

Argomenti di Neuropsicologia e Psichiatria: il bambino-adolescente vittima di abuso

Francesco Demaria

Paola De Rose

Flavia Cirillo

Paola Bergonzini

Roma 21 novembre 2013



Definizione del concetto di abuso e maltrattamento sui minori

“tutte le forme di maltrattamento fisico e /o emotivo, abuso sessuale o di altro genere che provocano un danno reale o potenziale alla salute, alla sopravvivenza, allo sviluppo o alla dignità del bambino, nell’ambito di una relazione di responsabilità, fiducia e potere”

World Report on Violence and Health. Geneve, World Health Organization, 2002.



Classificazione

Linee guida SINPIA 2007



MALTRATTAMENTO

- **Fisico:** il genitore o le persone che si prendono cura del bambino **mettono in atto, permettono che si eseguono o espongono il bambino** in condizioni di subire lesioni fisiche.
(es. ecchimosi, schiaffi violenti, contusioni, ferite, cicatrici, morsi, ustioni, graffi, lacerazioni, fratture scheletriche, costali, craniche, lesioni addominali).
- **Psicologico:** il bambino viene **umiliato, svalutato e denigrato** in maniera continuativa e duratura nel tempo attraverso frasi e comportamenti.
(es. inappropriate vessazioni psicologiche, privazione di contatto fisico, privazioni di sguardi diretti, privazione di comunicazione, strumentalizzazione emozionale del figlio allo scopo di penalizzare il partner).



PATOLOGIE DELLE CURE

- **Ipercure:** cura eccessiva per la condizione fisica del bambino caratterizzata da una inadeguata e dannosa medicalizzazione; tre le forme principali: *Medical Shopping*, *Chemical Abuse* e *Sindrome di Munchausen per procura*.
- **Incuria:** cure carenti rispetto ai bisogni fisici e psicologici propri del momento evolutivo del bambino.
- **Discuria:** cure inadeguate e distorte rispetto all'età del bambino; ad es. richieste di prestazioni superiori per età/possibilità, accudimento tipico di bambini di minore età, atteggiamento iperprotettivo.

La negligenza di cure può interessare: nutrizione, igiene, abbigliamento, protezione dai pericoli, abitazione, assistenza medica e profilassi.



VIOLENZA ASSISTITA

- Quando il bambino **assiste a forme di violenza** (**sessuale-fisica-psicologica**) rivolte a figure di riferimento o altre figure significative.

(es. atti di violenza fisica, sessuale o psicologica quale svalutare, insultare, isolare dalle relazioni parentali ed amicali, minacciare di picchiare, di abbandonare, di uccidere, di suicidarsi).



ABUSO SESSUALE

- **Intrafamiliare/Extrafamiliare:** coinvolgimento di soggetti immaturi e dipendenti in attività sessuali in assenza di completa consapevolezza e possibilità di scelta ed in violazione delle differenze generazionali perpetrato da familiari, conoscenti o estranei (ad es. incesto, sodomia, manipolazione dei genitali o sfruttamento sessuale).



DSM-IV Anxiety Disorders in DSM-5

Anxiety Disorders

- Panic, Specific Phobia, Social Phobia, GAD etc.

O-C, Stereotypic & Related Disorders

- OCD, Body Dysmorphic, Hoarding, Hair Pulling, Skin Picking, etc.

Trauma- and Stressor-Related Disorders

- PTSD, ASD, ADs, Reactive Attachment Disorder, etc.

Dissociative Disorders

- DID, Depersonalization/Derealization, Dissociative Amnesia, etc.



DSM-5: Metastructure

- Neurodevelopmental Disorders
- Schizophrenia Spectrum & Other Psychotic Disorders
- Bipolar & Related Disorders
- Depressive disorders
- Anxiety Disorders
- Obsessive-Compulsive, Stereotypic & Related Disorders
- Trauma- and Stressor-Related Disorders**
- Dissociative Disorders
- Somatic Symptom Disorders etc.

American Psychiatric Association. (2013) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, (5th ed.)*.
Washington, DC: Author.



Trauma- and Stressor-Related Disorders

- **Reactive Attachment Disorder**
- **Disinhibited Social Engagement Disorder**
- **Posttraumatic Stress Disorder**
- **Acute Stress Disorder**
- **Adjustment Disorders**
- **Other Specified Trauma- and Stressor-Related Disorder**
- **Unspecified Trauma- and Stressor-Related Disorder**



DISTURBO REATTIVO DELL' ATTACCAMENTO

Criteri diagnostici:

- A. Un pattern costante di **comportamento inibito**, emotivamente ritirato verso i caregiver adulti, manifestato dalle seguenti situazioni:
- il bambino raramente o in maniera minima cerca conforto quando angosciato;
 - il bambino raramente o in maniera minima risponde alla consolazione quando angosciato.
- B. Un **persistente disturbo sociale ed emotivo** caratterizzato da almeno due delle seguenti situazioni:
- minima reattività sociale ed emotiva verso gli altri;
 - emozioni positive limitate;
 - episodi di inspiegabile irritabilità, tristezza o paura che sono evidenti anche durante interazioni non minacciose con i caregiver adulti.
- C. **Il bambino ha sperimentato un pattern di cure estreme o insufficienti come evidenziato da almeno una delle seguenti situazioni:**
- neglect sociale o deprivazione in forma di persistente mancanza di basilari bisogni emotivi di confort, stimolazione e affetto delle cure genitoriali;
 - ripetuti cambi di caregiver primari che hanno limitato le opportunità di formare attaccamenti stabili (ad es. frequenti cambiamenti di affido);
 - allevamento in contesti insoliti che hanno limitato in maniera grave le opportunità di formare attaccamenti selettivi (ad es. istituzioni con elevati rapporti bambino-caregiver).



DISTURBO REATTIVO DELL' ATTACCAMENTO

D. **Si presume che la cura del criterio C sia stata responsabile del comportamento disturbato nel criterio A.**

E. I criteri non sono soddisfatti per i disturbi dello spettro autistico.

F. Il disturbo è evidente prima dei 5 anni di età.

G. Il bambino ha un'età evolutiva di almeno 9 mesi.

Specificare se:

- **Persistente:** il disturbo è presente per più di 12 mesi

Specificare la gravità attuale:

Il Disturbo da attaccamento reattivo è considerato **grave** quando un bambino esibisce tutti i sintomi del disturbo e ogni sintomo si manifesta a livelli relativamente alti.



DISTURBO DA IMPEGNO SOCIALE DISINIBITO

Criteri diagnostici:

- A. Un pattern di comportamento in cui un bambino si avvicina e **interagisce attivamente con adulti non familiari** ed esibisce almeno due dei seguenti:
- Ridotta o assente reticenza nell'approccio e nell'interazione con adulti non familiari;
 - Comportamento **verbale o fisico eccessivamente familiare** (non coerente con i confini sociali culturalmente sanciti e appropriati all'età);
 - Diminuita o assente ricerca del caregiver adulto dopo essersene allontanati, anche in setting non familiari;
 - Volontà di andar via con un adulto non familiare con minima esitazione o senza.
- B. I comportamenti elencati nel criterio A **non sono limitati all'impulsività** (come nell'ADHD) ma includono un comportamento socialmente disinibito.
- C. **Il bambino ha vissuto un pattern di cure estreme o insufficienti come evidenziato da almeno uno dei seguenti:**
- neglect sociale o deprivazione in forma di persistente mancanza di basilari bisogni emotivi di confort, stimolazione e affetto delle cure genitoriali;
 - ripetuti cambi di caregiver primari che hanno limitato le opportunità di formare attaccamenti stabili (ad es. frequenti cambiamenti di affido);
 - allevamento in contesti insoliti che hanno limitato in maniera grave le opportunità di formare attaccamenti selettivi (ad es. istituzioni con elevati rapporti bambino-caregiver).



DISTURBO DA IMPEGNO SOCIALE DISINIBITO

D. **Si presume che la cura del criterio C sia stata responsabile del comportamento disturbato nel criterio A.**

E. Il bambino ha un'età evolutiva di almeno 9 mesi.

Specificare se:

- **Persistente:** il disturbo è presente per più di 12 mesi

Specificare la gravità attuale:

Il Disturbo da impegno sociale disinibito è considerato **grave** quando un bambino esibisce tutti i sintomi del disturbo e ogni sintomo si manifesta a livelli relativamente alti.



DSM-5: Changes to PTSD Criteria

- Criterion A2 (response involves “fear, helplessness, or horror”) *removed* from DSM-5
- 3 clusters are divided into 4 clusters in DSM-5
- 3 new symptoms were added
- Other symptoms revised to clarify symptom expression
- All symptoms began or worsened after the trauma
- Separate diagnostic criteria for “preschool” (children 6 years or younger)
- New dissociative subtype for PTSD added



DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS

Criteri diagnostici:

Nota: I seguenti criteri sono applicabili agli adulti, adolescenti e b/i di età superiore ai 6aa.

A. Esposizione ad atti o minacce di morte, gravi lesioni o violenza sessuale in una o più delle seguenti aree:

1. Esperienza diretta dell'evento traumatico.
2. La risposta della persona comprendeva paura intensa, sentimenti di impotenza o di orrore.
2. Testimone dell'evento subito da altre persone.
3. L'evento traumatico si è verificato ad un membro della famiglia o un amico intimo. In caso di morte o minaccia di un familiare o un amico, l'evento deve essere stato violento o accidentale.
4. Esperienza ripetuta o estrema esposizione a particolari spiacevoli dell'evento traumatico (ad es. la raccolta di resti umani da parte dei primi soccorritori o agenti di polizia che ripetutamente espongono ai dettagli dell'abuso).

Nota: Il criterio A4 non può essere applicato all'esposizione attraverso immagini, tv, videogiochi, etc., a meno che questa esposizione non sia parte dell'evento.



DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS

B. Presenza di uno o più dei seguenti **sintomi intrusivi** associati all'evento traumatico:

1. Ricordi angoscianti, ricorrenti, involontari e intrusivi dell'evento.

Nota: Nel B/o di età superiore a 6aa possono manifestare un gioco ripetitivo in cui possono essere espressi temi o aspetti dell'evento traumatico.

2. Sogni angoscianti ricorrenti in cui il contenuto e/o gli effetti sono legati all'evento traumatico. **Nota: Nel B/o possono essere presenti sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile.**

3. Reazioni dissociative (flashback) in cui l'individuo sente e agisce come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (alcune reazioni si possono verificare lungo un continuum dove il massimo dell'espressione è rappresentata da una perdita di coscienza). **Nota: Nel B/o si possono ripresentare nel gioco.**

4. Intenso e prolungato stress psicologico con aspetti internalizzanti ed esternalizzanti che simboleggiano o rappresentano un aspetto dell'evento traumatico;

5. Marcate reazioni fisiologiche o esposizione a fattori scatenanti interni o esterni che simbolizzano o assomigliano a qualche aspetto dell'evento "traumatico".



DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS

C. Evitamento persistente degli stimoli associati all'evento traumatico, con inizio dopo che si è verificato l'evento traumatico, come evidenziato da uno o entrambe i seguenti:

1. Evitamento di pensieri, sensazioni o conversazioni associati al trauma
2. Evitamento di attività, luoghi o persone che evocano ricordi del trauma.

D. Alterazioni negative a livello cognitivo e dell'umore associate al trauma, con inizio o peggioramento dopo l'evento traumatico, come evidenziato da due (o più) dei seguenti:

1. Incapacità di ricordare qualche aspetto importante del trauma
2. **Persistenti ed esagerate credenze negative o aspettative verso se stessi, gli altri o il mondo**
3. **Persistenti distorte cognizioni circa la causa o conseguenze del trauma che portano l'individuo a incolpare se stesso o gli altri**
4. **Persistente stato emozionale negativo (ad es. paura, orrore, rabbia, senso di colpa o vergogna)**
5. Marcata diminuzione di interesse o partecipazione ad attività significative.
6. Sentimenti di distacco o di estraneità verso gli altri.
7. Persistente incapacità di provare emozioni positive (ad es. incapacità di provare felicità, soddisfazione o sentimenti d'amore).



DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS

E. Marcate alterazioni nell'eccitabilità (**arousal**) e nella reattività associate agli eventi traumatici, con inizio o peggioramento dopo l'evento traumatico, come evidenziato da due (o più) dei seguenti:

1. Comportamento irritabile e scoppi di ira (con bassi o assenti livelli di provocazione) espressi tipicamente da aggressioni verbali o fisiche su persone o oggetti

2. Comportamenti spericolati e autodistruttivi

3. Ipervigilanza

4. Esagerate risposte di allarme

5. Problemi di concentrazione

6. Difficoltà ad addormentarsi o a mantenere il sonno

F. La durata del disturbo (Criteri B, C, D ed E) è di almeno un mese.

G. Il disturbo causa disagio clinicamente significativo o menomazione nel funzionamento sociale, lavorativo o di altre aree importanti del funzionamento.

H. Il disturbo non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o altra condizione medica.

Specificare se:

Con sintomi dissociativi:

1. Depersonalizzazione: persistenti o ricorrenti esperienze di distacco da un processo mentale o fisico (ad es. sentirsi come in un sogno, sentire un senso di irrealtà di sé e del proprio corpo, muoversi lento nel tempo)

2. Derealizzazione: persistente o ricorrente esperienza di irrealtà del mondo circostante (ad es. mondo intorno vissuto come irrealistico, come un sogno, distante e distorto).



DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS PER B/i INFERIORI AI 6aa

Criteri diagnostici:

A. I B/i di 6 anni o più piccoli esposti ad atti o minacce di morte, gravi lesioni o violenza sessuale in una o più delle seguenti aree:

1. Esperienza diretta dell'evento traumatico
2. Testimone dell'evento subito da altre persone, soprattutto i caregiver. **Nota:** Esclusi gli eventi che riguardano esclusivamente immagini, tv, videogiochi, etc.
3. L'evento traumatico si è verificato ad un familiare o una figura di caregiver.

B. Presenza di uno o più dei seguenti **sintomi intrusivi** associati all'evento traumatico:

1. Ricordi angoscianti, ricorrenti, involontari e intrusivi dell'evento. **Nota:** I ricordi intrusivi e spontanei non devono necessariamente apparire stressanti e possono essere rievocati attraverso il gioco.
2. Sogni angoscianti ricorrenti in cui il contenuto e/o gli effetti sono legati all'evento traumatico. **Nota:** Può non essere possibile accertare che il contenuto del sogno sia legato all'evento traumatico.
3. Reazioni dissociative (flashback) in cui il bambino sente e agisce come se l'evento traumatico si stesse ripresentando (alcune reazioni si possono verificare lungo un continuum dove il massimo dell'espressione è rappresentata da una perdita di coscienza). Si possono presentare nel gioco.
4. Intenso e prolungato stress psicologico con aspetti internalizzanti ed esternalizzanti che simboleggiano o rappresentano un aspetto dell'evento traumatico;
5. Marcate reazioni fisiologiche che rimandano all'evento traumatico.



DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS PER B/i INFERIORI AI 6aa

C. Uno o più dei seguenti sintomi, ossia un **persistente evitamento** a stimoli associati all'evento traumatico o **alterazioni negative a livello cognitivo e di umore** rispetto all'evento, possono essere presenti all'inizio dell'evento o peggiorare dopo l'evento:

Persistente evitamento degli stimoli

1. Evitare o sforzarsi di evitare attività, posti o ricordi che suscitano il ricordo dell'evento
2. Evitare o sforzarsi di evitare conversazioni o situazioni interpersonali che suscitano il ricordo dell'evento.

Alterazioni negative a livello cognitivo

3. **Consequente aumento di frequenza dello stato emozionale negativo (paura, senso di colpa, tristezza, vergogna, confusione).**
4. Marcata diminuzione di interesse o partecipazione ad attività significative inclusa diminuzione del gioco.
5. Comportamento socialmente ritirato.
6. Persistente riduzione nell'esprimere emozioni positive.



DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS PER B/i INFERIORI AI 6aa

D. Alterazione nell'eccitabilità (**arousal**) e nella reattività associate agli eventi traumatici con inizio o peggioramento dopo l'evento traumatico, come evidenziato da uno o più dei seguenti:

1. Comportamento irritabile e scoppi di ira (con bassi o assenti livelli di provocazione) espressi tipicamente da aggressioni verbali o fisiche su persone o oggetti (inclusa la collera)
2. Ipervigilanza
3. Esagerate risposte di allarme
4. Problemi di concentrazione
5. Sonno disturbato.

E. La durata del disturbo è di almeno un mese.

F. Le cause di questi aspetti del disturbo incidono sulla qualità delle relazioni con genitori, insegnanti e pari.

G. Il disturbo non viene attribuito all'uso di sostanze o altre condizioni mediche.

Specificare se:

Con sintomi dissociativi:

1. **Depersonalizzazione:** persistenti o ricorrenti esperienze di distacco da un processo mentale o fisico (ad es. sentirsi come in un sogno, sentire un senso di irrealtà di sé e del proprio corpo, muoversi lento nel tempo)
2. **Derealizzazione:** persistente o ricorrente esperienza di irrealtà del mondo circostante (ad es. mondo intorno vissuto come irreali, come un sogno, distante e distorto).



DISTURBO ACUTO DA STRESS

Criteri diagnostici:

A. Esposizione a morte o minaccia di morte, lezioni gravi o violazione sessuale in uno o più dei seguenti modi:

1. Esperienza diretta dell'evento traumatico
2. La risposta della persona comprende paura intensa, sentimenti di impotenza o di orrore
2. Testimone dell'evento accaduto ad altri
3. Apprendere che l'evento (o eventi) è accaduto ad un familiare o un amico vicino (in caso di morte o minaccia di morte di un membro della famiglia o di un amico l'evento deve essere stato violento o accidentale)
4. Esposizione ripetuta o estrema esposizione ai particolari dell'evento traumatico (ad es. la raccolta di resti umani da parte dei primi soccorritori, agenti di polizia che ripetutamente espongono ai dettagli dell'abuso).

Nota. Questo criterio non si applica per l'esposizione attraverso videogiochi, televisione, film o fotografie, a meno che tale esposizione non sia parte dell'evento.



DISTURBO ACUTO DA STRESS

B. Presenza di nove o più dei seguenti sintomi delle cinque categorie di intrusione, umore negativo, dissociazione, evitamento e arousal con inizio o peggioramento dopo l'evento traumatico:

Sintomi intrusivi

1. Ricordi dolorosi ricorrenti, involontari e intrusivi dell'evento traumatico. **Nota: Nel B/o può verificarsi un gioco ripetitivo in cui sono espressi temi o aspetti dell'evento traumatico**
2. Sogni dolorosi ricorrenti in cui il contenuto e/o l'affetto del sogno sono connessi all'evento. **Nota: Nel B/o si possono presentare sogni spaventosi senza un contenuto riconoscibile.**
3. Reazioni dissociative (ad es. flashback) in cui l'individuo si sente o agisce come se l'evento traumatico fosse ricorrente (alcune reazioni possono verificarsi lungo un continuum in cui l'espressione più estrema è rappresentata dalla completa perdita di consapevolezza del mondo circostante). **Nota: Nel B/o si può rimettere in atto il trauma nel gioco.**
4. Intenso o prolungato distress psicologico o marcate reazioni psicologiche nella risposta agli stimoli interni o esterni che simbolizzano o rappresentano un aspetto dell'evento traumatico

Umore negativo

5. Persistente incapacità di provare emozioni positive (ad es. incapacità a provare gioia, soddisfazione o sentimenti d'amore)



DISTURBO ACUTO DA STRESS

Sintomi dissociativi

6. Un alterato senso di realtà del mondo circostante o di sé stessi (ad es. vedere sé stessi da un'altra prospettiva, sentirsi disorientati, sentirsi come se il tempo scorresse più lento)
7. Incapacità di ricordare un'importante aspetto dell'evento traumatico (tipicamente dovuto all'amnesia dissociativa e non ad altri fattori come un trauma cerebrale, alcool o droga).

Sintomi di evitamento

8. Sforzi per evitare i ricordi dolorosi, pensieri o sentimenti che riguardano o sono strettamente associati all'evento traumatico
9. Sforzi per evitare situazioni esterne (persone, posti, conversazioni, attività, oggetti, situazioni) che attivino i ricordi dolorosi, pensieri o sentimenti che riguardano o sono strettamente associati all'evento traumatico.

Sintomi di arousal

10. Disturbi del sonno
11. Comportamento irritabile e scoppi di rabbia (con minima o assente provocazione), tipicamente espressi come aggressione verbale o fisica verso persone o oggetti
12. Ipervigilanza
13. Problemi di concentrazione
14. Esagerata risposta allo spavento.

C. Durata del disturbo (sintomi del criterio B) da 3 giorni a 1 mese dopo l'esposizione al trauma.

Nota: I sintomi tipicamente iniziano immediatamente dopo il trauma ma è necessario che essi persistano almeno 3 giorni fino ad un mese.

D. Il disturbo causa distress clinicamente significativo o compromissione nelle aree sociali, occupazionali o altre aree importanti del funzionamento.

E. Il disturbo non si può attribuire agli effetti psicologici di una sostanza (ad es. medicine o alcool) o ad altre condizioni mediche (ad es. trauma cranico lieve) e non è spiegato meglio da un disturbo psicotico breve.



DISTURBI DELL'ADATTAMENTO

Criteri diagnostici:

- A. Lo sviluppo di sintomi emotivi e comportamentali in risposta ad un identificabile fattore stressante che si verificano entro tre mesi dall'esordio del fattore stressante stesso.
- B. I sintomi o i comportamenti sono clinicamente significativi, se si considera uno o entrambe le seguenti caratteristiche:
 - 1. Notevole disagio che risulta esagerato rispetto alla gravità e all'intensità del fattore stressante, tenendo conto del contesto e dei fattori culturali che possono influenzare la gravità e severità del sintomo
 - 2. Disfunzione nei contesti sociali, lavorativi o in altre importanti aree.
- C. Il disturbo collegato allo stress non incontra i criteri di altri disturbi mentali e non risulta semplicemente un aggravamento del pre-esistente disagio mentale.
- D. I sintomi non rappresentano un normale lutto.
- E. Una volta terminato il fattore stressante o le conseguenze al fattore stressante, i sintomi non possono durare ulteriormente più di 6 mesi.

Specificare se:

Con umore depresso, Con ansia, Con ansia e umore depresso, Con disturbo della condotta, Con disturbo emotivo e della condotta, Non altrimenti specificato.



Trauma- and Stressor-Related Disorders

- Other Specified Trauma- and Stressor-Related Disorder
- Unspecified Trauma- and Stressor-Related Disorder



The Evolution of the Child Maltreatment Literature

AUTHOR: Christopher Spencer Greeley, MD

Center for Clinical Research and Evidence-Based Medicine,
Department of Pediatrics, The University of Texas Health Science
Center at Houston, Houston, Texas

PEDIATRICS Volume 130, Number 2, August 2012 347



Il trauma: Neuropsicologia e Psicopatologia nella pratica clinica

- *Assessment Diagnostico e follow up*
- *Aree di intervento riabilitativo*



Neuroimaging

RM: Riduzione del volume cerebrale (SB e SG)

- Corteccia prefrontale
- Ippocampo
- Amigdala
- Corpo calloso

DTI (Diffusion Tensor Imaging)

- Anomalie nei network neuronali

RMf: anomala attivazione nelle regioni durante i compiti di

- Working Memory
- Inibizione della risposta
- Processamento delle emozioni

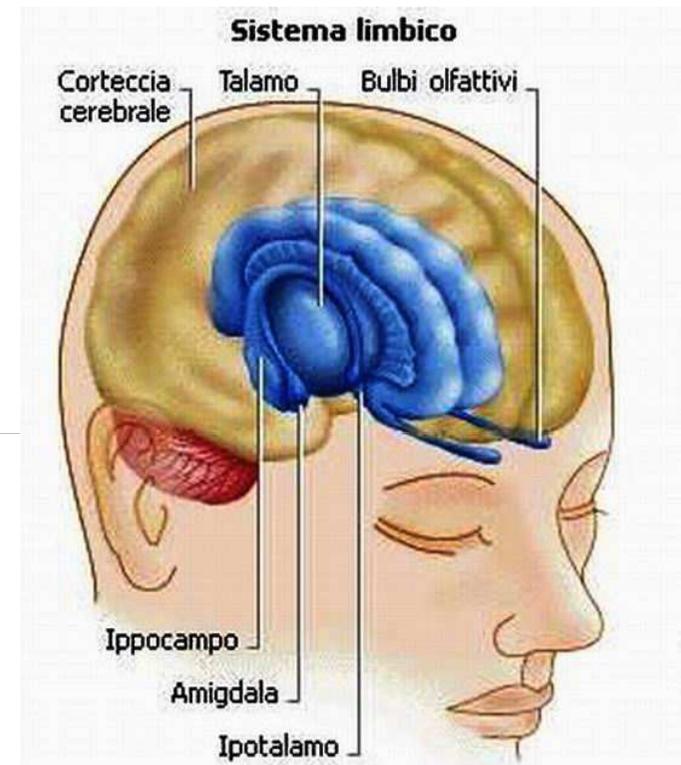
Neuroimaging

Il miglior studio controllato rispetto alla comorbidità (De Bellis 2006), mostra associazione con le aree limbiche e i sistemi che correlano con il controllo dell'emozione e del comportamento

Effetto è mediato dal cortisolo, dato l'elevato numero di recettori nell'ippocampo

Effetto sulla riduzione dell'ippocampo è tardivo, non è presente nei bambini (dove si osserva più spesso un aumento di volume) ma negli adulti (De Bellis 2010)

Trattamento sulla memoria visuo-spaziale può ridurre i sintomi PTSD



La letteratura riporta evidenze che il trauma in età pediatrica costituisce un importante fattore di rischio per lo sviluppo e la salute mentale, con effetti a breve e a lungo termine:



Psicopatologici



Problemi Comportamentali



Deficits neurocognitivi



Effetti Psicopatologici

- Disturbi Esternalizzanti (ADHD, Disturbi della condotta, disturbi oppositivo provacatori)
- Disturbi Internalizzanti (ansia, depressione, disturbo di panico)
- PTSD

Cuijpers P. et al. (2011) *Child Abuse & Neglect*.

Green J. G. et a. (2010). *Archives of General Psychiatry*.

Kessler, R.C. et al. (2010). *British Journal of Psychiatry*.



| | Depression | | | Suicidal ideation | | |
|----------------------------|------------|---------|------------|-------------------|---------|-------------|
| | OR | P-value | 95% CI | OR | P-value | 95% CI |
| <i>Physical abuse</i> | | | | | | |
| Unexposed | Ref. | Ref. | Ref. | Ref. | Ref. | Ref. |
| Crude abuse age at onset | | | | | | |
| Early childhood (0–5) | 1.99 | <.0001 | 1.43, 2.76 | 2.76 | <.0001 | 1.68, 4.52 |
| Middle childhood (6–10) | 1.73 | <.0001 | 1.36, 2.19 | 2.11 | .0004 | 1.40, 3.19 |
| Adolescence (11–17) | 1.47 | <.0001 | 1.21, 1.78 | 2.46 | <.0001 | 1.82, 3.33 |
| Refined abuse age at onset | | | | | | |
| Infancy (0–2) | 1.04 | .9317 | 0.41, 2.64 | 2.58 | .0854 | 0.88, 7.57 |
| Preschool (3–5) | 2.28 | <.0001 | 1.63, 3.21 | 2.80 | <.0001 | 1.73, 4.56 |
| Latency (6–8) | 1.71 | .0008 | 1.25, 2.33 | 2.02 | .0110 | 1.18, 3.46 |
| Prepubertal (9–10) | 1.77 | .0045 | 1.19, 2.62 | 2.28 | .0052 | 1.28, 4.05 |
| Pubertal (11–13) | 1.69 | .0003 | 1.27, 2.24 | 2.62 | <.0001 | 1.78, 3.86 |
| Adolescent (14–17) | 1.33 | .0208 | 1.05, 1.70 | 2.36 | <.0001 | 1.62, 3.42 |
| <i>Sexual abuse</i> | | | | | | |
| Unexposed | Ref. | Ref. | Ref. | Ref. | Ref. | Ref. |
| Crude abuse age at onset | | | | | | |
| Early childhood (0–5) | 1.90 | .0022 | 1.26, 2.87 | 3.94 | <.0001 | 2.21, 7.04 |
| Middle childhood (6–10) | 1.60 | .0149 | 1.10, 2.33 | 1.48 | .2825 | 0.73, 3.01 |
| Adolescence (11–17) | 1.96 | .0007 | 1.33, 2.90 | 1.69 | .1294 | 0.86, 3.35 |
| Refined abuse age at onset | | | | | | |
| Infancy (0–2) | 2.73 | .0175 | 1.19, 6.27 | 5.17 | .0032 | 1.74, 15.40 |
| Preschool (3–5) | 1.73 | .0187 | 1.10, 2.74 | 3.64 | <.0001 | 1.96, 6.78 |
| Latency (6–8) | 2.09 | .0017 | 1.32, 3.31 | 1.51 | .3172 | 0.67, 3.37 |
| Prepubertal (9–10) | 0.92 | .8220 | 0.44, 1.91 | 1.42 | .5078 | 0.50, 4.06 |
| Pubertal (11–13) | 2.06 | .0104 | 1.19, 3.57 | 2.04 | .1220 | 0.83, 5.01 |
| Adolescent (14–17) | 1.85 | .0358 | 1.04, 3.30 | 1.28 | .6572 | 0.43, 3.76 |

Cell entries are adjusted exponentiated beta coefficients (OR), P-values, and 95% confidence intervals (CI).

Effetti Psicopatologici

Studio in Bambini (24-48 mesi)

Table 1 Associations between exposures and psychiatric disorders (bivariate)

| Disorder | N | Violence | | | Non-interpersonal | | |
|---|----|---------------|-----------|--------------------|-------------------|-----------|----------------|
| | | Non-exposed % | Exposed % | OR (99% CI) | Non-exposed % | Exposed % | OR (99% CI) |
| Depressive disorders | 22 | 9.6 | 16.0 | 1.8 (.4–8.4) | 10.4 | 10.0 | 1.0 (.2–5.2) |
| Separation anxiety | 17 | 4.8 | 32.0 | 9.4 (2.3–38.4)***★ | 6.6 | 16.7 | 2.9 (.7–12.5) |
| Specific phobia | 58 | 25.1 | 44.0 | 2.3 (.8–7.2) | 24.2 | 46.7 | 2.7 (1.0–7.8)★ |
| Attention-deficit hyperactivity disorder | 23 | 9.0 | 24.0 | 3.2 (.8–12.5)# | 10.9 | 10.0 | .9 (.2–4.9) |
| Oppositional defiant disorder | 18 | 8.1 | 12.0 | 1.5 (.3–8.7) | 7.2 | 17.2 | 2.7 (.6–11.7) |
| Conduct problems ¹ | 16 | 7.4 | 35.3 | 6.8 (1.4–32.4)**★ | 11.5 | 4.6 | .4 (.1–5.8) |

Effetti psicopatologici: PTSD

Bambini (1-16 anni)

21-50% vittime di abuso sessuale

50% vittime di maltrattamento fisico

30-50% vittime di neglect sviluppa sintomi PTSD



Effetti Psicopatologici :PTSD

Bambini 6-12 anni

I fattori che determinano la persistenza dei sintomi sono la ripetitività del trauma e la gravità

- 32.7% vittime di maltrattamento severo continua a presentare i criteri per PTSD dopo 2 anni

Effetti Psicopatologici: PTSD e comorbidità

Diagnosi più comuni: ADHD, DOP, DC, ansia, disturbi dell'umore, reazione d'adattamento

Molti sintomi legati al PTSD mimano questi disordini (impulsività, labilità emotiva, disforia, difficoltà di concentrazione, chiusura relazionale, irritabilità, irrequietezza) e possono indurre ad una diagnosi sbagliata e una scelta inappropriata di intervento

Inoltre la presenza dei sintomi legati al trauma complica l'esito del trattamento

Problemi comportamentali

- Deficits
- regolazione emozionale
 - autonomie personali
 - competenze relazionali
 - capacità adattive nel contesto di pari

Cicchetti, D. & Rogosch, F.A. (2002). *Journal of Consulting and Clinical Psychology*

Cicchetti (2006). In: Cicchetti, D.; Cohen, D.J., Ed. *Developmental psychopathology: Vol. 3. Risk, disorder, and adaptation*. 2nd ed., New York: Wiley

Masten, A.S. (1998). *American Psychologist*



Deficit Neurocognitivi

- QI (nei bambini ma non negli adulti).
- Memoria Visiva e Verbale (bambini e adulti) in particolare nel PTSD
- Attenzione (uditiva e visiva)
- Inibizione della risposta (bambini e adulti)
- Discriminazione di emozioni (bambini ma non negli adolescenti)

Limiti della letteratura



- Gli studi sono basati su misure ricavate da strumenti self report o parent report e dati retrospettivi
- Non evidenti effetti trauma specifici
- Comorbidità con altre diagnosi

Protocollo di valutazione neuropsicologica

2-7 anni

Valutazione neuropsichiatrica

Scale d'intelligenza: Leiter-r; Griffiths; WISC-IV, WPPSI-III

Valutazione del linguaggio: TFL, PVCL, TVL;

Attenzione visiva e uditiva: NEPSY-2, Test della campanelle

Memoria: PROMEA

Abilità prassico-costruttive: VMI-Integrato e motorio

Abilità metafonologiche: CMF

Diagnosi familiare

Osservazione di gioco

Questionari: CBCL 1,5-5; CBCL 6-18; TSCYC; Conners
(genitori/insegnanti).



- **Leiter-r** (Roid e Miller, 2002)
- **WISC-IV** (Wechsler, tara. Ita a cura di Orsini et al. 2012)
- **WPPSI-III** (Wechsler, tara.ita a cura di Sannio Fancello, Cianchetti, 2008)
- **TFL** (Vicari, Marotta, Luci, 2007)
- **TVL** (Sannio Fancello, Cianchetti, 2003)
- **PVCL** (Rustioni,2007)
- **VMI** (Beery, Buktenica,2000)
- **CMF** (Marotta, Trasciani, Vicari, 2008)



Protocollo di valutazione

| 7-18 yrs |
|--|
| Neuropsychiatric Visit |
| Family Diagnosis Parent Stress Index Evaluation |
| Psychopathological Evaluation K-SADS, CBCL, CDI, MASC, QUIT |
| Cognitive Assesment (Leiter, WISC III) Learning Evaluation |
| Post Traumatic Assesment TSCYC, TSCC, CSBI, IES/R |



Strumenti Diagnostici

- **TSCYC** Trauma Symptom Checklist for Young Children (J.Briere, 2005)
Filled out by parent (3-12 yrs)
- **TSCC** Trauma Symptom Checklist for Children (J. Briere,1996)
Filled out by child (8-16 yrs)
- **CSBI** Child Sexual Behavior Inventory (Friedrich,1998)
Filled out by parent (2-12 yrs)
- **PSI** Parenting Stress Index (R. R. Abidin, 1995)
Filled out by parent (1 month-12 yrs)
- **QUIT** (Questionari Italiani sul Temperamento. G. Axia. 3-11 yrs)
- **IES/R** (Impact of Event Scale-Revised. D. S. Weiss e C. R. Marmar, 1996)
- **K-SADS** Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (KAUFMAN ,2004) a semi-structured Interview
- **CBCL** Child Behaviour Checklist (Achenbach, 1991) filled out by parent
- **CDI** Children Depression Inventory (Kovacs 1992) self-report questionnaire
- **MASC** Multidimensional Anxiety Scale for Children (March, 1997) self-report questionnaire

Background

I disastri naturali o provocati dall'uomo (stressors interpersonali) possono causare disturbi psicologici e fisici

- negli individui coinvolti direttamente negli eventi**
- negli individui appartenenti alla popolazione generale.**

(Galea, Brewin, Jones, et al., 2007; Chemtob, Nakashima, & Hamada, 2002; Neria, Nandi, & Galea, 2007; Walton, Nuttall, & Vazquez-Nuttall, 1997)



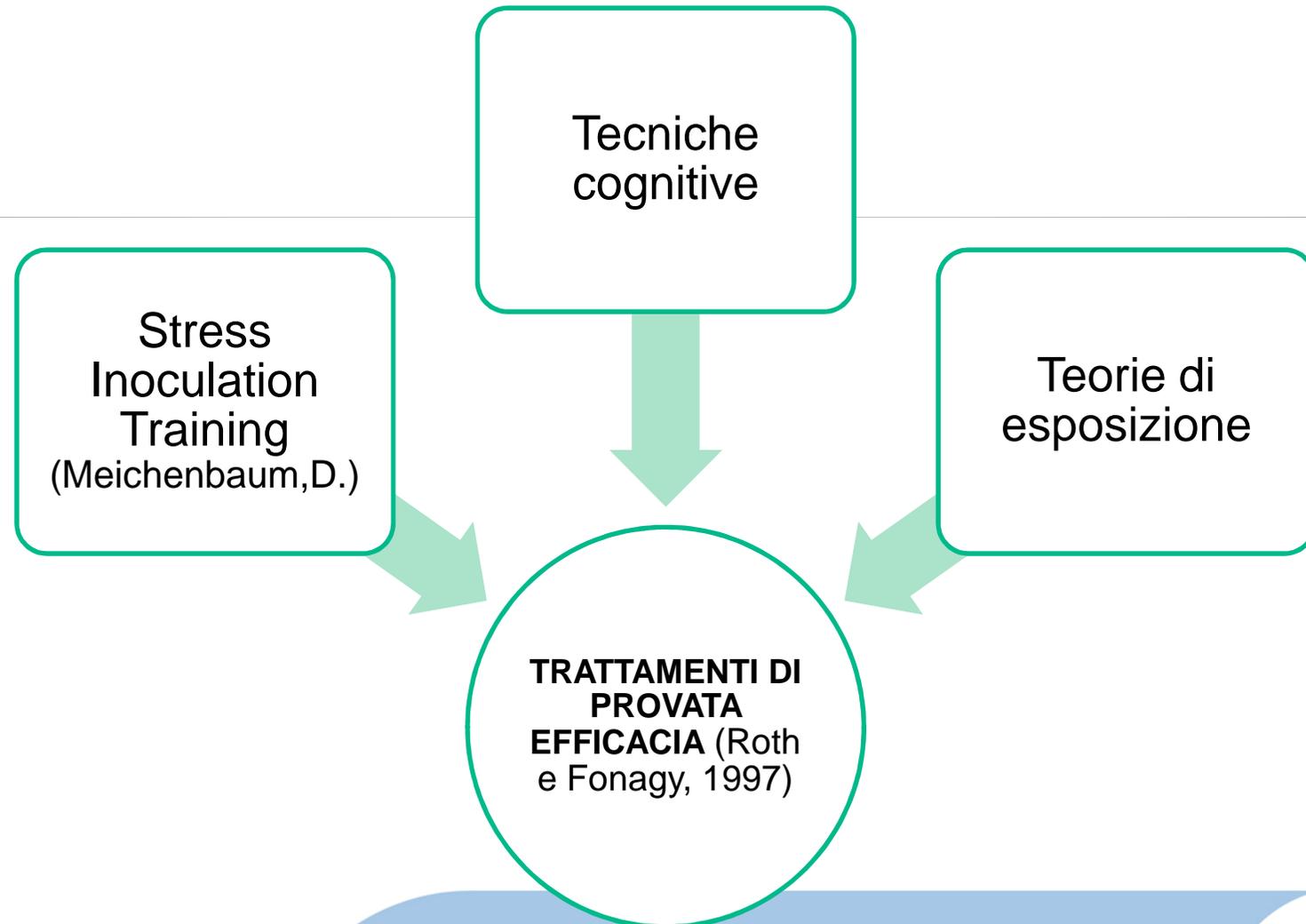


Gli esiti più probabili a meno che non venga intrapreso un trattamento sono:

- **Sindrome da Stress Post-Traumatico (PTSD)**
- **Ansia**
- **Depressione**
- **Disturbi da Comportamento Dirompente**



PSICOTERAPIE DEL DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS



Division 12 Task Force, 1995 A.P.A.



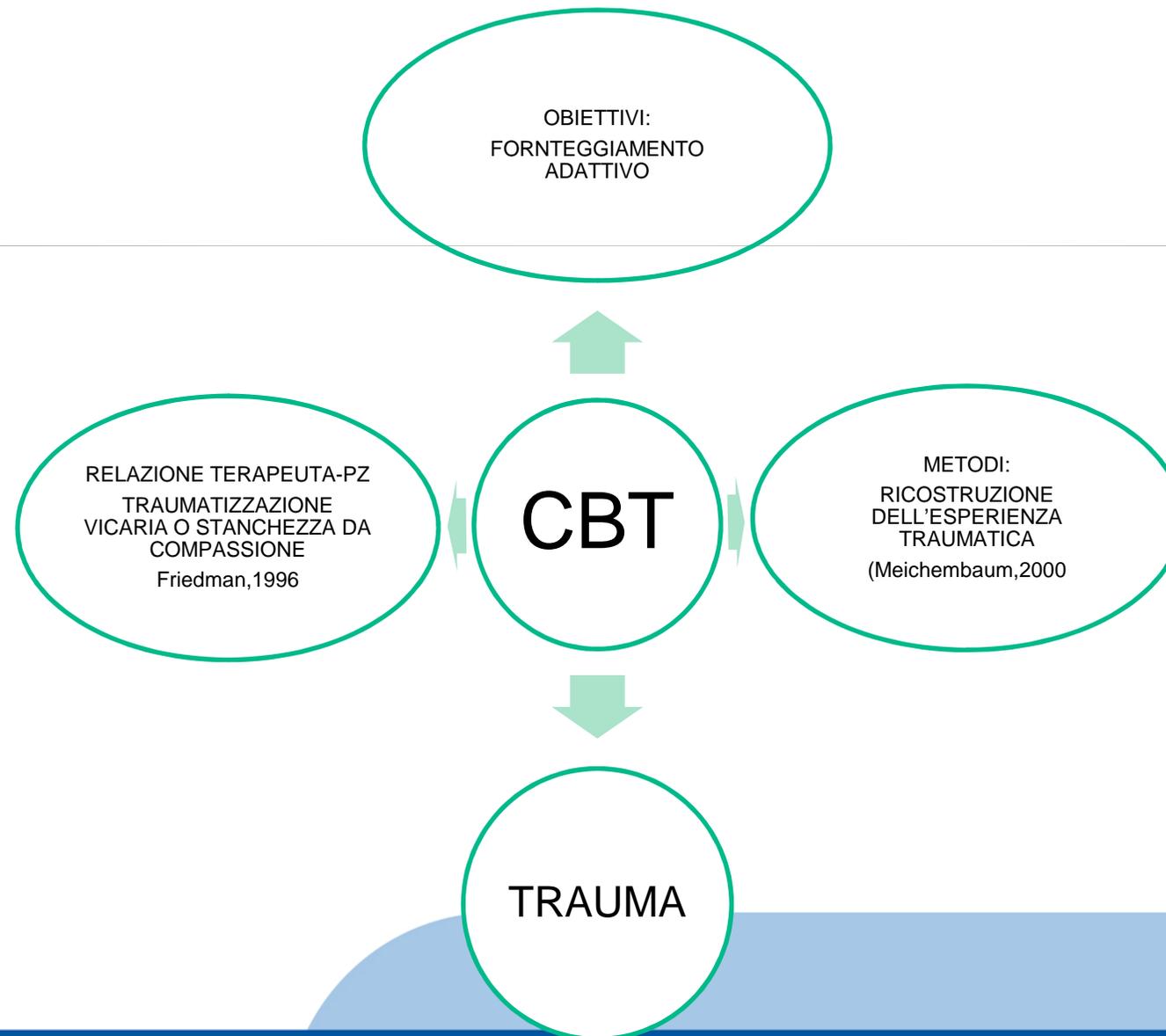
PSICOTERAPIE DEL DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS

Gli obiettivi delle terapie per i DPTS sono stabilire un senso di sicurezza, migliorare le abilità decisionali, e di fronteggiamento adattivo, stabilire un'idea realistica di sé come persona stabile, coerente competente e degna, migliorare la competenza per le funzioni sociali, familiari, e personali

(Mardi Horowitz 2001;2004)



PSICOTERAPIE DEL DISTURBO POST TRAUMATICO DA STRESS



National Institute for Clinical Excellence
Post – traumatic stress disorder (PTSD)
Clinical Guideline
March 2005

**TERAPIA
MEDICA**

- Ha come obiettivo la cura delle eventuali patologie neuropsichiatriche conseguenti al trauma

PSICOTERAPIA

- CBT
- TERAPIA FAMILIARE



**National Institute for Clinical Excellence
Post – traumatic stress disorder (PTSD)
Clinical Guideline
March 2005**

•Raccomandazioni

•PER ADULTI:

- Debriefing nei casi di PTSD lieve
- CBT e EMDR per PTSD grave ad un mese e a tre mesi dall'evento traumatico -
- in ambulatorio
- trattamenti farmacologici (nei casi gravi e in assenza di motivazione al trattamento con CBT e EMDR)
- Supporto alla famiglia



Bambino Gesù
OSPEDALE PEDIATRICO

National Institute for Clinical Excellence
Post – traumatic stress disorder (PTSD)
Clinical Guideline
March 2005

- **PER BAMBINI E ADOLESCENTI (con trauma sessuale):**
- CBT focalizzata sul trauma ad un mese e a tre mesi dall'evento traumatico (tenendo conto dell'età e del livello di sviluppo del bambino)
- **8 -12 sessioni della durata di 90 min a cadenza settimanale**
- Supporto alla famiglia (le famiglie devono essere coinvolte, quando è necessario e opportuno, nel trattamento del PTDS per i bambini e adolescenti per aiutare I figli nell' utilizzo delle strategie di adattamento al trauma)



Nei servizi di salute mentale attualmente viene posta enfasi sull' utilizzo di trattamenti basati su prove di efficacia come la CBT.

(Costantino, Malgady, & Cardalda, 2005; Hoagwood, Vogel, Levitt, et al., 2007; Hoagwood & Burns, 2005; Kazdin & Weiss, 2003).

Sono aumentate le sperimentazioni della CBT con bambini con traumi sessuali e maltrattamenti



Sperimentazioni in corso della terapia cognitivo-comportamentale focalizzata sul trauma in età evolutiva

CBT-GB

- Terapia combinata cognitivo-comportamentale e terapia di gioco per genitore e bambino (abuso sex) Springer e Misurell, 2010

CBT- CPC

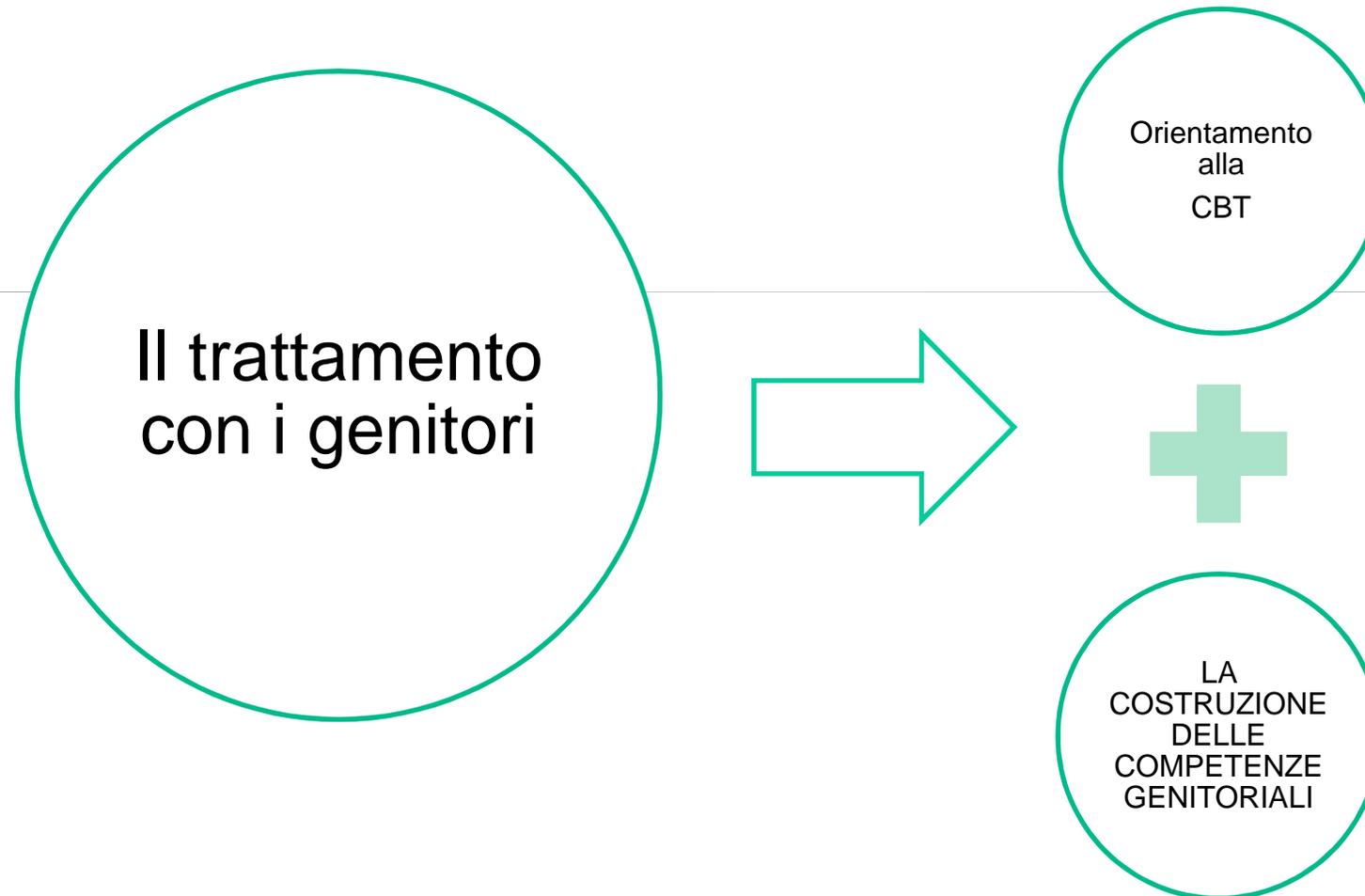
- Terapia combinata cognitivo-comportamentale genitore – bambino (maltr. fisico) M. Runyon, E. Deblinger, C. Schroeder 2009



CBT relativa al bambino e adolescente:

- a) Psicoeducazione sulle normali reazioni al trauma;**
- b) Tecniche di Inoculazione dello Stress (es. identificazione delle emozioni, rilassamento, fermare il pensiero, auto-conversazione positiva);**
- c) Processamento Cognitivo;**
- d) Creare e Processare la Narrazione del Trauma**
- e) Utilizzo di giochi adeguati – DAGS (Developmentally Appropriate Games) per bambini dai 0 – 6 anni.**





TERAPIA FAMILIARE

- Si focalizza prioritariamente:
 - sulla diminuzione dei livelli di stress dei familiari in relazione al trauma del pz;
 - sul miglioramento degli stili educativi e modelli genitoriali;
 - sul riconoscimento delle risposte emotive-cognitive del pz al trauma





C'è da più parti una tendenza ad adottare forme di trattamento psicologico più competenti e visto che la CBT è basata su prove di efficacia, si operano gli opportuni adattamenti, per renderla più efficace con i bambini e con gli adolescenti traumatizzati.





Special Thanks:

Fortunata Salvaguardia
Cristina Lenti
Francesca Scali
Caterina Villirillo

