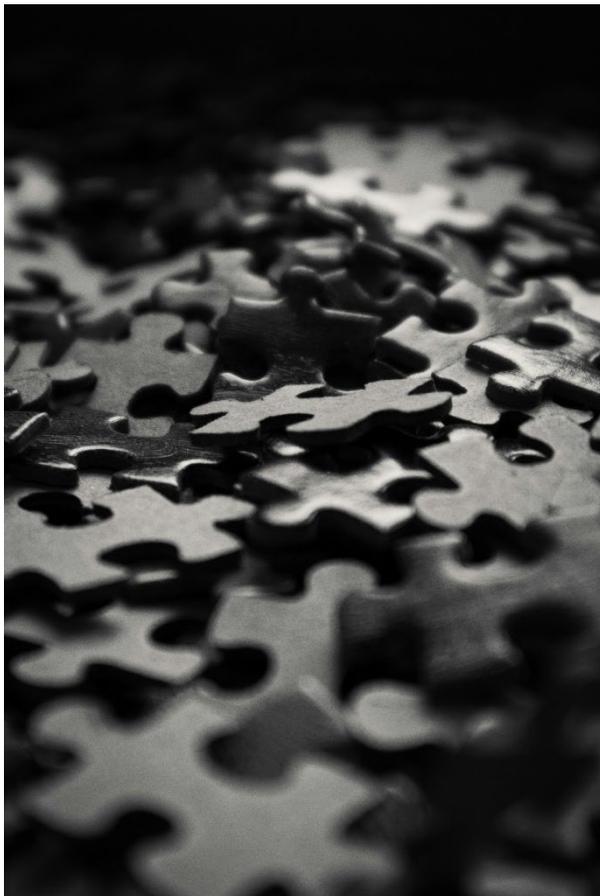


L'affido terapeutico per i rifugiati minori non accompagnati (FORM): un modello concettuale per valorizzare gli operatori dell'affido



*Assistenza terapeutica per le famiglie affidatarie con minori non accompagnati*



## Quadro concettuale

per il progetto UE  
*Affido terapeutico per minori non accompagnati e le loro famiglie affidatarie (FORM)*

**Novembre 2024**

Publicato da: Odisee

Autori: Corinna Poholski, Patrick Meurs

Partner del progetto: Odisee University of Applied Sciences, Bruxelles; Pleegzorg Oost-Vlaanderen, Università di Kassel, Salesiani Per Il Sociale, Roma, Hope For Children Policy Center e ENSA European Network for Social Authorities.

L'affido terapeutico per i rifugiati minori non accompagnati (FORM): un modello concettuale per valorizzare gli operatori dell'affido

U N I K A S S E L  
V E R S I T Ä T



Odisee  
DE CO-HOGESCHOOL



## Indice dei contenuti

<b>1. Introduzione: la specificità dell'affido terapeutico nel contesto del progetto FORM .....</b>	<b>7</b>
1.1. L'emergere dell'affido terapeutico .....	11
1.2. L'evoluzione dell'affido terapeutico: dal trauma relazionale complesso iniziale al trauma legato all'esilio. ....	12
1.3. Comprendere e sostenere le famiglie affidatarie che affrontano ferite complesse e legate all'esilio: l'obiettivo del progetto FORM .....	15
<b>2. Una prospettiva psicodinamica e basata sul contesto.....</b>	<b>18</b>
2.1. Trauma relazionale complesso .....	18
2.2. Prospettive psicoanalitiche attuali: intervento basato sulla mentalizzazione (MBT), fiducia epistemica e terapie interattive dinamiche (DIT). ....	19
2.3. La necessità di una rete di contenimento intorno alle famiglie affidatarie.....	20
2.4. La necessità di formazione per gli operatori dell'affido .....	24
2.5. Definizione del gruppo target del Progetto FORM .....	25
2.6. Un modello concettuale di affido terapeutico .....	26
2.7. Una prospettiva basata sulla ricerca sui problemi dell'affido di rifugiati minori non accompagnati .....	28
2.8. Verso un'assistenza all'affido specifica per il trauma dell'esilio e la formazione degli operatori dell'affido .....	30
2.9. Argomenti specifici per il trauma, per l'esilio, per la fase di sviluppo e per la famiglia di parentela all'interno di un programma di formazione per operatori dell'affido.....	32
<b>3. Dai principi generali dell'affido rafforzato alle specifiche del modello di affido terapeutico FORM.....</b>	<b>35</b>
3.1. Aiutare il bambino e la famiglia affidataria nell'ambito di un modello di intervento trifasico. ....	37

3.2.	L'impatto del senso di colpa del sopravvissuto, della solitudine e della disumanizzazione sui rifugiati minori non accompagnati .....	39
3.3.	Raggiungere i domini di sviluppo fondamentali che sono diventati problematici in seguito al trauma dell'esilio, alla disumanizzazione e alla profonda solitudine. profonda solitudine .....	42
3.4.	Uno zaino pieno di esperienze travolgenti.....	43
3.4.1.	Sfide specifiche della parentela .....	47
3.5.	La necessità di una rete sensibile ai traumi intorno ai genitori affidatari o alla famiglia affidataria di parentela .....	48
3.6.	Quando le esperienze legate all'esilio sono troppo intense e si ripetono troppo spesso per essere trattenute e integrate in un flusso narrativo. ....	49
3.7.	Il trauma porta alla disregolazione.....	52
3.7.1.	L'ora delle 'streghe' .....	55
3.7.2.	Rabbia (collera) e rimozione emotiva (ritiro): camuffare la paura e le ferite traumatiche.....	56
3.8.	Trauma complesso e sviluppo dell'identità: in un labirinto di esperienze troppo difficili, si può anche perdere se stessi.....	57
3.8.1.	Quando una persona perde se stessa, perde la sua bussola interiore.....	58
3.8.2.	Conflitti di collisione o di ricerca con il mondo per (ri)scoprire la sua bussola interiore. ....	59
3.8.3.	Sviluppare un'identità nel trauma e nell'esilio: capitoli diversi in versioni diverse.....	59
3.8.4.	Lacune, salti e incongruenze nella storia di una vita .....	60
3.8.5.	Il senso di perdita o separazione da un genitore a causa di un volo. ....	61
3.8.6.	Abbracciare le inevitabili cicatrici del volo sulla propria anima come parte di se stessi .....	62
<b>4.</b>	<b>Considerazioni cruciali per un'assistenza adottiva legata all'esilio e specifica per il trauma.....</b>	<b>63</b>
4.1.	Forse non ricordano consapevolmente, ma il loro corpo sì! -.....	63

4.2.	Non chiedersi "quanto è disturbato questo bambino in affido?", ma piuttosto "cosa ha vissuto questo adolescente in affido?" .....	63
4.3.	Primo soccorso in caso di disregolazione: 'Prima regolare, poi relazionarsi e solo dopo ragionare'. .....	64
4.4.	L'atteggiamento di compassione nei confronti di coloro che assistono (i genitori affidatari). .....	64
4.5.	Il significato delle storie raccontate dal bambino in affido sulla mancanza di cure da parte dei genitori affidatari .....	65
4.6.	"Il sasso nello stagno": il trauma non colpisce solo il bambino affidato vulnerabile, ma anche le persone che lo circondano (i genitori affidatari). .....	65
4.7.	"Ci vuole un villaggio per crescere un bambino...": .....	65
4.8.	Attenzione alle soluzioni rapide .....	66
4.9.	Cicatrici: maledizione e benedizione .....	66
4.10.	Coltivare ogni barlume di speranza .....	67
<b>5.</b>	<b>Da un modello concettuale alla stesura di una guida pratica per chi lavora nel sistema dell'affido .....</b>	<b>68</b>
5.1.	Formazione per operatori e reti di assistenza all'infanzia .....	68
	Parte 1: Specificità del trauma complesso e della sua psicodinamica all'interno delle famiglie adottive .....	71
	Parte 2: Auto regolazione di sé e degli affetti .....	73
	Parte 3: (Nuove) relazioni di attaccamento .....	75
	Parte 4: Mentalizzazione e autoriflessione .....	76
	Parte 5: Ricerca di simboli e di una narrazione .....	77
	Parte 6: Contatto con le espressioni nascoste delle perdite relazionali e della disregolazione .....	77
	Parte 7: Circuiti biopsicosociali .....	78

Parte 8: Identità e autonomia .....	79
Parte 9: Psicologia dello sviluppo.....	80
Parte 10: Come lavorare con la propria rete di organizzazioni per l'affido?.....	83
<b>6. Aspetti culturalmente sensibili dell'affido terapeutico per adolescenti rifugiati minori non accompagnati e i loro genitori .....</b>	<b>85</b>
6.1. La sensibilità culturale come anello mancante nei modelli di affido terapeutico.	85
6.1.1. Aspetti dell'affido terapeutico culturalmente sensibile.....	85
6.2. Modelli culturali di normalità e patologia nel contesto della salute mentale e dello sviluppo infantile .....	86
6.2.1. Lavorare in modo culturalmente sensibile significa anche essere attenti all'intersezionalità. ....	87
6.2.2. Attaccamento alle origini, in interazione con un orientamento all'integrazione.....	90
6.2.3. Sostenere lo sviluppo adolescenziale e la genitorialità nell'affido: alcuni aspetti delle influenze culturali multiple.....	90
6.2.4. Attenzione agli aspetti delle dinamiche di potere tra maggioranza-minoranza nella relazione con una famiglia affidataria:.....	91
<b>7. Una prospettiva per concludere questo modello concettuale di affido terapeutico: costruire un ponte dal modello concettuale alla guida pratica.....</b>	<b>93</b>
<b>8. Riferimenti / Bibliografia .....</b>	<b>94</b>

## 1. Introduzione: la specificità dell'affido terapeutico nel contesto del progetto FORM

L'obiettivo del progetto FORM (Fostering Refugee Minors) è quello di sostenere gli operatori dell'affido nel fornire un'assistenza specializzata - 'potenziata', 'di trattamento' o 'terapeutica' - alle famiglie con minori rifugiati non accompagnati. Il progetto FORM è stato finanziato dal programma Erasmus+ e ha riunito sei partner provenienti da Belgio (Odisee University of Applied Sciences, Bruxelles; Foster care East Flanders, Gand), Germania (Università di Kassel), Italia (Salesiani Per Il Sociale, Roma); Cipro (Hope For Children Policy Center, Nicosia) ed ENSA European Network for Social Authorities, Veneto.

Come effetto della vulnerabilità e delle lesioni legate al volo, delle esperienze di perdita (cumulativa) o dei traumi provocati dall'uomo, e come risultato della complessa lealtà verso i genitori biologici da cui sono stati separati o che hanno lasciato nel Paese d'origine, non è naturale né facile per i minori rifugiati non accompagnati sviluppare nuove relazioni di attaccamento e di legame all'interno della famiglia affidataria. In alcune famiglie, questa difficile sfida, che molti giovani e i loro genitori affidatari devono affrontare e che molti riescono anche a risolvere bene, sta diventando sempre più un problema, quando un minore rifugiato ha difficoltà a ristabilire e/o mantenere le relazioni di attaccamento nella famiglia affidataria (Suarez-Orozco, Yoshikawa, Teranishi & Suarez-Orozco, 2011; Bamford, 2015; Hettich & Meurs, 2021). In questo caso, la tensione aumenta e l'affido viene messo sotto pressione o in pericolo.

Nel quadro concettuale presentiamo gli elementi costitutivi di un approccio specifico alla fase di sviluppo e sensibile al trauma, che tiene conto anche delle dinamiche del cambiamento culturale e dell'esilio (un approccio sensibile alla cultura e specifico all'esilio), nonché delle specificità dell'affido e delle famiglie affidatarie e dei contesti di affido nei diversi Paesi europei (alcuni minori non accompagnati sono in famiglie affidatarie, altri in case affidatarie comunali; alcuni sono in famiglie di parentela).

A tal fine, descriveremo successivamente in dettaglio gli elementi costitutivi di questo modello concettuale, compreso cosa si intende esattamente per affido terapeutico e come lo sviluppo dei minori rifugiati non accompagnati possa essere sotto pressione a causa di esperienze cumulative di perdita, esperienze traumatiche e altre vulnerabilità legate alla fuga, alla differenza culturale e al razzismo. Gli elementi costitutivi del modello concettuale consentono

di comprendere le difficoltà affrontate da alcuni minori rifugiati non accompagnati in affido e i dilemmi affrontati dai genitori affidatari in questi casi. Lo facciamo per poi descrivere come gli operatori dell'affido possono affrontare le domande dei genitori e - in alcuni casi - le difficoltà genitoriali dei genitori affidatari, tenendo conto delle vulnerabilità specifiche dei minori rifugiati non accompagnati. Descriveremo anche come gli operatori dell'affido possono essere supportati nell'affrontare i problemi di attaccamento e le difficoltà comportamentali ed emotive dei bambini in affido con una storia di esilio. Uno spazio riflessivo in cui gli operatori dell'affido possano incontrarsi e discutere il loro lavoro può aiutarli a impostare e mantenere una posizione mentalizzante mentre lavorano con i genitori di queste famiglie affidatarie. Questo è particolarmente vero quando si affrontano gli aspetti meno familiari delle dinamiche o delle ferite legate all'esilio, ma certamente anche quando si ha a che fare con famiglie affidatarie in cui il bambino affidato soffre dei traumi di una perdita non elaborata, delle separazioni cumulative e della disumanizzazione vissuta lungo il percorso. Come si noterà, gli operatori e i servizi di assistenza all'infanzia sono centrali nel nostro modello FORM di assistenza all'infanzia terapeutica, ed è proprio per questo motivo che è importante non lasciare gli operatori dell'assistenza all'infanzia da soli con queste dinamiche complesse; l'istruzione (strumento concettuale), la formazione (guida pratica) e la supervisione mirano a sostenerli nel miglior modo possibile.

Oltre a un modello concettuale con elementi costitutivi per la comprensione delle situazioni in queste famiglie, è stata sviluppata anche una guida pratica che chiarisce il ruolo dell'intervisione e della supervisione per gli operatori dell'affido, richiama l'attenzione su alcuni temi che possono essere affrontati in queste famiglie affidatarie e indica i modi in cui si possono apprendere alcune competenze per la mediazione o l'intervento (basato sulla mentalizzazione) in queste famiglie. La mentalizzazione ha le sue origini nel modello concettuale psicodinamico, è basata sull'evidenza (ci sono molti studi sugli effetti degli interventi incentrati sulla mentalizzazione, soprattutto nei casi di trauma e di interruzione della storia di vita) e, di conseguenza, negli ultimi anni ha trovato spazio nei modelli di prevenzione e di trattamento integrativo, oltre che nel pensiero contestuale e negli interventi incentrati sull'attaccamento o riparativi dell'attaccamento (Fonagy, Gergely, Jurist & Target, 2002). Sono necessari sia un modello concettuale (una prospettiva teorica) che una guida pratica (un'applicazione pratica) per fornire agli operatori dell'assistenza all'infanzia un quadro di riferimento e gli strumenti per lavorare in queste famiglie affidatarie, dove i contesti complessi dei giovani rifugiati possono creare difficoltà.

Nel quadro concettuale descriveremo principalmente gli elementi costitutivi, che saranno anche illustrati con piccoli esempi. La guida pratica che concretizza questo modello concettuale si concentrerà molto di più sulle applicazioni pratiche o sulla traduzione del modello concettuale. Gli strumenti per gli operatori dell'assistenza all'infanzia per lavorare con le famiglie affidatarie con minori non accompagnati sono descritti principalmente nel modello concettuale; la concretizzazione di questi strumenti sotto forma di suggerimenti e trucchi o sotto forma di linee guida e di interventi e approcci esemplari di queste famiglie affidatarie si troverà nella guida pratica.

In altre parole, l'approccio teorico del quadro concettuale fornisce la base concettuale per la guida pratica, in cui il quadro concettuale dell'affido potenziato o terapeutico può essere tradotto o trasformato in linee guida concrete per il lavoro di affido nelle famiglie.

Grazie a questo approccio, il modello FORM di affido terapeutico porta una ventata di aria fresca nella letteratura esistente sull'affido terapeutico. Nei modelli precedenti, l'aspetto dell'affido rafforzato consisteva nell'aggiungere una psicoterapia specifica per il bambino in affido e/o la famiglia affidataria. Nel FORM, l'operatore dell'affido diventa la figura centrale della rete intorno alle famiglie e ai bambini affidati. Questa posizione rafforzata degli operatori dell'affido e dei servizi o delle organizzazioni che si occupano di affido richiede una formazione (sia teorica che di competenze) per questi operatori dell'affido, nonché un sostegno per loro (la supervisione e l'intervisione dovrebbero garantire che gli operatori dell'affido non siano lasciati soli in questa posizione centrale). In FORM, sono i coordinatori della rete di assistenza intorno alle famiglie affidatarie, in cui possono intervenire quando le famiglie affidatarie segnalano di avere domande o in caso di conflitti e di imminente cessazione o rottura dell'affido. Per poterlo fare, gli operatori dell'affido hanno bisogno di una guida pratica o di una formazione: attraverso l'acquisizione di conoscenze e competenze, nonché attraverso la supervisione e le opportunità di riflessione reciproca sul proprio lavoro, sono in grado di accompagnare e intervenire presso le famiglie affidatarie e formeranno una rete di apprendimento di servizi di supporto locali, regionali, nazionali ed europei che condivideranno le esperienze e rafforzeranno le reciproche conoscenze e competenze. Gli operatori dell'affido sono quindi il primo gruppo target diretto di questo progetto FORM; le famiglie affidatarie stesse, che beneficiano della formazione sulle conoscenze e sulle competenze degli operatori dell'affido, sono il secondo gruppo target indiretto di FORM.

L'enfasi sull'attuale consulenza incentrata sulla mentalizzazione consente di continuare a concentrarsi sulle esperienze interiori o sulle immagini psichiche interne e sui sentimenti intorno alle relazioni che sono presenti nei bambini affidati e nei loro genitori affidatari.

Quando si tratta di conflitti nella famiglia affidataria, i bambini e i genitori affidatari sono temporaneamente in conflitto tra loro e non riescono più a comprendersi come persone con un mondo interiore di sentimenti, aspettative, pensieri, motivazioni profonde e anche ansie e desideri talvolta simili, ecc. Nella guida pratica forniremo diversi esempi di cosa significhi la mentalizzazione e la focalizzazione sui mondi interiori e sulle aspettative interiori delle relazioni, nel contesto del trauma da rifugiato e delle differenze culturali, nella specifica fase di sviluppo dell'adolescenza, nelle famiglie affidatarie che (almeno in alcuni Paesi europei) possono avere legami familiari con i genitori biologici del bambino affidato (famiglie affidatarie di parentela). Questo tipo di affido terapeutico incentrato sulla mentalizzazione permette di ripristinare la connessione e la comprensione reciproca nelle famiglie affidatarie e quindi di ricollegarsi a una prospettiva di speranza, un antidoto necessario alla disperazione e alla mancanza di speranza che sono state co-focalizzate dalle esperienze di trauma e perdita legate alla fuga nei minori non accompagnati e forse anche nei loro genitori affidatari.

Dando tanto spazio al pensiero della mentalizzazione, traduciamo i principi sviluppati e dimostrati efficaci in un contesto psicoterapeutico, in un contesto di consulenza e orientamento molto più ampio, in questo caso alle azioni del personale dei servizi di affido nel loro ruolo di prevenzione, risoluzione dei problemi (mediazione) e coordinamento intorno e all'interno delle famiglie affidatarie. L'introduzione di questo moderno pensiero psicodinamico nel lavoro degli operatori dei servizi di affido non sostituisce necessariamente il vecchio modello di affido terapeutico (con psicoterapia sensibile al trauma per il giovane e/o la famiglia affidataria), in quanto in molti casi può ancora essere offerto come offerta supplementare per il giovane in difficoltà. L'introduzione del pensiero di mentalizzazione intorno alle famiglie affidatarie permette di avvicinarsi a queste famiglie e al loro bambino affidato da una prospettiva di rete più ampia e in modo riflessivo, prestando molta attenzione sia alla sofferenza interiore per cui queste persone rischiano di perdersi di vista l'una con l'altra, sia alla forza e alla spinta interiore per cui queste persone sono importanti l'una per l'altra.

Dove siamo ora, alla fine di questo progetto FORM, la storia può continuare, ad esempio, con gli operatori dell'assistenza all'infanzia che continuano a imparare dalle loro esperienze pratiche nell'attuazione di questo modello. Sicuramente questa è una prospettiva molto bella per concludere i primi tre anni di questo progetto FORM: l'ulteriore apprendimento e la professionalizzazione sulla base del progetto FORM, una prospettiva futura che può aver luogo nel progetto successivo a FORM.

“L'affido rafforzato, spesso chiamato 'affido terapeutico', è il tipo di assistenza necessaria per i bambini che hanno subito un alto grado di trauma e/o abuso nella loro vita. Questo trauma è spesso aggravato dal fatto che hanno avuto diverse collocazioni fallite - spesso sia l'affido che l'adozione. Oltre alle difficoltà di sviluppo e ai disturbi dell'attaccamento, questo trauma si manifesta spesso con una serie di problemi di salute mentale. Prendersi cura dei nostri giovani più problematici è un lavoro estremamente impegnativo, ed è per questo che c'è una crescente richiesta di affidatari che intraprendano la formazione supplementare necessaria per diventare affidatari terapeutici”.

(Soluzioni di formazione per l'assistenza sociale, 2022)

(<https://www.socialcaretrainingsolutions.com/therapeutic-fostering>), scaricato il 20.02.2023)

## 1.1. L'emergere dell'affido terapeutico

---

Secondo la citazione sul sito web di Social Care Training Solutions, l'affido terapeutico o rafforzato è associato a bambini con una storia di traumi gravi e al ripetuto fallimento dei loro nuovi tentativi di attaccamento in case famiglia, famiglie affidatarie e/o adottive. Questo sottogruppo di bambini bisognosi di affido terapeutico presenta problemi di sviluppo, di salute mentale e/o di attaccamento. In questi casi, l'affido rappresenta una sfida particolare sia per i genitori affidatari che per gli operatori dell'affido. Per affrontare questa particolare sfida, si consiglia agli operatori dell'affido di intraprendere una formazione supplementare per diventare operatori dell'affido terapeutico. Che cosa significhi esattamente questo è una delle domande centrali del progetto FORM: Quali sono i traumi specifici dei giovani, in questo caso rifugiati minori non accompagnati (MSNA), che portano a difficoltà nelle loro famiglie affidatarie? Di quali conoscenze di base e di quale formazione hanno bisogno gli operatori dell'assistenza all'infanzia per essere in grado di sostenere le famiglie affidatarie con questi bambini nel miglior modo possibile?

## 1.2. L'evoluzione dell'affido terapeutico: dal trauma relazionale complesso precoce al trauma legato all'esilio

---

Descriviamo innanzitutto da quale esigenza è nata l'idea dell'*affido terapeutico* - talvolta indicato come *affido terapeutico* o *affido rafforzato*. Questa idea è stata elaborata per la prima volta negli anni 90' nel contesto di alcune famiglie affidatarie e dei loro bambini affidati, al di fuori del contesto dell'esilio e dei minori non accompagnati. L'affido terapeutico è stato sviluppato come un adattamento, o meglio un complemento, all'affido come di consueto, soprattutto per quelle famiglie affidatarie che cercano di trovare una via d'uscita con bambini affidati che sono stati talmente danneggiati nella loro relazione di attaccamento primaria con i genitori biologici, che l'integrazione e il riattaccamento di questi bambini in un contesto di affido non hanno sufficiente successo o sono ripetutamente interrotti o disturbati (come accade in circa il 30% dei bambini assistiti in un contesto di affido). Quindi, l'affido terapeutico è stato originariamente sviluppato nel contesto di alcuni traumi nella relazione di attaccamento primaria che impediscono ai bambini affidati di riattaccarsi in un contesto di affido (familiare).

A questi traumi precoci nel contesto della famiglia d'origine è stato dato un nome specifico nella letteratura di ricerca: trauma da attaccamento (Allen, 2013) o trauma relazionale complesso (Cook et al., 2005) (per completezza, a volte sono anche indicati come trauma dello sviluppo (van der Kolk, 2006) o trauma di tipo III (Terr, 1991; Solomon & Heide, 1999), una questione concettuale su cui torneremo più avanti in questo modello concettuale.

Le origini delle difficoltà che possono impedire ai minori rifugiati non accompagnati di riattaccarsi in un contesto di affido (familiare) sono per lo più di natura diversa rispetto agli altri bambini in affido. A differenza dei bambini che hanno subito abusi, negligenza, traumi sessuali, sminuimento o violenza con i loro genitori biologici e che vengono affidati per protezione, la maggior parte dei minori rifugiati non accompagnati (con alcune eccezioni) non hanno subito traumi nelle loro relazioni di attaccamento primarie. Tuttavia, hanno dovuto abbandonare queste relazioni di attaccamento primarie in circostanze molto minacciose e possono aver subito abusi di fiducia da parte di altri adulti a cui si erano affidati durante il viaggio verso l'Europa. Sia la partenza dolorosa, sia la perdita del legame (diretto) con le figure di attaccamento primarie, sia le possibili esperienze disumanizzanti con i nuovi 'confidenti' lungo il percorso, sia l'impossibile lutto per il cambiamento del rapporto con i genitori e i parenti rimasti, sia la fedeltà indissolubile ai genitori biologici rimasti e l'enorme senso di colpa per la propria sopravvivenza mentre altri parenti sono ancora in pericolo, paralizzano le nuove

opportunità di attaccamento. Gli effetti di queste esperienze legate all'esilio (perdita cumulativa, possibile abuso e disumanizzazione in relazione agli adulti da cui si dipendeva durante il percorso) sulla capacità di nuove relazioni di attaccamento nei contesti di affido sono gli stessi degli effetti del trauma da attaccamento in relazione ai genitori biologici. Quindi, l'origine dei problemi relativi all'affido dei rifugiati minori non accompagnati è diversa (i problemi hanno un'eziologia diversa e seguono una traiettoria di sviluppo diversa), ma gli effetti sono simili (sintomi di un trauma relazionale complesso e di un disturbo da stress post-traumatico complesso). Proprio per questo motivo, l'attuale pensiero sul trauma relazionale complesso è molto utile per comprendere le difficoltà di questi giovani affidati e delle loro famiglie affidatarie.

Non sorprende che tra i professionisti dell'affido che lavorano con i minori rifugiati non accompagnati ci sia una forte richiesta di ripensare il modello di affido terapeutico in relazione a questo gruppo target. L'affido terapeutico è nato per sviluppare interventi per affrontare gli effetti successivi del trauma che i bambini portano nelle famiglie affidatarie e che impediscono loro di sfruttare le nuove opportunità di attaccamento in queste famiglie. Questo tipo di affido terapeutico non è necessario per tutti i bambini in affido, ma solo per quelli in cui il trauma da attaccamento passato impedisce nuove opportunità di attaccamento. L'affido terapeutico è necessario anche nell'affido di minori rifugiati non accompagnati, per quel sottogruppo di loro che ha bisogno di un affido migliorato o adattato a causa degli effetti traumatici di perdite cumulative, sensi di colpa insopportabili, lealtà congelate e profonde rotture della fiducia nell'umanità. Il progetto FORM mira quindi a fornire un modello concettuale e una guida pratica per gli operatori dell'affido per comprendere e affrontare questa forma di trauma legata alla fuga.

L'affido terapeutico è stato originariamente sviluppato per affrontare le difficoltà comportamentali ed emotive, nonché i problemi di attaccamento di alcuni bambini e ragazzi all'interno delle loro famiglie affidatarie, a causa degli effetti di un trauma relazionale o da attaccamento precoce nella loro famiglia di origine. Si tratta di un tipo di affido che è stato sviluppato per le famiglie affidatarie con bambini che hanno difficoltà persistenti a costruire nuove relazioni di attaccamento con i genitori affidatari. Per questi bambini, l'assistenza regolare ricevuta all'interno della famiglia affidataria si è rivelata insufficiente. Pertanto, si è pensato che questi bambini e i loro genitori affidatari abbiano bisogno di un'offerta aggiuntiva o di una prospettiva di affido diversa, chiamata *affido rafforzato o affido terapeutico* ([www.socialcaretrainingsolutions.com](http://www.socialcaretrainingsolutions.com)). Nella letteratura sull'affido terapeutico si parla del fatto che questa forma di affido viene spesso messa in pratica per i bambini che hanno subito

qualche forma di trauma nei primi anni di vita, non di rado in relazione a figure di assistenza primaria. Più avanti nel nostro modello concettuale, descriveremo la specificità del trauma relazionale complesso o trauma da attaccamento che i bambini possono subire all'inizio della loro vita, quando le figure di assistenza primaria da cui i bambini dovrebbero aspettarsi cura, protezione e amore sono anche le persone che li minacciano, li trascurano, li maltrattano o li trattano in modo aggressivo, senza sensibilità per le esigenze dei loro bambini. La loro sintomatologia ci mette sulla strada per comprendere anche i problemi dei minori rifugiati non accompagnati.

Questa idea originale dell'affido terapeutico è ben trasferibile all'affido specifico per i minori rifugiati: essi soffrono di problemi di attaccamento simili nelle loro famiglie affidatarie, anche se nella maggior parte dei casi l'origine di questi problemi non è un trauma da attaccamento con le figure di assistenza primaria. Tuttavia, le esperienze di separazioni involontarie, le perdite cumulative, i processi di lutto irrisolti, i lutti traumatici o gli effetti traumatici di guerre e persecuzioni incidono sulla loro capacità di riattaccarsi alle famiglie affidatarie (Kessler et al., 2008). Gli effetti delle esperienze di pericolo di vita in un contesto di guerra o persecuzione, rafforzati da ulteriori difficoltà come il senso di colpa insopportabile nei confronti dei genitori biologici che sono stati lasciati nell'insicurezza del Paese di origine, la profonda lealtà nei confronti di coloro che sono stati lasciati, o il semplice fatto di aver dovuto lasciare la famiglia d'origine da giovane per sopravvivere o per adempiere a un compito imposto dagli altri membri della famiglia, in un momento in cui il proprio sviluppo richiede ancora la vicinanza delle figure genitoriali, contribuiscono a una situazione in cui i figli adottivi con una storia di rifugiato si sentono vietati a riannodarsi in una famiglia adottiva; non hanno più potuto contare sui loro genitori biologici quando ne avevano bisogno da adolescenti nella loro ricerca, e da lì lottano con nuove dipendenze dagli adulti, dai genitori adottivi. Di conseguenza, di tanto in tanto si sentono estranei nella casa adottiva e talvolta anche nella nuova vita che è diventata una faticosa sopravvivenza.

Quindi, mentre gli effetti sono simili in entrambi i gruppi di bambini in affido, le dinamiche che hanno portato a questi effetti simili possono essere molto diverse nei due gruppi. Entrambi soffrono di complessi effetti traumatici di lunga durata che ostacolano le nuove relazioni di attaccamento in una famiglia affidataria; in un gruppo questo problema ha origine da un trauma da attaccamento, nell'altro gruppo da un trauma di guerra che ha portato a un allontanamento nella relazione con i caregiver primari e con il mondo culturale a cui il minore non accompagnato apparteneva prima di fuggire. E anche se le cause che portano a sintomi di trauma complesso sono diverse per i due gruppi sopra citati, possiamo comunque dire che

all'origine c'è un trauma causato dall'uomo, per i bambini in affido senza una storia di esilio a causa di un'assistenza molto inadeguata nella famiglia d'origine, per i bambini in affido in esilio a causa degli effetti dell'instabilità politica, delle persecuzioni, delle minacce, della perdita del contatto diretto con i familiari e della perdita di sicurezza nella società in cui sono cresciuti.

Da una prospettiva psicologica dello sviluppo, questo stato di cose può anche essere definito 'equifinalità': Raggiungere risultati simili (difficoltà di riallacciamento nella famiglia affidataria) lungo percorsi di sviluppo molto diversi o partendo da esperienze molto diverse (da un lato, il trauma da attaccamento precoce, dall'altro una miscela di elementi come la rottura della fiducia di base negli esseri umani, il senso di colpa del sopravvissuto, il trauma della guerra e le minacce impensabili, lealtà inestricabili).

### 1.3. Comprendere e sostenere le famiglie affidatarie che affrontano ferite complesse e legate all'esilio: l'obiettivo del progetto FORM

---

Nel progetto FORM stiamo lavorando sugli elementi costitutivi di un intervento che si colloca nell'attuale linea di pensiero della mediazione interculturale e specifica per l'esilio (piuttosto che della terapia interculturale). Nella mediazione, l'idea principale è quella di sostenere gli operatori dell'affido in modo breve, mirato e orientato alla soluzione, per risolvere questioni cruciali e complesse, situazioni di crisi specifiche e gravi colli di bottiglia che incontrano all'interno delle famiglie affidatarie con rifugiati minori non accompagnati. La suddetta mediazione ha quindi due gruppi di destinatari: le famiglie affidatarie con cui gli operatori lavorano in modo orientato alla domanda, ma anche gli stessi operatori che fanno parte di una rete di apprendimento di servizi di assistenza, altri operatori e ricercatori e che vogliono imparare a implementare questo approccio orientato alla domanda nell'ambito dell'assistenza alle famiglie con cui lavorano.

Il progetto FORM mira a fornire agli operatori dell'affido di minori, da un lato, un modello per comprendere meglio le sfide affrontate dai genitori affidatari e dai loro rifugiati minori non accompagnati, dall'altro, strumenti e abilità per il lavoro di orientamento e consulenza all'interno di queste famiglie. Per questo motivo, il progetto ha scelto di sviluppare sia un modello concettuale completo, in cui viene descritto in dettaglio il background del progetto FORM, sia una guida pratica più breve e orientata alla pratica, in cui gli operatori dell'affido vengono formati e aiutati sulle questioni che devono affrontare nella loro pratica con le famiglie affidatarie di minori rifugiati non accompagnati. L'affido 'terapeutico' è una guida e una mediazione nel contesto di una rete di assistenza sanitaria e sociale di supporto intorno

alle famiglie affidatarie; questo tipo di affido è di natura contestuale o orientato alla famiglia, con l'obiettivo di sviluppare all'interno delle famiglie affidatarie un tipo rinnovato di connessione, forza e resilienza nel mezzo delle sfide e, eventualmente, della crisi.

Il termine 'terapeutico' in 'affido terapeutico' è quindi un po' fuorviante a prima vista. Ciò che si intende è l'aggiunta di un aspetto all'affido come di consueto: un'offerta supplementare sotto forma di 'intervento di mediazione all'interno delle famiglie' che ha un potenziale curativo per l'intero sistema di affido. Non si tratta di 'affido come di consueto più l'uso di uno specialista-psicoterapeuta o l'offerta di psicoterapia per uno dei membri della famiglia o per il sistema familiare'. Anche questo potrebbe dare i suoi frutti e far parte di FORM, ma ciò che si intende principalmente nel progetto FORM è un surplus qualitativo per l'affido, attraverso la formazione degli stessi operatori dell'affido ('formazione dei formatori'), che sono le parti essenziali di una rete di partner intorno alla famiglia affidataria. Gli operatori dell'affido hanno bisogno di conoscenze e formazione sulle sfide aggiuntive dell'assistenza ai minori rifugiati non accompagnati e sul modo in cui queste conoscenze e formazioni possono essere utilizzate in un intervento in una famiglia affidataria. Gli operatori formati possono poi, a loro volta, iniziare a condividere questi concetti e competenze all'interno di una rete di colleghi e, in questo modo, formare altri colleghi.

In particolare, all'interno del modello concettuale stiamo descrivendo ciò di cui ha bisogno una famiglia affidataria con un giovane non accompagnato, potenzialmente vulnerabile, nei momenti di difficoltà o di crisi. Questi genitori affidatari sono a volte bloccati con un adolescente che, per tentativi ed errori, sta cercando di trovare la sua strada all'interno della famiglia affidataria e del Paese di accoglienza, e che mantiene anche una relazione con le persone di riferimento a grande distanza, una relazione che è stata modificata in modo particolare dalla fuga non accompagnata del giovane. In alcuni Paesi europei un rifugiato minorenni non accompagnato viene accolto in una cosiddetta 'famiglia affidataria della rete familiare', cioè una famiglia che fa parte della rete familiare allargata del giovane (una cosiddetta rete per l'affido), in altri Paesi un rifugiato minorenni non accompagnato vivrà in una famiglia affidataria che non ha legami con la rete familiare allargata del rifugiato minorenni non accompagnato. (Tralasciamo per il momento la possibilità che un minore rifugiato non accompagnato viva in una casa famiglia con diversi coetanei, accompagnato da educatori, perché in questo progetto stiamo parlando di *famiglie* affidatarie, *anche* se non si può escludere che alcune famiglie affidatarie debbano lavorare a stretto contatto con tali case famiglia per questi giovani, ad esempio se un soggiorno a tempo pieno in una famiglia affidataria non è sostenibile).

L'affido terapeutico per i rifugiati minori non accompagnati (FORM): un modello concettuale per valorizzare gli operatori dell'affido

## 2. Una prospettiva psicodinamica e basata sul contesto

Affrontiamo la necessità dell'affido terapeutico da una prospettiva psicodinamica che si basa sulla ricerca sui traumi reali, da un lato, e che si concentra sul contesto delle famiglie affidatarie come sistemi che ospitano un minore rifugiato non accompagnato con ferite e vulnerabilità complesse, dall'altro.

### 2.1. Trauma relazionale complesso

---

Per sviluppare la nostra guida di orientamento e pratica all'interno del progetto FORM, abbiamo preso un concetto teorico dalla ricerca sul trauma attuale - il trauma complesso - e lo abbiamo applicato a questo gruppo di giovani: come già accennato in precedenza, il trauma complesso per loro non riguarda necessariamente i problemi di attaccamento (trauma) con le figure di assistenza primaria, che in seguito possono essere trasferiti o proiettati sui genitori affidatari e offuscare la relazione con loro. Si tratta di relazioni molto complesse con gli affidatari primari, che possono essere ancora molto presenti nella mente e nella fedeltà del giovane non accompagnato e, per questo, sono ancora molto influenti nella vita di questi, ma che non sono più presenti o emotivamente disponibili vicino a questi giovani. Di conseguenza, questi giovani devono affrontare processi di lutto impossibili e complessi, sentimenti di colpa (di sopravvivenza), una perdita o un'interruzione del rapporto con i genitori come era prima dell'esilio e, probabilmente, esperienze traumatiche insopportabili prima e durante la fuga o anche dopo l'arrivo in Europa, che portano a una perdita di fiducia negli esseri umani più in generale, legata all'esilio. Tutte queste difficoltà, insieme ai pericoli associati al fatto di essere fuggiti da soli (isolamento e solitudine), in alcuni casi possono mettere in ombra la relazione di attaccamento reale e stimolante per la crescita con i genitori affidatari. Quando l'affido di minori non accompagnati diventa difficile, i traumi più complessi causati dall'uomo e/o le separazioni e le perdite cumulative nella vita di questi adolescenti rifugiati non accompagnati svolgono un ruolo importante. Queste esperienze cumulative di avversità portano a una confusione nell'auto-rappresentazione, a grandi difficoltà nell'affrontare la questione dell'identità tipica dell'adolescenza, nonché all'incapacità di appoggiarsi a qualcuno nel nuovo ambiente di vita, compresi i genitori affidatari, a causa di un senso di sé molto insicuro e ferito. Le conseguenze di queste separazioni traumatiche e delle perdite cumulative sono descritte

nell'attuale produzione letteraria di ricerca empiricamente supportata sul trauma (relazionale complesso).

## 2.2. Prospettive psicoanalitiche attuali: intervento basato sulla mentalizzazione (MBT), fiducia epistemica e terapie interattive dinamiche (TDI)

---

Nel modello psicodinamico di trattamento, troviamo una serie di concetti che ci permettono di trasferire questi risultati della ricerca in modo significativo nella pratica dell'affido. In effetti, c'è sempre la questione di come tradurre i principi sopra delineati nei contesti lavorativi in cui sono coinvolti gli operatori dell'affido. Alcuni principi psicodinamici chiave sono utili per trovare il modo di tradurre i risultati della produzione letteraria sul trauma nel contesto della famiglia affidataria (rete familiare) intorno al giovane non accompagnato e per pensare all'intervento (la mediazione degli operatori dell'affido all'interno della famiglia affidataria) da prospettive multiple: la prospettiva del giovane non accompagnato, così come le prospettive dei genitori affidatari, dei genitori biologici (interiorizzati) che sono rimasti nel Paese d'origine, della società, della scuola, degli operatori dell'affido, degli insegnanti, ecc.

Una volta elaborato questo modello concettuale, gli operatori dell'affido devono ricevere una serie di strumenti per lavorare con questo modello concettuale. In particolare, come si preparano i genitori affidatari ai momenti difficili che probabilmente si presenteranno durante l'affido di questi bambini? Cosa può fare l'operatore dell'affido per prevedere ed essere preparato a questi momenti difficili? Se la famiglia affidataria è ancora più in difficoltà e l'affido è in pericolo di crisi, cosa può fare? E cosa può fare quando la famiglia affidataria è nel bel mezzo di una crisi? Questi elementi saranno elaborati nella guida pratica, la traduzione pratica del modello concettuale.

Per essere specifici, nel modello concettuale attingiamo ad alcuni modelli psicodinamici attuali e promettenti, come i modelli di terapia dinamicamente interattiva (TDI) (Abrahams et al., 2024), in cui l'impatto delle immagini interiorizzate legate al trauma e delle aspettative relazionali sulle relazioni attuali viene reso intelligibile, e in cui queste relazioni attuali formano il qui-e-ora da cui diventa possibile il cambiamento futuro. Questi modelli dinamicamente interattivi hanno un posto all'interno dell'orientamento più ampio delle Tecniche e Modelli basati sulla mentalizzazione (MBT) (Fonagy et al., 2002), che enfatizza il lavoro con le storie interiori che le persone si raccontano, storie interiori che le persone si raccontano e che

possono aumentare, ma a volte inibire o impedire, le opportunità di vicinanza e di attaccamento.

Anche il concetto di fiducia epistemica (Fonagy & Campbell, 2017), ossia la capacità delle persone di vedere le informazioni e l'aiuto offerto loro dagli altri come significativi e utili per la propria vita, si inserisce in questo quadro. Una delle delusioni più profonde di alcuni genitori adottivi è la sensazione di non poter fare nulla per il loro bambino adottivo, perché il bambino adottivo non vuole prendere nulla da loro a causa di una mancanza di fiducia epistemica, una mancanza di fiducia profonda nella bontà e nell'utilità degli altri. Un altro aspetto che affrontiamo più avanti in questo modello di consulenza è il modello psicodinamico del corso della vita di Erik Erikson (Erikson, 1956 e 1968), interpretato da una prospettiva clinico-psicologica, in cui i compiti di sviluppo dell'adolescenza diventano molto chiari e immaginabili, quali sono le sfide nello sviluppo dei giovani in esilio, soprattutto dei giovani rifugiati traumatizzati. Modelli interattivi dinamici, modelli orientati alla mentalizzazione, fiducia epistemica e l'utilissimo aggiornamento della psicologia psicoanalitica dello sviluppo di Erikson... questi sono solo alcuni aspetti dei vivaci sviluppi all'interno del quadro psicodinamico che ci permettono di lavorare in modo contestuale e focalizzato sull'attaccamento con i traumi legati ai rifugiati nei giovani in quelle che sono già fasi di sviluppo complesse.

### 2.3. La necessità di una rete di contenimento intorno alle famiglie affidatarie

---

L'affido terapeutico consiste principalmente nella creazione di una rete di contenimento attorno alle famiglie affidatarie, una rete di contenimento in cui l'operatore dell'affido ha un ruolo centrale, eventualmente integrato da una psicoterapia specializzata per il bambino affidato e/o la famiglia affidataria.

Come già accennato in precedenza, l'affido rafforzato - descritto anche come affido terapeutico o affido complesso - è nato dalla constatazione che, in alcuni casi, l'affido *come di consueto* non è sufficiente a creare il contesto di sviluppo in cui un bambino affidato può beneficiare delle opportunità all'interno della famiglia affidataria. In primo luogo, questo ha portato all'idea che l'affido debba essere potenziato - cioè integrato - da un intervento terapeutico più specializzato per il bambino affidato e/o la famiglia affidataria ([www.socialcaretrainingsolutions.com](http://www.socialcaretrainingsolutions.com)).

Un punto di vista alternativo considera l'affido rafforzato nel contesto di una rete più ampia di affido specializzato e adattato, che si crea intorno alla famiglia affidataria in cui cresce un bambino affidato con la sua vulnerabilità specifica. L'affido rafforzato non significa

necessariamente un intervento terapeutico psicodinamico, comportamentale o sistemico supplementare; significa guardare da un'angolazione ecologica o contestuale più ampia - una prospettiva di rete - in cui sono coinvolti diversi livelli: il bambino affidato, i genitori affidatari, gli operatori dell'affido e i servizi di affido, la scuola e altre organizzazioni con cui la famiglia affidataria e il bambino affidato sono in contatto<sup>1</sup>. È questa rete più ampia intorno alla famiglia affidataria che, insieme ai genitori affidatari, si assume la responsabilità congiunta e la cura condivisa di un bambino affidato con un passato di esilio: responsabilità condivisa attraverso la cura congiunta del bambino da parte della famiglia affidataria e della rete di operatori dell'accoglienza e altri servizi. Questa visione dell'affido terapeutico differisce quindi in modo significativo dalla visione originale, in cui l'affido terapeutico significava principalmente 'affido ordinario integrato da un'offerta psicoterapeutica'. La nostra visione più recente nel progetto FORM prevede l'affido da parte di una rete più ampia di assistenti, appositamente formati ed educati (tra cui gli operatori dell'affido come parte centrale di questa rete di assistenti), installati intorno a una famiglia affidataria; all'interno di questo tipo di affido viene fornito un certo intervento sensibile al trauma, alla cultura e alla fuga, sotto forma di mediazione. Questa nuova forma di affido potenziato non esclude che alcune parti della famiglia affidataria ricevano servizi terapeutici aggiuntivi, ad esempio il bambino affidato per i suoi problemi di sviluppo o di attaccamento a seguito di un trauma legato all'esilio, i genitori affidatari per le loro difficoltà nell'essere genitori di questo bambino affidato, la famiglia affidataria nel suo complesso per le dinamiche che si sono create al suo interno, ma questi servizi terapeutici aggiuntivi non sono il nucleo dell'affido terapeutico che vogliamo offrire nel progetto FORM. Nel nostro modello concettuale FORM delineeremo i vari componenti e le basi di questa nuova visione dell'affido terapeutico; la guida pratica concretizzerà poi questi aspetti per l'uso sul posto di lavoro. La specializzazione di FORM risiede nella professionalizzazione degli operatori dell'affido, che costituiscono la rete di sostegno intorno alla famiglia affidataria, coordinando la famiglia affidataria e gli operatori sociali e i servizi o altri professionisti coinvolti. Più che in

---

<sup>1</sup> Come mostreremo, una psicoterapia (sensibile al trauma) o una terapia con un focus specifico sui problemi legati al volo è potenzialmente molto utile, ma solo in relazione all'approccio della famiglia affidataria all'interno di una rete riflessiva in cui l'operatore dell'affido svolge un ruolo centrale. Per adempiere a questa funzione, sia mantenendo unita la rete intorno alla famiglia affidataria, sia indicando alla famiglia affidataria stessa la direzione per sbloccare o sciogliere i nodi problematici, in questo progetto FORM stiamo scrivendo lo schema dei moduli di formazione per questi operatori dell'affido: sia il background di ricerca e letteratura che deve essere preso in considerazione, sia le competenze pratiche necessarie per creare un'apertura in una famiglia affidataria in difficoltà. Tra l'altro, è anche questo lavoro di sostegno, di connessione con le famiglie affidatarie e di sostegno/contenimento attivo, che crea uno spazio potenziale per la psicoterapia quando la famiglia affidataria è preparata a riceverla, attraverso il lavoro preparatorio e persistente degli operatori dell'affido.

passato, la cura di una famiglia affidataria è affidata a operatori dell'affido più fortemente sostenuti e supervisionati, che contribuiscono a spianare la strada alla psicoterapia specialistica. Oltre a questa psicoterapia, gli operatori dell'affido continuano a coordinare e mantenere l'assistenza alla famiglia affidataria dalla rete, in una prospettiva a lungo termine.

Pertanto, un aspetto centrale di questa prospettiva di rete sull'affido è la formazione o la professionalizzazione del personale addetto all'affido in merito alle questioni di salute mentale legate all'esilio dei minori non accompagnati che incontrano grandi difficoltà o non riescono ad attaccarsi nel nuovo contesto di affido (come lavorare con il bambino e i genitori in modo da promuovere l'attaccamento nel nuovo contesto di affido, tenendo conto delle rotture delle relazioni e della fiducia, delle molteplici esperienze di perdita e dei possibili traumi dei giovani in queste famiglie)

In questo modo, *l'affido rafforzato è un approccio di rete più ampio che converge con le evoluzioni attuali nell'ambito dell'assistenza sanitaria in un approccio orientato alla comunità, organizzando reti di sostegno e di collaborazione intorno ai bambini vulnerabili e alle loro famiglie, nonché intorno agli operatori e ai servizi di assistenza (affido) che si confrontano con le questioni molto complesse di queste famiglie affidatarie o con casi molto complessi più in generale (Bevington et al., 2013). All'interno di questa rete, l'operatore dell'affido ha una posizione centrale: l'operatore dell'affido media (offre mediazione) per risolvere le crisi e crea opportunità per 'momenti di incontro' (Stern) che sono anche momenti di riattacco all'interno della famiglia affidataria che porteranno a maggiori possibilità o opportunità per tutti i soggetti coinvolti. Sostiene la famiglia nei momenti difficili e lavora per (ri)costruire relazioni all'interno della famiglia affidataria e tra la famiglia affidataria e le organizzazioni esterne, che sono importanti per i genitori affidatari per svolgere il loro ruolo di genitori con il minore rifugiato non accompagnato.*

Questo approccio di costruzione della rete è stato elaborato, ad esempio, dal gruppo di ricerca dell'University College di Londra intorno a Peter Fonagy. Nella letteratura psicodinamica questo approccio è indicato con l'abbreviazione "AMBIT" - *Adolescent Mentalization Based Integrative Treatment*, chiamato anche *Adaptive Mentalization Based Integrative Treatment* (Bevington et al., 2013). Questo approccio di rete sposta il centro dell'affido terapeutico dallo psicoterapeuta, che fornisce un intervento aggiuntivo specifico, all'affidatario, che media all'interno della famiglia affidataria e tiene insieme la rete di sostegno intorno ad essa. Questo è il primo compito da portare a termine; solo allora ci si può chiedere se l'offerta aggiuntiva di psicoterapia possa produrre ulteriori effetti per alcuni genitori affidatari e per i loro bambini affidati. Dovrebbe anche essere chiaro che non è tanto lo psicoterapeuta specializzato ad

essere al centro del trattamento del minore rifugiato non accompagnato, ma l'operatore dell'affido che, come dipendente del servizio di affido, tiene insieme la famiglia, il minore rifugiato non accompagnato e le varie organizzazioni che lo circondano. A causa di questa posizione molto più centrale dell'operatore dell'affido in questo nuovo modello di affido terapeutico, è anche necessario fornire più formazione, orientamento, supporto e intervizione/supervisione agli operatori dell'affido. Anche questo diventerà una parte importante del nostro modello FORM, come chiariremo più avanti in questo testo.

## 2.4. La necessità di formazione per gli operatori dell'affido

---

L'idea di un approccio di rete nel contesto delle famiglie affidatarie che si trovano ad affrontare problemi nella relazione con il loro rifugiato minore non accompagnato in affido riguarda due livelli: da un lato, le famiglie affidatarie che sono aiutate dagli operatori dell'affido e dai servizi di assistenza all'affido, nel mantenere un atteggiamento genitoriale mentalizzante e contenitivo di fronte ai sintomi comportamentali ed emotivi del bambino affidato, alimentati dai cambiamenti relazionali legati all'esilio, dalle perdite e da eventuali traumi; dall'altro, le organizzazioni di assistenza all'affido e gli operatori dell'affido che hanno bisogno di sostegno e formazione per continuare a lavorare con i genitori affidatari e i ragazzi, soprattutto in tempi di crisi.

La formazione per gli operatori dell'affido riguarda il modo in cui gli operatori dell'affido possono aiutare i genitori affidatari a recuperare un atteggiamento di sostegno e di mentalizzazione nei confronti del loro bambino affidato rifugiato, quando si verificano le prime tensioni o rotture minacciose nella relazione genitore affidatario/figlio affidato. In particolare, sotto la pressione di un trauma o di una perdita insopportabile della disponibilità emotiva dei genitori rimasti nel Paese d'origine, la relazione tra genitori affidatari e bambini o adolescenti affidati può diventare problematica.

Nel corso di questo documento, descriveremo i componenti principali di questo tipo di approccio di rete alle famiglie affidatarie con rifugiati minori non accompagnati. In questo approccio di rete, gli operatori dell'assistenza sono supportati da moduli di formazione che affrontano la prospettiva degli operatori dell'assistenza che sono la parte centrale della rete di famiglie affidatarie con minori non accompagnati e che lavorano duramente per salvaguardare la coesione e l'attaccamento all'interno della famiglia affidataria.

Il contenuto di questa formazione si basa sulle recenti scoperte sulla specificità delle ferite e dei traumi che impediscono ad alcuni rifugiati minori non accompagnati di sfruttare le opportunità di sviluppo offerte dalle famiglie affidatarie (Bamford et al., 2021). Queste recenti scoperte, che hanno origine nella ricerca sui bambini che soffrono della rottura delle relazioni di attaccamento primarie (Mugisha, 2006; Sleijpen et al., 2022), devono essere completate con prospettive sulla specificità della rottura della fiducia di base e del senso di appartenenza (Briggs, 2015), la specificità anche degli effetti delle esperienze di disumanizzazione in un contesto di esilio (Meurs et al., 2022).

Infine, altri elementi specifici della formazione riguardano (1) le specificità della fase dello sviluppo (i rifugiati minori non accompagnati sono adolescenti che traducono i loro turbamenti interiori legati all'esilio in sintomi specifici della fase dello sviluppo, come ad esempio preoccupazioni sull'immagine di sé e confusione di identità, depressione dovuta alla sofferenza per il destino della vita, sentimenti di alienazione (in parte dovuti allo shock culturale), irritazione e iperattività o scatti di aggressività), (2) specificità del cambiamento culturale (l'impatto dello shock culturale e del dover entrare a far parte di ambienti culturali che prima erano sconosciuti ai giovani), (3) specificità della parentela (i rifugiati non accompagnati, almeno in alcuni Paesi europei, sono spesso affidati a famiglie che hanno dinamiche diverse rispetto alle famiglie caucasiche nord-occidentali. Le famiglie affidatarie di parentela sono costituite da un sistema familiare esteso con un'identità interpersonale che si può trovare nelle culture non occidentali, rispetto alle famiglie nucleari con un'identità individualizzata o autonoma nei sistemi familiari nord-occidentali; se l'affido è organizzato in un contesto familiare esteso, i genitori affidatari appartengono alla famiglia più ampia dei genitori biologici del rifugiato minorenne non accompagnato), completato da (4) specificità locali/regionali (il nostro progetto europeo deve essere attuato in sistemi di affido (possibilmente diversi) in diversi Paesi europei) e, infine, nel contesto delle specificità del team. Proprio per questo motivo, è importante rendere il modello<sup>2</sup>, promosso dal progetto FORM, accessibile ai vari professionisti che lavorano con le famiglie affidatarie in una prospettiva europea: non solo psicologi, pedagogisti o psicoterapeuti, ma anche assistenti sociali, educatori, assistenti pedagogici, assistenti familiari, infermieri, insegnanti, ecc.

## 2.5. Definizione del gruppo target del Progetto FORM

---

L'affido terapeutico (o rafforzato) si riferisce a un insieme di servizi e interventi di supporto che si rivolgono alle famiglie, più precisamente ai genitori affidatari e ai loro figli adottivi di età compresa tra 0 e 18 anni, con particolari esigenze emotive, comportamentali o mediche. Nel contesto del nostro progetto europeo FORM, vogliamo potenziare le famiglie affidatarie che si occupano dei bisogni educativi e di sviluppo dei bambini e dei ragazzi affidati con un passato

---

<sup>2</sup> Un modello che si basa sulla ricerca psicologica sul trauma e sui modelli psicomodinamici di intervento basati sulla mentalizzazione, nonché sulla mediazione interculturale.

di esilio. Lo facciamo dando agli operatori dell'affido un posto centrale nell'affido terapeutico e aiutandoli ad acquisire le competenze (o a rafforzare quelle esistenti) necessarie per svolgere questo ruolo. Il background concettuale descritto in questo progetto FORM (del lavoro sensibile al trauma e alla cultura con i minori non accompagnati), le competenze e i metodi associati (del lavoro incentrato sulla mentalizzazione con le dinamiche legate alla fuga o all'esilio) e i moduli di formazione in servizio per gli operatori dell'affido non sono importanti solo nel momento in cui un collocamento rischia di interrompersi o quando una famiglia affidataria è in crisi; sono rafforzativi per tutto il lavoro nell'affido. In questo senso, gli operatori dell'affido sono il primo e diretto gruppo target del progetto FORM; è per loro che sono stati scritti il modello concettuale e la guida pratica. Ciò consente loro di intervenire e offrire una guida più efficace nelle famiglie affidatarie in generale e nelle famiglie affidatarie con minori non accompagnati, rendendo le famiglie affidatarie il gruppo target indiretto del progetto FORM.

## 2.6. Un modello concettuale di affido terapeutico

---

Questo modello concettuale si basa sulle scoperte basate sull'evidenza nella ricerca sui traumi (van der Kolk, 2014), sulla psicologia legata all'esilio e sensibile alla cultura, sulla terapia psicodinamica e interattiva e sulla psicologia dello sviluppo.

L'obiettivo primario del nostro progetto è quello di migliorare i professionisti che lavorano nell'ambito dell'affido, offrendo loro un *modello concettuale* e alcune prospettive e tecniche di intervento nel contesto di una *guida pratica* che permetta loro di adattare e ottimizzare la guida che offrono ai genitori affidatari in generale, ai genitori affidatari di rifugiati minorenni non accompagnati in particolare, nonché ai genitori affidatari di quei rifugiati minorenni non accompagnati che soffrono della rottura traumatica delle relazioni di attaccamento e della fiducia di base. Questa rottura traumatica della fiducia di base e del senso di appartenenza alle relazioni di attaccamento profondamente radicate (Briggs, 2015) è concettualizzata in diversi modi nella letteratura psicologica/psicoterapeutica odierna: trauma (multiplo) complesso (relazionale) (Herman, 1992; Solomon & Heide, 1999), trauma dello sviluppo (van der Kolk, 2006) o trauma da attaccamento (Osofsky, 2004).

L'obiettivo del nostro progetto, quindi, è quello di ottimizzare l'aiuto che le famiglie o i genitori affidatari ricevono dagli operatori e dalle organizzazioni che si occupano di affido, migliorandolo. Miriamo a raggiungere questo obiettivo migliorando l'affido attraverso una conoscenza approfondita (1) degli *effetti sullo sviluppo* dell'interruzione dell'attaccamento ai

genitori biologici e della perdita di fiducia nella compassione e nell'umanità sperimentata da alcuni di questi giovani in fuga, (2) del *potere degli interventi di mentalizzazione* e della figura dell'affidatario come figura centrale di cura nel lavoro con e nella rete di trattamento intorno a queste famiglie affidatarie (sono in primo luogo gli operatori dell'affido che forniscono l'aspetto di affido 'migliorato'), (3) gli *aspetti interculturali specifici della mediazione* in queste famiglie affidatarie e (4) altri aspetti specifici di questa assistenza, come il lavoro con i genitori affidatari che a volte fanno parte della famiglia allargata dei bambini affidati, o come il lavoro con le dinamiche adolescenziali (come la ricerca di identità, o il paradossale compito di sviluppo di essere costretti a separarsi dagli adulti e allo stesso tempo di dover riconnettersi con i genitori affidatari , ecc.). Quindi, vogliamo raggiungere questo obiettivo *offrendo agli operatori dell'affido prospettive concettuali specifiche e strumenti pratici*: elementi aggiuntivi all'affido esistente e prospettive aggiuntive che creano una nuova comprensione dell'affido rafforzato.

Non è tanto lo psicoterapeuta aggiuntivo sensibile al trauma a essere cruciale in questa forma di affido 'rafforzato', quanto piuttosto l'operatore dell'affido che, con una comprensione più specifica dei problemi di questi, fornisce una mediazione o una guida in queste famiglie affidatarie e che guida una rete di operatori dell'affido e altri professionisti, di cui può far parte anche uno psicoterapeuta sensibile al trauma. Naturalmente, a causa del ruolo centrale che questo conferisce all'operatore dell'affido, questo operatore dell'affido deve anche essere istruito (modello concettuale), sostenuto (intervisione/supervisione) e formato nelle competenze specifiche (guida pratica) necessarie per mettere in pratica gli aspetti centrali di questo modello. Pertanto, le domande principali di questo progetto sono:

- come si può arricchire l'affido terapeutico esistente, soprattutto per i genitori affidatari che si trovano ad affrontare circostanze inaspettatamente difficili a causa di perdite specifiche e dolorose, nonché di traumi legati all'esilio subiti dai minori rifugiati che hanno in affido?
- quali prospettive e strumenti specifici devono essere considerati come elementi aggiuntivi per migliorare l'affido in queste famiglie?
- Quali elementi specifici devono essere introdotti nei sistemi di affido esistenti per creare un ambiente di lavoro, una base di conoscenze e una formazione in abilità specifiche di cui possano beneficiare gli operatori professionali dell'affido?

## 2.7. Una prospettiva basata sulla ricerca sui problemi dell'affido di minori rifugiati non accompagnati

---

Circa un terzo degli adolescenti affidati (cioè in generale i bambini affidati, quindi non specificamente gli adolescenti affidati con un passato di esilio) sviluppa difficoltà all'interno di una famiglia affidataria a causa delle conseguenze a lungo termine della rottura delle relazioni di attaccamento con le loro figure genitoriali originarie (i genitori biologici, la famiglia originaria in cui sono cresciuti, seguiti eventualmente da ulteriori rotture delle relazioni di attaccamento nelle ex case affidatarie, nelle famiglie affidatarie o adottive) (vedere: Ensink, 2017). Il cumulo di perdite di figure di attaccamento può essere inteso come un'esperienza traumatica che non può essere elaborata o risolta. Questa situazione porta a processi di lutto o di lutto traumatico (Barlé et al., 2017), caratterizzati da una minaccia alla capacità di fidarsi e legarsi di nuovo dopo la perdita o l'allontanamento dalla relazione con i caregiver primari.

Perdite o rotture inimmaginabili e insopportabili nelle relazioni di attaccamento (così come le conseguenze di queste esperienze sul funzionamento e sulla struttura psicologica di questi giovani) portano a gravi ostacoli nel trarre vantaggio dalle nuove opportunità di sviluppo e di attaccamento offerte dalla famiglia affidataria. La rottura della fiducia, dell'appartenenza e dell'attaccamento ha dato forma a una rappresentazione interna profondamente radicata (uno schema o copione del sé in relazione agli altri) - in termini di teorie dell'attaccamento si potrebbe dire un modello di lavoro interno - che è insopportabile nel mondo interiore del bambino adottivo e minaccia di distruggerlo dall'interno (Briggs, 2015). Di conseguenza, l'insopportabile rappresentazione interna o modello di lavoro dell'attaccamento deve essere esteriorizzato per sopravvivere psicologicamente (difficilmente si può sopravvivere con le sole immagini di perdita, desiderio doloroso, irraggiungibilità, disumanizzazione, ecc.). Il giovane deve quindi liberarsi di questo terrore interiore e lo fa attraverso rievocazioni, conflitti e la minaccia di andarsene, espressa nel contesto della relazione con i genitori affidatari.

Attraverso le rievocazioni del bambino affidato, i genitori affidatari si trovano di fronte a problemi che essenzialmente non fanno parte della relazione tra loro e il bambino affidato. I problemi del bambino adottivo hanno origine da perdite precedenti e molto dolorose di attaccamento e di fiducia di base, o dall'esperienza di un senso di colpa insopportabile per aver abbandonato le cure primarie in una situazione di pericolo di vita (senso di colpa del sopravvissuto). Tuttavia, il nuovo contesto familiare della famiglia affidataria è il luogo in cui queste ferite insopportabili e i traumi da attaccamento o di guerra inimmaginabili, così come

la mancanza di fiducia epistemica associata a queste perdite e a questi traumi, scatenano il caos.

Senza un'assistenza terapeutica all'affido per questi genitori affidatari, eventualmente integrata da un'assistenza terapeutica specializzata per l'esilio e il trauma del minore rifugiato non accompagnato che stanno affidando, la relazione tra i genitori affidatari e il bambino affidato in alcuni casi non può essere liberata dal peso delle ferite, delle perdite e delle rotture precedenti nella vita di questo bambino. In questo progetto non tratteremo l'elemento della psicoterapia per i giovani con traumi a seguito di esperienze disumanizzanti specifiche dell'esilio. Descriveremo soprattutto come gli operatori dell'assistenza all'infanzia possono essere formati per aiutare la famiglia affidataria con cui lavorano.

Sulla base della mediazione culturalmente e traumatologicamente sensibile come elemento centrale dell'affido terapeutico per i genitori affidatari, questi genitori possono iniziare a percepire e a pensare ai problemi che affrontano in modo diverso: possono comprendere i problemi del bambino affidato dalla prospettiva del suo tumulto interiore, o del suo mondo interiore dominato dalla perdita e dal trauma; possono iniziare a capire i problemi all'interno della famiglia in modo diverso dal pensare che questi problemi siano intenzionali o il risultato della cattiva volontà o della mancanza di gratitudine del bambino. Questo atteggiamento di mentalizzazione da parte dei genitori viene anche definito in letteratura come Funzione riflessiva genitoriale (Stuhrmann *et al.*, 2022), un aspetto che si è dimostrato efficace nel contesto di casi clinici complessi. Il funzionamento riflessivo dei genitori rappresenta la capacità dei genitori di riflettere sugli stati mentali propri e del figlio e su come questi stati mentali possono influenzare il comportamento. Rutherford e colleghi (2013) hanno dimostrato che i problemi dei genitori nel mantenere una posizione riflessiva sono specifici della relazione, in questo caso specifici di un genitore affidatario in relazione a un bambino affidato con un passato di esilio.

Le storie di vita dei minori rifugiati non accompagnati assistiti possono essere confrontate con quelle di altri bambini assistiti, ma mostrano anche alcune differenze. Le conseguenze del loro trauma da attaccamento possono essere abbastanza comparabili, anche se può essere interessante capire alcuni dei diversi percorsi che hanno portato a questi risultati comparabili nello sviluppo. I minori rifugiati non accompagnati non hanno principalmente o necessariamente un background di rottura delle relazioni di attaccamento, e queste relazioni di attaccamento primarie possono rimanere molto forti anche a distanza), ma piuttosto sono vittime o testimoni diretti dell'umiliazione e della rottura della fiducia nelle relazioni umane, come conseguenza delle difficoltà e della solitudine dell'essere un giovane rifugiato non

accompagnato e dell'essere lasciato solo sul volo senza familiari che lo proteggano. Vivono queste esperienze in una fase dello sviluppo in cui i giovani cercano normalmente di separarsi dai loro genitori e allo stesso tempo hanno bisogno del loro sostegno per compiere i primi passi verso un nuovo senso di identità.

Il nucleo dell'ansia che deriva da una rottura precoce delle relazioni di attaccamento primarie, come vediamo nei bambini affidati o adottati senza un passato di esilio, o da una successiva rottura massiccia della fiducia di base nella bontà della vita e dalla perdita dell'affidabilità degli esseri umani e dell'umanità in generale, come vediamo nei rifugiati minori non accompagnati affidati, è lo stesso: la paura dell'abbandono, la paura di non appartenere più a una famiglia (la paura di perdere il senso di appartenenza), la sensazione di essere al di fuori di qualsiasi tipo di connessione umana. Questa paura dell'abbandono non causa un danno paragonabile a tutti i bambini in affido, né a tutti i minori non accompagnati in affido. Tuttavia, per alcuni bambini affidati, così come per alcuni rifugiati minori non accompagnati, questa paura dell'abbandono e della perdita di appartenenza diventa quasi l'unica finestra per nuove esperienze relazionali. Le nuove opportunità di sviluppo nella famiglia affidataria vengono poi messe in ombra dai traumi del passato e dalle perdite cumulative con cui si confrontano. È con questi minori rifugiati non accompagnati e con i loro genitori affidatari che gli operatori dell'assistenza adottiva sperimenteranno la maggiore complessità. Soprattutto in questi casi, c'è bisogno di un modello basato sull'evidenza (il modello concettuale) e di un supporto per gli operatori dell'assistenza adottiva sotto forma di intervizione/supervisione e di formazione in competenze specifiche per affrontare questa complessità. Il progetto FORM si propone di rispondere a queste esigenze degli operatori dell'affido. Grazie a questo bagaglio concettuale e alla formazione pratica nei casi più difficili, gli operatori dell'affido guadagnano molto anche per il loro lavoro con le famiglie affidatarie in generale.

## 2.8. Verso un'assistenza all'esilio specifica per i traumi e la formazione degli operatori dell'assistenza all'esilio

---

Per un rifugiato minorenne non accompagnato, crescere nel contesto di una famiglia affidataria offre molte nuove possibilità di sviluppo, ma può anche portare a complessi problemi comportamentali, di salute mentale e di sviluppo come risultato di traumi passati, perdite cumulative o situazioni di abuso. Finora, la ricerca non mostra i numeri esatti dei percorsi di sviluppo problematici dei rifugiati minori non accompagnati. Di solito ne sentiamo parlare solo dalle discussioni sui casi con gli stessi operatori dell'affido. Si tratta di una realtà che esiste nell'affido, un problema che non è raro, ma al momento rimaniamo un po' incerti

sui tassi di questi problemi nell'affido di minori non accompagnati. In questi casi, è necessario un approccio specifico all'affido. Non solo è necessario eliminare alcuni ostacoli alle nuove relazioni di attaccamento (ad esempio, i conflitti di lealtà che l'adolescente affidato avverte tra i genitori biologici e i genitori affidatari (Dansey *et al.*, 2018), ma è anche necessario svolgere un lavoro più difficile, soprattutto per quanto riguarda i difetti nella capacità di fidarsi di nuovo o nella capacità di entrare a far parte di una rete di relazioni familiari più intime. Questa incapacità è causata dalla perdita traumatica e dai sensi di colpa nei confronti della famiglia d'origine o dal tradimento e dalla disumanità durante l'esperienza della fuga. Anche con le migliori intenzioni e con sufficienti capacità genitoriali, i genitori affidatari possono scontrarsi con il loro bambino affidato, nel senso che, in alcuni casi, sentiranno un muro insormontabile per raggiungere il loro bambino affidato, in altri casi assisteranno alla ripetizione attiva della rottura delle relazioni di attaccamento umano tra loro e il loro bambino affidato, in una sorta di riproduzione scenica di ciò che è stato vissuto in precedenza dal bambino nella posizione di vittima impotente. In questa dinamica, il bambino in affido inizia a ritirarsi emotivamente dalla famiglia affidataria e diventa irraggiungibile, oppure sfida e mette alla prova i genitori affidatari per dimostrare che questi genitori possono perseverare e non si arrendono. Quest'ultimo schema a volte può andare molto lontano, fino al punto in cui i genitori affidatari sono vicini alla disperazione. Nelle famiglie affidatarie che fanno parte della rete familiare più ampia del giovane, c'è anche il fatto che il fallimento nell'affido è un tabù, perché i genitori affidatari sentono l'obbligo nei confronti dei genitori biologici giovani di avere successo nell'affido. Può anche essere un tabù per il giovane parlare della situazione a causa dei sensi di colpa verso i genitori che sono stati lasciati e verso i genitori affidatari ai quali i genitori hanno affidato il figlio.

In alcuni casi di bambini affidati con un passato di esilio, il bambino è troppo ferito e ha bisogno di una guida o di un trattamento specifico per l'affido e l'esilio per sfruttare le opportunità di sviluppo offerte dai genitori affidatari. Come già descritto all'inizio di questo testo, non intendiamo questo orientamento o trattamento specifico nel contesto del progetto FORM solo come un'offerta aggiuntiva di terapie individuali o sistemiche specializzate al bambino in affido e/o alla famiglia affidataria, ma nella creazione di una rete collaborativa (sensibile al trauma e alla mentalizzazione) intorno a queste famiglie. In questa rete, gli operatori dell'affido hanno un ruolo decisivo nell'aiutare i genitori affidatari a sviluppare un funzionamento più riflessivo, mentalizzando così le psicodinamiche specifiche dell'esilio, della fase di sviluppo, del trauma e del cambiamento culturale che impediscono al bambino affidato di trarre vantaggio dalle opportunità della famiglia affidataria.

I genitori, che hanno iniziato il loro progetto di affido con le migliori intenzioni, inizialmente non capiranno cosa impedisce al loro adolescente in affido di sfruttare le opportunità del suo nuovo ambiente. Anche loro, in quanto genitori affidatari, hanno bisogno di una guida specifica sulle conseguenze a lungo termine della perdita, non pianta, della presenza dei genitori biologici del loro figlio adottivo, sugli effetti persistenti di una profonda e indescrivibile rottura traumatica dell'umanità, eventualmente complicata da elementi come il senso di colpa del sopravvissuto, la confusione d'identità per i molteplici riferimenti culturali del giovane, nonché altre esperienze come il razzismo o le difficoltà ad esprimersi in una lingua diversa e non familiare.

Questi aspetti ed esperienze hanno un impatto sui domini di sviluppo cruciali degli adolescenti, come la capacità di autoregolazione, il senso narrativo di sé, la capacità di attaccamento, la capacità di mentalizzazione e la ricerca di identità. La formazione degli operatori dell'affido deve concentrarsi su questi elementi e processi. Il nostro progetto FORM deve quindi chiarire come questi aspetti possano essere formati con gli operatori dell'affido e come questi ultimi possano a loro volta lavorare con questi aspetti nel contesto di una famiglia affidataria.

## 2.9. Temi specifici del trauma, dell'esilio, della fase di sviluppo e della famiglia di parentela all'interno di un programma di formazione per operatori dell'accoglienza

---

Nella nostra ricerca di letteratura sui principi più generali dell'affido terapeutico, abbiamo scoperto che esistono già diversi modelli interessanti, soprattutto nella letteratura anglosassone, da circa 10-15 anni. L'idea di questo tipo specifico di affido è stata sviluppata per trovare risposte alle famiglie affidatarie che avevano difficoltà con il loro bambino affidato e per offrire a questi bambini l'ambiente familiare di sostegno di cui hanno bisogno per il loro ulteriore sviluppo. Alcuni di questi bambini affidati soffrivano chiaramente per i cambiamenti e le rotture improvvise delle loro prime relazioni di attaccamento, che portavano all'incapacità di sfruttare il nuovo sostegno ricevuto nella famiglia affidataria o adottiva. Nell'ultimo decennio questi bambini sono stati descritti come bambini con storie di traumi, che rendono l'affido o l'adozione una situazione potenzialmente molto conflittuale, non di rado al di là delle capacità dei genitori affidatari 'mediamente normali'.

All'interno della produzione letteraria sul trauma c'è stata un'ulteriore differenziazione nella descrizione dei tipi di trauma. Da allora, c'è stata una crescente letteratura sui traumi relazionali complessi all'interno di relazioni di attaccamento precoci (e talvolta interrotte) o nel contesto di relazioni umane da cui si dipende molto durante l'esilio (ad esempio, la relazione

con i contrabbandieri da cui questi giovani dipendono per continuare il loro viaggio verso l'Europa, relazioni che sono molto manipolative e per nulla affidabili; oppure l'abuso e l'aggressione che questi giovani affrontano in circostanze di mera sopravvivenza, senza alcun attaccamento o persona che si prenda cura di loro). Questi traumi sono stati descritti come traumi relazionali complessi, creati dall'uomo e non di rado sperimentati ripetutamente nel contesto di relazioni da cui si dipende per la sopravvivenza. Questi traumi provocati dall'uomo di solito non sono eventi unici; si verificano più di una volta per i bambini affidati coinvolti e sono interiorizzati nell'immagine di sé di questi bambini e giovani. Questi bambini e giovani non costruiscono più immagini di relazioni amorevoli e fiduciose, oppure hanno ancora queste immagini, ma non possono utilizzarle perché queste immagini positive sono state sepolte sotto le immagini crude delle relazioni che hanno assorbito.

La conoscenza del trauma complesso o del trauma da attaccamento diventa un elemento fondamentale per l'ambiente dei rifugiati minori non accompagnati (i genitori affidatari e gli operatori dell'accoglienza) per comprendere i modelli di attaccamento molto conflittuali con cui questi giovani stanno lottando. Inoltre, questa conoscenza indica anche i modi per fornire una guida ai genitori affidatari e un quadro di riferimento per i servizi e le équipe di assistenza alle famiglie affidatarie. Queste conoscenze devono essere condivise all'interno di una rete continua di consulenza e assistenza terapeutica per questi bambini e i loro genitori affidatari.

Nel contesto del progetto FORM di oggi, dobbiamo prendere queste conoscenze sul trauma complesso dell'attaccamento (= conoscenze sui bambini in affido e in adozione in generale) e applicarle alla situazione in cui il bambino in affido è un rifugiato minorenni, un elemento che aggiunge complessità alla situazione di affido. Quindi, non solo è importante la conoscenza del trauma relazionale o di attaccamento complesso e il suo impatto sullo sviluppo del bambino e sulle capacità relazionali all'interno della famiglia affidataria, ma anche la storia dell'esilio e le vulnerabilità specifiche dell'esilio che i giovani sperimentano prima, durante e dopo la fuga. Oltre all'aspetto specifico del trauma, c'è anche l'aspetto specifico dell'esilio e, inoltre, l'aspetto specifico della fase di sviluppo dell'essere adolescente: per quanto abbiano bisogno di nuove possibilità di attaccamento, questi giovani sono anche adolescenti con un contrasto radicato nello sviluppo nel loro comportamento: hanno bisogno del sostegno dei genitori adottivi, ma allo stesso tempo vogliono prendere le distanze per non perdere la loro autonomia. Per i giovani che sono stati in fuga, questo è aggravato da un senso di perdita di autonomia. Non vogliono rinunciare all'autonomia che hanno sperimentato quando arrivano in affido, quindi vorranno proteggere il più possibile questo nuovo senso di autonomia all'interno della famiglia affidataria. Questo può essere difficile per i genitori affidatari. Il

contesto di mantenere le distanze e di proteggere il più possibile l'autonomia di questi minori deve essere discusso nella guida dei genitori, come specificheremo anche nella guida pratica, oltre a molti altri aspetti.

Per riassumere alcuni degli elementi chiave che abbiamo discusso finora, possiamo dire quanto segue: per affido terapeutico in questo progetto FORM, intendiamo principalmente che gli affidatari sono formati e guidati in elementi e competenze specifiche che danno al loro lavoro con queste famiglie e questi giovani una qualità curativa - e in questo senso terapeutica - di fronte a una situazione educativa e di sviluppo complessa. Più specificamente, questo progetto FORM prevede un tipo di consulenza che presta particolare attenzione a:

- (a) l'impatto del trauma complesso e dei processi di lutto non risolti dovuti a separazioni familiari, perdite cumulative e traumi causati dall'uomo,
- (b) la fedeltà ai membri della famiglia che sono rimasti nel paese di origine,
- (c) la complessa relazione con i familiari che potrebbero avere in affido il bambino in Europa, oppure
- (d) il rivivere esperienze altamente minacciose o disumanizzanti che si sono verificate prima o durante il volo, che possono essere riattivate da esperienze di discriminazione e razzismo dopo il volo
- (e) un anello mancante nella formazione degli operatori dell'affido in questo progetto FORM fino ad ora è l'attenzione alla sensibilità culturale in questo tipo di affido terapeutico; la pratica culturalmente sensibile nell'affido terapeutico può essere enfatizzata in diversi modi e comprende i seguenti punti: aspetti culturalmente sensibili della consulenza informata sui traumi; modelli culturali di normalità e patologia; lavorare essendo culturalmente sensibili significa anche essere consapevoli dell'intersezionalità; comprendere che gli elementi universali (come le sfide dei genitori e i compiti di sviluppo dei bambini) possono essere colorati culturalmente; il desiderio di rimanere connessi al mondo culturale d'origine accanto all'orientamento verso l'integrazione; essere consapevoli degli aspetti delle dinamiche di potere tra maggioranza e minoranza nella relazione con una famiglia affidataria.

### 3. Dai principi generali dell'affido rafforzato alle specifiche del modello di affido terapeutico FORM

La domanda è: in primo luogo, che cosa è stato sviluppato nel contesto dell'affido terapeutico in generale negli ultimi 15 anni circa; in secondo luogo, che cosa deve integrare questa tradizione dalla letteratura sui traumi complessi da attaccamento nei bambini affidati e/o adottati; e in terzo luogo, come dobbiamo integrare le specificità di una prospettiva di esilio/rifugiato, una prospettiva di sviluppo e un elemento di famiglia di parentela nella formazione delle famiglie affidatarie e dei loro servizi di affido e degli affidatari?

E, forse come una sorta di elemento aggiuntivo nel nostro sforzo di ricerca, come integrare la specificità del sostegno all'affido per il gruppo più piccolo<sup>3</sup> di rifugiati adolescenti non accompagnati nella conoscenza dei servizi di affido in generale e nella conoscenza dei minori non accompagnati, la maggior parte dei quali non vive nemmeno in un contesto familiare (vive piuttosto in centri di accoglienza o case comuni)? In che modo i nostri risultati possono essere integrati, attraverso un ciclo di feedback, nella letteratura sui MNA che vivono in istituti e case comunali e/o che vivono da soli, guidati da un operatore dell'affido o da un educatore? In altre parole, le esperienze (e ciò che impariamo da queste esperienze) con i rifugiati minori non accompagnati in affido possono fornirci una prospettiva aggiuntiva su alcune delle difficoltà dell'affido in generale, e su alcune delle difficoltà della gestione dei rifugiati minori non accompagnati in generale.

Una parte della produzione letteraria sull'affido terapeutico riflette l'idea che, per un inserimento di successo di bambini che hanno vissuto un trauma relazionale passato, la famiglia affidataria ha bisogno di maggiore supporto: (a) per il bambino la famiglia deve essere una casa più solidale, ma strutturata in cui il minore rifugiato non accompagnato possa vivere, (b) assistenza e supervisione 24 ore su 24, 7 giorni su 7, (c) sostegno o guida a lungo termine per il bambino nelle situazioni di vita quotidiana, al fine di funzionare in modo adattivo nella comunità (principalmente guida all'interno della famiglia e a scuola, a volte anche in club di hobby, gruppi di pari, ecc.), e (d) psicoterapia specifica, oltre alla vita quotidiana nella famiglia

---

<sup>3</sup> Circa 1 su 7 rifugiati adolescenti non è accompagnato, ma la maggior parte della produzione letteraria sui rifugiati bambini e adolescenti riguarda questo gruppo più piccolo. La maggior parte delle ricerche e dei progetti non riguarda la maggioranza dei rifugiati minori accompagnati.

affidataria (psicoterapia infantile o adolescenziale per questi bambini affidati e orientamento parentale per i genitori affidatari). L'idea di base era che i problemi di queste famiglie potessero essere risolti intensificando l'assistenza adottiva generale, vale a dire più della stessa offerta che ricevono le altre famiglie adottive, o la stessa offerta più la terapia aggiuntiva che possono ricevere gli altri bambini e i loro genitori.

Come già accennato, da diversi anni è stato chiaramente riconosciuto il fatto che alcuni bambini in affido o affidati - soprattutto i bambini in affido con una storia di vita traumatica - necessitano di un altro tipo di affido, chiamato affido terapeutico o affido rafforzato. L'affido terapeutico può essere considerato un tipo di affido specialistico, progettato per sostenere i bambini e i giovani che hanno subito un trauma prima di essere affidati.

(<https://ispfostering.org.uk/about-fostering/therapeutic-fostering/>)

Negli ultimi anni abbiamo assistito a una maggiore enfasi sul contenuto delle questioni da affrontare in questo particolare tipo di affido: alcuni centri di affido terapeutico enfatizzano e affrontano le questioni relative all'attaccamento e alla mentalizzazione (ad esempio, offrendo una terapia familiare basata sull'attaccamento o una terapia dinamica interattiva della mentalizzazione), altri enfatizzano la conoscenza dello sviluppo del bambino in seguito a perdite e traumi (ad esempio, offrendo approcci sensibili al trauma).

Questi recenti cambiamenti di enfasi all'interno della produzione letteraria sull'affido terapeutico permettono di creare un ponte con le pubblicazioni attuali all'interno della letteratura sul trauma, un ponte che è assolutamente necessario a causa del riconoscimento del legame tra la necessità dell'affido terapeutico e il retroterra traumatico dei giovani coinvolti. La posta in gioco è il modo in cui (1) il trauma relazionale complesso, (2) la perdita di fiducia relazionale di base specifica dell'esilio, (3) le difficoltà di lealtà e di delega dei ruoli e dei compiti all'interno di una rete familiare allargata e (4) la confusione identitaria degli adolescenti esiliati possono ostacolare i risultati di maggior successo degli affidi.

Quindi, nella produzione letteraria più recente e in questo Progetto FORM, si sostiene un approccio qualitativamente diverso all'interno dell'affido, in cui il supporto che la famiglia affidataria riceve non è 'più o meno lo stesso', ma si tratta di 'un ulteriore supporto specifico'. Questo supporto aggiuntivo in passato era principalmente per il bambino traumatizzato in volo, il che è ancora possibile nell'attuale modello FORM, ma sono ancora soprattutto gli operatori dell'affido che vengono messi al centro di questo modello FORM. Sono potenziati grazie all'aggiornamento delle loro conoscenze e alla formazione di competenze specifiche per

lavorare con le dinamiche legate al volo nelle famiglie affidatarie. Vedremo che questo supporto specifico per gli assistenti familiari è organizzato intorno a diversi argomenti all'interno di moduli. Questi argomenti, poi, devono essere concretizzati o tradotti in un programma di formazione o in moduli di formazione. Descrivere gli argomenti specifici di e concretizzarli, è l'obiettivo centrale di questo progetto europeo sull'affido terapeutico per le famiglie con rifugiati minori non accompagnati.

### 3.1. Aiutare il bambino e la famiglia affidataria attraverso un modello di intervento trifasico

---

Ciò che serve, quindi, è un approccio terapeutico trifasico all'affido: lavoro con il singolo bambino affidato, lavoro con i genitori affidatari e lavoro all'interno di una rete di servizi di affido e di altri servizi di supporto.

In passato, i clinici e gli operatori dell'affido credevano che un ulteriore approccio terapeutico individualizzato e specializzato potesse fornire un movimento sufficiente nella fragile traiettoria di sviluppo di un bambino affidato traumatizzato. Negli ultimi anni, tuttavia, la produzione letteraria di ricerca e la pratica dell'affido hanno dimostrato che, sebbene questo modello di intervento individuale possa essere importante per affrontare alcuni dei problemi di regolazione e di attaccamento di questi bambini, non è per loro sufficiente, e che la collaborazione con l'ambiente immediato e allargato del bambino è essenziale per l'efficacia terapeutica. In questa rete di collaborazione, l'operatore dell'affido ha un ruolo centrale e di guida.

Il coinvolgimento della rete dei servizi di affido, degli operatori dell'affido e dei servizi educativi (scuola) è molto importante, poiché il comportamento di questi bambini causa problemi in una serie di contesti diversi. Ad esempio, le regolari tavole rotonde con i servizi coinvolti forniscono un forum per riflettere sul modo migliore per fornire al bambino un ambiente di sostegno in cui lo sviluppo vulnerabile possa essere impostato e mantenuto sul livello più costruttivo. È essenziale creare un "progetto comune" con il miglior allineamento e coordinamento possibile di tutte le parti e organizzazioni interessate. Il detto africano "ci vuole un villaggio per crescere un bambino" si applica a tutti i bambini, ma ancora di più ai bambini vulnerabili. Per i genitori affidatari è importante che il piano di trattamento concordato che ne deriva sia un piano di speranza, in cui le loro preoccupazioni sui chiari segnali di rischio per lo sviluppo del loro bambino siano attentamente ascoltate e riconosciute dalle agenzie affidatarie e dalle altre persone della loro rete di supporto all'affido, alla salute e all'istruzione.

L'affido terapeutico per i rifugiati minori non accompagnati (FORM): un modello concettuale per valorizzare gli operatori dell'affido

### 3.2. L'impatto del senso di colpa del sopravvissuto, della solitudine e della disumanizzazione sui rifugiati minori non accompagnati

---

I traumi dei bambini in affido che necessitano di un affido terapeutico sono stati compresi, prima di tutto, come derivati da inizi di vita difficili. Molti bambini in affido hanno subito abusi, negligenza o gravi interruzioni delle relazioni primarie di legame/attaccamento, con conseguenti problemi di sviluppo che possono esacerbarsi nell'adolescenza, portando infine a rotture dello sviluppo (Laufer & Laufer, 1984) in quel periodo della vita. I genitori affidatari in questi casi sperimentano una sorta di impotenza, dovuta alla loro incapacità di offrire una genitorialità sufficiente a questi bambini. Questi genitori affidatari speravano che un impegno normale e una casa amorevole potessero essere di grande aiuto, ma hanno sperimentato che alcuni bambini assistiti hanno bisogno di un'assistenza supplementare, cioè specifica.

Nella produzione letteraria sull'affido terapeutico, soprattutto nella letteratura o nei siti web delle organizzazioni che si occupano di affido, questa cura aggiuntiva è stata inizialmente tradotta in affermazioni più generali su cui tutti gli operatori del settore possono essere d'accordo, affermazioni che sono principi generali ma non abbastanza specifiche quando si tratta dell'affido terapeutico necessario per le famiglie con rifugiati minori non accompagnati.

Come esempio di questi principi più generali, sul sito web dell'ISP Therapeutic Fostering (l'organizzazione fondatrice dell'affido terapeutico nel 1987) troviamo un'enfasi sull'importanza del lavoro di affido per la formazione dell'identità, la regolazione degli affetti e la maturità, oltre che per le competenze relazionali (attaccamento):

"Crediamo che l'affido terapeutico debba consentire ai bambini e ai giovani di conoscere chi sono, in modo che possano crescere per raggiungere il loro potenziale emotivo, sociale ed educativo, e vivere in armonia con se stessi e con gli altri".

Raggiungiamo questo obiettivo attraverso ciò che segue:

- Ponendo il bambino o l'adolescente al centro del nostro modello di affido e adattando i piani di assistenza e trattamento alle sue esigenze specifiche.
- Circondando il bambino o l'adolescente con un team integrato di adulti, tra cui genitori affidatari, terapisti, assistenti sociali ed esperti di educazione.
- Lavorando insieme per garantire che il bambino o l'adolescente riceva il trattamento giusto per sostenere il suo sviluppo psicologico, emotivo e comportamentale.

Questo livello potenziato di **supporto terapeutico per bambini in affido** offre a ogni bambino o adolescente l'opportunità di condurre una vita sana e felice.

[Affido terapeutico - Cos'è l'affido terapeutico? \(scaricato da: <https://ispfostering.org.uk/about-fostering/therapeutic-fostering>\)](https://ispfostering.org.uk/about-fostering/therapeutic-fostering)

Questa affermazione è vera, ma non è abbastanza specifica o concreta e, di conseguenza, non fornisce abbastanza supporto o presa per le esigenze molto specifiche dei bambini traumatizzati in modo complesso, con un ulteriore retroterra di esilio. Naturalmente, speriamo in una vita sana, prospera e felice per questi bambini, ma la strada da percorrere per i loro genitori affidatari nel tentativo di creare un'opportunità di sviluppo un po' più ottimale è lunga e accidentata. Ciò di cui i genitori affidatari hanno bisogno è una guida valida e specifica che li aiuti a non perdere la speranza e a guidare il minore rifugiato non accompagnato nella loro famiglia lungo questa strada accidentata e spesso conflittuale.

La citazione sopra riportata dell'Organizzazione per l'Affido Terapeutico ISP fornisce alcune indicazioni sull'aiuto specifico necessario per neutralizzare le ferite e le vulnerabilità specifiche di questi rifugiati minori non accompagnati: una rete di professionisti intorno a loro e alle loro famiglie affidatarie per aiutare loro (i MNA) a scoprire chi sono (il compito di trovare l'identità nell'adolescenza), a crescere verso la maturità emotiva (e quindi a realizzare il potenziale affettivo che hanno dentro di sé), a sviluppare modelli di relazione più armoniosi (aiutandoli a superare l'esperienza del tradimento nelle relazioni e la negatività che si infiltra nella loro speranza).

La crescita a livello di relazioni di attaccamento, di regolazione degli affetti e di maturità e il senso di identità sono identificati come sviluppi cruciali per superare i problemi affrontati dai genitori affidatari. In una parte successiva di questo testo analizzeremo in modo più dettagliato come questi aspetti possono essere realizzati.

Un'altra tendenza nella produzione letteraria sull'affido terapeutico è l'affermazione che i bambini che non si trovano bene nell'affido devono essere valutati e trattati psicologicamente, come un'ulteriore soluzione, in parallelo o accanto all'affido regolare che ricevono. Quello che cercheremo di fare in questo progetto FORM è di andare oltre l'idea di 'più o meno lo stesso' o di 'un intervento specialistico in aggiunta all'affido abituale'. Anche in questo caso, un'offerta psicoterapeutica aggiuntiva può essere un intervento valido e adeguato, ma ciò di cui abbiamo bisogno prima di tutto è una traduzione specifica delle nostre conoscenze sui traumi complessi

e sui cambiamenti culturali e i problemi legati all'esilio nella famiglia affidataria, e forse anche prima nella rete professionale intorno alla famiglia affidataria.

Per rimanere abbastanza concreti: i servizi di affido che offrono la loro consulenza alle famiglie affidatarie possono rivolgersi agli psicoterapeuti, ma è necessario soprattutto un servizio di affido che sia ben informato sulla specificità del trauma complesso nel contesto dell'esilio, sulle conseguenze evolutive del trauma complesso e sulla vulnerabilità legata all'esilio e le sue espressioni evolutive. In questo elenco di temi, un servizio di affido può trovare gli elementi fondamentali per l'affido terapeutico dei minori non accompagnati e per la formazione che il servizio di affido offre alle organizzazioni partner all'interno della rete di organizzazioni di affido e ad altre istituzioni che ruotano intorno a queste famiglie e ai minori<sup>4</sup>.

In questi aspetti, gli affidatari non solo saranno in grado di formare i formatori (cioè di guidare i loro colleghi affidatari), ma anche di fornire una guida più completa ai genitori affidatari che stanno lottando con il trauma e l'esilio, oltre che con le sfide dello sviluppo e della rete familiare che devono affrontare.

Se, in un caso particolare, una psicoterapia per adolescenti viene integrata o aggiunta all'affido terapeutico, sarà necessario affrontare le rappresentazioni interne di attaccamento profondamente ferite di questi bambini che impediscono loro di formare nuovi legami. Nei bambini traumatizzati possono essere le immagini interne di caregiver aggressivi, abusivi, trascuranti e manipolatori. Nei bambini esiliati ci sono diversi tipi di rappresentazioni. Durante la fuga, i minori non accompagnati hanno costruito rappresentazioni interne di relazioni di attaccamento che hanno perso la loro utilità o validità a causa delle dure circostanze della fuga da soli, senza la possibilità di rivolgersi alle figure di attaccamento come rete di sicurezza sullo sfondo. Le rappresentazioni di attaccamento costruite in relazione ai genitori prima della fuga sono ancora presenti, ma non possono essere attivate o richiamate nel nuovo contesto in cui vivono, in una parte del mondo completamente diversa e dopo un'esperienza disumanizzante prima e durante (e talvolta anche dopo) il volo.

Questi approcci orientati all'attaccamento saranno molto utili per i genitori affidatari che cercano disperatamente di creare un legame o di rimanere in contatto con i minori non

---

<sup>4</sup> La formazione sull'affido terapeutico è dedicata agli operatori dell'affido che possono distribuire la loro esperienza e le loro conoscenze a genitori, insegnanti, operatori dell'assistenza ai giovani, assistenti sociali, altri colleghi dell'affido, ecc.

accompagnati a loro affidati. Un ulteriore approccio psicodinamico si rivolgerà ai conflitti interiori e alle ambivalenze sui nuovi legami e lealtà di questi giovani, elementi sottostanti che rimangono nascosti per molto tempo, ma che sono molto importanti per aiutarci a capire perché a questi bambini viene impedito di prosperare e di investire in nuovi legami nelle loro nuove condizioni di vita. Le più recenti terapie orientate alla mentalizzazione si rivolgeranno a: processi identitari nel modo in cui vedono e comprendono se stessi, capacità di costruire narrazioni su se stessi in relazione agli altri, strategie di regolazione degli affetti, abilità relazionali per non rimanere intrappolati nel ritiro emotivo e nella 'chiusura' che alcuni di questi giovani hanno avuto bisogno per sopravvivere sulla strada, nel loro viaggio verso l'Europa, o all'arrivo, per non sentire il dolore emotivo, la vergogna e il senso di colpa di aver lasciato indietro i propri cari e parenti, nel Paese di origine, in pericolo.

### 3.3. Raggiungere i domini di sviluppo fondamentali che sono diventati problematici in seguito al trauma di disumanizzazione e di profonda solitudine legato all'esilio

---

I bambini con storie di traumi complessi hanno una serie di condizioni uniche, difficili e sovrapposte che influenzano la loro vita quotidiana. Queste includono disabilità di apprendimento, disabilità sensoriali, disabilità fisiche, problemi medici e/o problemi di salute mentale. Hanno bisogno di molto supporto aggiuntivo o specialistico per vivere una vita sana e soddisfacente.

Purtroppo, molti bambini assistiti con esigenze complesse hanno problemi comportamentali ed emotivi che vengono fraintesi: spesso si dimentica che è la ferita aperta sottostante nell'area della regolazione emotiva, della comunicazione e della mentalizzazione che impedisce loro di comprendersi e/o di esprimere chiaramente le proprie esigenze. (vedere: <https://thefosternet.org>)

In questa descrizione della Rete Foster troviamo una prima indicazione dei campi di sviluppo toccati dal trauma da attaccamento e dell'esilio: lo sviluppo dell'autoregolazione e degli affetti, lo sviluppo di un sé narrativo e, di conseguenza, dell'identità. Questa prospettiva ci dà una chiara indicazione delle aree specifiche che devono essere prese di mira con interventi su misura: la capacità di formare relazioni di attaccamento, la capacità di parlare di sé in forma narrativa, la capacità di mentalizzare e regolare. Questo sarà quindi un punto focale della formazione per gli operatori dell'affido che saranno in contatto con queste famiglie e con i loro bambini affidati.

### 3.4. Uno zaino pieno di esperienze travolgenti

---

Uno sviluppo ottimale richiede un approccio normativo appropriato da parte dei genitori affidatari, che sia in sintonia con la specificità delle capacità normative dell'adolescente rifugiato non accompagnato. I genitori affidatari (caregiver) possono agire come la difesa più potente contro lo stress dannoso nella vita di questi bambini affidati. Normalmente, tra i genitori affidatari e il bambino affidato si sviluppa un modello di interazione fatto di corrispondenza, disadattamento e riparazione (comprensione, incomprensioni e ricerca di modi per capirsi di nuovo; essere in contatto, perdere il contatto e riprenderlo). I disadattamenti e le incomprensioni possono essere riparati automaticamente da successive esperienze correttive. Una buona assistenza all'interno di una famiglia affidataria può compensare i traumi precedenti subiti dal bambino. Tuttavia, come alcuni bambini in affido con una storia di traumi relazionali precoci, alcuni minori non accompagnati, dopo un'esperienza disumanizzante, iniziano a sviluppare modelli di aspettative che formano una sorta di schema per le successive nuove relazioni. Questo è lo 'zaino' che questi bambini e adolescenti portano con sé. È probabile che questi bambini e adolescenti avessero già sviluppato modelli di lavoro interiore più positivi di relazioni di cura in precedenza nella loro vita, ma le esperienze disumanizzanti prima e durante il volo hanno avuto un impatto tale che questi modelli più positivi precedenti non possono più essere attivati dal giovane affidato. Questo non significa che un ritorno a un percorso di sviluppo più costruttivo o sano sia impossibile, ma l'esperienza dell'esilio ha chiaramente aumentato la vulnerabilità e il rischio di sviluppo. Come risultato del trauma in corso e della tremenda solitudine e isolamento al momento dell'arrivo e dopo, c'è una rappresentazione interna delle relazioni in cui la ripresa del contatto e della comprensione e la riconnessione con gli altri non sono più in gioco.

Nello sviluppo normale, durante i primi anni di vita, i bambini costruiscono una rappresentazione interna di come sono i genitori affidatari. La successione e la ripetizione di innumerevoli esperienze di cura porta a rappresentazioni interne dei caregiver adulti come persone disponibili e premurose. Tuttavia, all'inizio della vita possono verificarsi circostanze in cui le esperienze normali ma cruciali vengono a mancare. Il bambino sviluppa quindi un'immagine diversa degli adulti che si prendono cura di lui. Un trauma complesso ha innegabilmente un impatto immenso sull'attaccamento e sul successivo sviluppo della personalità, tanto che alcuni autori parlano di 'trauma da attaccamento'. Questo trauma non è facilmente risolvibile per i bambini più piccoli in affido dopo un trauma relazionale precoce, né per il rifugiato minore non accompagnato in una famiglia affidataria dopo una distruzione traumatica della fiducia di base e del senso di bontà della vita, legata all'esilio. Se il bambino

sperimenta precocemente che i legami di attaccamento che crea si rompono molto presto, o se cresce con adulti che si preoccupano delle proprie preoccupazioni e dei propri problemi, il bambino costruirà rappresentazioni interne problematiche dei caregiver. Lo stesso accade se un giovane vive l'esperienza di trovarsi per strada senza una persona veramente affidabile a cui rivolgersi, oppure si trova di fronte ad adulti manipolatori ed egocentrici che non hanno alcuna preoccupazione reale per il giovane. Di conseguenza, un minore non accompagnato può iniziare a sviluppare alcuni schemi e modelli di lavoro interni di attaccamento insicuro.

Dopo un tale trauma causato dall'uomo, i bambini e i giovani possono iniziare a sviluppare i propri meccanismi per sopravvivere a queste difficoltà, meccanismi che svolgono un ruolo nello sviluppo di un attaccamento insicuro (o addirittura disorganizzato). Questi stili di attaccamento insicuro rendono evidente che il bambino vuole che i genitori adottivi 'siano sempre vicini a lui' (in modo appiccicoso ed esigente, con reazioni emotive spesso intense quando il bambino teme una nuova separazione dalla figura di attaccamento) o 'siano piuttosto vicini a lui, ma allo stesso tempo con molta o abbastanza distanza' (la vicinanza è temuta come un segno che l'altro può diventare di nuovo minaccioso per il bambino vulnerabile; la paura di perdersi nell'altro). Altri bambini traumatizzati non hanno assolutamente idea di quanto vogliono che i loro genitori adottivi siano vicini; vivono senza un sano senso di vicinanza e distanza. A causa di questo problema, questi bambini e ragazzi possono reagire in modo imprevedibile. I rifugiati minori non accompagnati che hanno vissuto esperienze traumatiche possono soffrire di questa dinamica: molto esigenti/aderenti, molto distanti e distaccati, oppure molto imprevedibili e disorganizzati.

Nell'isolamento della relazione di attaccamento con un nuovo genitore affidatario, queste dinamiche comportamentali molto traumatizzate e disorganizzate possono emergere di tanto in tanto. I genitori affidatari spesso sperano che questi modelli di attaccamento insicuri e difficili svaniscano nel tempo. Ma per alcuni bambini affidati, soprattutto se sono stati in una famiglia affidataria per un po' di tempo e stanno iniziando a sviluppare una nuova relazione di attaccamento con i genitori affidatari, questo modello legato al trauma emergerà con grande intensità e può causare problemi nella famiglia affidataria fino al punto di mettere in discussione l'affido. Il modello guidato dal trauma mette in ombra la nuova relazione di attaccamento incipiente, per paura di essere comunque abbandonati di nuovo.

Ciò che serve in questo momento è una rete riflessiva di servizi di affido che possa aiutare i genitori a riflettere sul loro bambino in affido, nella speranza che possano arrivare a una prospettiva diversa sul loro bambino, che possa offrire al bambino nuove opportunità. Ciò che gli operatori dell'affido devono fare in queste situazioni è aiutare il genitore affidatario a

riflettere sul contesto dei problemi: i problemi sorgono nel contesto della relazione tra il genitore affidatario e il bambino affidato, ma non hanno origine né appartengono a tale relazione. Hanno origine nelle minacce e nei traumi provocati dall'uomo che hanno preceduto o si sono verificati durante la fuga del giovane. Ma si esprimono nel contesto delle nuove opportunità di attaccamento nella famiglia affidataria.

Il senso di sé del bambino si sviluppa attraverso la comprensione e le risposte di rispecchiamento dei caregiver. Queste risposte dei genitori sono descritte come un biofeedback sociale, che aiuta il bambino a capire cosa sta succedendo dentro di sé e a dare parole o altre espressioni al mondo interiore del bambino. In questo modo diventa chiaro al bambino che queste esperienze interiori possono essere comunicate o simbolizzate e comprese. Attraverso questi processi, i bambini imparano a riconoscere e a sperimentare i propri sentimenti e le proprie sensazioni, imparano a regolarli e a distinguere i propri sentimenti interiori (ad esempio, la paura) dal mondo esterno. Essere compresi è come tenere uno specchio davanti al bambino, in modo che possa capire chi è.

Se i bambini non sperimentano l'influenza di adulti più saggi e maturi nelle prime fasi della vita, questo interferirà con lo sviluppo dell'attaccamento, con lo sviluppo delle capacità di mentalizzazione e di regolazione e con lo sviluppo di un senso di sé coerente (come base dell'identità). Questi bambini saranno anche più difficili da capire o da leggere emotivamente per i loro genitori e altri operatori. Rimane poco chiaro ciò che stanno vivendo nella loro vita interiore: non hanno avuto o hanno perso l'esperienza di un caregiver per dare parole alla loro vita interiore, rimangono ad un livello costante di stress elevato nella loro vita interiore e possono perdere la loro curiosità per la vita psichica, perché non vogliono essere confrontati con la terribile vita psichica degli adulti abusivi, egocentrici e manipolatori che li circondano. Ciò che hanno sperimentato a contatto con gli altri è qualcosa a cui non vogliono pensare, né tanto meno capire.

I minori rifugiati non accompagnati, che probabilmente hanno avuto un inizio di vita migliore rispetto agli altri bambini in affido, possono anche resistere alla mentalizzazione. Durante il viaggio verso l'esilio, hanno dovuto iper-mentalizzare per sopravvivere. In seguito, nell'affido dopo l'esilio, non sono più in grado di mentalizzare, perché questa capacità è stata compromessa durante il viaggio verso l'Europa. Vivono esperienze completamente non elaborate o impensabili, che vanno ben oltre le difficoltà che hanno imparato a mentalizzare prima, nel rapporto tra loro e i loro genitori biologici. Le esperienze più traumatiche si sono verificate durante il periodo in cui erano da sole in viaggio; i loro genitori biologici non

potevano prepararsi al tipo di trauma disumanizzante in viaggio, i genitori adottivi non possono immaginare o non vogliono sentire quello che è successo in viaggio.

L'aspetto dell'impossibilità di elaborare il dolore dell'esilio, così come l'esperienza che nuove ferite possono essere create in esilio (ad esempio a causa del razzismo, della discriminazione, delle difficoltà di acculturazione o semplicemente del fatto che anche i genitori adottivi hanno ferite irrisolte a causa della loro stessa esperienza di esilio non dichiarata) ha come conseguenza che, senza un aiuto specializzato, alcuni di questi giovani non recupereranno le capacità di mentalizzazione e di regolazione che avevano prima. Di conseguenza, questi minori non accompagnati hanno una minore capacità riflessiva per pensare a chi sono e a ciò che stanno vivendo. Per coloro che li circondano (ad esempio i genitori affidatari) è più difficile capirli, mentre per loro stessi sperimentano le montagne russe emotive. Mentre i bambini che crescono in circostanze normali diventano relativamente regolabili durante lo sviluppo, i genitori di bambini che hanno subito un trauma complesso devono affrontare una disregolazione e un'imprevedibilità molto più lunghe e intense.

Mentre in passato si pensava che lo sviluppo difficile dell'attaccamento potesse essere compensato fornendo al bambino sufficienti 'esperienze emotivamente correttive' per compensare ciò che mancava in precedenza, l'enfasi si è spostata sempre più sull'importanza delle capacità di funzionamento riflessivo dei genitori, che sono fondamentali per crescere i bambini che hanno vissuto un trauma complesso. Il funzionamento riflessivo e la mentalizzazione dei genitori sono utili per ristabilire un rapporto costruttivo tra il bambino affidato e i genitori affidatari, nonché tra il bambino affidato e l'ambiente e la realtà esterna in cui vive (scuola, insegnanti, gruppo di pari, ecc.).

I rifugiati minori non accompagnati possono richiedere più di una buona genitorialità: un tipo speciale di sensibilità e di risposta alle loro esigenze. Quando si tratta di un bambino che ha vissuto un trauma complesso, si tratta solo in parte di 'recuperare ciò che si è perso'. Si tratta molto più esplicitamente di creare opportunità per aiutare a comprendere i modelli profondamente radicati che li hanno aiutati a sopravvivere durante il periodo di assistenza inadeguata, al fine di sviluppare modelli di relazione più comunicativi e costruttivi all'interno della famiglia affidataria. In altre parole, si tratta di creare uno spazio per osare e sperimentare nuove modalità di approccio all'assistenza e alla dipendenza, alla distanza e alla vicinanza, nonché di trovare altri modi per gestire le sfide emotive e relazionali.

Mentre in passato si pensava che uno sviluppo difficile dell'attaccamento potesse essere compensato fornendo al bambino sufficienti 'esperienze emotivamente correttive' per

compensare ciò che mancava in precedenza, l'enfasi si è spostata sempre più sull'importanza delle capacità riflessive come cruciali nella crescita dei bambini che hanno vissuto un trauma complesso. Il funzionamento riflessivo e la mentalizzazione dei genitori sono utili per ristabilire una relazione costruttiva tra il bambino affidato e i genitori affidatari, nonché tra il bambino affidato e l'ambiente e le realtà in cui vive (scuola, insegnanti, gruppo di pari, ecc.)

Tuttavia, questo non sarà possibile senza che i genitori adottivi siano coinvolti nelle montagne russe affettive e relazionali del loro figlio adottivo, che potrebbe essere in fibrillazione o emotivamente distante. L'estrema ansia vissuta dal minore rifugiato non accompagnato si diffonde e colpisce gli stessi genitori affidatari. A causa dell'imprevedibilità o della volatilità, l'interazione con il minore non accompagnato può talvolta sembrare un campo minato, dove un livello apparentemente piccolo di frustrazione può portare a un conflitto intenso. Di conseguenza, i genitori affidatari in questi momenti sono a rischio di stress cronico. Tuttavia, il percorso verso il recupero del bambino e un equilibrio vivibile per la famiglia affidataria risiede soprattutto nella riscoperta e nel recupero continuo delle capacità mentali dei genitori. Ma questo non è un compito che spetta solo ai genitori, ed è qui che entra in gioco la rete di operatori e servizi per l'affido, per aiutare i genitori affidatari in questa complessità e, in alcuni casi, nei momenti di crisi.

### 3.4.1. Sfide specifiche della parentela

Un altro aspetto che può complicare la situazione è il fatto che in alcuni Paesi questi minori rifugiati non accompagnati possono essere affidati alla loro rete familiare allargata. In molti casi, un membro della famiglia dei genitori biologici di questo minore ne assumerà la cura e la responsabilità genitoriale in Europa. All'interno di legami familiari più ampi o estesi, che sono diversi dal nucleo familiare delle famiglie dell'Europa nord-occidentale, questi legami familiari portano con sé determinati doveri e lealtà: il rifugiato minore non accompagnato è delegato a cercare migliori opportunità in Europa ed eventualmente ad aiutare altri membri della famiglia a rivolgersi all'Europa. Spesso hanno il dovere di avere successo (ad esempio, attraverso l'istruzione), oltre al dovere di consentire il ricongiungimento familiare. La parte della famiglia che vive già in Europa e che si prende cura del minore non accompagnato ha il compito di offrire le migliori opportunità di sviluppo possibili al familiare assistito. Mentre un background comune - sia familiare che culturale - può aiutare il bambino o il giovane a sentirsi connesso e compreso, le specificità dell'assistenza di parentela possono anche portare a sfide diverse per il minore rifugiato non accompagnato e per i genitori affidatari. Per alcuni giovani, c'è il timore di perdere la propria autonomia in Europa di fronte alle aspettative dei genitori adottivi e/o biologici o di altri parenti (per esempio, i suoi fratelli) che sono rimasti nel Paese d'origine. Da

entrambe le parti, il rifugiato minore non accompagnato e i genitori affidatari, l'emergere di problemi di sviluppo può causare molto stress, sensi di colpa e altri sentimenti difficili. Di conseguenza, può essere molto difficile riconoscere che è sorto un problema, parlarne o pensarci e cercare e accettare aiuto.

Le difficoltà di un minore non accompagnato possono anche riattivare precedenti esperienze traumatiche e legate all'esilio dei genitori affidatari che sono fuggiti alcuni anni fa. Si tratta di esperienze con cui sono riusciti a convivere, ma che possono essere dolorosamente riattivate dalla sola presenza del minore non accompagnato nella loro famiglia. D'altra parte, un ambiente di affido non familiare può far sentire il bambino un "estraneo" all'interno della famiglia affidataria, a causa della lingua e della cultura diverse (ad esempio, una religione diversa). Queste strutture familiari adottive specifiche devono essere prese in considerazione dagli operatori dell'affido quando riflettono sui bisogni e sulle vulnerabilità di una dinamica familiare adottiva e quando forniscono indicazioni.

### 3.5. La necessità di una rete sensibile ai traumi attorno ai genitori affidatari o alla famiglia affidataria di parentela

---

Un bambino o un minore rifugiato non accompagnato che ha subito un trauma complesso ha bisogno di molto di più della solita assistenza da parte dei genitori affidatari. Proprio per questo motivo, chi si occupa di un bambino in affido traumatizzato merita una rete di supporto sensibile al trauma. Questa rete comprende sia il contesto informale (famiglia e amici) che le istituzioni professionali coinvolte (scuola, servizi di assistenza all'infanzia), nonché i fornitori di assistenza (operatori dell'assistenza all'infanzia, terapisti, servizi di assistenza ai giovani previsti dalla legge e i loro assistenti sociali, ecc.) Quando si prende in considerazione la capacità riflessiva dei genitori affidatari di questi bambini, si prendono in considerazione anche i bambini stessi. Più che in altri casi, i genitori che si occupano di un giovane che ha vissuto un trauma complesso e legato all'esilio dovrebbero essere in grado di attingere a una rete di supporto di familiari e amici, nonché di servizi di assistenza all'affido, insegnanti e altri team e fornitori di servizi di salute mentale.

Oltre alla maggiore necessità di sostegno da parte della rete informale di familiari e amici, i genitori adottivi di un bambino traumatizzato hanno contatti più frequenti con i professionisti che lavorano con il loro bambino (a scuola, nelle organizzazioni di accoglienza, nei reparti psichiatrici dei centri di salute mentale, ecc. C'è un'esigenza significativa di assistenza sanitaria

mentale sensibile ai traumi, per le molte ragioni discusse sopra. Ad esempio, è importante che i problemi di un trauma complesso siano riconosciuti dai professionisti della salute mentale e dal personale dell'affido, in modo che i bambini non siano trattati per una lamentela e un sintomo/problema dopo l'altro, poiché è proprio la volatilità del loro comportamento e la molteplicità dei sintomi e dei problemi che caratterizza il loro modo di funzionare. I genitori sentono questa necessità in modo ancora più acuto quando il loro adolescente traumatizzato esprime la sua confusione sull'identità e il suo "senso di appartenenza da qualche parte" in modo intenso, sregolato e drammatico (ad esempio, scappando di casa o con altri comportamenti agiti, esprimendo dubbi sull'identità di genere o desideri transgender, ecc.). I genitori affidatari esprimono la mancanza di comprensione per il comportamento del loro bambino traumatizzato in momenti così vulnerabili e talvolta spaventosi. Si sentono anche lasciati soli, giudicati o addirittura ostacolati quando si tratta di discutere i loro atteggiamenti genitoriali o i dubbi sulle loro capacità genitoriali.

### 3.6. Quando le esperienze legate all'esilio sono troppo intense e si ripetono troppo spesso per essere trattenute e integrate in un flusso narrativo

---

Nella vita quotidiana cerchiamo parole e immagini per i pensieri e i sentimenti che proviamo. Il bisogno di parole può essere grande, soprattutto quando l'esperienza è emotivamente intensa. Quando si tratta di buone notizie, a volte non vediamo l'ora di parlarne. Con le esperienze negative, a volte abbiamo un disperato bisogno di parole per dare un posto a queste esperienze; spesso raccontiamo la storia più volte, prima di sentire l'emozione dissiparsi. 'Raccontare è guarire'...

Tuttavia, non tutte le esperienze vengono immagazzinate nella memoria verbale cosciente come 'esperienze narrative'. Alcune esperienze sono così travolgenti da lasciare una persona senza parole e alla ricerca di parole, che vengono vissute come irrimediabilmente inadeguate. Questo è vero per gli adulti, ma ancora di più per i bambini piccoli, il cui sviluppo verbale e narrativo è ancora in corso, o per i giovani che hanno sperimentato la paura della solitudine, la minaccia della disumanizzazione e la minaccia ripetuta dell'umiliazione e della grande incertezza durante la fuga in Europa. Probabilmente non ci sono parole per alcune delle esperienze che hanno vissuto durante il loro viaggio verso l'Europa.

Un trauma da esilio troppo intenso da sopportare non diventerà parte di un flusso narrativo e rimarrà presente nel corpo e nella mente di una persona come fonte di disturbo che può

apparire improvvisamente: 'disturbatori pop-up' che si presentano in un sogno o in un incubo, in una sensazione fisica o sensoriale, o in un atto improvviso fastidioso o di disturbo. Per integrare correttamente le esperienze traumatiche in una storia di vita o in una narrazione di sé, questi giovani hanno bisogno di assistenti adulti che conoscano la natura di questi traumi legati all'esilio e che siano in grado di dare parole a queste esperienze 'pop-up', in modo che guadagnino gradualmente un posto nella narrazione. I giovani che hanno subito un trauma complesso legato all'esilio hanno un eccesso di esperienze intense e negative, che di solito richiedono capacità narrative particolarmente buone per integrare le esperienze traumatiche nel flusso della storia. Con tali traumi da esilio schiacciati, questi giovani rimangono con una mente stressata e in uno stato di disregolazione in cui il pensiero riflessivo è un compito troppo difficile. Proprio perché tali esperienze non possono essere trattate in parole e immagini (rappresentazioni psichiche), controlleranno il comportamento e oscureranno le relazioni. Esperienze quotidiane che sono 'ordinarie' agli occhi dell'osservatore, come il confronto con i limiti imposti dai genitori affidatari o la semplice presenza a una riunione di famiglia, possono avere un significato inquietante nella mente del bambino, innescando ogni sorta di meccanismi di sopravvivenza, come rimanere ipervigili a una piccola forma di critica o agire come se si fosse stati abbandonati di nuovo. Improvvisamente e inaspettatamente, le esperienze dolorose e traumatiche rompono lo scudo protettivo: il minore rifugiato non accompagnato si ritrova in un flashback o in una rievocazione. Se vengono colti di sorpresa per un momento, possono improvvisamente esprimere qualcosa di ciò che stanno disperatamente cercando di tenere in una scatola chiusa. Questi momenti possono essere innescati da una semplice esperienza sensoriale (un odore, una vista o uno sguardo che ricorda loro odori o sguardi orribili). Senza essere in grado di individuare esattamente cosa sta accadendo nel loro bambino affidato, i genitori affidatari sentono che in questi momenti sta accadendo qualcosa di 'insolito'. L'apparato psicologico del bambino affidato viene sovraccaricato in quel momento, portando a un completo cortocircuito.

Ciò che i genitori affidatari devono imparare è che questi bambini tendono a tenere gli altri a distanza o a rievocare esperienze relazionali traumatizzanti, spesso accompagnate dall'essere irraggiungibili o da un comportamento difficile nei confronti delle nuove figure di cura, i genitori affidatari.

I bambini e i giovani che hanno subito un trauma complesso spesso lottano a lungo e duramente con i problemi di regolazione; anche uno stress lieve può causare una grave reattività e disfunzioni più avanti nella vita. Spesso non sanno cosa fare con le loro emozioni e si sentono in balia di intense oscillazioni emotive: il loro mondo interiore è come una montagna

russa emotiva imprevedibile. Con un mondo interiore così complesso, è molto difficile per un bambino mantenere il sangue freddo e comportarsi come un individuo calmo e riflessivo, in grado di descrivere accuratamente ciò che sta accadendo o di chiedere ciò di cui ha bisogno. Questo rende questi giovani imprevedibili per chi li circonda.

Nella formazione con gli operatori dell'affido, è importante che questi si rendano conto di come comprendere le montagne russe emotive del bambino in affido, di come aiutarlo a riconoscere, sperimentare, tollerare e regolare i segnali di stress e le emozioni, e di come aiutarlo a trovare un significato in modo che le emozioni intense possano essere gestite, e che gli alti livelli di stress all'interno della famiglia affidataria e del bambino affidato possano essere assorbiti in una narrazione significativa e in una storia di vita che integri le esperienze traumatiche legate all'esilio, creando così un senso di coesione all'interno della famiglia affidataria e un senso di identità e di appartenenza nel bambino affidato.

I bambini traumatizzati spesso si considerano 'pazzi' o 'cattivi' perché il loro comportamento non può essere sempre spiegato razionalmente, perché l'intensità delle loro reazioni - agli occhi degli altri - non è sempre adeguata al contesto.

Il fatto che l'equilibrio affettivo dei bambini traumatizzati sia interrotto così rapidamente, e che la disregolazione non sia mai lontana, ha tutto a che fare con le precedenti esperienze di vita che hanno reso il loro sistema di stress ipersensibile. Le esperienze disturbanti e travolgenti legate all'esilio hanno avuto un'intensità insopportabile per il rifugiato minore non accompagnato e hanno causato paure schiaccianti e minacciose. Essere un adolescente solo in queste circostanze ha portato all'ipervigilanza per essere preparati al peggio, occhi e orecchie che scrutano costantemente l'atmosfera nella casa adottiva alla ricerca del peggio, una prontezza a reagire a esperienze intrusive inaspettate, che portano a reazioni di *lotta, fuga o congelamento*, e una risposta di paura generalizzata.

Questa attenzione al pericolo, che era molto adattiva nella situazione precedente e durante il volo, è diventata superflua nelle mutate circostanze della nuova famiglia. Ha assunto una vita propria. Mina la capacità di imparare dalle nuove esperienze che il giovane può fare nella famiglia affidataria. Finché il giovane non accompagnato deve investire tutte le sue energie per sopravvivere alla costante minaccia di disregolazione, c'è poco spazio per i processi di apprendimento e di crescita.

L'aumento della vigilanza rende il bambino più propenso a passare a una modalità aggressiva. Sempre alla ricerca di segnali di potenziale pericolo, reagiscono facilmente in modo eccessivo

e generalizzato, scatenando capricci per i quali questi bambini vengono spesso indirizzati ai servizi sanitari e all'affido. Tutto questo complica le relazioni con i genitori affidatari, che devono essere consapevoli delle intense difficoltà di regolazione che un bambino traumatizzato presenta loro.

Gli scoppi d'ira incontrollati, talvolta seguiti da periodi di ritiro emotivo, hanno un grave impatto sullo sviluppo del senso di sé del bambino. In seguito, questi giovani possono sentirsi sopraffatti da sentimenti insopportabili di vergogna e di colpa, che a loro volta creano ulteriore agitazione in un mondo interiore emotivo già turbolento e impediscono loro di ammettere di aver fatto qualcosa che non era accettabile.

I compiti di sviluppo della pubertà e dell'adolescenza - come la creazione e il mantenimento di amicizie o l'apprendimento di nuove cose (per esempio, nel contesto della sessualità emergente e della formazione dell'identità) - portano a un nuovo groviglio di emozioni inestricabili.

Questi bambini possono rimanere intrappolati in una *'trappola biopsicosociale'*: il sistema di stress sovraccarico e l'ipervigilanza, ancorati biologicamente, portano a difficoltà psicologiche e sociali, che a loro volta provocano più ansia, stress e ipervigilanza da minaccia. Il circolo vizioso è completo (Calhoun et al., 2022).

### 3.7. Il trauma porta alla disregolazione

---

Aiutare questi giovani non accompagnati a regolare e quindi a mantenere la relazione è il primo obiettivo con cui gli operatori dell'affido dovrebbero aiutare i genitori affidatari. La disregolazione è un tale peso per tutte le altre aree dello sviluppo e delle relazioni, che è sempre una priorità nel nostro lavoro di consulenza. Riacquistare la regolazione e quindi ripristinare la relazione ha la precedenza sull'approfondimento dei contenuti o dei temi di cui questi bambini parlano nel mezzo della crisi. La regolazione ha sempre la precedenza, perché è solo sulla base del recupero di un livello minimo di calma e di regolazione che possiamo iniziare a lavorare sulle questioni relazionali (e ristabilire il contatto con questi giovani) e poi discutere e riflettere su ciò che sta accadendo nella vita del bambino affidato. Il principio è quindi: *prima regolare, poi relazionarsi, e infine ragionare* (= ragionare significa iniziare a discutere di cose, lavorare su questioni difficili, ottenere intuizioni, ecc. Ma prima: aiutare a regolare! Un bambino iper-vigile o iper-arrogante ha bisogno soprattutto di un adulto che possa aiutarlo a calmarsi (a calmare). Tale co-regolazione richiede un caregiver che, in un momento di completa disregolazione, riesca a rimanere "più calmo, più saggio e più

ragionevole"; una persona che non si faccia prendere dal panico o che non vada incontro a un'eccitazione elevata; una persona che non reagisca in modo sminuente o sadico e che continui ad aiutare il bambino a calmarsi in modo evidente e persistente; e che sappia come "raffreddare le cose nella foga del momento".

Parlare di ciò che è appena accaduto, cercare o insistere sulle soluzioni, pensare ai modi per riparare, un intervento strutturante o un momento di discussione sulla definizione dei limiti o persino su una punizione o un'azione riparatrice, tutto questo è per la fase successiva, quando il livello di stress è sceso a un livello gestibile. Qualsiasi domanda in uno stato di stress elevato porterà solo a nuove discussioni, o a maggiore stress ed eccitazione nel bambino, e/o a nuovi conflitti. Aiutare il bambino a riconoscere che è turbato (come lo è) è molto più importante che chiedere cosa sta succedendo (perché lo è). Per poter aiutare il bambino in affido, un genitore affidatario deve innanzitutto essere in grado di calmarsi e di mantenere il sangue freddo, al di là della delusione per il fatto che il bambino si stia comportando di nuovo male, al di là della paura che possa fare qualcosa di veramente stupido e al di là della rabbia per il fatto che i limiti sono stati superati. A questo proposito, i bambini che hanno vissuto un trauma complesso richiedono operatori straordinari che non solo siano in grado di mantenere la calma e di trovare uno spazio per la riflessione, ma che siano anche disposti a tollerare lo stress e l'ansia che inevitabilmente viene loro 'fatta'. Un bambino che sperimenta molta ansia e stress corre inevitabilmente il rischio di 'contagiare' chi gli sta intorno con molta ansia e stress. Quando interagiscono con questo bambino in momenti molto stressanti, gli stessi assistenti (genitori affidatari) di solito ricevono una 'doccia di stress': un'immersione nello stress in cui il bambino - come spesso accade - è stato immerso in quel momento. Questa 'doccia' ha spesso un effetto tossico sull'ambiente del bambino: è un'ondata dolorosa e minacciosa di stress che il caregiver - in questo caso il genitore affidatario - sperimenta in prima persona e che può lasciare anche i caregiver ben equilibrati gravemente colpiti e squilibrati.

Con tutti questi elementi, i genitori affidatari possono avere bisogno di aiuto da parte degli operatori dell'affido; la domanda di questo progetto FORM è come possiamo formare gli operatori dell'affido per aiutare i genitori affidatari con questi elementi specifici del trauma e dell'esilio nel loro bambino affidato.

In una famiglia affidataria che fa parte della rete familiare di parentela del bambino, la lealtà che questi genitori affidatari sentono nei confronti dei genitori biologici del bambino affidato e il modo in cui si sentono delegati ad avere successo nel loro compito di genitori affidatari rende ancora più difficile affrontare i problemi psicosociali e le difficoltà normative del loro bambino affidato.

I rifugiati minori non accompagnati che sono sotto l'influenza del trauma della solitudine e dell'abbandono o dell'abuso sperimenteranno quanta presa o potere ha su di loro la lotta con un trauma profondo. Metteranno alla prova il rapporto con i genitori affidatari per vedere se è abbastanza forte da non dover temere di essere nuovamente separati da queste nuove figure genitoriali. O rimangono distanti dai nuovi genitori adottivi, cercando di non far diventare importante la relazione ed evitando così la paura di essere lasciati soli o disillusi di nuovo

Per i più fortunati tra noi, l'abbandono è una normale paura infantile che ogni bambino sperimenta solo in alcune occasioni, di tanto in tanto. Non è una coincidenza che l'esperienza del bambino di essere abbandonato, lasciato e portato via sia un tema comune nelle fiabe e nelle storie, e nella letteratura per bambini che prende sul serio il mondo interiore dei bambini. Come ha detto giustamente Bettelheim (1976, ristampa 1991): "non c'è minaccia più grande nella vita di quella di essere abbandonati, di essere lasciati soli (...)". È questa paura che è anche centrale nel mondo interiore del rifugiato minore non accompagnato, la paura di essere lasciato solo in una fase dello sviluppo in cui si ha ancora bisogno della presenza di una figura genitoriale, la paura di essere soli che hanno sperimentato durante il difficile viaggio verso l'Europa. Questa paura persistente durante il volo può essere deresponsabilizzante e può essere trasferita alla relazione con i genitori affidatari, che non riescono a capire perché il bambino sperimenta questa paura. Senza l'aiuto degli operatori dell'affido, i genitori affidatari non saranno in grado di riflettere sul contesto dell'ansia del loro bambino affidato.

Per i bambini che hanno subito un trauma complesso, tuttavia, l'esperienza di essere abbandonati rimane molto più intrusiva e reale, come qualcosa che potrebbe accadere di nuovo. Per questi bambini, questa paura non può essere semplicemente 'archiviata', anche con le rassicurazioni dei genitori affidatari che non lasceranno mai il bambino.

Gli incubi sulla perdita permanente del senso di appartenenza spesso perseguitano i rifugiati minori non accompagnati. I bambini che hanno vissuto un trauma complesso, quindi, mettono alla prova la forza dei ponti relazionali con i nuovi caregiver per molto tempo. Se il bambino ha sperimentato nella vita che il luogo in cui vive non è sicuro o è associato a pericoli mortali, impara che non è una buona idea affidarsi a qualcuno per questa esperienza di appartenenza e attaccamento. Il minore rifugiato non accompagnato vive con un mondo interiore in cui ha sperimentato che i ponti tra le persone possono crollare sotto i suoi piedi...

### 3.7.1. L' 'ora delle streghe'

L' 'ora delle streghe' si riferisce al momento in cui pensieri oscuri inaspettati e imprevisi entrano improvvisamente nella mente del bambino affidato (Vliegen et al., 2017 e 2023). Due tipi di esperienze nella vita riportano ciascuno di noi a come abbiamo vissuto la solidità o la vulnerabilità delle nostre prime relazioni. Si tratta di momenti di separazione e di momenti di stress intenso che attivano il nostro sistema di attaccamento. Ciò significa, ad esempio, che in caso di incidente, anche se di lieve entità, di solito ci rivolgiamo per prima cosa alle nostre figure di attaccamento più vicine. La loro voce, la loro presenza fisica o le loro parole spesso ci portano la pace interiore di cui abbiamo bisogno per riflettere. Per i bambini che hanno vissuto un trauma complesso legato all'esilio, questi momenti di separazione, stress o minaccia nel contesto della famiglia affidataria, come cercare di trovare un nuovo tipo di autonomia e di separazione dai genitori affidatari, o affrontare la discriminazione e il razzismo senza avere la sensazione di avere qualcuno a cui rivolgersi, riattivano le precedenti esperienze di assistenza imprevedibile o assente durante il volo, cioè si sentono di nuovo completamente lasciati soli.

Più gravi sono le ferite e le minacce prima e durante la fuga, più intensa è la paura di non potersi più fidare di nessuno. Pertanto, per i bambini che hanno vissuto un trauma complesso associato all'esilio, queste paure molto forti di non appartenere vengono talvolta avvertite per molto tempo, anche durante l'affido. In modo ancora più sorprendente per chi li circonda, anche una situazione di famiglia affidataria 'accogliente' può far sì che un bambino si senta ansioso di sapere se appartiene davvero a quel luogo. In altre parole, quello che sembra essere un momento piacevole nella famiglia affidataria può essere un momento di stress per un bambino che ha vissuto un trauma complesso legato all'esilio, mettendolo in uno stato in cui le 'streghe' riempiono improvvisamente la sua mente; le streghe sono le esperienze molto negative e i modelli di attaccamento interni che possono emergere dopo la distruzione delle aspettative positive e della fiducia nelle relazioni umane a causa delle esperienze legate all'esilio.

Indipendentemente da quanto siano premurosi i nuovi genitori affidatari nella realtà, i bambini che hanno vissuto un trauma complesso (legato all'esilio) a volte - 'improvvisamente' - li percepiscono come persone inadeguate, dure e indifferenti, e a volte persino come trascuranti e abusivi. Il modo improvviso e inaspettato in cui la sequenza di esperienze quotidiane più 'ordinarie' viene interrotta è spesso molto sconvolgente sia per il bambino che per il genitore affidatario: quando qualcosa improvvisamente ricorda al bambino queste esperienze passate o, al contrario, quando improvvisamente si rende conto di essere trattato in modo insolitamente buono e - a causa del senso di colpa del sopravvissuto - potrebbe non averlo

'meritato'. Non solo il bambino, ma anche coloro che lo circondano devono trovare un modo per affrontare le immagini che possono interrompere inaspettatamente il normale flusso della vita quotidiana. A volte basta un motivo apparentemente piccolo per trasformare l'interazione che esisteva tra un bambino che ha vissuto un trauma complesso e i genitori affidatari in un controgio, una lotta. Questa immagine negativa si sovrappone all'esperienza e diventa la lente attraverso la quale l'esperienza reale assume un significato negativo. Questo problema svanisce lentamente e a volte si manifesta in tutta la sua forza in un momento non protetto, proprio come possono fare le streghe o le immagini fantasma. Sebbene queste immagini fantasma a volte causino disperazione nel genitore affidatario, sono sempre il tentativo doloroso e disperato del bambino di far emergere e comunicare qualcosa di cui non sa come occuparsi internamente.

Solo nell'ambiente sufficientemente sicuro di una famiglia affidataria - eventualmente con l'aggiunta del rifugio sicuro della psicoterapia per il bambino e del supporto di un operatore per i genitori affidatari - il bambino può iniziare a vedere queste strane ombre come qualcosa da cui può prendere le distanze e con cui può confrontarsi. Per mantenere l'ambiente sicuro della famiglia affidataria, i genitori affidatari, che sono diventati i primi bersagli degli sfoghi comportamentali e dei problemi emotivi e di sviluppo del bambino affidato, hanno bisogno di una guida specializzata da parte dei servizi di assistenza all'infanzia e degli operatori dell'assistenza all'infanzia che conoscono queste dinamiche e hanno le tecniche per formare i genitori affidatari su come gestire questi momenti difficili all'interno della loro famiglia.

### **3.7.2. Rabbia (collera) e rimozione emotiva (ritiro): camuffare la paura e le ferite traumatiche**

Gli effetti delle separazioni, delle perdite e dei traumi legati all'esilio pesano terribilmente sulle spalle troppo giovani di questi bambini, alcuni dei quali li risolvono chiudendo forzatamente i loro mondi interiori ansiosi e ritirandosi in un bunker di cemento, fuori dalla portata dei loro genitori adottivi. Questi bambini si proteggono dalle delusioni e dalle ferite, ma rischiano anche di finire in un luogo solitario e isolato. A volte i bambini non solo incapsulano questi pesanti sentimenti di paura e di solitudine, ma avvolgono anche le loro fragili e timorose viscere in un esterno arrabbiato e pesantemente armato.

La buona notizia è che queste esplosioni comportamentali o rimozioni emotive disperati sono segnali di speranza. Se gli operatori dell'affido e i genitori affidatari possono essere aiutati a comprendere i sentimenti di insicurezza, ansia (da separazione), privazione e minaccia, queste esperienze possono trovare gradualmente una collocazione e il bambino diventa un po' meno

alla loro mercé. Vengono considerati sentimenti e pensieri che possono essere presenti in quanto tali; non sono più realtà temute nella famiglia affidataria, che possono accadere al bambino affidato ancora e ancora. Questo dà al bambino la sensazione di avere il controllo quando arrivano questi sentimenti.

### 3.8. Trauma complesso e sviluppo dell'identità: in un labirinto di esperienze troppo difficili, si può anche perdere se stessi

---

Sentire di essere vivi, sapere che cosa è importante nella vita, sperimentare che cosa produce stanchezza e cosa dà forza ed energia: sono esperienze che conosciamo bene nella nostra vita.

I rifugiati minori non accompagnati che hanno vissuto traumi complessi e che soffrono di perdite cumulative e non elaborate sanno poco di questa esperienza fondamentale umana, perché 'il trauma colpisce l'area cerebrale che comunica le sensazioni sensoriali e incarnate dell'essere vivi' (van der Kolk, 2014). A volte sanno a malapena chi sono, cosa è importante per loro e cosa li stimola. Spesso hanno imparato ad adattarsi a circostanze sconosciute e, di conseguenza, hanno perso il contatto con se stessi, per quanto questi adattamenti possano essere stati essenziali per la sopravvivenza.

Il loro atteggiamento nei confronti della vita è spesso più reattivo: reagiscono soprattutto alle minacce (sia esterne che interne) e conoscono meno l'esperienza di prosperare nelle circostanze positive della famiglia adottiva. Come discusso in precedenza, crescere in circostanze traumatiche o essere sopravvissuti a esperienze traumatiche nell'adolescenza (una fase sensibile del corso di vita) porta a un'elevata sensibilità allo stress e a un'eccessiva vigilanza. L'intensa attenzione alle esperienze potenzialmente imprevedibili e negative è spesso accompagnata da sentimenti di mancanza di significato ('Non valgo nulla', 'La vita non significa molto per me') e da una mancanza di vitalità e affettività.

Una conseguenza di ciò è che è difficile connettersi con sentimenti caldi e amorevoli, e da lì è facile rispondere ritirandosi in un atteggiamento distaccato. La mancanza di vitalità e i sentimenti associati di curiosità, interesse, entusiasmo, passione, ecc. possono portare alcuni bambini a sperimentare un senso opprimente di vuoto e di insignificanza, nonché la mancanza di una bussola interiore che li aiuti a dare forma alla loro vita. Questi sentimenti spesso portano a pensieri come 'che senso ha vivere' o 'tanto vale non essere qui'. Nell'affido terapeutico, cerchiamo modi per aiutare il bambino a ritrovare esperienze di vitalità ('interventi vitalizzanti', Alvarez, 1992) e per aiutare i genitori affidatari a trovare modi per contribuire a questa vitalità

e identità. La vitalità può aiutare a scoprire chi è il bambino ora, come è diventato la persona che è ora e come può e vuole andare avanti da lì.

Il problema della chiusura e dell'addormentamento di un numero eccessivo di sentimenti difficili è che è impossibile chiudere una parte dei propri sentimenti in questo modo senza perdere la connessione con l'intero mondo emotivo, o almeno creare uno squilibrio importante nella propria vita emotiva. I bambini che affrontano sentimenti troppo forti e negativi ignorandoli e 'spegnendoli' si sentono 'morti' dentro (van der Kolk, 2014). Questa mancanza di vitalità in un bambino che ha vissuto un trauma complesso è il livello più profondo di disturbo. Quando un bambino lotta principalmente con sentimenti di letargia e intorpidimento, e finisce regolarmente o quasi cronicamente in uno stato apatico e dissociativo, questo è spesso accompagnato da una mancanza di immagini di nutrimento. Nell'affido, e nella terapia che può far parte dell'affido, le immagini di figure di accudimento sono decisamente poche, se non addirittura inesistenti. È quindi compito dell'operatore dell'affido e del genitore affidatario rivitalizzare i potenziali semi di vitalità e di immagini positive di cura, che a volte appaiono dal nulla. Il terapeuta e i genitori affidatari cercano segni o lampi di vitalità; piccole esperienze in cui il bambino mostra un barlume di affetto positivo e di speranza.

### **3.8.1. Quando una persona perde se stessa, perde la sua bussola interiore**

La capacità del bambino di determinare da solo le cose della vita, di prendere il controllo delle cose e di indirizzarle in una direzione particolare è talvolta definita dalla psicologia dello sviluppo come 'agentività' (Stern, 1995).

Un ambiente imprevedibile, insicuro o poco affettuoso porta a una base molto diversa per la consapevolezza di sé. Il bambino non si sperimenta come parte di un contesto significativo, non riesce a controllare le proprie reazioni e, di conseguenza, perde la prevedibilità di sé e la coerenza della propria autoconsapevolezza. Ha difficoltà a concentrarsi e a mantenere una direzione o un focus di attenzione. Manca la sensazione di poter lavorare dal qui e ora e di poter impostare una rotta verso un obiettivo. Van der Kolk (2014) parla di 'adattamento tragico': nel tentativo di escludere i sentimenti di paura, queste persone perdono la capacità di sentirsi pienamente vive (si sentono 'intorpidite').

Questo influisce sulla loro capacità di prendere decisioni, poiché non c'è un'efficace 'bussola interiore' che indichi se una scelta è positiva, o se è in linea con ciò che si vuole veramente ottenere, ecc.

### **3.8.2. Conflitti di collisione o di ricerca con il mondo per (ri)scoprire la propria bussola interiore**

Non appena si presentano nuove opportunità, ad esempio in una famiglia adottiva o affidataria, il bambino cercherà di riprendere questo sviluppo personale e cercherà di recuperare le opportunità di sviluppo mancate di un'adolescenza 'sulla strada della sicurezza in esilio'. Questo processo di 'adattamento' al nuovo ambiente con le sue nuove opportunità di solito non avviene in modo tranquillo e graduale, come sperano o si aspettano le persone che circondano il bambino, ma è spesso accompagnato da un violento conflitto interiore, con emozioni intense e spesso anche con lotte relazionali.

Senza la 'bussola interiore' che caratterizza un sano sviluppo precoce di sé, il bambino può conoscere e svilupparsi solo scontrandosi con il mondo esterno. Il bambino cerca se stesso in risposta a un mondo esterno, piuttosto che trovarsi attraverso una crescente organizzazione del mondo interno. Questi tentativi di un bambino che ha vissuto un trauma complesso di trovare e scoprire se stesso si scontrano quindi con molte reazioni del mondo esterno. In altre parole, quello che è un tentativo disperato di iniziare a percepire un senso di sé in un ambiente sufficientemente sicuro, a volte finisce in conflitto con quell'ambiente, riducendo le possibilità di mettere questo sviluppo personale su un binario di sviluppo più sano.

Le persone che circondano il bambino (per esempio, i genitori affidatari) stabiliranno i confini necessari per rendere possibile la convivenza e per aiutare il bambino a sentire se stesso e i suoi confini. A volte, però, il bambino si scontra con l'ambiente a tal punto da essere respinto, punito o ferito, o da farsi del male. Quello che inizialmente era un tentativo da parte di un bambino ferito e traumatizzato di ottenere il controllo del proprio senso di sé, può portare a un'ulteriore perdita di controllo.

### **3.8.3. Sviluppare un'identità nel trauma e nell'esilio: capitoli diversi in versioni diverse**

La capacità di costruire una storia di vita autobiografica è un aspetto essenziale dello sviluppo dell'identità. Le idee sull'aspetto della propria storia di vita nascono nell'infanzia e nell'adolescenza, quando il bambino inizia a chiedersi: "Da dove vengo? Dov'eri quando non esistevo?", o quando un adolescente chiede: "A chi assomiglio e cosa voglio diventare?" Le prime pennellate di questa storia di vita, concepita nella fase di bambino, sono solo una prima versione di una storia che verrà costruita, approfondita, sfumata, strato dopo strato, sotto l'influenza delle mutevoli capacità cognitive, emotive e relazionali. In seguito, domande come: La zia Lynn è la sorella della mamma? Oppure "Da chi ho preso i miei occhi blu?" e "Perché lo

zio Peter non viene mai alla festa dei nonni?” e così via. Per i bambini e i giovani con un passato da rifugiati, domande come: “Perché i miei genitori non sono con me?”, “Perché sono stato mandato dalla mia famiglia in Europa, mentre i miei genitori vivono ancora in una situazione di pericolo nel mio Paese d'origine?”.

Gli elementi reali e immaginari sono collegati tra loro per formare una storia coerente su chi si è, dando un senso di stabilità al proprio senso di identità. Tuttavia, la storia non è mai ‘finita’; viene scritta e riscritta man mano che la vita progredisce, e le capacità cognitive ed emotive, così come gli eventi della vita, danno motivo di riscrivere la storia da una nuova prospettiva. Il desiderio di conoscere e capire chi si è, come tutto è iniziato e come è cresciuto fino a diventare ciò che è ora, fa parte del processo di sviluppo dell'identità che dura tutta la vita.

#### **3.8.4. Lacune, salti e incongruenze nella storia di una vita**

Il complesso trauma vissuto da un rifugiato minore non accompagnato spesso va di pari passo con le discontinuità nella sua storia di vita. Spesso le persone che hanno avuto un ruolo importante nella storia di una persona non sono più disponibili o si rivelano inaffidabili, non solo come assistenti, ma anche come fonti di informazioni su chi si è e cosa si è passato. Molti rifugiati minori non accompagnati tendono a mantenere i contatti con i genitori e altri familiari stretti nel Paese d'origine, ma questi non sono attualmente disponibili ad aiutarli e, anche se lo fossero, non avrebbero idea di ciò che il loro figlio ha passato. È proprio a causa delle lacune o delle incongruenze nella storia di vita di un minore rifugiato non accompagnato, dell'assenza dei genitori e, in alcuni casi, delle esperienze disumanizzanti e della conseguente perdita della fiducia di base negli esseri umani, che a volte sono più coinvolti nella loro storia di vita o, al contrario, preferiscono starne lontani. Il bambino assistito o in affido deve essere in grado di fare i conti con la mancanza di continuità e di tollerarla senza perdersi nel vuoto.

Le discontinuità nella vita dei bambini traumatizzati e l'indisponibilità di fonti di informazione affidabili rallentano e impediscono loro di adattarsi e di regolare la loro vita in modo flessibile, in base alle loro capacità di sviluppo. Ciò può significare che alcune esperienze o ricordi d'infanzia affidabili svaniscono perché non vengono mantenuti vivi attraverso immagini e storie. Le informazioni possono essere perse, trascurate o distorte. Esperienze o ricordi reali o immaginari non vengono contestualizzati perché non c'è nessuno nella vita del bambino affidato che abbia una conoscenza di quel periodo. I pensieri e i desideri su ciò che i genitori stanno facendo o passando non vengono gradualmente adattati.

### 3.8.5. Il senso di perdita o di separazione da un genitore a causa di un volo

In caso di interruzione o discontinuità nella vita, un bambino o un giovane inevitabilmente soffrirà per la perdita dei genitori e/o delle persone che si sono occupate di lui nei primi anni di vita. Tuttavia, ciò che un rifugiato minore non accompagnato si lascia alle spalle è molto di più di queste persone fidate e premurose. Si tratta di una rottura totale con tutto ciò che si dà per scontato: il loro mondo di ritmi, odori, colori e suoni scompare improvvisamente. Questa rottura è profonda; poche persone devono affrontare eventi di tale portata nella loro vita.

Questa discontinuità nella vita può essere fortemente sentita nell'essere dell'adolescente, anche se l'adolescente non è in grado di trovare immagini o parole per essa; oppure può portare alla sensazione che le immagini e le parole non compensino i sentimenti dirompenti che la vita suscita. Per esempio, il bambino può essere eccessivamente sensibile alla perdita di attenzioni, amore e approvazione da parte degli altri; oppure può avere un profondo senso di non appartenenza; oppure può non sapere affatto come si sente, ma dimostrare che non sta bene attraverso un comportamento sintomatico grave. Inoltre, i sentimenti di perdita e di abbandono spesso vanno di pari passo con l'immagine di se stessi come privi di valore e indegni di amore. Inoltre, in molte famiglie affidatarie di parentela (= famiglie affidatarie che si occupano di un bambino o di un giovane della famiglia allargata), i genitori affidatari vogliono dimostrare che il loro bambino affidato si sta sviluppando bene. In questo contesto, a volte è ancora più difficile per il rifugiato minore non accompagnato sentirsi compreso dal suo ambiente, compresi i genitori affidatari.

È più probabile che le tensioni interiori difficili vengano comunicate in modi indiretti o incomprensibili, ad esempio attraverso l'eccessiva ricerca di approvazione, la continua messa alla prova e la provocazione dei caregiver, l'eccessivo desiderio di amore e attenzione o, al contrario, l'allontanamento di tutto l'amore e le cure; oppure attraverso sintomi come la depressione o l'aggressività verso gli altri o, al contrario, verso se stessi (autolesionismo). A volte i nuovi assistenti (genitori adottivi) sono trattati in modo così aggressivo da aumentare il rischio di nuovi disturbi, se i genitori adottivi non sono in grado di continuare il collocamento.

Gli aspetti vulnerabili dell'autonomia e dell'autostima passano relativamente inosservati quando il bambino è ancora nella scuola primaria. Non è fino all'adolescenza o al passaggio alla giovane età adulta - quando le sfide dello sviluppo dell'identità e della ricerca della propria strada nella vita fanno appello in modo più pesante all'autonomia e all'autostima - che diventa dolorosamente chiaro quanto il senso di essere qualcuno sia stato messo a dura prova nei

rifugiati minori non accompagnati. Per far fronte a questa vulnerabilità insopportabile, un bambino può fare scelte che rafforzano il suo senso di autonomia, ma allo stesso tempo interrompono la relazione di attaccamento appena formata nella nuova famiglia (ad esempio, lasciando improvvisamente la famiglia affidataria). Infine, per gli adolescenti che rompono i legami con la famiglia affidataria, il senso di parentela con gli altri è percepito come una minaccia al fragile senso di sé che è più attraente nell'adolescenza e nella giovane età adulta.

### **3.8.6. Accogliere le inevitabili cicatrici dell'anima legate al volo come parte di sé**

Le discontinuità più inimmaginabili della vita hanno un effetto dirompente su un minore non accompagnato. Le esperienze, che sono state traumatiche nel senso che sono state troppo opprimenti e/o che sono avvenute senza una persona fidata al loro fianco, vengono riproposte in un comportamento di sfida. Si esprimono in sintomi che rivelano ciò che è difficile da affrontare.

Trovare un modo per tradurre lo stress vissuto in immagini e parole è fondamentale per ridurre il rischio di comportamenti autodistruttivi e di disregolazione. Per qualsiasi bambino che ha vissuto un trauma complesso, è un compito impegnativo venire a patti con la vita complessa (e il destino precoce) che gli è stata consegnata. Come afferma giustamente van der Kolk (2014), 'ci vuole un'enorme fiducia e coraggio per permettersi di ricordare' (p. 13). Un ambiente familiare affidatario che rimanga il più possibile intatto, al di là di tutte le collisioni e i conflitti, e che non si lasci trascinare nel vortice delle difficoltà, è fondamentale a questo proposito ('relazionarsi'). Può essere utile intrecciare le proprie esperienze personali di vita - con le lacune e le discontinuità, i momenti di dolore e di tristezza, ma anche di relazione e di felicità - in una storia personale. È molto importante tenere insieme i diversi frammenti delle esperienze di questi, oppure collegarli e renderli significativi. I genitori affidatari, che perdono regolarmente la capacità di essere utili in questo compito, hanno bisogno dell'aiuto di operatori dell'affido formati (formati sulle vulnerabilità specifiche dell'esilio, del trauma e dell'età dei rifugiati minori non accompagnati).

## 4. Considerazioni cruciali per un affido specifico legato all'esilio e al trauma

### 4.1. Forse non ricordano consapevolmente, ma il loro corpo sì!

---

Il trauma complesso correlato all'esilio ha un impatto enorme sullo sviluppo di un minore rifugiato non accompagnato. Nel contesto dell'ampia gamma di domini di sviluppo interessati dal trauma complesso correlato all'esilio, questi bambini sono colpiti principalmente nelle loro capacità narrative ed espressive, nelle loro capacità di regolazione, nelle loro competenze sociali e relazionali e nel loro senso di sé e identità.

La capacità neurobiologica di far fronte allo stress e all'imprevedibilità è stata messa a dura prova per poter essere utilizzata in seguito in modo flessibile (Van der Kolk, 2014). Il senso di base della fiducia negli altri è stato gravemente danneggiato. Quindi c'è meno tolleranza per la frustrazione delle 'normali' difficoltà quotidiane e per i 'normali' attriti relazionali. Lo sviluppo personale e la personalità di un rifugiato minore non accompagnato si sono adattati a circostanze molto insolite. Nelle circostanze sufficientemente buone di una famiglia successiva (adottiva o affidataria), il bambino si trova improvvisamente in una situazione insolita e non sempre sa come affrontare quelle che sono, per altre persone, situazioni normali.

### 4.2. Non chiedersi "quanto è disturbato questo bambino in affido?", ma piuttosto "cosa ha vissuto questo adolescente in affido?"

---

Gli adolescenti che hanno vissuto il trauma complesso della disumanizzazione e della perdita della fiducia di base spesso mostrano un comportamento che non è 'logico' o comprensibile a prima vista, o addirittura incomprensibile. Ad esempio, la ferocia con cui il bambino reagisce non corrisponde alla causa scatenante, oppure l'affetto non corrisponde affatto alla situazione. Tuttavia, se questo comportamento viene compreso come una risposta al trauma, non è affatto incomprensibile. Aiutare un bambino di questo tipo ad acquisire nuove soluzioni più appropriate ai problemi quotidiani della vita non avviene chiedendo: "Perché fai così?" Piuttosto, si tratta di porre domande come: "Che cosa ha passato per rendere questa situazione così squilibrata?" e "Di che cosa ha bisogno per ritrovare l'equilibrio?"

#### 4.3. Primo soccorso in caso di disregolazione: 'Prima regolare, poi relazionarsi e solo dopo ragionare'

---

Nel corso della loro vita, i giovani che hanno subito un trauma legato all'esilio hanno sperimentato molti momenti in cui lo stress e gli affetti prendono il sopravvento e perdono il controllo dei loro pensieri, sentimenti e comportamenti.

Anche quando questi giovani affidati fanno dei passi avanti nel loro sviluppo, i genitori tengono conto del fatto che potrebbero esserci dei temporanei passi indietro. Appellarsi troppo rapidamente alla logica e alla ragione non funziona mai: "Perché ti sei comportato come prima?". In realtà, lo stress e gli affetti hanno appena spento la logica e la ragione. Ciò di cui questi bambini hanno bisogno in questi momenti sono genitori (o altri caregiver, come i genitori adottivi) che tollerino il fatto che la disregolazione è inevitabile e che siano disposti a sostituirsi a loro per un po', ancora e ancora. Questo è possibile solo se questi genitori adottivi sono in grado di continuare a riflettere, di mantenere il sangue freddo dopo innumerevoli momenti di ricaduta, di scoprire che cosa aiuta il bambino a calmarsi di nuovo, o che cosa lo aiuta a rimanere in contatto.

Sulla base di innumerevoli momenti di regolazione (prima regolare), cresce il legame con il bambino (poi relazionarsi). A volte, solo molto più tardi un genitore o un affidatario può tornare indietro e parlare di quello che è successo: Perché hai iniziato a urlare con tanta rabbia? Che cosa è successo dentro di te quando hai visto quell'altro ragazzo che ti guardava in quel modo? Nei momenti in cui il 'pulsante della logica e della ragione' può essere riacceso, il pensiero e il dialogo possono diventare nuovamente possibili (quindi tagionare).

#### 4.4. Un atteggiamento di compassione nei confronti di coloro che forniscono assistenza (i genitori affidatari)

---

Vivendo con un bambino che ha subito un trauma complesso, molti genitori sensibili sono diventati esperti nel gestire l'intensa disregolazione e nell'evitare troppi conflitti. Spesso hanno imparato a scegliere le loro battaglie. A volte, senza rendersene conto, forniscono un ambiente quasi terapeutico al bambino. Non commentano ogni sfogo negativo, a volte sopportano prima le reazioni violente e poi ne discutono con calma ('battere il ferro quando è più freddo'). Ad esempio, tollerano che il bambino in affido rimanga nella sua stanza per ore durante una visita della famiglia e di tanto in tanto lo controllano, senza obbligarlo a stare con la famiglia durante la visita.

#### 4.5. Il significato delle storie raccontate dal bambino in affido sulla mancanza di cure da parte dei genitori affidatari

---

Diventa doloroso quando il bambino attribuisce i suoi problemi alla mancanza di amore, cura e attenzione dei nuovi genitori nei suoi confronti. Le percezioni negative delle prime relazioni di attaccamento che i bambini che hanno subito un trauma complesso spesso portano con sé, colorano anche le loro relazioni con i nuovi caregiver, i genitori affidatari. Non è raro che questi bambini rimangano a lungo diffidenti nei confronti dei loro nuovi affidatari, poiché sono preda di sentimenti di separazione dai genitori e di svantaggio, anche quando vengono accuditi dai genitori affidatari. Quando un giovane traumatizzato con un passato di esilio non accompagnato si lamenta con i vicini o con gli insegnanti di non aver ricevuto abbastanza attenzioni dai suoi attuali genitori affidatari, questo può riflettere autenticamente qualcosa della sua realtà interiore, ma non necessariamente la realtà esterna concreta ed effettiva nel contesto della relazione tra bambino e genitori affidatari.

#### 4.6. "Il sasso nello stagno": il trauma non colpisce solo il bambino affidato vulnerabile, ma anche le persone che lo circondano (i genitori affidatari)

---

I genitori e le altre persone che circondano il bambino e la famiglia possono essere 'contagiati' dallo stress che il bambino sta vivendo o dal suo ritiro emotivo. La traumatizzazione secondaria o indiretta non è inconcepibile. Quando i problemi del bambino vengono alla luce, occupano molto spazio nell'ambiente in cui cresce un bambino traumatizzato. In questo senso, i genitori adottivi e gli altri bambini della famiglia rischiano una 'doccia tossica' occasionale, venendo coinvolti in situazioni o comportamenti che altrimenti non farebbero parte della 'normale' vita familiare. "Il trauma non colpisce solo coloro che vi sono direttamente esposti, ma anche coloro che li circondano" (Van der Kolk, 2014, p. 1).

#### 4.7. "Ci vuole un villaggio per crescere un bambino..."

---

Per alcuni bambini e giovani, non è sufficiente avere dei nuovi genitori adottivi; è necessaria una rete riflessiva di servizi di affido e di operatori dell'affido per aiutare i genitori adottivi a crescere il loro bambino in affido.

Scontrarsi con gli altri, cercare il conflitto, litigare, ma anche diventare inavvicinabili e mostrare un ritiro emotivo, come nei bambini a 'sviluppo normale', questi sono modi per esplorare l'individualità e iniziare a sentire chi si è. Tuttavia, l'insicurezza più profonda su un senso fondamentalmente positivo e coerente di sé è più dura. E più profonda è l'insicurezza su un senso di sé fondamentalmente positivo e coerente, più dura è la collisione. Questa collisione ha anche un elemento di verifica se il nuovo ambiente della famiglia affidataria è abbastanza solido da contenere o può contenere l'agitazione emotiva che è una conseguenza dei traumi vissuti in precedenza, nella terra d'origine e durante il viaggio verso l'Europa. I genitori affidatari sono il bersaglio preferito. Dopotutto, sono quelli che 'restano', e ci si può sfogare solo con le persone che restano. I genitori adottivi spesso devono pagare il prezzo di una vita difficile in seguito a un esilio traumatico, con molta ansia, dolore e tristezza.

Ciò significa che per alcuni bambini che hanno vissuto un trauma complesso, è necessaria una rete di assistenza al di fuori o al di là della famiglia affidataria: insegnanti a scuola, operatori dell'affido per sostenere la famiglia affidataria. Questa rete è particolarmente utile nelle crisi che vanno oltre la capacità dei genitori di affrontarle in modo costruttivo. È fondamentale che questa rete di figure e servizi di supporto sia sulla stessa lunghezza d'onda, in modo da poter sostenere i genitori e i bambini nella loro ricerca di un (relativo) equilibrio, piuttosto che sovraccaricare l'intero sistema.

#### 4.8. Attenzione alle soluzioni rapide

---

Il trauma complesso comporta ferite profonde in un'ampia gamma di aree dello sviluppo, spesso ferite nascoste che vengono strettamente coperte per sopravvivere. Il bambino non permetterà a un nuovo caregiver o a un terapeuta di entrare nella sua realtà, per paura di trovarsi di nuovo di fronte a esperienze traumatiche. Sostenere un bambino che ha vissuto un trauma complesso legato all'esilio significa anche accettare che questo bambino si presenti in una famiglia affidataria ed eventualmente in terapia in una sorta di processo per tentativi ed errori, con molti momenti di regressione, tornando al senso di sfiducia che è così comune per questi bambini traumatizzati. Il tempo umano è lento, la crescita post-traumatica umana e i processi di cambiamento fondamentale richiedono pazienza.

#### 4.9. Cicatrici: maledizione e benedizione

---

Passare da ferite crude e aperte a cicatrici guarite è un lungo viaggio. Dal punto di vista della psicologia dello sviluppo e dell'affido terapeutico, passare da ferite crude a cicatrici guarite è

un passo avanti. Dal punto di vista personale del bambino (e di coloro che lo circondano, ad esempio i genitori affidatari), le cicatrici costituiscono una vulnerabilità, a volte per tutta la vita, che può essere innescata da qualsiasi nuova fase della vita o sfida. Un nuovo fattore di stress nella vita, come un insegnante critico a scuola, la perdita di un nuovo assistente importante o di una persona cara, una disarmonia nella famiglia adottiva, può premere con forza su questo punto vulnerabile e aprire inaspettatamente la ferita. Proprio come la pelle perde la sua elasticità quando si verifica una cicatrice, così il bambino che ha vissuto un trauma complesso si sviluppa in modo meno flessibile e robusto rispetto a quando lo sviluppo della fiducia e dell'autonomia di base non era mai stato interrotto nel contesto del trauma durante il viaggio verso l'esilio.

#### 4.10. Coltivare ogni barlume di speranza

---

La vita dei bambini che hanno vissuto un trauma complesso, così come quella dei loro genitori, a volte può sembrare una catena infinita di problemi, non appena uno viene risolto e affrontato, ne compare un altro. Ci sono molti momenti difficili da sopportare, molti ponti da attraversare, molti incendi da spegnere e crisi da superare. È qui che la vita di questi bambini e dei loro genitori differisce davvero da quella dei bambini 'medi' o 'a sviluppo tipico'. L'ansia e la disperazione intense che fanno parte della vita dei bambini traumatizzati e di coloro che li circondano non sono dello stesso ordine delle preoccupazioni e delle ansie minori che tutte le famiglie devono affrontare.

Di tanto in tanto, è necessaria una visione a volo d'uccello per vedere il cambiamento di rotta che sta avvenendo nella vita del bambino in mezzo a tanti momenti difficili.

Si tratta di rafforzare l'aspetto positivo, nutrire e connettersi con le influenze positive. Nell'accompagnare i bambini e i giovani attraverso momenti impegnativi e difficili della loro vita, dobbiamo essere pazienti e creare un ambiente in cui si possano trovare momenti di speranza e non trascurare gli scorci di momenti in cui si può ricostruire qualcosa che può poi svilupparsi in una relazione di fiducia. In un certo senso, l'amore e la gentilezza sono la base per creare un legame e un senso di appartenenza per un rifugiato minore non accompagnato.

## 5. Da un modello concettuale alla scrittura di una guida pratica per chi lavora nel sistema di affido

### 5.1. Formazione per operatori e reti di assistenza all'infanzia

Affidare un bambino significa sempre diventare genitore di un bambino con esigenze complesse. In alcuni casi, però, non ci sono solo esigenze complesse, ma anche esigenze legate al trauma, dovute alla rottura o all'allontanamento dalle relazioni di attaccamento. (Operatori familiari specializzati di Westchester; <https://www.fsw.org/our-programs/therapeutic-foster-care/foster-care-success-stories-and-videos/>)

Non c'è da stupirsi, quindi, che diventare un genitore adottivo non sia cosa facile. Può essere una carriera incredibilmente arricchente e gratificante, ma questo punto verrà raggiunto solo dopo un percorso molto insolito e talvolta conflittuale. Questa realtà richiede una guida specifica, per poter arrivare a un punto in cui ci si renderà conto che i vantaggi di diventare genitore affidatario superano di gran lunga le difficoltà del percorso. Il lavoro precedente sull'affido terapeutico tendeva a presentare questo tipo di affido da una prospettiva ideale, come vediamo nella seguente citazione del Gruppo Westchester di operatori sociali e di assistenza all'affido:

“Ecco solo alcuni degli incredibili vantaggi dell'affido di un bambino con esigenze complesse:

- Diventa il tuo più grande difensore e sostenitore.
- Tu lo aiuti a diventare più indipendente e sicuro di sé.
- Tu lo aiuti a capire meglio se stesso e il mondo che lo circonda.
- Tu dimostri cosa sia una relazione solida e significativa.
- Tu lo aiuti a scoprire i suoi interessi e le sue passioni.
- Tu svolgi un ruolo importante nell'aiutarlo a guarire dai traumi del passato.
- Tu potrai vederlo raggiungere obiettivi importanti e lo sviluppo del suo pieno potenziale.
- Tu sei presente per mostrare gentilezza, amore e compassione quando ne ha maggiormente bisogno.
- Stai dando a un bambino vulnerabile la possibilità di avere successo nella vita”.

È importante ricordare che un bambino in affido non solo ha vissuto lo strazio e la confusione di essere separato dalla sua famiglia di nascita, ma ha anche le proprie difficoltà. Il suo

comportamento e il suo modo di esprimersi possono essere stati fraintesi ed etichettati come inappropriati, cattivi o problematici. Oppure semplicemente non sa come comunicare ciò di cui ha bisogno.

Ecco perché è stato creato l'affido terapeutico. Si tratta di un approccio specialistico progettato per rendere più efficace l'assistenza al bambino. Ogni bambino riceve un livello di supporto maggiore da parte di un team integrato di professionisti, tra cui terapisti, affidatari, consulenti educativi e, naturalmente, operatori dell'affido.

In parole povere, l'arte dell'affido terapeutico consiste nel guardare oltre il comportamento. Dobbiamo invece concentrarci sulle ragioni che ne sono alla base e lavorare con loro per influenzare un cambiamento positivo. *Riteniamo sempre più che l'aggiunta di un team multidisciplinare a supporto del servizio di affido sia una condizione necessaria per l'affido terapeutico. Ma c'è ancora molto da fare! Questa rete dovrebbe essere formata sulle dinamiche specifiche del trauma e dell'esilio, e le tecniche mirate alla mentalizzazione e al funzionamento riflessivo degli affidatari sono molto utili a questo proposito.*

Il fattore principale che distingue il Programma di Affidamento Terapeutico dall'affido tradizionale è l'ampia formazione e il supporto professionale che i nostri 'Specialisti della Famiglia' forniscono ai nostri affidatari, nonché la formazione approfondita che gli stessi Specialisti della Famiglia ricevono. Aiutare i genitori affidatari è possibile solo se gli stessi operatori dell'affido sono formati sulle questioni specifiche su cui devono lavorare con questi genitori affidatari.

Qui abbiamo già trovato una struttura approssimativa per la nostra formazione FORM:

Ai genitori vengono offerte sessioni il più possibile informative ed esperienziali per migliorare i risultati dell'apprendimento. Incoraggeremo quindi i presenti a condividere le loro esperienze e noi condivideremo alcune delle nostre esperienze per dare vita ai principi più astratti della specificità del trauma e della specificità dell'esilio. Le sessioni per creare uno spazio riflessivo per pensare alle informazioni possono essere programmate durante il programma.

Ogni workshop è seguito da una sessione di riflessione. Questa è l'occasione per il gruppo di rivedere ciò che hanno imparato e provato dopo il workshop, riflettere sull'impatto e decidere cosa fare in seguito.

Affinché i bambini e i giovani affidati trovino una forma per porre fine a quanto accade loro, e inizino a guarire, è necessario un affidatario terapeutico. La nostra formazione sull'affido fornisce agli operatori dell'affido e ai genitori affidatari le competenze necessarie per adottare

un approccio terapeutico (=di guarigione), affrontando temi come il modo di affrontare la pressione o le situazioni di stress. Un approccio terapeutico alla genitorialità non è una scienza missilistica, nella sua forma più semplice si tratta di educare e nutrire un bambino in modo da permettergli di crescere e maturare, tenendo conto dei traumi e dei comportamenti che possono averli colpiti. Si tratta di stare con i bambini quando le cose possono diventare difficili, in modo che possano iniziare a sviluppare un senso di appartenenza nella casa dove si trovano.

In un modulo di formazione per gli operatori dell'affido e, indirettamente, per i genitori affidatari, programmeremo diversi temi e contenuti per le sessioni di formazione, che copriranno elementi obbligatori su:

Teoria dell'attaccamento, mentalizzazione, autoregolazione e regolazione degli affetti, psicodinamica dell'esilio e del cambiamento culturale, effetti psichici della disumanizzazione e dell'isolamento, teoria del trauma, trauma relazionale o da attaccamento complesso nei bambini affidati, creazione di abilità narrative e capacità di simbolizzare (immagini e parole) sull'esperienza dell'esilio, genitorialità sotto la pressione del trauma e perdita cumulativa del bambino affidato, riconoscimento della traumatizzazione indiretta e lavoro con i sentimenti di rabbia e delusione dei genitori affidatari e degli operatori dell'assistenza, sviluppo del bambino: sviluppo normale nell'adolescenza, sviluppo problematico di fronte al trauma e alla perdita nell'esilio, comprensione del conflitto e dell'allontanamento come atteggiamenti protettivi di un bambino ferito, recupero da un trauma complesso: dalla ferita alla cicatrice, costruzione della resilienza in giovani traumatizzati e isolati.

Questa formazione o guida pratica mira a costruire la comprensione e ad esplorare diversi modi per raggiungere i giovani vulnerabili con un retroterra di perdita e trauma legati all'esilio. Il programma di formazione mira a promuovere un affido sensibile e reattivo, che aiuti i bambini affidati a sviluppare un senso di appartenenza alla famiglia affidataria e sostenga lo sviluppo del bambino. Questa formazione vuole costruire la comprensione, come un modo per aumentare il livello di funzionamento riflessivo dei genitori affidatari nei momenti di conflitto e di pressione.

L'obiettivo del nostro programma di formazione è quello di sensibilizzare i genitori affidatari e i loro consulenti del servizio di affido sull'intensità con cui le esperienze traumatiche precoci possono influenzare non solo lo sviluppo di questi bambini affidati, ma anche la loro vita familiare. Sarà fondamentale informare i genitori affidatari - così come gli altri assistenti chiave nei servizi per i giovani e nelle scuole - sul mondo interiore di un bambino traumatizzato in

modo complesso. In un certo senso, il programma che abbiamo sviluppato funge da guida per i genitori e gli operatori dell'affido di questi bambini e delle loro famiglie.

## Parte 1: Specificità del trauma complesso e della sua psicodinamica all'interno delle famiglie affidatarie

---

In una prima parte della guida pratica, informeremo sulle specificità di questi bambini traumatizzati complessi e sul supporto specifico di cui hanno bisogno questi giovani e i loro genitori. Il trauma complesso è un tipo specifico di trauma che può essere riscontrato soprattutto nei bambini in affido o adottati, ma anche nei bambini rifugiati, in particolare nei minori rifugiati non accompagnati. Come risultato del trauma, spesso si verifica una rottura o un crollo delle relazioni di attaccamento o della fiducia di base nell'umanità.

Nell'affido in generale, il trauma relazionale ha a che fare con l'aggressione, la negligenza, l'umiliazione e la rottura delle relazioni di attaccamento originarie; nell'affido di minori rifugiati non accompagnati, ci si confronta con le conseguenze dell'incertezza sui tutori primari, con gli effetti del senso di colpa del sopravvissuto e con le relazioni interrotte o con "relazioni presenti molto vivide ma anche molto distanti (a distanza)", con le conseguenze delle esperienze disumanizzanti che il giovane affidato ha vissuto, di solito in modo molto solitario (Bistas & Grewal, 2023).

Nella letteratura sul trauma troviamo molte informazioni sul trauma di tipo 1, un singolo evento traumatico. Si tratta di esperienze travolgenti e di breve durata, come un terremoto o un incidente stradale. La maggior parte dei traumi di tipo 1 sono causati dalla natura. I traumi di tipo 2 sono eventi travolgenti e ripetuti che causano vergogna nei confronti di chi li assiste, come l'incuria, l'abuso sessuale o l'aggressione, o altre esperienze traumatiche ripetute. Il trauma di tipo 2 è un trauma causato dall'uomo, il più delle volte, ma non necessariamente, all'interno della propria famiglia. Anche il trauma di guerra è considerato un trauma causato dall'uomo, in quanto di solito non è un evento 'una tantum' e mina la fiducia nelle relazioni umane, portando a un profondo senso di solitudine, isolamento e perdita (Terr, 1991).

I traumi complessi, o traumi di Tipo 3, di solito hanno origine da esperienze di abuso e di aggressività o di trascuratezza nella relazione con i genitori biologici (cioè nel contesto del trauma di Tipo 2) e/o in relazioni disumanizzanti nel contesto della guerra. Tuttavia, vanno oltre queste esperienze traumatiche di tipo 2, nel senso che portano a una rottura della relazione genitore-figlio (quando i bambini vengono allontanati dalla casa familiare o devono lasciare la famiglia per andare in esilio) e della fiducia epistemica più in generale (Terr, 1991;

Solomon & Heide, 1999). La fiducia epistemica è un concetto psicoanalitico che si riferisce alla capacità di vivere le relazioni umane in un senso diverso da quello di abuso e di inganno; si tratta della capacità di percepire un altro essere umano come una fonte affidabile di informazioni e di cognizioni sociali che possono essere utili al soggetto (cfr. Fonagy & Allison, 2014; Fonagy et al., 2014; Duschinsky & Foster, 2021).

La maggior parte dei bambini e dei giovani con trauma di tipo 3 deve affrontare l'assenza di qualsiasi forma di fiducia di base che era presente nelle relazioni genitore-figlio che si sono lasciati alle spalle quando sono fuggiti (o che non si sono sviluppate completamente prima della fuga, a causa delle difficoltà di vivere con i genitori in condizioni minacciose). Nel corso della loro vita, di solito hanno sperimentato ripetute perdite di nuove relazioni negli istituti di assistenza ai minori, nelle precedenti case adottive o, prima, nel viaggio verso la sopravvivenza in Europa.

Le relazioni che avevano durante il viaggio verso l'Europa sono diventate intercambiabili e funzionali, al servizio dei meccanismi di sopravvivenza. Questi meccanismi possono causare problemi quando questi bambini hanno difficoltà a riallacciare i rapporti dopo l'arrivo in affido.

A causa di questi effetti, il *trauma di tipo 3* (Terr, 1991; Herman, 1992) è chiamato anche *trauma da attaccamento* (Allen, 2013) o *trauma complesso* (Van der Kolk, 2006). Il trauma di tipo 3 si sviluppa come risultato di esperienze di perdite cumulative, a partire dalla perdita della relazione con il caregiver primario, e comporta il rischio di ripetere o riprodurre la rottura della relazione all'interno della famiglia affidataria. I traumi da attaccamento e le perdite precoci vissute da questi giovani hanno effetti a lungo termine sull'affido. Il più delle volte, queste difficoltà legate ai traumi e alle perdite rimangono nascoste dietro le porte chiuse e vengono sottovalutate dagli altri membri della famiglia e dai caregiver, come gli insegnanti o gli operatori sanitari della famiglia. Di conseguenza, non sono solo i bambini affidati a soffrire di solitudine, ma anche i genitori affidatari. Pertanto, la formazione per aiutare i genitori affidatari e gli operatori e i servizi di assistenza all'infanzia a comprendere la specificità dei problemi di attaccamento del bambino affidato è di fondamentale importanza.

I traumi complessi vengono sperimentati in un periodo di vita di cui il bambino adottivo non ha ricordi concreti, o in un periodo successivo della vita, nel contesto di esperienze travolgenti per le quali non è stato possibile trovare una rappresentazione, un significato o delle parole (i traumi vissuti dai rifugiati minori non accompagnati non possono essere raccontati, a volte nemmeno ricordati: punizioni fisiche, stupri, sparizioni, trattamenti disumani, ecc.). Questi traumi rimangono sconosciuti fino al momento in cui questi bambini o giovani cercano di

formare nuove relazioni di attaccamento o di fiducia all'interno di una famiglia affidataria, o fino a quando è necessario compiere nuovi passi di sviluppo. A questo punto, i traumi e le perdite precedenti interferiscono con la formazione di nuove relazioni di attaccamento e con l'autostima necessaria per andare avanti nello sviluppo.

Non sorprende che il trauma da attaccamento si attivi soprattutto nel contesto della turbolenta crisi d'identità dell'adolescenza; in seguito, questi traumi si manifestano sotto forma di difficoltà emotive, problemi comportamentali, disturbi psicosomatici, suicidalità, ecc. Questi problemi possono manifestarsi in modo puramente somatico, a livello fisico, per esempio con una capacità molto ridotta di affrontare lo stress, con malattie somatiche inspiegabili dal punto di vista medico o con sintomi di stanchezza cronica.

Inoltre, in una situazione di trauma, lo sviluppo precoce del cervello è fortemente influenzato da questi primi traumi, oppure, nel caso di giovani non accompagnati, l'ulteriore strutturazione del cervello adolescenziale può essere compromessa da esperienze travolgenti durante il volo.

A causa di questi profondi effetti fisici, i primi traumi complessi da attaccamento possono influenzare contemporaneamente la personalità, le capacità relazionali, l'autoconsapevolezza corporea, lo sviluppo cerebrale e i processi di regolazione, la memoria e le capacità narrative (Van der Kolk, 2014). Senza una buona assistenza professionale, questi traumi del funzionamento dovuti all'attaccamento avranno un impatto negativo sullo sviluppo futuro dei bambini coinvolti. A causa di questo rischio di sviluppo, la permanenza di questi minori in una famiglia affidataria o anche in un istituto per giovani dovrebbe essere accompagnata o sostenuta da un'assistenza terapeutica specifica per i traumi e da una formazione e supervisione sensibili ai traumi legati all'esilio per gli operatori dell'affido e per coloro che lavorano nelle case dei bambini provenienti da contesti di esilio.

## Parte 2: Auto regolazione e regolazione degli affetti

---

In una seconda parte della guida pratica per gli operatori dell'affido, descriveremo come il trauma relazionale precoce, sia nel senso di una rottura delle relazioni di attaccamento primarie, sia nel senso di una rottura della fiducia di base nell'umanità e nelle relazioni umane, può influenzare i meccanismi psicofisiologici alla base della regolazione di sé e degli affetti (Van der Kolk, 2014). La perdita cumulativa di relazioni e i traumi relazionali possono portare a una disregolazione emotiva che può lasciare il bambino o l'adolescente molto insicuro della propria esistenza. Questa insicurezza esistenziale di base si sviluppa sulla base della narrativa interna

sulle relazioni sviluppata durante la fuga, una narrativa secondo la quale non ci sono adulti fidati che sostengano, e che bisogna fare affidamento su se stessi per sopravvivere.

Poiché questa insicurezza esistenziale si basa sulla rottura precoce delle relazioni di attaccamento o sull'esperienza dell'abbandono e della perdita cumulativa di relazioni durante l'infanzia e l'adolescenza, il bambino non sarà in grado di integrare queste esperienze e le rappresentazioni interne delle relazioni nella sua mente; pertanto, queste rappresentazioni in uno stato implicito o inconscio e saranno presenti nelle esperienze corporee e nelle reazioni automatiche del bambino. I traumi che non possono essere ricordati diventano visibili nelle vulnerabilità fisiche e nei sintomi che interferiscono con il benessere del bambino e con le relazioni con gli altri. Spesso le minacce e i traumi della fuga possono essere espressi solo in sintomi fisici (come un sistema di regolazione dello stress non ottimale) o in sintomi comportamentali e relazionali (attacco-fuga-congelamento) (Thompson e colleghi, 2014).

Questi processi hanno un impatto ciclico sull'immagine di sé e sul compito evolutivo di affrontare la crisi di identità dell'adolescenza. Il tema centrale di questa seconda parte della formazione è quindi la comprensione dello sviluppo psichico dei bambini traumatizzati relazionali complessi, con un'attenzione particolare al modo in cui i ricordi non elaborati e non integrati di perdita, trauma e disumanizzazione influenzano la capacità di formare nuove relazioni di attaccamento all'interno di una famiglia adottiva, nonché la capacità di superare le crisi di identità. Ciò che non viene ricordato di queste esperienze traumatiche precedenti rimarrà presente nella vita psichica come una ferita profonda e influenzerà la base corporea della regolazione di sé e degli affetti (Van der Kolk, 2014). Questi meccanismi influenzeranno a loro volta le relazioni con le nuove figure di attaccamento, come i genitori adottivi.

L'elaborazione, la riflessione e la mentalizzazione saranno possibili solo in una fase successiva del processo di affido. Nel frattempo, gli operatori dell'affido devono aiutare il minore rifugiato non accompagnato e i suoi genitori affidatari a regolare lo stress e la tensione, semplicemente perché le esperienze traumatiche di perdita e disumanizzazione vanno ben oltre la capacità di elaborazione psicologica; per un certo periodo di tempo, il bambino non riesce a trovare parole e narrazioni per queste esperienze stressanti e schiaccianti, e i genitori affidatari non sanno come capire esattamente questo problema.

Nel frattempo, esiste una regola d'oro che abbiamo imparato dalla ricerca neuropsicologica: prima regolare (stabilizzare), poi relazionarsi (stabilire un contatto, un legame) e infine ragionare (approfondire il contatto, trovare modi per riflettere e lavorare) (Perry, 2009; vedere anche: Vliegen e colleghi, 2017 e 2023). Gran parte del lavoro con i rifugiati minori non

accompagnati è di natura stabilizzante e consiste in aiutare il bambino a contenere il suo stress interiore. L'inaccessibilità e la freddezza affettiva di un bambino in affido, da un lato, e l'iperadattamento e l'ipervigilanza, dall'altro, rappresentano sfide difficili per consulenti, terapeuti e genitori affidatari. Questi comportamenti possono essere intesi come forme di sotto- o sovra-arousal (=sotto- o sovra-attivazione) che devono essere trasformate nel contesto di nuove relazioni di attaccamento: un giovane disumanizzato ha problemi a trovare un livello adeguato di attivazione (arousal) e di regolazione (Perry, 2009). Nel contesto della consulenza specifica per l'esilio e il trauma, dobbiamo cercare modi più ottimali di regolare l'eccitazione e la tensione.

### Parte 3: (Nuove) relazioni di attaccamento

---

In una terza parte della guida pratica, queste prospettive di sviluppo vengono portate ad un altro livello. Dalle teorie sull'attaccamento abbiamo imparato che la regolazione degli affetti è la base per costruire (nuove) relazioni di attaccamento. Lo stress e la regolazione degli affetti, così come il senso di appartenenza - entrambi sono importanti elementi costitutivi dell'attaccamento - possono essere danneggiati dalle esperienze disumanizzanti prima, durante e dopo il volo. Questa situazione può portare alla sensazione di essere lasciati soli, abbandonati o addirittura di sentirsi distrutti. Per non sentire questa paura di annientamento (distruzione), il bambino può sviluppare diverse strategie: la nuova figura di attaccamento (il genitore affidatario) viene controllata, totalmente rivendicata o aggressivamente attaccata, attratta e respinta allo stesso tempo. Questo tipo di comportamento serve a non dover sentire la propria paura di essere abbandonato di nuovo e di non appartenere.

Può essere molto difficile per i genitori adottivi capire che il figlio adottivo è critico e sprezzante solo per difendersi dalla paura di essere abbandonato di nuovo, di perdere di nuovo una relazione importante o di non essere in grado di partecipare al nuovo ambiente familiare. Questi bambini in affido si difendono da una nuova opportunità di attaccamento, da cui potrebbero trarre i maggiori benefici per il loro sviluppo; si difendono dalla relazione di affido di cui hanno più bisogno per far progredire la loro traiettoria di sviluppo. I bambini affidati non permettono ai loro genitori affidatari una buona vicinanza o una buona distanza. Il bambino in affido non ha una buona percezione di quanto lontano o quanto vicino possa tollerare i genitori affidatari: Il "troppo lontano" attiva la paura di essere lasciato solo, il "troppo vicino" attiva la paura di perdere un fragile senso di autonomia e di autoefficacia o di agentività.

Dobbiamo garantire che il minore rifugiato non accompagnato in affido sia protetto da nuove interruzioni dell'attaccamento, aiutandolo a regolare gli alti livelli di stress associati ai passi che sta compiendo per stabilire nuove relazioni di attaccamento. Nel contesto dell'affido terapeutico vedremo i segni del trauma della disumanizzazione e della perdita o rottura delle relazioni di attaccamento apparire ripetutamente sotto forma di momenti ripetuti di piccole rotture nella relazione con i genitori affidatari: momenti di ritiro emotivo così come momenti di richieste eccessive o conflitti con i genitori affidatari. Questo può essere del tutto incomprensibile per i genitori affidatari che sentono il dovere di dare il meglio al loro bambino affidato e, in alcuni casi, si sentono molto leali e impegnati per avere successo agli occhi dei genitori biologici del bambino affidato, che fanno parte della famiglia allargata o della parentela che è stata lasciata nel Paese d'origine.

#### Parte 4: Mentalizzazione e autoriflessione

---

Nella quarta parte della guida pratica, esamineremo l'importanza di una posizione di mentalizzazione per i consulenti/operatori dell'affido. Normalmente, nello sviluppo infantile, i bambini imparano a capire se stessi nel contesto delle comunicazioni e delle reazioni dei genitori, che agiscono come una sorta di specchio affettivo. Nel contatto con i genitori, il bambino viene tenuto in considerazione. I genitori autoriflessivi e aperti alla mentalizzazione hanno una funzione protettiva per i loro figli. A contatto con questi genitori, il bambino sperimenta che le incomprensioni e i conflitti possono essere riparati o sanati. Se i bambini non sono rappresentati mentalmente dalle loro prime figure di attaccamento, o se la rappresentazione dei genitori viene persa a causa di perdite cumulative e traumi schiacciati e disumanizzazione nel corso dell'esperienza di esilio, c'è il rischio che anche i successivi genitori adottivi non vengano vissuti come genitori in grado di agire in modo sufficientemente buono. I bambini e i giovani con traumi o rotture dell'attaccamento, i bambini rifugiati che hanno subito una perdita di fiducia, rappresenteranno delle sfide particolari per i loro affidatari. A causa di questo rischio, i bambini in affido hanno bisogno di genitori adottivi che siano in grado di affrontare queste esperienze traumatiche. I bambini in affido e i loro genitori hanno anche bisogno di una rete di professionisti ben informati sulle dinamiche del trauma e della disumanizzazione.

Il funzionamento riflessivo dei genitori e la mentalizzazione sono utili per ripristinare la relazione tra i genitori e il bambino e per aiutare il bambino a comprendere il suo mondo interiore, nel senso che gli affetti e le esperienze travolgenti o insopportabili ricevono un significato attraverso la funzione di rispecchiamento dei genitori o dell'operatore dell'affido.

La mentalizzazione può essere uno 'strumento' utile per il bambino o il giovane per elaborare le emozioni, per ottenere una migliore comprensione di ciò che si sente dentro e per imparare che ci sono modi per superare le emozioni travolgenti e per tornare a un livello emotivo sopportabile. La mentalizzazione è definita come 'il modo in cui gli esseri umani danno senso al loro mondo sociale immaginando gli stati mentali (ad esempio, credenze, motivazioni, emozioni, desideri e bisogni) che sono alla base dei loro e degli altri comportamenti nelle interazioni interpersonali' (Choi-Kain & Gunderson, 2008, p. 1).

## Parte 5: Ricerca di simboli e di una narrazione

---

Nella quinta parte della guida pratica della formazione, vengono descritti gli approcci terapeutici alla simbolizzazione e alla ricerca narrativa. Nella maggior parte dei casi, i bambini traumatizzati possono essere raggiunti utilizzando tecniche come le attività/terapie di gioco, tecniche in cui le immagini e/o le abilità verbali e le narrazioni giocano un ruolo importante. Dopo il trauma e la disumanizzazione, ci vuole tempo per simbolizzare attraverso la narrazione e per ritrovarsi in una narrazione.

Dovremmo renderci conto di come i bambini e i giovani possano essere aiutati attraverso il gioco, il disegno, la creazione di materiali visivi e la scrittura di diari e narrazioni, per trovare modi adeguati all'età di usare parole e immagini per esprimere le parti più difficili della loro esperienza personale e per trasformare elementi e parti delle esperienze traumatiche e disumanizzanti che sono diventate parte della loro identità prima, durante e dopo il volo.

## Parte 6: Contatto con le espressioni nascoste delle perdite e delle disregolazioni relazionali

---

Nella sesta parte della guida pratica entreremo in contatto con le espressioni nascoste (alcuni segni o sintomi) dei traumi e delle ansie profonde di questi giovani. Questi segni e sintomi sono di solito l'espressione di una comunicazione indiretta e spesso incomprensibile, per la quale il bambino può imparare a usare altre espressioni, sotto forma di immagini e parole diverse e più comprensibili. Nel frattempo, però, il bambino sarà in grado di comunicare solo in modo frammentario le sue esperienze più traumatiche e disumanizzanti; questi segni e comunicazioni frammentati devono essere raccolti e conservati da un genitore, da un operatore dell'affido e/o da un terapeuta, per dare loro un primo significato condiviso. Nel corso di questo processo, passo dopo passo, il bambino diventa colui che inizia a prendere nuovamente in mano la sua vita.

Offrendo un tipo di affido terapeutico nel senso descritto, al minore non accompagnato affidato viene data l'opportunità di trovare isole o punti di migliore regolazione e riposo, in cui il caotico mondo interiore si trasforma in un diverso tipo di autoconsapevolezza. Questo processo è progressivo, ma comporta anche momenti di ricaduta: da momenti di contenimento a momenti di disregolazione sulla via della trasformazione e di una migliore integrazione psichica. Stiamo parlando di giovani che possono essere ipervigili, che vivono con un livello più elevato di sensibilità allo stress, nonché con meccanismi di attacco, fuga e congelamento. Nel contesto di questa parte della formazione, illustreremo anche come questi bambini ipervigili e altamente stressati arrivino a momenti di relazione nel contesto del loro rapporto con nuove figure di attaccamento, come i genitori adottivi, e come questi genitori possano ottimizzare l'opportunità di questi momenti trasformativi.

## Parte 7: Circuiti biopsicosociali

---

Nella settima parte della guida pratica, esamineremo più da vicino i circuiti biopsicosociali coinvolti nelle esperienze di trauma relazionale complesso. Alti livelli di stress e una maggiore sensibilità allo stress portano a livelli più elevati di eccitazione e reattività agli stimoli interni ed esterni. Questo a sua volta porta a difficoltà psicologiche e sociali che aumentano l'ansia e l'aggressività: questo ciclo è chiamato la trappola biopsicosociale delle persone traumatizzate e disumanizzate. Quando un bambino adottivo traumatizzato dall'esilio vive in uno stato mentale così intollerabile, corre il rischio di comportarsi in modo controllante, manipolativo, sprezzante e/o aggressivo. Nel contesto dell'affido terapeutico, il bambino può imparare a riconoscere questo tumulto interiore e iniziare a cercare nuovi modi di comportarsi e di relazionarsi. Tuttavia, qualsiasi progresso verso relazioni evolutive sarà messo a dura prova o ostacolato dalla paura sempre presente di essere lasciato di nuovo solo. Questo tema psichico centrale della rottura delle relazioni e della scomparsa della presenza e dell'affidabilità umana interferirà o può interferire con la relazione di affido in modo schiacciante e incontrollabile. In questi momenti, il bambino sembra essere preso da immagini e aspettative negative sui genitori affidatari, come se strane figure fantasma entrassero in scena (la cosiddetta ora delle streghe, i fantasmi nell'affido). In questi momenti, il bambino in affido è pieno di paura e sfiducia, convinto della cattiveria dei genitori affidatari. Molto spesso, queste paure profonde si manifestano sotto forma di rabbia, rifiuto o altri problemi comportamentali. Nel contesto dell'affido terapeutico, è necessario formare gli affidatari e i genitori adottivi a rimanere in contatto con il bambino affidato nel mezzo di momenti di tensione, ipervigilanza e sfiducia.

Trovare parole a questi problemi nel contesto dell'affido terapeutico è anche un modo per costruire l'identità. Nel corso di perdite traumatiche, attaccamenti interrotti ed esperienze disumanizzanti, questi giovani hanno anche perso se stessi, hanno perso il contatto con il loro senso di sé. Tuttavia, sotto queste perdite di sé, ci sono elementi di vitalità e di resilienza. I genitori affidatari riferiscono di questi momenti e aspetti: per esempio, un certo tipo di attività del tempo libero, un hobby o un'area di interesse in cui questi giovani si sentono adeguati e capaci, un'area di interesse, per esempio a scuola, che li appassiona. Per lavorare verso un nuovo senso di identità, nel corso dell'affido terapeutico sarà necessario cercare queste aree e lavorare sulle rappresentazioni negative di sé e degli altri, profondamente radicate e legate al trauma.

Nel processo terapeutico (affido) con questi minori non accompagnati, è facile osservare come questi giovani mettano alla prova i limiti dei loro genitori affidatari. Nel farlo, si scontrano con le strutture e i confini di questi e di altri assistenti. Attraverso questi scontri cercano di ritrovare un senso di sé: i conflitti con i genitori affidatari servono a ritrovare il proprio senso di esistenza! Ricostruiscono un senso di sé e la propria autonomia in reazione o in conflitto con le realtà esterne, poiché non sono più in grado - a causa delle esperienze disumanizzanti dell'esilio - di trovare e costruire un senso di sé a partire dalla propria crescente organizzazione interna.

## Parte 8: Identità e autonomia

---

Nell'ottava parte della guida pratica descriviamo in dettaglio la relazione tra trauma complesso e crisi di identità. I bambini con traumi complessi devono affrontare la sfida di integrare le esperienze di interruzione e perdita delle relazioni di attaccamento e le incongruenze o l'incertezza/incompletezza della loro storia di vita. Devono anche affrontare molti momenti di dolore irrisolto per perdite o separazioni cumulative e spesso irreparabili, per le quali si sentono in colpa (Barlé et al., 2017). Di conseguenza, sono molto sensibili ai minimi segnali di possibili nuove perdite in termini di disponibilità emotiva, cura e riconoscimento. Sono spinti da un profondo senso di non appartenenza o di non meritare l'amore, la generosità e le cure di altri. Nella latenza - il periodo della scuola primaria tra i 6 e i 12 anni - questi sentimenti molto dolorosi rimangono nascosti e per lo più sotto controllo, ma nell'adolescenza questi sentimenti dolorosi si intensificano e non sarà più possibile tenere sotto controllo questa sofferenza psicologica.

Raggiungere una maggiore autonomia nell'adolescenza significa che questi giovani cercheranno di separarsi dalle loro figure genitoriali, anche se questi genitori adottivi hanno rappresentato un rifugio/base sicura dopo la perdita della relazione con le figure di attaccamento primarie rimaste nel Paese d'origine. A causa di questa tendenza a lottare per l'autonomia nel rapporto con i genitori affidatari, la relazione del bambino affidato con i suoi genitori affidatari può essere molto ambivalente. Non è raro che questo porti al confronto o alla messa in discussione dei genitori affidatari, per avere l'opportunità di separarsi da loro e trovare un senso di autonomia. È importante che i genitori affidatari possano essere aiutati a mantenere una sicurezza di fondo, anche nei momenti di confronto e di lotta interiore del figlio affidato.

Nel contesto dell'affido terapeutico e/o nel contesto di un processo psicoterapeutico che fa parte di questo affido terapeutico, i giovani si trovano in una situazione che consente loro di riconoscere e riflettere sulle loro ferite e cicatrici, in modo da poterle eventualmente integrare come parte della loro storia di vita. In una psicoterapia o in un contesto di affido terapeutico, trovare immagini e parole per queste esperienze disumanizzanti e insopportabili, o costruire narrazioni, agirà spesso come un argine contro paure e minacce più profonde. L'affido terapeutico può evitare che alcune tensioni e traumi vengano riattivati ed espressi sotto forma di stress somatico e altri sintomi comportamentali nel bambino. Per quanto difficile o complesso possa essere l'affido con questi bambini e le loro famiglie, si tratta di processi importanti e costantemente efficaci che possono creare un ambiente di sostegno e di protezione che agisce come una forza contro la ripetizione (inconscia) del trauma da attaccamento (la rottura della relazione tra genitori affidatari e bambino affidato, la rottura dell'affido).

## Parte 9: Psicologia dello sviluppo

---

Nella nona parte della guida pratica, scopriremo come la prospettiva psicologica dello sviluppo e dell'esilio sensibile ai traumi, descritta nel contesto di questo progetto FORM, sia un background necessario per i risultati di diverse organizzazioni di affido che lavorano nell'affido terapeutico negli ultimi venti o venticinque anni. Se consideriamo il modello degli stadi di Erikson come una spirale flessibile, esiste un certo grado di plasticità nella vita umana, nel senso che è possibile riprendersi dalle disgrazie o dallo stress. Questa capacità di riprendersi dalle avversità e dallo stress si chiama 'resilienza'. Tuttavia, le pressioni estreme e le esperienze traumatiche avranno un impatto significativo sul processo di sviluppo e sul corso della vita in generale. Per sostenere le famiglie affidatarie nel potenziare la resilienza del loro bambino o

adolescente nel mezzo di momenti vulnerabili, dobbiamo capire come le pressioni esistenziali (che tutti noi possiamo sperimentare) e i traumi (che solo alcune persone vivono) influenzino il processo di sviluppo in modi diversi.

Cosa succede alle pressioni inevitabili nella vita? Guardando la figura qui sotto, possiamo vedere in a) che le vulnerabilità (punti rossi) possono verificarsi in una o in un'altra fase dello sviluppo (indicata come torsione) durante l'arco della vita. Nessuno di noi ha affrontato tutti i compiti di sviluppo in modo perfetto; tutti abbiamo delle debolezze nel nostro percorso di sviluppo. La pressione esterna (freccia arancione), nel senso di ostacoli nella vita, restringe la spirale a tal punto che la spirale viene compressa e c'è pressione su ogni fase dello sviluppo. Per esempio, dopo la perdita dolorosa di una relazione sentimentale in età adulta, una persona può essere messa sotto pressione e la spirale può essere schiacciata verso il basso, in modo che questo adulto ripercorra temporaneamente tutti questi primi compiti di sviluppo: di chi posso fidarmi? Posso ancora vedermi come una persona autonoma? Posso avvicinarmi al mondo in modo aperto e imparziale? Mi sento ancora capace di relazioni sociali? Qual è la mia identità (chi sono io) dopo questa perdita? Sarò mai in grado di sperimentare di nuovo l'intimità emotiva e di altro tipo con altre persone? e così via. Se le fasi e i compiti dello sviluppo sembrano essere stati risolti abbastanza bene nei primi anni di vita (sviluppare la fiducia di base nel primo anno di vita, sviluppare l'autonomia nel secondo e terzo anno di vita, essere in grado di scoprire ed essere curiosi del mondo o di affrontare il mondo con una mente aperta nella fase dei bambini tra i quattro e i sei anni, acquisire autostima grazie alla capacità di imparare bene e di avere amicizie nella scuola di base tra i sei e i dodici anni, superare i conflitti di identità nell'adolescenza, sviluppare la capacità di essere emotivamente vicini o intimi con altri giovani adulti nella prima età adulta, ecc.), la persona che ha perso la sua relazione sentimentale sarà in grado di riprendersi, dopo un normale periodo di lutto, abbastanza rapidamente, dimostrando così la sua resilienza. La spirale del percorso di vita non è più schiacciata sotto il peso dell'esperienza della perdita ma, dopo un processo di elaborazione, viene fortemente riorientata per andare avanti nella vita o per raddrizzarsi (tendenza all'autodistruzione o alla resilienza). Ma una persona che ha risolto solo parzialmente questi compiti di sviluppo all'inizio della vita, avrà alcuni punti deboli nella sua personalità: i punti vulnerabili. Tutti noi abbiamo uno o due di questi punti deboli; alcune persone (per esempio, i bambini che non sono stati curati a sufficienza) hanno più punti deboli. I punti deboli sono come punti di ruggine che ostacolano il movimento di rimbalzo dopo un'esperienza di vita negativa. Quindi, normalmente, con alcuni piccoli punti di ruggine, quando la pressione si attenua e la spirale si allenta, una persona si riprenderà grazie alla resilienza che ha costruito nella sua vita. Ma per alcune persone, riprendersi sarà molto più difficile e sarà possibile solo

con l'aiuto temporaneo di un consulente o di un terapeuta. Questo è il caso, ad esempio, di un adulto che non riesce a superare una particolare esperienza di perdita e apprende, nel contesto della consulenza, che anche alcune separazioni nell'infanzia sono state più difficili da affrontare, ad esempio nel contesto di una malattia minacciosa di un genitore, di un divorzio tra i genitori, di un periodo in cui i genitori hanno perso di vista i figli per un po' di tempo a causa di impegni professionali, di un genitore spesso emotivamente non disponibile, ecc.; insomma, esperienze molto umane e non infrequenti alle quali un bambino reagisce con più ansia dell'altro. La perdita in età adulta può riattivare una vulnerabilità per le separazioni e le perdite delle fasi precedenti della vita. Questa vulnerabilità è rimasta nascosta fino ad ora nell'età adulta; le persone sono state in grado di convivere. Ma ora, dopo la perdita della relazione amorosa nella vita adulta, questa vulnerabilità che era già presente in precedenza, si riattiva completamente; viene esposta e si lotta per recuperare. Con più tempo, con il sostegno sociale degli altri e, eventualmente, con la consulenza o la terapia, si può guarire dalle difficoltà attuali anche la vulnerabilità emersa in passato, in modo che d'ora in poi si possano affrontare le separazioni e le esperienze di perdita in modo diverso e si possa permettere il ritorno della gioia di vivere. Quindi, l'attuale difficoltà a venire a patti con un'esperienza di perdita può contribuire a far sì che le persone vengano finalmente a patti con il dolore passato, legato alla separazione e alla perdita e a riposizionare tali esperienze passate.

Nelle esperienze di perdita che tutti possiamo sperimentare, come la rottura di una relazione amorosa, la spirale viene spinta dall'alto: un fardello viene posto sulle nostre spalle, ci sentiamo resi piccoli e oppressi e vogliamo uscire da questo doloroso fardello di perdita. Questo potere di rimbalzo si chiama resilienza.

Nel trauma, tuttavia, la spirale non viene spinta dall'alto; viene scossa e persino spezzata in modo inaspettato e imprevisto dal lato. Si verifica uno scatto nella spirale (la spirale che rappresenta il corso della vita o la persona). La spirale con lo scatto vorrà anche raddrizzarsi di nuovo: crescita post-traumatica e resilienza. Ma con un nuovo evento di vita difficile, come un'esperienza di perdita, ci sarà una pressione dall'alto sulla spirale spezzata. La spirale spezzata che è stata raddrizzata ora si romperà di nuovo. Non si è verificato un nuovo trauma, ma una spirale che era diventata meno dinamica e flessibile o resiliente dopo il trauma, a causa del punto debole rimasto del primo scatto, ora si è spezzata di nuovo. Potrebbe non essersi verificato alcun nuovo trauma, ma gli effetti della nuova esperienza di perdita hanno un effetto traumatico sulla spirale: un nuovo scatto e una nuova rottura della persona in questione. Questo perché, dopo il trauma iniziale, la spirale è molto più fragile e ha una capacità di carico molto inferiore.

## Parte 10: Come lavorare con la propria rete di organizzazioni per l'affido?

---

Nella decima parte della guida pratica, esploreremo come i genitori adottivi possano essere aiutati in una posizione di mentalizzazione che permetta loro di sopravvivere al percorso accidentato del loro bambino adottivo, portando a una migliore regolazione, a più momenti di incontro o di relazione continua e alla fiducia epistemica per il loro bambino adottivo e all'interno della loro famiglia. Affinché ciò avvenga, gli operatori dell'affido hanno bisogno di spazi sicuri in cui loro e i loro colleghi del team possano riflettere sulle loro esperienze di affido. I contesti professionali regolari, come le riunioni d'équipe, l'intervisione e la supervisione, forniscono lo spazio per continuare a riflettere, per trovare modi alternativi di intervenire, per connettersi con i colleghi e con altri attori o organizzazioni della rete di affido e per sperimentare la sensazione di essere tenuti in considerazione come operatori dell'affido. Il punto finale del programma di formazione è quindi quello di enfatizzare il lavoro degli operatori dell'affido all'interno di una rete di colleghi sensibili al trauma.

Oltre a fornire uno spazio di riflessione con gli operatori dell'affido durante la supervisione, questi operatori dell'affido devono anche essere consapevoli dell'impatto specifico del trauma legato all'esilio e delle aspettative dei genitori affidatari che accolgono un bambino rifugiato nella loro cerchia familiare. Ciò implica fornire metafore, parole e storie che facciano sentire a questi bambini affidati che l'operatore dell'affido comprende il trauma specifico: far sentire loro che si capisce quello che hanno passato, che si capisce che hanno bisogno dei genitori affidatari, ma che non possono affrontare l'affido in questo momento, che si capisce che la distanza, la fedeltà (Dansey et al., 2018) o la perdita dei genitori biologici impedisce loro di sentirsi a loro agio con i genitori affidatari, che si capisce che si sentono così vulnerabili che non osano lasciare che i genitori affidatari diventino troppo importanti, ecc. Nella guida pratica, questi interventi di mentalizzazione sono resi molto più concreti: articolando e riconoscendo i mondi interiori di questi bambini e dei loro genitori affidatari, e come questi mondi interiori di esperienza, da cui il loro comportamento diventa comprensibile, a volte sono in conflitto tra loro o rimangono incomprensibili l'uno all'altro. Nel modello FORM dell'affido terapeutico, è l'operatore dell'affido che continua a cercare espressioni e parole per questi mondi interiori, nella speranza che ciò porti a una maggiore comprensione e a una tenuta insieme, piuttosto che a una recidiva del conflitto tra genitori affidatari e bambino affidato (una recidiva che potrebbe persino minacciare l'affido). Gli interventi di mentalizzazione sensibili al trauma dell'operatore dell'affido con i genitori affidatari o la famiglia affidataria possono interrompere questo circolo vizioso, in alcuni casi insieme a una psicoterapia sensibile al trauma specifica per il bambino affidato.

L'affido terapeutico per i rifugiati minori non accompagnati (FORM): un modello concettuale per valorizzare gli operatori dell'affido

## 6. Aspetti culturalmente sensibili dell'affido terapeutico per adolescenti rifugiati minori non accompagnati e i loro genitori

Arriviamo ora all'ultimo capitolo di questo modello concettuale di affido terapeutico, ossia gli aspetti culturalmente sensibili di questa forma di affido.

### 6.1. La sensibilità culturale come anello mancante nei modelli di affido terapeutico

Per affido terapeutico in questo progetto FORM - come chiariamo altrove nel modello concettuale e nella guida pratica - intendiamo principalmente che i supervisori dell'affido sono ulteriormente formati e guidati in determinate competenze che conferiscono alle loro azioni nei confronti di queste famiglie e di questi giovani una qualità curativa - e in questo senso terapeutica - e questo a fronte di una situazione genitoriale e di sviluppo complessa.

Nello specifico, questo Progetto FORM prevede una sorta di guida per i genitori affidatari o le famiglie affidatarie, in cui si presta particolare attenzione a: (a) l'impatto di traumi complessi e processi di lutto irrisolti dovuti a separazioni familiari e perdite traumatiche nelle relazioni di attaccamento di questi giovani che sono fuggiti da soli, (b) la lealtà verso i membri della famiglia che sono rimasti nel Paese di origine, (c) la relazione con i membri della famiglia (di parentela) che possono fungere da genitori adottivi per il bambino in questione in Europa, o (d) il rivivere esperienze altamente minacciose e disumanizzanti che hanno avuto luogo prima o durante il volo e che possono essere riattivate da esperienze di discriminazione e razzismo dopo il volo. Un anello, finora mancante nell'apprendimento di queste competenze specifiche da parte degli operatori dell'affido in questo progetto FORM, è l'attenzione alla sensibilità culturale in questo affido terapeutico.

#### 6.1.1. Aspetti dell'affido terapeutico culturalmente sensibile

Un aspetto generale della sensibilità culturale in questo progetto è già stato menzionato più volte: lavorare con i traumi legati all'esilio. Anche questa è una forma di sensibilità culturale: essere sensibili alle forme di trauma specificamente associate alla fuga o alla migrazione forzata (e in questo senso diverse dalle difficoltà e dai traumi di altre forme di migrazione e di altri processi di cambiamento culturale).

La pratica culturalmente sensibile nell'affido terapeutico (O'Hagan, 1999; Waniganayake *et al.*, 2019; Claeys e colleghi, 2022) può essere evidenziata in diversi modi e comprende vari punti discussi di seguito.

- Essere consapevoli dei possibili stigmi (culturalmente influenzati) della consulenza psicologica o pedagogica all'interno dell'ambiente culturale di origine di questi minori rifugiati non accompagnati ed eventualmente delle loro famiglie affidatarie, nel caso in cui siano legate alla stessa rete familiare (famiglia affidataria di parentela) e alla cultura di origine da cui proviene anche il giovane affidato.
- Imparare a parlare dei significati culturali attribuiti ai problemi dei genitori affidatari e dei giovani affidati, nonché essere consapevoli che il significato attribuito ai problemi da un operatore dell'assistenza affidataria che vive in una cultura occidentale è anch'esso culturalmente determinato e può eventualmente differire dal significato attribuito al bambino o ai genitori affidatari. Questo può includere sia la visione culturalmente influenzata della natura del problema, dell'intervento e della consulenza (terapia) necessari, sia della causa e di cosa lavorare nella consulenza (influenza culturale sulle narrazioni della malattia). Lavorare in modo culturalmente sensibile non significa necessariamente conoscere tutti questi altri significati culturali, ma rimanere consapevoli che l'operatore di assistenza all'affido e il genitore affidatario/figlio affidato possono avere opinioni diverse, culturalmente influenzate, sull'origine del problema (l'eziologia), sulla designazione del problema (la diagnosi) e sul trattamento o intervento (la terapia).
- Essere consapevoli che pensare al 'disturbo' o concentrarsi sul bambino o sulla famiglia nucleare dei genitori affidatari è un modo culturale occidentale di fare le cose nella consulenza. Le difficoltà nella genitorialità e nello sviluppo del bambino sono talvolta attribuite o spiegate da concetti molto diversi in altre culture di origine, non tutti i quali dovrebbero o possono essere conosciuti come consulenti. Tuttavia, è importante che il consulente possa avvicinarsi a queste spiegazioni con un *atteggiamento* interessato e *non conoscitivo*, senza pensare che la visione occidentale sia quella scientifica e l'altra una questione di superstizione o di mera magia.

## 6.2. Modelli culturali di normalità e patologia nel contesto della salute mentale e dello sviluppo infantile

---

- Una consulenza sensibile alla cultura non significa che tutto debba essere culturalizzato: la significazione culturale aiuta a comprendere le difficoltà e a vedere le opportunità. Ma la cultura non è tutto o l'unica cosa, e certamente non è una

vacca sacra. Infatti, sono le famiglie e gli individui concreti che arrivano a utilizzare la significazione culturale delle difficoltà durante l'educazione del bambino adottivo; sono le famiglie e gli individui concreti che tralasciano alcuni significati culturali e ne spingono altri. In questo senso, cultura-gruppo sociale-individuo sono sempre intrecciati. Dobbiamo evitare di culturalizzare (comprendere tutto solo da un punto di vista culturale) o psicologizzare (non considerare altre dimensioni oltre all'individuo o alla famiglia nucleare più piccola).

- Essere consapevoli che esistono visioni culturalmente diverse sul 'sé' e sugli obiettivi che ci si dovrebbe porre nella vita. Le prospettive occidentali pongono l'accento sull'io autonomo, mentre le altre prospettive culturali sono più propense a vedere l'identità come socialmente determinata (l'io relazionale). Si può enfatizzare il proprio sviluppo e le proprie conquiste (e incoraggiare un bambino adottivo ad autosvilupparsi, a 'distinguersi', ad essere autonomo), ma anche essere consapevoli di come quel bambino adottivo sia impegnato ad 'inserirsi', a rientrare in un sistema di lealtà (fedele alla famiglia e alla cultura di origine).
- Continuare a prestare attenzione alle norme culturali e alle interpretazioni dei compiti di sviluppo. Cosa si aspettano i supervisori, i genitori affidatari e il bambino affidato dall'affido?
- Considerare anche la vergogna per le difficoltà nell'affido. Può prevalere una "cultura dell'onore" (Rodriguez-Mosquera *et al.*, 2002). Può interrogarsi sull'importanza della vergogna dei genitori affidatari di perdere la faccia quando hanno problemi educativi, soprattutto quando provengono da un background culturale simile a quello del bambino in questione? Si può parlare anche del senso di colpa dei genitori affidatari quando il loro bambino affidato non va bene? O del senso di colpa del bambino (senso di colpa del sopravvissuto)?
- Enfatizzare gli atteggiamenti narrativi ('storytelling') aiutandoli a parlare del loro senso di sé, dei ruoli sociali che svolgono e delle opinioni che hanno sulla genitorialità normale e problematica, sullo sviluppo del bambino o sull'educazione.
- In tutte queste questioni, deve rimanere 'culturalmente informato' (attento ai significati culturali) e non cosciente (cioè: aperto e consapevole della propria posizione occidentale di consulente).

#### **6.2.1. Lavorare in modo culturalmente sensibile significa anche essere attenti all'intersezionalità**

- i genitori affidatari sono contemporaneamente adulti, hanno un'adesione religiosa, sono europei di origine diversa, maschi/femmine, genitori e/o affidatari, membri di una comunità, eventualmente anche lontani parenti del giovane affidato, ecc. Si tratta di posizioni molto diverse. È quindi importante non vedere le persone solo

da un punto di vista, ad esempio solo come musulmani provenienti dall'Afghanistan, o solo come traumatizzati e deboli. Vogliono essere visti come molto di più, come musulmani che vogliono trovare la loro strada in Europa, con tutte le loro insicurezze, o come persone che, nonostante i loro traumi, hanno anche una forza speciale.

- Un altro esempio è che i genitori affidatari possono essere cristiani/umanisti, fiamminghi, avere una certa idea dell'affido, ma non sanno cosa il trauma e i processi di lutto specifici della fuga facciano alla loro famiglia e non sanno come dovrebbero affrontare le espressioni di appartenenza o di riferimento a un'origine culturale e religiosa diversa nel loro figlio affidatario (ad esempio: cosa significa per i genitori cristiani avere un giovane che si afferma come musulmano in famiglia?)

La famiglia affidataria, come la scuola, ad esempio, è un partner importante nella rete di genitorialità intorno al bambino affidato (il bambino non solo come individuo e membro della famiglia, ma anche come essere umano culturalmente inserito in una famiglia, in una scuola, in un gruppo sociale e in un mondo culturale).

- Come parla il giovane affidato della famiglia affidataria e della scuola? Il giovane dà l'impressione che la famiglia e la scuola attenuino o piuttosto aggravino i problemi? I genitori affidatari e il bambino affidato, o anche il bambino affidato e gli insegnanti, si vedono da un punto di vista deficitario (solo ciò che manca all'uno o all'altro, come ad esempio 'loro (il bambino affidato) non capiscono il modo di insegnare nelle scuole europee', oppure, 'loro (gli insegnanti) sono razzisti e mancano di un senso di umanità universale') o piuttosto da una visione di assimilazione (il bambino con un background da rifugiato deve adattarsi in famiglia e a scuola come gli altri bambini), essendo ciechi di fronte alla specificità della vulnerabilità di questi bambini e alle insidie di tali affidamenti e dell'influenza che il trauma legato all'esilio può avere sulla carriera scolastica?
- Un atteggiamento daltonico nella consulenza si verifica quando, ad esempio, gli insegnanti, gli psicoterapeuti ma anche i genitori (affidatari) non vogliono prendere in considerazione la specificità di questo bambino e non vogliono fare un'eccezione basata sull'origine culturale o sui traumi specifici della fuga. Quindi ci si aspetta sempre le stesse cose da questi bambini, allo stesso tempo o con lo stesso ritmo degli altri bambini. Questo crea proprio ciò che si vuole evitare: incomprensioni culturali, maggiore discriminazione perché si è ciechi di fronte alle loro esigenze specifiche, ecc.

Gli operatori dell'affido comprendono la famiglia affidataria dal punto di vista delle sfide universali e dei compiti di sviluppo, ma ritengono anche che questi elementi universali (possano) essere culturalmente colorati.

- I minori non accompagnati hanno universalmente bisogno di protezione e di vicinanza, ma anche di una guida, di una mano forte che li guidi e ponga dei limiti. Universale è anche la percezione della genitorialità come fonte di agency: si vuole dare a questi giovani la giusta educazione. Tuttavia, un giovane affidato può anche avere bisogno di un approccio specifico a causa della storia di vita specifica dell'adolescente rifugiato, o a causa del sospetto e dell'eccessiva vigilanza del bambino nei confronti di autorità, insegnanti, supervisori, ecc.) Universale significa anche, come genitore, desiderare il meglio per il proprio figlio adottivo e, come figlio, voler rendere orgogliosi i propri genitori (eventualmente anche i genitori adottivi). I sentimenti di non appartenenza legati all'asilo possono essere trasversali a questi aspetti e creare un senso di inadeguatezza come genitori adottivi o di vergogna nei confronti dei suoi genitori come figlio adottivo.
- Le influenze culturali sono presenti anche nel modo in cui si vede il rapporto tra genitori e figli. Forse gli operatori dell'affido e i genitori affidatari con un passato di esilio hanno una visione diversa di ciò che dovrebbe accadere tra genitori e figli. Influenzato culturalmente è anche il modo in cui questi giovani affrontano la perdita della relazione di attaccamento con i genitori biologici o la separazione dai genitori. Inoltre, esistono forme culturalmente informate di lutto e di espressione del dolore e della perdita.
- Nelle famiglie di rifugiati sono noti anche il 'silenzio' e la 'dimenticanza attiva': le persone non parlano del Paese d'origine e di ciò che hanno lasciato, per mantenere la sopportazione qui. È possibile che i bambini e/o i genitori affidatari vogliano che parlino di questi aspetti. È bene sapere che in alcune culture non si può parlare di questi aspetti, per quanto ce ne sia bisogno. Una possibilità per l'operatore dell'affido è quella di enfatizzare la cura reciproca: aiutarsi a sopportare le esperienze di perdita e i traumi in silenzio con e per l'altro, almeno per un certo periodo di tempo, in una sorta di testimonianza silenziosa.
- Un altro tema legato all'esilio che può entrare in gioco in questi affidamenti è il senso di colpa del sopravvissuto e la mancanza di ricongiungimento familiare.
- I fattori di stress sociale in questi casi: la discriminazione a scuola, il sentirsi un invasore o un'intruso e il doversi conformare ai desideri del mondo esterno, la sensazione di non essere presi sul serio, la sensazione del bambino di essere un estraneo nella famiglia affidataria e l'incertezza persistente di essere rimandati indietro quando si cresce o si diventa adulti.

### 6.2.2. Attaccamento alle origini, in interazione con un orientamento all'integrazione

- Meccanismi di coping che sono inquadrati dalla cultura di origine: per esempio, rivolgersi alla religione piuttosto che a uno psicologo (come ci si aspetterebbe in una prospettiva secolarizzata nord-occidentale); mostrare l'identità attraverso caratteristiche associate ad altre religioni.
- Enfatizzare la continuità e rivalutare l'identità culturale di origine può essere un segno di attaccamento all'origine o desiderio di interconnessione con il mondo di vita culturale di origine. Questa sensazione di rimanere intrecciati al mondo culturale che si è lasciato può essere dimostrata praticando all'interno della famiglia affidataria elementi dello stile di vita del Paese o della famiglia di origine.
- Avere un occhio di riguardo per l'ibridazione (identità ibride) o il *métissage*: in che modo il bambino affidato intreccia mondi culturali diversi, cosa riesce e cosa fallisce nel venire a patti con queste identità ibride? In che modo un minore rifugiato in affido viene a patti con le diverse influenze culturali provenienti dall'esterno o dall'interno?
- Come affrontano l'adolescente e i genitori le identità biculturali, ovvero l'affermazione di aspetti dell'identità diversi da quelli dei genitori?
- In che modo i genitori affidatari e il giovane si concentrano sull'integrazione sociale in Europa? Oppure, i genitori affidatari vogliono soprattutto proteggere il bambino affidato dall'essere influenzato da elementi culturali diversi da quelli prevalenti nella famiglia?

### 6.2.3. Sostenere lo sviluppo adolescenziale e la genitorialità nell'affido: alcuni aspetti delle influenze culturali multiple

- Quali elementi della gioventù e dell'identità sono ben compresi e accettati dai genitori affidatari, e quali no?
- Come può un operatore di assistenza all'infanzia aiutare a cambiare qualcosa tra i genitori adottivi e il bambino adottivo, ognuno dei quali cerca di essere riconosciuto ma si scontra anche con un muro? Questo muro è presente a causa del trauma, dell'alterità culturale (estraneità), della lealtà nei confronti dei genitori biologici, della vergogna e del senso di colpa per le mancanze di entrambe le parti, delle storie e delle aspettative non espresse.
- Come può l'affido incorporare una famiglia con genitori e un bambino in affido all'interno di una rete di assistenza, al fine di sostenere la genitorialità e fornire maggiori opportunità per lo sviluppo del bambino, piuttosto che offrire una terapia individuale per il bambino o una terapia familiare per questa famiglia nucleare?

(quest'ultimo sarebbe un modo di lavorare incorporato nella cultura europea nord-occidentale).

- A partire da questo punto, si può anche comprendere l'intero progetto FORM sulla creazione di reti sensibili al trauma e alla mentalizzazione (riflessiva) in cui le famiglie affidatarie e i bambini affidati possono essere tenuti o contenuti, come una scelta culturale: una scelta culturale diversa dall'enfasi tradizionale occidentale sulla terapia familiare e individuale. In queste terapie più individuali o di famiglia nucleare, a volte si parte dal presupposto implicito (e di conseguenza influenzato culturalmente) che i genitori siano responsabili di tutto ciò che vivono all'interno delle loro famiglie adottive. FORM vuole invece creare una comunità o una rete di sostegno all'affido intorno a queste famiglie, una rete di contenimento e di riflessione intorno alle famiglie affidatarie. Nel progetto FORM, anche gli stessi operatori dell'affido sono sostenuti. Quest'ultimo serve a garantire che, in quanto operatori dell'affido, non siano lasciati soli con queste famiglie e possano ottenere le conoscenze necessarie sull'affido sensibile al trauma, sensibile alla cultura, specifico per la famiglia affidataria e specifico per l'età, nonché le competenze necessarie per mediare o intervenire in queste famiglie affidatarie con un rifugiato minore non accompagnato.

#### **6.2.4. Attenzione agli aspetti delle dinamiche di potere tra maggioranza-minoranza nella relazione con una famiglia affidataria**

- A volte, in qualità di operatori dell'affido, da una prospettiva occidentale non riflessa (eurocentrica) e soprattutto da una prospettiva WEIRD (occidentale, istruita, industrializzata, ricca, democratica), si può esercitare una pressione indebita verso la verbalizzazione del trauma e della perdita insopportabile, verso la terapia individuale o di sistema, o sottolineando i deficit dei genitori affidatari e del bambino affidato. Piuttosto, ciò che è preferibile è: (a) rispettare il silenzio e aderire a modi culturalmente radicati di rituali di lutto, (b) inserire la famiglia affidataria in una rete di assistenza e di scuola/educazione orientata allo sviluppo e alla promozione della resilienza e (c) continuare a mentalizzare questa famiglia. Questa capacità di mentalizzazione degli operatori dell'affido può a volte perdersi, ed è anche per questo che la supervisione degli operatori dell'affido è così importante (intervisione, supervisione in cui gli operatori dell'affido sono aiutati ad affrontare e tollerare i momenti di non conoscenza e di impotenza, così come la tendenza a ripiegare su semplici consigli e trucchi, per esempio quando non si riesce più a trovare la serenità di tenere a mente i genitori e il bambino affidato nei momenti di grave crisi della famiglia affidataria o nei momenti di grave sovraccarico di lavoro nel programma dell'operatore dell'affido).

L'affido terapeutico per i rifugiati minori non accompagnati (FORM): un modello concettuale per valorizzare gli operatori dell'affido

## 7. Una prospettiva per concludere questo modello concettuale di affido terapeutico: fare un ponte dal modello concettuale alla guida pratica

La maggior parte degli aspetti che sono stati discussi in dettaglio uno per uno in questo modello concettuale saranno ripresi nella guida pratica, una guida con alcune concretizzazioni e linee guida per l'uso di questo modello FORM, come modello di assistenza adottiva che promuove la mentalizzazione, sensibile ai traumi e culturalmente sensibile, che mira a salvaguardare le opportunità di sviluppo dei rifugiati non accompagnati nelle famiglie affidatarie - di parentela o non di parentela. Attraverso le prospettive teoriche e le recenti scoperte basate sulla ricerca e supportate empiricamente (evidence-based) sui complessi traumi relazionali dei bambini in affido in generale e dei rifugiati minori non accompagnati in particolare, nonché attraverso le successive concretizzazioni nella guida pratica, puntiamo a rafforzare le conoscenze degli operatori dell'affido sulla perdita, la vulnerabilità e il trauma legati all'esilio e a promuovere le loro capacità di guida. Dopo tutto, è l'operatore dell'affido che occupa un posto centrale nella rete di assistenza intorno a queste famiglie affidatarie. Come abbiamo mostrato in dettaglio in precedenza, questa è la novità di questa forma di affido terapeutico nell'ambito del progetto FORM.

## 8. Riferimenti / Bibliografia

Abrahams, D., Walker, C. & Curran, E. (2024). Dynamic interpersonal therapy. [www.annafreud.org/training/health-and-social-care/dynamic-interpersonal-therapy/](http://www.annafreud.org/training/health-and-social-care/dynamic-interpersonal-therapy/)

Allen, J. (2013). *Mentalizing in the development and treatment of attachment trauma*. Barclay.

Alvarez, A. (1992). *Live Company. Psychoanalytic psychotherapy with autistic, borderline, deprived and abused children*. Londra/New York: Routledge.

Bamford, J., Fletcher, M. & Leavey, G. (2021). Mental health outcomes of unaccompanied minor refugees: a review of recent research. *Current Psychiatry Reports*, 23 (8), articolo numero 46. Doi.org/10.1007/s11920-021-01262-8

Barlé, N., Wortmann, C.B. & Latack, J.A. (2017). Traumatic bereavement: basic research and clinical implications. *Journal of Psychotherapy Integration*, 27 (1), 127-139. Doi.org/10.1037/int0000013

Bettelheim, B. (1976). *The uses of enchantment. The meaning and importance of fairy tales*. New York: Vintage Books.

Bevington, D., Fuggle, P., Fonagy, P., Target, M. & Asen, E. (2013). Innovations in Practice: Adolescent Mentalization-Based Integrative Therapy (AMBIT). A new integrated approach to working with the most hard to reach adolescents with severe complex mental health needs. *Child and Adolescent Mental Health*, 18 (1) 46 - 51. Doi.org/10.1111/j.1475-3588.2012.00666.x.

Bistas, K. & Grewel, R. (2023). The Intricacies of survivors' Guilt: Exploring its Phenomenon across contexts. *Cureus*, 15 (9), e45703.

Briggs, A. (2015). *Towards belonging. Negotiating new relationships for adopted children and those in care*. London: Routledge. Doi.org/10.4324/9780429484117

Calhoun, C.D., Stone, K.J., Cobb, A.R., Patterson, M.W., Danielson, C.K., & Bendezú, J.J. (2022). The Role of Social Support in Coping with Psychological Trauma: An integrated biopsychosocial model for post-traumatic stress recovery. *Psychiatry Quarterly* 93 (4), 949-970. DOI: 10.1007/s11126-022-10003-w

Claeys, A., Berdai Chaouni, S., Tricas-Suaras, S., De Donder, L. (2020). Culturally sensitive care : Definitions, Perceptions and Practices of Health Care. *Journal of Transcultural Nursing*, 32 (5), 484-492. DOI: 10.1177, 1043659620970625

Cook, A., Spinazzola, J., Ford, J., Lanktree, C., Blaustein, M., Cloitre, M., DeRoza, R., Hubbard, R., Kagan, R., Liautaud, J., Mallah, K., Hafson, E., & van der Kolk, B. (2005). Complex trauma in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 35 (5), 390-398.

Dansey, D., John, M., & Shbero, D. (2018). How children in foster care engage with loyalty conflict: presenting a model of processes informing loyalty. *Adoption & Fostering*, 42(4), 354-368. <https://doi.org/10.1177/0308575918798767>

Duschinsky, R. & Foster, S. (2021). *Mentalizing and epistemic trust: the work of Peter Fonagy and colleagues at the Anna Freud Centre*. Oxford: Oxford University Press.

Ensink, K., Bégin, M., Normandin, L., & Fonagy, P. (2017). Parental reflective functioning as a moderator of child internalizing difficulties in the context of child sexual abuse. *Psychiatry research*, 257, 361–366. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.07.051>

Erikson, E.H. (1956). *Childhood and Society*. New York: Routledge.

Erikson, E.H. (1968). *Youth, Identity and Crisis*. New York: Basic Books.

Fonagy, P. (2017). Mentalization-based Treatment (MBT). In: Zeigler-Hill, V. & Shakelford, T. (eds.), *Encyclopedia of Personality and individual Differences*. London: Springer. DOI: 10.1007/978-3-319-28099-8\_921-1

Fonagy, P. & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust: in the therapeutic relationship. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice Training*, 51 (3). Doi.org: 10.1037/a0036505

Fonagy, P., & Campbell, C. (2018). Mentalizing, attachment and epistemic trust: how psychotherapy can promote resilience. *Psychiatria Hungarica*, 32 (3), 283-287. <https://discovery.ucl.ac.uk/id/eprint/1574378/1/Fonagy/>

Fonagy, P., Luyten, P. & Campbell, C. (2014). Epistemic trust, psychopathology and the great psychotherapy debate (web article). Retrieved from <https://www.societyforpsychotherapy.org/epistemic-trust-psychopathology-and-the-great-psychotherapy-debate>

Fonagy, P., Gergely, G. Jurist, E.L., Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of Self*. London: Other Press.

Herman, J.L. (1992). Complex PTSD. A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress, 5* (3), 377-391.

Hettich, N. & Meurs, P. (2021). Complex dynamics in psychosocial work with unaccompanied minor refugees with uncertain perspectives: A case study. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies, 18* (1), 41-57. DOI: 10.1002/aps.1676

Kessler, R.C., Pecora, P.J., Williams, J., Hiripi, E., O'Brian, K., English, P., White, J., Zerbe, R., Downs, A.C., Plotnick, R., Hwang, I. & Sampson, N.H. (2008). Effects of enhanced foster care on the long-term physical and mental health of foster care alumni. *Archives of General Psychiatry, 65* (6), 625-633. DOI: 10.1001/archpsych.65.6.625

Laufer, M. & Laufer, E. (1984). *Adolescence and developmental breakdown. A psychoanalytic View*. London: Routledge.

Meurs, P., Jensen, A., Kuhn, M.M., Arnold, S., Zokai, R., Lohl, J., Ghassan, D., Schäfer, D. & Stumpfögger, N. (2022). Im Dickicht des Ankommens. Einblicke in die psychosoziale Begleitung von Geflüchteten. Gießen: Psychosozial Verlag. (in English: In the jungle of arriving. An insight in psychosocial care for refugees)

Moro, M.-R. (2020). *Guide de psychothérapie transculturelle. Soigner les enfants et les adolescents*. Paris : Editions en ligne.

Mugisha, C. (2006). Attachment Theory and refugee children: The use of attachment theory in understanding the psycho-social well-being of refugee children.

O'Hagan, P. (1999). Culture, cultural identity, and cultural sensitivity in child and family social work. *Child and Family Social Work, 4* (4): 269-280. DOI: 10.1046/j.2365-2206.1999.00129.x

Osofsky, J.D. (2011). *Clinical work with traumatized young children*. New York: Guilford Press.

Perry, B.D. (2009). The neurosequential model of therapeutics. *Journal of Loss and Trauma, 14* (4), 240-255.

Rodriguez Mosquera, P.M., Manstead, A.S.R., Fisher, A.H. (2022). Cultures of honor. *Cognition and Emotion, 16* (1), 143-163. DOI: 10.1080/0269930143000167

L'affido terapeutico per i rifugiati minori non accompagnati (FORM): un modello concettuale per valorizzare gli operatori dell'affido