

# RIVISTA DI PLAY THERAPY

NUMERO 1  
APRILE 2020

La rivista dell'APTI  
Associazione Play Therapy  
Italia

**LA RIPETIZIONE DEL  
TRAUMA**  
Interventi in luoghi  
psicologicamente sicuri

---

**GIOCO VIOLENTO E  
PERSONE NON VIOLENTE**

---

**LA RISPOSTA DELL'APPTA  
AL COVID-19**

---

#trauma

#crisi

#playtherapy

#poteriterapeuticidelgioco

#giocoaggressivo

#teleplaytherapy

#coronavirus



L'Associazione Play Therapy Italia è un ente nazionale non profit fondato nel 2009 che si occupa in particolare di psicologia e psicoterapia dell'età evolutiva e trae origine dall'esperienza e dal sostegno dell'*Association for Play Therapy* (APT) degli Stati Uniti che ne rappresenta il modello unico di riferimento per standard qualitativi, finalità e criteri di iscrizione. L'APTI è Membro di Direzione dell'*International Consortium of Play Therapy Associations* (ICPTA). Tra i suoi obiettivi principali ci sono promuovere il valore del gioco e diffondere la conoscenza e la pratica di Play Therapy e Therapeutic Play/Gioco Terapeutico sul territorio nazionale.

L'APTI conferisce le credenziali di Registered Play Therapist (RPT) e Registered Play Therapist Supervisor (RPT-S) ai professionisti della salute mentale e di Therapeutic Play Specialist (TPS) ai professionisti degli ambiti educativo, sociale, sanitario e riabilitativo per aiutare i consumatori a identificare coloro con formazione specializzata ed esperienza.

L'APTI approva, inoltre, enti per la formazione continua in Play Therapy in Italia e nella Svizzera italiana che corrispondono a determinati criteri di qualità e professionalità. Per le regioni menzionate, l'*International Academy for Play Therapy studies and Psychosocial Projects* (APTI #15-001; APT Stati Uniti #20-602).

**Dettagli rivista**

Editore: APTI (1° aprile 2020)  
 Direttrice: Isabella Cassina  
 Distribuita da: APTI (Italia) e INA Play Therapy (Svizzera italiana)  
 Stampata in Italia, a colori, 24 pp  
 Lingua: italiano  
 ISSN: 2673-9151  
 associazioneplaytherapy.it  
 info@playtherapy.it

# 10 ANNI DELL'APTI

La Play Therapy è un settore tanto vasto e aperto alle innovazioni quanto puntuale e rigoroso. Sono lieto che in Italia l'APTI possa fungere da punto di riferimento per le famiglie che hanno bisogno di una guida nella ricerca di supporto psicologico e per i professionisti che desiderano essere riconosciuti per il loro impegno nello studio e nella pratica supervisionata di metodologie di Play Therapy.

Come membro dell'*International Consortium of Play Therapy Associations* (IC-PTA), l'APTI ha la possibilità di partecipare concretamente all'obiettivo condiviso di valorizzare, promuovere, diffondere e rafforzare l'integrità e la qualità nel guidare la pratica professionale della Play Therapy nel mondo.

Ritengo siano stati fatti dei passi importanti e che l'APTI abbia ancora tanto da offrire. Il mio compito è verificare e motivare affinché certi standard possano essere mantenuti, valorizzati ed alimentati. È un compito impegnativo per il quale l'APTI può contare sulla responsabilità individuale di un numero crescente di validi professionisti del settore.



Negli anni il lavoro dell'APTI è andato oltre i confini nazionali. Dall'esperienza di alcuni Soci ha preso origine nel 2015 l'*International Academy for Play Therapy studies and Psychosocial Projects* (INA), con sede in Svizzera, le cui formazioni sono riconosciute dall'APTI e dall'APT degli Stati Uniti e rendono possibile per i professionisti dell'età evolutiva effettuare un percorso riconosciuto anche in lingua italiana.

*Claudio Mochi*

RP, RPT-S  
 Fondatore dell'APTI

## SOCI APTI

Il Socio APTI è un professionista che lavora nell'ambito dell'infanzia e ha conseguito una formazione in Play Therapy o Therapeutic Play riconosciuta dall'APTI.

Il Socio aderisce ai valori dell'Associazione e contribuisce ai suoi scopi prestando un'attività volontaria, partecipando all'Assemblea annuale e versando una quota annuale di € 55.

Il Socio APTI beneficia di molteplici vantaggi. Richiedi termini e condizioni di adesione a [info@playtherapy.it](mailto:info@playtherapy.it).

## RIVISTA

La *Rivista di Play Therapy* dell'APTI è il 1° periodico in lingua italiana che presenta contenuti verificati nei settori Play Therapy e Gioco Terapeutico che permettono ai professionisti del settore e ulteriori interessati di restare al passo ed ampliare le proprie conoscenze sull'affascinante mondo di applicazione dei poteri terapeutici del gioco. La Rivista è gratuita per i Soci APTI.

## REDAZIONE

Il Comitato è in fase di definizione. Per questo numero (1) della *Rivista di Play Therapy* dell'APTI sono stati selezionati, revisionati e tradotti articoli precedentemente pubblicati da fonti attendibili e di rilievo (vedi singoli riferimenti). Direttrice della Rivista: Isabella Cassina, MA, TPS, Dottoranda.

## COPYRIGHT

La Rivista è coperta da copyright. Gli articoli possono essere riprodotti interamente o in parte unicamente previo consultazione della redazione e citazione della fonte nella sua interezza. Si prega di inviare una copia alla redazione [info@playtherapy.it](mailto:info@playtherapy.it).

# LA RIPETIZIONE DEL TRAUMA

## Interventi in luoghi psicologicamente sicuri

di Claudio Mochi RP, APT & APTI RPT-S

Articolo apparso originariamente nell'*Eastern Journal of Psychiatry*, Vol. 12, Nr. 1&2, 2009. Revisionato nel 2020 e pubblicato nella *Rivista di Play Therapy* dell'Associazione Play Therapy Italia APTI, N° 1, 2020.

Nella mia prima esposizione all'ambito del disastro psicologico ho studiato due tipi di trauma psichico. Il primo con la "T" maiuscola in cui vi è "un forte evento travolgente che rende temporaneamente un individuo impotente e incapace di usare l'ordinario meccanismo di coping e di difesa dell'ego di fronte a un pericolo intollerabile, ansia o iperattivazione istintiva" [1]. Il secondo con la "t" minuscola che consiste in diversi piccoli eventi stressanti che potrebbero produrre, per effetto cumulativo, una destabilizzazione dell'equilibrio psichico dell'individuo e della sua barriera agli stimoli.

L'esperienza mi ha insegnato che queste definizioni potrebbero essere, tuttavia, una semplificazione eccessiva della realtà. Il lavoro sul terreno mi ha

portato a ponderare due questioni su tutte: "Cosa succede quando grandi esperienze traumatiche e forti esperienze travolgenti si ripetono con continuità? E cosa può fare un professionista della salute mentale per essere di supporto in tali circostanze?". Nel considerare queste domande e le questioni ad esse relative, mi concentrerò sulla mia esperienza di lavoro sul trauma in Palestina.

Le pagine seguenti esplorano in particolare le reazioni dei bambini in base ai loro problemi ambientali e psicosociali e alle relative possibilità di intervento psicologico. Per iniziare, affronterò alcune delle caratteristiche dello scenario dei territori occupati che hanno portato alle seguenti considerazioni.

## Una nota personale

*L'idea di questo articolo è stata stimolata dai recenti avvenimenti a Gaza (2009) anche se ho lavorato nei territori occupati della Palestina e nella striscia di Gaza nel 2005/2006. Ciò che sto scrivendo non ha connotazioni politiche né intende indirizzare diritti o torti. Piuttosto, il suo intento è quello di affrontare il problema di essere di supporto in una situazione potenzialmente traumatica in cui non vi sono chiare prospettive di miglioramento futuro. Nel concentrarmi sul trauma multiplo ricorrente, mi riferisco in particolare alle esperienze personali che ho avuto in Palestina e con i bambini palestinesi. La mancanza di riferimenti a situazioni simili nel mondo non intende sottovalutare altre circostanze di sofferenza.*

## PALESTINA E DISASTRI RICORRENTI

Le catastrofi naturali o di origine umana sono caratterizzate da un danno su vasta scala che travolge la

struttura sociale e ne compromette il funzionamento [2].

Questi eventi critici lasciano le persone con il loro dolore e le loro paure, facendole vivere in condizioni estremamente stressanti. Nella maggior parte dei casi un disastro lascerà la popolazione al sicuro "fisicamente" dalla ricorrenza di potenziali nuove minacce, ma spesso non al sicuro "psicologicamente". Lo scenario palestinese nei territori occupati è piuttosto singolare a causa della combinazione di tre fattori:

- le catastrofi di origine umana comportano specifici elementi aggiuntivi rispetto alle catastrofi naturali che causano stress estremi;
- le circostanze critiche sono travolgenti ed eventi potenzialmente dannosi continuano a verificarsi;
- gli eventi catastrofici durano a lungo e non ci sono chiare prospettive di miglioramento.

## LA CONDIZIONE DEI BAMBINI DOPO UN EVENTO TRAUMATICO

### Eventi di vita critici e sofferenza psicologica

Gli eventi di vita influenzano le condizioni psicologiche dell'individuo; ogni situazione che supera la capacità di adattamento produce ansia che può interferire con il suo normale funzionamento. Gli eventi più critici per il benessere dell'individuo, che si traducono nel danno potenziale più grande, sono "esperienze personali o testimonianza di eventi potenzialmente letali, lesioni gravi o minacce fisiche all'integrità di sé o degli altri". Queste circostanze possono creare una condizione di grave sofferenza psicologica come il Disturbo da Stress Post-Traumatico (di seguito "PTSD" da *Post-Traumatic Stress Disorder*) [3].

In accordo con i criteri del Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (di seguito "DSM-5" da *Diagnostic and Statistical Manual of*



*Mental Disorders*), anche l'essere a conoscenza di fatti violenti accaduti a familiari ed amici può causare un impatto profondo così come l'esposizione continua e ripetuta a dettagli inerenti situazioni traumatiche [4].

Gravi malfunzionamenti affettivi, cognitivi e comportamentali potrebbero essere causati anche quando queste situazioni minacciose sono "semplicemente" percepite come tali. Con specifico riguardo ai bambini, dovremmo aggiungere che "ogni esperienza che supera il loro controllo e la loro capacità di gestione è fonte di ansia e potenzialmente traumatizzante". Anche se ci sono diversi criteri (individuali, sociali e ambientali) che influenzano il senso di vulnerabilità dell'individuo, "nessuno deve essere considerato immune dal verificarsi di sintomi psicologici a seguito di un evento critico" [5].

Ciò vale in particolare per i bambini che sono più vulnerabili allo stress rispetto agli adulti "perché in virtù della loro giovane età hanno avuto meno opportunità di sviluppare una vasta gamma di meccanismi per affrontare gli eventi" [6] e perché "portano l'onere di essere i meno capaci di esprimere sentimenti e paure" [7a].

Inoltre, come è probabilmente facile capire, gli eventi critici durante l'infanzia hanno un maggiore impatto biopsicologico sulla loro condizione e sullo sviluppo della loro personalità rispetto all'età adulta. Più l'evento traumatico è precoce, maggiore è la sua durata e più sarà elevata la possibilità che l'individuo sviluppi dei sintomi in modo più acuto ed intenso [7b].

Il trauma nell'infanzia può interrompere la normale maturazione dello sviluppo" [8] e talvolta lasciare conseguenze permanenti in un modo che, come diceva Perry, "un pezzo del bambino è perso per sempre" [9a].

### **Le condizioni psicologiche del trauma psichico**

Il trauma psichico è un processo scatenato da una situazione immediata che pone l'individuo di fronte ad una minaccia travolgente e acuta e/o da eventi ricorrenti di insulto psichico o deprivazione emotiva. Queste circostanze possono alterare negli individui, in modo temporaneo o permanente, la capacità di gestire le difficoltà, la percezione biologica del pericolo e il modo in cui concepiscono se stessi [7b].

Lo scopo di questa sezione è descrivere un quadro generale di trauma psichico al fine di riflettere sulla possibilità di intervento.

L'impatto del trauma psichico sugli individui di solito comporta una varietà di reazioni e condizioni. Tra i criteri per poter effettuare una diagnosi di PTSD, il DSM-5 include le seguenti categorie valide per adulti e bambini sopra i 6 anni:

- sintomi intrusivi;
- alterazione nell'umore e nelle cognizioni;
- marcata alterazione nell'*arousal*;
- evitamento persistente di stimoli associati all'evento traumatico.

Per molti autori tra cui van der Kolk, sebbene l'attuale definizione di PTSD abbia introdotto diverse modifiche, alcune delle problematiche psicologiche manifestate da persone esposte a situazioni traumatiche non sono ancora escluse.

La pratica clinica pone rilievo a quadri sintomatici più ampi, inclusi quelli raccolti nella sindrome del Disturbo Estremo da Stress (DESNOS da *Disorder of Extreme Stress Non Otherways Specified*) o PTSD complesso: "disregolazione affettiva, comportamenti distruttivi cronici contro se stessi e gli altri, amnesia e dissociazione, somatizzazione, alterazioni nella percezione di se stessi come ad esempio un senso di colpa e responsabilità cronica, persistente sensazione di vergogna, distorte relazioni con gli altri, perdita del sistema di significati".

Inoltre, pur essendo stati esclusi come criteri diagnostici per il PTSD, reazioni profonde come paura, orrore e senso di impotenza rimangono comunque un prezzo molte alto che alcune situazioni critiche impongono agli individui.

**Ogni esperienza che supera il loro controllo (dei bambini) e la loro capacità di gestione è fonte di ansia e potenzialmente traumatizzante (...) nessuno deve essere considerato immune dal verificarsi di sintomi psicologici a seguito di un evento critico.**

### **Il trauma nel bambino**

Il DSM-5 considera i sintomi intrusivi, l'evitamento e l'alterazione del livello di attivazione e reattività, criteri diagnostici rilevanti per il PTSD anche per i bambini al di sotto dei 6 anni. Tuttavia, per ogni criterio vengono stabilite delle modalità di espressione diversa rispetto ai

Esistono vari possibili interventi per il supporto e trattamento delle persone colpite da eventi critici. (...) Ciò che ognuno ha in comune è il punto di partenza volto a stabilizzare la situazione aiutando gli individui, o i gruppi, a sentirsi al sicuro.

bambini più grandi e agli adulti.

Per Perry [9b] le reazioni del bambino traumatizzato sono riconducibili a due principali schemi neurali: il *continuum* di iperattivazione e quello dissociativo. Nella prima modalità c'è un grande aumento dell'attività del sistema nervoso simpatico che prepara il corpo a difendersi. L'individuo di fronte alle minacce si prepara a fuggire o fronteggiare il pericolo. Questa modalità di reazione si estrinseca con comportamenti quali irritabilità, comportamento aggressivo, ipervigilanza, risposte esagerate agli spaventi, problemi di concentrazione e disturbi del sonno.

Quando invece la situazione è considerata troppo pericolosa per essere affrontata, l'individuo si distacca dal mondo esterno innescando un diverso schema di reazione che Perry definisce *continuum* dissociativo. In queste circostanze, l'unica soluzione percepita per sopravvivere è la fuga dalla realtà che si esprime in modalità diverse come ad esempio "sognare ad occhi aperti, fantasticare, depersonalizzazione e derealizzazione".

Perry *et. al* (1995) hanno osservato nella loro esperienza clinica che "i comportamenti esibiti da neonati e bambini come ottundimento emotivo, evitamento, *compliance* e

restrizione nell'espressione affettiva sono coerenti con lo schema di *continuum* dissociativo" [9b].

In risposta ad eventi traumatici, le reazioni dei bambini possono includere l'accentuazione dei comportamenti di dipendenza, timore di separazione, pianto improvviso e un profondo senso di vergogna. È probabile che i bambini in età prescolare riportino incubi di mostri, abbiano la tendenza a rivivere il trauma nel loro gioco senza rendersi conto che lo stanno facendo, mostrino comportamenti regressivi (encopresi, enuresi) e lamentele somatiche (mal di testa, mal di stomaco, ecc.).

I sintomi nei bambini in età scolare includono un ridotto interesse per le attività abituali, l'espressione di scoraggiamento nel futuro, così come la formazione di presagi (credenza nella capacità di prevedere le calamità future), aggressività verbale o fisica, gioco post-traumatico elaborato con possibile coinvolgimento di amici nella rievocazione e senso di colpa per le azioni intraprese.

### **Intervento psicologico**

"L'impatto negativo del trauma può essere esteso e di lunga durata se lasciato inosservato e non trattato". La presenza di una o più reazioni tra quelle sopra menzionate (a parte il gioco post-traumatico) non significa che si stia verificando una grave reazione post-traumatica, anche se la loro persistenza suggerisce che dovrebbe essere presa in considerazione la possibilità di un intervento psicologico [6].

Esistono vari possibili interventi per il supporto e il trattamento delle

persone colpite da eventi critici. Le differenze sono legate alla durata dell'intervento, all'approccio clinico e agli obiettivi specifici dell'intervento stesso. Ciò che ognuna di queste pratiche ha in comune è il punto di partenza volto a "stabilizzare la situazione aiutando gli individui, o i gruppi, a sentirsi al sicuro" [10, 11]. I fattori chiave nel determinare il trauma psichico e il malfunzionamento sono eventi schiacciati, minacciosi e dannosi insieme alla percezione della mancanza di controllo, quindi il processo di supporto dovrebbe "iniziare con la creazione di un ambiente che abbia prevedibilità e sicurezza" [12].

Jung ha usato il termine *temanos* per descrivere lo spazio sicuro e accogliente della terapia [13], poiché lo scopo della terapia è "fornire a un bambino in difficoltà un posto sicuro da danni fisici e psicologici, dove può abbassare sufficientemente la guardia per esplorare i suoi pensieri, sentimenti e la sua vita" [14].

La questione della sicurezza è una base essenziale in tutti i contesti terapeutici ed è facile immaginare quanto sia preziosa nel contesto di eventi critici ricorrenti. Una volta che l'individuo si sente al sicuro è pronto per iniziare il corso per ritrovare l'equilibrio psichico ed elaborare il suo trauma, integrando ricordi traumatici, recuperando lentamente la propria autoregolazione [7a], ristabilendo connessioni sociali, recuperando abilità di  *coping* precedentemente praticate o imparandone di nuove.

I programmi che forniscono supporto psicologico in situazioni di

disastro stanno sempre più fondando il loro intervento sulla creazione di luoghi sicuri. Che gli interventi siano limitati nel tempo o intensivi a lungo termine, il principio alla base è quello di offrire un luogo in cui le persone siano al sicuro da potenziali danni o minacce, in cui sia possibile ristabilire le connessioni sociali, determinare un senso di prevedibilità, individuare e modificare le distorsioni cognitive. Negli interventi a lungo termine, quando si riacquista la sensazione di sicurezza, è possibile identificare e quindi affrontare diversi problemi psicologici e sociali.

### *Intervento psicologico in Palestina*

La disperazione e l'impotenza accompagnano molto spesso circostanze traumatiche anche quando viene ristabilita una condizione di sicurezza fisica e sociale. Ma cosa succede alle persone quando questi aspetti continuano ad essere insicuri?



Quando con i colleghi della Mezza Luna Palestinese eravamo impegnati nello stabilire i centri psicosociali di Betlemme, Hebron e Khan Yunis nella Striscia di Gaza, mi sono reso conto che la pietra angolare del nostro programma non poteva essere messa in atto. All'interno dei nostri centri non ci era possibile fornire alcuna sicurezza fisica e

nemmeno garantire il riparo da possibili eventi nocivi. Le fondamenta stesse dei nostri centri non potevano essere gettate. Che intervento potevamo svolgere allora? Con quali possibilità di essere utili e di supporto?

### **UN POSTO PSICOLOGICAMENTE SICURO**

Ciò che si poteva fare e ancora oggi viene fatto, è creare un contesto in cui si possa favorire un certo livello di sicurezza psicologica al fine di dare una possibilità a quello che Williams-Gray (1999) ha chiamato "rifornimento emotivo" [15]. L'idea di un luogo "psicologicamente sicuro" è quella di creare un posto in cui, indipendentemente dalle contingenze esterne, sia possibile prendere le distanze dalla realtà, stabilire connessioni con altre persone nelle stesse condizioni, favorire il rispetto reciproco, migliorare un certo livello di prevedibilità e dove si possa assicurare la completa espressione di sé.

### *Come creare un luogo psicologicamente sicuro: il potere delle relazioni e del gioco*

L'idea di un luogo psicologicamente sicuro si basa sul presupposto che un certo livello di sicurezza psicologica può essere conquistato. Si può lavorare nel migliorare la condizione di sicurezza psicologica ponendo attenzione ad alcuni aspetti ambientali (spazio e materiale), alle tecniche utilizzate e soprattutto puntando su fattori specifici. Il "fattore" qui è inteso come un elemento, un potere o una dinamica con intrinseco effetto terapeutico positivo [16].

Tra tutte le possibili caratteristiche, la

questione fondamentale nella creazione di un contesto di sicurezza psicologica è l'attenta considerazione e l'applicazione professionale di due fattori speciali: il potere della relazione e del gioco. I paragrafi seguenti sottolineano il motivo per cui questi due elementi sono così importanti, come possono promuovere la sicurezza psicologica e su quali basi essa può essere efficace nel fornire supporto ai bambini che vivono in un contesto "fuori controllo e travolgente".

### *Il potere della relazione*

"Il fattore che esercita singolarmente maggiore influenza nella vita di una persona, è un'altra persona" [17]. Le relazioni sono estremamente potenti. Mi è capitato in alcuni momenti di dubitarne ma ho potuto constatare che anche in contesti travolgenti come le catastrofi indotte dall'uomo, il potere della relazione poteva fornire un supporto e persino, in alcuni casi, fare la differenza. Garmezy ad esempio osservava che "la presenza di almeno una persona premurosa e di supporto nella vita di un giovane esposto alla guerra, la perdita totale della famiglia e altri orrori, potevano esercitare una notevole influenza benefica e consentire di mantenere una salute mentale positiva".

Allen (1939) [18] e successivamente Rogers hanno sottolineato la rilevanza della relazione come un importante fattore terapeutico. Secondo Rogers l'atteggiamento personale del terapeuta è più efficace nella relazione rispetto alla sua formazione professionale, al suo orientamento e alle sue tecniche [19, 20]. Non tutti gli approcci condividono questo punto di vista,

anche se "tutti gli approcci di terapia evolutiva riconoscono il valore centrale della relazione positiva bambino-terapeuta" [17].

La relazione può essere di per sé un mezzo potente e allo stesso tempo un problema molto delicato. Con le persone che vivono in circostanze estremamente stressanti la relazione terapeutica "è la pietra angolare di un trattamento efficace anche se tende ad essere straordinariamente complessa, soprattutto perché gli aspetti interpersonali del trauma, come sfiducia, tradimento, dipendenza, amore e odio tendono a essere riprodotti all'interno della diade terapeutica" [8].

**Nel gioco i bambini possono essere pienamente se stessi, elaborare e padroneggiare eventi critici, divertirsi, riscrivere una realtà più piacevole che si adatta maggiormente ai loro sentimenti, aspirazioni e speranze.**

Considerando il "potenziale" delle relazioni e il pensiero di Allen è importante dare particolare enfasi alle relazioni dal momento che, come lui stesso ha affermato, "è la qualità della relazione che determina il risultato terapeutico" [18].

A questo proposito Rogers ha suggerito alcuni atteggiamenti essenziali che il terapeuta dovrebbe coltivare per stabilire una relazione "psicologicamente sicura", efficace e di supporto: autenticità, genuinità, calore, rispetto, considerazione positiva e incondizionata e

accettazione non possessiva [19]. Quest'ultimo punto è probabilmente il più importante. Come sottolineato da Allen una volta che "il cliente si sente accettato, ha l'opportunità di andare avanti con le sue difficoltà che lo riguardano maggiormente senza doversi impegnare a difendersi dall'essere aiutato e ricostruito". Soprattutto nelle circostanze descritte, questi atteggiamenti non riguardano solo i professionisti della salute mentale ma anche altri professionisti che lavorano con i bambini (ad esempio in un centro psicosociale) possono essere formati correttamente e contribuire a creare un'atmosfera di accettazione e sicurezza psicologica.

L'esperienza maturata in Palestina mi ha chiarito un altro fattore chiave legato alla relazione: il "modellamento". Laddove regnano impotenza, mancanza di speranza nella prospettiva futura e forte senso di vulnerabilità, la relazione dei bambini con persone competenti nella loro professione, sicure di sé, giocose e che dimostrano quotidianamente l'efficacia delle loro capacità di *coping*, offre una grande opportunità per migliorare la percezione di sicurezza del bambino, sviluppare prospettive future migliori e fornire esempi positivi da considerare o modellare.

Parlando di relazione e sostegno, sarebbe importante commentare la relazione del bambino con i genitori, anche se questo argomento non riguarda strettamente la discussione dei centri. Come si può immaginare, i membri della famiglia sono un elemento essenziale per il benessere del bambino dal momento che "i bambini e gli adolescenti con un maggiore sostegno familiare e un

minore disagio dei genitori hanno livelli più bassi di sintomi di PTSD". Anche la relazione precoce con i genitori è rilevante, come affermato da Herman, "il legame precoce con i genitori che instaura fiducia, prevedibilità e sicurezza si traduce spesso in una sana risoluzione dei compiti normativi di sviluppo e delle risposte adattative ai difficili fattori di stress della vita" [12].

Nel complesso "le famiglie hanno un'enorme influenza sulla maniera in cui i loro membri rispondono al trauma". Il modo in cui la loro reazione può "agevolare o danneggiare il processo di recupero del bambino" [6], e al riguardo un posto psicologico sicuro può svolgere un ruolo importante nel fornire anche ai genitori l'opportunità di "rifornimento emotivo" e preziose conoscenze sull'importanza e il potere della relazione e del gioco.

## IL POTERE DEL GIOCO

Il gioco offre ai bambini l'opportunità di cambiare la propria passività di fronte agli eventi in attività e creatività. Nel gioco i bambini possono essere pienamente se stessi, elaborare e padroneggiare eventi critici, divertirsi, riscrivere una realtà più piacevole che si adatta maggiormente ai loro sentimenti, aspirazioni e speranze. "Il gioco è un'attività centrale e distintiva dell'infanzia, che si verifica in ogni momento e in tutti i luoghi". Il gioco è potente perché è il linguaggio del bambino. "Durante il gioco i bambini possono esprimere ciò che vogliono nel modo che desiderano. Il gioco non richiede traduzione; esiste semplicemente come linguaggio" [21].

Per quanto riguarda la sofferenza psicologica dei bambini e le condizioni precedentemente descritte, l'importanza del gioco è estremamente rilevante perché è "intrinsecamente completa, non dipende dalla ricompensa esterna che permette di assimilare il mondo in modo che questo possa combaciare con le idee dell'individuo, come nel caso di un bambino che finge che un blocco di legno sia un aeroplano" [21].

Charles Schaefer [16, 22] ha identificato diversi fattori terapeutici del gioco, intesi come "elementi del gioco che esercitano un effetto benefico sul cliente", nel senso di una diminuzione dei sintomi o di un aumento del comportamento desiderato. Anche se "la resilienza del bambino e la sua innata abilità di esprimere attraverso il gioco ciò di cui ha bisogno per consentire l'autoguarigione", esistono condizioni che possono impedire questo processo. Questo accade ad esempio quando "il bambino non ha solide basi emotive, è privato del sostegno familiare" [23] e nei casi in cui la frequenza e l'intensità degli eventi critici continuano a infondere

un senso di insicurezza e vulnerabilità. In questi casi i professionisti possono intervenire per facilitare e supportare il corso di autoguarigione naturale dei bambini con un intervento di Play Therapy. La Play Therapy è "l'uso sistematico di un modello teorico per stabilire un processo interpersonale in cui i Play Therapists formati usano i poteri terapeutici del gioco per aiutare i clienti a prevenire o risolvere difficoltà psicosociali e raggiungere una crescita e uno sviluppo ottimali" [24]. I seguenti paragrafi evidenziano l'importanza di alcuni di questi fattori in relazione al trauma ripetitivo e ad altre circostanze critiche.

### *I fattori della Play Therapy*

L'applicazione della Play Therapy a sostegno dei bambini in relazione a circostanze critiche "si basa sull'idea di sfruttare i meccanismi di guarigione naturali dei bambini". Nella Play Therapy "esiste una varietà di approcci teorici attualmente applicati nella pratica clinica" [25] ma nessuno di questi è adatto a tutte le situazioni. Al contrario, possiamo individuare diversi fattori rilevanti che possono incidere in modo efficace sulle situazioni di trauma finora descritte. Tra questi annoveriamo:

#### **- Fantasia**

Tra tutti i poteri terapeutici del gioco, la fantasia e l'immaginazione sono probabilmente i più grandi alleati per i bambini in uno scenario che non lascia troppo spazio alla speranza e a una nuova prospettiva positiva. Christensen, l'inventore dei Lego [16], ha affermato che "il mondo di un bambino è infinito quanto la sua immaginazione". Il gioco incoraggia l'uso della fantasia e dell'immaginazione e in un luogo in cui "rimuovere o agire sull'ambiente

stressante è fortemente limitato" [26], uno dei ruoli più importanti per i professionisti sarebbe quello di stabilire le condizioni adatte per i bambini per incoraggiare l'espressione della loro fantasia e immaginazione. Nel mondo della fantasia e della finzione, il mondo esterno povero e senza speranza cessa di esistere per un momento e non ha più importanza. I bambini "hanno la possibilità di compensare le loro debolezze della vita reale e le loro perdite e soddisfare i loro bisogni" [16].

#### **- Potere e controllo**

Strettamente connesso al punto precedente è la questione del potere e del controllo che, come è stato precedentemente discusso, è un elemento centrale nei traumi psichici. Il gioco definisce un contesto che i bambini possono controllare. "È questa sensazione di controllo piuttosto che il controllo effettivo, ad essere essenziale per lo sviluppo emotivo e positivo per la salute mentale". Il gioco permette al bambino di stabilire una distanza terapeutica dalle circostanze traumatiche e di ripristinare un affetto emotivo positivo [25] e consente al bambino di rendere la realtà conforme ai propri desideri e bisogni [22].

#### **- Catarsi e rilascio emotivo**

La catarsi è definita da Nichols & Efran [22] come un'attività che comporta il completamento di una parte o della totalità di una sequenza di autoespressione in precedenza trattenuta o interrotta, come piangere o colpire. Questo fattore insieme ad altri della Play Therapy, può influenzare fortemente la riduzione dell'ansia e le reazioni legate all'ipervigilanza. Nel contesto



del gioco i modi in cui un bambino può trovare spazio per un rilascio emotivo sono infiniti come la sua fantasia. Pensiamo, ad esempio, agli incidenti tra automobili, il gioco delle spade o del dottore, giocare a soccorritori e soccorsi, colpire il *bobo-doll*, la lotta tra bambole, ecc. Quando si crea un'atmosfera di sicurezza e di fiducia, praticamente tutto nelle mani dei bambini ha il potenziale per consentire loro l'eccitazione e lo scarico di forti emozioni.

#### - **Rivalutazione cognitiva**

Le sessioni di gioco in un ambiente piacevole e naturale offrono al bambino la possibilità unica di esplorare e identificare pensieri e convinzioni disfunzionali e offrono la possibilità di correggerli e riformularli.

#### - **Integrazione dell'abreazione degli eventi traumatici**

Il problema principale negli individui che sviluppano PTSD è che le esperienze traumatiche sono impresse come sensazioni o stati di sentimento e non sono classificate e integrate con altre esperienze [27]. Il trattamento dell'individuo traumatizzato dovrebbe concentrarsi sull'elaborazione di quelle esperienze non inserite nella propria narrazione personale [28]. Questo processo di elaborazione è naturalmente svolto nei bambini attraverso il gioco: i bambini affrontano lo stress e i traumi giocando situazioni simili e gradualmente acquisendo padronanza su di essi. Nel gioco il bambino ha il controllo degli eventi e avverte meno ansia perché si tratta solo di finzione [21]. Il ruolo del terapeuta, in molti casi, sarebbe

quello di stabilire le condizioni adeguate per far sì che questo processo avvenga da solo. Il suo compito è quello di organizzare uno spazio e un tempo adeguati, creare "un'atmosfera accettante" e una relazione di fiducia per offrire la possibilità che si verifichi il gioco di rievocazione.

Quando questo processo non si svolge in modo naturale, poiché "il bambino non è in grado di risolvere o affrontare i problemi di abuso o trauma, trovando difficile ricordare tutti i dettagli dell'esperienza o perché la stessa è troppo travolgente da ricordare" [25], il terapeuta può guidare il bambino attraverso il gioco strutturato; può per esempio proporre delle miniature che rappresentano la scena del trauma e incoraggiare il bambino a rivivere l'evento in un modo diverso e con un risultato più positivo rispetto all'evento originale. Considerando la sensibilità del problema, affinché la rievocazione sia benefica, il terapeuta dovrebbe considerare diversi processi terapeutici specifici, anche se in realtà possono essere applicate diverse metodologie [25, 29].

## CONCLUSIONE

Le condizioni di trauma ricorrente come quelle precedentemente descritte hanno un livello più elevato di criticità al punto che anche i professionisti potrebbero sentirsi impotenti. In una situazione come quella esposta è possibile effettuare un programma di sostegno psicologico efficace e di conseguenza utile? Le argomentazioni presentate dal punto di vista di chi scrive lasciano propendere per una risposta positiva. van der Kolk (2002) [10] sostiene che dopo un evento traumatico la risposta

data dal soccorritore o dall'organizzazione umanitaria, può favorire la sensazione di non essere soli di fronte alla tragedia, di avere qualcuno che si prenda cura di noi, che è interessato e che il mondo non è poi così male. In questi casi, quando questa risposta viene eseguita "sinceramente" (secondo il significato di Rogers), è probabile che si possa instillare qualche speranza. Quando un programma o un protocollo dedicato ai bambini prende in considerazione la rilevanza del gioco e della relazione, l'efficacia è ulteriormente massimizzata.

La relazione e il gioco hanno fattori terapeutici intrinseci. Le relazioni autentiche offrono ai bambini la possibilità di sentirsi liberi nel loro gioco e le attività ludiche rafforzano la relazione stessa stabilendo la base per un'alleanza positiva. Un uso attento e professionale delle relazioni e del gioco potrebbe creare un'atmosfera in cui un bambino può avere "potere sul mondo anche quando non ha molto controllo nella vita reale" [16]. Un senso di sicurezza psicologica può essere lentamente alimentato e questo rappresenta la base essenziale per qualsiasi aiuto applicato a circostanze critiche e un obiettivo che, di per sé, è abbastanza buono per pianificare qualsiasi intervento.

## Referenze

1. Eth, S. & Pynoos, R. S. (1995). Developmental perspective on psychic trauma in childhood. In *Trauma and its wake. The study of treatment of PTSD*. Ed. C.R. Figley, pp. 36-52, New York: Brunner/ Mazel.
2. Fritz C.E. (1961). Disaster. In *Contemporary Social Problems*. Eds L. Merton and R.A. Nisbet pp. 651-694. New York Hartcourt, Brace and World.

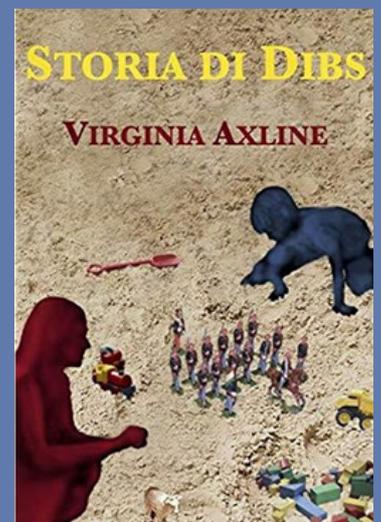
3. American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision. Washington D.C.
4. American Psychiatric Association (2013) Diagnostic and Statistical Manual of Medical Disorders (5th ed) (DSM-5), Arlington: American Psychiatric Association.
5. Webb, N. B. (1999). Assessment of the Child in Crisis. In *Play Therapy with Children in Crisis* (2nd). Ed. N. Boyd Webb, pp. 448-470. New York: The Guilford Press.
6. Van Fleet R. & Caparosa Sniscak C. (2003). Filial Therapy for Children Exposed to Traumatic Events. In *Casebook of Filial Therapy*. Eds. R. Van Fleet & L. Guernsey, pp. 113-138. Play Therapy Press, Boiling Springs.
- 7a. Ell K. & Aisenberg E. (1998). Stress related disorders. In *Advances in mental health research: Implication for practice*. Eds. J.B.W. Williams & Ell K., pp.217-256. National Association of Social Workers.
- 7b. van der Kolk, B.A. (2000). PTSD and the nature of trauma. *Dialogues in clinical neuroscience*, Vol. 2, n. 1-2000, p. 7-10.
8. van der Kolk, McFarlane & Wisaeth (1996). Preface to *Traumatic stress, Traumatic Stress: the effects of overwhelming experience on mind, body, and society* section 5. Ed. B. van der Kolk, A. McFarlane, and L. Weisaeth. NY: Guilford Press.
- 9a. Drewes, A.A. (2007). Clinical Lessons Learned from Trauma Survivors in Play Therapy. In *Play Therapy*, 2, 4, pp. 8-10.
- 9b. Perry, B.D., R.A. Pollard, T.L. Blakely, W.L. Baker, D. Vigilante (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation, and use-dependent, p. 281.
10. van der Kolk, B. A. (2002). In terror's grip: Healing the ravages of trauma. *Cerebrum*, 4, pp.34-50. NY: The Dana Foundation.
11. Macy et al. (2004). Harvard review of Psychiatry, July/August.
12. Herman J. (1992). *Trauma and recovery*. New York Basic Books.
13. Craig Perry, J. (2003). Jungian analytical play therapy. In *Foundations of Play Therapy*. Ed. C.E. Schaefer, pp. 14-55. Wiley & Sons, Hoboken New Jersey.
14. Bromfield, R.N. (2003). Psychoanalytic play therapy. In *Foundations of Play Therapy*. Ed. C.E. Schaefer, pp. 1-13. Wiley & Sons, Hoboken New Jersey.
15. Williams-Gray, B. (1999). International Consultation and Intervention on Behalf of Children Affected by War.
16. Schaefer C.E. (1993). What is Play and What Is It Therapeutic? In *The therapeutic power of play*. Ed. C. E. Schaefer, pp. 1-15, Northwale, N.J.: Jason Aronson.
17. Guernsey, L.F. (1993). In *The therapeutic power of play*. Ed. C. E. Schaefer, pp. 267-290, Northwale, N.J.: Jason Aronson.
18. Allen, F. (1939). Therapeutic work with children. In *Journal of Orthopsychiatry*, 4, pp. 193-202.
19. Rogers C. (1962). *Pennsylvania Psychiatric Quarterly* summer issue.
20. Rogers C. (1961). On becoming a person. A therapist view of Psychotherapy. Houghton Mifflin Company Boston.
21. Landreth, G. L. (1993). Self-Expressive Communication. In *The therapeutic power of play*. Ed. C. E. Schaefer, pp. 41- 63, Northwale, N.J.: Jason Aronson.
22. Schaefer C. E. (1999). Curative Factors in Play Therapy. *The Journal for the Professional Counselor*, Vol. 14, n. 1.
23. Drewes, A. A. (2003). The Possibilities and Challenges in Using Play Therapy in Schools. In *School Based Play Therapy*. Eds. A. A. Drewes, L.J. Carey and C. E. Schaefer, pp. 41-61, John Wiley & Sons.
24. Association for Play Therapy. *Play Therapy general overview*. <http://www.a4pt.org/>.
25. Drewes, A.A. (2007). Clinical Lessons Learned from Trauma Survivors. In *Play Therapy*, 2, 4, pp. 8-10.
26. Williams-Gray, B. (1999). International Consultation and Intervention on Behalf of Children Affected by War.
27. van der Kolk, B. A. and Ducey C. P. (1989). The psychological processing of traumatic experience: Rorschach patterns in PTSD. *Journal of Traumatic Stress*, 2, pp. 259-274.
28. van der Kolk, B. A., van der Hart O. and Burbridge J (1995). Approaches to the Treatment of PTSD. In *Extreme stress and communities: Impact and intervention*. Eds. S. Hobfoll and M. de Vries, NATO Asi Series. Behavioural and Social Sciences, Vol 80. Norwell, MA: Kluwer Academic.
29. Terr, L. C. (1983). Play Therapy and Psychic Trauma: A Preliminary Report. In *Handbook of Play Therapy*. Eds. C. E. Schaefer and K. O'Connor, pp. 308-319. Wiley.

## Storia di Dibs di Virginia M. Axline 1964

*Dibs è un mistero per i suoi genitori e insegnanti. (...) Poi Miss A. fa entrare Dibs, e noi con lui, nella stanza dei giochi, un luogo speciale dove i bambini possono essere semplicemente loro stessi. La stanza non è magica, ma...*

«La storia raccontata da Axline ha il potere di coinvolgere qualsiasi lettore. Non si rivolge unicamente ai professionisti del mondo dei bambini e ai genitori interessati al benessere dei propri figli, bensì appassiona e fa vibrare emozioni profonde in coloro che si sono avventurati nella scoperta e nell'affermazione di se stessi, in chi è impegnato nell'arduo compito di affrontare le sfide e gli ostacoli della vita e in tutte quelle persone che come Miss A sono in grado di riconoscere la forza e le capacità di chi hanno di fronte anche quando nessun altro riesce a farlo» — Claudio Mochi, Psicologo e Registered Play Therapist Supervisor, Presidente dell'Associazione Play Therapy Italia APTI.

Dettagli prodotto:  
Formato Kindle  
Editore: Plunkett Lake Press (22 dicembre 2018)  
Venduto da: Amazon Media EU S.a r.l.  
Lingua: Italiano





**Non siamo mai più vivi,  
completamente noi stessi e più  
profondamente coinvolti di  
quando giochiamo.**

Charles E. Schaefer, PhD, RPT-S

Co-fondatore e Direttore Emerito dell'APT  
Association for Play Therapy degli Stati Uniti

