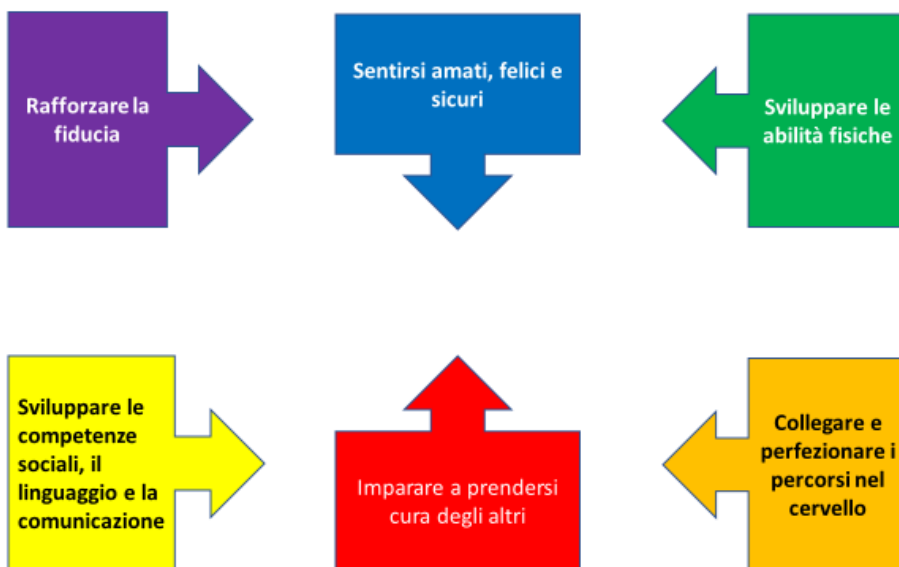


Figura 2. Importanza del gioco

l'empatia, la definizione di obiettivi, l'autoregolazione e l'interazione sociale (Perry et al., 2000). Diversi studi hanno mostrato che chi gioca spesso diventa più creativo e fantasioso rispetto a chi ha un rapporto complesso gioco e i giocattoli (Sutton-Smith, 2009) come rappresentato in figura 2.

Mildred Parten (1932) ha osservato i bambini tra i 2 a 5 anni, descrivendo sei diversi tipi di gioco: 1) Il gioco non occupato - un bambino non gioca, semplicemente osserva; 2) Il gioco solitario (indipendente) - un bambino è solo e si concentra sulla sua attività; 3) Il gioco spettatore - un bambino non si impegna ma osserva altri bambini in gioco; 4) Il gioco parallelo - un bambino gioca separatamente dagli altri,

ma vicino a loro e imita le loro azioni; 5) Il gioco associativo - un bambino è interessato al gioco degli altri ma non al coordinamento delle loro attività; 6) Il gioco cooperativo - un bambino è interessato a entrambi, alle persone e alle loro attività.

I bambini sono autonomamente motivati a giocare. Tutti gli aspetti dello sviluppo e dell'apprendimento sono collegati a questa attività, in particolare gli aspetti affettivi e cognitivi. Le attività ludiche, se i bambini sono lasciati liberi di giocare e sperimentare, crescono in complessità e diventano più impegnative dal punto di vista cognitivo e sociale. Nel gioco i bambini si confrontano con i rischi e sviluppano autostima e fiducia in sé stessi. I bambini hanno bisogno di esperienze complesse: il rischio è, tra gli altri, uno degli aspetti che vengono affrontati in questo tipo di attività. A volte capita che l'attenzione e la paura degli adulti riducono le opportunità dei bambini di porsi delle sfide adeguate e di assumersi dei rischi. (Santer & Griffiths, 2007).

Garvey (1991) descrive le caratteristiche del gioco come: piacere e divertimento, motivazione intrinsecamente e senza obiettivi estrinseci, spontaneo e liberamente scelto; attivo da parte del del giocatore; sistematicamente collegato a ciò che non è gioco (creatività, problem solving, linguaggio, apprendimento e sviluppo dei ruoli sociali). Il gioco ha spesso anche l'effetto di creare legami, le persone che giocano insieme spesso preferiscono stare insieme. Il gioco tra coetanei, fratelli e genitori aiuta i bambini a creare legami più forti. Attaccamenti sani e sicuri permettono ai bambini di esplorare il mondo alle loro condizioni (con confini sicuri) e poi tornare alla sicurezza delle loro relazioni (VanFleet, 2010).

Come abbiamo visto, diversi studi hanno dimostrato che la prima infanzia è un periodo molto importante nello sviluppo cerebrale del bambino. Le prime esperienze dei bambini influenzano profondamente il loro futuro sviluppo fisico, cognitivo, emotivo e sociale. Perry e Pollard (1997) hanno scritto che "l'intensa stimolazione sensoriale e fisica che accompagna il gioco aiuta a formare i circuiti cerebrali e previene il decremento del numero di neuroni", ogni bambino, quindi, deve avere l'opportunità di giocare quanto più spesso possibile. Marian Diamond e i suoi colleghi (1964) hanno pubblicato un articolo sullo sviluppo del cervello nei ratti. Le cavie, dalla nascita all'età adulta, sono state allevate in due circostanze: 1) uno gruppo cresciuto in un ambiente noioso e solitario 2) l'altro cresciuto in un ambiente pieno di giocattoli e stimolante con altri ratti. I risultati mostrano che i ratti del primo gruppo avevano una corteccia cerebrale più sottile rispetto ai ratti del secondo gruppo. Le cavie a cui è stato permesso di giocare, al contrario, avevano una corteccia più estesa ed erano più curiosi, più veloci nell'imparare cause ed effetti e più veloci nel trovare la loro strada attraverso i labirinti. Tali effetti si sono dimostrati essere duraturi.

Alla luce delle caratteristiche del gioco precedentemente descritte, alcuni studiosi infantili hanno utilizzato questa attività spontanea per farne una vera e propria forma psicoterapica (O'Connor & Schaefer, 1994; Schaefer, 2011) con un corpus di costrutti definiti e organizzati che la rendono una forma di intervento la cui efficacia è stata confermata in molteplici contesti (Homeyer & Landreth, 1998;

Bratton & Ray, 2000; Tyndall, Landreth, & Giordano, 2001). Non esiste ancora, tuttavia, un programma specifico che coinvolga le Tecniche di Play Therapy come proposta psicoterapica in zona di guerra. Come già descritto, molti dei programmi che vengono attuati ad oggi si basano su tecniche di terapia cognitiva comportamentale che, però, sono molto complessi da utilizzare, soprattutto in bambini piccoli.

PARTE 2: LE ATTIVITÀ APPLICATIVE DEL TRAINING

2.1 IL LAVORO IN GRUPPO

Dopo aver dato una serie di informazioni teoriche sugli argomenti trattati, il training è stato organizzato in modo maggiormente interattivo e formativo. La discussione in piccolo gruppo sui temi teorici è stata infatti arricchita dalla discussione su considerazioni specifiche riguardanti la Play Therapy, proposta di casi clinici complessi e la realizzazione di un programma di intervento all'interno di un campo profughi.

In qualità di terapeuta specificamente formata alla Play therapy, durante il training proposto agli operatori in Kurdistan ho descritto e fornito le fondamenta di questo tipo di intervento. Durante la formazione, inoltre, sono state esplorate e discusse le potenzialità di questa metodologia. Il gioco è parso uno strumento utilissimo per superare possibili differenze culturali: le attività ludiche infatti non sono vincolate da confini arbitrariamente definiti essendo la modalità con cui universalmente i bambini si esprimono. Il lavoro in piccolo gruppo, inoltre, ha fatto emergere come la Play Therapy possa essere importante soprattutto in bambini tra i 2 e i 5 e i bambini con ritardi evolutivi, in queste situazioni, infatti, il gioco può dare l'opportunità di esprimersi, anche non verbalmente, nel modo più appropriato all'età, e contribuire a creare un nuovo spazio dove i bambini possano essere sé stessi anche quando la situazione ambientale non permette di essere "solo un bambino".

I partecipanti hanno fatto diverse proposte esemplificando diversi livelli di trauma e descrivendo casi in cui ci fossero incertezze nel trattamento. I bambini le cui storie sono state narrate erano molto complesse e per gli operatori è stato necessario riflettere sul tempo che servisse per creare una relazione sicura con questi bambini. Queste le situazioni con cui ci siamo confrontati:

Caso 1: Il bambino ha perso i genitori durante la guerra e adesso vive con altri orfani nel campo;

Caso 2: Una ragazza che è venuta con i nonni in campo e genitori hanno deciso di non lasciare la loro casa;

Caso 3: Un ragazzo con disturbo post traumatico molto grave.¹

È stato sottolineato come, in queste situazioni di rilevanza clinica, sia importante utilizzare come approccio il gioco, la lingua conosciuta da ogni bambino, senza fare troppa pressione su di lui/lei e rispettando i loro bisogni. Un altro messaggio condiviso con gli educatori ha riguardato la continuità di intervento: è molto importante che sia al bambino sia gli operatori (che si prendono cura del bambino) siano note le regole e le caratteristiche della sessione di play therapy. Da ultimo è stato più volte sottolineato come per prendersi cura della salute mentale dei bambini sia importante prendersi cura della salute mentale degli operatori, *condizio sine qua non* per una buona riuscita nell'intervento a favore dei bambini. A questo proposito è stato quindi suggerito di pensate e sviluppare delle forme di supervisione, sia individuale che di gruppo, in cui un operatore esperto possa proporre delle linee di intervento e discutere con i colleghi delle criticità o degli stalli nella divenire dell'intervento psicoterapico.

Nella terza fase del lavoro mi è stata data la possibilità di visitare dei campi profughi e di proporre delle modalità di intervento su alcuni casi specifici

2.2 REALIZZAZIONE DI UN PROGRAMMA DI INTERVENTO NEL CAMPO PROFUGHI

Ho conosciuto M. nel campo in cui ho svolto il training. Prima del contatto con lui ho conosciuto il suo assistente sociale, partecipante alla formazione, che mi ha chiesto un'opinione e un aiuto relativamente a come organizzare le attività per questo bambino, soprattutto a causa del suo comportamento dirompente.

Il motivo per cui M. e la sua famiglia sono arrivati al campo è stata la condizione di guerra e di violenza guerra vissuta a Mosul: l'ISIS ha distrutto la loro casa e il bambino ha raccontato ricordi molto vividi e violenti di quel periodo. La situazione familiare che mi viene raccontata è di padre poco presente per lavoro. Il genitore, inoltre, non vuole parlare dei problemi di M., perché pensa che tutto tornerà alla normalità nel momento in cui rientreranno nella città di origine. La mamma, dal punto di vista dell'assistente sociale, non ha la capacità di comprendere appieno i problemi che M. sta manifestando. Il bambino è secondo genito di una famiglia composta di tre figli, ha una sorella più grande e un fratello più piccolo. M. non è mai andato a scuola, non scrive e non legge e ad oggi non riesce a frequentare le attività formali e informali proposte nel campo.

Attualmente i problemi manifestati da M. riguardano il non dormire bene durante la notte, si alza e cammina tra le tende nel campo, un livello molto basso di attenzione e contatti solo con la sua famiglia o con adulti ma non con i coetanei nel campo. Con questa situazione sociale e familiare alle spalle, l'assistente sociale si sente solo e percepisce di essere l'unica persona che può aiutare a questo bambino che gli sta molto a cuore.

Quando ho conosciuto M. mi è sembrato un bambino di circa sei anni molto vivace e molto più piccolo dell'età stimata dall'assistente sociale (8-10 anni), con un forte bisogno di essere sempre in movimento, senza possibilità di essere fermato.

L'essere persona nuova nel campo ha fatto in modo che M., da bambino molto curioso qual è, si sia avvicinato da subito chiedendomi tante informazioni. In questo modo è stato più facile sviluppare una relazione con lui e rompere il ghiaccio. L'assistente sociale ha spiegato che io ero lì per lui e che ci saremmo conosciuti meglio nei giorni successivi. Ogni tanto abbiamo avuto problemi con la sua lingua di origine, né il mio traduttore né l'assistente sociale capivano cosa dicesse M. perché usava il dialetto che loro non conoscevano. Il bambino interagisce con gli adulti ma molto meno con i coetanei che, non sapendo come interpretare e gestire le sue forti reazioni emotive, spariscono. È molto affezionato al suo assistente sociale a cui è sempre vicino. Da quando io ho modo di osservarlo, non ha mai mostrato comportamenti evidentemente inappropriati o aggressivi, ma ha un livello molto basso della regolazione motoria ed emotiva rispetto allo standard proprio per la sua età. La mia impressione sul bambino è comunque positiva, l'ho sempre visto con il sorriso, e questo mi ha dato una ragione in più per credere che servisse trovare un modo corretto per comunicare con questo ragazzo e riuscire a farlo calmare nei momenti di difficoltà.

Un modo per poter condividere le modalità di lavoro proposte durante il training è stato quello di esemplificare, attraverso le attività proposte a favore di questo ragazzo, il *modus operandi* proprio della Play Therapy. Ho deciso, insieme al suo assistente sociale, di creare una stanza di gioco solo per M.. Ho avvertito che la prima esigenza fosse quella di tranquillizzare tutti, non solo M., ma anche suo assistente sociale e forse anche me stessa in questa condizione di professionista che si trova ad utilizzare un metodo che usa e conosce ma in un contesto del tutto nuovo e non del tutto rassicurante. *In primis*, il bambino, l'assistente sociale ed io ci siamo ritrovati in una stanza che sarebbe stata dedicata alla terapia e abbiamo fatto insieme degli esercizi per modulare il respiro, che sono sembrati molto divertenti per M. Dopo questa fase di rilassamento siamo passati all'utilizzo di tecniche proprie della Play Therapy. Ho chiesto a M. che tipo di gioco lui preferisse, tra quelli presenti nella stanza, mi ha portato una palla e abbiamo deciso di giocare all'aperto. Abbiamo chiesto anche ad un altro collega di essere parte di nostro gruppo perché serviva comporre un cerchio. La palla, gioco scelto da M., è stato in seguito il medium al quale riferirsi per calmarlo quando correva senza meta o faceva movimenti non funzionali del corpo. Attraverso il gioco con la palla abbiamo insegnato M. ad aspettare suo turno (gli abbiamo detto che mentre attendeva turno non serviva agitarsi e che, se non trovava altre soluzioni, poteva usare l'esercizio di respiro insegnati poco prima), abbiamo ripetuto questi esercizi come prima attività durante il nostro periodo di gioco insieme, anche nei giorni successivi. Mentre le attività venivano svolte ho osservato che la vicinanza con le persone adulte agitava M. che diventava sempre più irrequieto e voleva abbracciare tutti. Il nostro primo incontro mi ha dato una notevole quantità di informazioni e ho intravisto molte possibilità di lavoro con M.

Durante il secondo incontro ho deciso di coinvolgere M. con attività di grafiche per poter, in assenza di una valutazione dettagliata sulle sue capacità, valutare le

sue abilità fino motorie. Gli ho proposto un disegno. Le sue capacità pittoriche erano paragonabili a quelle di un bambino 1 e 1,5 anni. Non era possibile riconoscere nessun tipo di rappresentazione sul foglio. Il modo in cui impugnava la matita rendeva evidente la totale mancanza di stimolazione al riguardo. Probabilmente la consapevolezza dell'inadeguatezza del segno lo ha portato, dopo 5 minuti, al rifiuto di questa attività. Ho accettato la sua decisione, in questa fase esplorativa non mi pareva opportuno fare nessun tipo di pressione. È uscito dalla stanza di gioco e ha portato con sé la palla e mi ha chiesto di giocare con lui, allo stesso modo in cui abbiamo giocato il giorno prima. Nel pomeriggio M. mi ha presentato suo fratello, era suo grande desiderio che ci conoscessimo, e mi ha chiesto di giocare insieme. Anche durante questo secondo incontro, nonostante le evidenti difficoltà di M. ho potuto osservare notevoli spazi di lavoro con il bambino, soprattutto alla luce dei legami di fiducia che riusciva ad instaurare, della volontà di condivisione e del piacere nel fare, anche se per brevi tempi, attività con gli altri.

Alla luce delle osservazioni svolte ho proposto all'assistente sociale di organizzare una struttura giornaliera con sequenze grafiche chiaramente riconoscibile per M. Tutta la settimana avrebbe dovuto essere rappresentata sul cartellone in modo che M. potesse osservare e riconoscere le attività da svolgere. La prevedibilità è un elemento molto importante per ogni bambino (e adulto), ma in modo ancora più cruciale lo è per i bambini che hanno qualche tipo di problema. L'assistente sociale, alla luce delle spiegazioni e con alcuni accorgimenti sulla realizzazione delle tabelle orarie, ha accettato la mia proposta e nei giorni successivi abbiamo creato un piano di lavoro sul lungo periodo.

Nei giorni successivi ho notato come a M. piacesse le attività manuali con la plastilina, utilissime per migliorare la mobilità delle dita delle mani, e prerequisito delle abilità grafiche. Durante l'attività l'attenzione è stata, però, molto limitata e ho potuto osservare una grande necessità di cambiare continuamente posizione o luogo. Abbiamo quindi strutturato per lui una sorta di prova a tempo "M. hai tre minuti per creare qualcosa". Questo tipo di attività strutturava il tempo del bambino facendo convergere tutte le possibilità attentive su quel breve lasso temporale giustificando poi una piccola pausa. Per lui queste modalità a "tempo limitato" sono state divertenti e costruttive. Alla luce delle prime osservazioni abbiamo sperimentato la possibilità di inserire piccoli periodi di lavoro di gruppo, coinvolgendo prima suo fratello e poi altri coetanei. Al gruppo sono stati proposti brevi giochi scelti a M. il cui obiettivo fosse collaborare con altri bambini e rispettare i turni di attesa. Anche nell'arco di un breve periodo si sono osservati piccoli miglioramenti.

I giorni di osservazione sono stati cruciali come professionista, sia per valutare le caratteristiche cognitive, comportamentali ed emotive di M., ma anche per osservare il comportamento dell'assistente sociale nelle diverse situazioni occorse durante il giorno. Questi momenti trascorsi insieme sono stati salienti per poter comprendere meglio le attività da proporre a M. ma anche per monitorare le reazioni preoccupazione e, in alcuni momenti, di stanchezza mostrato dall'as-

sistente sociale. La possibilità di condividere e discutere di possibili modalità di intervento, profilate sulle caratteristiche di M., ha fatto emergere quali fossero gli aspetti su cui lavorare e la necessità di e tempo per sviluppare un programma di intervento ad hoc per piccolo paziente. Ho deciso di mantenere un contatto con questo operatore. Mi ha chiamato dopo due mesi dicendo che il periodo è stato molto impegnativo, ma hanno visto un grande miglioramento nel comportamento di M. Ha iniziato l'attività di gruppo informale con gli altri bambini in campo, la mamma di M. ha avvisato che negli ultimi mesi il bambino dormiva molto meglio e anche il papà era più presente e a volte lo accompagnava il figlio alle attività.

Questa è stata la mia prima esperienza in zone di guerra come psicologa e psicoterapeuta infantile. Ciò che ho visto non può essere dimenticato, né professionalmente né personalmente, e ha lasciato tracce profonde e una sensazione di grande generatività. Credo che la formazione agli operatori sia una delle chiavi di volta per poter consentire a chi è parte della comunità di svolgere al meglio il suo lavoro di aiuto declinando concetti e modulando forme di intervento attraverso le sensibilità specifiche della cultura di appartenenza. Come è stato più volte ribadito il gioco è un linguaggio universale. Soprattutto in zone di guerra e di violenza, lottare per poter creare luoghi fisici e mentali di gioco, posti speciali, sottratti ai conflitti e dedicati alla creatività, genera spazi di libertà in cui l'infanzia può e deve essere tutelata. In particolare, i bambini traumatizzati spesso si sentono impotenti, confusi, hanno paura di affrontare nuovi stimoli e affidarsi ad altre persone. Prima di iniziare a lavorare con un bambino, il terapeuta deve sviluppare un rapporto sicuro con lui, uno spazio intersoggettivo basato sulla fiducia, uno spazio di esplorazione e di gioco. La play therapy incoraggia il bambino a esprimere i sentimenti e le esperienze passate in modo non minaccioso dando l'opportunità di "giocare" con i sentimenti e i problemi usando giocattoli che simboleggiano il suo mondo. Il gioco, in questo modo, dà senso alle esperienze e aiuta il terapeuta a entrare nel mondo del bambino e a capire meglio ciò che accade dentro di lui/lei. Con l'uso dei giocattoli i bambini prendono una distanza psicologica con eventi traumatici e la terapia permette loro di narrare, anche solo attraverso gesti, le loro storie. Dopo aver espresso e integrato gli eventi all'interno dei loro racconti, in un modo scelto autonomamente, i bambini possono sentirsi meno impotenti e vulnerabili.

In futuro sarà importante continuare a sviluppare progetti che includono di più approccio legato al gioco, spazi in cui la paura e la violenza siano bandite almeno 30 minuti al giorno, per dare l'opportunità ad ogni bambino da esprimere sentimenti autentici e a volte molto forti. Non c'è nessun paese che merita di perdere la sua infanzia, per questo abbiamo pensato fosse fondamentale contribuire ad un progetto per dare un futuro agli Yazidi.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub.
- Barron, I. G., Abdallah, G., & Smith, P. (2013). Randomized control trial of a CBT trauma recovery program in Palestinian schools. *Journal of Loss and Trauma*, 18(4), 306-321.
- Baum, N. L., Rotter, B., Reidler, E., & Brom, D. (2009). Building resilience in schools in the wake of Hurricane Katrina. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2(1), 62-70.
- Berger, R., Gelkopf, M., & Heineberg, Y. (2012). A teacher-delivered intervention for adolescents exposed to ongoing and intense traumatic war-related stress: A quasi-randomized controlled study. *Journal of Adolescent Health*, 51(5), 453-461.
- Berger, R., Pat-Horenczyk, R., & Gelkopf, M. (2007). School-based intervention for prevention and treatment of elementary-students' terror-related distress in Israel: A quasi-randomized controlled trial. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies*, 20(4), 541-551.
- Bratton, S., & Ray, D. (2000). What the research shows about play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 9(1), 47.
- Chen, A., Panter-Brick, C., Hadfield, K., Dajani, R., Hamoudi, A., & Sheridan, M. (2019). Minds Under Siege: Cognitive Signatures of Poverty and Trauma in Refugee and Non-Refugee Adolescents. *Child development*, 90(6), 1856-1865.
- Danese, A., & McEwen, B. S. (2012). Adverse childhood experiences, allostasis, allostatic load, and age-related disease. *Physiology & behavior*, 106(1), 29-39. doi: 10.1016/j.physbeh.2011.08.019
- Diamond, M. C., Krech, D., & Rosenzweig, M. R. (1964). The effects of an enriched environment on the histology of the rat cerebral cortex. *Journal of Comparative Neurology*, 123(1), 111-119.
- Garvey, C. (1991). *Play (2nd ed.)*. London: Fontana Press.
- Gelkopf, M. & Berger, R. (2009). A school-based, teacher-mediated prevention program (ERASE-Stress) for reducing terror-related traumatic reactions in Israeli youth: A quasi-randomized controlled trial. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(8), 962-971
- Ginsburg, K. R. (2007). The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. *Pediatrics*, 119(1), 182-191.
- Hawley, P. H., Little, T. D., & Pasupathi, M. (2002). Winning friends and influencing peers: Strategies of peer influence in late childhood. *International Journal of Behavioral Development*, 26(5), 466-474.
- Holbrook, T. L., Hoyt, D. B., Stein, M. B., & Sieber, W. J. (2002). Gender differences in long-term posttraumatic stress disorder outcomes after major trauma: women are at higher risk of adverse outcomes than men. *Journal of Trauma and Acute Care Surgery*, 53(5), 882-888.

- Homeyer, L. E., & Landreth, G. L. (1998). Play therapy behaviors of sexually abused children. *International Journal of Play Therapy*, 7(1), 49.
- Horowitz, J. L., & Garber, J. (2006). The prevention of depressive symptoms in children and adolescents: a meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(3), 401.
- Kiff, C. J., Lengua, L. J., & Zalewski, M. (2011). Nature and nurturing: Parenting in the context of child temperament. *Clinical child and family psychology review*, 14(3), 251.
- Ko, S. J., Ford, J. D., Kassam-Adams, N., Berkowitz, S. J., Wilson, C., Wong, M., ... & Layne, C. M. (2008). Creating trauma-informed systems: child welfare, education, first responders, health care, juvenile justice. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(4), 396.
- Landreth, G. L. (2002). Therapeutic limit setting in the play therapy relationship. *Professional Psychology: Research and Practice*, 33(6), 529.
- Lewinsohn, P. M., Gotlib, I. H., Lewinsohn, M., Seeley, J. R., & Allen, N. B. (1998). Gender differences in anxiety disorders and anxiety symptoms in adolescents. *Journal of abnormal psychology*, 107(1), 109.
- Marshall, P. J., & Kenney, J. W. (2009). Biological perspectives on the effects of early psychosocial experience. *Developmental Review*, 29(2), 96-119. doi: 10.1016/j.dr.2009.05.001
- McCrory, E., De Brito, S. A., & Viding, E. (2011). The impact of childhood maltreatment: a review of neurobiological and genetic factors. *Frontiers in Psychiatry*, 2, 48. doi: 10.3389/fpsy.2011.00048
- McLean, C. P., Asnaani, A., Litz, B. T., & Hofmann, S. G. (2011). Gender differences in anxiety disorders: prevalence, course of illness, comorbidity and burden of illness. *Journal of psychiatric research*, 45(8), 1027-1035.
- Merz, E. C., Harlé, K. M., Noble, K. G., and McCall, R. B. (2016). Executive function in previously institutionalized children. *Child Development Perspectives*, 10(2), 105-110. doi: 10.1111/cdep.12170
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social development*, 16(2), 361-388.
- O'Connor, K. J., & Schaefer, C. E. (Eds.). (1994). *Handbook of Play Therapy, Advances and Innovations* (Vol. 2). John Wiley & Sons.
- Pat-Horenczyk, R., Qasrawi, R., Lesack, R., Haj-Yahia, M., Peled, O., Shaheen, M., ... & Abdeen, Z. (2009). Posttraumatic symptoms, functional impairment, and coping among adolescents on both sides of the Israeli-Palestinian conflict: A cross-cultural approach. *Applied Psychology*, 58(4), 688-708.
- Parten, M. B. (1932). Social participation among pre-school children. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 27(3), 243.

- Pellizzoni, S., Apuzzo, G. M., De Vita, C., Agostini, T., & Passolunghi, M. C. (2019). Evaluation and training of Executive Functions in genocide survivors. The case of Yazidi children. *Developmental science*, 22(5), e12798.
- Perry, B. (2000). How the Brain Learns Best. *Instructor*, 110(4), 34-35.
- Perry, B. D. (2006). Applying principles of neurodevelopment to clinical work with maltreated and traumatized children: The neurosequential model of therapeutics.
- Perry, B. D. (2007). Stress, trauma and post-traumatic stress disorders in children. *The Child Trauma Academy*, 17, 42-57.
- Perry, B. D., Hogan, L., & Marlin, S. J. (2000). Curiosity, pleasure and play: A neurodevelopmental perspective [Electronic Version].
- Perry, B. D., & Pollard, R. (1997, October). Altered brain development following global neglect in early childhood. In *Proceedings from the Society for Neuroscience Annual Meeting (New Orleans)*.
- Perry, B. D., Pollard, R. A., Blakley, T. L., Baker, W. L., & Vigilante, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and “use-dependent” development of the brain: How “states” become “traits”. *Infant mental health journal*, 16(4), 271-291.
- Rintoul, B., Thorne, J., Wallace, I., Mobley, M., Goldman-Fraser, J., & Luckey, H. (1998). Factors in Child Development Part I: Personal Characteristics and Parental Behavior. Prepared for Centers for Disease Control and Prevention Public Health Service, US Department of Health and Human Services by the Research Triangle Institute. Retrieved September, 6, 2011.
- Rubenstein, J. L. (2011). Annual research review: development of the cerebral cortex: implications for neurodevelopmental disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(4), 339-355.
- Santer, J., & Griffiths, C. (2007). *Free play in early childhood: A literature review*. National Children’s Bureau.
- Save the Children International (2018). The War on Children. Time to end grave violations against children in conflict. Retrieved from <https://s3.savethechildren.it/public/files/uploads/pubblicazioni/war-children.pdf>
- Schaefer, C. E. (Ed.). (2011). *Foundations of play therapy*. John Wiley & Sons.
- Shonkoff, J. P., Boyce, W. T., & McEwen, B. S. (2009). Neuroscience, molecular biology, and the childhood roots of health disparities: building a new framework for health promotion and disease prevention. *Jama*, 301(21), 2252-2259.
- Sutton-Smith, B. (2009). *The ambiguity of play*. Harvard University Press.
- Tol, W. A., Komproe, I. H., Susanty, D., Jordans, M. J., Macy, R. D., & De Jong, J. T. (2008). School-based mental health intervention for children affected by political violence in Indonesia: a cluster randomized trial. *Jama*, 300(6), 655-662.
- Tyndall-Lind, A., Landreth, G. L., & Giordano, M. A. (2001). Intensive group play therapy with child witnesses of domestic violence. *International Journal of Play Therapy*, 10(1), 53.

UNHCR (2019). Global forced displacement tops 70 million. Retrieved from <https://www.unhcr.org/news/stories/2019/6/5d08b6614/global-forced-displacement-tops-70-million.html>

VanFleet, R. (2010). Make me laugh. 101 *More Favorite Play Therapy Techniques*, 203.

Wolmer, L., Hamiel, D., Barchas, J. D., Slone, M., & Laor, N. (2011). Teacher-delivered resilience-focused intervention in schools with traumatized children following the second Lebanon war. *Journal of traumatic stress*, 24(3), 309-316.

Wong, M., Rosemond, M. E., Stein, B. D., Langley, A. K., Kataoka, S. H., & Nadeem, E. (2007). School-based intervention for adolescents exposed to violence. *The Prevention Researcher*, 14(1), 17-21.

Zins, J. E., Bloodworth, M. R., Weissberg, R. P., & Walberg, H. J. (2007). The scientific base linking social and emotional learning to school success. *Journal of educational and psychological consultation*, 17(2-3), 191-210.