

Il PTSD e la sua mediazione a livello relazionale nei bambini dopo l'11 settembre

SUSAN COATES

*Columbia University Centre for Psychoanalytic Training and Research
Parent-Infant Psychotherapy Program*

RIASSUNTO: Premesse teoriche: Dagli studi pionieristici di Anna Freud e Dorothy Burlingham sui bambini traumatizzati durante la seconda guerra mondiale all'elaborazione operata da John Bowlby della teoria dell'attaccamento, il ruolo del caregiver nel moderare l'impatto del trauma sul bambino è stato ampiamente riconosciuto. **Obiettivo:** Il presente lavoro si pone l'obiettivo di sottolineare l'importanza dell'accessibilità emotiva materna per il bambino a seguito di un'esperienza traumatica. **Metodologia:** Viene discusso e presentato un caso clinico, quello della piccola Abbey di quasi tre anni e di sua madre che riuscirono a scappare da Ground Zero l'11 Settembre. **Discussione critica e conclusioni:** Il transfer intergenerazionale del trauma che ha caratterizzato la diade descritto nella vignetta clinica viene discusso alla luce non solo delle sue conseguenze disadattive ma anche di quelle adattive.

PAROLE CHIAVE: 11 settembre, accessibilità emotiva materna, transfer intergenerazionale del trauma.

ABSTRACT: Background: From the pioneering Anna Freud's and Dorothy Burlingham's studies on trauma in children during the 2nd world war to John Bowlby's theory of attachment, the role of the caregiver in the mediation of the trauma impact on the child has been widely recognised. **Objective:** The present study aims to underline the importance of maternal emotional accessibility for the child involved in a traumatic situation. **Methodology:** A single-case study is presented, that of the nearly 3 years old Abbey and her mother that managed to escape from Ground Zero during September 11. **Critical discussion and conclusions:** The intergenerational transfer of trauma that affected Abbey and her mother is discussed not only with regard to its maladaptive consequences, but also as adaptive ones were concerned.

KEY WORDS: September 11, maternal emotional accessibility, intergenerational transfer of trauma.

Lo studio del trauma nei bambini va innanzi tutto inquadrato in una prospettiva storica. Anna Freud e Dorothy Burlingham, nel loro studio sui bambini londinesi durante l'incursione tedesca, osservarono: "la guerra riveste un significato per i bambini in realtà non straordinariamente importante fintanto che si limita a minacciare la loro esistenza, modifica sensibilmente il loro benessere materiale o riduce le razioni di cibo. Diviene, invece, enormemente significativa nel momento in cui perturba la vita familiare e investe i primi attaccamenti emotivi del bambino nel contesto del nucleo familiare. I bambini di Londra, perciò, erano nel complesso molto meno sconvolti dal bombar-

damento che dal dover abbandonare il proprio paese come forma di protezione dal bombardamento" (Freud e Burlingham, 1943).

E' difficile ricordare come in quel tempo una simile osservazione fosse sorprendente. Inoltre, era così innovativa da non poter essere pienamente integrata nel corpus psicoanalitico. Ciò che Freud e Burlingham avevano scoperto, andava oltre i terribili fatti dell'incursione tedesca: ad essere traumatica era la separazione del bambino dalla madre.

Due anni più tardi David Levy (1945), uno dei fondatori del centro psicoanalitico della Columbia, osservò come l'impatto dell'ospedalizzazione sui bam-

bini separati dai propri genitori era a tal punto devastante da somigliare alla nevrosi da combattimento. Ciò accadeva in un periodo storico in cui la politica di salute pubblica indicava ancora come il bambino dovesse essere separato di genitori, i quali non avevano alcun ruolo da giocare in simili situazioni. Negli Stati Uniti, Levy fu il primo tanto a riconoscere il ruolo del genitore nel moderare l'esperienza traumatica del bambino, quanto a studiarne l'impatto in modo sistematico. Inoltre, Levy sviluppò per primo tecniche di trattamento a breve termine per il bambino traumatizzato.

La piena realizzazione del fatto che una prolungata separazione dalla madre è intrinsecamente traumatica per un bambino doveva attendere il lavoro di John Bowlby in Inghilterra, la cui eredità è difficile da sovrastimare. Il commovente lavoro di Bowlby e Robertson (Bowlby, Robertson, Rosenbluth, 1952) "Un bambino di due anni va in ospedale" ha aiutato a migliorare il destino dell'ospedalizzazione dei bambini in tutto il mondo occidentale, pur incontrando inizialmente le resistenze dell'establishment medico.

Questa prima ondata di ricerca clinica stabilì, dunque, l'importanza della presenza/assenza della madre nel moderare l'impatto del trauma sul bambino. La seconda ondata di ricerca ebbe inizio nel 1975, focalizzandosi sul ruolo materno nel mediare la trasmissione del trauma a livello intergenerazionale. Il famoso lavoro di Fraiberg (Fraiberg, Adelson, Shapiro, 1975) "Fantasmi nella culla" rimane un contributo classico per la comprensione del trauma nel modo in cui questo può venire trasmesso intergenerazionalmente all'interno di una relazione. Il seguente brano di interazione illustra la storia della signora March, la prima utente della loro clinica, e di Mary, la sua figlia di 5 mesi e mezzo:

"Mary comincia a piangere. E' un pianto rauco e strano, per una bimba. La Atreya interrompe l'osservazione. Sul video, vediamo Mary nelle braccia della madre che continua ad urlare disperatamente; non si volge verso la madre per cercarne conforto. La madre appare distante, assorbita in se stessa. Produce un gesto assente volto a confortare Mary, poi smette subito. Guarda altrove. Il pianto disperato viene registrato per altri 5 tremendi minuti sul nastro. Sentiamo la voce della Adelson che prova ad incoraggiare gentilmente la madre: "cosa fa di solito per calmare la bambina quando piange in questo modo?" La signora March mormora qualcosa di incomprensibile. La Adelson e la Atreya lottano con i propri sentimenti, contrastando il loro desiderio di prendere la bambina e

confortarla, sussurrandole parole per calmarla. Se fossero retta al loro impulso, farebbero l'unica cosa che non deve essere fatta. La signora March, infatti, realizzerebbe che c'è un'altra donna in grado di calmare la propria bambina, venendo confermata nella propria convinzione di essere una madre cattiva. Sono 5 minuti terribili per Mary, la madre e le due psicologhe. La Adelson si trattiene, cercando di parlare empaticamente alla madre, e fa terminare la seduta suggerendo che la bambina è probabilmente molto affaticata ed ha bisogno della sua casa e della sua culla rimandando la diade all'incontro seguente. Mentre riguardavamo questo nastro in una seduta di staff, ci dicevamo con incredulità: "E' come se questa madre non *udisse* il pianto della propria bambina!" E questo ci condusse alla domanda diagnostica centrale: "*Perché questa madre non sente il pianto della propria bambina?*" (Fraiberg, Adelson, Shapiro, 1975, pp. 389-390).

La risposta a questa domanda fu che la signora March, ella stessa "bambina reietta in una famiglia reietta", non poteva ascoltare il *suo* pianto. Aiutata, poté raccontare la propria orribile storia di traumatizzazioni ripetute, ma lo fece senza sentimenti e senza realizzare connessioni affettivamente significative alla propria esperienza:

"crediamo vi fossero due bambini che piangevano, in quella stanza. Consideravamo come quella voce distante della madre, il suo ritiro e la sua irraggiungibilità fossero difese nei confronti di un dolore ed un'afflizione intollerabili. La sua terribile storia era stata descritta nei fatti, senza sofferenza visibile, senza lacrime. Tutto ciò che si vedeva era il suo sguardo vuoto, triste e senza speranza. Aveva chiuso la porta al bambino in lacrime dentro se stessa, e lo stesso accadeva con la sua piccola bambina." (Fraiberg, Adelson, Shapiro, 1975, pp. 395-396).

Il resoconto clinico di Fraiberg e collaboratori, benché lentamente si fece strada nella comunità analitica, di fatto rappresentava virtualmente in se stesso un nuovo campo di studio: il transfer intergenerazionale del trauma. Tale campo di studio divenne ulteriormente importante perché emerse in un momento storico in cui una nuova generazione di bambini stava crescendo, e cominciava a chiedere aiuto per problematiche che inizialmente sembravano non avere nome: si trattava dei figli di coloro che erano sopravvissuti all'Olocausto. In questo modo, divenne gradualmente chiaro ai clinici che il trauma poteva avere terribili effetti che superavano l'individuo che ne era stato oggetto, raggiungendo la generazione seguente.

S. Coates: *Il PTSD e la sua mediazione a livello relazionale nei bambini dopo l'11 settembre*

La terza linea di ricerca sul trauma in età evolutiva ha avuto inizio circa 10 anni fa. Con un focus sull'origine delle differenze individuali nel PTSD, i ricercatori sul trauma infantile hanno mostrato, grazie a studi sistematici, che la classica triade di sintomi post-traumatici (risperimentare, obnubilamento/evitamento, iperattivazione) è riscontrabile anche in età evolutiva (Scheeringa, Zeanah, Drell, Larrieu, 1995; Scheeringa, Peebles, Cook, Zeanah, 2001; Schechter, Tosyali, 2001). Nella "Classificazione Diagnostica 0-3" (National Center for Clinical Infant Programs, 1994) i criteri per il PTSD nei bambini sono i seguenti:

1. Risperimentare i sintomi – che di solito si esprime nel gioco, piuttosto che nei flashbacks
2. Obnubilamento/evitamento – incluso ritiro sociale, perdita di abilità evolutive precedentemente acquisite, affetto ristretto.
3. Iperattivazione – che include terrore notturno, ripetuti risvegli notturni, ipervigilanza, risposte *star-tle* esagerate.
4. Sintomi, in particolar modo paura o aggressività, che non erano presenti prima dell'episodio traumatico.

Studi sulle reazioni dei bambini dopo gli attacchi di Oklahoma City e dell'11 Settembre hanno riscontrato come, ad essere a maggior rischio di sviluppare un PTSD, fossero coloro che avevano perso una persona cara, che erano più vicini a Ground Zero, che avevano visto le immagini in televisione ripetutamente o che avevano in precedenza sperimentato traumi (Pfefferbaum, 2001; Pfefferbaum, Nixon, Tivis, Doughty, Pynoos, Gurwitch, Foy, 2001; Pfefferbaum, Nixon, Tucker, Tivis, Moore, Gurwitch, Pynoos, Geis, 1999; Marshall, 2001). In alcuni studi su bambini più grandi, ed in tre studi su bambini con meno di 5 anni i cui dati erano relativi sia alla valutazione del bambino che della sua famiglia, è stata riscontrata una significativa relazione tra "scarso funzionamento familiare o materno" ed esiti peggiori nel bambino (Corneley, Bromet, 1986; Laor, Wolmer, Mayes, Gershon, 1997; Laor, Wolmer, Mayes, Golomb, Silverberg, Weizman, Cohen, 1996). In uno studio dove gli effetti erano studiati separatamente per bambini di età di 3, 4, 5 anni (Laor et al., 1996; 1997) è stata riscontrata una forte relazione tra funzionamento familiare ed esiti nel bambino nelle fasce di 3 e 4 anni ma non a 5 anni. In uno studio più approfondito, Scheeringa e Zeanah (1995) hanno cercato di determinare quale tipologia di trauma predicesse maggiormente la severità del PTSD in bambini sotto i 4

anni di età, facendo riferimento ai seguenti 6 diversi fattori:

1. Trauma singolo acuto versus trauma cronico e ripetuto
2. Bambino ferito versus non ferito nell'evento traumatico
3. Bambino solo testimone dell'evento traumatico versus esperienza diretta dell'evento
4. Caregiver del bambino minacciato versus non minacciato dall'evento traumatico
5. Bambino con età minore o maggiore di 18 mesi al momento dell'evento
6. Sesso del bambino

I due autori hanno riscontrato come il solo fattore 4 predicesse la severità del PTSD nel campione: trauma che era occorso quando ne erano stati al contempo minacciati i caregivers. In uno studio di follow-up, Laor (Laor et al., 1997) ha riscontrato come il fattore "evitamento materno" fosse l'unico relativo al genitore traumatizzato che predicesse gli esiti peggiori nel bambino. Le madri che tentavano attivamente di evitare di confrontarsi con stimoli collegati al trauma e che si trovavano in stati emotivi che limitavano fortemente la loro capacità di vicinanza, erano incapaci di aiutare i loro bambini nel processamento dell'esperienza traumatica. Queste madri evitanti non riuscivano a contenere nella propria mente l'esperienza traumatica dei propri figli, e non potevano aiutarli a processarla attivamente e a confrontarsi con essa.

L'importanza dell'accessibilità emotiva materna per il bambino a seguito di un'esperienza traumatica trova un impressionante riscontro nei dati di un sondaggio realizzato presso la New York Academy of Medicine dopo l'11 settembre (Stuber, Fairbrother, Galea, Pfefferbaum, Wilson-Genderson, Vlahov, 2002): bambini i cui genitori non avevano consapevolezza delle loro reazioni dopo l'11 settembre e che quindi non mentalizzavano l'esperienza dei propri bambini, avevano una probabilità 11 volte maggiore di sviluppare problematiche comportamentali relative al trauma¹.

Scheeringa e Zeanah (2001) nel tentativo di concettualizzare una prospettiva relazionale sul trauma in età evolutiva, distinguono i possibili sviluppi. Nel modello dell'*Effetto Moderazione*, il bambino è traumatizzato direttamente da un evento, ma la relazione

¹ "Bambini i cui genitori *non sapevano* come loro stavano reagendo dopo l'11 Settembre sono 11 volte più a rischio di sviluppare problematiche comportamentali nella fascia di età 6-11 anni e 4 volte più a rischio nella fascia di età 12-17".

della madre con questo bambino (con ciò includendo la sua abilità di intercettare i segnali del bambino rispondendo adeguatamente ai suoi bisogni) modera il grado in cui il bambino potrà diventare sintomatico. Nel modello della *Traumatizzazione Vicaria*, altrimenti definibile come il modello della mediazione, è la madre ad aver sperimentato un trauma, non il bambino. In questa situazione, l'impatto del trauma della madre impatta sulla sua relazione con il bambino alterando la sua responsabilità, ed in questo modo *media* lo sviluppo sintomatologico nel bambino. Nell'*Effetto Composito*, sia la madre che il bambino sono traumatizzati, e ciascuno esacerba la sintomatologia dell'altro.

Illustrerò di seguito l'effetto composito del trauma relazionale nel caso di una madre, la signora A e della sua bambina che chiamerò Abbey, e che si trovavano a Ground Zero l'11 settembre quando il primo aereo impattò sulle Torri Gemelle. Come molte delle vittime traumatizzate di eventi catastrofici che si dimostrano allergiche all'intervento terapeutico, la signora A non ricevette sostegno inizialmente, quando Abbey aveva 2 anni e 4 mesi, ma attese 5 mesi prima di farlo, quando Abbey aveva 2 anni e 9 mesi. A partire dall'11 settembre, lei ed Abbey avevano sofferto di sintomi post-traumatici. La signora A aveva continui flashbacks che venivano attivati dal suono degli aeroplani, sirene dei pompieri e della polizia come pure da immagini televisive di quanto accaduto; Abbey aveva difficoltà all'addormentamento, con frequenti risvegli e terrori notturni, e frequenti ricordi degli eventi. Abbey soddisfaceva i criteri della Classificazione 0-3 per un "disturbo da stress traumatico della prima infanzia".

Abbey era stata adottata dal Sud America da una madre bianca single della media borghesia newyorchese quando questa aveva 38 anni ed Abbey 8 mesi. La signora A ricorda che Abbey all'epoca si era adattata facilmente alla nuova casa, ad eccezione di una difficoltà relativa ad ansia di separazione dai due anni di età e durata circa due mesi, all'inserimento in un nido. L'11 settembre la signora A stava conducendo Abbey sul suo passeggino alla sua classe del nido, che si trovava al primo piano delle Torri Gemelle al momento del primo impatto. La madre ne fu immediatamente terrorizzata, e afferrò Abbey tirandola su dal suo passeggino, al quale era ancora saldamente legata. Entrambe furono esposte a quello che la signora A descrive come un suono tremendamente acuto e lancinante, seguito da macerie che cadevano in ogni dove. La signora A slacciò Abbey dal suo passeggino e corse in cerca di un rifugio in un edificio nelle vicinanze, dove le fu detto di entrare per mettersi al sicu-

ro. La signora A pensò che "è stata la fine del mondo", che "siamo stati colpiti da una bomba atomica". Corse su e giù per le scale diverse volte cercando un'uscita, ma la polizia bloccava ogni accesso. Ad un certo punto, trovò un'uscita incustodita e sbucò fuori dall'edificio, mettendosi a correre a tutta velocità in direzione opposta gridando a tutti di farle strada. Non riusciva a credere che "nessuno correva": orde di persone riempivano le strade immobili, con lo sguardo rivolto alle Torri Gemelle. La signora A pensò che erano tutti morti. Giunse ad una stazione della metropolitana e riuscì ad allontanarsi in condizioni di relativa sicurezza. Non riusciva a capire come le persone nella metropolitana potessero fare le cose che facevano normalmente.

Dopo una giornata terrificante durante la quale ritirò quanto più denaro possibile da un bancomat con il pensiero di lasciare il paese alla volta del Canada, cominciò a calmarsi e, dopo aver trascorso del tempo con un'amica, si determinò a tornare nella sua casa in New Jersey prendendo il traghetto. Mentre ne stava uscendo, un poliziotto chiese a tutti coloro che si trovavano nell'arco di dieci isolati dal World Trade Center di uscire per primi. La signora A pensò tra sé e sé che "meno male che ci danno la precedenza, capiscono quanto siamo traumatizzati", ma il poliziotto li fece entrare in una stanza dicendo che li avrebbero bagnati con acqua perché si temeva che sull'aereo potesse esserci materiale batteriologico². Il personale di assistenza assicurò a ciascuno che avrebbero ricevuto una coperta ed una bottiglia di acqua. La signora A reagì con grande panico a ciò che stava per compiersi, cominciò ad urlare che né lei né la sua bambina si sarebbero sottoposte a quella doccia. La polizia minacciò di toglierle la bambina, se non avesse fatto come le veniva richiesto. Si sentì come nel film "La scelta di Sophie". La signora A, come ebbe poi a dire, si sentì "totalmente squagliare" e cominciò a strillare fino a sfinirsi, peraltro indisponendo ulteriormente i poliziotti ed il personale di assistenza. Dopo circa 15 minuti di grida e pianti fino allo sfinimento, la polizia la lasciò andare. La signora A era così terrorizzata da questa esperienza che per la prima settimana dopo l'11 settembre non uscì di casa, neanche per ritirare la posta di fronte alla porta di ingresso. Alcune settimane più tardi, trovò una nuova scuola per Abbey rispetto alla quale, con suo gran sollievo, Abbey si

² Ovviamente, bagnare i sopravvissuti del World Trade Center con acqua non avrebbe protetto nessuno, ma nel panico del momento molte persone presero decisioni ingenuie e unilaterali che vennero presto corrette.

S. Coates: Il PTSD e la sua mediazione a livello relazionale nei bambini dopo l'11 settembre

adattò fin dall'inizio facilmente, non mostrando segni di disagio ed interagendo positivamente con gli altri bambini. Dopo 6 settimane, la signora A tornò al lavoro.

Al momento del nostro primo incontro, che avvenne senza la presenza di Abbey, il maggiore elemento di preoccupazione della signora A era di avere ella stessa traumatizzato Abbey durante l'episodio seguito alla sua uscita dal traghetto. Non sembrava pensare che Abbey potesse essere stata traumatizzata dai suoni incredibilmente alti al momento dell'impatto del primo aereo con la torre, o dalle macerie che cadevano, o dalla sua stessa reazione di panico. Di fatto, la signora A non aveva alcun ricordo di quali fossero state le reazioni di sua figlia quel giorno. Inoltre, non aveva notato se il gioco di Abbey da allora fosse cambiato, benché fosse consapevole delle sue difficoltà all'addormentamento e dei suoi terrori notturni. Qualche tempo dopo l'11 settembre la signora A aveva comprato un nuovo passeggino di colore blu per sostituire quello verde abbandonato a Ground Zero. Ogni volta che vedeva il nuovo passeggino, Abbey diveniva improvvisamente nervosa, e cominciava a ripetere "passeggino verde, sassi cadono, terribile, terribile, terribile". Durante il primo incontro con lei, si udì il suono di un aereo sopra di noi, seguito da quello di una sirena dei pompieri. La signora A trasalì, apparve terrorizzata e cominciò a piangere. Disse che questa sequenza era tipica dei ripetuti flashbacks che aveva avuto dall'11 settembre, e che si innescavano ogniqualvolta percepiva un aereo in volo. Aggiunse che la combinazione dei suoni di un aereo e della sirena dei pompieri era terrificante per lei. Disse che aveva cercato di buttarsi alle spalle quella esperienza, ma che non le era possibile. Conobbi Abbey nel secondo incontro. Era un'adorabile piccina che prontamente entrò nella mia stanza con sua madre cominciando a giocare con la mia casa delle bambole, saturandola di circa 30 piccole bamboline della Playmobile che estraeva da una cesta. Dopo circa 15 minuti squillò il telefono cellulare della madre, e questa si spostò nella sala d'aspetto per rispondere. Dopo circa un minuto, Abbey la raggiunse per vedere dove fosse. Ciò fatto, ritornò velocemente al suo gioco, riprendendo da dove lo aveva lasciato. A metà dell'incontro, si recò nella parte più distante della mia stanza e scoprì alcuni piccoli blocchi con i quali cominciò a costruire 2 torri: le costruì sempre più alte, finché caddero. Controllò attentamente il mio volto, e notò probabilmente il mio disagio poiché ero preoccupata che potesse ri-traumatiz-

zarsi. Si impressionò quando i blocchi crollarono, e mi guardò per vedere la mia reazione. Dissi, con un sorriso accennato sul mio volto: "bum! Sono caduti". In un pausa in cui non sembrava sapere bene cosa fare, dissi: "le facciamo ancora?". Con grande entusiasmo cominciò a ricostruirle, e le chiesi se preferiva essere lei a farle cadere o se voleva le facessi cadere io. Si animò, e mi chiese di farle crollare. Costruì un'altra torre, e mentre lo facevo le chiesi se voleva che la facessi cadere di nuovo. Annuì energicamente. Quindi prese lei a costruire torri su torri, e a buttarle giù. Allora, io presi alcuni blocchetti e li feci cadere sul pavimento: avevo in mente che l'11 settembre aveva fatto esperienza delle macerie che cadevano dal cielo, frammenti delle quali erano giunti sulla sua testa. Cominciò ad imitarmi immediatamente, e iniziò a lanciare i blocchi in aria animandosi sempre più. Volsi uno sguardo alla madre, e vidi che i suoi occhi erano pieni di lacrime. Disse: "non credevo che potesse ricordarsi di tutto questo". Le chiesi come la faceva sentire: "non posso sopportare il suono del rumore dei blocchetti che cadono a terra, mi fa ripensare all'impatto". Le spiegai che quello era il modo che sua figlia stava trovando per rielaborare e padroneggiare la sua esperienza traumatica, proprio nel modo in cui lei stava cercando di farlo attraverso la sua terapia. La invitai ad unirsi a noi, ed a cercare di aiutare Abbey nella sua opera di costruzione e demolizione. Le chiesi di lasciare l'iniziativa ad Abbey, lasciandole essere la regista delle sue proprie storie e decidere chi avrebbe costruito e chi avrebbe distrutto. Giocò con sua figlia in questo modo fino al termine dell'incontro, alla fine del quale la signora A mi chiese dove avrebbe potuto comprare quei blocchetti così da poterli avere a casa e giocare con sua figlia. Mentre stavano congedandosi dal mio studio, la signora A udì il rumore di alcuni passi dall'appartamento di sopra ed ebbe una reazione di soprassalto. A sua volta, Abbey si preoccupò molto per quel rumore. La signora A notò che aveva bisogno di controllare le sue risposte di trasalimento, poiché capiva che Abbey cominciava a manifestare reazioni ansiose in risposta alle sue. Dopo questo incontro, parlai con il terapeuta della madre che mi disse che la signora A aveva alle spalle una storia familiare traumatica. La signora A era stata cresciuta come cristiana ed aveva scoperto solo 5 anni prima che i suoi genitori erano sopravvissuti dell'Olocausto che si erano convertiti al cristianesimo per proteggere lei e loro stessi. Con riferimento ai dati di Yehuda (Yehuda, Schmeidler, Wainberg, Binder-Brynes, Duvdevani, 1998) circa il fatto che i figli dei

sopravvissuti all'Olocausto sembrano avere una particolare vulnerabilità al PTSD, appare probabile che la storia familiare di sopravvissuti all'Olocausto possa spiegare almeno in parte l'intensità della reazione della signora A durante l'11 settembre: in particolare, il suo sentimento dopo l'impatto che quella fosse la "fine del mondo" e un "attacco nucleare" come pure, più tardi, la sua reazione persecutoria nei confronti delle persone che cercavano di proteggerla da eventuali agenti chimici. La reazione di Abbey all'11 settembre illustra come le reazioni dei bambini molto piccoli al trauma siano intimamente legate a quelle materne, e viceversa. Scheeringa e Zeanah (1995) categorizzano questa reazione traumatica relazionale come complessa, nel senso che sia la madre che la bambina sono traumatizzate individualmente ed inoltre si traumatizzano reciprocamente a partire dalla propria sintomatologia PTSD. Tanto Abbey che la madre avevano flashbacks attivati da stimoli differenti. La signora A aveva flashbacks quando ascoltava suoni acuti, sirene o quando guardava immagini del World Trade Center in televisione, ed evitava di guardarla per la paura che avrebbe potuto vedere scene del World Trade Center a fuoco o che collassava. L'innescò principale per i flashbacks di Abbey era guardare il suo passeggino nuovo. La madre trovava insopportabile quando Abbey diceva "passeggino verde, sassi cadono, terribile, terribile, terribile": non sapeva cosa dire, e cambiava discorso. Non solo la signora A non ricordava le reazioni di Abbey dell'11 settembre ma, come detto, non aveva neanche idea del contenuto dei suoi giochi a partire da quel momento. Non sapeva se Abbey aveva provato ad inscenare la sua esperienza di quel giorno nel gioco. Considerato quanto insopportabile le era stato vedere la riproposizione nel gioco della sua esperienza durante l'incontro nel mio studio, sembra probabile che la madre abbia evitato i vissuti della figlia dall'11 settembre: Abbey minacciava le sue fragili difese. Dalla prospettiva di Abbey, questa era troppo giovane per comprendere a livello cognitivo la portata dell'evento che era accaduto. Era stata probabilmente terrorizzata dal suono acuto dell'impatto dell'aereo, come pure dalle grida della madre e dal materiale che le era caduto addosso, ed aveva bisogno del conforto della madre in un momento così delicato. Ma trovava solo una madre spaventata e spaventante in uno stato di panico, che peggiorava le cose a causa del suo terrore. Il fatto che la signora A non potesse sopportare la vista dei flashbacks di Abbey deve aver lasciato Abbey non riconosciuta, estranea e non ascoltata. Credo che

l'impatto principale del persistente PTSD della madre sia stato il non aver potuto aiutare Abbey a cominciare ad estrarre significato da quell'esperienza: il suo assetto di ritiro evitante le impediva di riconoscere l'esperienza interna di Abbey come pure i suoi bisogni. Soprattutto, non era in grado di aiutare Abbey a processare la sua esperienza traumatica sostenendola in una rappresentazione simbolica in modalità che la avrebbero aiutata a padroneggiarla. Abbey aveva di fronte una madre che era cronicamente terrorizzata ed in uno stato terrorizzante in cui si alternava un ritiro ora caratterizzato dal panico, ora dall'evitamento. Era stata lasciata in un buco nero emotivo, senza contenitori per arginare o processare la sua esperienza sopraffacente e senza capacità di dare un senso al comportamento spaventato e spaventante della propria madre. Di conseguenza, Abbey sviluppò difficoltà del sonno, terrore e flashbacks notturni. In modo notevole, dopo una sola seduta in cui era stato possibile riconoscere, nominare e contenere la sua esperienza sia dalla terapeuta che dalla madre, i suoi terrore e risvegli notturni cominciarono a ridursi. Nell'arco di sole due sedute, la madre cominciò a comprendere in modo nuovo l'esperienza della figlia, potendo assumere un'attitudine riflessiva circa l'esperienza di Abbey.

Nel lavoro dello staff del "Parent-Infant" della Columbia condotto al "Kid's Corner" con i bambini dei sopravvissuti all'attacco al World Trade Center, abbiamo riscontrato come i genitori avessero grandi difficoltà nel credere che i propri figli fossero capaci di comprendere cosa era accaduto (Coates, Schechter, First, 2003). Volevano proteggere l'innocenza dei loro bambini, e trovavano insopportabile l'idea che questi potessero capire ciò che era successo. Molti avevano bisogno di costruire uno spazio proiettivo "per proteggere l'innocenza dei loro bambini", in modo da proteggersi dal proprio senso di perdita di sicurezza (Hamilton, 1989). Queste dinamiche contribuiscono all'evitamento da parte del genitore delle domande del bambino, inibendo la sua opportunità di esprimere e padroneggiare le sue paure, così conoscendo la propria mente e quella della madre.

Nel tentativo di modellizzare trattamenti per bambini con meno di 4 anni che soffrono di PTSD, i progetti di trattamento dovranno tener conto della complessa natura relazionale del disturbo nei bambini molto piccoli. Riteniamo essenziale che il bambino e la madre e/o il padre siano trattati congiuntamente così da ristabilire la relazione di attaccamento perturbata. Parallelamente, la madre avrà bisogno del suo trat-

tamento individuale per lavorare non solo sui sintomi PTSD ma su ogni altro aspetto relativo a traumi irrisolti che possano esacerbarne lo stato attuale. Nel nostro lavoro al "Kid's Corner" al Molo 94 abbiamo riscontrato come alcuni genitori che avevano rifiutato aiuto per se stessi accettavano aiuto per i propri bambini, indirettamente ricevendo aiuto anche per loro stessi.

Un ultimo aspetto che vorrei sottolineare è il valore di sopravvivenza del transfer intergenerazionale del trauma. Siamo soliti pensare al passaggio intergenerazionale del trauma come a qualcosa che rappresenta un fattore di rischio per la generazione successiva, ma io ritengo che il caso della signora A sia un esempio di come il transfer intergenerazionale del trauma possa funzionare sia in senso adattivo che maladattivo. Benché la signora A non avesse alcuna conoscenza narrativa consapevole della storia della sua famiglia durante l'Olocausto, è probabile che durante la sua crescita abbia fatto esperienza di una conoscenza relazionale implicita, una sorta di conoscenza procedurale circa l'annichilimento che potrebbe averla sensibilizzata più di altri a Ground Zero riguardo alla magnitudine del danno dopo l'attacco³. Era riuscita a scappare e salvare la vita sua e di sua figlia mentre altri, che non anticipavano la minaccia incombente, rimanevano nelle strade a guardare le torri che bruciavano fino a crollare e toglier loro la vita. Si potrebbe dire che il transfer intergenerazionale del trauma è il modo in cui siamo disegnati per funzionare – il funzionamento atteso in una prospettiva darwiniana. Un vantaggio ottimale in termini di sopravvivenza ne deriverebbe a coloro che sono stati sensibilizzati a danni ambientali che non sono ancora codificati nei nostri geni. Trasformazioni ambientali importanti che incidono sulla sopravvivenza richiederebbero troppo tempo per venire rappresentati nei nostri geni e proteggere le generazioni seguenti. Potremmo pensare a questo come ad un lamarckismo psicologico che conferisce protezione alla generazione successiva. Quando queste sensibilizzazioni al pericolo trasferite intergenerazionalmente sono sovra-generalizzate, diventano fattori di rischio per disfunzioni psicologiche come è sembrato accadere alla signora A quando ha

avuto una reazione persecutoria alla richiesta di bagnarsi con l'acqua dopo l'attacco. Dobbiamo comunque imparare ad individuarle, aiutando i nostri pazienti a riconoscerne allo stesso tempo il valore adattivo ed i costi.

■ Bibliografia

- Bowlby J, Robertson J, Rosenbluth D (1952), A two-year-old goes to the hospital. *Psychoanalytic Study of the Child*, 7, 82-94.
- Coates SW, Schechter DS, First E (2003), Brief Interventions after September 11th. In SW Coates, JL Rosenthal, DS Schechter (a cura di), *September 11th: Trauma and Human Bonds*. Hillsdale NJ: The Analytic Press.
- Cornely P, Bromet E (1986), Prevalence of behavior problems in three-year-old children living near Three Mile Island: A comparative analysis. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 27, 489-498.
- Fraiberg S, Adelson E, Shapiro V (1975), Ghosts in the nursery. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 14, 387-421.
- Freud A, Burlingham D (1943), *Children in War*. New York City: Medical War Books.
- Hamilton V (1989), *The mantle of safety*. *Winnicott Studies* # 4. Festschrift for Frances Tustin.
- Laor N, Wolmer L, Mayes LC, Gershon A (1997), Israeli preschool children under scuds: A 30-month follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36,349-356.
- Laor N, Wolmer L, Mayes LC, Golomb A, Silverberg DS, Weizman R, Cohen DJ (1996), Israeli preschoolers under Scud missile attacks. *Archives of General Psychiatry*, 53, 416-423.
- Levy D (1945), Psychic trauma of operations in children and a note on combat neurosis. *American Journal of Diseases of Children*, 69, 7-25.
- Marshall RD (2001), Coping mechanisms and post-traumatic stress reactions: Life after September 11. www.fathom.com, interview conducted 9/22/01.
- National Center for Clinical Infant Programs (1994), *Classificazione diagnostica: 0-3. Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi di sviluppo nell'infanzia*. Milano, Masson, 1997.
- Pfefferbaum B (2001), The impact of the Oklahoma City bombing on children in the community. *Mil Med*, Dec 166, [12 Suppl] 49-50.
- Pfefferbaum B, Nixon SJ, Tivis RD, Doughty DE, Pynoos RS, Gurwitsch RH, Foy DW (2001), Television exposure in children after a terrorist incident. *Psychiatry*, 64, 3, 202-211.
- Pfefferbaum B, Nixon SJ, Tucker PM, Tivis RD, Moore VL, Gurwitsch RH, Pynoos RS, Geis HK (1999), Posttraumatic stress responses in bereaved children after the Oklahoma City bombing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38, 11, 1372-1379.

³ Questo processo può anche esprimersi a livello conscio. Il numero di "The New Yorker" dopo l'11 settembre riportava il caso di una signora di 85 anni che era scappata dalle Torri Gemelle mentre i suoi colleghi erano rimasti, perdendo la loro vita. Richiesta del perché avesse avuto l'istinto di uscire mentre altri rimanevano dentro, disse di essere rimasta sepolta dalle macerie durante la Seconda Guerra Mondiale, e di essere determinata da allora a non permettere che nulla del genere le accadesse ancora.

- Schechter DS, Tosyali MC (2001), Posttraumatic stress disorder from infancy through adolescence: A review. In CA Essau e F Petermann (a cura di), *Anxiety Disorders in Children and Adolescents: Epidemiology, Risk Factors, and Treatment*. New York: Brunner-Routledge.
- Scheeringa MS, Peebles CD, Cook CA, Zeanah CH (2001), Toward establishing procedural, criterion, and discriminant validity for PTSD in early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40,1, 52-60.
- Scheeringa MS, Zeanah CH (2001), A relational perspective on PTSD in Early Childhood. *Journal of Traumatic Stress*, 14, 4, 799-815.
- Scheeringa MS, Zeanah CH, Drell MJ, Larrieu J (1995), Two approaches to the diagnosis of posttraumatic stress disorder in infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 2, 191-200.
- Stuber J, Fairbrother G, Galea S, Pfefferbaum B, Wilson-Genderson M, Vlahov D (2002), Determinants of counseling for children in Manhattan after the September 11th attacks. *Psychiatric Services*, 53, 815 –822
- Yehuda R, Schmeidler J, Wainberg M, Binder-Brynes K, Duvdevani T (1998), Vulnerability to posttraumatic stress disorder in adult offspring of holocaust survivors. *American Journal of Psychiatry*, September, 155-159.

Indirizzo per la corrispondenza:
Susan Coates
Parent-Infant Program
Columbia University, New York 10024, USA
Email: swc1@columbia.edu