



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PARMA

FACOLTÀ DI PSICOLOGIA

**CORSO DI LAUREA IN SCIENZE DEL COMPORTAMENTO E DELLE
RELAZIONI INTERPERSONALI E SOCIALI**

**ABUSO SESSUALE SUI MINORI:
IL SOSTEGNO ALLE GIOVANI VITTIME**

Relatore:

Chiar.^{mo} Prof. **Francesco Rovetto**

Correlatore:

Dott.ssa **Ilaria Patteri**

Tesi di Laurea di:

Anna Beccari

Anno Accademico 2007-2008

*Dedico questo lavoro a tutti i bambini di ieri,
di oggi e di domani vittime di abuso sessuale...
perché uscire dal trauma è possibile.*

INDICE

Introduzione	3
Parte I – IL TRAUMA	
1. DEFINIZIONE DI TRAUMA	5
2. LA RISPOSTA SOGGETTIVA AL TRAUMA	6
3. REAZIONI NORMALI E PATOLOGICHE AL TRAUMA	9
4. IL DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS	11
Parte II – IL TRAUMA NEI BAMBINI	
1. I BAMBINI E IL TRAUMA.	17
2. LA VALUTAZIONE DEL TRAUMA NEI BAMBINI	20
Parte III – UN TRAUMA SPECIFICO IN ETÁ EVOLUTIVA: ABUSO SESSUALE	
1. ABUSO SESSUALE: UNA DEFINIZIONE DIFFICILE	27
2. IL TRAUMA DA ABUSO SESSUALE	29
3. LE CONSEGUENZE DELL'ABUSO	31
4. IL SOSTEGNO ALLE GIOVANI VITTIME	37
5. L'EMDR COME TECNICA PER LA CURA DEL TRAUMA NEI BAMBINI	46
6. LA TRASFORMAZIONE DEL TRAUMA IN OPPORTUNITÁ	54
Conclusioni	57
Bibliografia	59
Ringraziamenti	69

INTRODUZIONE

Il filo conduttore di questo report sarà il trauma.

La prima parte sarà incentrata sulla definizione di trauma, sulle risposte adattive e su quelle patologiche di fronte ad un evento negativo e sulle variabili individuali e soggettive che determinano nell'individuo un vissuto traumatico. Quest'ultimo aspetto, infatti, sappiamo essere fondamentale per capire la differenza che intercorre tra le diverse reazioni (emotiva, cognitiva e comportamentale) delle persone che si trovano ad essere esposte anche al medesimo evento disturbante.

La seconda sezione sarà invece dedicata al trauma dei bambini e alle diverse modalità di condurre un assessment adeguato.

La terza parte si concentrerà, nello specifico, sul trauma da abuso sessuale: ne prenderà in considerazione la definizione, le conseguenze a breve e medio-lungo termine nonché le possibilità di sostegno alle giovani vittime di abuso sessuale intra ed extra familiare. Inoltre verrà trattata una tecnica piuttosto recente dimostratasi efficace nel trattamento del Disturbo Post-traumatico da Stress negli adulti come nei bambini: l'EMDR (eye movement desensitization and reprocessing).

PARTE PRIMA

IL TRAUMA

1. DEFINIZIONE DI TRAUMA

In linea generale il trauma può essere definito come un **evento improvviso, imprevisto ed imprevedibile che la persona sperimenta come devastante e destabilizzante**. Gli eventi traumatici sopraffanno la capacità di risposta della persona, che vive l'evento sperimentando un'angoscia incontenibile dovuta alla disintegrazione delle capacità difensive (senso di impotenza) ed integrative del sistema psichico. A livello comportamentale si assiste ad una reazione che può oscillare da una completa inibizione motoria e affettiva (definita "congelamento") ad un'agitazione psicomotoria incontrollabile.

La durata, la natura e l'intensità dell'evento, il particolare momento di sviluppo dell'individuo e le peculiarità difensive ("resilienza"), concorrono nel determinare una serie di eventi biologici e psicologici che possono esitare, nelle forme più severe, in manifestazioni psicopatologiche a carattere acuto o cronico.

Alcune ricerche sul funzionamento della mente hanno ipotizzato che l'evento traumatico determini un blocco del sistema innato di elaborazione dell'informazione che in condizioni ottimali consente di elaborare gli eventi disturbanti in modo da poter mantenere uno stato di salute mentale attraverso una risoluzione adattiva dell'esperienza. Questo significa che quando viviamo un'esperienza negativa apprendiamo solo ciò che ci è utile per potercene servire in futuro e immagazziniamo il ricordo con un'emotività adeguata e non più disturbante. Quando viviamo un trauma avviene, invece, uno squilibrio nel nostro sistema nervoso e il sistema innato di elaborazione dell'informazione si inceppa. L'evento traumatico rimane fissato nel suo stato disturbante, nel nostro sistema nervoso, unitamente alle emozioni, alle immagini, ai suoni e alle sensazioni fisiche che hanno accompagnato l'esperienza determinando incubi, flash back, pensieri intrusivi ed altri sintomi tipici di un disturbo d'ansia.

Il manuale diagnostico statistico dei disturbi mentali (DSM III; APA, 1980) inizialmente definiva l'evento traumatico come una condizione estrema, collocata idealmente al di fuori

delle esperienze umane comuni , “...uno stressor che causerebbe a quasi tutte le persone sintomi significativi di stress”. Secondo questa prima discriminazione specifica degli eventi in grado di generare un trauma psicologico, venivano ritenuti “ *eventi traumatici*” diversi accadimenti di natura obiettivamente grave e straordinaria, quali violenze fisiche, abusi sessuali, disastri naturali (terremoti, alluvioni, ecc.), disastri tecnologici (incidenti chimici, nucleari, danni energetici, ecc.), guerre, torture e rapimenti. Questa definizione, come del resto quella attuale, potrebbe essere troppo restrittiva, in quanto focalizzata sulle caratteristiche oggettive dell’evento.

Dagli studi di Lazarus (1966; 1991) sappiamo, infatti, che il processo di valutazione dello stimolo o meglio il significato soggettivo dell’evento riveste un’importanza cruciale.

Seguendo questa ipotesi si amplia enormemente lo spettro di eventi potenzialmente traumatici includendo qualsiasi evento negativo, che una persona vive direttamente o ne è testimone, in cui si sperimenti una minaccia per la propria o altrui incolumità fisica, tale da mettere a dura prova il senso di sicurezza psicologica. Il vissuto di timore o danno, derivante dall’interpretazione soggettiva, e spesso inconsapevole, dell’evento affrontato si accompagna a risposte di intensa paura, di impotenza e di orrore (DSM IV).

Questa visione più ampia dei fattori traumatizzanti permette di comprendere perché spesso i sintomi di un disturbo post-traumatico possono comparire anche in seguito a situazioni naturalmente presenti nella vita umana, quali malattie o lutti, nel corso dei quali la percezione soggettiva può diventare traumatizzante.

2. LA RISPOSTA SOGGETTIVA AL TRAUMA

In linea con quanto appena sottolineato, sappiamo che ogni persona reagisce ad una esperienza traumatica in modo differente, e anche di fronte ad esperienze traumatiche particolarmente gravi solo una percentuale ridotta di persone (percentuale che varia a seconda delle ricerche effettuate) svilupperà, nel lungo termine, un Disturbo Post-traumatico da Stress. Da un recente studio, per esempio è emerso che solo il 25% delle persone passate attraverso un evento traumatico con conseguenti lesioni fisiche aveva in seguito sviluppato un PTSD (Shalev et al., 1996). Questo può significare che le persone possono reagire ad un trauma manifestando altre forme di patologie, oppure che, come si considerava in precedenza, l’attuale diagnosi di PTSD è eccessivamente restrittiva. In ogni caso, ciò che risulta è che la

risposta di una persona in seguito all'esposizione ad un evento traumatico è il risultato di una complessa interazione di molte variabili, sintetizzabili nel modo seguente (Briere, 1997):

1. **Tipo di evento stressante;**
2. **Variabili della vittima;**
3. **Risposta soggettiva all'evento stressante;**
4. **Supporto e risorse sociali.**

1) Tipo di evento stressante

In linea generale risulta evidente che, a parità di altre condizioni, tanto più è intenso l'evento traumatico, tanto maggiore è la possibilità di sviluppare disturbi a lungo termine di elevata intensità. Un tale tipo di valutazione, però, può essere effettuata solamente nel caso di eventi discreti, facilmente identificabili, connotati da un aspetto traumatico facilmente visibile, come un terremoto, un infarto, uno stupro. Anche se tali eventi di gravità "oggettiva" devono comunque essere valutati e interpretati dalla persona, rimane il fatto che ad esempio un terremoto sia un terremoto per tutti e che l'essere rinchiuso in carcere per anni per motivi politici, comunque si voglia interpretare questa esperienza, sia in ogni caso un evento altamente traumatico per chiunque. Molto più complesso è invece valutare la gravità di esperienze che dipendono molto più ampiamente dalla valutazione che viene effettuata dalla persona. Per fare un esempio, alcune molestie sessuali non sembrano generare a distanza di tempo effetti negativi, mentre altre, magari oggettivamente meno gravi, generano conseguenze durature e rilevanti.

2) Variabili della vittima (Yehuda, 1999)

Diverse osservazioni e studi hanno evidenziato che alcune variabili influiscono negativamente nella risposta ad un evento traumatico e potrebbero rendere una persona più vulnerabile al disturbo. Queste variabili includono: bassa autostima e percezione ridotta di controllabilità degli eventi; preesistenti disturbi psicopatologici; elevata reattività psicosomatica; preesistenti disturbi di personalità; caratteristiche di personalità per cui si tende ad affrontare un problema con strategie di ipercontrollo e di evitamento; sesso femminile; disfunzioni relazionali familiari; precedente esposizione a traumi, soprattutto se non superati in maniera adeguata; presenza di disturbi psichiatrici nei familiari. Per i reduci con elevata esposizione ad esperienze di combattimento, il tasso di PTSD era identico sia che fosse o non fosse presente una familiarità per qualche altro disturbo mentale. Ma per i reduci che presentavano una

familiarità per qualche disturbo, anche solo una bassa esposizione ai combattimenti produceva un tasso elevato di PTSD (Foy et al, 1987). Inoltre, in uno studio condotto sui reduci israeliani della guerra del 1982 contro il Libano, lo sviluppo del PTSD si è rivelato associato alla tendenza ad assumersi la responsabilità personale di fallimenti ed eventi negativi e alla tendenza ad affrontare lo stress focalizzando l'attenzione sulle proprie emozioni anziché sui problemi in quanto tali (Mikulincer e Solomon, 1988; Solomon et al., 1988). Analogamente un forte senso di dedizione e la convinzione di agire per una finalità ben precisa differenziavano i reduci della Guerra del Golfo che non svilupparono il PTSD da quelli che invece lo svilupparono (Sutker et al., 1995).

3) Reazione soggettiva all'evento stressante

Anche la reazione iniziale al trauma costituisce un fattore predittivo. Più sono marcati l'ansia, la depressione e i sintomi dissociativi (che comprendono depersonalizzazione, de-realizzazione e amnesia) maggiori sono le probabilità che in seguito si svilupperà il disturbo (Shalev et al., 1996).

4) Supporto e risorse sociali

Ci sono molti elementi che portano a ritenere che un trauma abbia più possibilità di essere affrontato adeguatamente e gradualmente superato se la vittima può beneficiare di relazioni sociali che le consentono di ottenere supporto emotivo. Questa variabile è strettamente connessa ad una preesistente capacità della vittima di instaurare relazioni interpersonali solide e soddisfacenti. Sembra allora che persone con scadenti abilità interpersonali, come in alcuni Disturbi di Personalità, abbiano una maggiore probabilità di avere effetti negativi duraturi in seguito all'esperienza di un evento traumatico.

Da queste considerazioni appare molto chiaro che i problemi che emergono in una persona dopo essere stata esposta ad un evento traumatico non sono di tipo "causa-effetto", ovvero la conseguenza diretta di quello che è successo, inteso come evento storico e oggettivo. Sono, invece, il risultato di un insieme molto complesso di variabili che, solo piuttosto arbitrariamente, può essere ricostruito a posteriori, per esempio in sede di psicoterapia o in ambito giudiziario.

3. REAZIONI NORMALI E PATOLOGICHE AL TRAUMA

Negli ultimi anni vari studi hanno messo in evidenza le reazioni psicologiche ad eventi traumatici sia collettivi sia individuali.

È noto che questi eventi siano in grado di produrre un intenso impatto emotivo, con reazioni di ansia e di paura che, nella maggioranza dei casi, sono da considerare reazioni normali di fronte ad eventi eccezionali. È infatti naturale che di fronte ad eventi spiacevoli ci siano reazioni negative ma è anche naturale che i traumi vengano elaborati. In certe condizioni però, come già precedentemente accennato, l'elaborazione risulta difficile e alcune persone non riescono ad organizzare la propria vita anche dopo molto tempo dall'evento. Questo deriva dal fatto che quando un evento traumatico supera le capacità di tolleranza dell'individuo, risulta bloccato il naturale processo di elaborazione del ricordo e delle emozioni collegate. La difficoltà può dipendere sia dall'intensità e dall'imprevedibilità dell'evento, sia dalle capacità di tolleranza del soggetto o, più correttamente, dal rapporto tra questi due aspetti.

Quando subiamo un'esperienza traumatica abbiamo bisogno di:

- Avere una persona con cui parlare dei nostri pensieri e sentimenti.
- Cercare di mantenere la routine quotidiana, per esempio tornare al lavoro al più presto, anche se la capacità lavorativa sarà ridotta perché ci si stanca facilmente.
- Essere consapevoli che, anche se le reazioni e le emozioni sono forti, questo è normale.
- Darci il tempo necessario per riguadagnare le nostre forze.

Le reazioni durante e dopo un trauma che proteggono da un crollo psicologico sono il **sensu di irrealtà** e le **reazioni fisiche**.

Nel primo caso si ha la sensazione di essere dentro un film, le scene si svolgono come al rallentatore, i sensi sono acutizzati per fare una rapida valutazione dei pericoli presenti nella situazione, cercando delle vie d'uscita o altre soluzioni. Subito dopo l'esperienza traumatica, la realtà quotidiana attorno a noi può sembrare irreali o irrilevante, come se ci si trovasse sotto ad una campana di vetro o in mezzo a un incubo.

Nel secondo caso sono normali la tachicardia e il senso di nausea. In genere si sente caldo o freddo, oppure paura di stare soli, bisogno di vicinanza, di un supporto e di un aiuto concreto. Dopo il trauma è comune anche che le persone continuino a provare un numero di pensieri, immagini e sentimenti per alcuni giorni o anche settimane. Tutte queste reazioni sono normali e sono un segno che il corpo si sta riprendendo da uno stress severo.

Le reazioni più comunemente provate possono includere:

- Ansietà o paura di pericolo per se stessi o per i propri cari, di essere soli e di essere in altre situazioni che incutono paura.
- L'evitare situazioni o pensieri che ricordano l'evento traumatico.
- Essere facilmente allarmati da rumori forti che ricordano l'evento traumatico.
- Flashback in cui immagini dell'evento traumatico si manifestano nella mente all'improvviso senza alcuna ragione apparente o in cui si fa di nuovo mentalmente l'esperienza dell'evento.
- Sintomi fisici quali: muscoli tesi, tremolio o vacillamenti, diarrea o stitichezza, nausea, sudore, stanchezza.
- Mancanza di interesse per le attività abituali, compresa la perdita d'appetito o d'interesse nelle attività sessuali.
- Tristezza o incredulità per ciò che è accaduto; sentirsi storditi, irreali, isolati o distaccati da altre persone.
- Problemi d'insonnia compresa la difficoltà ad addormentarsi, svegliarsi a notte fonda, sogni o incubi.
- Difficoltà di concentrazione: poca concentrazione in attività quali la lettura, la visione di un film, ecc.
- Collera o irritabilità per quello che è accaduto, per l'insensatezza del tutto, per ciò che ha causato l'evento, chiedendo spesso "perché a me?".
- Pensieri intrusivi: sono pensieri, ricordi e immagini di quello che è successo. Compaiono soprattutto in momenti di rilassamento e si accompagnano ad un senso di disagio.
- Associazione con altri stimoli: è comune che alcuni stimoli ambientali, persone o situazioni richiamino l'evento in modo involontario. Questo è dovuto al fatto che l'evento viene associato ad altri fattori che provocano un certo malessere o ansia.
- Disperazione: è difficile accettare i fatti attuali e non si riesce a pensare al futuro in modo adeguato.
- Senso di colpa: si ha senso di colpa, ad esempio, per essere sopravvissuti quando un'altra persona è morta o ferita gravemente. C'è una tendenza a colpevolizzarsi per non aver fatto a sufficienza.
- Il significato della vita: le persone pensano ripetutamente a quello che è successo per cercare di capire l'evento. La persona percepisce tutta la propria vulnerabilità e le certezze costruite fino a quel momento si sgretolano.

Sono state individuate diverse possibili strade che possono essere seguite dopo lo “scontro” con un evento traumatico :

La resilienza rappresenta il percorso post-traumatico più favorevole in cui si evidenzia una tendenza a mantenere un equilibrio stabile nel funzionamento, nonostante la presenza di possibili e umani malesseri transitori. Questa importante capacità di conservare un certo grado di integrità e salute psicofisica di fronte agli stress e ai traumi è paragonabile ad una reazione psicologica efficace simile a quella messa in atto fisicamente dal sistema immunitario quando il corpo combatte e sconfigge un attacco infettivo (Oliviero Ferraris A., 2003).

Una sintomatologia temporanea post-traumatica parziale, il cosiddetto disagio sotto soglia, o un vero e proprio Disturbo Acuto da Stress, possono essere considerati frequenti e transitori in seguito ad eventi ad alto impatto emotivo. In ogni caso, spesso l'iperattivazione emozionale che può nascere da situazioni anche ordinarie può generare sintomi di trauma psicologico passeggeri che tendono ad una guarigione o recupero, in gran parte dei casi, nell'arco di alcune settimane. Tale guarigione generalmente è connessa ad una rapida e positiva rielaborazione della situazione affrontata, una possibilità che è legata a risorse psicologiche, attivate spesso anche grazie al supporto sociale e all'aiuto professionale, che è estremamente importante quando gli eventi sono oggettivamente disastrosi e ad elevata influenza psichica.

In altre situazioni invece il decorso è profondamente diverso e una persona non è sempre in grado di mobilitare le proprie risorse personali o di attingere da quelle familiari e sociali. La mancata elaborazione dell'esperienza traumatica può comportare conseguenze che si manifestano anche dopo l'emergenza, a volte con ansia, depressione o con apatia marcata e persistente, difficoltà a riprendere il lavoro e le normali abitudini di vita. In particolare si possono sviluppare, in modo cronico a partire dalle forme acute o con impatto ritardato, i sintomi caratteristici del Disturbo Post-traumatico da stress.

4. IL DISTURBO POST-TRAUMATICO DA STRESS

Come altri disturbi individuati dal DSM IV-TR (APA, 2000), il PTSD risulta definito da una costellazione di sintomi, ma, a differenza di quanto avviene per altri disturbi psicologici, nella definizione di questa condizione è compresa anche parte della sua presunta eziologia, vale a dire un evento traumatico estremo in cui sono presenti entrambe le seguenti caratteristiche:

1. la persona ha vissuto, ha assistito, o si è confrontata con uno o più eventi che hanno implicato morte, o minaccia di morte, gravi lesioni, o una minaccia all'integrità fisica propria o di altri (criterio A1).
2. la risposta della persona comprende paura intensa, sentimenti di impotenza o di orrore. Nei bambini questo può essere espresso con comportamento disorganizzato o agitato (criterio A2).

I sintomi caratteristici che risultano dall'esposizione ad un trauma estremo includono:

“ Il continuo rivivere l'evento traumatico” (criterio B) in uno o più dei seguenti modi:

1. ricordi spiacevoli ricorrenti e intrusivi dell'evento, che comprendono immagini, pensieri, o percezioni. Nei bambini piccoli si possono avere giochi ripetitivi in cui vengono espressi temi o aspetti riguardanti il trauma.
2. sogni spiacevoli ricorrenti dell'evento. Nei bambini possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile.
3. agire o sentire come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (ciò comprende sensazioni di rivivere l'esperienza, illusioni, allucinazioni ed episodi dissociativi di flashback).
4. disagio psicologico intenso all'esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a un aspetto dell'evento traumatico.

“ L'evitamento persistente degli stimoli associati al trauma e l'attenuazione della reattività generale” (criterio C) come indicato da tre o più dei seguenti fattori:

1. sforzi per evitare pensieri, sensazioni o conversazioni associati al trauma.
2. sforzi per evitare attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma.
3. incapacità di ricordare un importante aspetto del trauma.
4. riduzione marcata dell'interesse o della partecipazione ad attività significative.
5. sensazione di distacco o estraniamento dagli altri.
6. affettività ridotta (per es., incapacità di provare sentimenti d'amore).
7. senso di diminuzione delle prospettive future (per es., aspettarsi di non poter avere una carriera, un matrimonio, figli o una normale durata della vita).

“Sintomi persistenti di aumento dell’arousal” (criterio D) non presenti prima del trauma come indicato da due o più dei seguenti elementi:

1. difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno.
2. irritabilità o scoppi di collera.
3. difficoltà a concentrarsi.
4. ipervigilanza.
5. esagerate risposte di allarme.

Per poter fare diagnosi di PTSD il quadro sintomatologico completo deve essere presente per più di un mese (criterio E) e il disturbo deve “causare disagio clinicamente significativo o menomazione del funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti” (criterio F) (DSM IV-TR; APA 2000).

Per concludere, possono essere utilizzate le seguenti specificazioni per indicare l’esordio e la durata dei sintomi del Disturbo Post-traumatico da Stress:

Acuto: se i sintomi durano meno di 3 mesi.

Cronico: se i sintomi durano più di tre mesi.

A esordio tardivo: se l’esordio dei sintomi avviene almeno 6 mesi dopo l’evento stressante.

Manifestazioni associate

Sperimentare un trauma può causare diversi problemi psicologici che non fanno parte del PTSD in senso stretto. Gli individui che presentano PTSD frequentemente descrivono dolorosi sentimenti di colpa per il fatto di essere sopravvissuti a differenza degli altri o per ciò che hanno dovuto fare per sopravvivere. Possono inoltre presentarsi modificazioni permanenti della personalità (Horowitz, 1986), caratteristiche non facilmente modificabili dal tempo o dalla psicoterapia, ed elevati livelli di ansia e depressione. Le modalità di evitamento possono interferire con le relazioni interpersonali e portare a conflitti coniugali, divorzio o perdita di lavoro come evidenziato da Goenjian (1993) in uno studio con i superstiti di un terremoto devastante in Armenia. Questo determina un’ulteriore complicazione; è noto infatti che un buon supporto sociale da parte dei familiari e amici è un fattore cruciale nell’affrontare uno stressor. Alcuni studi hanno evidenziato, inoltre, un aumento considerevole dell’uso di alcolici, sigarette, ipnoinduttori, antidepressivi e ansiolitici sia nei veterani di guerra

sopravvissuti ad eventi traumatici (Solomon et al., 1987; Roth, 1986) sia in soggetti esposti a traumi “civili” (Abrahams et al., 1976, Logue et al., 1979, Goenjian, 1993), che la persona utilizza come tentativo di autocura nei confronti della propria sofferenza. La salute fisica risulta essere compromessa anche attraverso altre modalità quali un “declino complessivo della valutazione della salute (Logue et al., 1979, Melick, 1978), un incremento dell’affluenza ai servizi sanitari (Price, 1978, Abrahams et al., 1976) “e una maggiore incidenza di astenia, cefalee, dolori al torace, disturbi gastrointestinali, cardiovascolari e un indebolimento complessivo del sistema immunitario (sintomi peraltro comuni anche ai disturbi depressivi)”. Un deterioramento cognitivo nei pazienti con PTSD, descritto da diversi autori, riguarda disturbi mnestici (soprattutto a carico della memoria autobiografica) e difficoltà nella concentrazione. Possono, inoltre, essere presenti comportamenti autolesionistici che hanno essenzialmente lo scopo di allontanare il dolore del ricordo o la funzione di autopunizione per qualche colpa che si ritiene di aver commesso.

Valutazione

Un buon colloquio clinico ed un assessment approfondito sono imprescindibili per un’efficace valutazione del PTSD come per qualunque altra patologia. E’ importante determinare sia la storia dell’evento sia altre caratteristiche come il tipo di evento, le lesioni effettivamente subite, la paura di lesioni. Questi sono tutti fattori importanti anche quando ci si trova in un setting in cui i pazienti si presentano per problemi non esplicitamente correlati ad un evento traumatico. A questo scopo il *Trauma Assessment for Adults Self-Report* (Resnick, Best, Kilpatrick, Freedy e Falsetti, 1993) si è rivelato estremamente efficace.

Una volta stabilita la presenza di un evento traumatico risulta necessario analizzare gli eventuali sintomi del PTSD; a questo scopo esistono varie interviste semistrutturate alcune delle quali sono delle estensioni di strumenti più generali come la *Diagnostic Interview Schedule* (DIS; Robins, Helzer, Cottler e Goldring 1988), e la *Structured Clinical Interview* (SCID; Spitzer e coll., 1987). Tra quelle specifiche per la diagnosi e la misurazione del PTSD quella che ha raccolto maggiori dati a supporto è senz’altro la *Clinician-Administered Post-Traumatic Stress Disorder Scale* (CAPS; Blake et al., 1990).

Attualmente sono anche disponibili strumenti di auto-valutazione che comprendono, al loro interno, la vasta gamma sintomatologica del PTSD, come ad esempio la *PTSD Symptom Scale* (PSS; Foa, Riggs, Dancu e Rothbaum, 1993) e la *Modified PTSD Symptom Scale Self-Report*

(MPSS-SR; Resick e coll., 1991), quest'ultima include una valutazione della gravità e della frequenza dei sintomi. Entrambi gli strumenti sono formati da 17 item che corrispondono ai criteri diagnostici del DSM IV per il PTSD.

Uno strumento utile per misurare le caratteristiche principali del PTSD in particolare i fenomeni intrusivi e l'evitamento è l'*Impact of Event Scale* (Horowitz e coll., 1979) formata da 15 item; questa scala si correla con la diagnosi di PTSD ed è stata tradotta in diverse lingue rimanendo sensibile alle variazioni apportate dai trattamenti. I limiti di questo strumento sono che non tiene conto dell'aumento di arousal e alcuni item sembrano troppo complicati.

Nel caso in cui, come spesso accade, si riscontrino comorbidità con altre patologie può essere consigliato l'utilizzo di strumenti specifici per questi disturbi.

Le più frequenti comorbidità sono state rilevate con diagnosi di depressione (con percentuali riportate tra il 40-80%, Ellis, Atkeson e Calhoun, 1981; Frank e Stewart, 1984), nel qual caso lo strumento più utilizzato è il *Beck Depression Inventory* (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock ed Erbaugh, 1961), e con diagnosi di attacchi di panico. A questo proposito è possibile utilizzare la *Physical Reactions Scale* (Falsetti, Resnick, 1992) un breve test self-report che valuta i sintomi del Disturbo di Panico (DP) per diagnosticare la presenza di attacchi di panico in relazione ad un trauma. Questa scala valuta la frequenza e la gravità degli attacchi di panico nelle 2 settimane precedenti la somministrazione del test. Altro strumento per la diagnosi di DP è il *Panic Disorder Module SCID* (Spitzer e coll., 1990).

Un altro problema diffuso tra persone traumatizzate, come già precedentemente accennato, è l'abuso di sostanze; in uno studio effettuato da Kilpatrick, Edmunds e Seymour, (1992) su un campione di 4008 donne, le vittime di stupro che presentavano anche PTSD avevano una probabilità 5 volte maggiore di avere 2 o più problemi gravi legati all'alcool rispetto al gruppo di vittime che non aveva sviluppato PTSD, e una probabilità 4 volte maggiore di sviluppare 2 o più problemi legati alla droga. Per questo tipo di valutazione si può usare la SCID per il DSM-IV che include la valutazione di disturbi correlati a sostanze psicoattive.

Infine, anche la valutazione del supporto sociale di cui può usufruire il soggetto, delle sue credenze e delle attribuzioni causali, si rende necessaria ai fini della pianificazione di un intervento efficace. Per valutare il funzionamento sociale possiamo utilizzare la *Social Adjustment Scale* (Weissman, e Paykel, 1974). Per quanto riguarda la valutazione degli effetti cognitivi e le attribuzioni causali legati al trauma sono disponibili la *World Assumption Scale* (WAS; Janoff-Bulman, 1989) e la *Personal Beliefs and Reactions Scale* (PBRS; Mechanic e Resick, 1993).

PARTE SECONDA

IL TRAUMA NEI BAMBINI

1. I BAMBINI E IL TRAUMA

Il trauma infantile generalmente si riferisce a qualsiasi esperienza in cui il bambino sperimenta orrore, paura o dolore opprimente, accompagnati da un senso di impotenza (Krystal, 1978). È importante ricordare che i bambini provano dolore allo stesso modo degli adulti quando vengono esposti ad eventi gravi, e sono soggetti quindi a provare stati d'ansia ed emozioni come rabbia, colpa, tristezza, mancanza e senso di impotenza. La capacità dei bambini di provare questo tipo di dolore è in genere sottovalutata. Probabilmente questo è dovuto al fatto che si esprimono con modalità diverse da quelle degli adulti. Inoltre, nella nostra cultura abbiamo la tendenza a proteggere i bambini dal dolore e dalla sofferenza. In realtà, indipendentemente dal fatto di essere stati direttamente coinvolti nell'evento, i bambini si rendono conto e sentono quando succede qualcosa di grave.

Esempi tipici di esperienze traumatiche sono gli incidenti automobilistici, le violenze sessuali o fisiche, gli incidenti domestici o l'aver assistito a un episodio di violenza. Tali eventi estremi determinano perlopiù un disturbo da stress posttraumatico, anche se le conseguenze possibili sono molteplici.

Tuttavia, i bambini possono essere esposti anche a molti altri eventi estremamente disturbanti ma che non soddisfano i criteri del DSM relativi al trauma. Alcuni esempi possono essere la morte di un familiare, uno spostamento geografico e molte altre difficoltà. A questo tipo di avvenimenti il bambino reagisce con una risposta sintomatica, che, quando riconosciuta, viene considerata, secondo la definizione tradizionale, un disturbo dell'adattamento, anche se, come evidenziato da alcune ricerche in questo ambito, in molti casi si tratta di un termine improprio. Per esempio, i sintomi manifestati da alcuni bambini successivamente alla separazione dei genitori fanno pensare piuttosto a una reazione di tipo posttraumatico (Heatherington et al. 1989), benché ciò possa essere complicato dal perdurare delle dinamiche familiari. Come nel caso del PTSD, inoltre, anche i sintomi del cosiddetto disturbo dell'adattamento spesso non si

risolvono nel periodo specificato di sei mesi, ma possono persistere indefinitamente (Newcorn e Strain, 1992). Un'altra somiglianza consiste nel fatto che, anche quando diminuiscono i sintomi acuti, spesso il danno interno rimane.

Per quanto riguarda i bambini, esiste una differenza relativamente piccola tra un'esperienza traumatica inaspettata e un'esperienza di perdita importante inevitabile, ma prevista. Anche in quest'ultimo caso può essere sperimentata la stessa paura schiacciante e lo stesso senso di impotenza vissuti nell'esperienza traumatica. Inoltre, molti bambini sviluppano reazioni analoghe al PTSD in presenza di eventi meno disturbanti, ma cronici, come ad esempio alcune forme di maltrattamento verbale o di frustrazione scolastica che si ripetono nel tempo. Dunque le risposte postraumatiche possono derivare da molti tipi di eventi.

La vulnerabilità al trauma.

A partire dallo studio di Terr (1979) condotto su un gruppo di bambini vittime di rapimento, è sorto un interesse straordinario per le risposte dei bambini a episodi traumatici come incidenti, stupri, esposizione a violenze e disastri naturali. È stato ampiamente riconosciuto che praticamente tutti i bambini esposti a eventi traumatici estremi, se non vengono trattati, manifestano reazioni postraumatiche per più di un anno e, in alcuni casi, per un periodo di tempo indefinito (Greening e Dollinger, 1992; Holaday et al., 1992; Nader et al., 1990; Newman, 1976; Terr, 1979; van der Kolk, 1987). La vulnerabilità viene accresciuta dall'esposizione diretta (Lonigan et al., 1991; Nader et al., 1990; Pynoos et al., 1987). I fenomeni delle complicazioni postraumatiche come l'ospedalizzazione o la separazione dei genitori possono estendere l'esposizione al trauma, costituendo una traumatizzazione protratta nel tempo (McFarlane, 1987). La gravità dell'esposizione a un evento traumatico è mediata dalla percezione, dal significato personale dell'evento (Milgram et al., 1988) e dalla reattività emotiva (Schwarz e Kowalski, 1991). Questa mediazione riflette sia il livello evolutivo del bambino sia la presenza di una precedente traumatizzazione o patologia psichica, fattori che, a quanto è stato rilevato (Burke et al., 1982; Earls et al., 1988), sarebbero predisponenti.

Il livello evolutivo.

I bambini, in generale, sono particolarmente vulnerabili, in quanto sono più indifesi e soggetti a spaventarsi rispetto agli adulti e non hanno ancora sviluppato quelle forze fisiche, conoscenze, posizione sociale, risorse emotive e capacità di interpretare le situazioni di cui gli adulti dispongono. Tuttavia, secondo alcune ricerche, il livello evolutivo di per sé non sarebbe sufficiente a renderli più vulnerabili alla traumatizzazione (Newnan, 1976; Terr, 1979). Come

evidenziato da Schwartz e Kowalski (1991) e Terr (1979), la distorsione cognitiva e la regressione associate alla traumatizzazione si riscontano in tutti i livelli evolutivi. Tuttavia il livello evolutivo può influire sulla natura dell'esperienza traumatica, in quanto il modo in cui il bambino cercherà di gestire l'evento risentirà delle problematiche, delle capacità e degli influssi che caratterizzano la fase evolutiva in cui si trova. Per esempio, la capacità di regolare l'affettività e di ottenere sostegno emotivo al di fuori della famiglia generalmente cresce con l'età. Il livello di sviluppo può anche influire in parte sul modo in cui un'esperienza viene compresa (Newman, 1976).

Gli stili della personalità.

Le personalità più inclini all'evitamento, alla negazione e a collocare il controllo di sé all'esterno (locus of control esterno), rispetto a quelle che affrontano attivamente le esperienze e le integrano nel proprio sistema, risultano essere maggiormente vulnerabili (Gibbs, 1989; Hyman et al, 1988). Questa predisposizione può facilitare un'elaborazione disadattiva dell'esperienza disturbante.

Altra variabile importante risulta essere la cosiddetta dissociazione peritraumatica (durante e dopo l'evento) che viene oggi considerata uno dei più idonei indicatori dei successivi problemi di stress posttraumatico (Michaels et al.,1998; Shaven et al.,1996). Indubbiamente il temperamento individuale contribuisce in parte a questa tendenza, ma su di essa incide anche il modello di interazioni genitore- bambino che caratterizzano il primo sviluppo e attraverso le quali il bambino apprende il grado di tollerabilità delle emozioni dolorose, oltre il quale esse vanno temute ed evitate (Mahler et al., 1975; Winnicott, 1965).

Fattori ambientali.

Anche l'ambiente sociale che circonda il bambino dopo un evento critico può influire su di lui, sostenendone o limitandone l'espressione dei sentimenti e l'integrazione del ricordo traumatico. La natura dei rapporti familiari spesso riveste particolare importanza. Quando uno o entrambi i genitori "vanno in pezzi" o quando trasmettono al figlio il messaggio di non essere in grado di tollerare l'esposizione al ricordo traumatico (messaggio che può essere espresso in forma di superprotezione, evitamento o negazione), ciò può rinforzare la reazione posttraumatica del bambino. Per di più, egli può arrivare ad assumere il ruolo emotivo di genitore dei propri genitori: conseguenze di questa situazione possono essere la perdita della sensazione di sentirsi accudito, una minore possibilità di elaborazione e un aumento dei disturbi (Bloch et al., 1956; Green et al., 1991; McFarlane et al., 1987).

Se si tiene conto anche delle esperienze di perdita più gravi e dei traumi cronici minori, il trauma infantile, definito in termini ampi, si delinea sempre più chiaramente come un fenomeno diffuso ovunque. Subire un trauma costituisce una fortissima esperienza di impotenza e paura, cui spesso si accompagna anche una sofferenza di tipo fisico ed emotivo. Se questi sentimenti diventano intollerabili per il bambino traumatizzato, egli cercherà di respingerli attraverso uno sforzo straordinario. Questo evitamento allevia in parte i sentimenti intollerabili, ma ha anche l'effetto paradossale di ostacolare il vero sollievo, in quanto evitano al bambino di affrontare pienamente il ricordo traumatico e di elaborarlo, per cui esso rimane in uno stato grezzo, minacciando costantemente di intrufolarsi nella coscienza come se fosse ancora presente. Il ricordo viene conservato, in perenne attesa di un'occasione per entrare nel normale sistema di elaborazione dei ricordi ed essere immagazzinato nella memoria a lungo termine.

Nei bambini, la manifestazione dei sintomi posttraumatici spesso è piuttosto differente dal classico quadro PTSD degli adulti. Per esempio, tra le reazioni infantili possono figurare i sintomi somatici, il comportamento regressivo o l'acting-out. Il comportamento dei bambini traumatizzati, piuttosto che ai criteri del PTSD, corrisponderà a quelli di altre categorie diagnostiche, quali l'ADHD, gli stati d'ansia generalizzati, la depressione o il comportamento oppositivo-provocatorio. Gli effetti del trauma infantile vengono spesso erroneamente identificati con una diagnosi che descrive accuratamente le caratteristiche comportamentali, ma non affronta le radici del disturbo. Si presti attenzione al fatto che il trauma, in mancanza di una diagnosi rigorosa, può anche condurre alla cronicizzazione dei sintomi (Cuffe et al., 1998; Fletcher, 1996; Sullivan et al., 1991; Terr, 1991).

2. LA VALUTAZIONE DEL TRAUMA NEI BAMBINI

Esistono molti metodi appropriati per la valutazione del trauma, diversi a seconda del contesto situazionale. Quando si effettua la valutazione dello stress posttraumatico è necessario, in generale, tener conto di diverse questioni. Vediamole qui di seguito.

Il fattore tempo: è stato riscontrato che i bambini valutati con metodi clinici subito dopo un evento traumatico tendono a manifestare i disturbi in modo più vistoso; mentre i metodi di valutazione non clinica e il passare del tempo vengono associati a una minore possibilità di riscontrare caratteristiche patologiche (Sugar, 1989). In molti bambini i sintomi acuti sono più intensi e osservabili dei sintomi a lungo termine. Inoltre, immediatamente dopo un evento

traumatico, è più facile sia per il bambino sia per gli altri collegare i nuovi sintomi all'evento. In seguito, la personalità del bambino potrà in qualche modo organizzarsi attorno ai sintomi posttraumatici, per cui i sintomi stessi risulteranno meno evidenti. Tuttavia la risposta posttraumatica può certamente contribuire a determinare i sintomi, anche molto tempo dopo che la risposta acuta è svanita. Uno dei modi migliori per verificare il contributo di specifici eventi del passato ai sintomi attuali è quello di ottenere dal paziente una storia in cui siano menzionati sia gli eventi disturbanti sia lo sviluppo dei sintomi. È impressionante quanto sia frequente riscontrare che i sintomi accusati sono insorti, o si sono sviluppati sempre più, immediatamente dopo un trauma o una perdita importanti, senza che nessuno abbia mai collegato le due cose.

Le fonti di informazioni: i bambini sono generalmente i migliori informatori per quel che riguarda le loro condizioni interne, ma non hanno un grande spirito di osservazione circa i propri comportamenti. I genitori, d'altra parte, sottovalutano spesso la sofferenza interiore dei figli, ma sanno osservare molto meglio il loro comportamento (Belter et al., 1991; Burker et al., 1982; Earls et al., 1988).

L'ambiente familiare: l'ambiente familiare può contribuire allo sviluppo e alla persistenza dei sintomi posttraumatici, ma anche alla loro risoluzione. La valutazione del contesto familiare riveste quindi un'importanza determinante.

I problemi della sicurezza attuale del bambino: valutare i problemi della sicurezza attuale del bambino è molto importante per poter progettare un adeguato piano terapeutico. È insensato ad esempio cercare di trattare la reazione posttraumatica di un bambino mentre è ancora esposto al rischio di subire un'altra esperienza traumatica.

Strumenti oggettivi di valutazione

Fino a tempi piuttosto recenti, riconoscere attendibili i bambini traumatizzati era un'operazione piuttosto difficoltosa, che richiedeva lunghi colloqui clinici (McNally, 1991), perché valutare il trauma mediante strumenti destinati a individuare l'ansia, la depressione o una patologia psichica generale può essere molto impreciso. Oggi, invece, abbiamo a

disposizione molti strumenti oggettivi di valutazione, specifici per il trauma, che possono rivelarsi molto utili sia quando si effettuano degli screening per verificare i sintomi posttraumatici sia durante il trattamento per verificare i progressi della terapia. La misurazione oggettiva non può sostituirsi alla valutazione clinica, ma può offrire un contributo determinante. Non c'è un'unica tecnica di misurazione del trauma infantile che si possa definire la migliore. Nella scelta dello strumento più appropriato alla situazione ci si deve far orientare dallo scopo della valutazione e dalle condizioni in cui viene condotta.

Per la valutazione della storia del trauma abbiamo a disposizione molti strumenti, che vanno dagli elenchi da consultare, alle lunghe interviste strutturate. Ai questionari più brevi, più agevoli da somministrare, generalmente non è possibile dare un punteggio, per cui è meglio usarli come guida per le domande di verifica durante un colloquio clinico. Le interviste strutturate sono molto più dettagliate, ma relativamente noiose e generalmente sarebbero più adatte al campo della ricerca.

Talvolta la valutazione viene condotta allo scopo preciso di determinare la risposta del bambino a un evento identificato, come per esempio un uragano, una sparatoria avvenuta a scuola o un episodio di violenza rivelato recentemente.

L' *Impact of Events Scale* (Scala dell' Impatto degli Eventi) (Horowitz e coll., 1979) è l'unico strumento accreditato che misura la risposta posttraumatica a un evento identificato. Gli item di questo strumento consistono in frasi pronunciate di frequente da coloro che hanno vissuto eventi di vita stressanti e formulate dagli autori in modo che potessero essere applicate a eventi qualitativamente diversi. La scala è stata concepita per ricavare un punteggio totale di stress soggettivo e altri due punteggi riferiti agli item che misurano rispettivamente l'“evitamento” e l'“intrusione”. Viene assegnato il punteggio “0” a ogni risposta “mai” e i punteggi “1”, “2” e “3” rispettivamente alle risposte “raramente”, “qualche volta”, “spesso”. Il punteggio complessivo viene confrontato con quello di *cut-off* che corrisponde a “30 o più”. La scala prevede una stima della frequenza dell'esperienza a cui l'item si riferisce negli ultimi sette giorni. Gli autori, in base a una serie di studi effettuati con la *Impact of Events Scale*, hanno concluso che essa rappresenta uno strumento attendibile e sensibile sia al cambiamento della risposta del soggetto nel tempo sia nel discriminare tra persone che provengono da campioni che hanno sperimentato diversi tipi di trauma. La scala è inoltre utilizzabile da persone con vari livelli di istruzione e di diversi contesti socio-economici e può misurare la risposta all'evento traumatico in un lungo periodo di tempo, essendo utilizzabile più volte con la stessa persona e riferibile in maniera specifica a uno stesso evento.

Dyregrov e Yule nel 1995 hanno validato la IES-8 , una versione composta da 8 item della IES originale e utilizzata con i bambini e gli adolescenti. Questo strumento, anche se utile per uno screening dello stress posttraumatico e per verificare l'avvenuta guarigione, presenta due limitazioni fondamentali: la prima, che è al tempo stesso il suo punto di forza, consiste nel fatto che valuta solamente la risposta a un evento identificato e può non cogliere i sintomi posttraumatici connessi a un'altra storia di trauma, magari non ancora identificata. L'altra principale limitazione è che l'IES-8 seleziona soltanto due dei sintomi posttraumatici classici, l'evitamento e l'intrusione, e non affronta l'intero spettro di risposte posttraumatiche che possono presentarsi.

Alcuni strumenti possono essere modellati sui criteri del DSM per il PTSD. Anche se questo approccio è utile sia per gli scopi della ricerca sia per agevolare determinate diagnosi PTSD, i criteri del DSM per il PTSD non affrontano l'intera gamma di risposte posttraumatiche attuali del bambino (Fletcher, 1993). Per scopi clinici è preferibile effettuare una valutazione più completa che prenda in esame l'intera gamma dei sintomi.

Il *Trauma Symptom Checklist for Children* (TSCC; Briere, 1996) è stato messo a punto allo scopo di sopperire alla mancanza di test standardizzati che fossero in grado, attraverso l'utilizzo di diverse scale, di misurare i sintomi posttraumatici nei bambini. Il TSCC è uno strumento self-report per la misurazione dello stress posttraumatico e dei relativi sintomi psicologici in bambini di età compresa tra gli 8 e i 16 anni. È utile per la valutazione di bambini che hanno subito esperienze traumatiche quali violenza fisica e sessuale, aggressioni da parte dei pari, perdite importanti, disastri naturali e l'essere stati testimoni di violenza nei confronti di terzi. Questo strumento consiste di 54 item che vanno a formare: 2 scale di controllo; 6 scale cliniche (Ansia, Depressione, Rabbia, Stress posttraumatico, Dissociazione → che si compone di due sottoscale); 8 item critici e può essere somministrato singolarmente o in gruppo. Viene utilizzato da molti clinici e ricercatori perché offre una buona psicomètria e contiene sia un'ampia copertura dei sintomi sia importanti sottoscale.

Il *Trauma Symptom Checklist for Young Children* (TSCYC; Briere, 2001) è stato messo a punto per indirizzare l'intervallo di standardizzazione degli strumenti per la misurazione del trauma nei bambini al di sotto dei sette anni. Lo strumento è costituito da 90 item indirizzati ai genitori dei bambini o a coloro che se ne prendono cura. Contiene due scale che consentono di determinare la validità delle affermazioni dei genitori e otto scale cliniche che hanno lo scopo di fornire una misura delle conseguenze psicologiche dell'esposizione al trauma. Così come

altri strumenti di misura dei sintomi, non raccoglie dati relativi a traumi specifici o eventi correlati. Le otto scale cliniche sono: 1)Intrusione postraumatica, 2)Evitamento postraumatico, 3)Attivazione postraumatica, 4)Preoccupazioni sessuali, 5)Dissociazione, 6)Ansia, 7)Depressione e 8)Rabbia/Aggressività.

Il *Trauma Symptom Inventory* (TSI; Briere, 1995) è un test costituito da 100 item allo scopo di misurare lo stress postraumatico e altre conseguenze psicologiche degli eventi traumatici. È nato per essere utilizzato nella valutazione della sintomatologia traumatica acuta e cronica in risposta ad eventi quali violenza fisica, incidenti importanti, traumi da combattimento, disastri naturali nonché in quella degli effetti dell'abuso sui minori e dei traumi subiti nella prima infanzia. Questo strumento è costituito da 3 scale di controllo e 10 scale cliniche che valutano una vasta gamma di sintomi psicologici inclusi quelli correlati al Disturbo Post-traumatico da Stress e al Disturbo Acuto da Stress oltre che le difficoltà intra ed interpersonali associate ad un trauma cronico. Il test prevede che il soggetto possieda buone capacità di lettura e agli item viene assegnato un punteggio su una scala a 5 punti in cui "0" corrisponde a "mai" e "3" a "spesso" in base alla frequenza con la quale l'evento si è presentato negli ultimi sei mesi.

Il *Pediatric Emotional Distress Scale* (PEDS; Saylor & Swenson, 1999) si propone di misurare elevati livelli di sintomi e comportamenti in bambini successivamente all'esposizione di eventi stressanti o traumatici cercando di non caricare troppo i genitori, vittime essi stessi del bambino o dei professionisti. Il test prevede la somministrazione ai genitori di 21 item i quali devono fornire una valutazione in base ad una scala Likert di valutazione a 4 punti: 1)Quasi mai, 2)A volte, 3)Spesso e 4)Molto spesso. 17 item riguardano i comportamenti generali mentre 4 sono specifici per il trauma e si focalizzano su sintomi specifici empiricamente correlati con il trauma infantile. I punteggi cut-off vengono ricavati dalle scale nel loro insieme nonché da ciascuna sottoscala.

Anche il *Los Angeles Symptom Checklist-Adolescent* (Foy et al., 1997) possiede sottoscale PTSD e ha buone caratteristiche psicometriche ed è stato per molto tempo utilizzato con adolescenti urbani.

Il *Children's PTSD Inventory* (Saigh, 1989) è stato costruito sulla base dei criteri diagnostici del PTSD contenuti nel DSM-III (1980) e dell'osservazione clinica. L'autore all'epoca riscontrò l'assenza di protocolli utilizzabili con bambini piccoli vittime di traumi. Quando il

protocollo venne ideato esistevano solamente strumenti in grado di rilevare la presenza e la gravità di sintomi posttraumatici elaborati per essere utilizzati con adulti e soprattutto con reduci di guerre.

Il *Child Report of Posttraumatic Symptoms* e il *Parent Report of Posttraumatic Symptoms* (Greenwald e Rubin, 1999) sono caratterizzati entrambi da brevità, copertura dell'intero spettro dei sintomi e sensibilità al cambiamento delle condizioni posttraumatiche e presentano sia la prospettiva del genitore che quella del bambino. Tuttavia, trattandosi di strumenti più nuovi, non sono convalidati quanto gli altri citati prima.

In sintesi, la scelta del tipo di misurazione oggettiva, così come il metodo generale di valutazione, saranno determinati dallo scopo della valutazione, dall'età del bambino e dalla disponibilità di risorse attendibili. Per esempio, un bambino che frequenta la scuola materna non sarà in grado di compilare nessuno dei questionari in circolazione che si basano sulle dichiarazioni dei bambini e mirano a individuare un trauma, ma i genitori saranno in grado sia di compilare un formulario per i genitori sia di fornire rilevanti informazioni storiche e comportamentali circa il bambino.

È molto importante effettuare valutazioni di routine per identificare una eventuale storia di trauma/perdita e sintomi posttraumatici, sia che si operi in un contesto identificato come posttraumatico sia che si effettui una valutazione iniziale della salute mentale e dei problemi di comportamento (Greenwald, 1997b). Ci sono oggi molti bambini traumatizzati che non sono stati identificati come tali. Questa infelice tendenza favorisce l'insorgenza di un'immensa quantità di danni che si potrebbero, invece, evitare. Pertanto, l'identificazione dei bambini traumatizzati rappresenta un passo cruciale sulla via della guarigione.

PARTE TERZA

UN TRAUMA SPECIFICO IN ETÀ EVOLUTIVA: ABUSO SESSUALE

1. ABUSO SESSUALE: UNA DEFINIZIONE DIFFICILE

Non esiste, allo stato dell'arte, una definizione condivisa di abuso sessuale all'infanzia che trovi un consenso unanime tra i vari operatori.

In realtà, ogni parola che compone il costrutto "*Child Sexual Abuse*" (CSA) suscita numerose questioni. Uno degli elementi di discussione riguarda il limite massimo di età al di sotto del quale è adeguato parlare di abuso sessuale infantile. Alcuni autori stabiliscono tale limite cronologico all'età di 16 anni (Wurr e Partridge, 1996), altri all'età di 18 (Russel, 1983), altri di 17 (Finkelhor, 1979). In linea generale la legge italiana sancisce che i minori di quattordici anni non possano prestare alcun consenso in ambito sessuale, salvo alcune eccezioni particolari per le quali tale limite si amplia portandosi a 16 anni.

Un altro aspetto controverso riguarda la definizione di comportamenti sessuali. Se alcuni atti vengono considerati sessuali in maniera unanime (penetrazione vaginale e anale, contatti oro-genitali, esibizionismo, voyeurismo) altri, a carattere meno invasivo (si pensi, per esempio, a un genitore che appare nudo davanti al proprio figlio), non sono considerati necessariamente tali e implicano, per la valutazione del caso, il ricorso a ulteriori elementi legati al contesto in cui l'episodio, o gli episodi, si sono verificati.

Secondo l'*American Academy of Pediatrics* (1999):

Si può parlare di abuso sessuale nei casi in cui un bambino venga coinvolto in attività sessuali che non è in grado di comprendere, per le quali non è pronto e alle quali non può prestare consenso e/o violano la legge o i tabù sociali. Le attività sessuali possono includere le forme di contatti oro-genitali, genitali o anali messe in atto sul bambino o dal bambino o le attività sessuali senza contatto come l'esibizionismo, il voyeurismo o l'utilizzazione del bambino nella produzione di materiale pornografico. L'abuso sessuale include una gamma di attività che varia dallo stupro a forme fisicamente meno intrusive di abuso sessuale.

In ambito clinico, il termine di abuso sessuale all'infanzia, si riferisce a comportamenti sessuali tra un bambino e un adulto o tra due bambini quando uno di loro è significativamente più grande o usa coercizione. In quest'ultimo caso è importante considerare i fattori evolutivi nel valutare se i comportamenti tra due bambini sono di tipo abusivo o normale.

Il perpetratore e la vittima possono essere dello stesso sesso o di sesso opposto; gli atti sessuali possono avvenire in una situazione diadica o di gruppo.

I comportamenti sessuali includono *toccamenti* di parti intime (con o senza indumenti) che il bambino può subire, osservare o essere obbligato ad agire su di sé o sull'altro. Altri comportamenti sessuali sono: *frottage*, *esibizionismo*, *voyeurismo*, *fellatio*, *cunnilingus* e *penetrazione anale o vaginale* per mezzo di oggetti o degli organi sessuali. La *pornografia* viene di solito compresa nella definizione di abuso sessuale e viene inclusa nei comportamenti sessuali anche l'esposizione del bambino a materiale pornografico.

Gli atti di abuso possono essere distinti da quelli non abusivi per la presenza di tre fattori:

1. *Differenza di potere*: l'atto viene compiuto da parte di una persona che, in virtù del suo ruolo, delle sue capacità, o delle sue caratteristiche fisiche, influenza e controlla la vittima con o senza l'uso della forza.
2. *Differenza di conoscenze*: implica che la vittima abbia una minore comprensione del significato e delle implicazioni dell'atto sessuale rispetto al perpetratore e che non possa valutare le implicazioni legate all'atto sessuale.
3. *Differenza nella gratificazione*: nella maggior parte dei casi di abuso sessuale l'atto risulta gratificante solo per l'abusante e assume tutt'altro significato per la vittima.

Secondo Kempe (1978), rientrano nella definizione di abuso sessuale anche quegli atti sessuali che pur compresi e accettati dal bambino, violano i tabù sociali relativi ai ruoli familiari.

Tutti i criteri elencati possono più o meno risultare esaustivi, ma rischiano di indurre un'applicazione rigida e riduttiva nel momento in cui non prendono in considerazione le numerose variabili in gioco.

Infatti, i medesimi comportamenti codificabili come psicologicamente abusanti, sono suscettibili di provocare esiti diversi a seconda di numerosi fattori interni ed esterni al bambino o all'adolescente oggetto del maltrattamento quali: fattori biologici, personologici e temperamentali, affettivi e ambientali.

2. IL TRAUMA DA ABUSO SESSUALE

L'abuso sessuale è tra le forme di violenza più gravi che può subire un minore, soprattutto per il fatto che non si presenta mai da solo ma sempre associato ad altre forme di abuso, come quello psicologico o fisico.

L'abuso sessuale è un problema diffuso del quale si sta parlando sempre più spesso negli ultimi anni. In realtà, è un fenomeno sempre esistito e non è confinato a particolari strati sociali o culture, coinvolgendo le femmine molto più frequentemente dei maschi.

L'abuso sessuale può avvenire fuori dalla famiglia (molto più raro e comunque più frequente quando la vittima è adolescente), oppure all'interno della famiglia (e si tratta dei casi più diffusi soprattutto quando parliamo di bambini in età scolare e preadolescenti). Quest'ultimo caso è quello meno denunciato alle autorità giudiziarie e quello che può provocare i danni psicologici più seri e duraturi. In entrambi i casi, comunque, l'aggressore è spesso una persona conosciuta al minore. Molto rari sono infatti i casi di molestie sessuali e violenze commesse da sconosciuti ai danni di bambini. Gli abusi sessuali non sempre si associano a violenza fisica: spesso l'adulto "seduce" il bambino o gli fa credere che si tratti di cose normali che fanno tutti, soprattutto se il bambino è piccolo. Inoltre non sempre si tratta di azioni "gravi" da un punto di vista oggettivo. Gli abusi iniziano spesso sotto forma di gioco, di carezze, di educazione sessuale; si passa poi alle molestie vere e proprie (vissute dal minore come fastidiose e assolutamente da lui indesiderate) per giungere solo in una fase successiva (che non sempre è presente) a veri e propri atti sessuali più gravi.

La gravità del danno psichico non è in alcun modo correlata alla gravità delle azioni subite; non necessariamente uno stupro avrà conseguenze più gravi di una molestia sessuale. Il danno psichico sulla vittima dipende da molti fattori, fra cui i più importanti sono:

- relazione tra l'aggressore e la vittima → tanto più il rapporto è stretto tanto maggiore sarà il danno.
- durata dell'abuso sessuale
- risposta della società alla rivelazione dell'abuso → tanto più la vittima sarà riconosciuta nel suo ruolo di vittima e supportata, protetta, non colpevolizzata, tanto minori saranno i danni.

L'abuso sessuale, come ogni trauma, distrugge nel bambino quattro elementi fondamentali della sua evoluzione mentale:

- 1) Senso di PREVEDIBILITÀ e di CONTROLLABILITÀ del mondo, dell'esperienza e delle figure adulte ("Il mondo è prevedibile e buono").

- 2) Senso di INVULNERABILITÀ / INVIOLABILITÀ DEL SÉ che costituisce il vissuto basilare di fiducia e di sicurezza nel proprio futuro (“Non può capitare proprio a me!”).
- 3) Possibilità di dare un SENSO POSITIVO alla propria esperienza e alla propria esistenza (“La vita ha senso”).
- 4) AUTOSTIMA come consapevolezza di un valore costitutivo appartenente al Sé (“Valgo qualcosa”) (De Zulueta, 1999).

Questo trauma rappresenta per il bambino una perdita radicale non solo di potenza e di capacità di efficacia sul mondo circostante, ma anche e soprattutto di consapevolezza, di capacità di mantenere il contatto con la realtà.

Tale deficit di consapevolezza può coinvolgere:

- *la fase precedente all'evento traumatico*: il bambino non si aspetta che quel “grande” o quei “grandi” di cui si fida possano fargli del male e metterlo in una situazione gravemente confusiva e destrutturante.
- *il corso dell'evento traumatico*: l'impetuosità dei sentimenti di “paura intensa”, “impotenza” ed “orrore” vissuti dalla vittima non possono essere utilizzati in modo adattivo per produrre una reazione efficace di lotta o di fuga ed il soggetto per difendersi dalla sofferenza che sta vivendo può distaccarsi mentalmente in qualche misura sia dalla situazione, sia dai sentimenti che sta provando.
- *la situazione successiva all'evento* per l'enorme difficoltà ad esprimere e riattraversare i vissuti emotivi traumatici, per la solitudine e l'incomprensione a cui la vittima può andare incontro e soprattutto per la negazione attraverso cui l'autore della violenza e l'ambiente circostante cercano di cancellare o rimuovere le tracce della violenza stessa. Tutti questi aspetti possono contribuire a contrastare la capacità del bambino di mantenere un adeguato contatto mentale con l'esperienza traumatica, di immagazzinarla, di simbolizzarla correttamente, di poterla ascoltare dentro di sé e di poterla recuperare e comunicare in modo integro.

Le risorse dell'individuo, unitamente al sostegno da parte delle persone care ed opportune condizioni di vita possono, come per ogni trauma, condurre al superamento graduale della ferita subita. In una percentuale significativa di casi, molto difficile da stimare con precisione, l'abuso sessuale genera però problemi di lunga durata o cronici.

L'abuso sessuale è un trauma, e come tale può avere come esito lo sviluppo di un Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD).

I ricordi, sotto forma di immagini, sensazioni, parole, odori, sapori, incubi notturni possono ritornare frequentemente alla mente della persona abusata, accompagnati da emozioni fortemente disturbanti o espressi attraverso disagi e sintomi tipici di un disturbo sessuale come dolore sessuale, vaginismo e vulvodinia. Nella maggior parte dei casi la persona abusata cerca di tenere a distanza i ricordi fonte del dolore. Non è nemmeno raro che, almeno in alcuni periodi della vita, la vittima di abuso abbia amnesie complete o parziali circa la violenza subita.

3. LE CONSEGUENZE DELL'ABUSO

Sono stati effettuati molti studi in relazione alle conseguenze a breve e a lungo termine dell'abuso nei confronti dei minori. Sono stati individuati alcuni raggruppamenti di sintomi, anche se occorre sottolineare che come non esiste il profilo clinico "tipico" del bambino abusato, così non si riscontrano configurazioni di sintomi riconducibili ad una determinata categoria di abusi.

Conseguenze neurobiologiche

La maggior parte degli studi riguardanti i correlati neurobiologici dell'abuso sui bambini sono stati condotti in una prospettiva traumatologica, analizzando dal punto di vista neuropsicologico, neurochimico e neuro anatomico le condizioni cliniche di natura stressante e post-traumatica.

Aspetti neuropsicologici

Questi aspetti coinvolgono principalmente gli esiti delle esperienze di maltrattamento legate all'insorgenza di un PTSD (Disturbo post-traumatico da stress). Gli studi sul PTSD si sono focalizzati principalmente sui disturbi della memoria e dell'attenzione. Sono state, ad esempio, effettuate ricerche circa lo specifico ricordo dell'esperienza traumatica e delle informazioni correlate al trauma nei pazienti con PTSD (Zeitlin e Mc Nally, 1991; Mc Nally e coll., 1995). I risultati, relativi a pazienti adulti, mostrano che i pazienti con PTSD presentano difficoltà nella capacità di richiamare specifici ricordi autobiografici, specialmente rispetto a

“parole chiave” con un concetto strettamente correlato all’esperienza vissuta. Anche Uddo e coll. (1993) hanno riscontrato deficit nella memoria a breve termine in una popolazione clinica simile.

In condizione di intenso stress emozionale, i bambini possono sperimentare significative distorsioni della percezione visiva e uditiva, incluse vere e proprie allucinazioni (Everson, 1997). Questi errori percettivi, infatti, vengono spesso adattati agli schemi mentali e alle aspettative del bambino, distorcendo la rievocazione mnestica dell’evento.

Per quanto riguarda l’attenzione, gli esperimenti svolti da Stroop (1995) mettono in evidenza che le parole strettamente associate all’esperienza traumatica vissuta dal soggetto, producono un’interferenza sensibilmente maggiore rispetto ad altri gruppi di parole.

I risultati ottenuti in questi studi sulla memoria e sull’attenzione rinforzano l’ipotesi secondo cui il materiale non completamente elaborato (i ricordi correlati al trauma) permane nella memoria in una forma “attiva”. L’informazione riguardante gli eventi traumatici è quindi prontamente accessibile e interferisce con le normali attività dei soggetti, anche nel momento in cui questi cercano intenzionalmente di evitarlo.

I risultati di tali ricerche tuttavia sono poco estensibili ai bambini vittime di abuso sessuale, sia perché l’impatto dell’esperienza traumatica può essere differente su un organismo ancora in crescita, sia per il tipo di trauma in questione, che essendo perlopiù di carattere prolungato e non “acuto” difficilmente si associa a specifiche alterazioni mnestiche (Herman, 1986). Non esistono infatti evidenze, nelle ricerche controllate, di una significativa differenza del funzionamento mnestico nelle bambine abusate sessualmente (Bauserman, 1998).

E’ stata rilevata, invece, un’alterazione dello sviluppo cognitivo dei bambini vittime di abuso. I dati di ricerca indicano che un’esperienza traumatica di abuso è in grado di compromettere diversi sistemi biofisiologici e che gli effetti persistono a lungo dopo il trauma. Una serie di studi condotti da Dodge e coll. (1990) hanno dimostrato che le risposte fisiologiche e cognitive dei bambini sono influenzate dalle modalità di percepire e processare gli stimoli. Anche i dati proposti da Carrey e coll. (1995) indicano che esperienze di abuso fisico e sessuale producono effetti cognitivi a lungo termine, legati ad una globale inibizione delle risposte cognitive alle sollecitazioni ambientali.

Aspetti neurochimici

Una gamma di stimoli stressanti può produrre un' aumento della funzione noradrenergica cerebrale a livello del locus ceruleus, dell'ipotalamo, dell'ippocampo e dell'amigdala, così come a livello della corteccia cerebrale.

Gli input emotivi vengono recepiti dal talamo sensoriale, una struttura sottocorticale. Una reazione immediata, semiautomatica, coinvolge in prima istanza l'amigdala, altra struttura sottocorticale cui spetta la funzione di dirigere le risposte emotive e le relative risposte neurovegetative e viscerali. Questa prima attivazione può inibire le risposte più modulate e coerenti da parte dell'ippocampo e della corteccia prefrontale. Nell'ippocampo si realizza la "mappa cognitiva" dell'ambiente esterno e la memoria esplicita di situazioni emotive, rendendo possibile l'archiviazione di esperienze recenti e di nuove informazioni. La corteccia prefrontale, invece, elabora l'input in termini linguistici e concettuali.

Charney e coll. (1993) e Bremner e coll. (1996a, b) ritengono che molti dei sintomi più persistenti del PTSD riflettano un'accresciuta funzione noradrenergica; una precoce esposizione allo stress potrebbe sensibilizzare l'individuo relativamente ad una sua successiva reattività a ulteriori stimoli, costituendo così un fattore di rischio per lo sviluppo di PTSD. La notevole stimolazione noradrenergica, infatti, determinerebbe in alcune strutture del tronco dell'encefalo, una diminuzione del controllo corticale inibitorio, determinando modificazioni sinaptiche responsabili di una ridotta capacità di abitudine ai nuovi stimoli. Un'iperattivazione del sistema noradrenergico renderebbe quindi l'individuo ipersensibile a fattori di stress ambientali, ma in ogni caso incapace di produrre una risposta comportamentale adeguata per un calo dell'attività psicomotoria e dell'energia.

Si può quindi ipotizzare, sulla base di questi studi, che esperienze di abuso subite durante l'infanzia possano ottenere l'effetto di sensibilizzare i soggetti che ne sono state vittime, predisponendoli a determinate patologie (PTSD, depressione) a seguito di stress o traumi esperiti in età adulta.

La noradrenalina, inoltre, possiede una relazione "a U invertita" con il consolidamento della memoria: livelli molto elevati e molto bassi di attività noradrenergica interferiscono con i meccanismi di immagazzinamento dell'informazione. Il fatto di rilasciare alte quantità di noradrenalina al momento del trauma può quindi rivestire un ruolo importante nel determinare un'alterazione nell'immagazzinamento delle informazioni collegate all'esperienza in questione.

Anche il rilascio di dopamina nella corteccia prefrontale mediana sembra aumentare in condizioni di stress. Il sistema dopaminergico prefrontale è coinvolto in un gran numero di

funzioni cognitive superiori, come l'attività mnestica e l'attenzione, e potrebbe venire coinvolto nello stato di ipervigilanza dei pazienti con PTSD, attraverso le connessioni con strutture sottocorticali quali l'amigdala e il locus ceruleus.

Gli studi in questo ambito non si limitano agli aspetti neurofisiologici e cognitivi, ma si estendono agli esiti clinici in relazione alla qualità degli eventi stressanti. De Bellis e Putnam (1994) hanno evidenziato che bambini abusati e che presentano sintomi attribuibili a un PTSD, mostrano aumentate concentrazioni di cortisolo libero urinario, di dopamina e di noradrenalina: la concentrazione di cortisolo urinario e di noradrenalina sono significativamente correlate sia con la gravità dei sintomi di PTSD, sia con la severità e la durata dell'abuso.

Un'approfondita conoscenza dei reperti neurobiologici a seguito di un'esperienza traumatica di abuso, consente di costruire strumenti per la valutazione del bambino presunta vittima di abuso anche in senso prognostico e di migliorare i criteri di intervento e di presa in carico terapeutica da parte dei servizi per l'infanzia.

Aspetti neuro anatomici

Un certo numero di studi sperimentali indica l'importanza dell'emisfero destro nell'elaborazione degli stimoli non verbali e nel condizionamento da stimoli stressanti. Sembra, infatti, che i ricordi traumatici vengano codificati diversamente rispetto a quelli ordinari, in quanto soggetti a una minore codificazione in termini linguistici verbali. Diversi studi suggeriscono che il ricordo di un evento traumatico permane nel nostro sistema mnestico come un'immagine visiva pura, ovvero come ricordo visivo ed emozionale.

Bremner e coll. (1995) hanno riscontrato che il volume dell'ippocampo in soggetti affetti da PTSD era inferiore dell'8% rispetto a quello dei controlli. Per spiegare questo risultato, gli autori hanno avanzato due ipotesi: o che un ippocampo di piccole dimensioni alla nascita possa avere predisposto all'insorgenza del PTSD, oppure che un grave stress, provocando il rilascio di glucocorticoidi e altri neurotrasmettitori, possa aver determinato un danno all'ippocampo stesso. Ancora, Bremner e coll. (1995) riferiscono di avere riscontrato una riduzione del 12% nel volume dell'ippocampo sinistro in 17 adulti vittime di abuso sessuale nell'infanzia confrontati con controlli strettamente uniformati.

Secondo il modello proposto da Nadel e Jacob (1996), un danno dell'ippocampo può far sì che i ricordi, decontestualizzati, "galleggino" liberi, privi di riferimenti spazio-temporali, così come si verifica nei *flashback* intrusivi caratteristici del PTSD.

In linea con quanto emerso dagli studi in questo ambito si evince che le esperienze di abuso sessuale promuoverebbero mutamenti nei sistemi biologici legati alla risposta allo stress e concomitanti alterazioni nello sviluppo cerebrale.

Conseguenze psicologiche e psicosociali

Tra i sintomi psicologici che riflettono le conseguenze a breve termine dell'abuso sessuale ricordiamo: enuresi diurna e notturna, disturbi del sonno e dell'alimentazione, fobie, dolori addominali e cefalee psicosomatiche.

Le conseguenze psicologiche rilevanti a lungo termine possono essere molto varie: sintomi d'ansia e disturbi da stress post-traumatico; disturbi di personalità multipla; comportamento depressivo e suicidario; predisposizione a molestare bambini (pedofilia); inibizione sessuale o comportamenti sessuali compulsivi; abuso di alcol o sostanze stupefacenti; disturbi dell'alimentazione, soprattutto in senso bulimico; disturbi borderline di personalità; somatizzazioni. A lungo termine l'abuso sessuale può causare problemi in diverse aree della vita della persona. Si dice, infatti, che costituisca un **fattore di rischio "non specifico"**, ovvero un evento che aumenta la probabilità che un bambino possa sviluppare, in età adulta, diversi disagi di natura psicologica, senza l'evolversi di un disturbo conclamato.

Alcuni dei problemi più tipici associati all'abuso sessuale sono i seguenti:

Tradimento: se l'abuso sessuale è avvenuto all'interno della famiglia, specialmente se si era bambini, le persone abusate portano spesso con sé un senso di profondo tradimento arrecato dalla persona che si sarebbe dovuta occupare di loro; questo può comportare un profondo senso di sfiducia e di diffidenza nei confronti della persona.

Autostima: la persona che ha subito un abuso sessuale può avere un senso di autostima cronicamente basso, a dispetto delle sue reali capacità e caratteristiche. È come se si sentisse "marchiata" da un'esperienza della quale non riesce a liberarsi e che difficilmente si trova il coraggio di condividere con qualcuno. Questo genera profondi sentimenti di frustrazione e impotenza. Quando l'abuso è stato intrafamiliare e non c'è stata violenza fisica, il bambino può sviluppare fortissimi sensi di colpa e di indegnità a causa della convinzione, errata, che, poiché non vi è stata coercizione, allora esiste responsabilità personale dell'accaduto. Un bambino però non è responsabile di qualcosa che non è in grado di valutare nel suo reale significato e nelle sue reali conseguenze.

Problemi sessuali: l'iniziazione prematura alla vita sessuale, che spesso esordisce all'interno di rapporti insani e con violenza psicologica, può generare molti problemi come l'evitamento della vita sessuale, una vita sessuale caratterizzata da disturbi (difficoltà o impossibilità di raggiungere l'orgasmo, assenza di sensazioni piacevoli, presenza di sensazioni dolorose durante i rapporti, una vita sessuale permeata da sensi di colpa, di sporcizia, angoscia e paura, ma anche una sessualità promiscua), una difficoltà ad identificarsi con un genere sessuale ben preciso, un comportamento omosessuale di ripiego a causa della paura nei confronti delle persone dello stesso sesso dell'abusante.

Depressione, ansia e panico: sono un sintomo frequente. Quando l'abuso è stato vissuto in tenera età, questi sintomi possono diventare cronici, quasi come una seconda natura della persona abusata, che si abitua a sentirsi solo in questo modo.

Le persone che hanno subito abusi sessuali hanno, più frequentemente della media, sintomi psicosomatici, disturbi del comportamento alimentare come anoressia e bulimia, abuso di sostanze (alcol, farmaci, stupefacenti), una ridotta capacità nel controllo della rabbia e dell'aggressività nonché difficoltà significative nei rapporti interpersonali.

Gli adulti "sopravvissuti" ad abuso infantile, inoltre, possono mettere in atto comportamenti aggressivi o violenti verso i propri figli e comportamenti criminali (si tratta dei cosiddetti casi di "abusatore abusato").

Deblinger e Helfin (1994) sottolineano come il supporto ai giovani, vittime di abuso sessuale, offerto dai genitori che non hanno compiuto l'abuso, costituisca una variabile in grado di moderare gli effetti e di rappresentare quindi, per loro, la maggiore "risorsa naturale" potenziale. Everson e Boat (1989) hanno messo in evidenza che oltre alle variabili di supporto, i sintomi psichiatrici materni sembrano contribuire in modo significativo all'adattamento futuro delle giovani vittime. In particolare, i sentimenti di stress della madre non autrice di abuso conseguenti alla denuncia, hanno un impatto sulla sua capacità di essere emotivamente di sostegno e in grado di impiegare in modo adeguato le risorse dei professionisti a sua disposizione.

Per ciò che concerne la sfera psicosociale, si assiste frequentemente alla compromissione di due aspetti fondamentali: le relazioni con i coetanei e l'adattamento scolastico, entrambi in relazione con gli aspetti socioculturali che comprendono il bambino e l'ambiente in cui vive e si sviluppa. Per quanto riguarda il primo aspetto sono state studiate, attraverso diversi metodi (osservazione diretta, interviste ai genitori, ai compagni e agli insegnanti), le relazioni con i coetanei da parte dei bambini abusati, nel corso della scuola materna e nei primi anni della scuola elementare. I risultati hanno messo in evidenza significative difficoltà nelle relazioni

interpersonali. I bambini abusati tendono, infatti, a manifestare modalità comunicative verbali e fisiche di tipo aggressivo o pattern di comportamento caratterizzati da ritiro ed evitamento. A partire da esperienze di abuso e maltrattamento, un bambino può imboccare percorsi che lo conducono al rifiuto dei coetanei e all'isolamento, e queste condizioni, circolarmente, alimentano un circuito di esclusione e di frustrazioni che spesso può assumere connotazioni di natura depressiva.

E' stato anche ampiamente dimostrato che bambini vittime di abuso e trascuratezza presentano elevati rischi di insuccesso scolastico. Sebbene questi studi abbiano fornito una chiara evidenza circa i deleteri effetti dell'abuso sullo sviluppo cognitivo dei bambini, occorre tenere in considerazione che anche altri fattori aspecifici possono interagire o addizionarsi alla vulnerabilità del bambino esacerbandola.

Le ricerche più recenti sull'abuso e sul maltrattamento dei bambini dimostrano che il significato di queste esperienze traumatiche varia in funzione del periodo evolutivo in cui esse si sono verificate. Questo aspetto può rendere ragione del fatto che eventi simili possono determinare sequenze di sintomi anche molto diverse.

4. IL SOSTEGNO ALLE GIOVANI VITTIME

I minori vittime di abuso sessuale hanno subito un trauma terribile e questo li condanna a fare i conti con la propria memoria. Ogni trauma agisce sulla memoria, ed è proprio quest'ultima che media gli effetti delle esperienze traumatiche sulla vita della vittima e sugli eventuali esiti successivi. L'intervento per riparare la lacerazione deve pertanto affrontare necessariamente il tema dei ricordi e della loro rielaborazione.

Il modello cognitivo comportamentale è risultato essere efficace nella terapia dell'abuso sessuale, anche con i bambini, come dimostrato dai lavori di Berliner e Wheeler (1987), Deblinger e coll. (1990), Shapiro (1991), Dettore (1993), Fuligni (1995), Cohen e Mannarino (1996), Dent e Flin (1996), Pearce e Pezzot-Pearce (1997), Foa (1998).

Il trattamento delle vittime di abuso extrafamiliare

Nel caso di abuso extrafamiliare è di fondamentale importanza fornire un supporto alla famiglia. Spesso, per i genitori delle vittime, l'impatto con l'evento è talmente sconvolgente,

che i sensi di colpa per non aver saputo proteggere il proprio bambino possono diventare talmente laceranti da condurre a veri e propri acting out e comportamenti punitivi autolesionistici.

Il sostegno per il bambino si costruisce invece a partire dalle emozioni che sono considerate pericolose, sia che ci si trovi in presenza o meno di PTSD.

LA RI-ESPERIENZA DELLE EMOZIONI: la prima tappa da raggiungere con il bambino è il riconoscimento e l'espressione delle emozioni, con l'obiettivo di dare a quest'ultime delle "etichette" specifiche rispetto alla generale confusione emotiva che segue l'abuso (*disambiguazione delle emozioni*). Può essere utile mostrare al bambino delle fotografie nelle quali possa imparare a riconoscere le emozioni degli altri e a riconoscersi a sua volta nelle emozioni visualizzate (Cunningham e MacFarlane, 1991). Etichettare le emozioni è già un primo passo verso l'interpretazione della situazione che le ha prodotte, e può rappresentare per il bambino vittima d'abuso una "prima uscita" rispetto alla "memoria autistica" caratteristica del trauma e l'inizio della ripresa di una comunicazione con l'ambiente sociale.

L'ESPOSIZIONE GRADUATA: differisce dalla desensibilizzazione sistematica in quanto la presentazione di stimoli ansiogeni, in vivo o nell'immaginazione, non viene accompagnata da rilassamento. I bambini elaborano insieme al terapeuta una gerarchia di stimoli ansiogeni ai quali viene assegnato un valore da 0 a 10 secondo una scala soggettiva di disagio (SUD).

L'esposizione in immaginazione è maggiormente adeguata rispetto a quella in vivo per l'intervento con i bambini vittima di abuso, in quanto consente al terapeuta di far rivivere al bambino, nel proprio studio, diverse situazioni ansio-gene, calibrando i tempi e le modalità a seconda delle necessità del soggetto. Con i bambini vengono utilizzati tempi di esposizione molto brevi per evitare un sovraccarico di emozioni negative che diventerebbe quindi difficile da gestire. È importante inoltre presentare prima l'esposizione agli stimoli condizionati e soltanto dopo aver terminato questa fase, passare all'esposizione agli stimoli incondizionati concernenti l'abuso sessuale; questo perché anche gli stimoli originariamente neutri producono angoscia ed evitamento se casualmente associati agli stimoli specifici dell'abuso.

LA RISTRUTTURAZIONE COGNITIVA: consente di contestualizzare l'evento dell'abuso mediante una ristrutturazione cognitiva delle credenze irrazionali e delle inferenze disfunzionali del bambino. Si indagano, insieme al bambino, i suoi pensieri e le sue credenze, i dubbi e le incertezze sui fatti avvenuti ("Perché lo ha fatto", "Tutti i grandi sono così?").

Secondo modalità adeguate all'età, si parla della sessualità del bambino e di quella degli adulti; si spiega che non tutti gli adulti si comportano così e che comunque sono i comportamenti a essere negativi e non le persone. Si può spiegare al bambino che i pensieri intrusivi, gli incubi ecc., successivi all'evento traumatico, non sono i segni del fatto che si sta "diventando pazzi", ma invece sono causati dalle emozioni provocate dall'abuso. Se si prova a guardare questi pensieri e a modificarli si riuscirà a ridurre l'ansia e a sfidare i pensieri automatici.

LE TECNICHE DI AUTOREGOLAZIONE: i bambini sessualmente abusati riportano, frequentemente, disturbi di autoregolazione, per esempio: disturbi del sonno, difficoltà attentive e di concentrazione, impulsività, scoppi di collera, comportamenti ipersessualizzati nei confronti di altri bambini e a volte anche di adulti. Il bambino deve imparare a riconoscere gli stati interni di tensione e di irritabilità. A questo scopo il disegno è molto utile perché permette di visualizzare gli scenari dei sogni, i personaggi minacciosi, i colori.

Alcuni autori suggeriscono di "mettere in scatola" i disegni con i sogni più ansiogeni, introducendo effettivamente i disegni dei sogni in una scatola fornita di coperchio, e dicendo al bambino che potrà aprire la scatola quando si sentirà pronto. Il disegno potrà essere strappato quando il bambino avrà assimilato quel particolare aspetto del sogno. Tutte le strategie devono essere utilizzate in maniera comprensibile al bambino con modalità "concrete" e semplici.

Stop del pensiero. Questa tecnica che consiste nel bloccare i pensieri automatici, può avere nel caso dei bambini vittime di abuso una precisa controindicazione: può infatti favorire nel bambino la confusione tra lo stop del pensiero e la repressione delle emozioni che invece si cerca di eliminare allo scopo di ridurre il disagio.

Autofocalizzazione sensoriale. Consiste nel prestare attenzione all'ambiente circostante (alla luce, ai colori, alle sensazioni tattili, agli odori, ai suoni) e rappresenta un importante esercizio di autoregolazione. Nel caso di bambini ipervigilanti o che si difendono dagli stimoli con l'evitamento, la focalizzazione sensoriale consente loro di soffermarsi sulla qualità dell'esperienza riducendo l'ipercontrollo. Nel caso di bambini iperattivi e irritabili la focalizzazione produce invece rilassamento. Questo esercizio è anche molto utile a scopo preventivo poiché il bambino può imparare a distinguere il contatto "buono" da quello intrusivo e, in generale, a distinguere ciò che gli piace da ciò che non gli piace e non vuole.

L'automonitoraggio. Imparando a riconoscere i segnali provenienti dal corpo (la rigidità, la tensione muscolare), il bambino può incominciare a individuare i segni precursori della rabbia e a non farsene sopraffare. Analogamente, per i segni dell'impulsività sessuale nei confronti dei compagni. Proprio riguardo la sessualità si deve spiegare che essa non deve comportare mai la violenza, e che esistono comportamenti sessuali molto diversi da quelli che il bambino ha sperimentato purtroppo con l'abuso. I bambini fino a 12 anni hanno difficoltà a riconoscere e a capire gli antecedenti delle manifestazioni aggressive. A questo scopo, si chiedono al bambino alcuni esempi di situazioni che evocano rabbia, anche attraverso il disegno e la raffigurazione di una piccola serie di fumetti che, come in un film al rallentatore, permette di prendere contatto con le situazioni iniziali, centrali e finali del conflitto.

Le autoistruzioni. Il bambino può imparare a darsi delle istruzioni che gli consentano di guidare e quindi controllare il proprio comportamento come ad esempio: "Sono irritato. Ora cerco di calmarmi....Mi rendo conto che sono più tranquillo.....Vedo che riesco a mettere in atto dei comportamenti più efficaci....Posso continuare ancora così....È bene che affronti una cosa alla volta." Anche gli auto complimenti sono molto importanti come: "Ce l'ho fatta", "Sono riuscito a controllarmi", "La prossima volta posso fare meglio".

La meta cognizione. È un tipo di automonitoraggio relativo ai propri processi di pensiero. Sia l'automonitoraggio che la metacognizione forniscono strumenti di controllo sia emotivo che cognitivo. La meta cognizione fornisce strumenti di riflessione e può essere utile nella riscoperta dell'autoefficacia, nel sentirsi di nuovo capaci di affrontare le difficoltà e i piccoli problemi di ogni giorno, nel ritrovare e ricostruire un'immagine positiva di sé.

ROLE-PLAYING E MODELING: i giochi di ruolo sono molto utili perché il ruolo fornisce al bambino una protezione che gli consente di esprimere liberamente le proprie emozioni. Nei giochi di ruolo tra bambino e terapeuta si possono trovare soluzioni alternative ai comportamenti problematici. Le varie soluzioni ai problemi possono essere mostrate dal terapeuta che recita il ruolo del bambino e successivamente il bambino potrà esercitarsi nel metterle in atto. È necessario comunque evitare di coinvolgere il bambino nell'interpretazione di ruoli troppo coinvolgenti.

LA VIDEOTERAPIA: quando i bambini iniziano ad avere una riduzione dell'ansia e un rilassamento muscolare palese, si riprendono e si fa immediatamente rivedere la ripresa

effettuata. La capacità di cambiare espressione viene riconosciuta e si rinforza in questo modo la percezione di autoefficacia nel mantenimento di uno stato d'animo positivo. Si può fare utilizzare la telecamera anche ai bambini stessi, perché riprendano i propri disegni alla lavagna o giochi con i burattini. Nel caso in cui un bambino sia disponibile alla lettura di una fiaba, può essere ripreso mentre parla perché possa rendersi conto delle emozioni che ha espresso durante la lettura.

IL TRAINING DI ASSERTIVITÀ: è utile per far comprendere al bambino che ha il diritto di esprimere le proprie emozioni e i propri pensieri. Al bambino viene spiegato brevemente cosa si intende per comunicazione passiva e comunicazione aggressiva e che il giusto mezzo è rappresentato dall'assertività, ossia dall'espressione delle proprie esigenze, delle proprie emozioni e pensieri, senza danno verso gli altri. Si può chiedere al bambino di rispondere a diverse sequenze problematiche e successivamente commentare le risposte, verificando ogni volta insieme a lui se la risposta è assertiva. È molto importante fare capire ai bambini che possono dire di no. Questo è utile per far loro comprendere che anche all'abusatore, per quanto "gentile", si poteva dire di no, nel passato, e prepararsi a dire di no nel futuro.

LA BIBLIOTERAPIA: la fiaba è utile sia nella terapia che nella prevenzione dell'abuso. La favola permette infatti al bambino di identificare con immediatezza i contenuti emotivi legati all'esperienza della paura, dell'impotenza e dell'aggressione. Al bambino è offerta la possibilità di rivivere le esperienze subite mediante l'identificazione con il protagonista delle fiabe. Ai bambini viene inoltre offerta, attraverso la fiaba, la possibilità di capire che non sono i soli ad aver subito abusi e che le risposte di paura e di angoscia sono più che normali in questi casi. Spesso tali narrazioni permettono addirittura di svelare l'abuso.

LA NARRAZIONE DELL'ABUSO: raccontare i fatti e le azioni quotidiane, attuali o del passato, positive e negative a qualcuno di cui ci si fida, permette di collegare insieme emozioni, pensieri e fatti accaduti. Raccontare compiutamente l'evento dell'abuso permette al bambino di correggere le attribuzioni improprie del tipo: "Io sono un bambino cattivo", "Non devo parlare", "Non si tradiscono i segreti". Inoltre, il raccontare il quanto tale rappresenta un'azione orientata, conclusa, inseribile nella memoria narrativa e "tassello" nella ricostruzione di una nuova autostima.

Il mantenimento delle capacità acquisite con la psicoterapia dipende, in gran parte, dal rinforzo dell'ambiente familiare e sociale. Per facilitare questo processo è necessario coinvolgere tutti gli adulti significativi per il bambino, aiutandoli ad aiutare.

Una parte finale della psicoterapia deve essere dedicata alla prevenzione delle ricadute in cui i bambini e le loro figure di riferimento possono essere preparati a fronteggiare una situazione a rischio che potrebbe reinnescare meccanismi patologici.

Per concludere è utile ricordare che le diverse strategie d'intervento vanno utilizzate in maniera flessibile rispettando le esigenze e i tempi di ogni bambino.

Il trattamento delle vittime di abuso intrafamiliare

Come nel caso dell'abuso extrafamiliare, anche in quello intrafamiliare il trattamento della famiglia è fondamentale, sebbene comporti difficoltà molto maggiori. Per un bambino è importante che i genitori non abusatori, nel momento in cui si parla per la prima volta dell'abuso subito, prendano la cosa sul serio e credano alle affermazioni del figlio. È altresì rilevante che i genitori dichiarino apertamente che la responsabilità della vittimizzazione è totalmente dell'abusatore e che verrà presa ogni misura per cercare di proteggere in futuro il figlio. I genitori dovrebbero anche cercare di capire l'ambivalenza del minore nei confronti dell'abusatore, specialmente se si tratta di una figura parentale, come per esempio il padre. Ciò può essere molto difficile per un genitore non abusatore, che prova una rabbia spesso molto intensa verso l'abusatore incestuoso. Talvolta, la situazione familiare è così irrimediabile o pericolosa che è necessario l'allontanamento del minore vittima d'incesto e la sua collocazione presso una famiglia affidataria. Tale situazione comporta per il bambino il compito di riconoscere che i genitori non fanno o non vogliono curarsi di lui ed elaborare, conseguentemente, il lutto.

INTERVENTI MIRATI A FACILITARE L'ESPRESSIONE DI EMOZIONI E PENSIERI

La fase iniziale della terapia dovrebbe incoraggiare il bambino a parlare: 1) del proprio senso di colpa e di vergogna; 2) dei sentimenti negativi e positivi circa l'autore dell'abuso ed eventualmente nei confronti del genitore o dei genitori non responsabili; 3) dei propri sentimenti circa le reazioni dei fratelli e degli altri familiari, oltre che dei coetanei e della comunità in generale. Il minore può trarre dei benefici nel parlare dell'abuso; lo scopo della

terapia non è quello di dimenticare il trauma, ma di imparare a dominare i sentimenti ad esso associati e pensare a quanto è accaduto in modo diverso. Il ritmo con cui verranno affrontati gli argomenti più penosi può essere controllato dal bambino stesso.

La James (1989), tra le sue numerose e creative strategie terapeutiche ne propone una che può essere molto utile per facilitare l'emersione delle paure dei bambini vittime d'abuso e che lei chiama "Indovina ciò di cui si preoccupano i bambini sessualmente abusati". Tale tecnica consiste nell'invitare il minore ad ascoltare un piccolo intervento educativo, in cui il terapeuta espone le preoccupazioni più consuete manifestate dai bambini abusati. In questo modo il bambino comprende che il suo timore, che credeva riguardasse solo lui, è invece condiviso da altri nelle sue stesse condizioni, con conseguente riduzione dell'ansia e facilitazione dell'espressione delle proprie emozioni. L'approccio alle emozioni può essere mediato anche da un'altra tecnica della James (1989) definita "Sentimenti: dentro e fuori". Il terapeuta consegna al bambino un foglio di carta piegato in due, con l'istruzione di disegnare un proprio ritratto sulla parte esterna del foglio, ritraendosi come ritiene che gli altri lo vedano. Sulla parte interna del biglietto, invece, deve raffigurarsi secondo il modo in cui realmente si sente "dal di dentro". Anche questo metodo è utile per identificare affetti e contenuti interni, attribuendovi delle etichette.

Un'altra tecnica della James (1989) può essere utile rispetto alla gestione dell'ansia in seduta; si tratta del cosiddetto "Muro delle preoccupazioni". Al bambino viene richiesto di identificare la cosa che più lo preoccupa relativamente al proprio abuso; la preoccupazione verrà messa per iscritto su un cartoncino che il bambino dovrà attaccare al muro o alla lavagna: in alto se la cosa lo preoccupa molto, più in basso se l'ansia è minore. A ogni seduta, sarà così possibile valutare il livello della propria preoccupazione, spostando il cartoncino all'altezza adeguata in quel momento. In tal modo il minore sarà in grado di monitorare i progressi terapeutici.

Anche le tecniche di rilassamento possono contribuire a diminuire l'ansia e aumentare la percezione di autocontrollo.

INTERVENTI MIRATI ALL'INCREMENTO DELLE ABILITÀ DI COPING

La vittima spesso prova ad annullare la tipica sensazione di impotenza cercando di raggiungere un totale controllo nel rapporto con i coetanei e col terapeuta, anche in modo aggressivo o seduttivo. Prima di controllare i comportamenti esternalizzanti, i minori devono acquisire le abilità prerequisite di automonitoraggio, relative all'identificazione e al riconoscimento dei contenuti emozionali che innescano e accompagnano la manifestazione

comportamentale. Il bambino può imparare a identificare alcuni segnali somatici associati alla rabbia, come l'avvampare del volto o l'aumento della tensione muscolare; in altri casi può anche apprendere a riconoscere il contenuto mentale che anticipa il comportamento vero e proprio. Affrontare con i bambini il discorso dei sentimenti sessuali è invece più difficoltoso in quanto i bambini non sono abituati a parlare di tale argomento e non possiedono in proposito un vocabolario da condividere con l'adulto. L'importante è cercare di fare comprendere al bambino la differenza fra il provare un sentimento o un desiderio ed esprimerli nel comportamento; la prima cosa è del tutto lecita, la seconda, invece, in talune circostanze e con determinate modalità di espressione non lo è.

Tra le strategie che favoriscono l'incremento dell'autocontrollo troviamo, oltre al training autoistruzionale, anche il programma ICPS (Interpersonal Cognitive Problem Solving Training), ovvero un addestramento al problem solving cognitivo interpersonale (Spivack e Shure, 1974; Shure e Spivak, 1978; descritto nella letteratura italiana da Ricci e coll, 1988a, b, c, d). Il programma è mirato all'acquisizione di cinque abilità generali:

1. *Sensibilità al problema*: nelle relazioni interpersonali è possibile incontrare quotidianamente delle difficoltà e queste devono essere considerate dei "problemi" che si possono risolvere, e non degli ostacoli inaccessibili.
2. *Pensiero alternativo*: consiste nel sapere elaborare molteplici soluzioni a un determinato problema.
3. *Pensiero "mezzo-fine"*: si tratta di pensare in termini "se faccio questo, accadrà questo; se faccio quello, accadrà quest'altro". Ogni soluzione produce determinate conseguenze, che devono essere vagliate per dare così inizio a un graduale processo di problem solving, fino ad arrivare all'obiettivo finale.
4. *Pensiero consequenziale*: è importante riuscire a valutare quali possono essere le conseguenze su di sé e sugli altri delle proprie azioni, prima di intraprendere impulsivamente un determinato comportamento.
5. *Pensiero causale*: occorre rendersi conto che i diversi comportamenti sono attribuibili a motivazioni di ordine personale e sociale, per cui le azioni individuali sono in certa misura prevedibili in base alle azioni che sono state commesse in passato.

L'applicazione di queste tecniche richiede molto esercizio. Per quanto riguarda le situazioni riguardanti comportamenti sessualizzati è utile elaborare insieme al bambino comportamenti alternativi in grado di distrarlo da pensieri e sentimenti a carattere sessuale, scelti fra le attività che egli ama maggiormente (come videogiochi o altre attività ludiche).

Altri interventi utili relativamente ai comportamenti esternalizzanti possono consistere nell'incrementare le abilità sociali e interpersonali attraverso un training di assertività e il miglioramento delle capacità di empatia e di presa di prospettiva altrui. I bambini esternalizzanti devono comprendere gli effetti indotti dal proprio comportamento sugli altri, in modo che tale consapevolezza empatica possa contribuire a bloccare le loro condotte disturbanti.

INTERVENTI MIRATI ALLA RIPARAZIONE DI SPECIFICI ELEMENTI COGNITIVI

I minori vittime di abuso sessuale intrafamiliare devono necessariamente riconoscere ed esprimere i loro sentimenti di perdita, giungendo quindi a elaborarne il lutto. Questi bambini subiscono numerose perdite: quella di un'immagine positiva di un genitore (o di entrambi), quella della persona fisica di uno o entrambi i genitori nel caso di un allontanamento, quella della propria precedente immagine di sé e quella, infine, di un mondo che non è stato ciò che si sperava (Malacrea, 1998). Riuscire ad elaborare tanti lutti non è facile, per diverse ragioni. Innanzitutto, nell'incesto interagiscono elementi di trauma e di lutto che, se non riconosciuti, distinti e trattati separatamente, possono essere difficili da superare. Infatti, sia il trauma sia il lutto presentano sintomatologie almeno in parte comuni, come il risorgere dei ricordi, aspetti di evitamento o di ottundimento e attivazione fisiologica; per questo è consigliabile precedere il lavoro sul trauma rispetto a quello sul lutto (Nader, 1997).

La seconda difficoltà deriva dal fatto che è necessario che il minore riconosca la propria ambivalenza nei confronti dei genitori. Tale processo è pieno di difficoltà: da una parte è molto doloroso, dall'altra i bambini presentano rilevanti difficoltà cognitive nel comprendere che essi possono nutrire sentimenti positivi e negativi verso la stessa persona, in quanto riescono a concentrarsi su una sola dimensione emotiva alla volta (Harter, 1983).

Per elaborare i ricordi e le passate esperienze, si possono esaminare insieme al minore anche gli album fotografici, soprattutto relativamente alle persone con cui non si ha più contatto, così da poter riconoscere in modo più aperto, nella propria storia, sia gli aspetti positivi sia quelli negativi. L'espressione dei sentimenti e la loro elaborazione può essere facilitata, nel caso di minori più grandi o adolescenti, anche scrivendo una lettera a ciascun genitore, chiarendo le proprie emozioni di delusione, tradimento, tristezza ecc. Il minore, attraverso tali procedure viene gradualmente portato a esaminare i propri sentimenti di perdita e a riconoscere l'ambivalenza verso le figure genitoriali. L'elaborazione del lutto sarà avvenuta quando il minore avrà accettato la compresenza in ogni persona, e in particolare nei genitori,

di elementi positivi e negativi e avrà deciso di contare soprattutto sui primi per reimpostare eventualmente un nuovo rapporto con i genitori o altre figure di riferimento.

Spesso i bambini vittime di violenza sono convinti di essere i responsabili delle azioni loro inflitte dall'abusatore. Nel momento in cui si cerca di modificare queste convinzioni è consigliabile adottare delle modalità che permettano al minore di mantenere il controllo sugli avvenimenti. Così, nel caso in cui il bambino abbia messo in atto comportamenti tali da facilitare il perdurare dell'abuso, è possibile spiegarli che egli non è un "bambino cattivo", ma semplicemente un "bambino", quindi non ancora sufficientemente grande da poter prendere le decisioni più adeguate, perché non ancora in possesso di un repertorio di strategie tale da poter risolvere situazioni difficili come quelle sperimentate. Inoltre, è l'adulto, in quanto più grande e in possesso di maggiori conoscenze, che avrebbe dovuto, in ogni caso, controllare il proprio comportamento; è a lui quindi che va attribuita la responsabilità delle proprie azioni. Può forse apparire crudele o spietato riconoscere che il minore possa avere compiuto qualche errore ma, in tal modo, il terapeuta trasmette l'informazione che il bambino, in futuro, potrà prendere decisioni diverse e più efficaci, in grado di ridurre il pericolo di ulteriori sfruttamenti sessuali.

Un altro aspetto piuttosto frequente nei bambini abusati è la tendenza a ritenere che l'abuso sia ormai qualcosa di inevitabile e pervasivo, in quanto non ci si può fidare di nessuno. Tale ideazione va contrastata, cercando di dirigere l'attenzione del minore su tutte le persone con le quali, in passato e nel presente, ha instaurato rapporti amichevoli e dalle quali ha ricevuto prove di affetto e di interesse positivo.

Un altro elemento collegato al precedente, che si rileva nelle vittime di abuso, è la percezione che hanno di se stesse come "vittime", percezione che esaspera i sentimenti di impotenza e di inadeguatezza. Occorre quindi dimostrare loro che la vittimizzazione non può essere considerata una caratteristica definitiva di una persona: altri individui hanno avuto la stessa storia, ma l'hanno superata e sono riusciti ad avere successo nella vita.

5. L'EMDR COME TECNICA PER LA CURA DEL TRAUMA NEI BAMBINI

È impossibile descrivere esaurientemente le possibili conseguenze dell'abuso. I bambini, infatti, possono manifestare caratteristiche anche molto particolari e diverse, legate sia alla loro condizione psicologica preesistente, sia al proprio vissuto circa l'abuso.

In ogni caso, comunque, esperienze estreme di disagio tendono a produrre reazioni PTSD, indipendentemente dagli aspetti individuali.

Solo recentemente si è evidenziato un collegamento tra trauma da abuso sessuale e PTSD come evidenziano i lavori di Eth e Pynoos (1985); Goodwin (1985), Deblinger e coll. (1989); McLeer e coll. (1992); Dubner e Motta (1999).

In quest'ultima sezione approfondirò la tecnica dell'EMDR che costituisce un nuovo sviluppo nella psicoterapia per l'elaborazione del trauma.

Questa tecnica viene utilizzata fundamentalmente per accedere ai ricordi di esperienze traumatiche che sono alla base dei disturbi psicologici delle persone sotto forma di informazione immagazzinata in modo non funzionale, per elaborarli e portarli a una risoluzione adattiva.

Secondo l'EMDR, a causa di certe esperienze traumatiche l'elaborazione delle informazioni non avviene come dovrebbe e quest'ultime rimangono come racchiuse in una rete neurale con le stesse emozioni e sensazioni fisiche che esistevano al momento dell'esperienza originale. Questo fattore, nel tempo, si generalizza e provoca sintomi d'ansia, depressione e stress.

Le origini dell'EMDR

L'Eye Movement Desensitization and Reprocessing (E.M.D.R.) è un approccio psicoterapeutico creato dalla psicologa americana Francine Shapiro nel 1987. Inizialmente l'approccio non si basò sull'applicazione di principi scientifici a problemi clinici, ma si trattò di una scoperta casuale: Shapiro (1995) un giorno camminando notò che alcuni pensieri che la infastidivano improvvisamente diventarono più attenuati e quando li richiamò alla mente non erano più così fastidiosi. Notò inoltre che mentre si era concentrata su questi pensieri i suoi occhi si erano mossi diagonalmente avanti e indietro; tentò quindi di riproporre a se stessa altri fastidiosi pensieri e questa volta si auto-provocò intenzionalmente i movimenti oculari, ottenendo lo stesso tipo di risultati.

Chiamato inizialmente "EMD", era originariamente concepito come uno strumento utile a pazienti con diagnosi di PTSD in quanto l'impiego di determinati movimenti oculari sembrava consentire un rapido ed efficace effetto decondizionante nei confronti delle memorie traumatiche presentate dai reduci di guerra e dalle vittime di stupro. Successivamente la metodica è stata progressivamente affinata concettualmente ed empiricamente, mutando il nome in "EMDR" nel momento in cui la Shapiro si è resa conto che la procedura da lei creata produceva molto di più di una semplice desensibilizzazione,

modificando profondamente la rete di informazioni e ricordi connessa al trauma oggetto dell'intervento (Shapiro, 1995). Questa comprensione si è accompagnata ad una più fine articolazione della metodica. L'EMDR, inoltre, si è trasformata progredendo su due versanti: da un lato, con un approccio estremamente pragmatico, ha incorporato al suo interno spunti teorici ed applicativi provenienti da differenti paradigmi psicoterapeutici allo scopo di potenziarne l'efficacia e la flessibilità; dall'altro il punto precedente ha consentito l'applicabilità della metodica ben oltre i limiti dell'originario ambito del PTSD. Attualmente nei differenti paesi del mondo le persone che hanno effettuato un training organizzato dall'EMDR Institute sono circa 30.000. In Italia i primi corsi sull'EMDR sono stati condotti nel 1999 e sono attualmente coordinati dall'Associazione per l'EMDR in Italia, a sua volta riconosciuta e patrocinata dalla EMDR Europe (Giannantonio, 2001).

Il dibattito attuale

L'EMDR è una forma di psicoterapia relativamente recente nota soprattutto per la sua discussa efficacia nella psicoterapia del Disturbo Post-Traumatico da Stress (PTSD), ma anche per l'accesa polemica che ruota attorno ad essa.

Sono moltissimi i clinici che la utilizzano, aumentano le pubblicazioni che la riguardano, ma contemporaneamente proliferano le critiche rivolte alla metodica ed alle ricerche orientate a valutarne l'efficacia terapeutica. Per molte persone il dibattito pro o contro l'EMDR sembra avere assunto un aspetto ideologico. Sono state prodotte alcune critiche sulla base dell'applicazione dell'EMDR, ma senza seguire i protocolli standard previsti dalla ricerca, portando a risultati negativi circa l'efficacia della metodica (Shapiro, 1999). A molti clinici l'EMDR appare una tecnica troppo fredda, meccanicistica e semplicistica, laddove si tratta invece di un approccio creativo alla psicoterapia (Goldwurm, 2000). Altri autori, poi, hanno pensato che si volesse proporre l'EMDR come una psicoterapia magica sempre funzionante in una sola seduta; tale equivoco si è generato probabilmente a causa della prima pubblicazione della Shapiro (1989), dove l'autrice sosteneva di avere appunto ottenuto risultati importanti nei confronti del PTSD con interventi di una sola seduta nel 100% dei soggetti (risultati, però, mai più replicati). Dagli ideatori dell'EMDR, inoltre, sono anche state pubblicate alcune ricerche metodologicamente dubbie o palesemente fragili, che non hanno fatto altro che aumentare la critica a riguardo.

Basi teoriche e cliniche dell'EMDR

Il concetto che sta alla base dell'EMDR è la possibilità di facilitare a livello neurofisiologico un meccanismo innato ed ecologico, presente in ogni persona, di elaborazione dell'informazione a contenuto emotivamente pregnante che viene ad essere accelerata attraverso una serie di esercizi dual attention. Ciò che si dovrebbe ottenere è un ritrovato benessere a livello cognitivo e affettivo.

Nell'ottica dell'EMDR il terapeuta rappresenta solamente un facilitatore di un processo che il paziente gestisce in modo completamente autonomo, senza alcun tipo di interferenza. L'idea è che il paziente possieda potenzialmente tutte le risorse necessarie per rielaborare emotivamente e cognitivamente un evento traumatico, fatta salva la possibilità e la necessità di un intervento terapeutico più direttivo nella situazione in cui la rielaborazione del target di intervento non proceda in maniera autonoma ed efficace (i.e.: Manfield, 1998, Parnell, 1999). La ricerca ha dimostrato come alcuni tipi di stimolazione prodotti dal terapeuta attivino il processo della elaborazione accelerata delle informazioni. In particolare, i movimenti oculari orizzontali generati seguendo il movimento delle dita del terapeuta, sono stati il primo tipo di stimolazione individuata, casualmente, per questo scopo (da cui il nome EMDR). In realtà, la ricerca e della pratica clinica sta dimostrando come siano efficaci anche altri tipi di stimolazione alternata: altri tipi di movimento oculare, tamburellamenti sul dorso o sul palmo delle mani, rumori proposti alternatamente ad entrambe le orecchie, l'osservazione di una luce che scorre su una barra luminosa (Lipke, 2000). L'efficacia ormai riconosciuta di diverse stimolazioni duali rende la tecnica notevolmente flessibile.

L'efficacia dell'EMDR

Fino a pochi anni fa la ricerca sull'efficacia della psicoterapia del PTSD era estremamente esigua (Shapiro, 1995). Negli ultimi anni, invece, questo settore ha collezionato un crescente numero di pubblicazioni sull'efficacia delle psicoterapie, e l'EMDR è uno degli approcci terapeutici che vanta il maggior numero di conferme di efficacia nella psicoterapia del PTSD. Nonostante le polemiche ed incomprensioni, questo stato di cose ha consentito all'EMDR nel 1995 di essere considerata "trattamento probabilmente efficace" (valutazione A/B) nella terapia del PTSD dalla Task Force on Psychological Intervention dell'American Psychological Association. Questa attribuzione di efficacia è spartita solo con lo Stress Inoculation Training

e con le terapie basate sull'esposizione (Chambless et al., 1998). Più recentemente, l'EMDR è stata riconosciuta efficace nel trattamento del PTSD anche dall'International Society for Traumatic Stress Studies all'interno della pubblicazione delle sue linee guida per il trattamento del PTSD (Chemtob, Tolin, van der Kolk, Pitman, 2000).

Le otto fasi del trattamento

Il trattamento con l'EMDR si compone di otto fasi essenziali volte a preparare il paziente alle eventuali difficoltà dell'elaborazione di particolari mnemonici disturbanti, a facilitare tale elaborazione e a sostenere il ritrovamento della padronanza di sé e il consolidamento dei risultati raggiunti. Il numero di sedute dedicate a ogni fase e il numero di fasi incluse in ogni seduta differiscono molto da paziente a paziente. La prima fase comprende *un'anamnesi del paziente e una pianificazione della terapia*. Questa è seguita dalla fase di *preparazione* nella quale il terapeuta presenta al paziente la procedura dell'EMDR, ne spiega la teoria, fornisce una prospettiva degli effetti terapeutici, e prepara il paziente a possibili disturbi tra una seduta e l'altra. La terza fase, l'*assessment*, comprende la determinazione del target e la risposta di linea di base utilizzando le scale SUD e VOC (scala delle Unità Soggettive di Disturbo e scala di Validità di Cognizione). La quarta fase, la *desensibilizzazione*, si rivolge alle emozioni disturbanti del paziente. La quinta, o *installazione*, si focalizza sulla ristrutturazione cognitiva. La sesta fase, che valuta e si rivolge alle residue tensioni corporee, è la *scansione corporea*. Segue, quindi, la *chiusura*, una fase che comprende una verifica e che è essenziale per il mantenimento dell'equilibrio del paziente tra una seduta e l'altra. L'ottava e ultima fase viene chiamata *verifica*. In genere i pazienti notano che in seguito al trattamento con EMDR la loro capacità di ricordare l'evento traumatico non viene alterata; ciò che viene modificato, è la carica emotiva collegata all'evento.

L'EMDR nei bambini

Molte esperienze vissute in modo traumatico in età dello sviluppo possono modificare la sua biologia contribuire a sviluppare schemi cognitivi ed emotivi disfunzionali riguardo il sé e le relazioni con gli altri. Quindi, questi traumi possono alterare in modo temporaneo o permanente non solo la capacità di affrontare le situazioni, ma anche la loro percezione di

pericolo predisponendo il soggetto a disturbi mentali futuri e diventandone un fattore di rischio.

L'uso dell'EMDR sembra piuttosto efficace anche con bambini e adolescenti traumatizzati, benché la documentazione specifica su questa popolazione sia più limitata rispetto a quella degli adulti. Le pubblicazioni di casistica sull'uso dell'EMDR con i bambini sono state tutte positive e coerenti con le scoperte relative ad analogo trattamento degli adulti, tranne per il fatto che con i bambini la cura può essere ancora più rapida (Cocco & Sharpe, 1993; Greenwald 1993, 1994, 1998; Hensel, 2003, 2006; Jarero et al. 2006; Pellicer 1993; Puffer et al. 1998; Rodriguez, 1997; Shapiro 1991; Tufnell, 2005).

Una particolarità fondamentale dell'approccio dell'EMDR è che, nell'affrontare un evento disturbante, lo considera in modo olistico, e cioè nelle sue componenti comportamentali, cognitive, interpersonali, emozionali e viscerali. L'EMDR solitamente non viene utilizzato come trattamento isolato per singoli ricordi traumatici, benché in qualche occasione venga richiesto per questo scopo, come quando si cerca di dare sollievo alle vittime di catastrofi. Più comunemente, il lavoro sul trauma con l'EMDR si svolge nel contesto di un più ampio approccio di trattamento.

Anche nell'uso dell'EMDR con i bambini ci sono aspetti che si ritrovano tipicamente in qualsiasi terapia infantile: la presenza di un giudizio clinico che tenga presente fattori come le condizioni di vita del bambino, il contesto familiare e quello scolastico; la necessità della collaborazione e del sostegno dei genitori al trattamento; il problema di come motivare un bambino che non ha chiesto di essere trattato; e la tendenza di molti piccoli pazienti a manifestare disinteresse per la terapia, ad avere tempi d'attenzione brevi o incapacità di verbalizzazione. La procedura EMDR standard, quando viene usata con i bambini, spesso subisce qualche modifica: il lavoro con i bambini tende ad essere più concreto e basato sulla produzione di immagini e meno sulla produzione di cognizioni, emozioni o sensazioni. Alcune fasi della procedura possono essere omesse o abbreviate e talvolta l'elaborazione viene completata piuttosto rapidamente. In generale è importante che la situazione non ristagni, inserire un elemento di gioco ed essere flessibili, attenti a rispondere alle esigenze del bambino. Non è semplice individuare il momento in cui iniziare ad utilizzare l'EMDR con un particolare bambino, in linea di massima questa decisione dipende dal livello di fiducia dimostrata dal bambino nei confronti del terapeuta e dalla sua capacità di tollerare il dolore, l'ansia e la paura.

L'EMDR con bambini vittime di violenza.

Con questa popolazione l'EMDR si rivela utile, ma, a volte, anche complicato, in quanto i bambini hanno subito danni profondi, che vanno ben oltre le ovvie vie del PTSD. Quando si introduce l'EMDR nel trattamento dei bambini con storie di violenza alle spalle, è opportuno usare molta cautela in quanto un utilizzo prematuro della tecnica potrebbe costituire una sorta di ritraumatizzazione e danneggiare di conseguenza il rapporto tra piccolo paziente e terapeuta. Come avviene per altre tecniche utilizzate con questo tipo di popolazione, uniformarsi al ritmo del paziente e far sì che abbia la sensazione di tenere le cose sotto controllo rappresentano elementi determinanti per la sicurezza e la fiducia.

In quest'ultima fase del report vorrei presentare una tesi molto interessante dal titolo: "TRAUMA DA ABUSO E EMDR: presentazione di una ricerca in corso" (di Cristina Mastronardi) che mira ad esplorare il trauma in un'ottica sia psicologica che neurobiologica. Partendo dal fatto che recenti ricerche hanno messo in evidenza che i sopravvissuti affetti da Disturbo Post-traumatico da Stress (PTSD) non solo manifestano dei sintomi post traumatici – come intrusività, evitamento ed arousal – ma hanno anche livelli più bassi di cortisolo rispetto ai sopravvissuti senza PTSD, viene riportato uno studio su un caso singolo nel quale sono stati misurati i livelli di cortisolo urinario pre e post trattamento EMDR in una ragazzina di quindici anni affetta da PTSD. L'obiettivo di questo studio è determinare se il trattamento produce un decremento dei sintomi post traumatici, misurati attraverso una valutazione testistica, e se a questo decremento è associato un aumento dei livelli di cortisolo urinario. Questo lavoro rappresenta uno studio pilota di una ricerca che nel maggio 2007 era ancora in corso. Quest'ultima ha come obiettivo l'esplorazione dei meccanismi neurobiologici delle modificazioni psicoterapiche ed è stata condotta su un campione di bambini, tra i cinque e i diciotto anni di età, vittime di abuso sessuale o fisico. Il disegno di ricerca prevede tre gruppi: il primo è costituito da bambini trattati con dodici sedute di EMDR, il secondo da bambini non trattati (per motivi di vario genere, spesso di carattere giudiziario) ed il terzo da bambini trattati con psicoterapia di routine. Gli strumenti di valutazione sono:

- la Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I);
- l'Adolescent Dissociative Experience Scale (ADES);
- la Child Behavior Checklist (CBCL/4-18) ;
- il Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC);
- la misurazione della concentrazione del cortisolo urinario delle 24 ore.

Le misurazioni sono state effettuate in quattro momenti diversi: pre-trattamento, post-trattamento, follow-up ad un mese e a tre mesi. Per quanto riguarda le indagini neurobiologiche, invece, sono state effettuate due misurazioni: nel pre-trattamento e nel follow-up a tre mesi.

Lo studio pilota sul caso della ragazzina prende in considerazione i dati pre e post-trattamento e mette in evidenza una diminuzione dei sintomi nella fase post-trattamento EMDR rispetto alla fase pre-trattamento. In particolare, l'intervista diagnostica e il colloquio clinico nella fase post-trattamento indicano una remissione del Disturbo Post-traumatico da Stress. Per quanto riguarda la valutazione neurobiologica, i risultati confermano un aumento della concentrazione di cortisolo urinario nella fase post-trattamento rispetto alla fase pre-trattamento. In conclusione, i risultati di questo studio confermano l'ipotesi iniziale dell'efficacia dell'EMDR nella cura del PTSD, efficacia che si traduce in miglioramenti non solo in termini di modificazioni psichiche, ma anche neurobiologiche. Questi risultati vanno ad aggiungersi a quelli di numerosi altri studi che hanno confermato l'efficacia dell'EMDR nella cura del Disturbo Post-traumatico da Stress.

6. LA TRASFORMAZIONE DEL TRAUMA IN OPPORTUNITÀ

Molte persone, reduci da esperienze orribili o che si sono confrontate con prove estremamente dure della vita, hanno mostrato che il trauma può portare con sé anche un aspetto forte e potente, rappresentando una forza misteriosa di cambiamento positivo e di crescita personale. Diversi studi si sono concentrati su tale cosiddetta “crescita post-traumatica” o “post-traumatic growth”, ossia sulla possibilità di arricchirsi e di trasformare un episodio negativo di vita in una fonte di trasformazione positiva, in uno stimolo al miglioramento, attraverso delle capacità che sembrano svilupparsi in stretta connessione con la riscoperta di una capacità di fronteggiare eventi anche molto critici.

Questo aspetto positivo che si può riscontrare spesso in concomitanza di un trauma psicologico non corrisponde necessariamente ad un percorso di evoluzione positiva della sintomatologia, ma può coesistere con delle problematiche post-traumatiche, così come con una completa guarigione.

Una caratteristica fondamentale che accomuna tutti gli eventi traumatici in grado di far cambiare positivamente chi li affronta è il loro potere di impatto psicologico, cioè la loro particolare gravità, tale da mettere in crisi il sistema di assunzioni di riferimento della persona.

Le aree principalmente coinvolte nella crescita post-traumatica sono tre:

1. la percezione di sé;
2. la filosofia di vita;
3. le relazioni interpersonali.

Riguardo al primo aspetto, spesso si osservano dei cambiamenti post-traumatici positivi nella consapevolezza di sé, delle proprie forze e capacità, delle risorse interiori con lo sviluppo di un atteggiamento più ottimista verso il futuro e di progetti concreti per raggiungere degli obiettivi di vita. Spesso cresce il senso di efficacia e si manifesta una migliore autostima attraverso le attività che caratterizzano il proprio stile di vita.

È frequente anche osservare un cambiamento nella propria filosofia di vita, soprattutto riguardo agli atteggiamenti nei confronti della vita stessa e della scala di priorità dei valori.

Un altro aspetto che spesso appare rinnovato positivamente dopo l'esperienza traumatica è quello che riguarda la ricchezza dei rapporti con le persone care. Il confronto con elementi negativi della vita, infatti, sembra in grado di far apprezzare maggiormente la semplicità e

l'importanza dei rapporti più profondi con le persone considerate più care, mentre si ampliano le capacità di manifestare con fiducia le proprie emozioni e di apprezzare l'aiuto e la vicinanza degli altri.

Infine, una particolare capacità emotiva che è spesso amplificata dalle esperienze traumatiche è quella di empatia: sembra infatti che la sofferenza insegna a comprendere meglio le altre persone, sostenendo una capacità emozionale che risulta estremamente utile per coltivare rapporti che possono costituire una risorsa fondamentale per il superamento di stati di disagio

CONCLUSIONI

Tutte le persone almeno una volta nella vita hanno provato esperienze traumatiche, che le hanno fatte sentire inermi di fronte ad un pericolo percepito come intollerabile.

Ogni persona reagisce ad una esperienza traumatica in maniera differente sulla base di una complessa interazione di variabili quali il tipo di evento stressante, caratteristiche personali, reazioni soggettive, supporto e risorse sociali. Reazioni d'ansia e di paura come conseguenza del trauma sono assolutamente normali se non persistono per lunghi periodi di tempo. In caso contrario possono svilupparsi i sintomi caratteristici del Disturbo Post-traumatico da Stress quali intrusività, evitamento e arousal, segni evidenti di una mancata elaborazione dell'esperienza traumatica.

Le esperienze traumatiche non riguardano solo le persone adulte ma anche e soprattutto i bambini in quanto sono più indifesi e soggetti degli adulti a spaventarsi. I bambini, infatti, non possiedono ancora quelle forze fisiche, conoscenze, posizione sociale, risorse emotive e capacità di interpretare le situazioni di cui gli adulti dispongono.

Uno dei traumi più devastanti del quale un bambino può essere vittima è l'abuso sessuale: si tratta di un trauma particolare perché, oltre ai sintomi più tipici postraumatici, può determinare difficoltà e disagi in molte aree della vita di una persona come quella dei rapporti interpersonali e della sessualità. Il percorso di sostegno per questi bambini è di fondamentale importanza e deve concentrarsi sull'elaborazione del trauma affinché le giovani vittime possano integrare l'esperienza all'interno della propria memoria.

L'approccio cognitivo-comportamentale ha fornito diverse tecniche che sono risultate utili nel sostegno dei bambini vittime di abuso sessuale, tecniche che favoriscono il riconoscimento delle emozioni, la ristrutturazione cognitiva dell'esperienza, l'innalzamento dell'autostima nonché della propria autoefficacia.

Vista infine la correlazione esistente tra trauma da abuso sessuale e Disturbo Post-traumatico da Stress, l'EMDR si presenta come una tecnica innovativa, la cui efficacia è stata dimostrata anche nella terapia dei bambini traumatizzati, che viene utilizzata fundamentalmente per accedere ai ricordi di esperienze traumatiche che sono alla base dei disturbi psicologici delle persone, per elaborarli e portarli a una risoluzione adattiva.

BIBLIOGRAFIA

- Abrahams, M.J., Price, J., Whitlock, F.A., & Williams, G. (1976). The Brisbane floods, January 1974: Their impact on health. *Medical Journal of Australia*, 2, 936-939.
- American Academy of Pediatrics (1999). Guidelines for the evaluation of sexual abuse of children: Subject Review. *Pediatrics*, 1, (103), 186-191.
- APA (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (3rd Edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th edition). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- APA (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. (4th edition, Text Revised). Washington, DC: American Psychiatric Association.
- Bauserman, R., Rind, B., Tromovitch, P. (1998). A Meta-Analytic Examination of Assumed Properties of Child Sexual Abuse College Samples. *Psychol. Bulletin*, 124 (1), 22-53.
- Beck, A.T., Ward, C.H., Mendelson, M., Mock, J.E., & Erbaugh, J.K. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Belter, R.W., Dunn, S.E., Jeney, P. (1991). "The psychological impact of Hurricane Hugo on children: a needs assessment". *Advances in Behaviour Research and Therapy* 13: 155-161.
- Berliner, L., Wheeler, J.R. (1987). Treating the effect of sexual abuse on children. *Journal of Interpersonal Violence*, 2, 415-434.
- Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., Kaloupek, D.G., Klauminzer, G., Charney, D., & Keane, T.M. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *The Behavior Therapist*, 13, 187-188.
- Bloch, D.A., Silber, E., Perry, S.E. (1956). "Some factors in the emotional reaction of children to disaster". *American Journal of Psychiatry* 113: 416-422.
- Bremmer, J.D., Krystal, J.H., Southwick, S.M., Charney, D.S. (1995a). Functional neuroanatomical correlates of the effects of stress on memory. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 527-553.
- Bremmer, J.D., Krystal, J.H., Southwick, S.M., Charney, D.S. (1996a). Noradrenergic mechanism in stress and anxiety: I. Preclinical studies. *Synapse*, 23, 28-38.
- Bremmer, J.D., Krystal, J.H., Southwick, S.M., Charney, D.S., (1996b). Noradrenergic mechanism in stress and anxiety:II. Clinical studies. *Synapse*, 23, 39-51.
- Bremmer, J.D., Randall, P., Scott, T., Bronen, R., Seibyl, J., Southwick, S., Delaney, R., Mc Carthy, G., Charney, D., Innis, R. (1995b). MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combatrelated post-traumatic stress disorder. *Amer.Journal of Psychiatry*, 152, 973-981.
- Briere, J. (1995). *Trauma Symptom Inventory professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Briere, J. (1996). *Trauma Symptom Checklist for Children (TSCC) Professional Manual*. Psychological Assessment Resources, Odessa, FL.

Bibliografia

Briere, J. (1997). *Psychological Assessment of Adult Post-Traumatic States*. Washington: American Psychological Association.

Briere, J., Johnson, K., Bissada, A., Damon, L., Crouch, J., Gil, E., Hanson, R., & Ernst, V. (2001). The Trauma Symptom Checklist for Young Children (TSCYC): Reliability and association with abuse exposure in a multi-site study. *Child Abuse & Neglect: The International Journal* 25: 1001-1014.

Burke, J.D., Borus, J.F., Burns, J. e altri (1982). "Changes in children's behaviour after a natural disaster", *American Journal of Psychiatry* 139: 1010-1014.

Burke, J.D., Borus, J.F., Burns, J. e altri. (1982). "Changes in children's behaviour after a natural disaster". *American Journal of Psychiatry* 139: 1010-1014.

Caffo, E., Camerini, G.B., Florit, G. (2002). *Criteri di valutazione nell'abuso all'infanzia. Elementi clinici e forensi*. Milano: Mc-Graw-Hill.

Carrey, N.J., Butter, H.J., Persinger, M.A., Bialik, R. (1995). Physiological and Cognitive Correlates of Child Abuse. *Journal of Amer. Acad. Of Child Adolesc. Psychiatry*, 34, 1067-1075.

Chambless, D.L., Baker, M.J., Baucom, D.H., Beutler, L.E., Calhoun, K.S. et al. (1998). Update on Empirically Validated Therapies. *The Clinical Psychologist*, 51, 1, 3-16.

Chemtob, C., Tolin, D., van der Kolk, B., & Pitman, R. (2000). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR). In E.B. Foa, T. Keane, M.J. Friedman (Eds.). *International Society for Traumatic Stress Study (ISTSS). Guideline for PTSD*. New York: Guilford Press.

Cocco, N., Sharpe, L. (1993). An auditory variant of eye movement desensitization in a case of childhood post-traumatic stress disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 24, 373-377.

Cohen, J.A., Mannarino, A.P. (1996). A treatment outcome study for sexually abused pre-school children: initial finding. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 42-50.

Cuffe, S.P., Addy, C.L., Garrison, C.Z. e altri. (1998). "Prevalence of PTSD in a community sample of older adolescents". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 37: 147-154.

Cunningham, C., MacFarlane, K. (1991). *When children molest other children: Group treatment strategies for young sexual abusers*. Orwell, VT: Safer Society Press.

Davison, G.C., Neale, J.M. (1998). *Abnormal Psychology*. Seventh edition, Wiley & Sons, Inc. (Trad. It. *Psicologia Clinica* seconda edizione italiana condotta sulla settima edizione Americana. Bologna: Zanichelli Editore, 2000).

De Bellis, M.D., Putnam, F. (1994c). The psychobiology of childhood maltreatment. In: S.Kaplan e D. Pelcovitz (Eds.). *Child Adolesc. Psychiatric Clinics North Amer. Child Abuse*. 3. Philadelphia: W.B.Saunders, 663-668.

De Zulueta, F. (1999). *Dal dolore alla violenza*, Cortina.

Deblinger, E., Heflin, A.H. (1994). Child sexual abuse. In F.M. Dattilio e A. Freeman (a cura di), *Cognitive-Behavioural Strategies in Crisis Intervention*. (Pagg. 177-199). New York: The Guildford Press.

- Deblinger, E., McLeer, S.V., Atkins, M.S., Ralphe, D., Foa, E. (1989). Post-traumatic stress in sexually abused, physically abused, and nonabused children. *Child abuse & neglect*; 13(3):403-8.
- Deblinger, E., McLeer, S.V., Henry, D. (1990). Cognitive behavioral treatment for sexually abused children suffering post-traumatic stress: preliminary findings. *The American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 747-752.
- Dent, H.R., Flin, R. (1996). *Children as witnesses*. New York: Wiley & Sons.
- Dèttore, D. (1993). La psicoterapia di bambine o adolescenti vittime di abuso sessuale extra - o intrafamigliare. In D. Dèttore, C. Fuligni, F. Vitagliano, *Donna e abuso sessuale*. (Pagg. 112-124). Milano: Angeli.
- Dèttore, D., Fuligni, C. (1999). *L'abuso sessuale sui minori, Valutazione e terapia delle vittime e dei responsabili*. Milano: McGraw-Hill.
- Dodge, K.A., Bates, J.E., Pettit, G.S. (1990). Mechanism in the cycle of violence. *Science*, 250, 1678-1683.
- Dubner, A.E., Motta R.W. (1999). Sexually and Physically abused foster care children and posttraumatic stress disorder. *Journal of consulting and clinical psychology*; 67(3): 367-73.
- Earls, F., Smith, E., Reich, W., Yung, K.G. (1988). "Investigating psycho-pathological cosequences of a disaster in children: a pilot study incorporating a structured diagnostic interview", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 27: 90-95.
- Ellis, E., Atkeson, B., & Calhoun, K. (1981). An assessment of long-term reaction to rape. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 263-266.
- Eth, S., Pynoos, R.S. (1985). *Post Traumatic Stress Disorder in Children*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Everson, M., Boat, B. (1989). False allegations of sexual abuse by children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 230-235.
- Everson, M.D., (1997). Understanding bizarre, improbable, and fantastic elements in children's accounts of abuse. *Child maltreatment*, 2 (2), 134-149.
- Falsetti, S.A., & Resnick, H.S. (1992). *The Physical Reactions Scale*. Charleston, SC: The National Crime Victims Research and Treatment Center, Medical University of South Carolina.
- Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. New York: Free Press.
- Fletcher, K.E. (1993). "The spectrum of post-traumatic responses in children", manifesto presentato all'Incontro Annuale dell'International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, ottobre.
- Fletcher, K.E. (1996). "Childhood posttraumatic stress disorder", in *Child Psychopathology*, a cura di E. Mash e R. Barkley, pp. 242-276, Guilford, New York.
- Foa, E.B. (1998). *Treating The Trauma of Rape*. New York/London: The Guilford Press.
- Foa, E.B., Riggs, D.S., Dancu, C.V., & Rothbaum, B.O. (1993). Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *Journal of Traumatic Stress*, 6, 459-473.

Bibliografia

- Foy, D.W., Resnick, H.S., Sippelle, R.C., Carroll, E.M. (1987). Premilitary, Military, and Postmilitary factors in the development of combat-related stress disorders. *The behaviour Therapist*, 10, 3-9.
- Foy, D.W., Wood, J.L., King, D.J. e altri (1997). "Los Angeles Symptom Checklist: psychometric evidence with adolescent sample". *Assessment* 4: 377-384.
- Frank, E., & Stewart, B.D. (1984). Depressive symptoms in rape victims: A revisit. *Journal of Affective Disorders*, 7, 77-85.
- Fuligni, C. (1995). La teoria dell'attribuzione nell'analisi del fenomeno della violenza sessuale. In P. Moderato e S.Sirigatti (a cura di), *L'uomo che cambia*. Milano: Franco Angeli.
- Fuligni, C. (1995). Violenza sessuale e "scripts" In R.Giommi e M.Perrotta (a cura di), *Le paure del sesso*. Firenze: Istituto Ricerca e Formazione.
- Giannantonio, M. (2001). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) e psicoterapia del Disturbo Post-Traumatico da Stress: considerazioni critiche e linee di tendenza. *Rivista di psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 1, 5-23.
- Gibbs, M.S. (1989). "Factors in the victim that mediate between disaster and psychopathology: a review", *Journal of Traumatic Stress* 2: 489-514.
- Goenjian, A. (1993). A mental health reliefs programme in Armenia after the 1988 Earthquake: Implementation and clinical observations. *British Journal of Psychiatry*, 163, 230-239.
- Goldwurm, G. (2000). Presentazione dell'edizione italiana. In F. Shapiro *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols, and Procedures* pp. 15-20. New York: Guilford Press.
- Goodwin, J.M. (1985). Post-traumatic Symptoms in incest victims. In S. Eth e R. Pynoos (a cura di), *Post-traumatic stress disorder in children*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Green, B.L., Korol, M., Grace, M.C. e altri (1991). "Children and disaster: age, gender, and parental affects on PTSD symptoms". *Journal of Traumatic Stress* 5: 63-75.
- Greenwald, R. (1993). *Using EMDR with children*. Available from EMDR, P.O. Box 51010, Pacific Grove, CA93950-6010 with formal training.
- Greenwald, R. (1994). Applying eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) to the treatment of traumatized children: Five case studies. *Anxiety Disorders Practice Journal*, 1, 83-97.
- Greenwald, R. (1997b). "Children mental health care in the 21st century: eliminating the trauma burden". *Child and Adolescent Psychiatry On-Line* (reperibile su Internet: <http://www.Priory.com/psychild.htm>).
- Greenwald, R. (1998). Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): New hope for children suffering from trauma and loss. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 3, 279-287.
- Greenwald, R. (1999). *EYE MOVEMENT DESENSITIZATION REPROCESSING (EMDR) in child and adolescent psychotherapy*, Jason Aronson Inc. (Trad. It. *L'EMDR CON BAMBINI E ADOLESCENTI*. Astrolabio, 2000).

- Greenwald, R., Rubin, A. (1999). "Brief assessment of children's post-traumatic symptoms: development and preliminary validation of parent and child scales". *Research and Social Work Practice* 9: 61-75.
- Haugaard, J., Repucci, N., Laird, J., Naufel, T. (1991). Children's definitions of the true and their competency as witnesses in legal proceedings. *Law and Human Behavior*, 15 (3), 253-271.
- Heatherington, E.M., Stanley-Hagan, M., Anderson, E.R. (1989). "Marital transition: a child's perspective". *American psychologist*, 44:303-312.
- Hensel, T. (2003). EMDR with pre-school children. Use of Narratives in the work of EMDR. Presented at the Intereuropean Presentation day on "EMDR and Children", Copenhagen, Denmark November 7. 2003.
- Hensel, T. (2006). Effektivität von EMDR bei psychisch traumatisierten Kindern und Jugendlichen. [Effectiveness of EMDR with psychologically traumatized children and adolescents.].
- Herman, J.L., (1986). Histories of violence in an outpatient population. *Amer. Journal of Orthopsychiatry*, 57, 137-141.
- Holiday, M., Armsworth, M., Swank, P.R., Vincent, K.R. (1992). "Rorschach responding in traumatic children and adolescents". *Journal of Traumatic Stress* 5: 119-129.
- Horowitz, M.J. (1986). *Stress Response Syndromes*, Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Horowitz, M.J., Wilner, N., & Alvarez, W. (1979). Impact of Event Scale : Measure of subjective distress. *Psychosomatic Medicine*, 41, 209-218.
- Hyman, I.A., Zelikoff, W., Clarke, J. (1988). " Psychological and physical abuse in the schools: a paradigm for understanding post-traumatic stress disorder in children and youth". *Journal of Traumatic Stress* 1: 243-267.
- James, B. (1989). *Treating traumatized children: New insights and creative interventions*. Lexington, NY: Lexington Books.
- Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: Applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7, 113-136.
- Jarero, I., Artigas, L., & Hartung, J. (2006). EMDR Integrative Group Treatment Protocol: A Postdisaster Trauma Intervention for Children and Adults. *Traumatology*, 12(2), 121-129.
- Kempe, H. (1978). Sexual abuse, Another Hidden Pediatric problem: The 1977 C. Anderson Aldrich Lecture. *Pediatrics*. 62 ,(3), 382-389.
- Kilpatrick, D.G., Edmunds, C.N., & Seymour, A. (1992). *Rape in America: A report to the nation*. Arlington, VA: National Victim Center.
- Krystal, H. (1978). "Trauma and affects". *Psychoanalytic Study of the Child* 33: 81-116. Yale University Press, New haven, CT.
- Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.
- Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.

- Lipke, H. (2000). *EMDR and Psychotherapy Integration. Theoretical and Clinical Suggestions with Focus on Traumatic Stress*. Boca Raton: CRC Press.
- Logue, J.N., Hansen, H., & Struening, E. (1979). Emotional and physical distress following Hurricane Agnes in Wyoming Valley of Pennsylvania. *Public Health Reports*, 4, 495-502.
- Lonigan, C.J., Shannon, M.P., Finch, A.J.Jr. e altri. (1991). "Children's reactions to a natural disaster: symptom severity and degree of exposure", *Advances in Behaviour Research and Therapy* 13:135-154.
- Mahler, M., Bergman, A., Pine, F. (1975). *La nascita psicologica del bambino*, Boringhieri, Torino 1978.
- Manfield, P. (1998). *Extending EMDR. A casebook of innovative applications*. Norton New York.
- Mastronardi Cristina. "TRAUMA DA ABUSO E EMDR: presentazione di una ricerca in corso" (Comunicazione personale di una ricerca in corso).
- Mc Nally, R.J., Lasko, N.B., Mackin, M.L., Pitman, R.K. (1995). Autobiographical memory disturbance in combat-related post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 619-630.
- McFarlane, A.C. (1987). "Post-traumatic Phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 26: 764-769.
- McLeer, S.V., Deblinger, E., Henry, D., Orvaschel, H. (1992). Sexually abused children at high risk for post-traumatic stress disorder. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*; 31(5): 875-9.
- McNally, R.J. (1991). "Assessment of post-traumatic stress disorder in children". *Psychological Assessment* 3: 531-537.
- Mechanic, M.B., & Resick, P.A. (1993). *The Personal Beliefs and Reactions Scale: Assessing rape-related cognitive schemata*. Paper presented at the 9th Annual Meeting of the International Society of Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX.
- Melick, M.E. (1978). Life change and illness: Illness behavior of males in the recovery period of a natural disaster. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 335-342.
- Michaels, A.J., Michaels, C.E., Moon, C.H. e altri (1998). "Psychosocial factors limit outcomes after trauma". *Journal of Trauma* 44: 644-648.
- Miculincer, M., Solomon, Z. (1988). Attributional style and combat-related post-traumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 308-313.
- Milgram, N.A., Toubiana, Y.H., Klingman, A. e altri. (1988). "Situational exposure and personal loss in children's acute and chronic stress reactions to a school bus disaster", *Journal of traumatic Stress* 1: 339-352.
- Nadel, L., Jacob, W. (1996). The role of the hippocampus in PTSD, panic and phobia. In: N. Kato (Ed.). *Hippocampus: Functions and clinical relevance*. Amsterdam: Elsevier.
- Nader, K., Pynoos, R., Fairbanks, L., Frederick, C. (1990). "Children's PTSD reactions one year after a sniper attack at their school". *American Journal of Psychiatry* 147: 1526-1530.

- Newcorn, J.H., Strain, J. (1992). "Adjustment disorder in children and adolescents". *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 31: 318-327.
- Newnan, C.J. (1976). "Children of disaster: clinical observations at Buffalo Creek". *American Journal of Psychiatry* 133: 306-312.
- Oliviero Ferraris A., 2003, Resilienti: la forza è con loro. In *Psicologia Contemporanea*, 179, 18-25.
- Parnell, L. (1999). *EMDR in the treatment of adults abused as children*. Norton New York.
- Pearce, J.W., Pezzot-Pearce, T.D. (1997). *Psychotherapy of abused and neglected children*. New York/London: The Guilford Press.
- Pellicer, X. (1993). "Eye movement desensitization treatment of a child's nightmares: a case report", *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry* 24: 73-75.
- Price, J. (1978). Some age-related effects of the 1974 Brisbane floods. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 12, 55-58.
- Puffer, M.K., Greenwald, R., Elrod, D.E. (1998). A single session EMDR study with twenty traumatized children and adolescents. *The International Electronic Journal of Innovations in the Study of the Traumatization process and Methods for Reducing or Eliminating Related Human Suffering*. Vol. 3:2; Article 6.
- Pynoos, R.S., Frederick, C., Nader, K. e altri. (1987). "Life threat and posttraumatic stress in school-age children", *Archives of General Psychiatry* 44: 1057-1063.
- Resick, P.A., Falsetti, S.A., Resnick, H.S., & Kilpatrick, D.G. (1991). *The Modified PTSD Symptom Scale-Self-Report*. St. Louis, MO: University of Missouri; Charleston: Crime Victims Treatment and Research Center, Medical University of South Carolina.
- Resnick, H.S., Best, C.L., Kilpatrick, D.G., Freedy, J.R., & Falsetti, S.A. (1993). *Trauma Assessment for Adults-Self-Report*. Charleston: The National Crime Victims Research and Treatment Center, Medical University of South Carolina.
- Ricci, A., Di Stefano, T., Gileno, M. (1998a). L'insegnamento delle abilità sociali: il programma di Shure e Spivak. Parte 4^a: Il pensiero consequenziale. *Psicologia e Scuola*, 44, 669-680.
- Ricci, A., Di Stefano, T., Gileno, M. (1998b). L'insegnamento delle abilità sociali: il programma di Shure e Spivak. Parte 5^a: Gli esercizi di problem-solving. *Psicologia e Scuola*, 45, 35-48.
- Ricci, A., Lambardelli, S., Gagliardini, I. (1998c). L'insegnamento delle abilità sociali: il programma di Shure e Spivak. Parte 2^a: I pre-requisiti linguistici. *Psicologia e Scuola*, 42, 45-55.
- Ricci, A., Lambardelli, S., Gagliardini, I., Crucillà, A. (1998d). L'insegnamento delle abilità sociali: il programma di Shure e Spivak. Parte 1^a: Introduzione e contenuti. *Psicologia e Scuola*, 41, 42-47.
- Robins, L., Helzer, J., Cottler, L., & Goldring, E. (1988). *NIMH Diagnostic Interview Schedule, Version III Revised (DIS-III-R)*. St Louis, MO: Washington University Press and Medical College of Pennsylvania.
- Rodriguez, G. (1997). "Medical conditions in children and EMDR", *EMDR Association of Australia's Saccades Newsletter* 2(1): 5.

Bibliografia

Roth, L.M.(1986). Substance used and mental health among Vietnam veterans. In G. Boulanger & C. Kadushin (Eds.), *The Vietnam Veteran Redefined*, pp. 61-78. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.

Russel, D. (1983). The incidence and prevalence of intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of female children. *Child abuse and neglect*, 7, 133-146.

Saigh, P., Yaski, A.E., Oberfield, R.A., Green, B.L., Halamandaris, P.V., Rubenstein, H., Nester, J., Resko, J., Hetz, B., & McHugh, M. (2000). The Children's PTSD Inventory: Development and reliability. *Journal of Traumatic Stress*, 30, 369-380.

Saylor, C.F, Swenson, C. C., Reynolds, S.S., & Taylor, M. (1999). The Pediatric Emotional Distress Scale: A brief screening measure for young children exposed to traumatic events. *Journal of Clinical Child Psychology*. 28:1, 70-81.

Schwarz, E.D., Kowalski, J.M. (1991). "Malignant memories: PTSD in children and adults after a school shooting", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30: 936-944.

Shalev, A.Y., Peri, T., Canetti, L., Schreiber, S. (1996). Predictors of PTSD in injured trauma survivors: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, 153 (2), 219-225.

Shapiro, F. (1989). Efficacy of the eye movement desensitisation procedure in the treatment of traumatic memories. *Journal of Traumatic Stress*, 2, 199-223.

Shapiro, F. (1995). *Eye Movement Desensitization and Reprocessing. Basic Principles, Protocols and Procedures*. New York: Guilford Press.

Shapiro, F. (1995). *Eye movement desensitization and reprocessing: Basic principle , protocols and Procedures*, Guilford, New York. (Trad. It. *EMDR. Desensibilizzazione e rielaborazione attraverso I movimenti oculari*. Milano: McGraw-Hill, 2000).

Shapiro, F. (1999). Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) and the Anxiety Disorders: Clinical and Research Implications of the Integrative Psychotherapy Treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 13, 1-2, 35-67

Shapiro, J.P.(1991). Interviewing children about psychological issues associated with sexual abuse. *Psychotherapy*, 28, 55-66.

Shure, M.P., Spivak, G. (1978). *Problem-solving techniques in childrearing*. San Francisco: Jossey-Bass.

Solomon, Z., Benbenishty, R. Mikulincer, M. (1987). A follow up of Israeli casualties of combat stress reaction ("battle shock") in the 1982 Lebanon war. *British Journal of Clinical Psychology*, 27, 125-135.

Solomon, Z., Weisenberg, M., Schwarzwald, J., & Mikulincer, M. (1987). Post-traumatic stress disorder among frontline soldiers with combat stress reaction: the 1982 Israeli experience. *American Journal of Psychiatry*, 144, 448-454.

Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., & Gibbon, M. (1987). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Version NP-V*. New York: New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.

Spitzer, R.L., Williams, J.B.W., Gibbon, M., & First, M.B. (1990). *Structured Clinical Interview for DSM-III-R, patient edition*. New York State Psychiatric Institute, Biometrics Research Department.

- Spivak, G., Shure, M.P. (1974). *Social adjustment of young children: A cognitive approach to solving real-life problems*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Stroop, J.R. (1995). Studies of interference in serial verbal reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-662.
- Sugar, M. (1989). "Child in a disaster: an overview". *Child psychiatry and Human Development* 19: 163-179.
- Sullivan, M.A., Saylor, C.F., Foster, K.Y. (1991). "Post-hurricane adjustment of preschoolers and their families". *Advances in Behaviour Research and Therapy* 13: 163-171.
- Sutker, P.B., Davis, J.M., Uddo, M., Ditta, S.R. (1995). War zone stress, personal resources and PTSD in Persian Gulf war returnees. *Journal of Abnormal psychology*, 104, 444-452.
- Terr, L. (1979). "Children of Chowchilla: a study of physic trauma". *Psychoanalytic Study of the Child* 34: 547-623. Yale University Press, New Haven, CT.
- Terr, L. (1991). "Childhood traumas: an outline and overview". *American Journal of Psychiatry* 148: 10-20.
- Tufnell, G.(2005). Eye movement desensitization and reprocessing in the treatment of pre-adolescent children with post-traumatic symptoms. *Clinical Child Psychology and psychiatry*, 10 (4), 587.
- Uddo, M., Vasterling, J.T., Brailey, K., Sutker, P.B. (1993). Memory and attention in post-traumatic stress disorder. *Journal of Psychopathology and Behavior Assessment*, 15, 43-52.
- Undeutsch, U. (1988). The development of statement reality analysis. In: J. Yuille. *Credibility Assessment*. Netherlands: Kluver Academic.
- van der Kolk, B.A. (1987). " The psychological consequences of overwhelming life experiences". In *Psychological Trauma*, a cura di B.A. van der Kolk, pp. 1-30. American Psychiatric Press, Washington, DC.
- Weissman, M.N., & Paykel, E.S. (1974). *The depressed woman: A study of social relationship*. Chicago: University of Chicago Press.
- Winnicott, D.W. (1965). *The Maturational Processes and the Facilitating Environment*, International University Press, New York.
- Wurr, G., Partridge, I.(1996). The prevalence of a history of childhood sexual abuse in an acute adult inpatient population. *Child Abuse and Neglect*, 20, 867-872.
- Yehuda, R. (1999) (Ed). *Risk Factors for Post-Traumatic Stress Disorder*. Washington: American Psychiatric Press.
- Zeitlin, S.B., Mc Nally, R.J. (1991). Implicit and explicit memory bias for Threat in post-traumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 29, 451-457.

RINGRAZIAMENTI

Il ringraziamento più grande va ai miei genitori, Giuliana e Romeo, che hanno sempre creduto in me e mi hanno aiutata nei momenti più difficili della mia vita.

Un ringraziamento va anche al resto della mia famiglia e in particolare a mia nonna Albina per l'amore e il sostegno ricevuto; a mia zia Caterina, a mio fratello Marco e a mia cognata Cinzia per l'affetto che hanno sempre saputo darmi; alle mie nipotine Carlotta e Martina che sono per me fonte di immensa gioia.

Ringrazio in maniera particolare anche Luca che in questi anni ha saputo starmi accanto come solo le persone più sensibili e intelligenti sanno fare.

Grazie alle mie coinquiline Pamela, Elisa, Chiara ed Elisa per avere condiviso con me i momenti brutti e belli della vita.

Un ringraziamento particolare va alla dottoressa Ilaria Patteri che è stata per me grande fonte di sostegno e maestra di vita e al professor Francesco Rovetto per l'interesse mostrato verso l'argomento trattato in questa tesi e la passione con la quale sa trasmettere il proprio lavoro.

Ringrazio anche la dottoressa Isabel Fernandez per la disponibilità e l'aiuto fornitomi nella ricerca del materiale.

L'ultimo ma non meno importante ringraziamento lo dedico a me stessa, perché se sono arrivata fin qui è anche e soprattutto merito mio.